

第1回高齢者リハビリテーション研究会
参考資料

平成15年7月10日(木)

厚生労働省老健局

目 次

- 参考資料 1 高齢者介護研究会報告書
- 参考資料 2 脳卒中対策に関する検討会中間報告書
- 参考資料 3 脳梗塞急性期医療の実態に関する研究
(厚生科学研究 主任研究者 : 山口 武典)
- 参考資料 4 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
(厚生科学研究 主任研究者 : 萩野 浩)
- 参考資料 5 転倒の疫学(鈴木 隆雄, 日本老年医学会雑誌 vol.40 No.2 2003)
- 参考資料 6 地域リハビリテーション支援活動マニュアル(抜粋)
(平成10年度 研究班長 : 澤村 誠志)
- 参考資料 7 全国脳卒中者友の会連合会機関誌等

参 考 資 料 1

高齡者介護研究会報告書

2015年の高齢者介護

～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

2003年6月26日

高齢者介護研究会

「2015年の高齢者介護」 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

I. はじめに

II. 高齢者介護の課題

(1) 介護保険施行後の 高齢者介護の現状

- 要介護認定者の増加・軽度の者の増加
- 在宅サービスの脆弱性
- 居住型サービスの伸び
- 施設サービスでの個別ケアへの取組
- ケアマネジメントの現状
- 求められている痴呆性高齢者ケア
- 介護サービスの現状

(2) 問題を解決し あるべき姿の実現に向けて

- 高齢者介護の課題
- 自助・共助・公助の適切な組み合わせ

(3) 実現に向けての実施期間

○2015年

【補論1】

III. 尊厳を支えるケアの確立への方策

1. 介護予防・ リハビリテーションの充実

- 介護予防を進める視点
- リハビリテーションの意義
- 介護予防・リハビリテーションの現状
- 具体的方策
- 介護サービスの提供について

2. 生活の継続性を維持するための、 新しい介護サービス体系

- 可能な限り在宅で暮らすことを目指す

(1) 在宅で365日・24時間の 安心を提供する

- 〈切れ目のない在宅サービスの提供〉
- 小規模・多機能サービス拠点

(2) 「新しい住まい」

- 〈自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現〉

- 住み替えという選択肢
- 早めの住み替え
- 要介護になってからの住み替え
- 社会資本としての住まい

(3) 高齢者の在宅生活を支える施設 の新たな役割

- 施設機能の地域展開－施設の安心機能を地域に広げる
- ユニットケアの普及－施設において個別ケアを実現する【補論2】
- 介護保険3施設の機能の再整理－共通の課題とそれぞれの役割
- 施設における負担の見直し

(4) 地域包括ケアシステムの確立

- ケアマネジメントの適切な実施と質の向上
- 様々なサービスのコーディネート

3. 新しいケアモデルの確立 ：痴呆性高齢者ケア

- 痴呆性高齢者を取り巻く状況
- 痴呆性高齢者の特性とケアの基本
- 痴呆性高齢者ケアの普遍化
- 地域での早期発見、支援の仕組み

【補論3】

4. サービスの質の確保と向上

- 高齢者による選択
- サービスに関する情報と評価
- サービス選択等の支援
- ケアの標準化
- 介護サービス事業者の守るべき行動規範
- 劣悪なサービスを排除する仕組みの必要性
- 介護サービスを支える人材
- 保険の機能と多様なサービス提供

IV. おわりに

- 持続可能な制度の確立
- あるべき高齢者介護の実現のために

2015年の高齢者介護

～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

(高齢者介護研究会報告書概要)

1. はじめに

わが国の高齢者 介護の歴史

- わが国の高齢者介護は、1963年に老人福祉法が制定されて以降、人口の急速な高齢化が進むで、その時代、時代の要請に応えながら発展してきた。
- 2000年に導入された介護保険制度は、時代を画す改革であり、この制度によって高齢者介護のあり方は大きく変容した。

研究会における 検討

- わが国の高齢化にとって大きな意味を持つ「戦後のベビーブーム世代」が65歳以上になりきる2015年までに実現すべきことを念頭に置いて、これから求められる高齢者介護の姿を描いた。
- 作業に当たっては、介護保険制度の実施状況を踏まえ、課題を整理した。
- これからの高齢社会においては、「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を確保することが最も重要であり、高齢者が介護が必要となってもその人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を基本に据えた。
- 「尊厳を支えるケアの確立」の前提として、介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要。
- 公的な共助のシステムである介護保険制度と、フォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが国民的な課題である。

Ⅱ 高齢者介護の課題

介護保険制度の 状況を踏まえた 課題の整理

- 介護保険制度は、「自立支援」を目指すものであるが、その根底にあるのは「尊厳の保持」である。
- 介護保険制度の実施状況を踏まえて検証を行い、直面する高齢者介護の課題をとりあげる。

介護保険施行後 の高齢者介護の 現状

- 軽度の要介護者の出現率に大きな都道府県格差が存在。その要因について詳細な検証が必要。
- 要支援者への予防給付が、要介護状態の改善につながっていない。
- 特別養護老人ホームの入所申込者の急増。
- 重度の要介護認定者の半数は施設サービスを利用。在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にある。
- 特定施設の利用が増加。居住型サービスへの関心が高まっている。
- ユニットケアの取組が進展。個人の生活、暮らし方を尊重した介護が広がりを見せている。
- ケアマネジメントについては、アセスメントなど、当然行われるべき業務が必ずしも行われていない。
- 要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる者（痴呆性老人自立度がⅡ以上）であるにもかかわらず、痴呆性高齢者ケアは未だ発展途上、ケアの標準化、方法論の確立にはさらに時間が必要。
- 事業者を選択するために必要な情報が十分に提供されていない。
- サービスの質に関する苦情が多い。従事者の質の向上、人材育成が課題。
- 劣悪な事業者を市場から排除する効果的手段が不十分。

問題を解決しあ
るべき姿の実現
に向けて

- 介護保険施行後の現状を踏まえると、高齢者介護の課題は、
 - ①介護予防・リハビリテーションの充実
 - ②生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系
 - ③新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア
 - ④サービスの質の確保と向上の4点
- これらの4点は、構造的に相互に関連している。
 - ・ 要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる者であることから、これから的高齢者介護は痴呆性高齢者対応でなければならない（③「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」）が、そのためには②「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」が必要になる。
 - ・ それぞれのサービスには、④「サービスの質の確保と向上」が必須である。
 - ・ そもそも介護サービスは自立支援に資するものでなければならず、介護を必要とする状態にならないことも含め、①「介護予防・リハビリテーションの充実」が必要になる。
- 介護保険制度は、「尊厳を支えるケアの確立」に向けて、中心的な役割を果たすことが期待されるが、あらゆる課題が介護保険制度で解決されるものではない。
- 高齢者自身の取組である自助、人々の支え合いである共助（介護保険もその一つ）、地方自治体の取組などの公助を適切に組み合わせていくことが必要である。

実現に向けての
実施期間

- 戦後のベビーブーム世代が高齢期に達する 2015 年までに、「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を実現する。

【補論 1】

わが国の高齢者介護における 2015 年の位置付け

Ⅲ 尊厳を支えるケアの確立への方策

1. 介護予防・リハビリテーションの充実

介護予防を進める視点

- 介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くし、地域社会に積極的に参加することを可能とすることは、生きがいのある充実した人生を送ることにつながる。
- 介護に要する費用の増大を防止する観点からも、高齢者自らが介護予防に取り組むとともに、相互の助け合いの仕組みを充実させていく必要がある。その際には、助け合いの仕組みに地域に住む高齢者が性別を問わず積極的に参画することが望まれる。
- 介護予防を広い概念としてとらえ、社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動を社会全体の取組として進めていくことが必要である。

リハビリテーションの意義

- 本来の意味は「権利・資格・名誉の回復」であり、より積極的に将来に向かって新しい人生を創造していくことである。
- リハビリテーションは、その人の持つ潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高めていくこと。それにより豊かな人生を送ることも可能となる。

介護予防・リハビリテーションの現状

- 今の介護予防・介護のリハビリテーションは、本来の効果が得られていない。
 - ・健康づくりや介護予防に関する正しい理解が深まっていない
 - ・どのようなサービスが効果的であるのかが整理されていない
 - ・要支援者や軽度の要介護者のサービスメニューが用意されていない
 - ・医療のリハビリと介護のリハビリが必ずしも一体的に提供されていない

具体的方策

- 要支援者、軽度の要介護者に対する保険給付について、より介護予防、リハビリテーションを重視したものとする、サービスの重点化などを検討する。
- また、医療のリハビリと介護のリハビリが相互に連携し、一体的に提供されるようにする必要がある。

介護サービスの 提供について

- リハビリ前置の考え方に立ち、リハビリを実施しても自立していない活動について、他の介護サービス等で補うこととすることが必要。
- リハビリは、日常生活の自立度の向上を重視した個別のプログラムに基づき提供されることが必要。
- 施設でのリハビリは自宅復帰の可能性を考えたものでなければならない。
- 介護予防・リハビリテーションについては、さらに詳細な精査・研究を行うことが必要である。

2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系

可能な限り在宅
で暮らすことを
目指す

- 介護のために生活や自由を犠牲にすることなく、自分らしい生活が続けることができる点が自宅の良さである。
- 一方、施設には、「365日・24時間の安心感」という長所があるが、それまでの生活の継続性が絶たれてしまう場合も多い。
- これからの高齢者介護は、施設入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を送ることができるようにすることを目指すべきである。
- また、施設での生活を限りなく自宅に近いものとすべく、施設におけるケアのあり方を見直していくことも必要である。

(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する。

: 切れ目のない在宅サービスの提供

小規模・多機能サ
ービス拠点

- 在宅での生活を継続していくためには、在宅に365日・24時間の安心を届けることができる新しい在宅サービスの仕組みが必要である。
- 本人や家族の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが切れ目なく、適時適切に在宅に届けられることが求められる。
- そのためには、日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといった、切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供する拠点（小規模・多機能サービス拠点）が必要である。
- また、スタッフには、利用者の心身の状態の短期的な変化や、中長期的な要介護状態の重度化の過程を把握することが求められる。
- このようなサービスは、安心を身近に感じられ、また、即時対応が可能となるよう、利用者の生活圏域の中で完結する形で提供されることが必要である。
- 小規模・多機能サービス拠点の中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながらターミナルケアまで実践しているところもある。在宅を支える小規模・多機能サービス拠点の発展可能性・地域のネットワークの中での位置付け等について、さらなる研究が必要である。

(2) 新しい「住まい」

: 自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現

住み替えという 選択肢

- 要介護者の生活に適さない家屋など、「住まい」は自宅での生活の継続を困難にする要因の1つ。
- 自宅での生活を継続するため、介護ニーズにも対応した、高齢者が安心して住める「住まい」への住み替えという選択肢を提示することは重要な課題。
- 住み替えの形は以下の2つが考えられる。
 - ① 要介護状態になる前に、将来、介護サービスが提供されることが約束されている「住まい」へ早めに住み替える
 - ② 要介護状態になってから、「自宅」同様の生活を送ることのできる介護サービス付きの「住まい」に移り住む

早めの住み替え

- 現行制度では、高齢者向け優良賃貸住宅やシルバーハウジング等が該当。バリアフリー仕様や緊急通報装置、生活援助員が配置されている。
- これらの住宅に住む人に対する介護については、
 - ① 住宅自体に介護サービス提供機能を付帯させる、
 - ② 小規模多機能サービス拠点を併設する、
 - ③ 外部の介護サービスと提携するなど様々な方法があるが、365日・24時間の安心が確保されることが重要。

要介護になってからの住み替え

- 現行制度では、痴呆性高齢者グループホームと特定施設が該当。これらのサービスは、施設自体は「住まい」であり、住居費や食費は入居者が負担。介護保険制度は介護費用部分のみをカバーしている。
- 特定施設の対象（現在は、有料老人ホームとケアハウスのみ）を拡大し、自宅ではない新しい「住まい」に対して介護サービスが提供できる仕組みを考えていくべき。

社会資本としての 住まい

- 劣悪な住環境の下では尊厳ある生活を送ることはできない。新しい「住まい」は、最低限求められる水準が確保されている必要がある。
- 今後は、福祉サービスの視点から住宅をとらえ、新しい「住まい」を必要な社会資本として整備していくことが望まれる。
- 「介護を受けながら住み続ける住まい」という観点では、新たな住まいを整備するだけでなく、既存の住宅資源を活用することも重要。

(3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割

施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施設機能の再整理

施設機能の地域 展開－施設の安 心機能を地域に 広げる

- 365日・24時間の安心を提供する施設機能は、在宅の高齢者にとっても有用な資源。
- 特別養護老人ホームは、これまでも、通所介護事業所等を併設する、地域交流スペースを設けて、介護教室を開催するなど、その機能を入所者以外の人々にも提供してきた。
- 今後は、施設の人的・物的資源を地域に展開し、在宅サービスの拠点を施設外に設け、地域の高齢者を支援していくことが求められる。
例：サテライト方式による通所介護拠点の設置、逆ディサービスの実施
- 将来的には、サテライト方式の通所介護拠点を強化し、利用者のニーズに応じて訪問・宿泊・居住機能を備えることが考えられる。
→ 特別養護老人ホームによる小規模・多機能サービス拠点の展開
- こうした拠点の整備により、仮に施設への入所が必要になったとしても、地域での在宅サービス利用を経ての入所となるので、これまで利用してきた在宅サービスとの連続性や入所前の地域とのつながりを維持した生活を継続することが可能となる。
- 施設のバックアップを受けた地域の多機能サービス拠点は、在宅での生活と施設での生活との間に断絶が生じないよう、その隙間を埋めるものとして大きな役割を果たすことが期待される。

ユニットケアの
普及－施設にお
いても個別ケア
を実現する

- 施設においても、入所者一人一人の個性と生活のリズムを尊重した介護（個別ケア）が求められる。
- ユニットケアは、個別ケアを実現するための手法。これを取り入れる特別養護老人ホームが増えつつあり、制度化もされている。また、老人保健施設や介護療養型医療施設でも、ユニットケアを実施する施設が現れてきている。
- ユニットケアは、痴呆性高齢者グループホームが痴呆性高齢者ケアに効果を発揮している状況をみた施設職員等により、施設での個別ケアへの試みとして産み出されたもの。
- 一人一人の個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営める介護を行う手法。このため、個性や生活のリズムを保つための個室と、互いの人間関係を築くための共同生活室というハードウェアが必要であり、同時に、グループごとに配置されたスタッフによる個性と生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位的一致）というソフトウェアが必要。ユニットケアは、ソフトウェアとハードウェアが相まって効果を発揮する。
- 現時点では、特別養護老人ホームのほとんどは従来型のハード（4人部屋主体）であるが、これらの施設においても、個別ケアに向けた努力が行われてきている。このような動きについても積極的な支援が行われるべき。
- 既存施設がユニットケアを導入する場合に、1ユニット分の定員を本体建物から減らし、その分サテライト方式による小規模・多機能サービス拠点を整備することも考えられる。
- 小規模・多機能サービス拠点を推進していく観点から、サテライト方式によるサービス拠点と本体施設を1つの施設として運営可能とすることを検討すべき。

【補論 2】

ユニットケアについて

**介護保険 3 施設
の機能の再整理
－共通の課題と
それぞれの役割**

- 在宅ケアの充実に伴い、施設入所者の重度化は進行していく。今後の介護保険施設は、より重度の要介護者を受け入れ、適切なケアを提供するという機能が求められる。
- 他方、介護保険 3 施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）の機能分担については、かねてより議論があり、また、それぞれの果たすべき機能と実態とが合っていないとの指摘もある。
- 3 施設の担うべき機能は、大きく分けると以下の 3 点。
 - ①日常生活の中で、自立した生活を支援する機能
 - ②在宅生活への復帰を目指してリハビリを行う機能
 - ③長期にわたる療養の必要性が高い重度の要介護者に対してケアを提供する機能
 3 施設がそれぞれの機能を生かし、どのようなサービスを提供するのかが、今後の検討課題。
- 特別養護老人ホームは、既にユニットケアが制度化されており、一人一人の個性や心身の状態に対応した生活支援を行う施設。
- 老人保健施設、介護療養型医療施設でも生活環境・療養環境の改善は目指すべき方向。ユニットケアを導入している事例もある。
- 老人保健施設は、リハビリ施設であり、在宅復帰を支援する機能が求められるが、自宅に復帰する退所者は半数以下であり、リハビリ機能・在宅復帰支援機能を適切に評価する仕組みを導入することも検討すべきである。
- 介護療養型医療施設は、他の施設と比較して、重介護・重医療の高齢者を対象としており、より多くの医療的ケアが提供されているが、在院患者の平均在院日数は長期間にわたっており、療養環境の向上が求められる。

**施設における負
担の見直し**

- 在宅に比べ、施設には割安感がある。これが特別養護老人ホームの入所申込者が多いことの要因の一つとなっている。
- 在宅に 365 日・24 時間の安心が提供され、施設で個別ケアが行われれば、在宅と施設で同じ内容の介護を受けられるようになる。
- 介護の内容が同様であれば、低所得者に配慮しながら、自己負担の考え方も同じとする方向で考えていく必要がある。
- ユニットケアを行う特別養護老人ホームでは、居住費用は自己負担となっている。他の施設についても、在宅との均衡に配慮した見直しを行っていくべきである。

(4) 地域包括ケアシステムの確立

ケアマネジメントの適切な実施と質の向上

- 介護保険制度の創設により、ケアマネジメント（個々の要介護者の心身の状況等に合致したケアを総合的かつ効率的に提供する仕組み）が導入された。
 - ・ ケアマネジメントの手順
 - ① 高齢者の状況を把握。生活上の課題を分析（アセスメント）した上で、
 - ② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる（プランニング）。
 - ③ ①及び②について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で（多職種協働）、
 - ④ サービスを実施するとともに、サービス等の実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。
- しかし、その効果は必ずしも十分に発揮されておらず、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる。
 - ・ 生活上の課題の分析を十分に実施せず、高齢者の希望のみを聴取してサービスを組み立てる
 - ・ サービスの実施状況や利用者の要介護状態の変化等を把握せず、漫然とサービス利用を続けさせる
- ケアマネジメントを立て直すには、ケアマネジャーの資質の向上とともに、ケアマネジメントの標準化、困難事例等への支援、ケアマネジャーの中立・公正の確保が必要。
- また、要介護高齢者の生活を支える観点からは、高齢者の状態の変化に対応し、様々なサービスを継続的・包括的に提供していく必要があり、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行う必要がある。

様々なサービスのコーディネート

- 介護保険の介護サービスやケアマネジメントのみでは、高齢者の生活全てを支えきれものではない。
例：医療が必要なケース、家族との関係に問題を抱えているケース等
- 介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなど地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）が提供されることが必要。
- 地域包括ケアを有効に機能させるためには、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う在宅介護支援センター等の機関が必要。
- 在宅介護支援センターは、生活上の支援を望む高齢者に対して総合的な相談対応をしてきたが、ケアマネ事業所（居宅介護支援事業所）との役割分担が不明確との指摘もある。在宅介護支援センターが地域包括ケアのコーディネートを担うためには、その役割を再検討し、機能を強化していく必要がある。
- 地域包括ケアにより、医療サービスと介護サービスが適切に組み合わせられて提供されれば、ターミナルケアが必要な状態に至るまで、高齢者の在宅での生活を支えることが可能になる。

3. 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア

痴呆性高齢者ケアの確立

- 精神上の障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない。
- 課題は痴呆性高齢者ケアの確立。痴呆性高齢者ケアの推進は、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることになる。
- 要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められ（痴呆性老人自立度がⅡ以上）、施設の入所者については8割が痴呆の影響が認められる（詳細は補論3を参照）。これから的高齢者介護においては、痴呆性高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれているものと言わざるを得ない。

痴呆性高齢者を取り巻く状況

- 痴呆性高齢者が地域の一員として生活を送ることは容易でない。
 - ① 系統的・組織的なケアへの挑戦がようやく痴呆性高齢者グループホームという形で始まったばかりである。
 - ② 不安や混乱のため、家族等との人間関係を保つことが困難なことが少なくない。また、サービスの利用を断られる場合すらある。
 - ③ 家族の痴呆に関する知識と理解は十分とは言えず、相当重度になるまで治療や介護の必要性に気づかない、あるいは目をそむけたり、放置してしまいがちである。
 - ④ 専門職も含め、地域の人々の痴呆に対する認識が十分に浸透していない。

痴呆性高齢者の特性とケアの基本

- 痴呆性高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。
- また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくというつらい思いをしているのは、本人自身である。
- こうしたことを踏まえれば、痴呆性高齢者こそ、その人の人格を尊重し、その人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。
- また、痴呆性高齢者が環境の変化に適応することがことさら難しいことに配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常生活圏域を基本としたサービス体系を整備していく必要がある。
- さらに、痴呆の症状や進行の状況に対応できる個別サービスのあり方を明らかにし、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

痴呆性高齢者ケアの普遍化

- 痴呆性高齢者ケアに求められる、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを迫することは、すべての高齢者のケアに通じるもの。
- 痴呆性高齢者グループホームにおける「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、ひとりひとりの生活のあり方を支援していく」という方法論は、痴呆性高齢者グループホーム以外でも展開されるべき。
- 今後、痴呆性高齢者がますます多数を占めることを考えれば、身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要。
- 「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」、は、痴呆性高齢者に対応したケアを求める観点から産み出されてきたもの。これらの方策の前進がさらに求められるゆえんは、痴呆性高齢者ケアの確立が必要であるからである。

地域での早期発見、支援の仕組み

- 早期発見も重要。早期に発見し、適切な診断とサービスの利用により、行動障害の緩和が可能な場合が多い。地域での早期発見と専門家に気軽に相談しやすい体制が重要となる。
- そのためには、かかりつけ医等専門職だけでなく、地域住民全体に痴呆に関する正しい知識と理解が浸透することが必要。
- さらに、地域の関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みを整備することで、本人や家族の安心を高めていくことが必要である。

【補論 3】

痴呆性高齢者ケアについて

4. サービスの質の確保と向上

高齢者による選択

- 介護保険制度では、自分自身に適した介護サービスを自ら選択・決定することができ、また、在宅サービスについては、民間事業者やNPO法人もサービスを提供できる。
- このような仕組みの下では、事業者間の競争を通じたサービスの質の向上が期待されるが、そのためには、利用者がサービスを選択・決定するために必要な情報が十分にあることが必要である。

サービスに関する情報と評価

- 介護サービスの「自立支援の効果」を評価する具体的な尺度は研究段階であるため、サービスの質に関する情報が十分に存在していない。
- 質の高いサービスが選択され、事業者自身も質の向上のために自己努力することができるよう、自立支援の効果の評価手法の確立が求められる。
- 具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施している外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である。

サービスの選択等の支援

- 利用者のサービスの選択を支え、適切なサービス利用を確保するためのケアマネジメントは、利用者の立場に立って公正に行われることが必要。
- 適切なサービスが提供されるためには、利用者自らサービス内容等について意思表示を行うことも必要であるが、その個性や周辺の人との関係から意思表示しにくい状況にある者も少なくない。
- 現在、市町村において利用者と事業者の間をつなぐ「介護相談員の派遣」が行われているが、今後は、ボランティア、地域住民を活用し、利用者の意思表示に対する支援を充実していくことが望まれる。
- また、成年後見制度など本人の意思決定を補完する仕組みを利用しやすくすることも必要である。特に、これらの仕組みを必要とする高齢者を把握しやすい市町村の取組の充実が求められる。

ケアの標準化

- 「ケアの標準化」は、効果的なケアの提供・選択を可能にするなど、サービス水準の確保・向上に寄与するものであるが、現在は、「ケアの標準化」が十分になされていない。
- 「ケアの標準化」のためにも、高齢者ケアを科学的アプローチにも耐えうる専門領域として確立していくことが求められる。

介護サービス事業者の守るべき行動規範

- 営利・非営利を問わず、介護サービス事業者には、公益性の高い行動規範の遵守が求められるべきである。
 - ・介護サービスは人間の尊厳や人権に関わるサービスである
 - ・介護保険は高齢者・現役世代・事業主・国・地方公共団体など、様々な主体が保険料や税という形で財源を支えている。
- 「公的制度と公的財源によって支えられた市場」である介護サービス市場の特性にふさわしい事業者の行動規範、適切な事業経営のあり方、経営モデルの確立が強く求められる。

劣悪なサービスを排除する仕組みの必要性

- 利用者側にサービスに関する情報がないこともあり、劣悪なサービスが競争により淘汰されているとはいえず、事実、劣悪な事業者による問題事例は後を絶たない。
- 劣悪な事業者を放置することは、利用者である高齢者に回復不能のダメージを与えることとなりかねない。劣悪な事業者は、市場の競争による淘汰を待つまでもなく、迅速に市場から排除することが必要である。
- 現在、都道府県による指定取消処分があるが、指定を取り消されても保険外の事業を行うことは可能である。また、市町村には不正請求の返還命令権限があるが、サービス面に関する関与（規制）を行うことは予定されていない。

介護サービスを支える人材

- ユニットケアの普及など介護サービスに求められる質は高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題。
- 優秀な人材を確保、育成していくためには、介護現場に高い魅力を持たせること、適時適切な教育研修の体系化、スキル向上の仕組み、従業者としての要件化などを図るべきである。

保険の機能と多様なサービスの提供

- 介護保険の給付対象は、専門的評価に基づいた「自立支援に必要なもの」でなければならない。
- 他方、高齢者の生活様式や嗜好の多様化などにより、いわゆる贅沢なサービスや個人の嗜好に合わせたサービスへの需要は増えるものと考えられる。
- 今後は、このような介護保険の対象とならないサービスを提供する市場やボランティアの助け合いの場の形成も求められることとなる。

IV. おわりに

持続可能な制度 の確立

- 我が国の高齢化は 2015 年を越えても進展し、これに伴って介護サービスに要する費用も増大していく。
- 介護給付費は高齢化の進展を上回る伸び率で急激に増大しており、このような傾向が続くならば、将来的に国民の保険料負担は、現行より相当程度高い水準になることが避けられない。
- また、厳しい財政状況が続く中で、急増する介護サービスに要する費用が、財政上極めて重い負担となっていくことが強く懸念される。
- このため、高齢者の尊厳を支えるケアを具現化していくためには、何よりも、介護保険制度を中心とする高齢者介護の仕組みを、給付と負担のバランスが確保された、将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠である。
- 研究会としては、本報告書の諸提案を実効あるものとし、将来においても若い世代を含めた社会全体が活力あるものとなるよう、介護保険制度のサービスメニューの見直し・保険給付の重点化等をあわせて検討しつつ、限りある財源・社会資源の最適な配分を行っていくことを強く望む。
- また、その際には、全国的な公平性の確保にも配慮しつつ、より効率的な保険運営が行えるよう、保険者が独自性を発揮できる、より柔軟な仕組みを検討することも必要であると考えます。
- 国において、将来にわたって持続可能な制度の確立に向け、関係者による検討の場で今後議論が深められ、制度改正の機会において具体化されることを期待したい。

あるべき高齢者 介護の実現のた めに

- 2015 年までに残された時間は少なく、直ちに取り組まなければならない課題も多い。早急に着手し、将来を見据えて計画的に取り組んでいくことを求める。
- ゴールドプラン 21 の終了後の新たなプランの策定に当たっては、本報告書の示すビジョンの趣旨を体して取組を進めていくべきである。

【補論 1】

わが国の高齢者介護における2015年の位置付け

- 2015 年を論ずる意義
 - ・ 2002 年から 2015 年までの 65 歳以上人口及び高齢化率の伸びは、2015 年以降の伸びと比較して際だって高い。
- 2015 年の高齢者像
 - ・ 引退した雇用者の増加
 - ・ 高齢単独世帯の増加
 - ・ 在宅での介護者（意識の変化の可能性）
 - ・ 居住環境の重視
 - ・ 消費と流行を牽引してきた世代が高齢者に

【補論 2】

ユニットケアについて

- ユニットケアに必要なソフトウェア

入居者とコミュニケーションを図りながら、一人一人の心身の状況・生活習慣・個性などを具体的に把握し、その上でその人のリズムに沿った生活と、他の入居者との交流を支援することが必要。
- ユニットケアに必要なハードウェア

ケアと同時に、①一人一人の個性と生活リズムを生かすケアを行う場としての個室、②入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するケアを行う場としてのリビングといったハードウェアも必要。
- ユニットケアを行う施設の留意点

施設長や各ユニットのリーダーは常に相互のコミュニケーションを図り、スタッフ同士の連携や、スタッフの意識・技術を高める研修などの機会を充実させることが必要。

【補論 3】

痴呆性高齢者ケアについて

- 痴呆性高齢者の現状と今後
 - ・ 要介護認定のデータ等を基に、2002 年 9 月末の所在別・程度別の痴呆性高齢者数を推計。さらに程度別の痴呆性高齢者数の将来推計を実施。
- 痴呆ケアモデル構築に向けて
 - ・ 痴呆の原因診断の重要性
 - ・ 痴呆介護予防推進の必要性
 - ・ 早期発見の意義と課題
 - ・ 介護サービス体系の再構築
 - ・ 地域の関係者の連携とコーディネートのための仕組み
 - ・ 相談・告知・権利擁護
 - ・ 専門的人材の育成
 - ・ 効果的な介護サービス内容の明確化と普及
- 痴呆ケアモデルの存立基盤
 - ・ 正しい知識の啓発・普及

2015年の高齢者介護
～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

2003年6月26日

高齢者介護研究会

目 次

I. はじめに	1
II. 高齢者介護の課題	3
(1) 介護保険施行後の高齢者介護の現状	4
(2) 問題を解決しあるべき姿の実現に向けて	10
(3) 実現に向けての実施期間	12
III. 尊厳を支えるケアの確立への方策	13
1. 介護予防・リハビリテーションの充実	13
2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系	17
(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する	19
(2) 新しい「住まい」	21
(3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割	25
(4) 地域包括ケアシステムの確立	32
3. 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア	37
4. サービスの質の確保と向上	41
IV. おわりに	48
補 論	
1. わが国の高齢者介護における2015年の位置付け	51
2. ユニットケアについて	65
3. 痴呆性高齢者ケアについて	72
参考図表	83

1. はじめに

- わが国の高齢者介護は、人口の高齢化が緒についたばかりの1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された以降の歩みをみても、70年代の老人医療費の無料化、80年代の老人保健法の制定、90年代の福祉8法の改正・ゴールドプランの制定など、人口の急速な高齢化が進む中で、その時代、時代の要請に応えながら発展してきた。
- 2000（平成12）年4月から実施された介護保険制度は、措置から契約への移行、選択と権利の保障、保健・医療・福祉サービスの一体的提供など、このようなわが国の高齢者介護の歴史においても時代を画す改革であり、介護保険制度の導入によって高齢者介護のあり方は大きく変容しつつある。
- 介護保険法施行後3年が経過し、最初の保険料の見直しと介護報酬の改定という制度運営のワン・サイクルが終了した現時点において、介護保険制度の下における高齢者介護の課題を整理し、これからの高齢者介護とそれを支える社会について新たな次元を切り拓くために提言を行うことは、時宜を得たことと考える。
- 本研究会は、「平成16年度を終期とするゴールドプラン21後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方」について検討するよう、厚生労働省老健局の求めに応じ、本年3月に設置されたものであり、関係者からのヒアリングや集中討議、現場視察等を含め、10回にわたって議論を重ねてきた。
- 本研究会では、引き続き人口の急速な高齢化が進むことを踏まえ、高齢者介護のあり方を中長期的な視野でとらえる必要があることから、わが国の高齢化にとって大きな意味を持つ「戦後のベビーブーム世代」が65歳以上になりきる2015年までに実現すべきことを念頭に置いて、これから求められる高齢者介護の姿を描くこととした。

- その姿を描くに当たっては、これからの高齢社会においては「高齢者が、尊厳をもって暮らすこと」を確保することが最も重要であることから、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指すことを基本に据えた。
- 本報告書は、「尊厳を支えるケアの確立」のため、求められる施策をとりまとめたものであるが、その前提として、介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要である。この3年間の実施状況を見ると、高齢者の増加のスピードを大幅に上回ってサービスの利用が伸びており、この事態が続けばこれからの介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される。
- そこで、自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である。
- 本報告書が、このような課題を考える際の素材として活用され、国民の老後の安心をもたらす高齢者介護の実現に寄与することを心から期待する。

Ⅱ．高齢者介護の課題

- わが国の平均寿命は世界でも最高水準となった。高齢期は今や誰もが迎えると言ってよい時代となっており、また、高齢者となってからの人生も長い。その長い高齢期をどのように過ごすのかは、個人にとっても社会にとっても極めて大きな課題となっている。
- 人生の最期まで、個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むものである。このことは、介護が必要となった場合でも同じであり、また仮に、痴呆の状態になったとしても、個人として尊重されたい、理解されたいという思いは同じである。
- そうした思いに応えるためには、自分の人生を自分で決め、また、周囲からも個人として尊重される社会、すなわち、尊厳を保持して生活を送ることができる社会を構築していくことが必要である。また、高齢者介護においても、日常生活における身体的な自立の支援だけではなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができるようなサービスが提供される必要がある。
- 介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する「自立支援」を目指すものであるが、その根底にあるのは「尊厳の保持」である。
- 介護保険制度がスタートしてから3年が経過した今日、制度本来の理念に沿って所期の成果をあげているか、新たに顕在化した問題は何か等について、これまでの実施状況を踏まえて検証を行い、私たちの直面する高齢者介護の課題をとりあげたい。

(1) 介護保険施行後の高齢者介護の現状

(介護保険の実施状況から見えてきた課題)

- 介護保険制度が施行されて3年後の2003年(平成15)4月には、各市町村で初めての介護保険料の見直しが行われ、また、国においても介護報酬の改定を行うなど、制度導入後のひとつの節目を越えた。介護保険制度の実施状況を見ると、この3年間で、介護サービスの利用者数は大きく伸び、特に在宅サービスの利用者数は倍増した。介護サービスの事業者数も大きく伸び、サービスの提供体制は充実をみている。(図表1-1、1-2、図表2-1、2-2)
- また、介護保険制度の導入により、要介護認定を受ければ、行政を介することなく、利用者がいつでもサービスを直接利用できるようになり、サービスは利用しやすくなった。私たちにとって介護サービスは確実に身近なものとなっている。(図表3)
- 一方で、これらの介護サービスについて、その人の状態に応じた適切なサービスが提供され、高齢者の自立支援を促し、尊厳ある生活の継続を可能とするものとなっているかどうかを検証する必要がある。

また、介護保険は高齢者の自立を社会全体が共同して支える仕組みであり、その公的な性格を十分に踏まえ、制度を維持するために必要な節度とモラルを利用者・事業者双方が持つことが求められる。(図表4)
- 以上のような諸点を考慮に入れて、介護保険制度の実施状況を検証すると、新たに見えてきた高齢者介護の課題がある。

(要介護認定者の増加・軽度の者の増加)

- 介護が必要な状態にならないための予防事業などの取組は多くの市町村で行われているが、この3年間の要介護認定者数は、高齢者数の伸びを上回る勢いで増加している。その中でも、要支援・要介護1という軽度の者の増加が著しい。また、都道府県別に要介護認定者の出現率(高齢者に占める割合)を見ると、重度の者(要介護4・5)については概ね3~4%程度であ

るのに対し、軽度の者（要支援、要介護1）については概ね4～10%と大きなばらつきが見られる。（図表5、図表6、図表7）

- 軽度の者の増加については、介護保険では、だれもが介護を受けられるようになり、早い段階からの介護サービスの利用が可能となったことが要因のひとつと考えられる。ただ、軽度の者の出現率が重度の者に比べて都道府県間のばらつきが大きいことは、単に制度の普及が進んだためだけとは言い切れず、その要因についてさらに詳細な検証が必要である。
- また、介護保険制度では、定期的に要介護認定の更新が行われるため、被保険者の要介護状態の変化を時系列的に把握することができる。このデータを分析すると、要介護2以上の中・重度に比べて、要支援・要介護1の者は要介護度が「改善」した割合が少ない状況にある。特に要支援は、介護保険制度上、「介護が必要となるおそれのある状態」と位置付けられ、保険給付の対象とすることにより、介護が必要となる状態になることを予防することを目指しているが、所期の効果が得られていない状況にある。（図表8）
- こうした現状を踏まえると、健康でいきいきとした高齢期を送るため、自助努力や共助の仕組みも含めて介護予防が十分に行われているかといった問題や、要介護状態になった場合のリハビリテーションのあり方などについて、今一度検討を加える必要がある。

（在宅生活が支えられない）

- 介護保険は在宅重視をひとつの目的に掲げており、実際のサービス利用についても先に述べたように在宅サービスの伸びが著しい。しかしながら、一方で、特別養護老人ホームの入所申込者が急増しているとの指摘がある。
- 介護保険制度では、行政による入所の必要性の判断を経ることなく、自由に申し込みができるようになったため、すぐには入所の必要がない高齢者もいわば予約的に入所申し込みを行っている実態がある。例えば、利用希望者の実態に関する健康保険組合連合会の調査では、入所申込者のうち施設スタ

ップから見て入所が必要と判断できるケースは3割に過ぎず、約6割は在宅生活の継続が可能（うち2割は家族が入所を希望している）なケースであるとされている。（図表9）

- 他方、高齢者自身は、多くが在宅での生活の継続を希望している。虚弱化したときの住まいの形態に関して内閣府が行った調査では、高齢者の6割は介護が必要になっても現在の自宅での生活を継続することを望んでおり、施設入所を希望するものは2割に満たない。（図表10）

- また、介護サービスの利用実態を見ると、軽度の者は在宅サービスの利用が多い一方、重度の者は施設サービス利用が半数を超える状況にある。

高齢者本人が在宅での生活の継続を希望している現状とあわせ見ると、要介護状態が重くなってもできるだけ在宅生活を続けていくことが望ましいが、重度の者で在宅での生活を送ることができているのは、半分以下の状況にあり、現在の在宅サービスは、すべての要介護者の在宅生活を支えるまでには至っていない。（図表11）

- 高齢者が最期を迎える場所を見ても、かつての自宅での死亡に代わり、近年は医療機関での死亡が増加し、8割近くとなっている。一方、内閣府の調査によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期は何处で迎えたいか」という質問に対して、「自宅」の割合が約半数を占めている。（図表12）

- 以上のような介護サービスの利用の実態、高齢者が最期を迎える場所の状況を見ると、在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあることが分かる。

- また、高齢者が住み慣れた環境の中で、最期まで尊厳を保持してその人らしく生活を営むことを可能としていくためには、在宅の介護サービスと在宅の医療サービスとを適切に組み合わせて、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくことが重要である。

(居住型サービスの伸び)

- 一方で、介護保険制度が始まって、新たな介護サービスの動きが起こっている。これは現在の介護サービスの体系を考え直す契機ともなりうるものである。
- そのひとつが、居住型サービスともいうべき形態のサービスの利用の伸びである。介護保険制度で新たに特定施設入所者生活介護（以下「特定施設」）というサービス類型が創設されたが、後で述べる痴呆性高齢者グループホームと同様、利用が伸びている。特定施設は、介護サービスを提供する体制の整っている集合住居であり、現在、一定の設備・人員を有する介護付有料老人ホームとケアハウスが対象となっている。（図表 13）
- また、2001（平成13）年の高齢者居住法の制定など関連制度の整備により、高齢者が安心して生活できる居住環境を実現するための仕組みが整えられた。このように、高齢者の賃貸住宅に対する居住ニーズへの制度的な対応も行われつつあり、従来の自宅と施設の間の居住形態を選択することの可能性も広がっている。
- 特定施設の利用の伸び、高齢者の居住に関する制度的対応から見ても、高齢者の要介護期の暮らし方として、居住型サービスへの関心が一層高まっていくことが考えられる。
- 在宅生活を希望する人が多いにもかかわらず、介護が必要となった時に、その希望に応じて在宅生活を続けることが困難な現状や、これまでの一般的な住居と異なるいわば安心できる機能の付加された居住型サービスに対するニーズが高まっていることを考えると、個々人が送ってきた生活を尊重し、その継続性を確保するための、新しいサービス体系のあり方についてさらなる検討が求められていると言えよう。

（施設サービスでの個別ケアへの取組）

- さらに、特別養護老人ホームにおけるケアの提供のあり方についても、変化が起こっている。個々の入所者の状態に応じた個別ケアを提供する試みとして、入所者を小グループごとに分けてスタッフを配置し、在宅に近い居住環境を整えてケアの個別性を高める「ユニットケア」の取組が進んできた。2002（平成14）年度からはユニットケアを行う施設を対象とする国の整備補助が行われている。

また、従来の施設においても、施設内の設備等を工夫することにより、個別ケアに向けた試みも始まっている。

- これまでの自宅か施設かという介護サービスの体系に加え、自宅から移り住む「住まい」で介護サービスを受けるという新たな分野が広がってきていること、集団ケアが一般的な施設サービスにおいて、個別ケアの取組が進んできていることは、介護保険施行後3年を経て、個人の生活、暮らし方を尊重した介護が広がりつつあることを示しており、そうした観点からも介護サービスのあり方を見直すことが求められている。

（ケアマネジメントの現状）

- 介護保険制度により新たに導入されたものにケアマネジメントがある。これは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。しかし、高齢者の状況を判断するアセスメントが十分でないため適切で効果的なサービス提供が行われていないとの指摘がある。実態としても、一種類のサービスのみのケアプラン作成が半数にも上り、必要なサービスが適切に提供されているのか疑問が残る。また、サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある。（図表14、図表15-1、15-2）
- また、高齢者の抱える問題は介護の分野に限られない。例えば、家庭問題など介護以外の問題を抱える高齢者については、介護サービスの総合調整を

行うケアマネジャーだけでは問題を解決しようとしても難しい。

- こうした現状を踏まえ、生活の継続性の確保のためのサービスの検討とあわせて、地域における様々な支援のあり方についても、課題意識を持って見ていく必要がある。

(求められている痴呆性高齢者ケア)

- 介護保険制度では、高齢者の心身の状態に関する詳細なデータをもとに要介護認定が行われるため、要介護高齢者の心身の状態について様々な分析を行うことができるが、痴呆の影響について分析を行ったところ、要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる（痴呆性老人自立度がⅡ以上）ことが分かった。また、介護保険制度の実施状況を見ると、痴呆性高齢者グループホームの事業所数は、この３年間で１０倍以上と急増している。

(図表 16)

- 痴呆性高齢者グループホームの利用の伸びは、痴呆性高齢者ケアに対する切実なニーズの現れということができる。痴呆性高齢者ケアは、未だ発展途上にあり、ケアの標準化、方法論の確立はさらに時間が必要な状況にあるが、尊厳の保持を図るという視点から見ても、痴呆性高齢者に対してどのようなケアを行っていくべきかが、高齢者介護の中心的な課題であると言える。

(介護サービスの現状)

- 介護保険制度導入以後、介護サービス事業者数は大きく増加した。しかし、利用者がそれを選ぶために必要となる情報は十分に提供されていない。例えば、事業者が提供するサービスの良し悪しを判断する材料ともなる第三者評価については、一部の自治体等で行われているが、その手法は様々であり、すべてのサービスをカバーするに至っていない。
- また、前述のように要介護高齢者のうち痴呆の影響が認められる者（痴呆性老人自立度がⅡ以上）がほぼ半数に及ぶにも関わらず、意思を十分に表明できない高齢者等を支援するため、介護保険制度導入と同時期に開始された

成年後見制度については、利用しにくいとの意見がある。

- 介護サービスの内容については、国民健康保険団体連合会へ寄せられる苦情件数を見ても、サービスの質や具体的な被害・損害に関するものが4割程度に上っており、質の向上が大きな課題である。サービスの質を高め、安心できる内容とするためにも、それを支える従事者の資質の向上、人材育成が大きな課題である。(図表 17)

- サービス事業者については、不正請求などによる事業者の指定取消件数も増加している。

介護保険制度は事業者間の競争によりサービスの質を高めるため、在宅サービスについては、基本的には法人形態を問わず参入可能とされているが、サービス選択のための情報が利用者に十分提供されていないこと、そもそもサービスの量が選択できるほど豊富にないことなどから、劣悪なサービスの提供を淘汰するには至っていない。また、不正を行う事業者について都道府県は指定取消権限があるといっても、市場から迅速に排除するための効果的手段は不十分である。(図表 18)

- 以上に掲げる現状から見ても、介護サービスの質の確保と向上について、この際、様々な課題を整理し、その対策を講じていくことが必要と考えられる。

(2) 問題を解決しあるべき姿の実現に向けて

(高齢者介護の課題)

- これからの目指すべき「高齢者の尊厳を支えるケア」を確立していくためには、高齢者介護の現状を踏まえ、そこから導かれる課題を明らかにした上で、高齢者介護のあるべき姿の実現に向けて、その課題を解決するための具体的な方策を講じていかなければならない。
- 本研究会としては、(1) で述べてきたように、介護保険施行後の高齢者

介護の課題から、「尊厳を支えるケアの確立への方策」として

- ① 介護予防・リハビリテーションの充実
- ② 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系
- ③ 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア
- ④ サービスの質の確保と向上

の4点を取り上げることとした。

- これらの4点は、構造的にも相互に関連するものであることに留意する必要がある。例えば、要介護高齢者のほぼ半数が痴呆の影響が認められる者（痴呆性老人自立度がⅡ以上）であることから、これから的高齢者介護は痴呆性高齢者対応でなければならないが（③「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」）、そのためには、②「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」が必要になるし、それぞれのサービスには④「サービスの質の確保と向上」が必須である、という具合である。また、そもそも介護サービスとは自立支援に資するものでなければならず、要介護にならないことも含め、①「介護予防・リハビリテーションの充実」が必要になるのである。
- 「尊厳を支えるケアの確立」に向けて、具体的な方策を講じていくことが求められる。言うまでもなく、介護保険制度は、その中で中心的な役割を果たすことが期待される制度であるが、あらゆる課題すべてが介護保険制度で解決されるものでないことにも留意すべきである。
- わが国の高齢化は人類史上例のない未踏の領域であり、その対応は社会全体で取り組むべきことは多言を要しない。高齢者自身の取組である自助、人々の支え合いである共助（介護保険制度もまさに共助の一つである）、地方自治体の取組などの公助を適切に組み合わせ、活力ある高齢社会を築いていく必要がある。

(3) 実現に向けての実施期間

- これらの課題への対応については、現在の高齢者介護の体系、ケアのあり方の転換も必要となり、一朝一夕に実現できるものではなく、実現に向けての一定の実施期間が必要である。本研究会では、高齢化が一段と進む節目である、いわゆる団塊の世代が高齢期に達し、少なからず高齢者像が変化・多様化していくと考えられる2015（平成27）年までを実現のための実施期間とすることを提唱したい。

→ **【補論1】 わが国の高齢者介護における2015年の位置付け**

- 言うまでもないが、これらの課題は早急な解決が求められるものであり、可及的速やかに着手し、2015年に向けて順次その実現を図っていくべきである。特に、今後予想されている介護保険制度の見直しに当たっては、本提言の実現に向けて、必要な措置が講じられることを期待したい。

Ⅲ. 尊厳を支えるケアの確立への方策

1. 介護予防・リハビリテーションの充実

(介護予防を進める視点)

- 長生きをして幸せに生きることは人類の夢である。介護が必要な状態にならない、たとえ介護が必要となってもできるだけ軽い状態で最期まで自分らしく生きていくことは、私たちの共通の願いである。
- 今後、一層高齢化は進んでいくが、高齢期イコール要介護期ではなく、むしろ大部分は介護を必要としない高齢者である。高齢者自身が健康づくりや介護予防に取り組むことにより、介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くし、自分の能力を活かし地域社会に積極的に参加することを可能とすることは、より自分らしく生きがいのある充実した人生を送ることにつながる。
- 特に、これから的高齢者は、介護が必要な状態にできるだけならないようにするため、高齢期に入る前から、心身の健康についての知識を深めることを含めて健康づくりに努め、十分に備えておくことが必要である。
- また、このような取組によって、元気な高齢者が増加していくことにより、高齢者自身が、地域社会での助け合いの仕組みの主体となることが可能となる。介護に要する費用が過度に増大することを防ぎ、負担を少しでも適正なものとするためにも、介護保険制度のみに頼るのではなく、高齢者自らが介護予防に取り組むとともに、高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていく必要がある。
- その際、これまで地域社会における高齢者相互の助け合いの担い手は女性が主であったが、今後は地域社会での助け合いの仕組みに、性別を問わず地域に住む高齢者が積極的に参画することが望まれる。

- 社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動は、介護予防につながるものである。介護予防の推進という観点からは、介護予防を広い概念として捉え、こうした様々な活動を社会全体の取組として進めていく必要がある。

(リハビリテーションの意義)

- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練と捉えられがちであるが、本来の意味は「権利・資格・名誉の回復」である。つまり、障害のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」であって、単にこれまでできていたことをできるようにするという過去の生活への復帰ではなく、より積極的に将来に向かって新しい人生を創造していくことである。
- リハビリテーションは、生命・生活・人生のすべての側面に働きかけ、その人の持つ潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高めていくことであり、それにより豊かな人生を送ることも可能となる。

(介護予防・リハビリテーションの現状)

- このような観点から見ると、現在の介護保険でのリハビリテーション、市町村で行う健康づくりや介護予防の事業については、以下のような現状にあり、本来の介護予防・リハビリテーションの効果が得られていない。
 - ① 健康づくりや介護予防について理解を深める必要があること（要介護になるまで特段の努力をしなかったり、いったん要介護状態になると改善することがないとあきらめてしまうことがある。）
 - ② どのような生活習慣を持った人が要介護状態となるリスクが高いのか、そういった人にどのようなサービスを提供すれば介護予防や要介護状態の改善に効果があるのかが整理されていないこと
 - ③ 要支援者や軽度の要介護者用のサービスメニューが用意されていないこと（要支援者に対しては予防給付が行われることとなっているが、要介護者に対する介護給付と同一のサービスメニューであり、利用できる上限が異なっているのみである。）

- ④ 介護を受ける前の医療のリハビリテーションと、介護のリハビリテーションとが必ずしも一体となって提供されておらず、十分に機能していないこと

(具体的方策)

- 現在、提供されているサービスが有効に機能しているかどうかを検証し、老人保健事業や介護予防事業、要支援者に対する予防給付のあり方、医療保険や介護保険におけるリハビリテーションとして提供されている従来のサービスのメニューを見直し、真に予防に効果がある新たなプログラムを開発し、要介護度のステージ等に応じた要介護状態の悪化の防止や軽減のための施策の体系を構築すべきである。
- 具体的には、要支援者に対する予防給付について、要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防、リハビリテーションを重視した別途のサービスやサービスの重点化を検討すべきである。また、軽度の要介護状態についても同様に考えるべきである。
- 障害の原因となる脳卒中などの急性期疾患の予防は重要であり、また、急性期から回復期への速やかな移行がその後のリハビリテーションの内容・個人の機能障害の回復に大きく寄与すると言われている。
- リハビリテーションについては、急性期から回復期にかけての医療分野と、維持期での介護分野とが、いわば川上と川下の関係で相互に連携しあう体制を構築し、これらが地域において一体的に提供される必要がある。

(介護サービスの提供について)

- リハビリテーションについては、より高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度を高めてから、自立していない活動について他の介護サービス等で補うといったリハビリテーション前置の考え方に立つ必要がある。

- この場合のリハビリテーションは、WHOが2001（平成13）年に策定したICF（国際生活機能分類）の考え方を踏まえ、日常生活における様々な活動の自立度の向上を重視した個別のプログラムに基づいて提供され、特に施設でのリハビリテーションは自宅復帰の可能性を常に考えたものでなければならない。たとえ、生活機能の障害が重度になっても、改善の可能性を求めて、自立に向けた取組を行うことが求められる。

※ 2003（平成15）年4月に策定されたりハビリテーション実施計画書は、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）の考え方を参考にしたものであり、今後より一層の普及が必要である。

- このような介護予防・リハビリテーションのあり方については、今後とも、その具体策について、さらに詳細な精査・研究により明らかにしていくことが必要である。

2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系

(可能な限り在宅で暮らすことを目指す)

- 通常、私たちは自宅で生活をしている。自宅とは、私たち自身が主人公である世界である。自宅であれば、介護が必要になった時でも、人は、自分自身で立てたスケジュールに沿って日常生活を営むことができる。朝何時に起きるかは自分の自由であるし、食事を摂るか摂らないか、何を食べるかも自分自身で決めることができる。(手助けさえあれば) 買い物に出かけることもできる。家族や友人たちとおしゃべりをし、夜更かしすることもできる。自宅の良さとは、介護が必要になった時でも、介護のために自分の生活や自由を犠牲にすることなく、自分らしい生活が続けることができる点にある。

日常生活における自由な自己決定の積み重ねこそが「尊厳ある生活」の基本であり、在宅での生活であれば当たり前のことである。

だからこそ、多くの方は在宅での生活・在宅での介護を望むのである。

- しかし、介護が必要になった時、様々な事情から、住み慣れた自宅を離れ、家族や友人たちとも別れて、遠く離れた施設へと移る高齢者も多い。そのような人たちは、これまでの人生で培ってきた人間関係をいったん失い、新しい環境の中で再び築くことを強いられることになる。心身の弱った人がそうした努力を強いられることは大変な精神的負担を伴う。それでも、現在の在宅サービスだけでは生活を継続できない、あるいは介護を受けるには不便な住環境であるといった理由から、在宅での生活をあきらめて施設に入所していくのである。

- 確かに、施設には、昼夜を通して常に職員が施設内にいて、転べばすぐに起こしてくれるし、トイレの介助もすぐに対応してくれる。「365日・24時間の安心感」を手に入れることができるという長所がある。この「安心」はとても重要であり、現状の在宅ケアではなかなか実現できない施設の持つ大きな機能である。

しかし、自分の住み慣れた土地を離れて入所するケースが多いため、その人が長年にわたって育んできた人間関係などが断たれ、高齢者にとって最も

大切な生活の継続性が絶たれてしまう場合が多い。

また、現在の施設では、個室に入っている人はまだ少なく、4人部屋等に入っている人が多い。そして、他人と一緒に起床・就寝、食事、入浴、レクリエーション等、施設の決めた日課に沿って集団的に行動して日々が過ぎ、家で暮らしていたときのように自分自身で生活のリズムを決めることは難しい。

このような生活の中で、入所者は、施設の中で自分の役割、存在意義を見失い、自立への意欲や人生に対する関心を失っていくのではないかとと思われる。

また、痴呆性高齢者の中には、このような環境の下では症状が悪化する場合があるという問題点も指摘されている。

- 私たちが目指すべき高齢者介護とは、介護が必要になっても、自宅に住み、家族や親しい人々と共に、不安のない生活を送りたいという高齢者の願いに応えること、施設への入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を続け、最期までその人らしい人生を送ることができるようにすることである。
- さらに、施設に入所した場合でも、施設での生活を限りなく在宅での生活に近いものにし、高齢者の意思、自己決定を最大限尊重したものとするよう、施設におけるケアのあり方を見直していくことが必要である。

(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する

: 切れ目のない在宅サービスの提供

(小規模・多機能サービス拠点)

- 在宅生活を望む多くの要介護高齢者が、施設への入所を決断せざるを得ないという現実の背景には、在宅では365日・24時間の介護の安心を得ることが極めて困難である、という点がある。

「家の中で転んで起き上がれなくなっても、誰にも気づかれないのではないか」「夜、急にトイレに行きたくなっても、一人ではトイレに行けない。手助けをしてくれる人もいない」という、何かあっても対応してくれる人がいないことへの不安は大きい。

- この課題を解決するためには、在宅に365日・24時間の安心を届けることのできる新しい在宅介護の仕組みが必要である。本人（や家族）の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが、切れ目なく、適時適切に在宅に届けられることが必要である。

すなわち、日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといったサービスが、要介護高齢者（や家族）の必要に応じて提供されることが必要であり、さらに、これらのサービスの提供については本人の継続的な心身の状態の変化をよく把握している同じスタッフにより行われることが望ましい。

このためには、切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点（小規模・多機能サービス拠点）が必要となる。

※ このような「通う」「泊まる」「訪問を受ける」「住む」というサービスの形態は、現在でも「通所介護」「短期入所」「訪問介護」「グループホーム」等として介護保険のメニューとなっているが、このような複数のサービスを利用するとしても、それぞれ担当するスタッフは別々であり、利用者にとっては（特に痴呆の場合）混乱をきたす。スタッフの側も、利用者の心身の状態の短期的な変化や、中長期にわたって軽度から徐々に重度化していく過程を把握することは難しい。

- さらに、こうした一連のサービスは、安心をいつも身近に感じられ、また、即時対応が可能となるよう、利用者の生活圏域（例えば中学校区あるいは小学校区ごと）の中で完結する形で提供されることが必要である。そのためには、小規模・多機能サービス拠点は、利用者の生活圏域ごとに整備されていることが必要になる。

※ 地域密着型の在宅サービスを実践する試みとして、宅老所と呼ばれる取組がある。宅老所には小規模・多機能サービスを実践しているものも多くあり、それらの中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながらターミナルケアまで実践しているところもある。

このような在宅での生活を支える小規模・多機能サービス拠点の発展可能性・地域のケアネットワークの中での位置付け等について、さらなる研究が必要である。

※ 高齢者の生活圏域で必要なサービスを完結させるという観点は非常に重要であり、後述する地域ケアの確立を考える上でも、地域の様々なサービス資源を高齢者の生活圏域を単位に整備し、結び付け、その中で（施設サービスまで視野に入れて）必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していくという視点が必要である。

市町村の策定する介護保険事業計画においても、単にサービスの数量的整備目標を掲げるだけでなく、「サービス圏域」という概念を導入し、それぞれの圏域単位で必要なサービスの提供が完結するようなきめの細かい取組を進めることが望ましい。

(2) 新しい「住まい」：自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現

(住み替えという選択肢)

- 要介護状態になった時に自宅での生活の継続を困難にするもう一つの要因は、「住まい」である。

家屋の構造が要介護者の生活に適さず、自宅に住み続けることが物理的に困難である場合や、一人暮らしである等の理由から日常生活の面などで自宅での生活に困難や不安のある高齢者の場合、適切な介護サービスを利用することができたとしても、そうした自宅での生活を続けることは困難である。

- このため、例えば、バリアフリー、緊急通報装置などハードウェアの機能を備え、同時に生活支援や入居者の状態に応じた介護ニーズへの対応などのソフトウェアの機能も備えた、高齢者が安心して住める「住まい」を用意し、自宅で介護を受けることが困難な高齢者に対して、住み替えという選択肢を用意することは、重要な課題である。

※ このような新しい「住まい」に求められる要件として、以下のようなものが想定される。

- ・ バリアフリーの構造を備えている。
- ・ 緊急通報装置等が各部屋に設置されている。
- ・ 日常的な安否確認や生活上の相談に応じるサービスがある。
- ・ 入居者に対して必要なケアマネジメントを迅速に提供できる体制が整っている。
- ・ 住まいに介護サービスが附帯しているか、又は外部の事業者と提携していることにより、入居者が介護を必要とする時には365日・24時間いつでも迅速に介護サービスを提供できる体制が整えられている。

- このような新しい「住まい」への住み替えの形としては、大きく分けて
 - ① 例えば、高齢の夫婦や一人暮らしの高齢者が、要介護状態になる前の段階で、将来要介護状態になっても再度の住み替えをしなくても済むように、必要になったら介護サービスが提供されることが約束されている

「住まい」に早めに住み替えを行うという場合と、

- ② 要介護状態になってから「自宅」同様の生活を送ることのできる介護サービス付きの「住まい」に移り住む場合が考えられる。

(早めの住み替え)

- 前者の「早めの住み替え」に対応するものとしては、現行制度では高齢者向け優良賃貸住宅やシルバーハウジング等の高齢者向け住宅、有料老人ホームなどが該当する。これらの住宅では、バリアフリー仕様や緊急通報装置、L S A（ライフサポートアドバイザー：生活援助員）の配置といった、日常生活上の安心を得るための仕組みが備えられており、介護サービスについては必要に応じて外部の在宅サービスを利用するという形態が一般的である。

今後、高齢単身世帯、特に女性の単身高齢世帯や高齢夫婦のみ世帯が増加していくことを考えると、このようなタイプの住宅へのニーズは増大していくものと考えられ、上記以外にも様々な形の「高齢者向け住宅」を積極的に整備していくことが必要である。

- さらに、「早めの住み替え」の目的は、最期まで住み替えた先の住宅に住み続けることであり、これらの住宅に、いざという時に必要な介護サービスが適時適切に提供されるようにすることは非常に重要である。

これらの住宅に住む人に対する介護サービスの提供の方法には様々なやり方があり、住宅自体に介護サービス提供機能を付帯させる方法もあるし、(1)で述べたような小規模・多機能サービス拠点を併設したり、外部の介護サービスと提携する方法もある。

いずれにしても、要は「365日・24時間の安心」が確保できるような介護サービス提供体制が用意されていることが重要である。

(要介護になってからの住み替え)

- また、要介護になってからの住み替えについては、現在の介護保険制度では、痴呆性高齢者グループホームや特定施設が用意されている。

これらの類型は、いずれも自宅から住み替えて介護を受けながら生活する

というものであり、住居サービスと介護サービスとが一体的に提供されているが、施設自体は「住まい」として位置付けられ、介護サービスは「在宅サービス」とされている。

したがって、住居費用や食費を含めた日常生活に係る費用は入居者が自分で負担し、介護保険制度は介護費用部分をカバーしている。

- 現在、この特定施設の対象となるのは、一定の要件を備えた介護付有料老人ホームとケアハウスのみである。

しかしながら、早めの住み替えを行う場合であっても、要介護状態になってから住み替えを行う場合であっても、高齢者の求める「安心」を実現するためには、これらの「住まい」にきちんとした介護サービスが提供されることが重要なのであり、現在の特定施設の仕組みを積極的に活用し、「住まい」の形や介護サービス提供形態の多様化を図ることにより、様々な形の「住まい」に対しても、特定施設のような形で介護サービスを提供していく仕組みを考えていくべきである。

(社会資本としての住まい)

- このような新しい「住まい」のあり方を検討する際には、ケアの受け皿として、また、人間の尊厳が保持できる生活空間として、最低限求められる水準が確保されていることが必要である。劣悪な住環境、仕切り一つの個室まがいの空間では、尊厳ある生活を送ることは困難である。

例えば、最低居住水準の考え方などを参考に、あるべき住まいの水準を示していく必要がある。

※ 最低居住水準とは、第8期住宅建設5箇年計画で示されている、健康で文化的な住生活の基礎として必要不可欠な住宅の水準のことである。例えば、中高齢単身世帯では住戸専用面積で一人当たり25㎡となっている。

- 北欧等早くから福祉に取り組んできた国では、「福祉は住宅に始まり住宅に終わる」と言われているという。

これまでわが国では、福祉サービスの視点から住宅を考えるという視点は

必ずしも意識されてこなかったが、これからの高齢社会では、このような新しい「住まい」を含め、「住まい」を必要な社会資本として整備していくことが望まれる。

※ 「介護を受けながら住み続ける住まい」という観点では、新たな住まいを整備するだけでなく、既存の住宅資源を活用するということも重要である。

現在でも、民家改造型のデイサービスセンターやグループホームがあり、高齢者にとってなじみのある過ごしやすい住空間として、特に痴呆性高齢者のケアの面では非常に効果的であるとされている。施設が行うサテライトケアについては後述するが、その場所としても古い民家を改造して利用するケースは多くあり、「生活の継続性を確保しつつケアを受けながら住み続ける場所」としての既存の民家の持つ力は大きい。

また、空き家を活用して地域の高齢者の集いの場とすることは、地域を活性化し、空洞化の防止につながるという利点もある。

さらに、新たな住宅や施設の整備には多額の費用が必要であることを考えれば、財政的な観点から見ても、既存資源である民家の活用は非常に重要である。

(3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割

：施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施設機能の再整理

(施設機能の地域展開—施設の安心機能を地域に広げる)

- 24時間介護スタッフが常駐し、緊急時にも対応できるという、365日・24時間の安心を提供する施設機能は、在宅の高齢者にとっても有用な資源である。特別養護老人ホームは、これまでも、通所介護事業所や在宅介護支援センターを併設したり、地域交流スペースを設けて介護教室を開催したりするなど、その機能を入所者以外の人々にも提供してきた。

また、ボランティアの受入れなどを通じて施設を地域に開放し、入所者と地域住民との交流を図っているところもある。

- 今後は、こうした取組を広げるとともに、さらに一歩進んで、施設の人的・物的資源を地域に展開し、在宅サービスの拠点を施設外に設けて地域の高齢者を支援すること、例えば、サテライト方式により、各地に通所介護の拠点を設け、積極的にその機能を高齢者にとって身近な地域で提供することが求められる。

※ サテライト方式とは、地域の公民館や民家などを施設が借り上げ、施設職員がそこに出向いてサービスを提供する方式であり、一種の出張（出前）サービスである。

- 将来的には、このようなサテライト方式の通所介護拠点を強化し、利用者のニーズに応じて訪問機能や宿泊機能、さらには居住機能も備えることが考えられる。これにより、特別養護老人ホームが、その持てる機能を地域に展開し、小規模・多機能サービス拠点を各地に普及させていくことになる。
- こうした拠点を整備することにより、在宅の要介護高齢者も、施設のバックアップを受けた在宅サービスを利用できるようになる。さらに、施設に入所することになっても、地域での在宅サービスの利用を経ての入所となるので、これまで利用してきた在宅サービスとの連続性、入所前の地域とのつな

がりを維持した状態で生活を継続することができる。

- 施設の問題点は、入所により、これまでの生活の継続を犠牲にせざるを得ない（介護を受けるために生活を犠牲にしなければならない）という点にあることは既に述べたとおりである。

とするならば、様々な事情から施設入所を選択せざるを得ない場合でも、可能な限り高齢者の生活の継続性が維持されるよう、在宅サービス利用から施設入所に至る過程を通じて、生活の連続性とケアの連続性が確保されているようにすることが非常に重要であり、施設機能のバックアップを受けた地域の小規模・多機能サービス拠点は、在宅での生活と施設での生活との間に断絶が生じないように、その隙間を埋める仕組みとして大きな役割を果たすことが期待できる。

（ユニットケアの普及一施設において個別ケアを実現する）

- 施設は、常時の見守りと、必要に応じた臨機応変の介護を提供することによって、入所者に365日・24時間の安心を提供してきた。しかしながら、多くの要介護高齢者を一堂に集めて処遇するという施設の性格上、入所者には集団生活の中でケアを提供せざるを得ない面があったことは否定できない。

入所者の尊厳ある生活を保障するという意味でも、施設には今まで以上に入所者の生活環境を重視し、外の社会とのかかわりを保つことができるようにするための取組が求められている。

すなわち、入所者一人一人の個性と生活のリズムを尊重した介護（個別ケア）を行うということである。

- 個別ケアを実現するための手法として、特別養護老人ホームでは、「ユニットケア」を導入する施設が増えつつあり、そうした特別養護老人ホーム（小規模生活単位型）が制度化されたところである。また、老人保健施設や介護療養型医療施設でも、ユニットケアを自主的に実施する施設が現れてきている。

○ ユニットケアは、集団処遇に疑問を持った施設職員や、痴呆性高齢者グループホームが痴呆性高齢者ケアに効果を発揮している状況を見た施設職員が、施設での試みとして、入所者をいくつかの小グループごとに分けて個別にケアを行うことにより産み出したものとされる。

○ ユニットケアは、在宅に近い居住環境で、入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う手法である。その実現のためには、個性や生活のリズムを保つための個室と、他の入居者との人間関係を築くための共同生活室というハードウェアが必要であり、同時に、小グループごとに配置されたスタッフによる一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位的一致）というソフトウェアが必要となる。

ユニットケアとは、ソフトウェアとハードウェアが相俟って効果を発揮するものであり、そのどちらが欠けても効果的なケアを行うことは難しい。

○ 国は、特別養護老人ホームについてはユニットケア型の施設整備を原則としている。

現時点では、既存の特別養護老人ホームのほとんどは従来型のハードウェアであるが、これらの施設においても、ハード面での制約がある中で、ソフト面でのさまざまな工夫によってこれを補い、個別ケアを実現しようとする努力が数多く行われている。このような動きについても積極的な支援が行われるべきである。

※ 諸外国においても、施設のあり方については、できるだけ在宅に近い生活環境としていくことを目指していく方向にある。例えば、オランダにおいては、大規模施設の中で入居者を小グループに分け、それぞれのライフスタイルに応じたケアを行う取組が近年広がりつつある。

また、ケア付きの高齢者住宅を、在宅と施設の中間に位置するものとして展開している国も多い。



【補論2】 ユニットケアについて

- 例えば、既存の特別養護老人ホームにおいてユニットケアを導入するための改修を行う場合に、1ユニット分の定員を本体建物から減らし、その1ユニットはサテライト型の入所施設として街の中に整備して、これに通所介護、訪問介護等の機能を付加することにより、施設の一部を（1）で述べた小規模・多機能サービス拠点とすることも考えられる。

その場合は、小規模・多機能サービス拠点の普及を推進していく観点から、このような多機能化されたサテライト型施設の入所部門を本体施設と共に1つの施設として運営することが可能となるよう制度面でも検討を行うべきである。

ユニットケア型への改修の際、施設によっては、敷地面積の制約等のために定員を減らさなければならないケースもあると考えられる。この方法はそうした問題点を解決する方策としても有効である。

※ いくつかの実践例が示唆するように、ユニットケアは、施設機能を外部に展開していくきっかけとなりうる。例えば、民家を借り、日中、入居者をユニットごとそこへ送迎し、住民との交流を図りながらケアを行うという取組を行っている事例（逆デイサービス）や、施設全体をユニット化し、将来的にはユニットごとに外へ分散していこうという構想を持つ施設がある。

（介護保険3施設の機能の再整理―共通の課題とそれぞれの役割）

- 介護保険制度においては、特別養護老人ホーム、老人保健施設及び介護療養型医療施設が介護保険施設として位置付けられている。

特別養護老人ホームは、1963（昭和38）年に制定された老人福祉法を根拠とする介護施設であり、この40年間で約5,000施設、定員34万人分が整備されてきている。老人保健施設は、1987（昭和62）年に老人保健法で規定された施設であり、病院から家庭に復帰を促進する中間施設として構想・制度化され、今日まで約3,000施設、26万人分が整備されている。わが国の高齢者介護の歴史を振り返ると、高齢者向けの介護施設の整備が進んでいないこともあって、要介護高齢者が医療機関への入院によって対応されてきた。いわゆる老人病院は1980年代以降、様々な変遷を経て、

その一部が介護療養型医療施設として介護保険に移行してきた。現在、病床数は、約 14 万床となっている。

- 介護保険制度施行後 3 年の間に、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設の入所者の平均要介護度は、徐々にではあるが確実に上昇してきている。介護保険制度は在宅重視の考え方に立っており、今後とも在宅ケアの充実が進むことが考えられることから、施設入所者の重度化は引き続き進行していくと考えられる。
- 今後の介護保険 3 施設に共通する機能・役割を考えると、前述の施設機能の地域展開／在宅支援・連携機能の強化、個別ケアの推進という 2 点に加え、より重度の要介護者を受け入れ、これらの人々に適切なケアを提供する、という機能がますます重要になっていくものと考えられる。
- このような重度の要介護者への対応という機能を果たしていくためには、ターミナルケアへの対応も視野に入れながら、施設職員の専門性や質の向上、職員の能力や経験年数に応じた体系的な研修の実施、ケアの提供体制の強化といった取組が求められる。
- 他方、3 施設それぞれの機能分担についてはかねてより議論があり、それぞれの果たすべき機能と実態とが合っていないのではないかと指摘もなされている。
- 3 施設の担うべき機能としては、大きく、①日常生活の中で、自立した生活を支援する機能、②在宅生活への復帰を目指してリハビリテーションを行う機能、③長期にわたる療養の必要性が高い重度の要介護者に対してケアを行う機能がある。前記のような共通の課題を踏まえつつ、3 施設が、それぞれの機能を生かしてどのようなサービスを行っていくのかということが、今後の検討課題である。
- 特別養護老人ホームにおいては、既にユニットケアが制度化されており、

一人一人の個性や心身の状態に対応した生活支援を行う施設と位置付けることができる。

※ 生活を支援するということは、その人が入所前に営んできた生活を、入所後も同様に営めるような環境を作るということであり、潜在機能の活用が、その基本となる。それによって、その人が自分の存在意義や役割を認識しながら、意欲を持って生活することが可能になる。

過剰な介助の積み重ねは、人の潜在機能を急速に衰えさせることに注意しなければならない。一人一人の潜在機能を活用することが肝要であり、時間をかければ自分で食事をとることができる人に対し、職員が食べ物すべてを口まで運んで食べさせることは、施設側から見れば短時間で食事を終えることができ、効率的だと考えられるかもしれないが、食べさせられる人にとっては、まだ動く手を動かす機会が奪われることになる。

- 老人保健施設は、本来、リハビリテーションを行い、在宅復帰を目指す施設としての役割を担っている。

しかし、老人保健施設を退所する人のうち、自宅に復帰する人は41%であり、56%が、特別養護老人ホーム・他の老人保健施設・医療機関等の施設へ移っている。（平成13年介護サービス施設・事業所調査）

そのため、老人保健施設には在宅復帰を支援する機能を一層果たしていくことが求められ、例えば、リハビリテーション機能や在宅復帰を支援する機能を適切に評価する仕組み（在宅復帰率など）を導入することも検討すべきである。

- 介護療養型医療施設は、医療ニーズの高い要介護者を受け入れる施設であり、介護保険の導入によって医療保険から介護保険へ移管されたものである。

介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比較して重介護・重医療の高齢者を対象としており、ケアの方法は他の施設とは異なるものであるが、在院患者の平均入院期間は、長期間にわたっており、介護が、一人一人のこれまでの生活の継続を重要な要素とすることを踏まえると、介護療養型医療施設においても、療養環境の一層の向上を進めることが求められる。（図表19）

※ 老人保健施設、介護療養型医療施設についても、生活環境、療養環境の改善は目指すべき方向であり、実際にユニットケアを導入している事例もある。

(施設における負担の見直し)

○ また、施設に関しては、在宅との負担の均衡をどのように図っていくかという課題もある。

○ 特別養護老人ホームの入所申込者が多いことには様々な要因があるが、介護保険制度の施行によって入所の仕組みが変わり、市町村の入所判定を要することなく、各施設に直接自由に申し込めるようになり、複数の施設への申込み、すぐには入所の必要がない予約的申込みといった実態が生じていることのほか、自己負担の点で、在宅に比べて割安感のあることも、大きな要因である。

2. (生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系) の冒頭で、高齢者が自宅で介護を受けることを望みながらも家を出て施設に入所するという現状があることについて述べたが、その背景には、このような施設の割安感という事情もあると考えられる。

○ 在宅と施設が、それぞれ互いの長所を取り込み、両者の機能が接近していくと、高齢者にとっては、同じ心身の状態ならば、どこであろうと同じ内容の介護を受けることができるようになる。

今後の介護保険がそうした方向に進むならば、同じ内容の介護であれば、どこで受けても、低所得者に配慮しながら、利用者負担の考え方も同じとする方向で考えていく必要がある。

ユニットケアを行う特別養護老人ホームでは、既に、居住費用は自己負担となっている。他の施設についても、在宅との均衡に配慮した見直しを行っていくべきである。

(4) 地域包括ケアシステムの確立

- これまで、一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するための方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな「住まい」の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくことなどについて述べてきた。

このようなサービス基盤が整備された際においても、要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要であることには変わりはない。

(ケアマネジメントの適切な実施と質の向上)

- これらの支援のうち、介護保険による介護サービスについては、介護支援専門員(ケアマネジャー)が中心となって、高齢者のニーズに合致するよう、高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み(ケアマネジメント)が、介護保険制度の創設により導入された。

※ このケアマネジメントとは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望に合致したケアを総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって、以下の手順により実施される。

- ① 要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析(アセスメント)した上で、
- ② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる(プランニング)。
- ③ ①及び②について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で(多職種協働)、ケアプランを策定し、
- ④ ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握(モニタリング)し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

- しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このケアマネジメントが必ずしも十分にその効果を発揮していない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件であるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる。

- 利用者・家族がケアマネジメントの策定課程（プロセス）に参加することが重要であり、制度的にもケアプラン策定には利用者の合意が必要である。ケアカンファレンスはケアプランに対する利用者・家族への説明と合意の場として極めて重要なものであるが、ケアマネジメントが十分に行われていない現状では、ケアマネジメントに対する利用者・家族の理解は必ずしも十分とは言えない。

※ 例えば、アセスメントを十分に実施せず、高齢者の希望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向（いわゆる「御用聞きケアマネ」）、ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま各サービスが提供されている傾向、サービス提供期間中のモニタリングを実施せず、漫然とサービス利用を続けさせていく傾向も見られる。

また、特に初回時のケアマネジメント（アセスメント）は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

- 現在このような状況にあるケアマネジメントを立て直すには、ケアマネジャー自身の資質の向上とともに、
 - ① ケアマネジメントに必要なプロセスが確実に実施されるための標準化
 - ② 介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援など、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分発揮できる環境整備
 - ③ ケアマネジャーの中立・公正の確保

を進めていくことが必要である。

- さらに、要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行うことが必要である。

（様々なサービスのコーディネート）

- 介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、そのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない。

高齢者の中には、介護が必要な状態であることに加え、医療が必要であるケース、高齢夫婦二人暮らしで介護をしている人に精神的負担が大きくかかっているケース、目が不自由である等の身体障害を併せ持っているケース、家族との関係に問題を抱えているケースなど、様々な社会的支援を必要とする人も多い。

- このような場合は、ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいことがある。かかりつけ医から情報を得たり、民生委員に依頼し、家族と接触して悩みや苦勞を聞いてもらい、家族の精神的負担を軽減したり、身体障害者福祉センターの相談員と共に訪問して日常生活上のニーズを把握したり、保健所の保健師の協力で精神面でのケアを行ったり、といったように、専門機関や近隣住民と連携して、介護の周辺にある問題を解決することが必要になる。

- 例えば、入院患者の退院に際して、入院先の医療機関、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、

退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、日常生活への復帰を円滑に支援することができる。

退院支援と長期フォローアップ、急性期病院から地域の受け皿へ返すための地域における受け皿づくり・支援体制のシステム化を急ぐ必要がある。

- また、介護サービスの利用を誰に相談してよいのか分からない、という住民もいるであろう。

自治体の中には、薬局・薬店等の協力を得て「まちかど介護相談所」といった看板を掲げ、客からの介護相談を受ける体制を整えているところがある。こうした自治体では、店に介護保険サービス・介護保険以外のサービスのリーフレットや市内の事業者一覧等の資料を備え付け、協力店に対して、市内の各種サービスの内容・利用手続きに関する説明会を開くなどしている。

- そのほか、例えば高齢夫婦二人暮らしで夫が要介護状態であり、妻が介護を行っている世帯であって、夫は妻以外の人から介護を受けることを拒み、妻も夫の介護は自分がすべきものだと思っているようなケースでは、ケアマネジャーが関わろうとしても全く受け入れてもらえないことがある。

このような場合、例えば、妻が親しくしている近隣住民に依頼して、その人と一緒に訪問してみる。そして、日々の介護の苦労や悩み事を聞いた上で、まずは月1回の通所介護の利用を勧めることから始め、徐々に利用回数を増やしていく、といった方法が採られる。

こうしたケースでは、介護サービスを利用し始めてからも、近隣住民による訪問を継続し、妻の精神的負担を軽減させる努力を続ける必要がある。

- このように、介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。

- 地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携し

てケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う、在宅介護支援センター等の機関が必要となる。

※ 在宅介護支援センターは1990（平成2）年に制度が開始され、社会福祉士や介護福祉士といった福祉関係職種と、看護師や保健師といった保健医療関係職種とが配置され、生活上の支援を望む高齢者に対して総合的な相談対応などを行うことにより、わが国におけるケアマネジメントの先駆的役割を果たしてきた。

この十数年の間に箇所数も増え、現在までに約8300箇所が整備されている。しかし、介護保険制度の施行に伴い、その多くが居宅介護支援事業所を併設して自ら介護保険サービスのケアマネジメントを行うようになったことから、居宅介護支援事業所との役割分担が不明確になっているなど厳しい指摘も多い。

在宅介護支援センターが地域包括ケアのコーディネートを担うためには、その役割を再検討し、機能を強化していく必要がある。

- また、重度の慢性疾患があっても同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた多職種連携による地域包括ケアが提供され、365日・24時間の安心が提供できているような地域であれば、かかりつけ医による訪問診療、訪問看護、訪問介護、ショートステイなどの医療保険・介護保険によるサービスを組み合わせることによって、ターミナルケアが必要な状態に至るまで在宅での生活を支えることが可能になる。

なお、高齢者介護における口腔ケアについては、介護関係者からは必ずしも重視されてこなかったが、低栄養、転倒、誤嚥性肺炎の予防にも有効であり、地域包括ケアの観点からも留意すべきである。また、高齢者の食生活の改善という観点からは、長期栄養管理という視点でのアプローチも重要である。

3. 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア

- 「身体上又は精神上の障害」により要介護状態にある高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を行うことができるようにすることが高齢者介護の目的であるが、現状においては、精神上の障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない。具体的には、痴呆性高齢者のケアの確立が問題であり、この分野の取組を推進することは、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることに他ならない。
- 先にも述べたとおり、要介護認定のデータに基づけば、要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められ（痴呆性老人自立度がⅡ以上）、施設の入所者については8割が痴呆の影響が認められる（詳細は補論を参照）。このように、要介護高齢者の相当部分が痴呆性高齢者であり、これからの高齢者介護を考えていく上で、痴呆性高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれていると言わざるを得ない。

（痴呆性高齢者を取り巻く状況）

- 介護サービスの利用が可能であっても、痴呆性高齢者が地域の一員として生活を送ることは、現状においては、次のような事情から容易ではない。
 - ① 介護保険、特にケアマネジメントの導入により、身体機能の障害に対するケアは、移動、食事、入浴などの身体介助としてある程度体系だった対応ができつつあるが、痴呆については、系統的・組織的なケアへの挑戦がようやくグループホームという形で始まったところであり、施設・在宅を通じた介護の現場で広く展開するには至っていない。むしろ、先進的な事業所と取組が遅れている事業所の格差が広がりつつある。
 - ② 本人が周囲を正しく認知できないことにより、不安や混乱を来してしまい、家族等との人間関係を保つことが困難なことが少なくない。このため、適切なサービスの活用が進みにくいという特徴がある。また、行動障害や身体合併症のために、介護サービスの利用を断られる場合すらある。
 - ③ 高齢者の家族の痴呆に関する知識と理解は十分とは言えず、徘徊など何

らかの行動障害が生じるなど、相当重度になるまで治療や介護の必要性に気づかない、あるいは目をそむけたり、放置してしまいがちである。高齢者が元気であった時期を知る家族にとっては、軽度の段階ほど、痴呆の状態を受け入れることは精神的に負担である。

- ④ 専門職も含め、地域の人々の痴呆に対する認識が十分に浸透しておらず、本人や家族を支えきれていない。そればかりか、無理解に基づく言葉や対応が、本人や介護家族にダメージを与え、状態や関係増悪の一因となってしまう事態もしばしば起きている。

(痴呆性高齢者の特性とケアの基本)

- 痴呆性高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、外界に対して強い不安を抱くと同時に、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。徘徊、せん妄、攻撃的言動など痴呆の行動障害の多くは、こうした不安、失望、怒り等から惹き起こされるものであり、また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくという最もつらい思いをしているのは、本人自身である。こうしたことを踏まえれば、むしろ痴呆性高齢者こそ、本人なりの生活の仕方や潜在する力を周囲が大切にし、その人の人格を尊重してその人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。
- 痴呆性高齢者ケアは、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しつつ、高齢者自身のペースでゆったりと安心して過ごしながら、心身の力を最大限に発揮した充実した暮らしを送ってもらうことができるよう、生活そのものをケアとして組み立てていくものである。いわゆるリロケーションダメージ（転院などで生活の場が変わることによる悪影響）など環境の変化に適応することがことさら難しい痴呆性高齢者に配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本とした介護サービスの体系整備を進める必要がある。さらに、痴呆の症状や進行の状況に対応できる個別の介護サービスのあり方や安心感を与えるような周囲のかかわり方を明らかにして、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

(痴呆性高齢者ケアの普遍化)

- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい痴呆性高齢者のケアにおいては、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追及することが求められる。このことは、本来、痴呆性高齢者のみならず、すべての高齢者のケアに通じるものである。痴呆性高齢者グループホームが近年実践してきている、「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく」という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。
- 要介護高齢者の中で、今後、痴呆性高齢者がますます多数を占めることも合わせて考えれば、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要である。
- 2. (生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系) で述べた「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」といった動きは、まさに痴呆性高齢者に対応したケアを求めるという観点から産み出されてきた方法論であり、これらの方策の前進がさらに求められるゆえんは、このように痴呆性高齢者対応のケアの確立が必要であるからである。
- また、介護サービスを担うすべての事業者及びその従事者に対し、研修等を通じて痴呆に関する十分な知識と理解の習得を促し、専門性と資質の確保・向上を図ることが必要である。

(地域での早期発見、支援の仕組み)

- 今後の痴呆性高齢者ケアにおいて、強調されるべきもう一つの事項は、早期発見の重要性である。痴呆を早期に発見し、適切な診断とサービスの利用により早期に対応することができれば、徘徊等の行動障害の緩和が可能な場合が多く、在宅での生活をより長く続けることが可能である。

- しかしながら、現状においては、痴呆性高齢者が自分から進んで医療機関を受診したり、サービス利用を申請したりすることは極めてまれであり、周囲がその症状を発見することにより、初めてサービス利用につながる。特に独居高齢者を考えた場合には、地域での早期発見と専門家に気軽に相談しやすい体制が重要となる。そのためには、かかりつけ医等専門職が痴呆に関する知識を有していることはもちろん、地域の住民全体に痴呆に関する正しい知識と理解が浸透し、住民が「痴呆は何も特別なことではない」という意識で痴呆性高齢者と家族を支える存在となることができる必要がある。
- さらに、痴呆性高齢者に対するケアが必要となった場合の地域の関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みを整備することで、本人や家族の地域生活における安心を高めていく必要がある。なお、痴呆性高齢者については、ケアの問題以外にも経済的被害などの権利侵害を受けやすいということが指摘される。地域での生活の支援に関連して、こうした問題についても議論が必要である。



【補論 3】 痴呆性高齢者ケアについて

4. サービスの質の確保と向上

(高齢者による選択)

- 介護保険の施行で介護サービスの利用が「措置」から「契約」になった。このことは、高齢者が自分自身の生活を自ら組み立てていく一環として、介護サービスについても、自分自身に適したものを自ら選択・決定することを意味する。

今後高齢期を迎えるいわゆる団塊の世代以降の高齢者にとっては、このような仕組みは自然なものであり、むしろ当然のものとして受け止められるであろう。
- 措置から契約への転換に合わせて、介護保険制度ではサービス提供主体のあり方についても大きな変化があった。特に在宅サービスについては原則として主体規制が撤廃され、人員要件等一定の基準をクリアすれば民間事業者やNPO法人でも介護サービスを行うことが出来ることとし、市場における公正な競争の下、利用者の選択によってサービスが提供される仕組みとした。
- このような仕組みの下では、事業者間の競争を通じてより良いサービスが選択され、全体として介護サービスの質が高まることが期待されるが、このような「サービスの質による競争」が正常に機能するためには、何よりもまず利用者において適切な選択が行われることが前提であり、そのためには、利用者が適切な選択・決定をする際に必要かつ十分な情報がなければならない。
- 「自分自身の状態に関する客観的な情報」を利用者本人が把握できるようにするとともに、地域における介護サービスの内容に関する客観的で適切な情報が利用者本人に提供されることが必要である。

(サービスに関する情報と評価)

- しかしながら、現在、介護サービスの質を示す「自立支援の効果」については、未だ評価を行う具体的な尺度は研究段階にあることから、サービスの

質に関する客観的な情報は十分提供されているとは言い難い状況にある。

- 質に関する情報が不足している状況では、利用者が適切な選択を行うことは難しい。また事業者にとっても自らのサービスの質の水準が認識できないこととなり、利用者の選択による質の競争や事業者自身の質の向上のための自己努力が十分になされないのではないかと考えられる。
- このような状況を踏まえれば、介護サービスによる自立支援の効果の評価（アウトカム評価）の手法の確立等を行い、評価結果を利用者に開示することにより、質の高いサービスを提供する事業者が選択され、事業者自身にも質の改善を促していく仕組みの構築が求められる。具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施しているような外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である。なお、評価を受けたかどうか、また、評価結果を公表するかどうかは利用者がサービスを選択する際の判断材料になるものである。

（サービスの選択等の支援）

- 介護保険制度においては、利用者が自らサービスやその内容を選択することが前提となっているが、現状では、これらの選択に際して、高齢者本人ではなく、同居の家族が相当の支援、代行をしているケースが少なくない。サービスやその内容の選択と決定に当たって、利用者の意思が正確に反映されることが必要であるが、今後は、高齢者のみの世帯、独居の高齢者が増えていくことが考えられ、近親者等による選択・決定の支援すら受けられないケースが増えることに対応していく必要がある。
- 利用者のサービスの選択を支え、適切なサービス利用を確保するため、介護保険制度ではケアマネジメントが導入された。ケアマネジメントは、専門的な見地からサービスの調整を行うものであるが、そのサービス選択の支援に当たっては、利用者の立場に立って公正に行われることが必要である。
- また、サービスやその内容に関する意見については、利用者自らが表明す

ることが必要であるが、その個性や周辺の人との関係から表明しにくい状況にある者も少なくないのではないかと考えられる。現在、利用者と事業者の間をつなぐ「介護相談員の派遣」が市町村において実施されているが、特に、今後は、このような利用者の意思・意見を上手に引き出したり、その表明を支援するといった機能につき、地域住民（ボランティア、NPO等）も活用しながら、充実していくことが望まれる。

※ これらの取組のほか、自治体等における苦情処理なども重要な役割を果たすこととなる。利用者はサービスの「消費者」でもあることから、自治体等での対応においては、必要に応じてその消費者行政担当部門とも連携を図り、消費者保護制度の活用を含めた適切な対応をとることが重要である。

- さらに、痴呆等により意思決定能力自体が不足する場合が問題となる。現在、成年後見制度など本人の意思決定を補完する仕組みが設けられているが、これらをさらに利用しやすくすることが求められる。特に、これらの仕組みを必要とする高齢者を把握しやすい市町村の取組を充実していくことが重要である。また、成年後見人が手術等の医的侵襲行為について同意ができないことなど制度的な課題についても、さらなる議論が必要とされる。

（ケアの標準化）

- また、現在の介護サービスの内容については、現場の経験等のみに基づいて提供されているものが少なくなく、「ケアの標準化」が十分なされていない。「ケアの標準化」は、個々の要介護高齢者の状況に的確に応じた効果的なケア（根拠に基づくケア）の提供・選択を可能とするなど、個別ケアを推進していく上で必要なものであり、サービスの全体的な水準の確保・向上に寄与するものである。このような「ケアの標準化」のためにも、高齢者ケアを科学的アプローチにも耐えうる専門領域として確立していくことが求められる。

※ 例えば、利用者の状態像の評価を適切に行うためのアセスメント手法の開発や、サービス行為の違いによる自立支援の効果の違いを分析・評価していく研究

等が求められる。

(介護サービス事業者の守るべき行動規範)

- 前述のように、介護保険制度は、多様な事業者の参入を認め、通常私たちが利用する様々なサービス同様、利用者が介護サービスを選択し、市場（における契約）を通じて購入（利用）することとしている。
- しかしながら、同時に、介護サービスは人間の尊厳や人権に関わるサービスであり、かつ介護保険は高齢者・現役世代・事業主・国・地方公共団体など、様々な主体が保険料や税という形でその財源を重層的に支えている公的社会保障制度である。
とすれば、このような制度の下で事業活動を行う事業者には、営利・非営利を問わず、自らが参入している介護サービス市場が公的な財源によって賄われる共助のしくみであることから要請される、公益性の高い行動規範の遵守が求められるべきであり、自由の中にも公益性の高い仕組みの一翼を担っているという自覚が求められる。
- 要介護高齢者の増大によって、介護サービス市場は今後とも拡大し、民間事業者の果たす役割も増大していく。「公的制度と公的財源によって支えられた市場」である介護サービス市場の特性にふさわしい事業者の行動規範、適切な事業経営のあり方、経営モデルの確立が強く求められる。

※ 例えば、通常の民間市場であれば、企業の市場への参入・退出は自由であり、より収益性の高い分野を求めて資本を移動させ、非効率な事業部門を廃止したり売却したりすることは企業として当然の行動である。また、事業の一部を分離して分社化・子会社化したり、持ち株会社を設立したり、事業部門全体を売買することもできる。しかしながら、介護サービスの場合、利用者にとっては一定の質の下にサービスが安定的・継続的に提供されることは極めて重要なことであり、事業者側の都合で事業が廃止されたり経営主体が交代すれば、利用者に大きな不利益をもたらす危険がある。例えば、有料老人ホームの入居者にとって、経営主体の交代は、経営方針の変更や事業内容の変更につながる可能性が大きく、ホー

ムでの生活に大きな影響が生じる可能性があるが、現実には利用者の意向とはかわりなく、ホームの売買が行われている。

(劣悪なサービスを排除する仕組みの必要性)

- 市場における競争が適正に行われ、利用者による選択が十全に機能していれば、利用者が良い事業者を選択し、劣悪な事業者はおのずから淘汰されていく。しかしながら、利用者側にサービスに関する適切な情報がないこと(情報の非対称性)やサービスの提供量の不足などにより、現状では競争による淘汰が十分に行われているとは言い難く、事実、最近の取消事例の増加に見られるように劣悪な事業者による問題事例は後を絶たない。
- また、そもそも高齢者介護サービスの世界では、利用者は要介護高齢者であり、情報の非対称性、身体的精神的な要因などから、サービス提供者と常に対等な立場で対峙し、サービスを選択していくことが難しい。そのような中で問題のある事業者を放置することは、利用者である高齢者に回復不能のダメージを与えることとなりかねない。
利用者保護の観点から、このような事業者については、市場の競争による淘汰を待つまでもなく、迅速に市場から排除することが必要である。
- 現在は、都道府県による指定取消処分があるが、指定取消は介護保険事業に関する処分であって事業の実施それ自体を規制するものではなく(任意(保険外)の事業として実施することは可能であり、そもそも任意で行っている事業については処分の効果は及ばない)、法人そのものや法人の経営者に対する処分ではない。また、保険者である市町村には不正請求の返還命令権限があるが、事業者指定の権限が都道府県にあることから、事業者に対してサービス面に関する関与(規制)を行うことは予定されていない。
- 良い事業者を適切に評価しつつ、劣悪なサービス提供を改善させ、問題のある事業者を迅速に市場から排除できるよう、効果的な査察の仕組みを開発するなど、制度的な対応を用意する必要がある。

(介護サービスを支える人材)

- 介護サービスは、基本的には人が人に対して提供するサービスである。従って、介護サービスを支える人材が介護サービスの質を左右する鍵であると言って過言ではない。介護保険施行後、サービスの提供量が増加し、また、ユニットケアの普及などにより介護サービスを担う人材に求められる質の水準も高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題である。

※ 介護サービスの提供に当たる従業者の要件等については、現在、各サービスの指定基準において定められている。しかしながら、その内容は、ほぼ制度施行前のものを引き継いでおり、基本的には最低基準が定められているに過ぎない。また、医療関係職種を除けば、介護サービスの従事者には特段の資格要件や義務的研修は求められていない場合がほとんどで、現任者に対しても任用資格と連動するような体系的研修の仕組みも用意されておらず、総じて任用後の後の継続的な資質向上の道筋や仕組みは構築されていないのが現状である。

- このような状況の下、在宅サービス・施設サービスを問わず、介護サービスの提供に当たる職員については、優秀な人材を確保し、また育成していくことが求められる。このためには、介護現場に高い魅力を持たせること、適時適切な教育研修の体系化とそれを受ける機会の確保、スキル向上の仕組み、従業者としての要件化などを図るべきである。例えば、現場で介護に従事する者が、教育研修の場で学んだ知識を現場での実践に生かし、かつ、現場の実践を理論の発展に生かすことができるような環境の整備も重要である。
- また、人材の育成に当たっては、単に知識が豊富なだけではなく、介護が高齢者を対象とする対人サービスであることから、人と共感できる豊かな人間性を備え、介護の本質的な理念を体得できるような人材を育てていくように配慮しなければならない。

(保険の機能と多様なサービス提供)

- 介護保険は、高齢者の自立支援のための「ニーズ」に対して標準的な水準

のサービスを保障するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする「高齢者の介護ニーズ」とは、「利用者が主観的に求めるもの」ではなく、要介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた「自立支援に必要なもの」でなければならない。

- 他方、今後、個々の高齢者の生活様式や嗜好の多様化などにより、「より手厚い介護」や「より良い居住環境」が希望されたり、「より多様な生活支援サービス」が求められることも多いと考えられる。

現在でも、特定施設では、利用者の負担により手厚い介護の利用が可能であり、また、手厚い対応を求める利用者に対して保険給付を上回る水準のサービスを提供する事業者も現れている。利用者保護の観点からは、介護保険の対象となるサービスと対象外のサービスとの区分を明確にし、保険外部分についての費用負担等について適切な情報提供がなされることが必要であるが、サービス市場や、ボランティアの助け合いの場の形成など、個人の様々な要求に応えられる環境の整備を進めていくことが求められる。

Ⅳ. おわりに

(持続可能な制度の確立)

- わが国の高齢化は、本報告書が実施期間とした2015年を越えても進展し、これに伴って介護サービスに要する費用も増大していく。

介護保険制度施行後の3年間で、介護給付費は高齢化の進展を上回る伸び率で急激に増大しており、この傾向が続くならば、将来、国民の保険料負担は、相当程度高い水準になることが避けられない。また、現行の仕組みを前提とすれば、国・地方を通じた厳しい財政状況が続く中で、急増する介護サービスに要する費用が、財政上極めて重い負担となっていくことが強く懸念される。(図表 20)

- 高齢者の尊厳を支える介護を具現化していくためには、介護保険制度を中心とする高齢者介護の仕組みを、給付と負担のバランスが確保された、将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠である。
- 本報告書では、様々な新しい提案を行っているが、もとより、このために介護に係る費用を増大させることを意図するものではない。より高いサービス水準を目指す以上、国民の側に応分の負担が生じることは避けられないが、研究会としては、本報告書の諸提案を実効あるものとし、将来においても若い世代を含めた社会全体が活力あるものとなるよう、介護保険制度により提供されるサービスメニューの見直し・保険給付の重点化等をあわせて検討しつつ、限りある財源・社会資源の最適な配分を行っていくことを強く望むものである。
- また、その際には、介護保険制度が指向する地方分権の考えをさらに進め、全国的な公平性の確保にも配慮しつつ、より効率的な保険運営が行えるよう、地域の実情に応じて保険者が独自性を発揮できる、より柔軟な仕組みを検討することも必要であると考え。

- 国においては介護保険制度施行後5年を目途とする制度見直しに向けて検討が開始されたところであり、本研究会としては制度の持続可能性に関わる部分については問題提起にとどめた。将来にわたって持続可能な制度の確立に向け、関係者による検討の場で今後議論が深められ、制度改正の機会において具体化されることを期待したい。

(あるべき高齢者介護の実現のために)

- 本報告書では、2015年までにあるべき高齢者介護を実現することを高い目標として掲げたが、本論で指摘したように、高齢者の自立の支援、尊厳を保持しつつ最期まで暮らしていける社会の構築に向けて、課題は山積している。
- あるべき高齢者介護の実現に向けてケアの在り方の転換等を図っていくために、2015年までに残された時間は少なく、直ちに取組みなければならない課題も多い。とりわけ、サービスの提供に関わる事項については、ハード面の整備、人材の育成など、早急に着手し、将来を見据えて計画的に取り組んでいくことを求めたい。ゴールドプラン21の終了後の新たなプランの策定に当たっても、本報告書の示すビジョンの趣旨を体して取組を進めていくべきである。
- 2015年、さらにはそれ以降を見通した時、わが国の高齢化の進展は、人類社会が初めて経験する未知の領域である。このような超高齢社会における介護の問題は、私たち一人一人にとって人生の最期をどのように迎えるかという生き方に関わる問題であると同時に、福祉、医療、住宅等広範な分野を包摂した社会そのものを私たちがどのように築いていくかという問題でもある。
- それゆえに、あるべき高齢者介護の実現のため、研究会が目指したところは、最終的には、社会全体が、この報告書で示した理念を共有し、そこに暮らす個々人が尊厳を持ってその人らしい生活を送ることができる社会の実現にある。

- 本報告書を契機として高齢者介護に関する議論が専門家のみならず国民の間で幅広く進められることを期待するとともに、高齢者介護という社会全体の課題に私たちすべてが当事者として参加していかなければならないことを強調したい。

補論1 わが国の高齢者介護における2015年の位置付け

研究会報告書本文においては、2015（平成27）年までをあるべき高齢者介護を実現するための実施期間として位置づけた。ここでは、2015年という目標設定がわが国の高齢者介護にとってどのような意味を有するのか、また、その際に念頭に置かれるべき点について補足する。

1. 2015年を論ずる意義

戦後生まれのいわゆる「団塊の世代（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年生まれ）」が65歳以上となる2015年は、65歳以上人口が3,277万人、高齢化率は26.0%、75歳以上人口が1,574万人、後期高齢化率は12.5%となる見通しである。

次表及び別添グラフ1に見られるように、2002（平成14）年から2015年の13年間の65歳以上人口、高齢化率の伸びは、2015年以降の伸びと比較して際だっている。他方、75歳以上人口及び後期高齢化率の伸びは、2015年以降も同様のペースで継続する。また、65歳以上の者の年間死亡数も2002年から2015年にかけて急激に増加する。

高齢者人口とその割合の年次比較（65歳以上、75歳以上）

	2002（平成14）年	2015（平成27）年	2025（平成37）年
65歳以上人口 （増加数） （伸び率）	23,628千人	32,772千人 （+9,144千人） （+38.7%）	34,726千人 （+1,954千人） （+6.0%）
高齢化率 （上昇%）	18.5%	26.0% （+7.4%）	28.7% （+2.7%）
75歳以上人口 （増加数） （伸び率）	10,043千人	15,735千人 （+5,692千人） （+56.7%）	20,260千人 （+4,525千人） （+28.8%）
後期高齢化率 （上昇%）	7.9%	12.5% （+4.6%）	16.7% （+4.3%）
65歳以上死亡数 （増加数） （伸び率）	78.7万人	120.9万人 （+42.2万人） （+53.6%）	143.3万人 （+22.5万人） （+18.6%）

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年人口動態統計月報年計（概数）」より算出

高齢者数全体の伸びの著しい2015年までの間に、あるべき高齢者介護を実現することは、わが国の高齢化の最も急な登りの部分を越えるということである。また、2015年の前期高齢者（65～74歳）は、その後に続く10年間に後期高齢者となる人々である。前期高齢者について、実効性のある介護予防の取組が2015年までの間に確立できるかどうか、その後の時代の高齢者介護にとっても決定的な意味を持つことになる。加えて、高齢者の死亡数が今後急増することから、ターミナルケアまでを含めた高齢者介護のあり方を検討する必要性が高まっている。

一方、高齢化の進展は、全国一律ではないことにも十分留意する必要がある。次表及び別表1にあるように、2002年から2015年までの65歳以上人口の増加率には、大きな地域格差がある。

従って、都市部においては、前述した日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる。また、高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められるということでもある。

高齢者人口、高齢化率及び高齢者人口の増加数（増加率の上位下位5府県等）

都道府県	2002（平成14）年 65歳以上人口（高齢化率）	2015（平成27）年 65歳以上人口（高齢化率）	増加数（増加率）	増加率 順位
埼玉県	996千人（14.2%）	1,767千人（24.5%）	771千人（77.4%）	1
千葉県	932千人（15.6%）	1,569千人（25.7%）	637千人（68.3%）	2
神奈川県	1,299千人（15.1%）	2,088千人（23.6%）	789千人（60.7%）	3
愛知県	1,117千人（15.7%）	1,720千人（23.9%）	603千人（54.0%）	4
大阪府	1,442千人（16.4%）	2,187千人（25.7%）	745千人（51.7%）	5
（東京都）	2,085千人（17.1%）	2,974千人（23.8%）	889千人（42.6%）	9
佐賀県	188千人（21.4%）	220千人（26.5%）	32千人（17.0%）	43
秋田県	295千人（25.0%）	336千人（31.2%）	41千人（13.9%）	44
鹿児島県	419千人（23.6%）	471千人（27.2%）	52千人（12.4%）	45
山形県	297千人（24.1%）	333千人（28.6%）	36千人（12.1%）	46
島根県	198千人（26.0%）	218千人（30.5%）	20千人（10.1%）	47
全国	23,628千人（18.5%）	32,772千人（26.0%）	9,144千人（38.7%）	

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成14年3月推計）」より算出

2. 2015年の高齢者像

現在でも高齢者には明治生まれから昭和生まれまで様々な世代が存在しているが、2015年には、高度経済成長期に青年期を過ごすなど、さらに新しく、異なる時代を経験してきた世代が加わり（別添グラフ2参照）、高齢者の生活様式、考え方、価値観は、一層多様化すると考えられる。また、世帯構成など介護にとっての基本的環境も変化していくことが予想される。

このため、2015年の高齢者像は必ずしも現在の高齢者像の延長上ではないことを認識した上で、新たな高齢者介護を構築していく必要がある。

全ての要素を書き記すことは困難であるが、高齢者介護に関連して重要と考える点を何点か取り上げる。

（1）引退した雇用者の増加

世代に占める雇用者割合は、新しい世代ほど高くなる傾向にある。1935年（昭和10）以前に生まれた世代が働いていた時期に雇用者であった割合は、50～65％程度であるが、1946年（昭和21）から1950（昭和25）年生まれの世代では80％程度が雇用者である（別添グラフ3参照）。

職住が離れていた引退した雇用者が多いことから、地域とのつながりが希薄な者が多いとの指摘もある一方で、近年の高齢者に見られる傾向を引き継いで、ボランティア活動など地域社会への関わりに対する意欲を持つ者が今後増えていくとも考えられる（別添グラフ4参照）。

また、年金受給に関しては厚生年金受給者が増加し、基礎年金のみの受給者の割合は減少していく（別表2参照）。

（2）高齢単独世帯の増加

2005（平成17）年から2015年にかけて、高齢世帯（世帯主が65歳以上の世帯）数は、1,289万世帯から1,659万世帯へと、28.7％増加する。そのうち、高齢単独世帯は、366万世帯から497万世帯へと35.9％増加する見通しであり、高齢世帯全体における高齢単独世帯の割合が高まることになる。

特に埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、茨城県では高齢単独世帯の伸びが著しい（次表及び別表3参照）。

また、2005年時点で一人暮らし高齢者の4人に3人が女性である。今後は男性の一人暮らし高齢者の伸びが、女性の一人暮らし高齢者の伸びよりも高い見通しであるが、2015年時点でも3人に2人が女性と見込まれる（別添グラフ5参照）。

高齢単独世帯数及び増加数（増加率の上位下位5県等）

都道府県	2005年 (平成17)	2015年 (平成27)	増加数（増加率）	増加率 順位
埼玉県	126千世帯	220千世帯	94千世帯（74.9%）	1
千葉県	123千世帯	203千世帯	80千世帯（65.0%）	2
神奈川県	209千世帯	323千世帯	114千世帯（54.9%）	3
愛知県	152千世帯	228千世帯	76千世帯（50.2%）	4
茨城県	55千世帯	83千世帯	28千世帯（50.0%）	5
(東京都)	443千世帯	593千世帯	151千世帯（34.1%）	19
鳥取県	18千世帯	21千世帯	3千世帯（18.1%）	43
長崎県	60千世帯	69千世帯	9千世帯（15.4%）	44
高知県	41千世帯	47千世帯	6千世帯（13.4%）	45
島根県	26千世帯	29千世帯	3千世帯（13.3%）	46
鹿児島県	109千世帯	116千世帯	7千世帯（6.6%）	47
全国	3,657千世帯	4,969千世帯	1,312千世帯（35.9%）	

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 都道府県別推計（2002（平成12）年3月推計）」より算出

（3）在宅での介護者（意識の変化の可能性）

要介護者からみた同居の主な介護者は、現在、息子の妻32.3%、妻25.8%、娘18.0%、夫12.1%、息子11.1%、娘の夫0.7%となっている（別添グラフ6参照）。

高齢者に対して行われた意識調査において、在宅での介護を希望する高齢者が「介護を頼む相手」として回答した内容を見ると、2002（平成14）年度の調査では1996（平成8）年度の調査と比較して、「子供」、「子供の配偶者」が減少し、「ホームヘルパー」が増加を見せている（別添グラフ7参照）。

介護保険制度の実施等を通じて、高齢者の意識も変化してきている可能性がある。

（４）居住環境の重視

新設される住宅の居住面積は、持家住宅については、戦後の期間を通じ一貫して拡大してきている。賃貸住宅についても、１９８０年代に一時縮小したものの、その後は再び拡大している（別添グラフ８参照）。

また、４０歳～６４歳の約６割は、高齢期にも改築を行うなどして現在の住宅に住み続ける意向であるが、その一方で、他の住宅に住み替える意向を持っている者も約３割にのぼっている（別添グラフ９参照）。また、リフォーム関連の耐久消費財、インテリア商品等を含めると、住宅リフォーム市場は２０００（平成１２）年に７．４５兆円もの規模に拡大している。

これからの高齢者は現在の住宅に住み続けたいとする者が多いが、住み替えの希望も少なからずあり、衣食同様居住に関しても、考え方、価値観の多様性が発揮されるものと考えられる。

（参考：国土交通省「高齢者の在宅居住を支援する環境整備のあり方に関する調査報告書」、「平成１４年度 国土交通白書」、経済企画庁（現 内閣府）「平成１０年 国民生活白書」）

（５）消費と流行を牽引してきた世代が高齢者に

戦後のわが国では、「団塊の世代」の成長とともに、欧米風のファッションの定着、インスタント食品、外食産業への需要拡大、レンタルやローンの普及など、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれた。

「団塊の世代」が小学校高学年～中学生となっていた１９６１（昭和３６）年にはテレビの普及率が６割を越えた。また、３０代半ばとなった１９８２（昭和５７）年には乗用車の普及率が６割を越えたが、このような普及を背景として１９６５（昭和４０）年～１９８２年の間に乗用車関連の余暇市場は１，１５２億円から２兆１４８億円へと１７倍に拡大した。

子供時代のテレビを通じた全国共通の体験や３０代半ば以降の乗用車保有によるレジャー体験、近年のインターネットの利用拡大等は、今後の高齢者としての消費生活にも大きな影響を与えられられる。

これからの高齢者は、従来の高齢者以上に各々の価値基準に応じて、多様な選択肢の中から主体的に消費を選択していくようになり、多様なニーズに応じたサービス等への欲求が高まると考えられる。あわせて、消費者と事業者の間のトラ

ブル防止や円滑な処理への取組の必要性が高まることが予想される。

さらに介護保険については、第2号被保険者の時期と合わせた保険料の納付期間が長くなることも加わり、介護サービスの質などに対する要求が厳しくなることも考えられる。

（参考：経済企画庁（現 内閣府）「平成10年 国民生活白書」）

別表1

都道府県別高齢者人口の伸び(2002年→2015年)

都道府県名	65歳以上					(再掲)75歳以上				
	人口 (2002年)	人口 (2015年)	増減	伸び率	伸び率 順位	人口 (2002年)	人口 (2015年)	増減	伸び率	伸び率 順位
北海道	1,110千人	1,517千人	407千人	36.7%	15	466千人	740千人	274千人	58.8%	9
青森県	306千人	392千人	86千人	28.1%	23	125千人	194千人	69千人	55.2%	13
岩手県	321千人	386千人	65千人	20.2%	37	139千人	205千人	66千人	47.5%	20
宮城県	436千人	582千人	146千人	33.5%	20	185千人	288千人	103千人	55.7%	12
秋田県	295千人	336千人	41千人	13.9%	44	127千人	180千人	53千人	41.7%	25
山形県	297千人	333千人	36千人	12.1%	46	135千人	180千人	45千人	33.3%	41
福島県	453千人	537千人	84千人	18.5%	40	203千人	278千人	75千人	36.9%	30
茨城県	527千人	764千人	237千人	45.0%	7	231千人	351千人	120千人	51.9%	18
栃木県	365千人	500千人	135千人	37.0%	14	160千人	233千人	73千人	45.6%	21
群馬県	391千人	531千人	140千人	35.8%	17	174千人	251千人	77千人	44.3%	23
埼玉県	996千人	1,767千人	771千人	77.4%	1	376千人	757千人	381千人	101.3%	1
千葉県	932千人	1,569千人	637千人	68.3%	2	364千人	692千人	328千人	90.1%	2
東京都	2,085千人	2,974千人	889千人	42.6%	9	845千人	1,451千人	606千人	71.7%	6
神奈川県	1,299千人	2,088千人	789千人	60.7%	3	501千人	946千人	445千人	88.8%	3
新潟県	554千人	667千人	113千人	20.4%	36	254千人	347千人	93千人	36.6%	32
富山県	247千人	315千人	68千人	27.5%	24	113千人	154千人	41千人	36.3%	34
石川県	232千人	308千人	76千人	32.8%	22	106千人	145千人	39千人	36.8%	31
福井県	179千人	219千人	40千人	22.3%	32	82千人	111千人	29千人	35.4%	38
山梨県	182千人	229千人	47千人	25.8%	26	85千人	116千人	31千人	36.5%	33
長野県	497千人	604千人	107千人	21.5%	34	236千人	310千人	74千人	31.4%	43
岐阜県	408千人	553千人	145千人	35.5%	18	175千人	266千人	91千人	52.0%	16
静岡県	714千人	995千人	281千人	39.4%	12	306千人	478千人	172千人	56.2%	11
愛知県	1,117千人	1,720千人	603千人	54.0%	4	442千人	776千人	334千人	75.6%	5
三重県	373千人	496千人	123千人	33.0%	21	160千人	241千人	81千人	50.6%	19
滋賀県	231千人	332千人	101千人	43.7%	8	100千人	152千人	52千人	52.0%	16
京都府	495千人	703千人	208千人	42.0%	10	215千人	330千人	115千人	53.5%	14
大阪府	1,442千人	2,187千人	745千人	51.7%	5	548千人	994千人	446千人	81.4%	4
兵庫県	1,013千人	1,425千人	412千人	40.7%	11	421千人	665千人	244千人	58.0%	10
奈良県	258千人	384千人	126千人	48.8%	6	108千人	176千人	68千人	63.0%	8
和歌山県	237千人	297千人	60千人	25.3%	27	106千人	149千人	43千人	40.6%	26
鳥取県	140千人	165千人	25千人	17.9%	42	66千人	86千人	20千人	30.3%	46
島根県	198千人	218千人	20千人	10.1%	47	95千人	118千人	23千人	24.2%	47
岡山県	415千人	529千人	114千人	27.5%	25	188千人	264千人	76千人	40.4%	27
広島県	565千人	759千人	194千人	34.3%	19	256千人	365千人	109千人	42.6%	24
山口県	357千人	438千人	81千人	22.7%	30	162千人	220千人	58千人	35.8%	36
徳島県	189千人	223千人	34千人	18.0%	41	85千人	114千人	29千人	34.1%	39
香川県	226千人	280千人	54千人	23.9%	28	104千人	139千人	35千人	33.7%	40
愛媛県	336千人	412千人	76千人	22.6%	31	153千人	208千人	55千人	35.9%	35
高知県	199千人	241千人	42千人	21.1%	35	94千人	124千人	30千人	31.9%	42
福岡県	927千人	1,281千人	354千人	38.2%	13	404千人	620千人	216千人	53.5%	15
佐賀県	188千人	220千人	32千人	17.0%	43	87千人	114千人	27千人	31.0%	44
長崎県	331千人	394千人	63千人	19.0%	39	151千人	205千人	54千人	35.8%	37
熊本県	417千人	498千人	81千人	19.4%	38	193千人	265千人	72千人	37.3%	28
大分県	280千人	341千人	61千人	21.8%	33	127千人	174千人	47千人	37.0%	29
宮崎県	256千人	316千人	60千人	23.4%	29	113千人	164千人	51千人	45.1%	22
鹿児島県	419千人	471千人	52千人	12.4%	45	194千人	253千人	59千人	30.4%	45
沖縄県	201千人	274千人	73千人	36.3%	16	86千人	144千人	58千人	67.4%	7
全国	23,628千人	32,772千人	9,144千人	38.7%		10,043千人	15,735千人	5,692千人	56.7%	

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成14年3月推計）」より算出

別表2

老齢基礎年金、老齢厚生年金の受給者数の将来見通し

年度	老齢基礎年金	老齢厚生年金 老齢相当	老齢厚生年金 通老相当	基礎のみ
平成 (西暦)	百万人	百万人	百万人	百万人
12 (2000)	20.8	8.7	5.4	6.7
13 (2001)	21.7	9.2	5.7	6.8
14 (2002)	22.5	9.7	6.0	6.8
15 (2003)	23.2	10.1	6.3	6.8
16 (2004)	23.8	10.6	6.6	6.6
17 (2005)	24.4	10.9	6.9	6.6
22 (2010)	28.0	13.6	8.9	5.5
27 (2015)	31.6	15.0	10.4	6.2
32 (2020)	33.2	14.9	10.9	7.4
37 (2025)	33.5	14.3	10.9	8.3

老齢基礎年金受給者数に対する割合

年度	老齢基礎年金	老齢厚生年金 老齢相当	老齢厚生年金 通老相当	基礎のみ
平成 (西暦)				
12 (2000)	100%	42%	26%	32%
13 (2001)	100%	42%	26%	31%
14 (2002)	100%	43%	27%	30%
15 (2003)	100%	44%	27%	29%
16 (2004)	100%	45%	28%	28%
17 (2005)	100%	45%	28%	27%
22 (2010)	100%	49%	32%	20%
27 (2015)	100%	47%	33%	20%
32 (2020)	100%	45%	33%	22%
37 (2025)	100%	43%	33%	25%

資料：厚生年金・国民年金平成11年財政再計算結果より算出

注1：老齢厚生年金のうち、老齢相当とは厚生年金の被保険者期間が25年以上の者（経過措置、中高齢特例含む）が受給するもの、通老相当とは25年未満の者が受給するものをいう。

注2：基礎のみは老齢基礎から老齢厚生年金（老齢相当、通老相当）を引いたものであり、共済を含む。

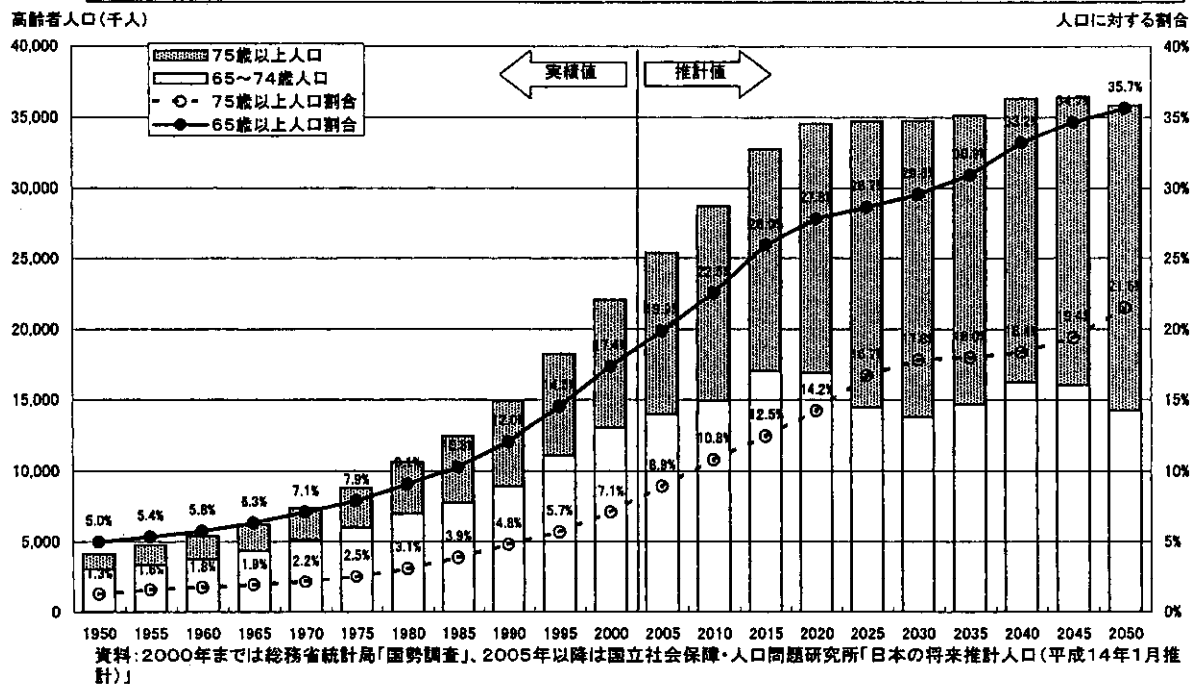
別表3

高齢単独世帯の増加数、増加率

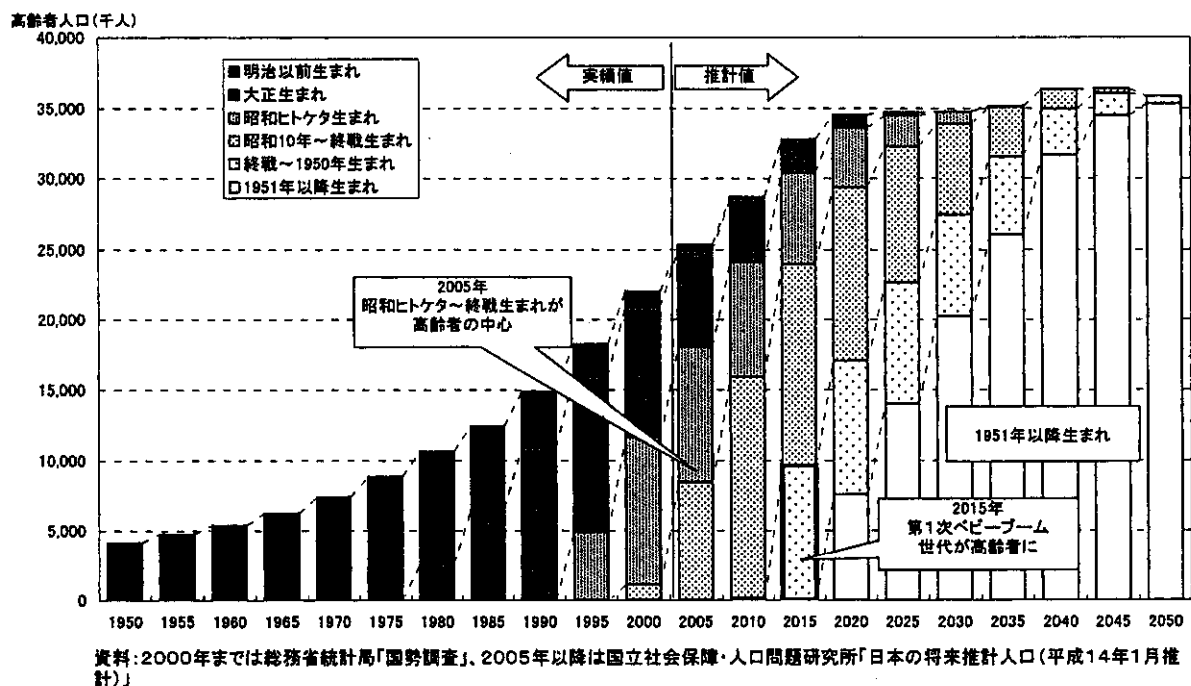
都道府県名	高齢単独 (2005年)	高齢単独 (2015年)	増減	高齢単独 伸び率	伸び率 順位
北海道	201 千世帯	266 千世帯	65 千世帯	32.2%	21
青森県	39 千世帯	49 千世帯	10 千世帯	25.9%	29
岩手県	35 千世帯	43 千世帯	8 千世帯	24.1%	32
宮城県	47 千世帯	65 千世帯	18 千世帯	38.3%	13
秋田県	31 千世帯	37 千世帯	6 千世帯	20.3%	37
山形県	25 千世帯	30 千世帯	6 千世帯	22.6%	33
福島県	48 千世帯	59 千世帯	12 千世帯	24.8%	30
茨城県	55 千世帯	83 千世帯	28 千世帯	50.0%	5
栃木県	38 千世帯	54 千世帯	16 千世帯	42.3%	9
群馬県	46 千世帯	64 千世帯	18 千世帯	37.9%	14
埼玉県	126 千世帯	220 千世帯	94 千世帯	74.9%	1
千葉県	123 千世帯	203 千世帯	80 千世帯	65.0%	2
東京都	443 千世帯	593 千世帯	151 千世帯	34.1%	19
神奈川県	209 千世帯	323 千世帯	114 千世帯	54.9%	3
新潟県	52 千世帯	68 千世帯	16 千世帯	30.6%	23
富山県	24 千世帯	33 千世帯	9 千世帯	37.0%	15
石川県	27 千世帯	37 千世帯	10 千世帯	34.7%	17
福井県	18 千世帯	23 千世帯	5 千世帯	27.2%	27
山梨県	23 千世帯	30 千世帯	7 千世帯	28.7%	26
長野県	56 千世帯	71 千世帯	15 千世帯	26.6%	28
岐阜県	44 千世帯	61 千世帯	17 千世帯	40.0%	11
静岡県	79 千世帯	114 千世帯	35 千世帯	45.0%	8
愛知県	152 千世帯	228 千世帯	76 千世帯	50.2%	4
三重県	52 千世帯	69 千世帯	17 千世帯	33.1%	20
滋賀県	25 千世帯	36 千世帯	11 千世帯	45.4%	7
京都府	88 千世帯	120 千世帯	32 千世帯	36.0%	16
大阪府	307 千世帯	433 千世帯	125 千世帯	40.8%	10
兵庫県	180 千世帯	250 千世帯	70 千世帯	38.5%	12
奈良県	36 千世帯	53 千世帯	18 千世帯	49.5%	6
和歌山県	43 千世帯	53 千世帯	10 千世帯	22.4%	34
鳥取県	18 千世帯	21 千世帯	3 千世帯	18.1%	43
島根県	26 千世帯	29 千世帯	3 千世帯	13.3%	46
岡山県	61 千世帯	79 千世帯	18 千世帯	28.9%	25
広島県	102 千世帯	132 千世帯	30 千世帯	29.9%	24
山口県	66 千世帯	79 千世帯	13 千世帯	20.1%	38
徳島県	28 千世帯	33 千世帯	6 千世帯	20.6%	36
香川県	33 千世帯	41 千世帯	8 千世帯	24.7%	31
愛媛県	62 千世帯	73 千世帯	12 千世帯	19.1%	40
高知県	41 千世帯	47 千世帯	6 千世帯	13.4%	45
福岡県	165 千世帯	216 千世帯	52 千世帯	31.5%	22
佐賀県	23 千世帯	28 千世帯	5 千世帯	20.6%	35
長崎県	60 千世帯	69 千世帯	9 千世帯	15.4%	44
熊本県	62 千世帯	74 千世帯	12 千世帯	18.7%	41
大分県	47 千世帯	56 千世帯	9 千世帯	18.1%	42
宮崎県	49 千世帯	59 千世帯	10 千世帯	20.1%	39
鹿児島県	109 千世帯	116 千世帯	7 千世帯	6.6%	47
沖縄県	37 千世帯	49 千世帯	13 千世帯	34.4%	18
全国	3 657 千世帯	4 969 千世帯	1 312 千世帯	35.9%	

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計
(都道府県別推計：平成12年3月推計)」より算出

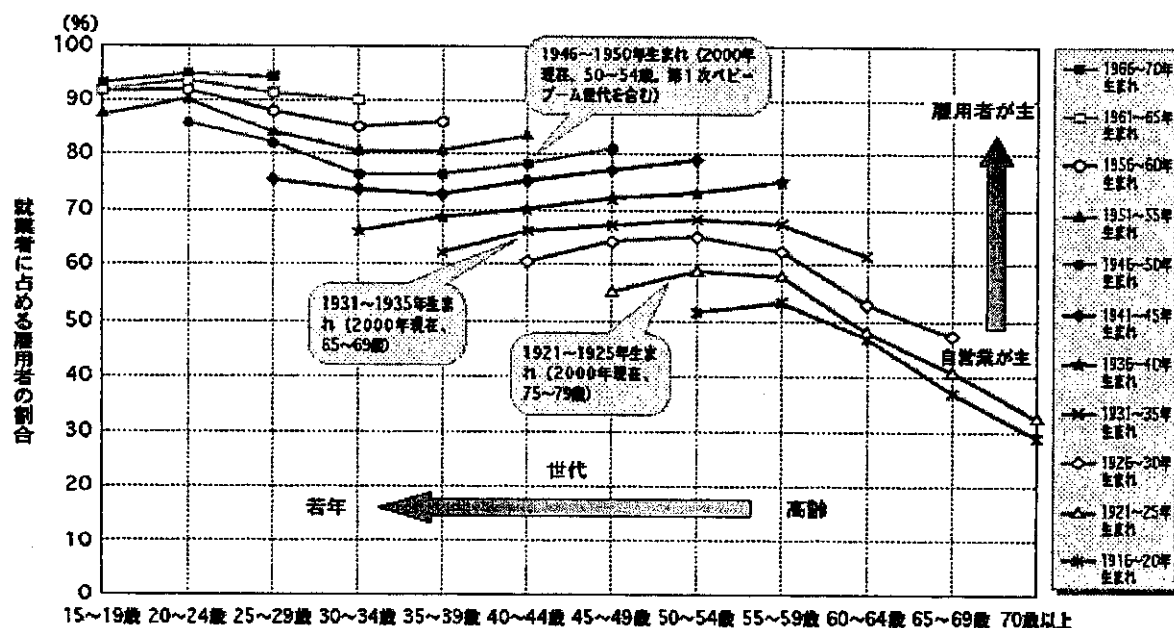
グラフ1 高齢者人口(65～74歳、75歳以上)とその割合



グラフ2 世代別に見た高齢者人口の推移

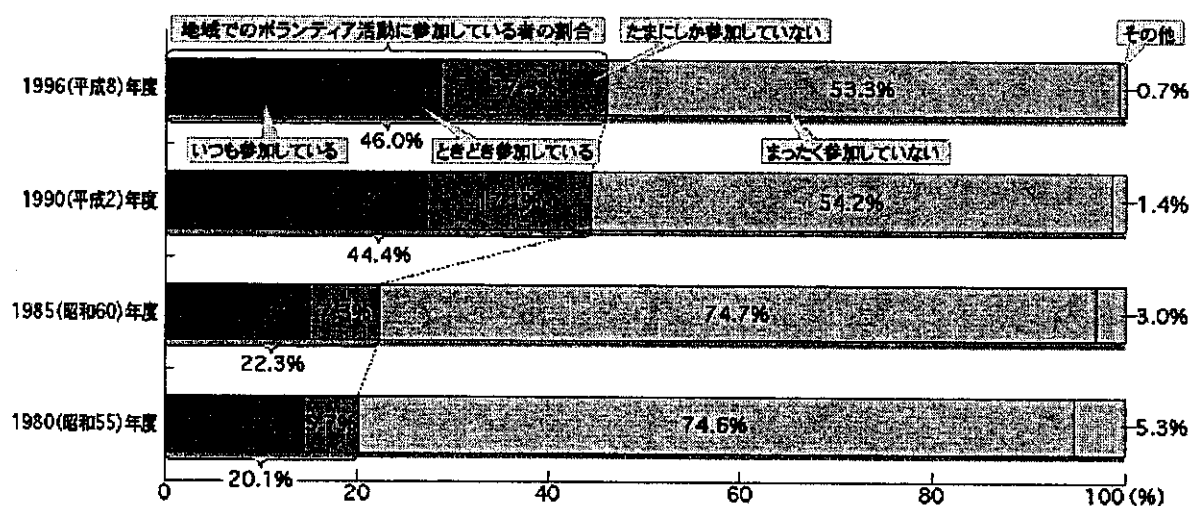


グラフ3 同時出生集団別にみた就業者の雇用者割合の推移



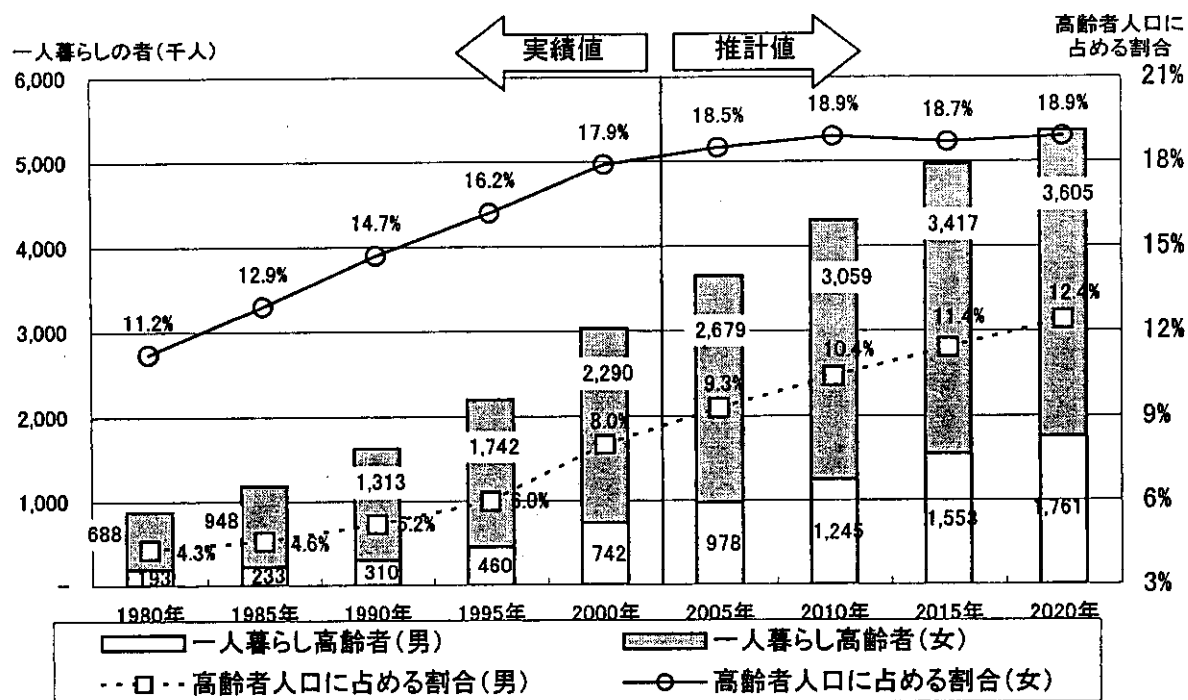
資料：総務庁統計局「労働力調査」

グラフ4 60歳以上の者の地域でのボランティア活動



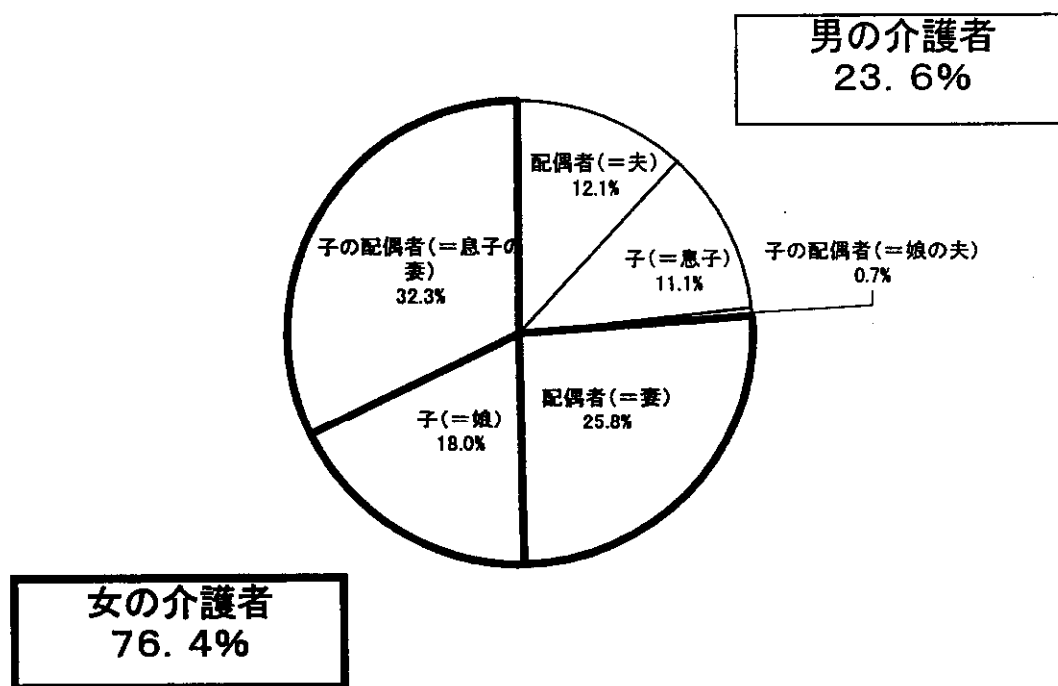
資料：総務庁「高齢者の生活と意識 -第4回国際比較調査結果報告-」(1997(平成9)年4月)

グラフ5 一人暮らし高齢者数の推移



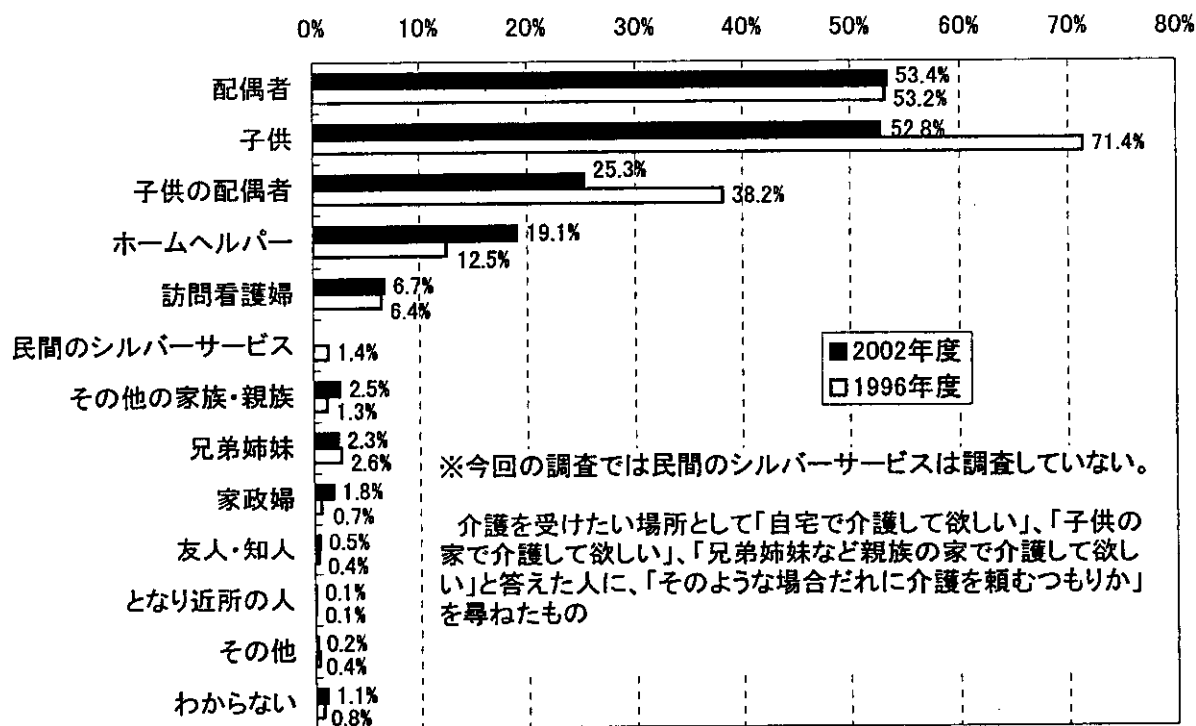
資料:総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、「日本の将来推計人口」

グラフ6 要介護者からみた同居の主な介護者の続柄



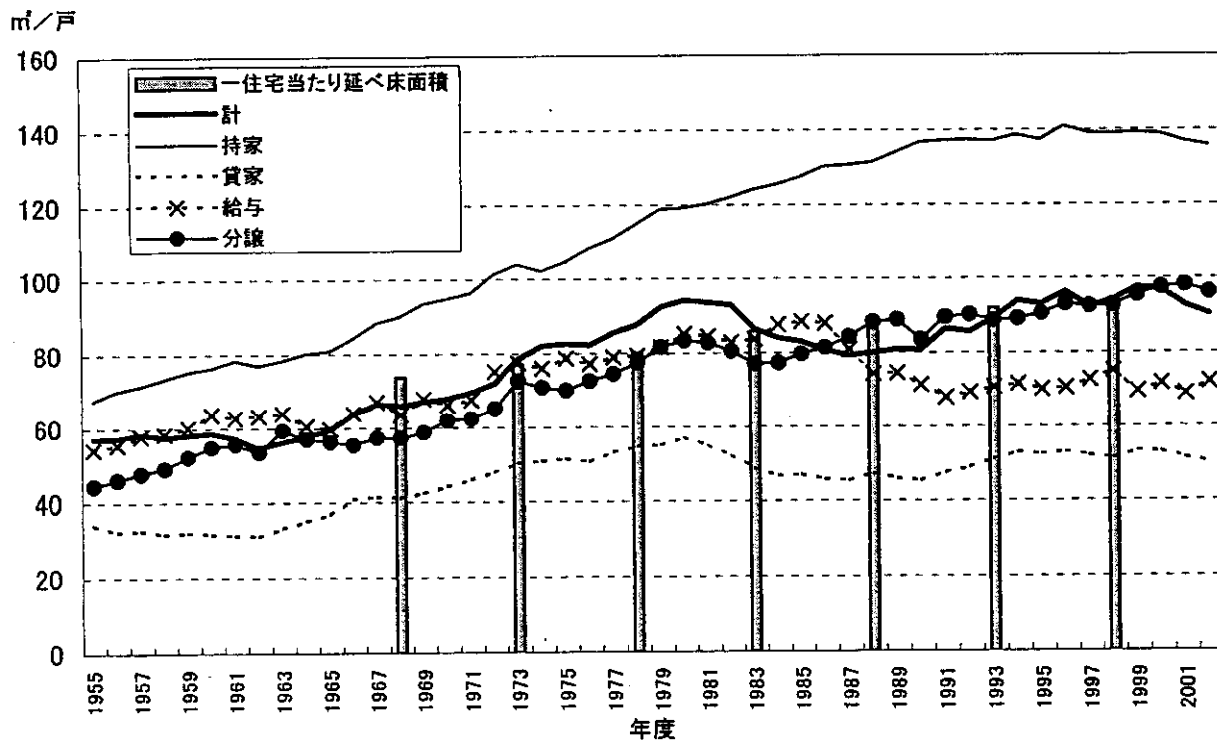
資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年国民生活基礎調査」より算出

グラフ7 介護を頼む相手



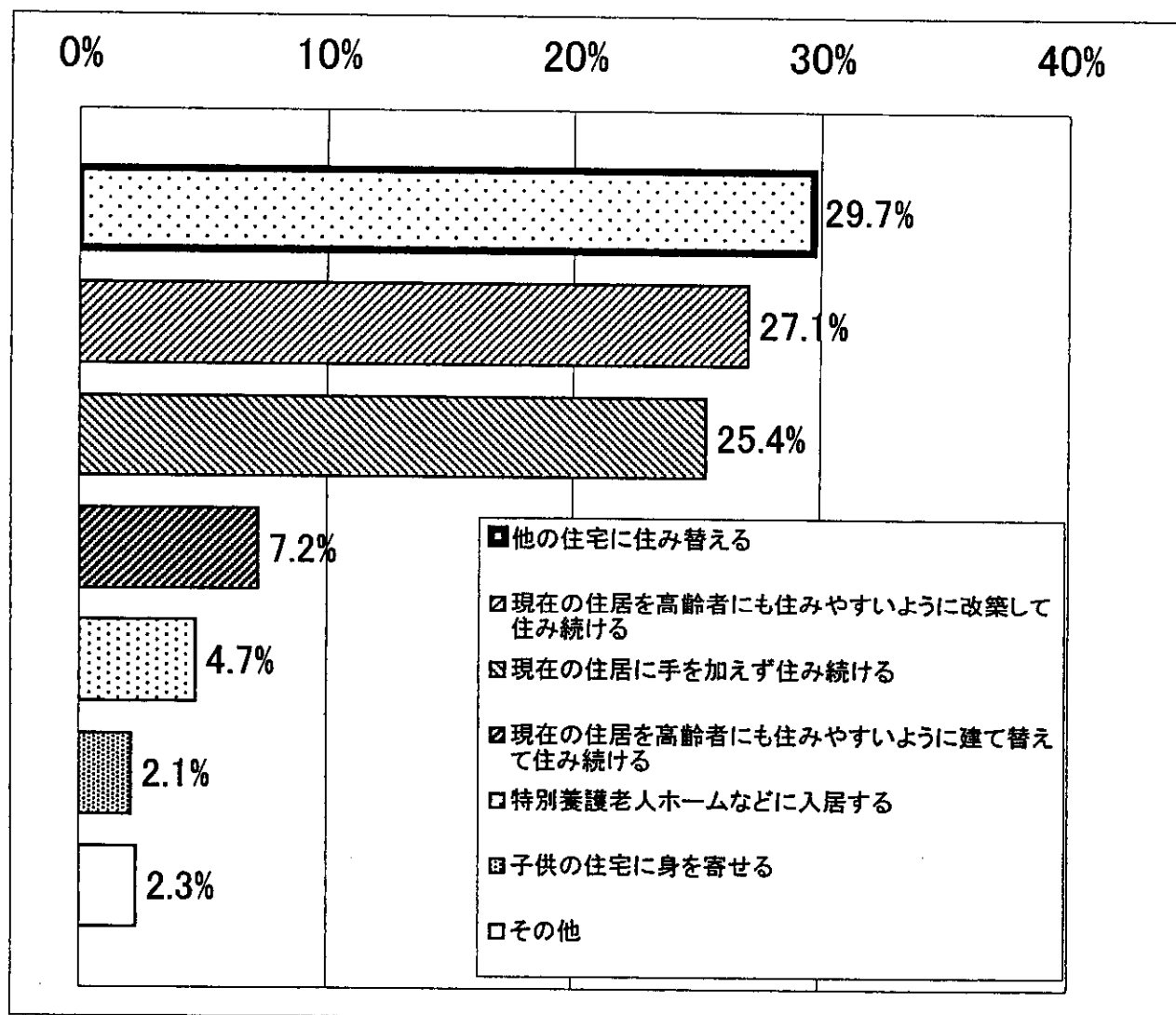
資料：内閣府政策統括官（総合企画調整担当）「高齢者の健康に関する意識調査結果」（平成15年5月）

グラフ8 拡大しつつある居住面積



資料：国土交通省「住宅着工統計」、総務省「住宅・土地統計調査」（一住宅当たり延べ床面積）

グラフ9 高齢期の居住場所として希望する住居の形態



調査対象：大都市圏在住の40歳～64歳までの男女

資料：国土交通省「高齢期の在宅居住を支援する環境整備のあり方に関する調査報告書」
(平成13年3月)

補論2 ユニットケアについて

1. この補論の趣旨

本論では、施設において個別ケアを実現するための手段であるユニットケアの趣旨について述べ、また、既存の特別養護老人ホームにおいてユニットケアを導入するための改修を行う場合に1ユニット分の定員を本体建物から減らして、その1ユニットはサテライト型の入所施設として街の中に整備することにより、施設の一部を小規模・多機能サービス拠点とし、人的・物的資源を在宅の高齢者にも提供できることについて述べた。

このように、ユニットケアは施設機能を地域へ展開させていくきっかけとなりうる。

とはいえ、まずは施設内でユニットケアを適切に行うことが重要である。「個別ケアを実現するための手段」というユニットケアの本質を理解し、適切に行うことにより、将来ユニットごとに地域へ展開していく際にも、地域の中で一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアを提供することができる。

しかし、ユニットケアに取り組み始めたばかりの施設では、「施設を仕切ること」「入所者を分けること」で目的を果たしたと考え、実際のケアは従来と変わらず集团的・画一的にケアを行っている事例もあると指摘されている。

形式的に入所者を少人数の集団に分けるだけでは、ユニットケアの目指す「個別ケア」は実現されない。ユニットケアが急速に広まりつつある中、ユニットケアの目指すものが何であるか、改めて確認しておきたい。

2. ユニットケアの目指すもの

(ユニットケアの原点)

1994（平成6）年、ある特別養護老人ホームの施設長が、数十人の高齢者が集団で食事を摂る光景に疑問を抱き、少人数の入所者と共に買い物をし、一緒に食事を作り、食べるという試みを始めた。そして「一緒に過ごす、ごく普通の家庭の食卓にこそ意味がある」ということに気づいた。

次に、「住み慣れた地域で暮らせるような策を」という発想から、民家を借り上げ、入所者に日中そこで過ごしてもらう「逆デイサービス」を始めた。

そうした取り組みを重ねた結果、やがて職員から「4つのグループでそれぞれの家のような生活を」という提案があり、定員50名の施設を4つのグループに分け、グループごとに職員を配置し、利用者が起きてから寝るまで、同じ職員とともに生活する形態を採り入れた。こうして我が国におけるユニットケアの本格的な歴史が始まったと言われる。

この事例からも分かるように、「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」に、ユニットケアの原点がある。

(ケアとハードウェア)

「ごく普通の生活」とは、一人一人の個性が生き、それぞれの生活リズムに沿って営まれる生活であり、かつ、社会の中に自分が位置づけられ、他の人との人間関係の中で営まれる生活である。

こうした生活を施設の中で営めるようにするために必要なことは、施設全体で一律の日課を設けないこと、流れ作業のように業務分担して行う処遇（特に入浴に顕著である）を行わないことである。また、入居者同士の人間関係を把握し、自然な形で相互のコミュニケーションが図られるように、リビング（少人数の入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所。居宅の居間に相当する）での位置関係、会話の工夫等に留意することである。

こうして、スタッフにとっては、主にリビングで入居者とコミュニケーションを図りながら、一人一人の心身の状況・生活習慣・個性などを具体的に把握し、その上でその人のリズムに沿った生活と、他の入居者との交流を支援することが業務となる。

こうしたケアを行うためには一定のハードウェアの構造が必要であることを実証した研究がある。

2000（平成12）年から2001（平成13）年にかけて（財）医療経済研究機構が実施したユニットケアに関する研究において、個室・ユニット化が入所者に様々な影響を及ぼすことが示された。

① まず、6人部屋の特別養護老人ホームにおいて入所者がとる行動を調査したところ、日中の12時間の間に入所者同士の会話が全くない部屋が全体の3分の1あった。また、窓側、中央、廊下側のベッドにいる入所者は日中の80%以上、90%以上、70%の割合で、同室者に対し背を向けた姿勢を取っていることが分かった。このことから、多床室の入所者は互いに交流するどころか、むしろ関わりを避けて生活していることが明らかになった。

② 次に、多床室から個室に建て替えられた施設について、建て替え前後の状況を比較したところ、個室化された後は、日常生活動作能力（ADL）の高低にかかわらず、入所者が自分の家具、日常生活用品、小物を個室に持ち込み、絵や写真を飾るなどして個人的領域が形成される現象がみられた。

また、ベッド上の滞在率が減少する一方、リビングの滞在率が増加し、個室化は居室への閉じこもりを惹き起こすのではなく、むしろリビングに出て他人との交流を促す効果があることが分かった。

その他、一人当たり食事量が増加し、排泄についても、ポータブルトイレの設置台数が減るなど、入所者の生活が大きく改善することが分かった。

一方、介護スタッフについては、居室や廊下の滞在時間が減少し、リビングにおける滞在時間が増加した。それと共に、身体介助中心のケアから、余暇を過ごしたり交流を図ったりといったケアへと、質的な変化が見られた。

（参考1）特別養護老人ホームの建て替えによる入所者・介護スタッフの変化

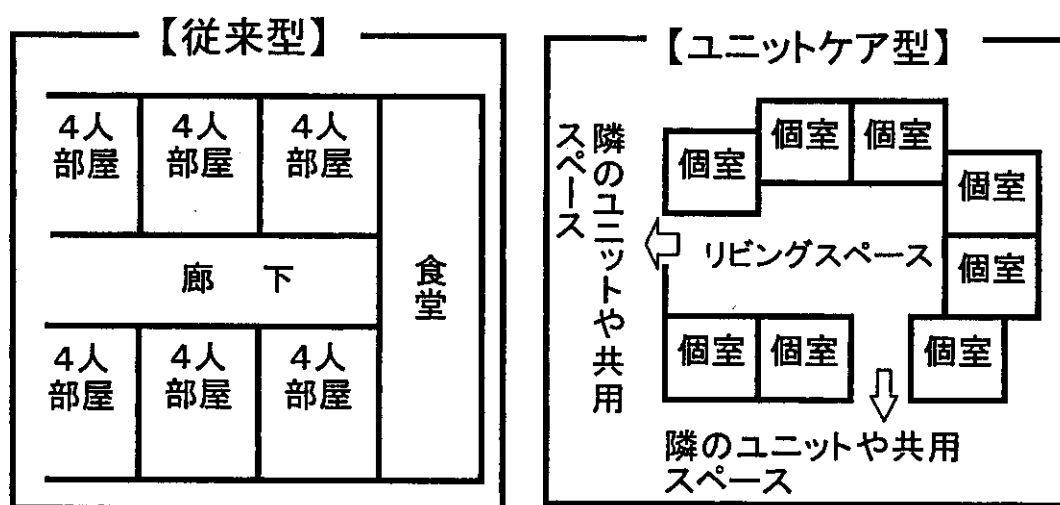
1. 入所者の生活上の変化

○ベッド上の滞在率	67.7%	→	40.2%
○リビングの滞在率	16.7%	→	42.8%
○日中に占める睡眠時間	42.3%	→	22.5%
○日中に占める食事時間	7.6%	→	11.3%
○一人当たり食事量	1463Kcal	→	1580Kcal
○ポータブルトイレ設置台数	29台	→	14台

2. 介護スタッフの行動の変化

- 居室の滞在率 39.2% → 18.0%
- 廊下の滞在率 9.2% → 4.9%
- リビングの滞在率 9.4% → 37.5%
- 直接介助の時間 46.2% → 33.1%
- 余暇・交流の時間 20.3% → 24.1%

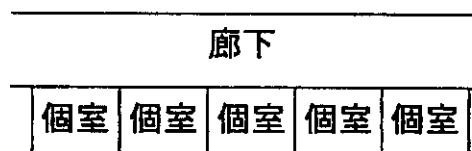
(参考2) 従来型の特別養護老人ホーム、ユニットケア型の特別養護老人ホームにおける居室の配置例



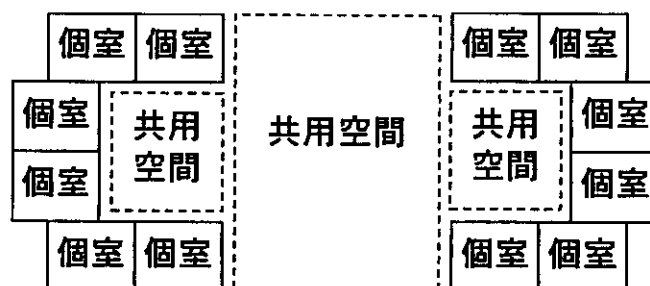
こうしたタイムスタディの他に、同研究においては、共用空間の在り方が入所者の生活に与える影響についても言及されている。

すなわち、個室化をしても、直線的な廊下に沿って一列に個室が並んでいる平面構成（図1）では、隣同士のなじみの関係が形成されにくく、入所者は廊下の端にある大きな空間で行われる集団プログラムに参加するか、あるいは個室に閉じこもるかという、二極化した生活に陥りがちである。一方、いくつかの個室がまずリビングのような小さな共用空間を共有し、それを介してさらに公共性の高い共用空間へと連結していく空間構成（図2）であれば、入所者はまず気の合う幾人かの隣接した入所者となじみの関係を形成し、その上でさらに大きめの人の輪の中で次第になじみの関係を作り上げていくことが可能になると指摘されている。

(図1) 個室化しても共用空間が貧しければ交流は生まれにくい。



(図2) 個室が小グループを形成し、段階的な共用空間があれば、交流が生まれやすい。



以上のように、ユニットケアを行うためには、個室とリビング等の共用空間で構成されるハードウェアの構造が必要であることが示された。

これらの実践や研究から、ユニットケアを行うには、適切なケアとそれを生かすためのハードウェアの両方が必要であるといえる。すなわち、

- ・一人一人の個性と生活リズムを生かすケアと、そのための場としての個室
- ・入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するケアと、そのための場としてのリビング

ということである。

また、少人数のグループ構成とするのは、少人数とすることにより一人一人の個性やニーズを具体的に把握することを可能にするとともに、入居者が互いに人間関係を築くことができるようにするためである。

(参考文献)

- ・「介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究報告書」(医療経済研究機構、平成13年3月)
- ・「普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書」(医療経済研究機構、平成14年3月)

3. 制度化されたユニットケア

(小規模生活単位型特別養護老人ホームの制度化)

2002（平成14）年度から、ユニットケア型の特別養護老人ホーム（小規模生活単位型特別養護老人ホーム）に対応した施設整備費補助金が設けられた。同年度に新設で国庫補助対象とされた特別養護老人ホームのうち84施設がユニットケア型であった。今年度はこれまでに166施設がユニットケア型の国庫補助対象とされており、これは定員数では全体の約9割に相当する。今年度中には更に30程度の施設が対象となると見込まれている。

また今年度から、ユニットケア型の特別養護老人ホームについて、従来型よりも高い介護報酬が設定された。

(ユニットケアの運営基準)

更に、国は本年4月、ユニットケアの運営基準を省令と通知で示した。そこには、上述の実践と研究の成果が端的に表現されている。

① ユニットケアの定義

まず、ユニットケアを「居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位を一致させたケア」と定義している。

そして、ユニットケアを提供するに当たっては「入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援」する、すなわち、「入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため・・・入居者の日常生活を支援」し、「各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮」することを求めている。

② 入居前の生活との連続性

その際、スタッフが留意すべきこととして「入居者へのサービスの提供に当たっては、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要であり、このため職員は、一人一人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた

生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助」することを求めている。

③ 入居者同士の社会的関係

また、「入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するという点では、単に入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することにも留意する必要がある」としつつ、「入居者相互の信頼関係が醸成されるよう配慮することが必要であるが、同時に、入居者が他の入居者の生活に過度に干渉し、自律的な生活を損なうことのないようにすること」とも述べ、入居者同士が適度な距離感を保ちながら人間関係を築けるような配慮をスタッフに求めている。

4. ユニットケアのソフトウェアを支える体制

ユニットケアは、実践と研究の蓄積を経てようやく制度化されたばかりであり、今はごく一部の先進的な施設ばかりが目立っているが、むしろ重要なことは、続々と開設されるユニットケア型のハードウェアを備えた施設において、本来の目的にかなうユニットケアが行われるかどうかという点である。

ユニットケアにおいては、スタッフは少人数の単位で行動するため、スタッフ間の情報共有・意見交換の機会を意識的に設けなければ、一人一人のスタッフが孤立してしまう危険がある。こうした事態を防ぐためには、施設長や各ユニットのリーダーがまずユニットケアの理念をよく理解した上で、常に相互のコミュニケーションを図り、スタッフ同士の連携や、スタッフの意識・技術を高める研修などの機会を充実させる必要がある。

また、国においては、ユニットケアを一部の先駆的取り組みにとどめてはならず、ユニットケアの標準を示し、人材育成の手法を確立することによって、一般のスタッフでもユニットケアを行うことができるようにすることが求められる。

補論3 痴呆性高齢者ケアについて

1 痴呆性高齢者の現状と今後

痴呆性高齢者の実態については、一部自治体で行われた専門医の在宅訪問調査に基づく推計がこれまでも公表されているが、高齢者の所在（居宅、施設等）や痴呆の程度といった痴呆性高齢者の地域生活を考える上で必要な情報が必ずしも含まれていなかった。他方、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報として、介護認定審査会資料には、痴呆性老人自立度、障害老人自立度（寝たきり度）等の情報が含まれている。月間の要介護認定データは全国規模で集積されるため、他のデータとも組み合わせで一定の推計を行うことが可能である。

本研究会の求めに応じ、厚生労働省が、介護保険第1号被保険者について、2002（平成14）年1月から12月の各月間の要介護認定データ等を基に推計した結果は、以下のとおりである。

（1）要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）の痴呆性老人自立度・障害老人自立度に関する推計

単位 万人

	要介護 (要支援) 認定者	認 定 申 請 時 の 所 在 (再掲)				
		居 宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
うち痴呆性老人 自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
うち痴呆性老人 自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

（注）2002（平成14）年9月末についての推計（端数処理のため合計が合わない箇所あり）。
「その他の施設」は、ここでは、医療機関（療養病床（医療保険適用）、一般病床及び精神病床等）、グループホーム、ケアハウス等。
カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲（痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「Ⅴ」かつ、障害老人自立度が「自立」、「Ⅱ」又は「Ⅲ」）。

この推計によれば、例えば、

- ・要介護（要支援）認定者のおよそ2人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）。
およそ4人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅲ以上）。
- ・居宅にいる要介護（要支援）認定者のおよそ3人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。
およそ8人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・介護保険3施設にいる要介護（要支援）認定者のおよそ8割は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。
およそ6割は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・要介護（要支援）認定者で「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」のうち、およそ3人に1人は「運動能力の低下していない者」（いわゆる「動ける痴呆性高齢者」）。
そのおよそ6割は居宅にいる。

（2）要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）における痴呆性高齢者の将来推計

単位 万人

西 暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人自立度Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： 痴呆性老人自立度Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

（注）カッコ内は65歳以上人口比（％）。
2002（平成14）年9月末について推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」から算出したもの（治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない）。

この推計によれば、例えば、

- ・要介護（要支援）認定者について、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、2015（平成27）年までにおよそ100万人増えて250万人に。2025（平成37）年には323万人に。

2 痴呆ケアモデル構築へ向けて

前述のように、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、その所在（介護保険施設、居宅等）に関わらず、要介護（要支援）認定者の相当の割合を占めている。このため、施設、在宅を問わず、介護保険サービス全般を通じ、痴呆性高齢者への対応が図られる必要がある。また、高齢者介護のメインシステムである介護保険に対し、サブシステムとしての機能を果たす成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の主たる対象は、痴呆性高齢者である。

今後、介護・支援を要する痴呆性高齢者が大幅に増加することを見越した場合、介護保険サービスを含む地域の高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが、21世紀初頭の大きな課題である。

（1）痴呆の原因診断の重要性

痴呆の原因は一様ではなく、アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、レビー小体病、前頭側頭型痴呆などがある。現時点では、痴呆の原因別のケアガイドラインは整備されていないが、原因となる疾患が異なるという認識は必要である。グループホーム等の利用開始時に適切な診断がされることで、入院せざるを得ないような行動障害を防ぐことができる例も少なくないため、このことは、痴呆ケアモデル構築の上で欠かすことのできない視点である。痴呆の診断とその原因疾患の特定は、適切なケアを行うためのケアプランを作成する上で欠かせない情報であり、医療の大きな役割である。

日本での痴呆性疾患の頻度

地域	宮城県田尻町 ¹	島根県 ²
研究方法	疫学	剖検例
対象者数	65 歳以上の 1654 人	122 例
アルツハイマー型痴呆	65%	34%
血管性痴呆	19%	35%
混合性痴呆		11%
その他の痴呆	16%	20%
備考	疫学調査でMRIを使った診断が行われた唯一の報告	1976-1992 年の剖検例であるため、平均値では血管性痴呆の割合がアルツハイマー型痴呆のそれを若干上回っているが、前半と後半を比べるとアルツハイマー型痴呆の占める割合が増加している。

出典：

1. Meguro K et al: Prevalence of dementia and dementing diseases in Japan: the Tajiri project. Arch Neurol. 2002; 59 :1109-14.
2. Seno H et al: A neuropathological study of dementia in nursing homes over a 17-year period in Simane prefecture, Japan. Gerontology 1999; 45: 44-48.

(2) 地域の痴呆ケアシステム

(健康づくりと痴呆介護予防)

脳血管性痴呆の予防については、まずはその原因となる脳卒中（脳血管障害）の予防が重要である。アルツハイマー型痴呆の予防については、現時点で確実なものはないが、食事、運動、休養などの生活習慣がリスク要因として関与しているという報告が増えてきている。

痴呆の介護予防を健康づくり関連施策の中で積極的に推進するため、例

えば、2005（平成17）年度から始まる老人保健事業第5次計画の中にも位置づけていくことを検討すべきである。

また、行政が痴呆介護予防活動の立ち上げを図ることは必要であるが、痴呆のリスクの高い高齢者の早い段階からの参加を可能とし、活動自体も長続きさせるためには、住民が主体となった運営がなされる必要がある。住民主体の介護予防活動の展開は、後述する家族・地域住民の認識の転換を図っていく上でも極めて重要である。

（参考）

「世田谷における痴呆発症遅延活動の事例」

アルツハイマー型痴呆のリスク要因には遺伝的な要因以外にも、社会的なつながりの多寡などのライフスタイルが含まれることが最近示されている。世田谷区内の2か所での痴呆発症遅延活動では、これまでに10グループ80人の高齢者が有酸素運動を中心とした運動プログラムとパソコンを使ったミニコミ誌づくり、旅行、料理などの余暇活動プログラムに参加して約1年が経過した。

この80人の中には、一定の基準で診断されたAACD（Ageing-Associated Cognitive Decline：加齢関連認知機能低下）の人たちが16人含まれている。有酸素運動を無理のない程度に習慣化し、痴呆になり始めの時に低下する記憶力（エピソード記憶）や注意力（注意分割機能）、計画力を鍛える知的な行動習慣をつけることを目的としている。

最終的な結果として、活動への参加群と非参加群でアルツハイマー型痴呆の発生率を比較し、参加群で低ければ介入効果が示されたことになる。これまでの研究では、参加群と非参加群でいくつかの認知機能に差が認められており、例えば、簡便な認知機能検査を活動前と半年後に行った得点の比較では、参加群でより大きな改善が示されている。今後、世田谷区では32グループの活動を目指している。

（早期発見の意義と課題）

痴呆性高齢者への対応において早期発見は重要であり、徘徊等の行動障害が頻発してどうにもならなくなって初めて医療機関等へ行くという一般的な状況を変えていくことが、生活や介護に関する本人、家族、関係者の負担を大幅に軽減する。

(参考)

「早期発見の意義」

1. 治療可能な痴呆の原因を見だし、治療をすること

65 歳以上ではアルツハイマー型痴呆が原因疾患としては最も多いが、近年、治療薬の出現により対症療法ではあるが、治療の対象となっている。アルツハイマー型痴呆を含めると 65 歳以上の痴呆のおよそ 7 割は何らかの治療の対象になる。

2. 自己決定権を尊重できること。

早期に診断することができれば、痴呆が進行したときの対応を自分であらかじめ決めておくことが可能になる。

3. 痴呆性高齢者本人と介護者の生活の質 (QOL) を維持できること

早期発見によって様々なサービス利用に本人と介護者ともに慣れることができ、様々な知識を習得する時間的な余裕ができる。この時間は介護に余裕をもたらすが、このことは痴呆性高齢者本人にも好影響を与える。

「高齢者本人からの受診やサービス利用が期待できない」、「受診のタイミングが家族の都合で決まる」といった痴呆の臨床的特徴に照らし、特に家族とかかりつけ医、さらには、地域住民や介護スタッフ等における痴呆に関する正しい知識と理解を推進することが必要である。

他方、痴呆が発見された後に高齢者を適切に支える地域のサービスがなければ、早期発見は推進できない。後述するように、痴呆の程度にきめ細かく対応できる通所系サービス、グループホーム的ケアなど痴呆性高齢者に適したサービスが普及することが、早期発見推進の前提であるとともに、体制面の整備だけでなく、効果的な介護サービスの内容の明確化等を図っていくことも必要である。

(介護サービス体系の再構築)

在宅の痴呆性高齢者を支援する上で、通所系サービスの位置づけは重要である。痴呆の程度が進んだ高齢者に対するサービス（現在の痴呆専用単独型デイサービス）の普及が求められるばかりでなく、ごく軽度の痴呆性高齢者も参加しやすい（家族も高齢者の参加を躊躇しないですむ）サービ

スや住民による介護保険外の自主的活動を地域でつくっていくことが必要である。

また、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しながら、生活そのものをケアとして組み立てていくグループホーム的ケアのアプローチ（住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的なしつらえ・暮らし方、それらの環境条件を活かした個別ケア）は、痴呆性高齢者はもとより、これからの高齢者の地域ケア全般に通じるものとして、発展させていくことが必要である。報告書本文にある「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」など新しい介護サービス体系は、地域での高齢者の生活の継続性や個別的処遇を高めるものとして、推進する必要がある。

さらに、主としてかかりつけ医による「医療」は、「生活」とともに痴呆ケアの不可欠の要素である。在宅か施設かを問わず、適切なケアには、身体的な状態の安定が必要である。例えば、脱水や便秘あるいは軽度の心不全など身体の不具合によって精神症状や行動障害が発現することは珍しくないし、ターミナルケアにおいては医療のバックアップが必要となる。また、痴呆の精神症状や行動障害は、環境やケアの方法で大きく変化する。生活環境の変化が及ぼす精神症状への影響は大きく、入院をできるだけ避け、往診又は通所系サービスの利用を含む外来治療によって対応することが望ましいが、一部には精神科治療病棟などでの専門医による入院治療が必要な行動障害もあり、これらを適切に見極める必要がある。痴呆性高齢者の生活全体に配慮しながら、他の関係機関とともに地域ケアの一翼を担っていくことが、医療関係者に求められる。

（連携とコーディネートのための仕組み）

地域で痴呆性高齢者を支える取組は、地域の関係者（医師、保健師、在宅介護支援センター、ケアマネージャー、施設・在宅サービス関係者、家族の会等）の足並みがそろわなければ有効に機能しない。このためには痴呆に関する共通認識を持つことが大前提となり、地域の痴呆ケア関係者のネットワーク会議を普及し、連携や専門性を向上させる仕組みを築いていく必要がある。

また、適切なケアプランは、アセスメントが適切に行われることから生まれてくる。高齢者痴呆介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が策定する「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針（第1版）」は、今後、全国で使用され有効性が検証される予定であり、アセスメント情報を関係者が共有し、利用者中心の継続的支援を行うためのケアプランを作成するツールとして効果が期待されている。このように、第一線の日常業務そのもののの中に連携の仕掛けを作っていくことも重要である。

（参考）

「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランのあり方に関する調査研究」

利用者本位の継続的な痴呆ケアを推進するため、在宅、施設を通して使用可能なケアプラン作成手法の開発が望まれる。このため、高齢者痴呆介護研究・研修センターでは、利用者本位のケアを行う上での課題を、現在に至るまでの経過並びに 24 時間にわたる行動及び状態の把握と分析を通して明らかにすることができる「痴呆性高齢者に適したアセスメント・ケアプラン票試案」を作成した。現在、予め選定したモニター事業所における実際の試行結果をもとに、試案の改善に向けた意見集約と有効性の検証を進めている。

（相談・告知・権利擁護）

高齢者本人及び家族に向けて地域ケアについての適切な情報提供と助言が行える仕組みを整備することは、特に早期発見を進める際には不可欠である。在宅介護支援センター、老人保健事業の健康相談や訪問指導など、地域のレベルでの相談機能の強化が必要である。

また、早期発見の推進に合わせ、軽度の痴呆の段階での告知のルールについて専門家による議論を本格的に開始すべき時期に来ている。

さらに、高齢者本人にまだ判断能力がある段階での権利擁護対応（地域福祉権利擁護事業、任意後見制度）の可能性が、早期発見によって拡大される。こうした対応を普及させることは、痴呆が進行した段階での本人を含む関係者全般の負担の軽減につながることから、権利擁護分野における在宅介護支援センター等の相談機能の強化や国民に向けた啓発活動が重要である。

意思能力が無い者に対する医的侵襲行為（注射、輸血、手術等）に関す

る同意の問題は、特に独居高齢者の今後の増加を考えた場合、痴呆ケアの現場にとって大きな問題となることが予想される。インフォームドコンセントについての議論の展開等を踏まえながら、痴呆ケアの文脈においても十分に議論していく必要がある。

(専門的人材の育成)

早期発見から終末期に至る痴呆性高齢者の地域生活全般において、かかりつけ医は幅広い役割を担う存在である。痴呆及び地域ケアに関するかかりつけ医の知識と理解を高めるため、研修等の仕組みを構築していく必要がある。

また、かかりつけ医では対応が困難なケースを扱う地域の痴呆専門医の養成も課題である。専門医は、地域の痴呆ケアシステムの一員として、かかりつけ医をバックアップするばかりでなく、地域の介護サービス関係者全般と連携することが求められる。

(参考)

「学会等の状況」

日本老年精神医学会 2005（平成17）年に約1500人の専門医

日本アルツハイマー型痴呆研究会 会員約1500人

合計では約2500人

「痴呆（物忘れ）相談医リスト」

北海道釧路市、沖縄県浦添・那覇・南部地区医療圏等では、市の医師会等が「痴呆（物忘れ）相談医リスト」、「もの忘れ（痴呆）相談医一覧」のリーフレットを作成し、広く住民に配布している。

「痴呆ケア専門医のイメージの例」

痴呆に関する豊富な医学的知識、痴呆ケアや痴呆性高齢者の置かれている現状、関連する福祉制度に関する知識を持っていること、これらの医学的知識に基づいての痴呆のレベルを含めた正確な診断を下せる医師であること、医学的治療の限界をわきまえ、適切なケアや援助が受けられるよう、その人の生活に関する幅広いアドバイスができること

（「痴呆性高齢者グループホームの将来ビジョン」1999（平成11）年より）

施設等が小規模であればあるほど、サービスの水準にとって、スタッフの技術が決定的な要素となる。介護事業者や介護スタッフの専門性の向上については、高齢者痴呆介護研究・研修センターの研修の一層の充実を図るほか、介護支援専門員やホームヘルパーの研修の充実を継続的に図っていく必要がある。前述の「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」はそのための重要な教材の一つとなる。

(3) 効果的な介護サービスの内容の明確化と普及

「痴呆ケアモデルの構築」を図る上では、これまでに述べたような、システムのレベルでの地域の痴呆ケアの体系整備に加え、痴呆性高齢者のニーズに効果的に応えることができる個別の介護サービスの内容の明確化や普及のための取組を、合わせて進めることが求められる。そのためには、例えば、一定の程度類型化された痴呆性高齢者の状態像に応じた介護サービスのパッケージやプロセスの開発等が進められる必要がある。

痴呆の原因疾患に応じたケアの技法については、ようやく医療関係者により部分的にエビデンスの集積が始められた段階にあり、また、前述の「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」の普及と検証も介護サービス現場でエビデンスの集積を図るための第一歩に位置づけられるところであるが、系統的かつ効率的なエビデンスの収集と評価が可能となるよう、行政、第一線関係者、研究者が一体となった取組を早期に確立することが必要である。

他方、痴呆性高齢者の個別特性は多様であり、画一的なサービス提供に陥ることは、痴呆性高齢者の混乱に拍車をかける危険をはらんでいる。適切なアセスメントに基づいて、標準化されたサービスを柔軟に使いこなせる専門的人材を合わせて育成していく必要がある。

3 痴呆ケアモデルの存立基盤

家族や地域住民の痴呆に関する無理解と偏見は、地域の痴呆ケアにとっての大きな阻害要因である。家族や地域住民が痴呆に関する正しい知識と理解を有し、痴呆性高齢者と適切に関わることができれば、「時として痴呆性高齢者を追い詰めてしまう存在」から「痴呆性高齢者を地域で支援する担い手」へ転換することができる。

国民運動としての広報啓発キャンペーンの実施や優良なグループホーム等を地域における啓発拠点と位置づけるなど、戦略的な取組が必要である。

また、教育現場とも連携し、児童と要介護高齢者の交流の機会を広げていくことは、痴呆ケアに限らず、わが国の社会の将来にとって大変に重要な意義を有する。

参考図表

- 図表 1-1 介護サービス利用者数の推移：実数
- 図表 1-2 介護サービス利用者数の推移：2000 年 4 月からの増加率
- 図表 2-1 介護サービス事業者数：実数
- 図表 2-2 介護サービス事業者数：経営主体別事業所数
- 図表 3 利用者アンケート調査の集計結果
- 図表 4 介護保険制度の費用構造
- 図表 5 被保険者数の推移
- 図表 6 要介護認定者数の推移
- 図表 7 要介護認定率の都道府県別の状況
- 図表 8 認定状況の変化
- 図表 9 特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性
- 図表 10 虚弱化したときに望む居住形態
- 図表 11 要介護度別のサービスの利用状況
- 図表 12 死亡場所の内訳・推移
- 図表 13 サービス種類別の保険給付額（2003 年 2 月サービス分）
- 図表 14 居宅介護支援の流れ
- 図表 15-1 サービス担当者会議の開催状況
- 図表 15-2 ケアプランの状況
- 図表 16 グループホーム数の推移及び法人主体別割合
- 図表 17 国保連合会苦情申立内容別累計
- 図表 18 指定取消処分等の状況
- 図表 19 介護保険 3 施設における在所者の在所期間
- 図表 20 介護保険財政の状況について

参考 介護保険制度の概要

参考 介護サービスの利用手続

参考 介護保険制度における要介護認定の仕組み

参考 痴呆性老人自立度・障害老人自立度について

(図表 1-1 介護サービス利用者数の推移：実数)

	2000年 4 月	2001年 4 月	2002年 4 月	2003年 1 月
居宅サービス	97万人	142万人	172万人	194万人
要支援	17万人	22万人	26万人	31万人
要介護1	29万人	47万人	61万人	71万人
要介護2	17万人	29万人	36万人	39万人
要介護3	12万人	18万人	21万人	22万人
要介護4	10万人	14万人	16万人	16万人
要介護5	9万人	12万人	13万人	14万人
施設サービス	52万人	65万人	69万人	72万人
介護老人福祉施設	25万人	30万人	32万人	33万人
介護老人保健施設	19万人	24万人	25万人	25万人
介護療養型医療施設	7万人	11万人	12万人	13万人
合 計	149万人	207万人	241万人	265万人

※ 出典：介護保険事業状況報告

※ 2000 年 4 月分については、利用者区分が未区分（居宅 3.6 万人、施設 8.2 万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。

(図表 1-2 介護サービス利用者数の推移：2000年 4 月からの増加率)

	2001年 4 月	2002年 4 月	2003年 1 月
居宅サービス	46.1%	77.4%	99.2%
要支援	26.9%	52.8%	80.3%
要介護1	64.7%	112.5%	147.3%
要介護2	67.6%	105.8%	127.8%
要介護3	53.9%	78.6%	92.2%
要介護4	39.2%	55.7%	63.2%
要介護5	37.7%	50.7%	55.5%
施設サービス	25.5%	32.9%	38.0%
介護老人福祉施設	22.5%	29.0%	32.7%
介護老人保健施設	27.9%	33.7%	36.2%
介護療養型医療施設	43.5%	58.8%	75.4%
合 計	39.0%	61.9%	77.9%

※ 出典：介護保険事業状況報告

※ 2000 年 4 月分については、利用者区分が未区分（居宅 3.6 万人、施設 8.2 万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。

(図表 2-1 介護サービス事業者数：実数)

	2002年4月末	2003年4月末	増加率
訪問介護	15,260	17,592	15.3%
訪問入浴介護	2,846	2,887	1.4%
訪問看護	59,765	62,774	5.0%
訪問リハビリテーション	46,396	49,440	6.6%
通所介護	10,131	11,670	15.2%
通所リハビリテーション	5,691	5,828	2.4%
短期入所生活介護	5,077	5,330	5.0%
短期入所療養介護	6,667	6,797	1.9%
痴呆対応型共同生活介護	1,839	2,944	60.1%
特定施設入所者生活介護	412	551	33.7%
居宅療養管理指導	137,049	141,566	3.3%
福祉用具貸与	5,968	6,902	15.7%
居宅介護支援事業者	23,590	25,290	7.2%
介護老人福祉施設	4,792	4,978	3.9%
介護老人保健施設	2,838	2,942	3.7%
介護療養型医療施設	3,925	3,992	1.7%

(出典：WAM-NET)

(図表 2-2 介護サービス事業者数：経営主体別事業所数)

	社会福祉法人	地方公共団体	医療法人	営利法人	合 計
訪問介護	5,214	256	1,462	8,281	17,177
訪問看護	674	1,403	14,140	643	62,680
通所介護	7,112	838	856	1,878	11,400
短期入所生活介護	4,712	432	39	29	5,227
グループホーム	818	26	687	1,091	2,832
特定施設	90	1	5	405	545

※ 平成15年4月現在。その他を省略しているため、合計は一致しない。

(出典：WAM-NET)

(図表3 利用者アンケート調査の集計結果)
(平成13年7月～平成14年1月実施分)

○ 利用者の属性

・保険者

〔77保険者〕

秋田県平鹿町、宮城県栗駒町、福島県三春町、茨城県の66市町村、埼玉県さいたま市、神奈川県横浜市、富山県砺波地方介護組合、三重県四日市市、大阪府池田市、愛媛県松前町、佐賀県伊万里市、長崎県西彼杵広域連合

・利用者の内訳

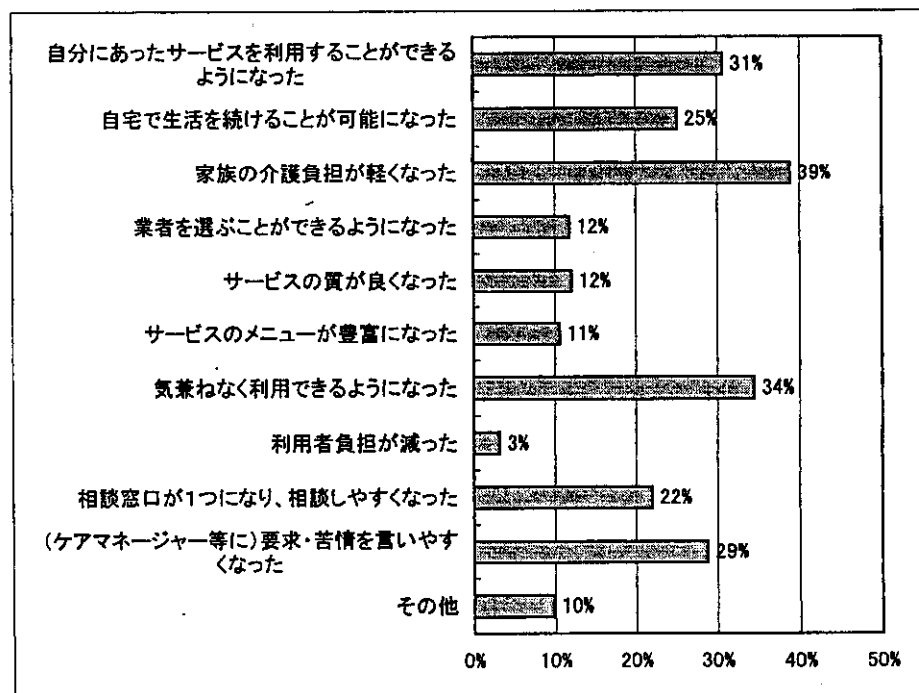
総回答者数	2,038
・13年5月以降利用者(12年4月以降の新規利用者)	639
・13年5月以降利用者(12年3月以前の利用者)	894
・12年4月以降未利用者	505

○ 現行の制度における評価

平成12年3月以前からサービスを利用していた者の現在の制度に対する評価では、「家族の介護負担が軽くなった」、「気兼ねなく利用できるようになった」、「自分にあったサービスを利用することができるようになった」という回答が多い。

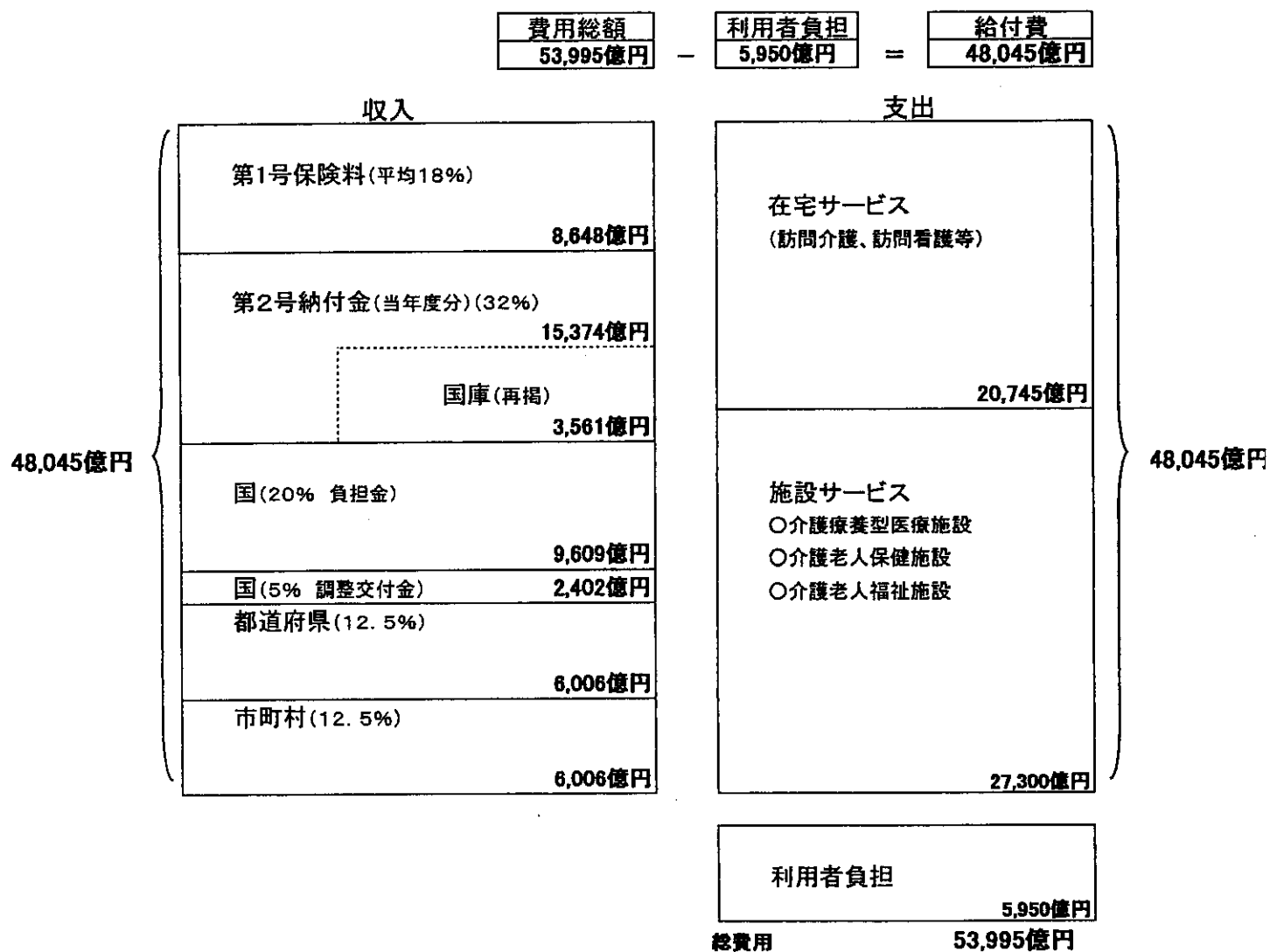
○現在の制度に対する評価(複数回答可)

評 価	総数	割合
	894	
自分にあったサービスを利用することができるようになった	275	31%
自宅で生活続けることが可能になった	225	25%
家族の介護負担が軽くなった	348	39%
業者を選ぶことができるようになった	106	12%
サービスの質が良くなった	108	12%
サービスのメニューが豊富になった	95	11%
気兼ねなく利用できるようになった	308	34%
利用者負担が減った	29	3%
相談窓口が1つになり、相談しやすくなった	197	22%
(ケアマネージャー等に)要求・苦情を言いやすくなった	258	29%
その他	88	10%



(図表4 介護保険制度の費用構造)

○平成15年度予算における費用構造



※ 数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計において一致しない。

※ 第1号保険料は、平成15年度の給付費に充てられる額を計上。

※ 第2号納付金はこの他に精算分として△295億円(国庫負担(再掲)△31億円)がある。

(図表 5 被保険者数の推移)

	2000年 4月末	2001年 4月末	2002年 4月末	2003年 3月末
被保険者数	2,165万人	2,247万人	2,322万人	2,393万人
増加率	—	3.8%	7.2%	10.5%

(出典：介護保険事業状況報告)

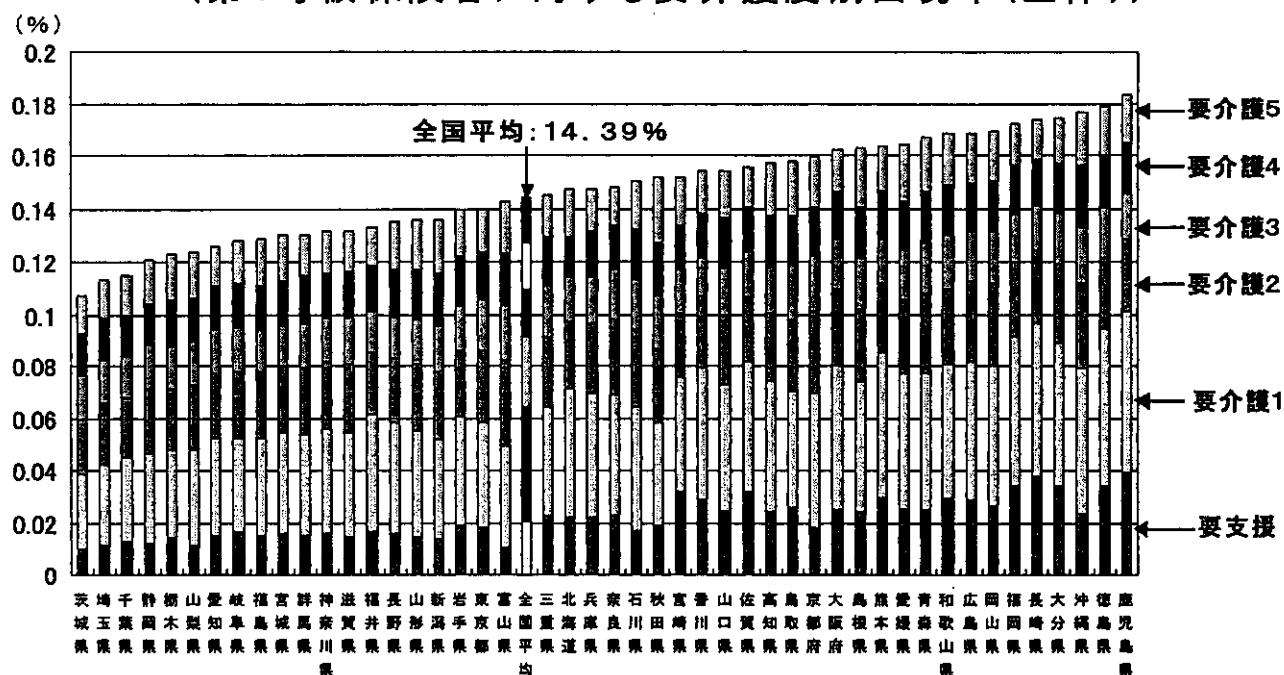
(図表 6 要介護認定者数の推移)

	2000年4月末	2001年4月末	2002年4月末	2003年3月末
要支援	29.1万人	32.0万人	39.8万人	49.9万人
増加率	—	9.9%	36.9%	71.4%
要介護1	55.1万人	70.9万人	89.1万人	105.6万人
増加率	—	28.7%	61.6%	91.6%
要介護2	39.4万人	49.0万人	57.1万人	63.6万人
増加率	—	24.4%	45.0%	61.4%
要介護3	31.7万人	35.8万人	39.4万人	42.6万人
増加率	—	13.0%	24.4%	34.4%
要介護4	33.9万人	36.5万人	39.4万人	41.9万人
増加率	—	7.8%	16.2%	23.7%
要介護5	29.0万人	34.1万人	38.1万人	40.9万人
増加率	—	17.3%	31.3%	40.8%
認定者数合計	218.2万人	258.2万人	302.9万人	344.4万人
増加率	—	18.4%	38.8%	57.8%

(出典：介護保険事業状況報告)

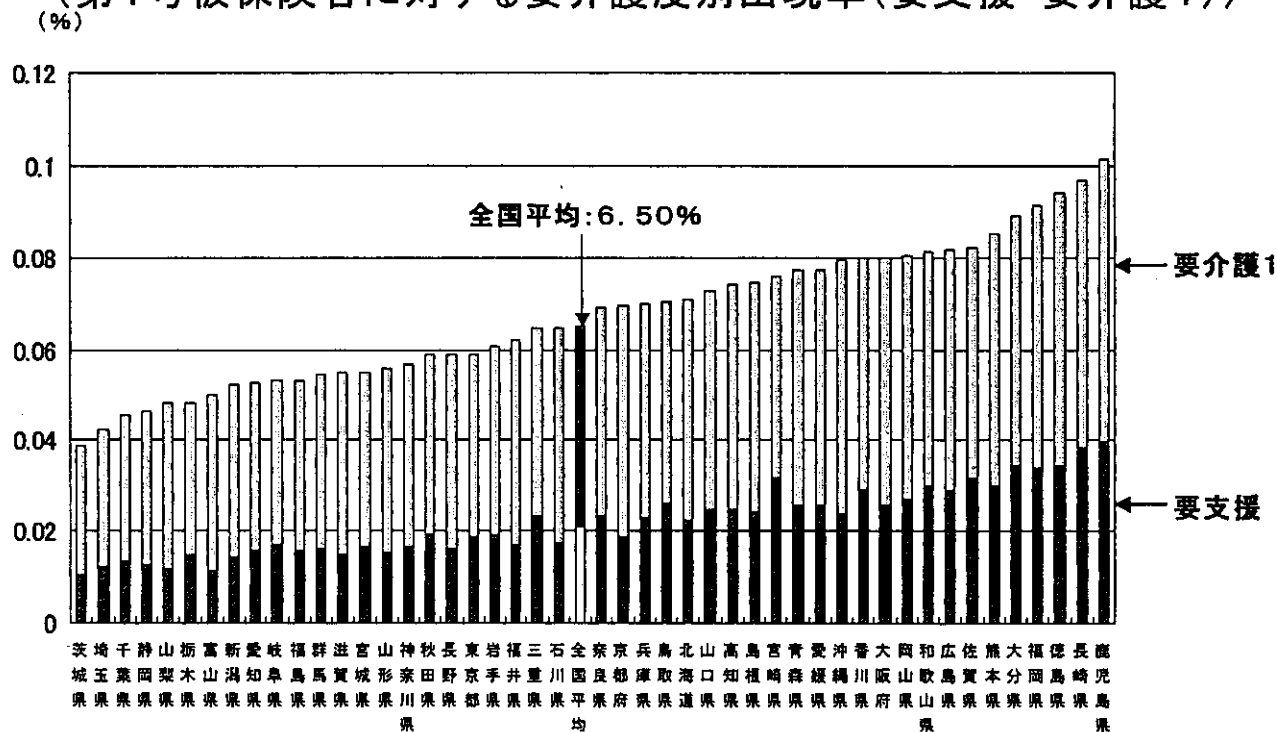
(図表7 要介護認定率の都道府県別の状況)

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(全体))



(出典:介護保険事業状況報告(2003年3月末))

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要支援・要介護1))



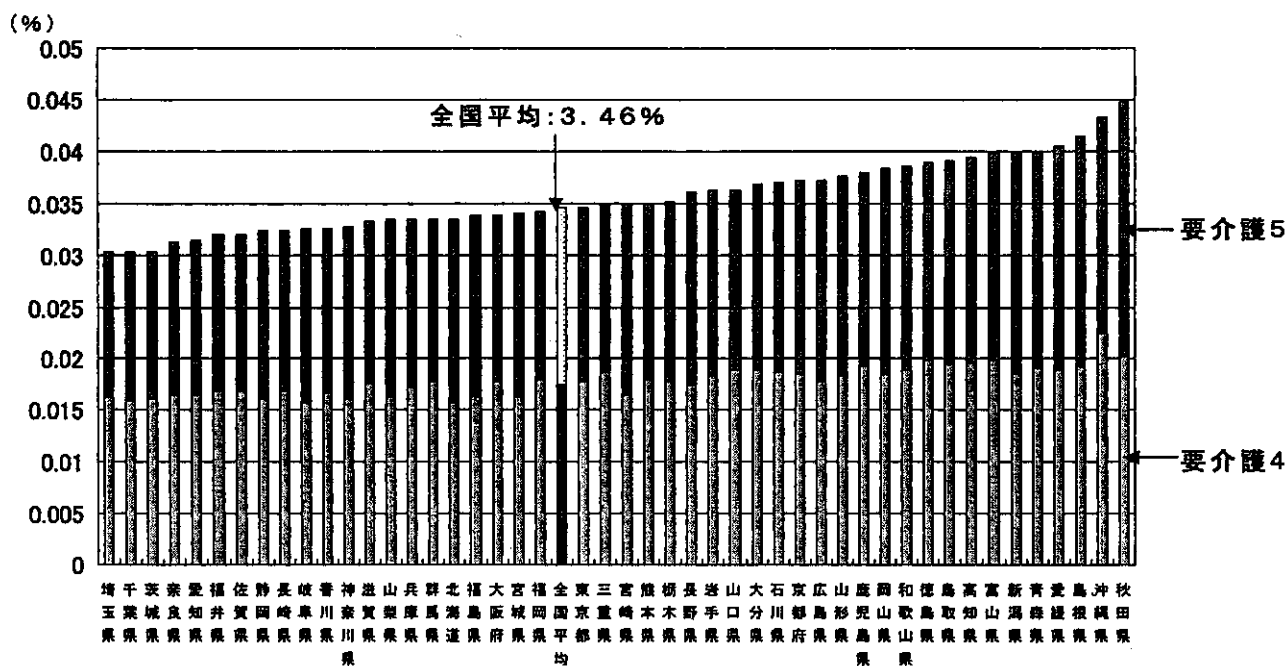
(出典:介護保険事業状況報告(2003年3月末))

○ 要介護度の低い認定者の出現率は、地域格差が大きい。

最小 3.88% (茨城県)

最大 10.11% (鹿児島県)

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要介護4・要介護5))



(出典:介護保険事業状況報告(2003年3月末))

○ 要介護度の高い認定者の出現率は、地域格差が小さい。

最小 3.03% (埼玉県) 最大 4.48% (秋田県)

(図表 8 認定状況の変化)

認定状況の変化 (H12.10認定者：7,878人)

2002.10 2000.10	認定あり						認定なし	
	要支援 (439)	要介護1 (1,316)	要介護2 (1,010)	要介護3 (855)	要介護4 (957)	要介護5 (1,151)	小計 (2,150)	死亡 (再掲) (1,830)
要支援 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
要介護1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
要介護2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
要介護3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
要介護4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5 (1,208)	0.0%	0.1%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
縦計	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

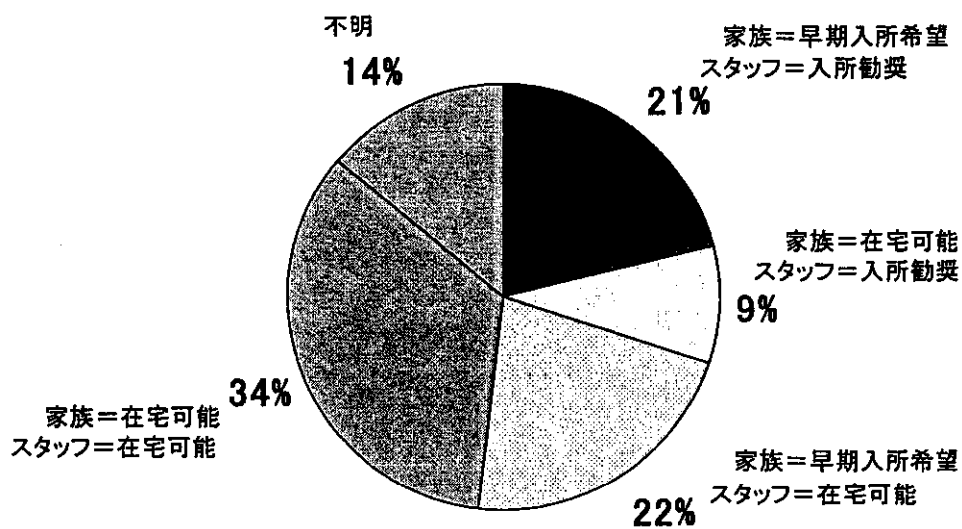
注1. () 内はN数 注2. 構成割合は、2000年10月時点の要介護度別認定者に対するもの。

※ 日医総研 川越雅弘主席研究員による調査研究。松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者を対象に分析。

<上記表より集計>

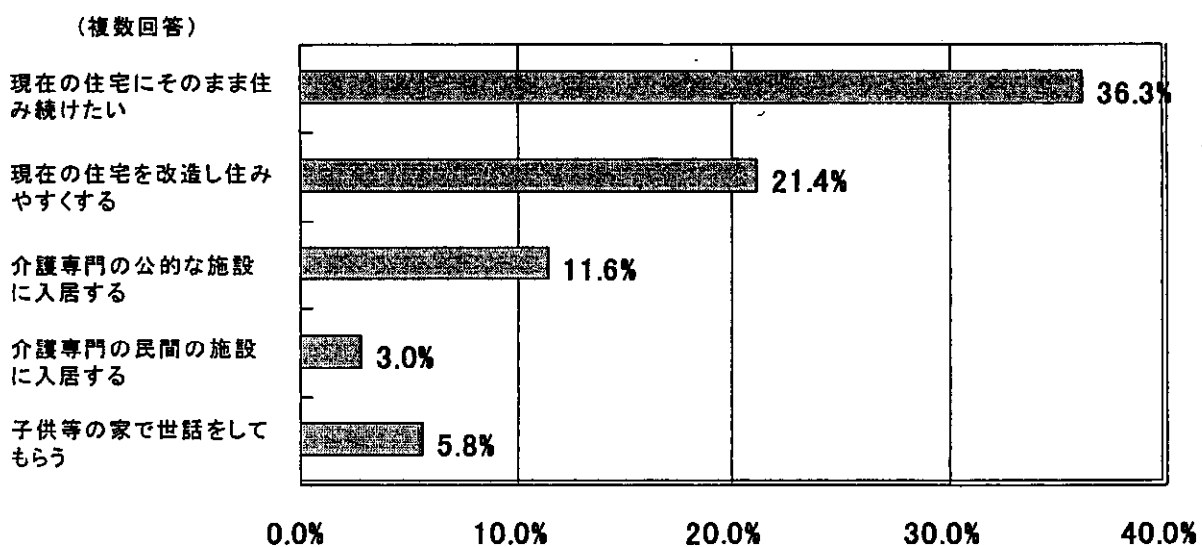
	改 善	維 持	重 度 化	認定なし	死亡(再掲)
要 支 援	—	32.4%	48.9%	18.7%	8.9%
要介護1	5.9%	39.8%	34.8%	19.5%	14.8%
要介護2	12.1%	31.8%	32.2%	23.9%	20.4%
要介護3	12.7%	27.8%	33.2%	26.4%	23.9%
要介護4	9.3%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5	6.3%	50.2%	—	43.5%	41.4%
合 計	7.8%	35.8%	29.1%	27.3%	23.2%

(図表 9 特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性)



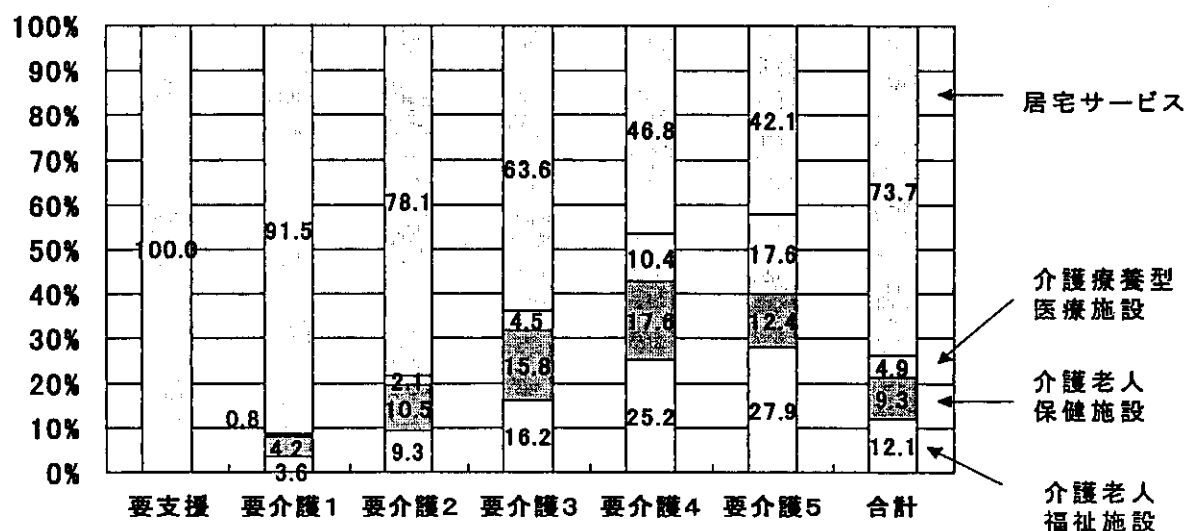
(出典: 健保連調査 n=401人)

(図表 10 虚弱化したときに望む居住形態)



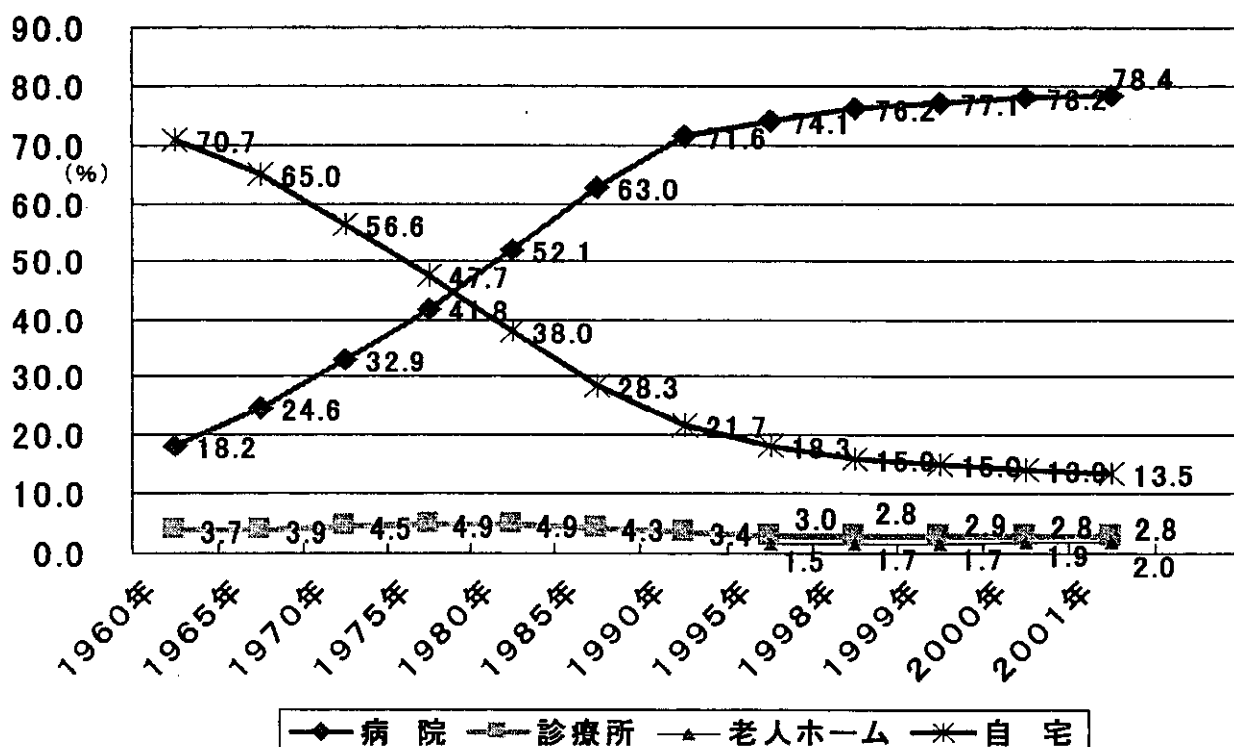
(出典: 内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成13年))

(図表 1 1 要介護度別のサービスの利用状況)



(出典:介護給付費実態調査月報(平成15年4月審査分))

(図表 1 2 死亡場所の内訳・推移)



(出典:平成13年 人口動態統計)

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

(図表13 サービス種類別の保険給付額(2003年2月サービス分))

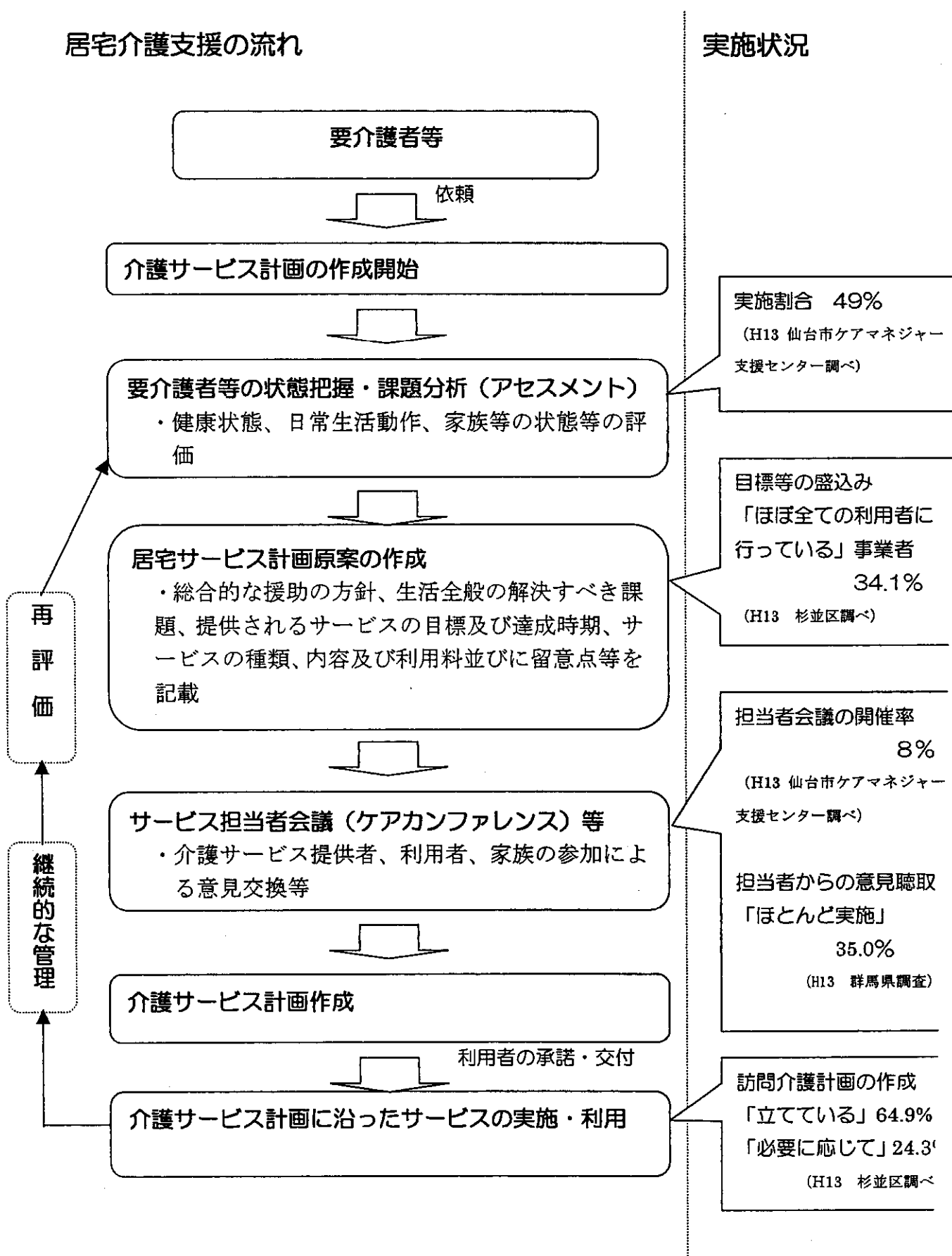
サービス種類	保険給付額(億円)	
		対前年同月比
在宅サービス計	1,619	21.7%
痴呆対応型共同生活介護	63	87.0% (グループホーム)
特定施設入所者生活介護	32	43.5% (有料老人ホーム等)
訪問介護	410	25.7%
通所介護	354	21.4%
短期入所サービス	171	19.5%
居宅介護支援	141	17.6%
施設介護サービス計	2,082	6.1%
介護老人福祉施設	904	3.3%
介護老人保健施設	703	3.8%
介護療養型医療施設	474	15.7%
合 計	3,700	12.4%

(注1) 各国保連の支払実績を集計したもの。

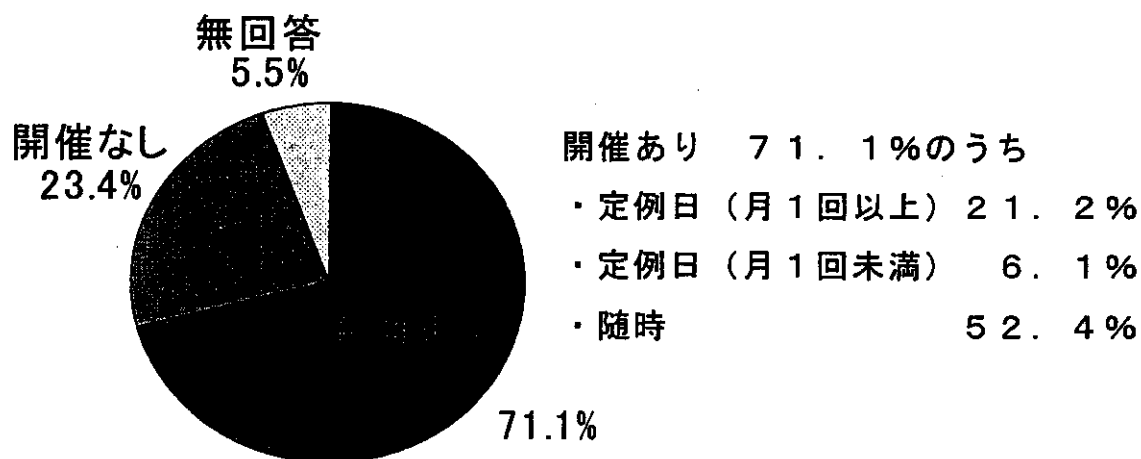
(注2) 福祉用具購入費、住宅改修費などの市町村が直接支払う分は除く。

(注3) それぞれ記載の単位未満で四捨五入しているため、計に一致しない場合がある。

(図表 1 4 居宅介護支援の流れ)



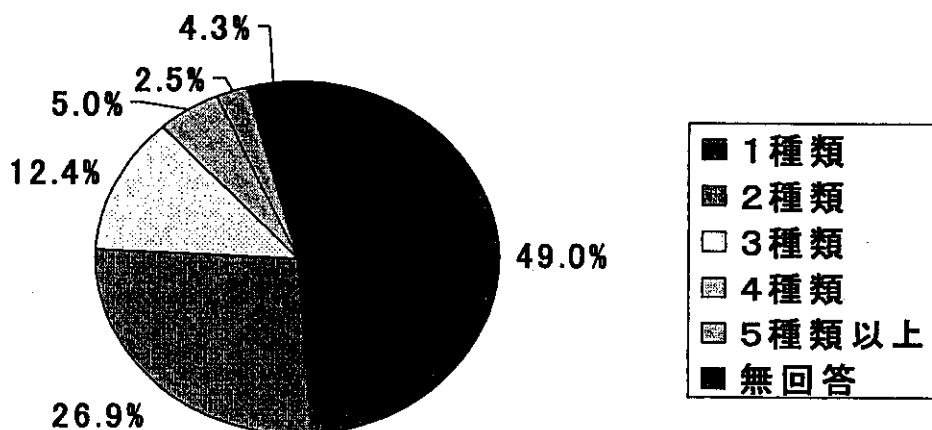
(図表 1 5 - 1 サービス担当者会議の開催状況)



(財)長寿社会開発センター「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年)

(図表 1 5 - 2 ケアプランの状況)

ケアプランに組み入れられているサービス種類別の利用者割合



(財)長寿社会開発センター「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年)

(図表 1 6 グループホーム数の推移及び法人主体別割合)

1 グループホーム数の推移

	H10. 3	H11. 3	H12. 3	H13. 3	H14. 3	H15. 3	ゴールドプラン 2 1 におけるサービス提供見込量 (平成 1 6 年度)
事業所数	31	103	266	903	1, 678	2, 832	3, 200

(平成 1 2 年 3 月以前について、国庫補助対象事業所数
平成 1 2 年 4 月以降については、WAM-NE T 登録数)

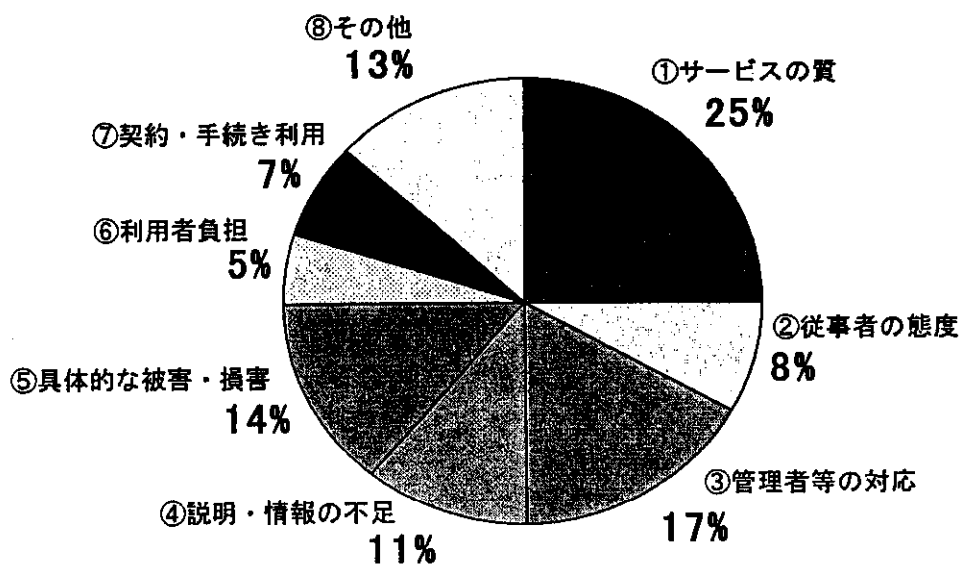
2 法人主体別割合

法人種別		割 合
社会福祉法人 (社協以外)		28.0
社会福祉法人 (社協)		0.9
医療法人		24.3
民法法人 (社団・財団)		0.5
営利法人		38.5
非営利法人 (NPO)		6.4
農協		0.0
生協		0.2
上記以外の法人		0.3
地方公共団体	都道府県	0
	市町村	0.9
	広域連合・一組等	0.0
合 計		100.0

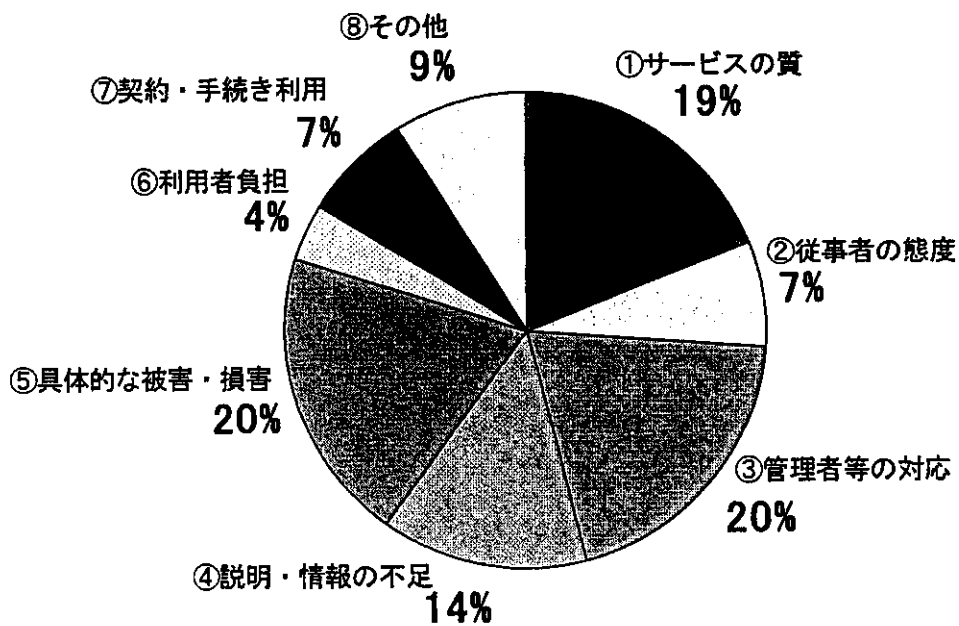
※平成 1 5 年 4 月現在、WAM-NE T 集計ベースより算出

(図表 17 国保連合会苦情申立内容別累計)

(平成13年4月分～平成14年3月分／398件)



(平成14年4月分～平成14年12月分／332件)



(図表 18 指定取消処分等の状況)

○ 平成12年4月～平成15年5月累計

80件 (27都道府県 75事業者 125事業所7施設)

1. 指定取消処分が行われた事業所及び施設

①不正請求、指定基準違反により指定取消処分が行われた事業所及び施設

63件 (25都道府県 59事業者 106事業所5施設)

②実態がなく、廃止(辞退)届が出されず、指定取消処分が行われた事業所及び施設

7件 (4道県 7事業者 8事業所1施設)

小計 70件 (26都道府県 66事業者 114事業所6施設)

2. 指定取消を前提に聴聞通知書を発出後、廃止(辞退)届が提出された事業所及び施設

9件 (5道府県 9事業者 10事業所1施設)

3. その他、指定取消に相当する事例として公表した事業所及び施設

1件 (1県 1事業者 1事業所)

○ 事業者の内訳

株式会社等	44事業者
医療法人	12事業者
特定非営利活動法人	6事業者
社会福祉法人	9事業者
個人	4事業者
合計	75事業者

○ 指定取消処分等を受けた事業者の内訳の推移

	平成12年度	平成13年度	平成14年度
株 式 会 社	3	9	30
医 療 法 人	3	3	4
特定非営利活動法人	—	3	3
社 会 福 祉 法 人	—	4	5
個 人	1	1	2
合 計	7	20	44

※単位は事業者数

(図表 19 介護保険3施設における在り者の在り期間)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
3 カ 月 未 満	4. 2%	22. 7%	14. 0%
3 カ月～6 カ月	5. 3%	17. 9%	11. 2%
6 カ月～1 年	10. 1%	19. 3%	16. 5%
1 年 ～ 2 年	17. 9%	23. 3%	35. 6%
2 年 ～ 3 年	14. 3%	10. 5%	7. 4%
3 年 ～ 4 年	10. 6%	3. 6%	4. 4%
4 年 ～ 5 年	8. 8%	1. 2%	2. 9%
5 年 以 上	28. 2%	1. 3%	7. 6%
不 詳	0. 5%	0. 2%	0. 4%
平均在り日数	1445. 3日	395. 4日	654. 5日

(出典：平成13年 介護サービス施設・事業所調査)

※平成13年9月時点の在り者の在り期間別構成割合

(図表 20 介護保険財政の状況について)

○ 総費用の推移・給付費の推移

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.1兆円	5.4兆円
給付費	3.2兆円	4.1兆円	4.5兆円	4.8兆円

※ 平成12年度は11ヵ月分

※ 平成14, 15年度は予算ベース

○ 給付費の将来推計

	2002年度 平成14年度	2005年度 平成17年度	2015年度 平成27年度	2025年度 平成37年度
給 付 費	5兆円	6兆円	12兆円	20兆円
対 国 民 所 得	1.0%	1.5%	2.5%	3.5%
社会保障給付費に占める割合	6.1%	6.6%	9.0%	11.4%

※ 平成14年度は予算ベース

○ 第1号保険料について

1. 第1号保険料の推移

第1期 (12～14年度)	第2期 (15～17年度)
2,911円	3,293円 (+13.1%)

※ 第1号被保険者1人あたり全国平均
(月額・加重平均)

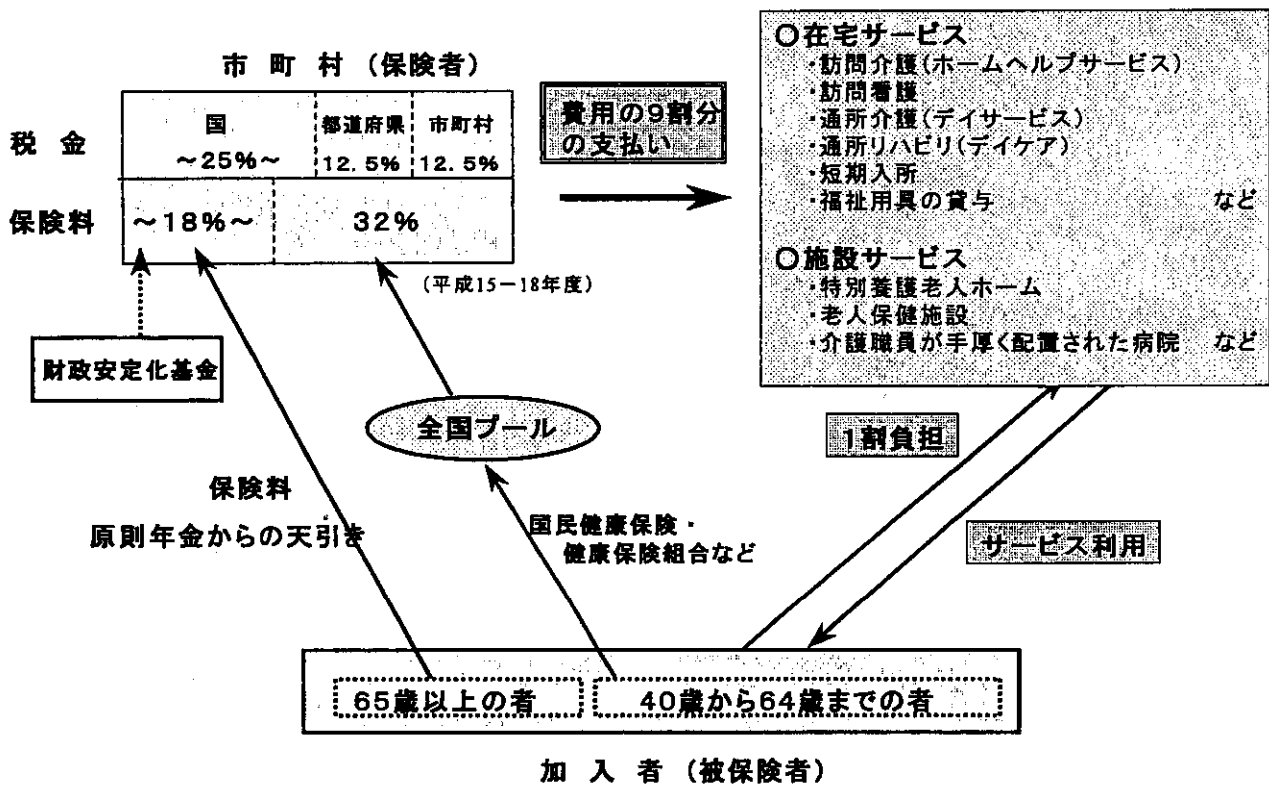
※ 保険料額は各保険者の基準額を平均
したもの

2. 第1号保険料基準額の分布状況(保険者数)

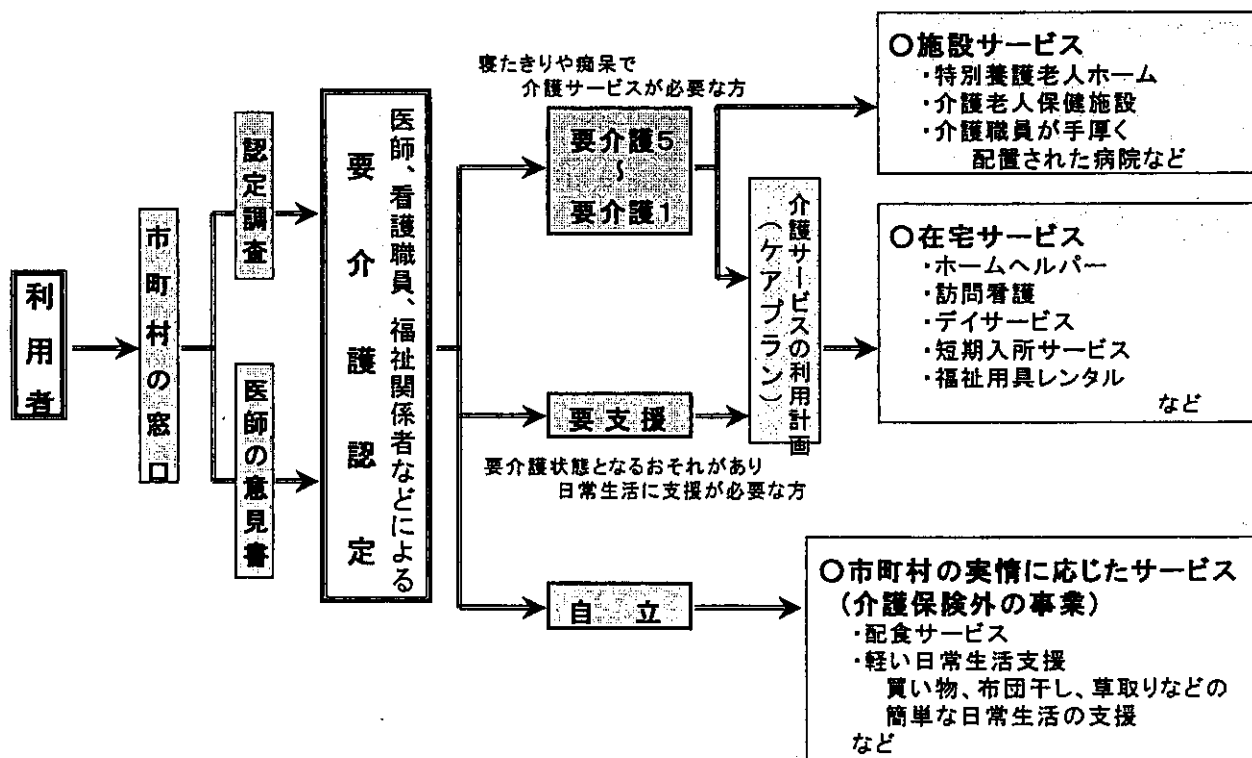
	第1期	第2期
1,500円超～2,000円以下	85(2.9%)	18(0.7%)
2,000円超～2,500円以下	617(21.3%)	263(9.5%)
2,500円超～3,000円以下	1,422(49.1%)	906(32.8%)
3,000円超～3,500円以下	673(23.2%)	842(30.5%)
3,500円超～4,000円以下	97(3.4%)	536(19.4%)
4,000円超～4,500円以下	1(0.0%)	142(5.1%)
4,500円超～5,000円以下	0(0.0%)	46(1.7%)
5,000円超～5,500円以下	0(0.0%)	6(0.2%)
5,500円超～6,000円以下	0(0.0%)	3(0.1%)
合計	2,895	2,762

※ 第2期において保険料を経過的に複数設定している広域保険者については、同一保険料地域ごとに1つとして計上している
(2広域保険者で5地域)

(参考 介護保険制度の概要)



(参考 介護サービスの利用手続)



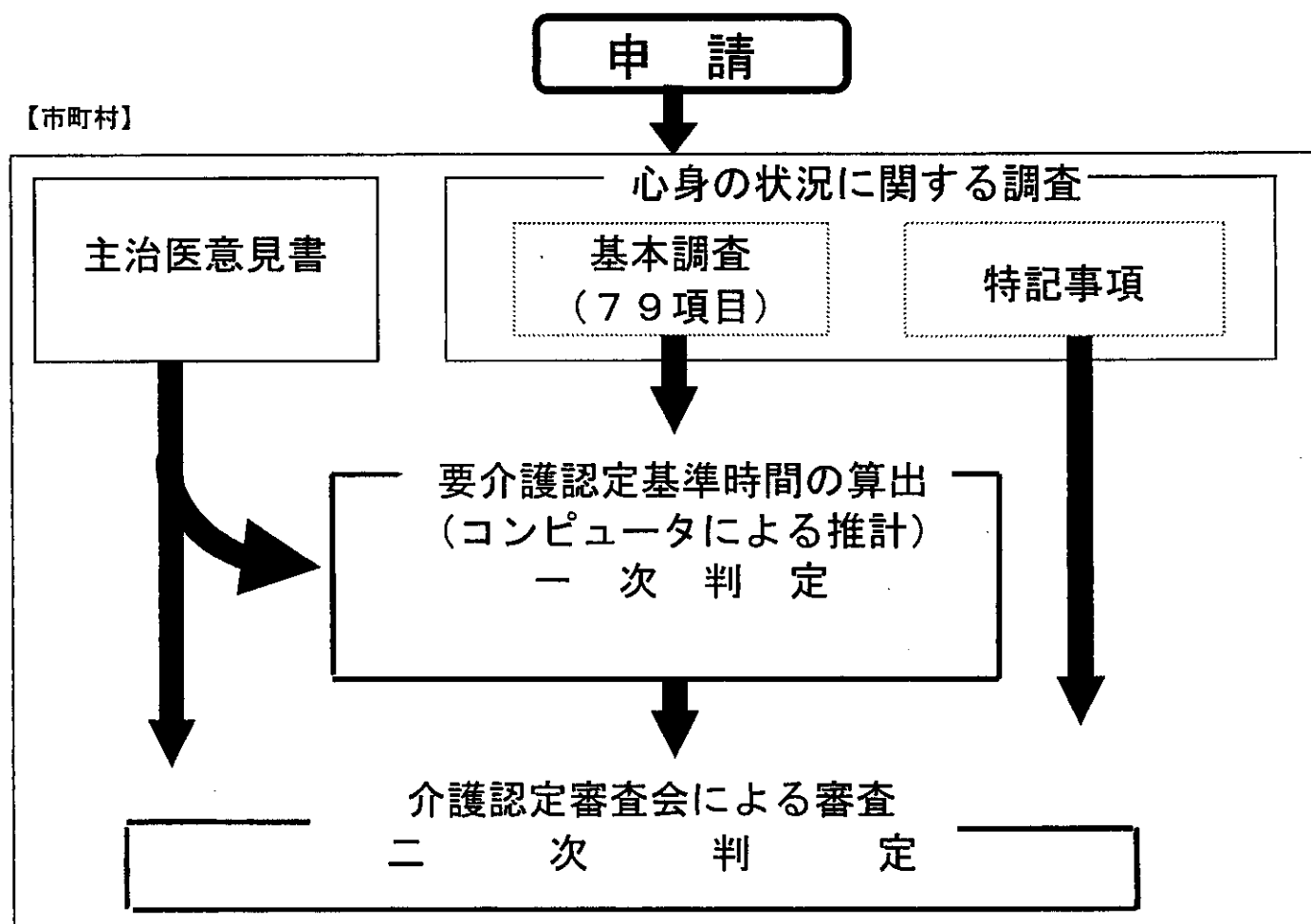
(参考 介護保険制度における要介護認定の仕組み)

1 要介護認定とは

- 介護保険制度では、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で判定される。
- 要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定める。

2 要介護認定の流れ

- 介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者より構成され、高齢者の心身の状況調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）と主治医の意見書等に基づき審査判定を行う。



3 要介護認定基準について

要介護認定は、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間である「要介護認定等基準時間」を下記基準にあてはめ、さらに痴呆性高齢者の指標を加味して実施するもので、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年4月30日厚生省令第58号）」として定められている。

要介護認定等基準時間の分類

直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助

要介護認定等基準

要支援	上記5分野の要介護認定等基準時間が 25分以上 32分未満 またはこれに相当する状態
要介護1	上記5分野の要介護認定等基準時間が 32分以上 50分未満 またはこれに相当する状態
要介護2	上記5分野の要介護認定等基準時間が 50分以上 70分未満 またはこれに相当する状態
要介護3	上記5分野の要介護認定等基準時間が 70分以上 90分未満 またはこれに相当する状態
要介護4	上記5分野の要介護認定等基準時間が 90分以上 110分未満 またはこれに相当する状態
要介護5	上記5分野の要介護認定等基準時間が 110分以上 またはこれに相当する状態

<参考>

平成14年度の老人保健健康増進等事業において、平成11年度からの要介護認定に関する研究や要介護認定結果の傾向を踏まえ、以下のような成果が報告されている。

要支援状態又は要介護状態については、おおむね次のような状態像が考えられる。

自立 (非該当)	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態
要支援状態	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態
要介護状態	日常生活上の基本的動作についても、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態

要介護状態については、おおむね次のような状態像が考えられる。

要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態
要介護3	要介護2の状態と比較して、日常生活動作及び手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態
要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態
要介護5	要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態

(参考 痴呆性老人自立度・障害老人自立度について)

痴呆性老人自立度

「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」

(平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知)

(1) ランクⅠ

何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

(2) ランクⅡ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

(3) ランクⅢ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

(4) ランクⅣ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

(5) ランクⅤ

著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

障害老人自立度

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」

(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

(1) ランクⅠ

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できる。

(2) ランクⅡ

屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない。

(3) ランクⅢ

屋内での生活は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を保つ。

(4) ランクⅣ

1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

2015年の高齢者介護

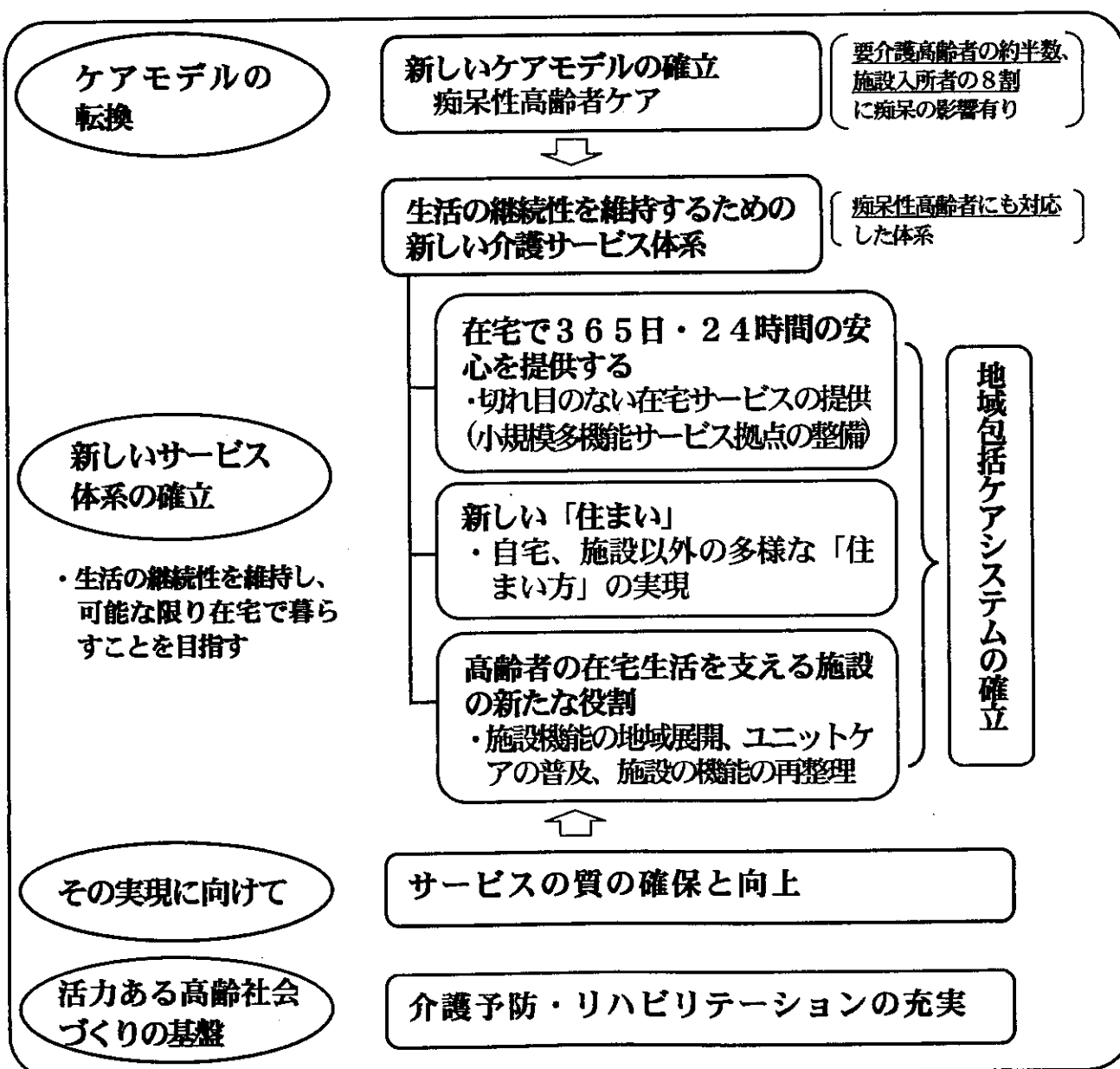
～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

課題

- 介護保険施行後見えてきた課題
 - 要介護認定者の増、在宅サービスの脆弱性、
痴呆性高齢者の顕在化、新たなサービスの動き等
- 制度の持続可能性の確保（課題解決の前提）

目標

高齢者の尊厳を支えるケアの確立



実施期間

早急に着手し、2015年までに着実に実施
(戦後のベビーブーム世代が高齢期に達する2015年までに実現)

介護保険施行後見えてきた課題

要介護認定者の増加・軽度の者の増加

- ・ 軽度の要介護者の出現率に大きな都道府県格差が存在。その要因について詳細な検証が必要。
- ・ 要支援者への予防給付が、要介護状態の改善につながっていない。

在宅サービスの脆弱性

- ・ 特別養護老人ホームの入所申込者の急増
- ・ 重度の要介護認定者の半数は施設サービスを利用。在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にある。

居住型サービスの伸び

- ・ 特定施設の利用が増加。居住型サービスへの関心が高まっている。

施設サービスでの個別ケアへの取組

- ・ ユニットケアの取組が進展。個人の生活、暮らし方を尊重した介護が広がりを見せている。

ケアマネジメントの現状

- ・ ケアマネジメントについては、アセスメントなど、当然行われるべき業務が必ずしも行われていない。

求められる痴呆性高齢者ケア

- ・ 要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる者であるにもかかわらず、痴呆性高齢者ケアは未だ発展途上、ケアの標準化、方法論の確立にはさらに時間が必要。

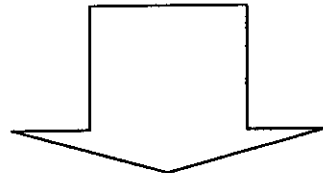
介護サービスの現状

- ・ 事業者を選択するために必要な情報が十分に提供されていない。
- ・ サービスの質に関する苦情が多い。従事者の質の向上、人材育成が課題。
- ・ 劣悪な事業者を市場から排除する効果的手段が不十分。

新しいケアモデルの確立ー痴呆性高齢者のケアー

現 状

- 身体ケアと比べ、遅れている痴呆性高齢者ケア
- 要介護高齢者の相当部分が痴呆性高齢者
：要介護高齢者のほぼ半数、施設入所者の8割が、何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）



身体ケアのみでなく、痴呆性高齢者に対応したケアを高齢者介護の標準とするべき

痴呆性高齢者ケアの普遍化

痴呆性高齢者ケアの基本＝「尊厳の保持」

痴呆性高齢者の特性

- 記憶障害の進行と感情等の残存
- 不安、焦燥感等→徘徊等行動障害
- 環境変化への適応困難



生活そのものをケアとして組み立てる

- 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- 高齢者のペースでゆったりと安心して
- 心身の力を最大限に発揮した充実した暮らし

日常の生活圏域を基本としたサービス体系

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係
- 住み慣れた地域での生活の継続



グループホーム

- 小規模・多機能サービス拠点
- 施設機能の地域展開
- ユニットケアの普及

事業者・従事者の
専門性と資質の
確保・向上

ケアの標準化、方法論の確立

痴呆症状等に効果的に応えることのできる介護サービスに関し、

- 体系的なエビデンスの収集と評価
- サービスのパッケージの開発
- 等

痴呆性高齢者と家族を支える地域の仕組み

- 家族や地域住民に対する痴呆についての正しい知識と理解の啓発
- 住民による主体的な健康づくりと痴呆介護予防活動
- 早期発見、相談機能の強化、専門的人材の育成
- 地域の関係者のネットワークによる支援

痴呆性高齢者ケアについて

要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者の推計

○ 所在と痴呆性老人自立度

単位 万人

	要介護 要支援 認定者	認定申請時の所在(再掲)				
		居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
再掲	自立度 Ⅱ以上	73	27	20	10	19
	自立度 Ⅲ以上	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

(注) 2002年9月末についての推計。

「その他の施設」：医療機関、グループホーム、ケアハウス等。

カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲。(痴呆自立度「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害自立度「自立」、「J」又は「A」)。

○ 将来推計

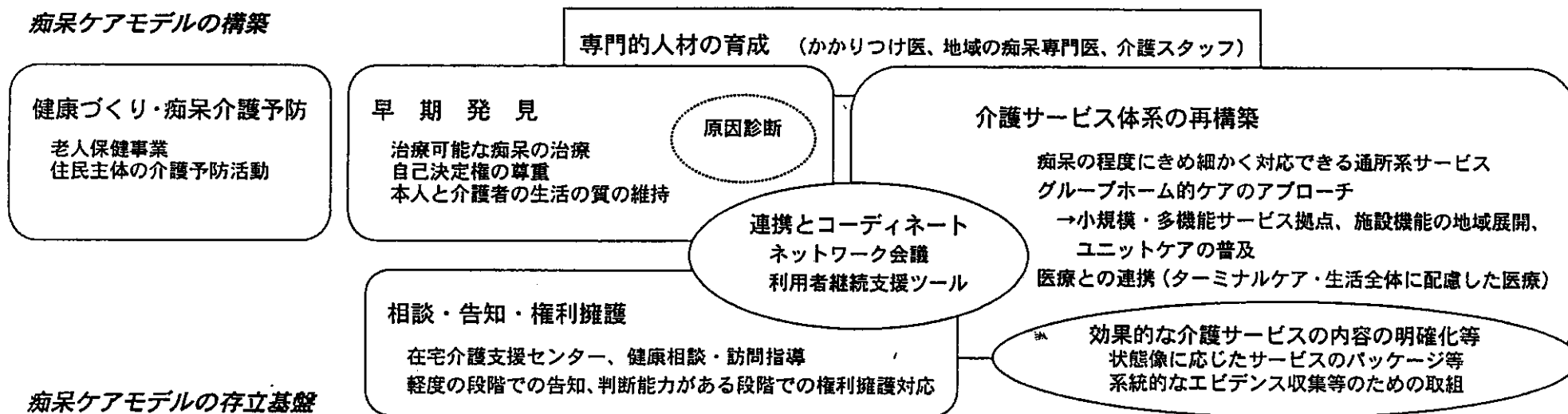
単位 万人

西暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人 自立度 Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

(注) カッコ内は65歳以上人口比(%)。

- 4
- 「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」(痴呆性老人自立度Ⅱ以上)は、所在に関わらず、要介護(要支援)認定者の相当割合を占める。
 - 介護・支援を要する痴呆性高齢者の今後の大幅な増加を見越した場合、介護保険サービスを含む地域の高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが、21世紀初頭の大きな課題。

痴呆ケアモデルの構築

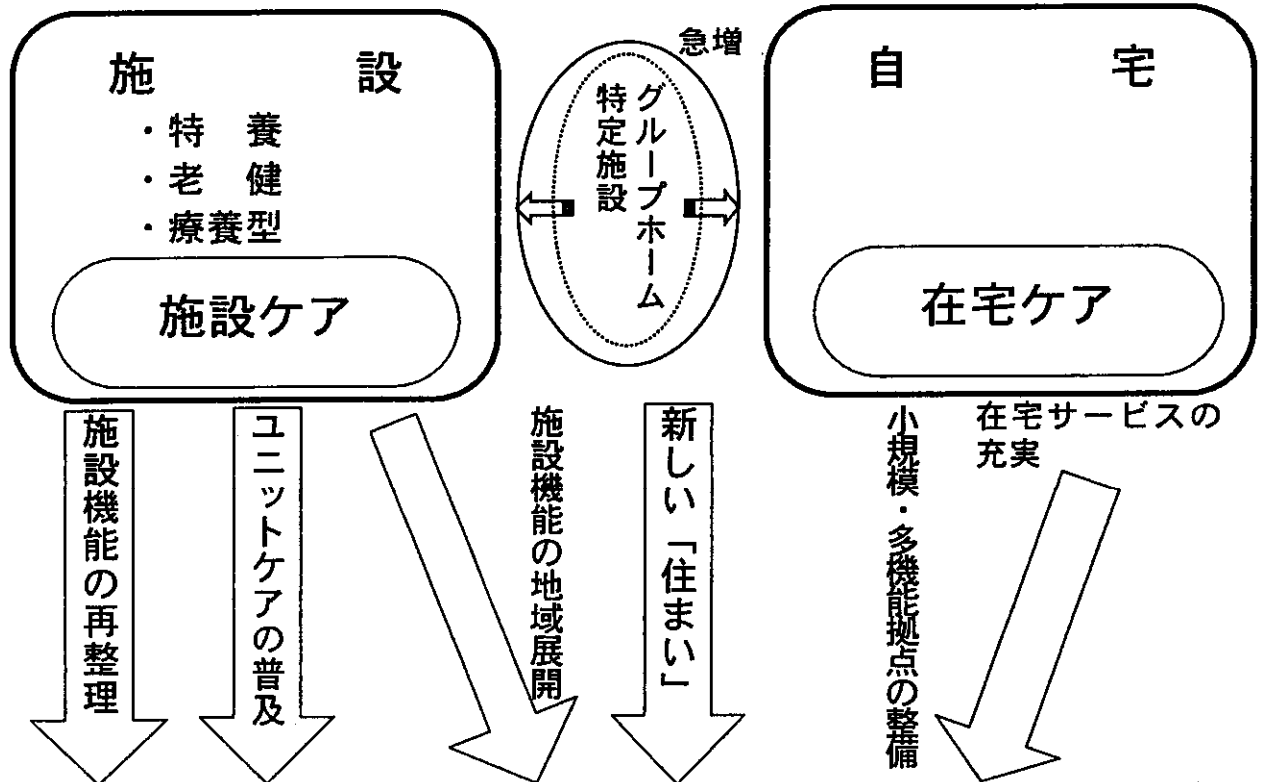


痴呆ケアモデルの存立基盤

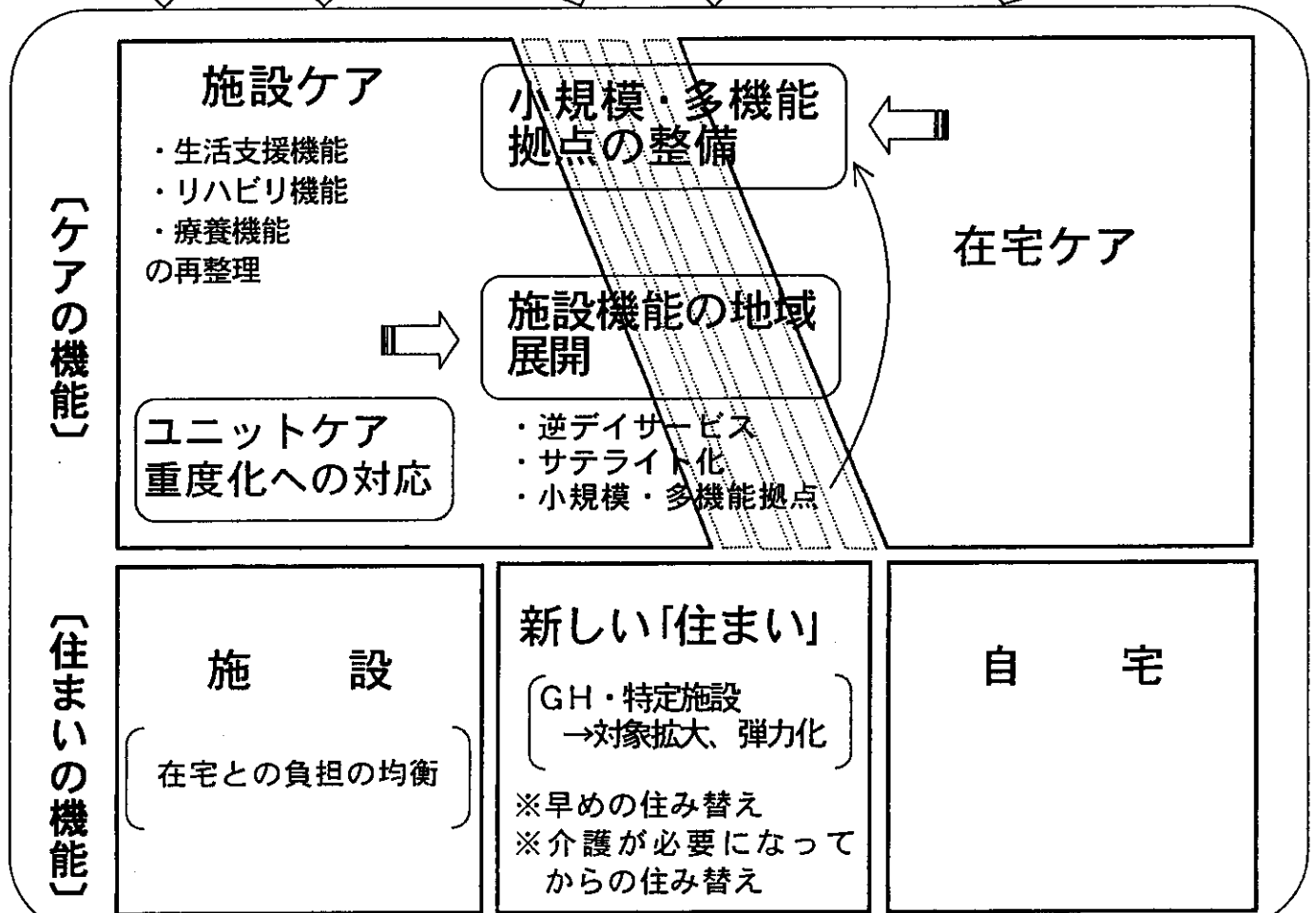
家族・地域住民の痴呆についての正しい知識と理解、痴呆性高齢者との適切な関わり
→「時として痴呆性高齢者を追いつめてしまう存在」から「痴呆性高齢者を地域で支援する担い手」へ転換

介護サービス体系の見直し

現
状

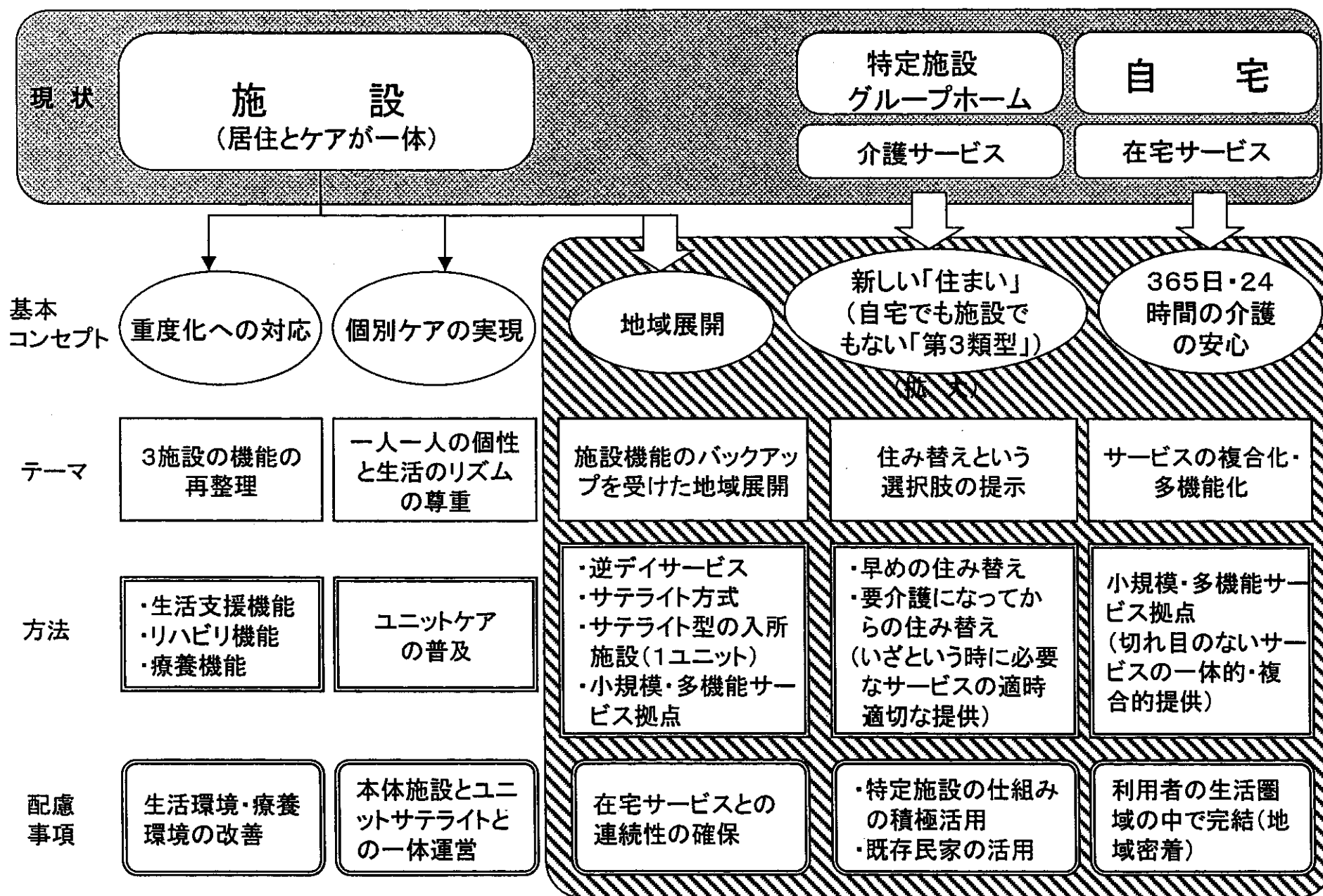


目
指
す
べ
き
方
向



生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指す

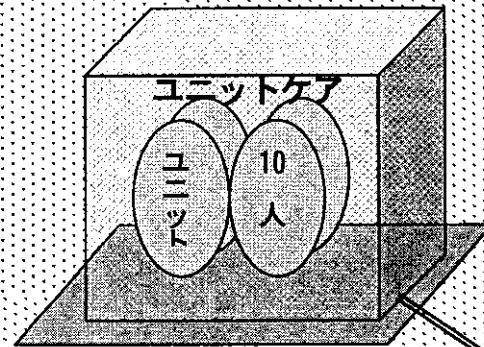
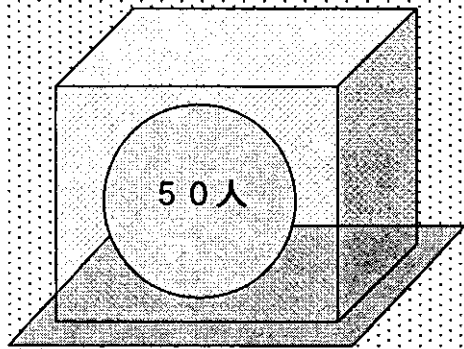
生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指す



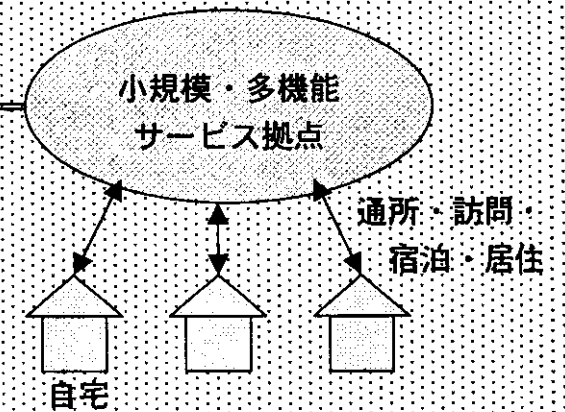
特別養護老人ホームの新たな展開例

特別養護老人ホーム

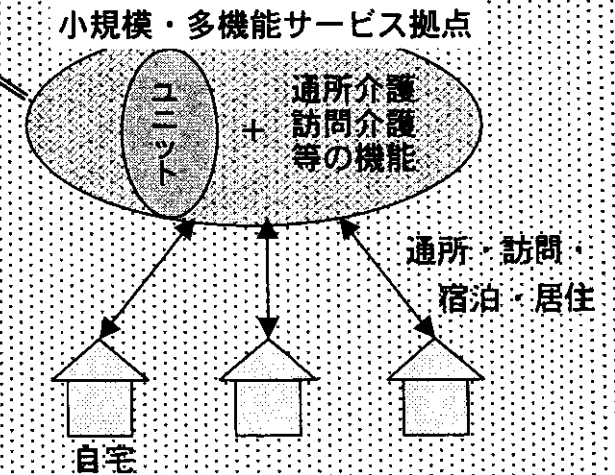
重度の要介護者の受入れ



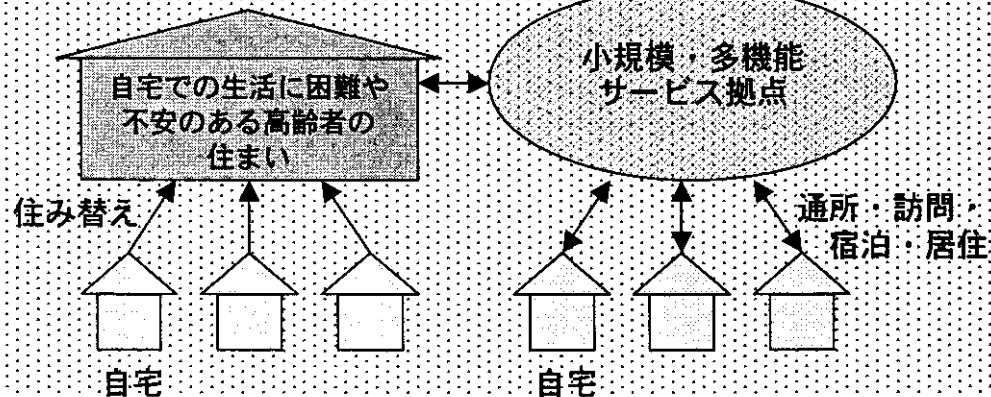
(例1) 本体施設のバックアップの下、
小規模・多機能サービス拠点を展開



(例2) ユニットケア型に改修する際に、
一部のユニットを街の中に整備し、
本体施設と一体的に運営



(例3) 本体施設のバックアップの下、新しい「住まい」に
小規模・多機能サービス拠点を併設等



地域包括ケアシステム

個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み

継続的な支援の提供

高齢者の状態の
変化に対応した
継続的なサービス提供

（退院→地域
地域→入院）

ターミナルまで
在宅生活を支える

- ・ 医療を含めた多職種連携、365日・24時間の安心の提供
- ・ 医療保険・介護保険によるサービスの組み合わせ

介護保険

ケアマネジメント

高齢者 — ケアマネジャー

- （プロセス）
- ①アセスメント
 - ②プランニング
 - ③ケアカンファレンス（多職種協働）
 - ④モニタリング

（現状のケアマネジメントの立て直し）

ケアマネジャーの資質向上
プロセスの確実な実施
：業務の標準化
困難事例等への支援：環境整備
中立・公正の確保

包括的な支援の提供

困難事例等への支援
（介護保険外の様々な社会支援
を必要とするケース）

多職種協働・住民参加

- ・ 保健、福祉、医療の専門職相互の連携
- ・ ボランティア等の住民活動も含めた連携

連携と連絡調整 コーディネートを行う機関

- ・ 在宅介護支援センターの役割の再検討と機能強化

※ケアマネジメント：高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み

サービスの質の向上：高齢者の選択による

選択の支援

ケアマネジメント

- ・利用者の立場に立って
公正に行われることが必要

介護相談員 ボランティア・NPO等

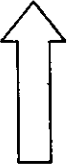
- ・利用者と事業者をつなぎ、利用者の
意思・意見の表明をサポート
- ・ボランティア・NPO等も活用し充実

成年後見制度

- ・痴呆等意思決定能力が
不足する場合の意思決定の補完
- ・さらに利用しやすくすることが必要

選択のための情報

ケアの標準化

- 
- ・効果的なケアの提供・
選択を可能とする。
 - ・サービスの全体的な
水準の確保・向上に寄与

サービスの質の評価

- 
- ・アウトカム評価の手法
の確立等
 - ・質に関する客観的な
情報提供・外部評価

根拠に基づくケア

- ・科学的アプローチにも
耐えうる専門領域として
確立

サービス提供体制の改善

人材育成

- ・適時適切な教育研修の体系化

行動規範

- ・公益性の高い仕組みの一翼を担っ
ているという自覚、行動規範の遵守
- ・経営モデルの確立

劣悪なサービスの排除

- ・利用者保護の観点から、迅速に
市場から排除する仕組み(査察等)
など制度的な対応

介護予防・リハビリテーションの充実

介護予防

リハビリテーション

視点と意義

- ・より自分らしく生きがいのある充実した人生を送ること
- ・高齢者自身が地域社会での助け合いの仕組みの主体となること

- ・過去の生活への復帰ではなく、将来に向かって新しい人生を創造していく
- ・潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高め、豊かな人生を可能とする

検証と対応

- ・介護予防を広い概念としてとらえ、社会参加・社会貢献・就労・生きがいづくり・健康づくりなどの活動を社会全体の取組として進める
- ・老人保健事業や介護予防事業におけるサービスの検証、真に予防に効果がある新たなプログラムの開発

- ・要支援者に対する予防給付、医療保険・介護保険におけるリハビリの検証、真に予防に効果がある新たなプログラムの開発
- ・要介護度のステージ等に応じた要介護状態の悪化の防止・軽減のための施策の体系の構築
- ・急性期から回復期の医療分野と維持期での介護分野とが、川上・川下の関係で相互に連携しあう体制の構築

介護サービス提供における留意点

- ・高齢者自らが健康づくりや介護予防に取り組む
- ・高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていく

- ・心身機能や日常生活自立度を高めてから他の介護サービス等で補う「リハビリテーション前置」の考え方に立つ必要
- ・日常生活における活動の自立度向上を重視した個別プログラム
- ・施設のリハビリは自宅復帰の可能性を常に考えたものでなければならない

参 考 資 料 2

脳卒中対策に関する検討会中間報告書

4. 脳卒中対策に関する検討会中間報告書

(平成11年9月)

1. はじめに

2020年には、日本人の4人に1人が65歳以上という超高齢社会になることが予測されている。少子・高齢化社会が、急速に進行するなかで、21世紀の日本を健康で活力あるものとしていくためには、日本人の死亡原因の6割を占めるがん、脳卒中、心臓病等の生活習慣病を克服することが極めて重要である。

脳卒中はかつて我が国の死因の第1位であった。脳卒中の死亡率は1960年代後半から低下したものの、現在においても主要な死因の1つを占め、年間14万人が死亡している（平成9年度人口動態統計）。また、脳卒中患者数は増加の一途を辿っており、全国で脳卒中の患者数は173万人と推計されている（平成8年患者調査）。脳卒中発症者のうち、発症1年以内に約5分の1が死亡し、約3分の1が要介助となっている（秋田県脳卒中登録）。また、寝たきり老人の約4割が脳卒中患者であり（平成9年名古屋市ねたきり・痴呆基礎票集計）、訪問看護利用者の約4割を占めるのも脳卒中患者である（平成10年訪問看護統計調査）。

このような国民病ともいえる脳卒中の現状を踏まえ、総合的な脳卒中対策を構築するために平成10年6月から「脳卒中対策に関する検討会」を開催し、これまでに9回にわたって検討を続けてきた。本報告書はその検討結果であるが、まず、脳卒中の病像、疫学について概説した後、脳卒中の予防対策の強化、脳卒中急性期医療の充実、リハビリテーションの充実という3つの視点から意見を取りまとめたものである。

2. 脳卒中とは

(1) 脳卒中の分類

脳卒中は、血管病変による脳の障害の総称で、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血等に大別される。

「脳梗塞」は、動脈硬化等のために動脈が狭くなったり、あるいは、動脈や心臓内にできた血の塊（血栓）が、脳の動脈に流れ込み、詰まってしまうために、酸素やブドウ糖の供給が不足して神経細胞の壊死をきたすものである。

脳梗塞は、さらに比較的大きな脳の動脈硬化（アテローム硬化）によるアテローム血栓性脳梗塞、主に高血圧に起因し細い動脈が詰まるラクナ梗塞、及び心房細動や心臓弁膜症等のためにできた心内血栓が流出して脳の血管に詰まる心原性脳塞栓に分類される。

「脳内出血」は脳内に分布する細・小動脈が破れて出血し、神経細胞を破壊するものである。

「くも膜下出血」は、脳をおおっているくも膜と脳の間にある動脈にできたこぶ（動脈瘤）が破れて出血するものである。

(2) 脳卒中の統計

(イ) 人口動態統計

平成9年人口動態統計によると、我が国の脳卒中による死亡者数は13万8千697人で、総死亡の15.2%を占めている。

そのうち、脳梗塞による死亡は8万6千986人、脳内出血は3万1千786人、くも膜下出血は1万4千384人であった。

脳卒中の死亡率（人口10万対）の変化をみると、脳内出血では、昭和35年に123.3（脳卒中全体の76.8%）であったが、それ以降低下しており、平成9年には25.4（22.9%）となっている。一方、脳梗塞は、昭和35年では21.4（13.3%）であったが、以後上昇し、平成9年には69.6（62.7%）となっている。

このように、脳卒中の主流は、脳内出血から脳梗塞へと変化してきている。

(ロ) 脳卒中登録

脳卒中の発症率、予後等についての全国的な統計はないが、秋田県においては、昭和59年から患者登録が行われている。以下、秋田県脳卒中登録の結果を用いて脳卒中の実状を総括する。

a) 発症者数

昭和59年から平成5年における秋田県の脳卒中年齢調整発症率（人口10万対）は、男性193.6、女性105.2、男女あわせて144.2である。このデータを基に、我が国の年間脳卒中発症者（再発を含む）を推計すると、男性約

13万7千人、女性約9万8千人、合計約23万4千人となる（表1-1）。

b) 病型別割合

脳卒中の病型別割合は、脳梗塞が約62%、脳出血が約25%、くも膜下出血が約13%を占めている（図1）。

c) 予後

初回発症脳卒中患者の追跡調査によると、発症後30日での生存率は85.6%、発症後5年では61.7%である（表2-1）。

また、急性期死亡を免れた生存者の慢性期における機能予後のおおよその割合は、「入院入所」が約9%、「在宅で寝たきりの人」が約6%、「在宅で部分的に介助が必要な人」が約15%、「自立しているが、生活の一部に不自由がある人」が約35%、「不自由なく自立している人」が約35%である（表2-2）。

この秋田県脳卒中登録に基づいて、我が国の有病者数を推計し約177万人とした場合（表1-3）、約16万人が「入院入所」、約11万人が「在宅で寝たきりの人」と推測される。また、「在宅で部分的に介助が必要な人」が約27万人存在すると推測される。また、「自立しているが、生活の一部に不自由がある人」が約62万人存在すると思われる。

(3) 脳卒中の危険因子

高血圧、耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害等）、喫煙、大量飲酒、心房細動、肥満が脳卒中発症の危険因子となることが明らかにされている。

このうち、肥満は高血圧、耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害等）の危険因子と考えられており、脳卒中の間接的な危険因子とみなされる。

また、WHO（1997）においても、高血圧、肥満（上体肥満）、耐糖能障害、高脂血症は、動脈硬化を促進する病態である metabolic syndrome（代謝症候群）の重要な要因であるとしている。

(イ) 高血圧

平成9年国民栄養調査によると、男性で5人に1人、女性では7人に1人が高血圧であり、男女ともに70歳以上では30%以上が高血圧である。

我が国の疫学研究では、血圧上昇と脳卒中の死亡・罹患との関連が強いことが明らかとなっており、高血圧は脳卒中の重要な危険因子である。

(ロ) 耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害等）

平成9年の糖尿病実態調査における、問診表および HbA1c の値から推計される糖尿病の患者数は690万人であった。

疫学研究（NIPPON DATA 80、久山町研究）によると、糖尿病の人では脳卒中による死亡のリスクが、正常者の2～3倍になることが明らかにされている。

(ハ) 喫煙

平成9年の国民栄養調査によると、日本人の成人喫煙率は男性52.7%、女性11.6%である。30年間の全国たばこ喫煙者率調査（JT）による傾向をみると、60歳代の喫煙率は男女とも減少傾向が続いているが、40歳代、50歳代では下げ止まりである。一方、20歳代女性の喫煙率は3倍増となっている。

1日40本の喫煙者は、非喫煙者の約4倍脳卒中で死亡しやすいことが明らかになっている（NIPPON DATA 80）。

(ニ) 大量飲酒

我が国の国民1人あたりの純アルコール消費量は、平成9年の1年間で6.6リットルと推計されており（平成11年国税庁「酒のしおり」）、この量は先進諸外国と比較して多いものではない。しかし、平成9年国民栄養調査によると、日本酒換算で1日2合以上飲酒する人は、男性の飲酒習慣のある人の49.8%を占めている。特に30～60歳代では2合以上の飲酒者が過半数を占め、3合以上の人でも20%近くみられるなど飲酒量が多いのが現状である。

疫学研究によると、飲酒量が1日1.5合を越えた場合に脳卒中等循環器疾患の総死亡率の危険度が上昇すると考えられている。

*アルコール量の換算

日本酒1合のアルコール量は、およそビールなら大ビン1本（633ml）、焼酎なら25度のものでコップ1杯弱（140ml）、ワインならグラス2杯（200ml）、ウイスキーならダブル1杯（60ml）とほぼ同量である。

(ホ) 心房細動

心房細動（脈の乱れ）は、心臓内にできた血の塊が血流に乗って脳の血管を閉塞し、脳梗塞（心原性塞栓症）を引き起こす可能性がある。

（ヘ） 肥満

国民栄養調査により、性・年齢別に肥満の年次推移をみると、男性では全年齢において、「肥満」、「過体重」の割合が増加している。特に、30～60歳代の男性の3人に1人は「肥満」または「過体重」である。

なお、肥満の危険因子の要因の一つとして、我が国におけるエネルギーの栄養素別摂取構成比の年次推移をみると、脂質エネルギー比率は昭和21年には7%であったが、昭和30年代から40年代にかけて急激に増加し、その後は漸増している点があげられる（図2）。

3. 脳卒中对策の現状

（1） 脳卒中についての知識

脳卒中は救急対応の必要な疾患であり、特に発症後早期の治療が重要である。

しかし、平成10年度厚生科学研究健康科学総合研究事業「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」によると、脳梗塞患者のうち、発症6時間以内に入院した患者は3割以下にとどまっている。

この点については、①脳卒中という病気が国民に正確に理解されておらず、その初期症状についての知識が乏しいこと、②発症初期の症状が軽い場合、放置されることがあること等が大きな要因になっているとの指摘がある。

特に、脳梗塞の場合は、発作時に意識障害がないことが多く、半盲、失語症、軽い運動麻痺といった症状のみのことがあるため、それが脳卒中の初期症状であるという認識が乏しく、発症早期の段階では、医療機関を受診することが少ない状況になっている可能性がある。

このため、国民に対し脳卒中についての正しい知識を啓発・普及していくことが必要である。（参考1、2、3）

また、医療関係者の間で、脳卒中の初期対応の重要性について認識が不十分な可能性もあり、医師をはじめとする医療関係者の間でも、正しい知識の普及に努める必要がある。

（2） リスク管理の問題点

（イ） 高血圧

1980年及び1990年に実施された循環器疾患基礎調査においては、男性の高血圧者の中での未治療者の割合は、40歳代では70%以上、50歳代では50%以上、60歳代では40%以上と各年代で高率であった。また、70歳以上では、1980年では約44%、1990年では約36%であった。女性は、男性に比して、全世代にわたって高血圧者中の未治療者の割合が低い。この結果からみても、女性に比して男性に脳卒中をはじめとした循環器疾患死亡率が高いことの原因の一つに、治療率の差があると思われ、特に男性の未治療の高血圧者に十分注意を払う必要がある。

重症高血圧者に対する治療が重要なのは当然であるが、一方で、軽症高血圧であっても脳卒中発症の寄与度が大きいことが明らかとなっている。そのため、今後とも、適切な降圧目標（至適血圧）の設定を考慮するなどして、脳卒中の予防を目的とした血圧管理を積極的に行っていく必要がある。

降圧療法の手段としては、降圧薬による治療の他に、生活習慣改善による非薬物療法が有効と考えられている。

非薬物による血圧低下の有効な要素が、肥満の解消、減塩・カリウムの適正な摂取、アルコール摂取の減少、有酸素運動の増加の4点であることは、高血圧の予防、発見、診断、治療に関する米国合同委員会（JNC）、国際高血圧学会（ISH）、WHOによって認められている。こうした視点に立って、特に軽症高血圧者に対する生活習慣改善の積極的な取り組みが必要である。

（ロ） 耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害等）

平成9年の糖尿病実態調査から推計される糖尿病の有病者数は690万人であるのに対し、医療機関にかかっている総患者の数は218万人（平成8年患者調査）であり、半数以上の糖尿病と診断される人が未治療の状態にある。また、耐糖能障害等の境界域（境界型など）にある者のほとんどは、治療を含め改善のための措置がとられていないものと考えられる。

耐糖能異常のみでは、自覚症状がみられないことから、健診未受診者における未治療率は極めて高い（糖尿病実態調査）。このため、健診を積極的に勧奨するとともに、耐糖能異常のもたらす危険についての情報提供を行う必要がある。

（ハ） 喫煙、大量飲酒

厚生省は、平成7年たばこ行動計画検討会報告書の中で示された、防煙、分煙、禁煙の3本柱を中心にたばこ

対策を進めているところである。

しかしながら、喫煙対策については、その健康影響に関して正確な情報提供が十分行われていないとの指摘があった。また、喫煙防止、禁煙支援、分煙の推進についても不十分であるとの意見があった。

大量飲酒については、対象者に対して早期から適切な働きかけを行い、アルコール関連の健康被害を予防することが重要である。しかしながら、現状では情報提供等の十分な取り組みが行われているとはいえないため、今後適切な対応が必要である。

(二) 栄養指導

一次予防としてはエネルギーや塩分等の過剰摂取をもたらさない適正な食習慣の実践が重要であり、中でも適正体重の維持は大きな課題である。

また、肥満、高血圧、耐糖能異常を有する人については食生活の改善が必要とされるが、動機づけをいかに行うかなど継続的な食事管理を支援するための栄養指導が求められる（二次予防）。

さらに、現在、在宅栄養指導の対象者の37%が脳卒中患者であり、脳卒中中の機能回復・維持の観点から嚥下障害、摂食機能障害等に対応した適切な栄養指導も必要とされる（三次予防）。

(3) 医療提供体制の状況

(イ) 総合的医療の提供

脳卒中は、脳血管の病変が原因であるが、症候は神経機能の障害として出現してくる。その治療には、急性期治療、慢性期治療、リハビリテーションさらには社会福祉的なアプローチも重要である。

そのため、診療には、循環器内科学、神経内科学、脳神経外科学、リハビリテーション医学等の知識が必要であり、看護婦・士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、ソーシャルワーカー等医療スタッフを含めたチームによる総合的な対応が必要である。

しかし、脳卒中医療の現場では、急性期、慢性期ともに、各職種の意見交換の場も乏しい場合が多く、職種間の理解不足があり、チーム医療の体制が遅れているとの指摘があった。特に、急性期から慢性期、社会復帰にかけての患者の家族に対するサポートは重要な課題であり、上記スタッフが連携して、早い段階から、家族の理解が進むように話し合いを持つ必要がある。また、脳卒中患者に対する看護の実態としては、各施設の治療方針とそれぞれの看護チームの体制、力量に任されているのが実態で、患者の状態に応じた専門的看護が展開されていないとの指摘もあった。

(ロ) 急性期医療

意識障害、重度の運動麻痺といった重い症状のみられる患者の多くは、救命救急センターや脳神経外科を標榜する医療機関に搬送されているが、比較的軽い症状の患者は、かかりつけ医を訪れたり、脳卒中を専門としない医療施設に搬送されることが多い。脳卒中は発症後、早期診断・早期治療が極めて重要であるということを考えると、初期の受入れ施設では、迅速に診断し、適切な対応に努める必要がある。

我が国の救急医療体制については、現在は都道府県が作成する医療計画において、初期、二次、三次の救急医療体制が一元的に整備されている。脳卒中と思われる患者が救急搬送された場合、基本的には、最初に対応する医師が、脳卒中患者への迅速な対応を行い、専門的脳卒中医療を提供できる二次医療機関等が支援することが望ましい。

三次救急医療は、救命救急センターが担当しており、入院患者の2割弱が脳血管疾患患者（平成8年日本医科大学附属救命救急センター実績）という報告もあるが、一方で救急医療を担う脳卒中専門医の不足が指摘されている。脳卒中の診療に関しても精通した医療チームによる診療が行われることが望ましい。

また、脳卒中急性期の医療を提供する医療施設においては、脳卒中専用病室が整備されていることが望ましいが、平成10年度厚生科学研究「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」によると、脳卒中患者用の集中治療室は、対象施設全体の3%で整備されているに過ぎなかった。

(4) リハビリテーションの状況

一般的に、脳卒中による障害が生じた場合、リハビリテーションは、まず、二次的合併症予防、早期離床を目的として、ベッドサイドから「急性期リハビリテーション」が開始される。

次に、リハビリテーション病棟若しくは専門病院等において、理学療法、作業療法、言語療法等による機能回復訓練を行う「回復期リハビリテーション」が行われる。

その後、地域（老人保健施設、医療機関、自宅等）の中で、体力や機能の維持若しくは改善、生活環境整備、社

会参加の促進に努め自立生活を支援する目的で、「維持期リハビリテーション」を行っていくこととなる。

(イ) 急性期リハビリテーションの現状と問題

急性期リハビリテーションが効率良く行われれば、リハビリテーション・ゴール達成期間の短縮、在宅復帰率の向上、日常生活動作（ADL）改善、生活の質（QOL）の向上、社会復帰の促進等が達成されと考えられる。

現状としては、早期リハビリテーションは、診療報酬の評価等の改善により、以前に比べ、比較的早期からリハビリテーションが行われるようになってきたが、①開始時期のリスク基準が不明確である。②自宅での受入れ準備が未整備のまま早期に退院となったり、リハビリテーションの施設やスタッフが充実していない病院へ転院となること等により、患者が十分なリハビリテーションを受けられない例がある。③短期入院、早期退院によりリハビリテーションの治療期間が短い。特に緩慢な回復を辿る言語療法においては治療が不十分になりやすい。④現在、作業療法士、言語聴覚士の多くは、回復期・維持期を中心とした脳卒中リハビリテーションに関わっていることが多いのが現状であるが、適応のある患者に対しては、作業療法士、言語聴覚士が、できるだけ早期の段階から治療に関わっていくべきである等の指摘があった。

(ロ) 回復期リハビリテーション

脳卒中リハビリテーションの中でも、急性期と並んで、回復期の専門的リハビリテーションも重要であり、特に麻痺が重度な場合や、失語を含めた高次機能障害がある場合には、一定期間専門の治療を受ける必要がある。

また、回復期のリハビリテーションにおいて、予後に関する問題点と可能性を十分に把握した上で、先見性をもって維持期のリハビリテーションサービスに引き継ぐことは、在宅生活における機能低下を防止するために不可欠である。

回復期リハビリテーションでは、本人が努力するための動機づけやリハビリテーション技術の改善などについての研究が必要である。

(ハ) 維持期リハビリテーション

脳卒中の維持期リハビリテーションは、主に在宅や老人保健施設などの施設で行われる。在宅者はかかりつけ医による診療や生活指導を受けながら、身体的、精神的、社会的自立を目指して、維持期のリハビリテーションを行う。

現在、在宅で行うリハビリテーションには、施設に通う老人デイケアや、理学療法士、作業療法士による訪問リハビリテーションサービスがある。また、リハビリテーションに関係して、訪問看護、老人保健事業としての機能訓練や、訪問指導等のサービスがある。

しかし、脳卒中の発症から在宅、社会復帰までの全期間にわたり、連続的なケアが望まれる一方で、急性期・回復期・維持期の各段階でのリハビリテーションの連携が不十分であるとともに、質量ともに地域による格差があり、十分なリハビリテーション体制が整備されているとはいえない。

4. 脳卒中の予防対策の強化

(1) 取組みの基本的考え方

我が国の脳卒中予防対策は、地域や企業等での各種健康診断等で発見された脳卒中発生危険度の高い者（ハイリスク者）に対して重点的に保健指導を行い、要治療者に対しては受療勧奨を行う方法から始まった。国民皆保険による医療の提供、検診や健康教育等を通しての早期発見・早期治療により国民への高血圧治療が浸透し、その結果、脳卒中の発症予防にも貢献したと考えられる。

しかしながら、前述のとおり、未だ、高血圧者、耐糖能異常者等に対する治療も十分とはいえないことから、今後、ハイリスク者に対する対策を推進していく必要がある。

一方で、脳卒中等の発症には生活習慣が深く関与していることが明らかとなってきた。そのため、脳卒中についても、従来からのハイリスク者対策に加えて、食生活・運動習慣等の改善についての啓発活動を通して、危険因子をもつ多くの人々を病気の方に向かわせない、いわゆる集団アプローチを基本とした、発症予防対策の視点が重要である。

(2) 生活習慣改善による脳卒中予防

脳卒中の予防は、①高血圧予防②耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害）の予防③禁煙④大量飲酒の回避が基本となる。また、高血圧、耐糖能異常の予防のためには、肥満予防、減塩、カリウムの摂取、エネルギーや脂肪の適正摂取、運動等が重要である。

そのため、脳卒中予防対策としては、各地域における風土や気候等の生活環境を考慮の上、生活習慣を総合的にとらえる必要がある。

青年、中年期における生活習慣病予防の観点からは、子どもの頃から適切な食習慣、運動習慣を身につけるための情報提供が重要である。その上で、個人の健康は個人で管理する、いわゆるセルフケアの視点を持つべきである。特に、青壮年における体重の自己管理については、体重の至適目標を掲げて、啓発活動を行うべきである。

高血圧、耐糖能異常（糖尿病、耐糖能障害）、肥満については、地域・職域等の保健婦や栄養士、住民組織等が中心となって、これら危険因子回避のための望ましい食生活・運動習慣の普及広報を行うとともに、これらの生活習慣が健康に与える影響について、適切な情報提供を行う必要がある。

個人への知識啓発に加えて生活環境の改善を促し、それによって自己の生活を変えようと努力する人を支援するためには、集団アプローチの手法が有効である。具体的な例として、外食のメニューやレトルト食品へのエネルギー量、食塩量、脂質量等の表示の推奨などがある。

喫煙・大量飲酒対策については、その健康影響に関して正確な情報提供を行うべきである。喫煙については、喫煙防止の徹底をはかるとともに、禁煙を希望している人に対する禁煙支援や非喫煙者が環境中のたばこの煙に暴露することを減少させるための分煙の推進が必要である。特に、医療機関の施設内における禁煙・分煙の推進については、各医療機関が一層努力するべきであるとの意見があった。

また、子供の頃からのたばこ、アルコール問題に対する教育も重要であるとの意見があった。

（３）「健康日本21」における取組み

現在、厚生省においては、脳卒中を含めた生活習慣病を対象にして、発症前の対策に焦点を当て、国民一人一人のライフサイクルに応じた健康管理を行うための目標設定を行う「健康日本21」を策定しているところである。

その中で、脳卒中を含む循環器病対策の目標値が設定される予定である。今後は脳卒中に対する施策の推進に当たって、「健康日本21」で示される明確な指標を用いることにより、随時的確な評価を行い、その効果判定のための目標達成度を示していく必要がある。

脳卒中对策の目標値を決める上でも、参考となるベースラインデータが必要である。市町村等、各地域の保健医療サービスの提供主体が、地域内の個人における生活の状況や健康状況（体重、BMI、血圧、血糖、血清脂質等）を把握するとともに、生活習慣病の発症・死亡のデータを収集することは、脳卒中予防対策として極めて重要である。

*Body Mass Index (BMI) $(\text{kg}/\text{m}^2) = \text{体重}(\text{kg}) / \text{身長}(\text{m})^2$

（イ）国の役割

現在、国レベルの健康に関連する統計としては、人口動態統計、患者調査、国民栄養調査等がある。過去４回実施された循環器疾患基礎調査でも、脳卒中について情報を得ることができる。国の役割としては、住民自らが、健康増進を図るための食事・運動・休養等に関する具体的な指針や個人の至適体重等の情報提供を行い、「行動変容」のための支援を行っていく必要がある。

例えば、食塩の過剰摂取については、高血圧、脳卒中等の予防という観点からは正をはからなければならない問題である。しかしながら、「食塩摂取は１日10グラム以下」という目標は未だに達成されず、むしろ増加傾向にある。食塩の摂取は我が国において、東西地域、都市―農村間格差が大きい。地域住民の意識改革のためには都道府県別の脳卒中死亡の比較や、都道府県別栄養マップ等を周知させ、地域の状況に応じた減塩キャンペーンを積極的に展開しなければならない。

住民の行動変容を促す地域活動と同時に、地域・職域等の保健医療関係者を支援する「環境整備」を確立することが求められる。例えば、適切な方法で有効性を検証した研究により、効果的な健康教育の方法を開発し、その普及を図ることが今後の課題である。

（ロ）自治体の役割

地方自治体においては、集積した健康に関するデータを地域・職域に還元することにより、健康づくりの企画・立案とその評価に役立てることが重要である。このような健康づくりの中で、家庭、地域、学校、職場における健康教育の役割は大きい。特に、壮年期のみならず、嗜好や生活習慣を方向づける小児期や肥満が問題となりはじめる20～30歳代への健康教育が重要である。

健康教育については、単に知識を伝達するだけではなく、生活習慣の具体的な改善に結びつくような手法や技術の開発が必要である。

また、地域における基本健康診査と職域における定期健康診断の連携等を図るためには、職域保健連絡協議会の有効活用等の努力も必要である。

a) 老人保健事業

現在、老人保健法に基づく保健事業として健康教育、健康相談、健康診査、訪問指導等が実施されている。今後、これらの事業を通じて、脳卒中の予防を効果的に行うため、個々の対象者の状況の十分な把握・評価（ヘルスアセスメント）に基づいた体系的な事業展開や、境界域高血圧者に対し対象者と指導者とが一对で行う個別健康教育の推進等が重要である。

b) 国民健康保険における保健事業

現在、国民健康保険における保健事業の1つとして、長寿・高齢化社会において健康寿命を延伸することを目指して、「高齢者を対象とした生きがいづくり健康増進事業」を推進している。

この事業は「生きがい」を通して、高齢者が気軽に健康づくりに参加できる雰囲気づくりを行い、その結果として一人一人の健康の向上を図るものであり、今後の長寿・高齢化社会における健康づくりのあり方の一つとして注目されている。

今後も各保険者を中心とする保健医療関係者による積極的な事業の展開が期待される。

5. 急性期医療の充実

(1) 救急医療の基盤整備

脳卒中は後遺症を残す頻度の高い疾患である。脳卒中の救急医療においては、発症早期から脳卒中の専門的医療が提供できる医療機関に患者を運び、迅速に診断・治療が行われることが必要とされる場合が多い。まず、救急搬送にあたる救急救命士を含めた救急隊員においては、脳卒中に関する教育を充実し、搬送中のケアや搬送先の医療施設の選定を適切に行う必要がある。その際、二次医療圏内の脳卒中医療機関に関する情報提供体制も重要な課題である。

厚生省では、脳卒中医療基盤整備の最初の取組みとして、救命救急センター機能強化の観点から脳卒中専用病室整備事業を創設し、脳卒中の救急患者の受け皿についての整備を行っている。今後は、地方自治体が各地域毎に、医療計画等の中で、それぞれの状況に応じて必要な基盤整備について検討することが必要である。

(2) 脳卒中医療の総合的な提供

脳卒中の診療を行う施設では、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等からなる医療チームで十分な話し合いを行った上で、診療を行うことができるシステム作りが重要である。各医療機関は、病院の体制等を考慮の上、独自に検討を進めることが望ましい。

具体的な例としては、「病院ごとに標準的な治療の取決め（マニュアル）」を作成することや「医師、看護スタッフ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等医療スタッフ間の連携を強化する打ち合わせ（カンファレンス）」などの方法が挙げられる。

今後、脳卒中患者の社会復帰を目指した総合的な医療を進めるためには、医学のみならず、看護、栄養管理、社会福祉的なアプローチも必要である。そのためには、脳卒中のチーム医療に携わる専門家の資質向上が必要である。その場合、専門的トレーニングの場として、医育機関や専門チームを擁し適切な脳卒中医療を提供できる地域の臨床研修病院での研修が有効と考えられる。

(3) 専門的医療の充実

脳卒中急性期治療の主な担い手である神経内科医、脳神経外科医等については、今後とも、一層、脳卒中医療の技術向上に努め、より理想的な対応方法の達成に向けて努力すべきである。すなわち、神経内科医にあっては、1) 超急性期医療への積極的参加、2) 循環器病学、血液学的知識の習得、3) 侵襲的治療技術の習得などであり、脳神経外科医にあっては、1) 総合的脳卒中对策への理解と向上、2) 新たな治療技術の習得及び、それに対する客観的評価への努力などが必要である。

そのためには、学会等が中心となり、このような取組みを支援していくべきである。

なお、脳卒中専門医育成という観点からは、学会等による脳卒中専門医制度について検討が必要との意見があった。

また、発症時から病状の経過に応じた専門的看護提供を可能とするためには、脳卒中看護のガイドラインの作成や日本看護協会を中心とした専門看護婦・士制度等の育成・充実が重要である。

(4) 初期対応人材の確保

脳卒中患者が、初期に適切な対応が受けられるような体制をサポートするためには、医師なら誰でも、その重症度を判断し、初期対応ができるような能力を身につけることが必要である。

脳卒中は他の疾患から併発することが多いため、総合的な症例検討等の場において脳卒中を十分に理解させる教育的配慮が求められる。

特に臨床実習においては、クリニカルクラークシップの導入等によって、脳卒中の診断から急性期・慢性期の治療、リハビリテーション、長期のケアに至るまで、看護、理学療法、作業療法、言語療法を含めたチーム医療の実体を理解させることが重要であり一層の充実が求められる。

卒後臨床研修についても、脳卒中を全人的医療や基本的臨床能力の中の重要項目として、急性期から慢性期に至るまで多面的に十分に研修できるようプログラムに反映させ、脳卒中に関するチーム医療を担うことのできる資質を培うことが求められる。

また、医師会、学会等で行われている医師の卒後教育等（生涯教育）の中においても、脳卒中の急性期対応の教育について一層の充実を図るべきである。

(5) 診断、治療技術の開発・評価

脳卒中医療においては、新しい診断・治療技術の開発が進んでいる。これらの新しい技術を臨床において有効活用するためには、脳卒中の治療と病態生理との関連性を検討することが重要である。そのためには、脳卒中の臨床疫学情報（発生状況、受診状況、治療内容、予後等）に関するデータベースの構築が重要であり、このデータベースに集積したデータを解析・検討することにより、医療技術の有効性等の評価を行うべきである。

厚生省では、平成10年度より厚生科学研究健康科学総合研究事業において「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」が行われ、平成11年からは「脳卒中一次予防、二次予防、病態及び治療に関する研究」において、全国脳卒中患者の臨床情報に関するデータベースを作成する試みが開始されている。また、「脳卒中・心筋梗塞罹患率の推移とADL低下状況に関する研究」においては、脳卒中の発症からその予後までの状況についての研究が進められている。

国立病院・療養所等においては、循環器病に係る政策医療ネットワークを活用し、疾患データベースの整備、臨床試験の実施、診断・治療の標準化等の研究の推進が重要である。また、地域基幹病院等においても同様の取り組みを行っていく必要があるとの意見もあった。

今後は、これらの医療技術の有効性等の評価を、脳卒中医療の一層の向上に役立てるための取り組みが重要である。このような取り組みとして、現在、脳卒中学会において脳卒中診療ガイドライン作成の検討が開始されようとしている。平成11年3月には、「医療技術推進検討会報告書」において脳梗塞が治療ガイドライン作成の対象疾患優先順位の上に位置付けられたところであり、今後、厚生科学研究事業において、速やかに、ガイドラインを作成する予定である。

最近、脳梗塞の新しい治療法として、「虚血の解消」を目的とした治療法（超急性期の症例に対する閉塞血管の再開通を目的とした組織プラスミノゲンアクチベーター（t-PA）等による血栓溶解療法）と、「虚血障害の軽減」を目的とした方法（循環障害に対する脳保護療法、例えば低体温療法や脳保護薬）が報告されている。これらの方法の臨床的有効性を確立し、より良い治療法を開発するためには、医療機関のみならず、救急体制の整備も含めた関係者の積極的な協力が望まれる。

6. 脳卒中リハビリテーションの充実

(1) 技術向上と研究の推進

現在、質的にも格差が大きいといわれているリハビリテーションの技術については、高い水準で技術を標準化するための学会等による取り組みとして、疾病別、専門領域の人材育成、卒後教育研修開催等が必要であるとの意見があった。

脳卒中の急性期リハビリテーションの実態、有効性の評価等については、現在のところまとまったデータが少ないことから、これらについての実態把握及び調査・研究が必要である。

(2) 提供体制の整備

前述したとおり、秋田県のデータから全国の脳卒中有病者を約177万人と推計した場合、「自立しているが、生活の一部が不自由」な人が約62万人存在すると推計される。今後、要介護者を増やさないためには、地域活動の中で、

「自立しているが、生活の一部が不自由」な人が寝たきりにならないための予防活動も重要である。

厚生省においては、医学的リハビリテーション施設の施設・設備整備事業、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業、脳卒中情報システム事業、地域リハビリ調整者養成研修会、機能訓練事業の充実、在宅福祉サービス等の要介護状態となることに対する予防のための取組みを進めている。

(3) 今後の課題

急性期から回復期、維持期へとリハビリテーションが移行していく中で、医療、保健、福祉が円滑に連携を強化し、個人のニーズに応じたりハビリテーションを効果的に提供していくためには、住民に身近な地域ごとに対策を検討していく必要がある。具体的には、一定の地域ごとに医学的リハビリテーションのみならず、既存の施設を活用するなどして、いわゆる地域リハビリテーション施設の中核となる施設を確保するなど、地域リハビリテーション支援整備が必要との意見があった。

また、急性期から回復期への過程は、回復を促進することが、さらに回復期から維持期への時期は、身体機能の維持と社会参加についての支援がそれぞれ強く求められる。その場合、ただ単に退院してから次に引き継ぐだけでは前に受けたサービスが生きてこない。そのため、医学的リハビリテーションがうまく機能するには対象者が次のサービスを受ける場合の引継時期に適切な対応がなされるように情報が伝わり、それを受け止める技術と人材が必要である。

患者は、治療中でのリハビリテーションの位置づけやその効果について十分知らされていない場合もあり、今後の生活に大きな不安を抱えている場合が多い。

脳卒中患者が、急性期から社会復帰まで、安心して医療サービスを受けるためには、脳卒中に関わっている医療関係者で、患者やその家族も交えて、話し合いの場を持つように心がけるべきであり、特に医師は、リハビリテーションなど、寝たきり予防のための取組みに積極的に関与してほしいといった意見もみられた。医療関係者は、このような意見に積極的に耳を傾けるべきである。

なお、それぞれの段階におけるリハビリテーションの課題については、今後さらに十分な議論を行う必要がある。

7. まとめ

- 本検討会においては、脳卒中における脳卒中の予防対策の強化、脳卒中急性期医療の充実、リハビリテーションの充実という3つの視点から総合的に検討を行ってきた。
- 脳卒中は救急対応の必要な疾患であるが、特に、現在最も頻度の高い病型である脳梗塞においては、発症初期の症状が正しく理解されず、早期に医療機関を受診することが少ない可能性があることから、国民や医療関係者に対し脳卒中についての正しい知識を普及させることが重要である。
- 脳卒中の予防対策は、従来の高血圧者、耐糖能異常者等のハイリスク者対策に加えて、食生活・運動等の地域性を踏まえた生活習慣の改善についての啓発活動を通じた集団アプローチを基本とした対策が重要である。また、青壮年における体重の自己管理等セルフケアの視点を持った啓発活動を行うべきである。
- 国は、「健康日本21」で設定される目標値を基に、食事・運動・休養等に関する具体的な指針や情報の提供を行い、地域・職域における保健医療関係者のための支援を行っていく必要がある。
また、地方自治体においては、効果的な健康教育や、老人保健事業、国民健康保健事業等の積極的展開が望まれる。
- 急性期医療については、厚生省が創設した脳卒中専用病室整備事業のほか、地方自治体の医療計画等の中で、地域の状況に応じて、必要な基盤整備について検討することが必要である。
- 脳卒中の医療においては、診断から治療、リハビリテーション、長期のケアに至るまで、看護、理学療法、作業療法、言語療法を含めた総合的なチーム医療が重要であり、そのためには、臨床実習、卒後臨床研修、卒後教育等におけるチーム医療を担う人材を確保・養成することが必要である。
- 脳卒中医療における新しい診断・治療技術の開発、評価のためのデータベースの構築やそれを基にした診療ガイドラインの作成等が重要である。また虚血の解消や虚血障害の軽減を目的とした新しい治療法について、関係者の積極的協力が望まれる。
- 脳卒中のリハビリテーションの技術については、高い水準で技術を標準化するため、学会等による人材育成、卒後教育研修開催等が必要である。また急性期リハビリテーションの実態、有効性の評価等についての調査・研究も必要である。

- 今後、地域のリハビリテーション体制の充実を図るとともに、患者が安心してリハビリテーションを受けられるよう急性期から回復期、維持期への円滑な移行とそのための十分な話し合いが必要である。
- 急性期、回復期、維持期それぞれのリハビリテーションの課題については、今後十分な議論を行う必要がある。

表1-1 日本人の年間脳卒中発症者数の推計（再発を含む）

病 型	男	女	男+女
脳出血	37,033	24,831	61,865
脳梗塞	88,161	56,170	144,331
くも膜下出血	11,593	18,564	28,157
合 計	136,787	97,565	234,352 (人)

表1-2 日本人の年間脳卒中発症者数の推計（初回）

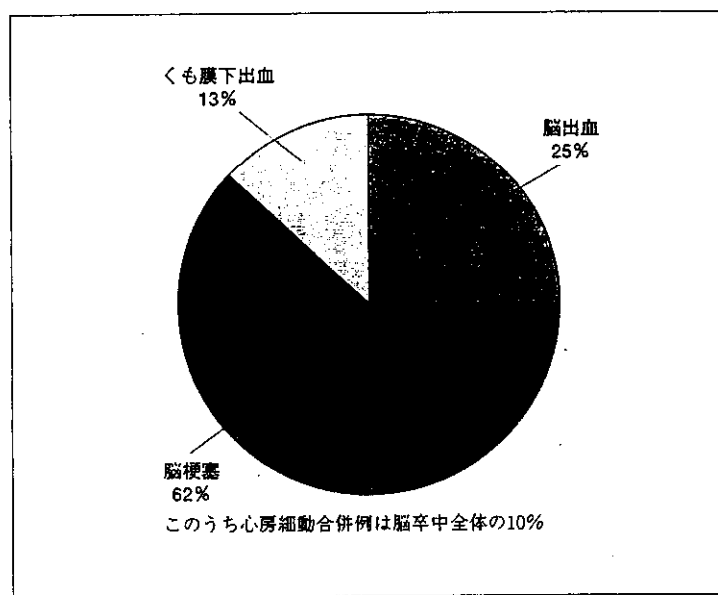
病 型	男	女	男+女
脳出血	31,543	21,472	53,015
脳梗塞	66,420	46,119	112,539
くも膜下出血	11,063	15,576	26,639
合 計	109,026	83,167	192,193 (人)

表1-3 日本人の脳卒中推計有病者数

病 型	男	女	男+女
脳出血	290,194	197,542	487,736
脳梗塞	611,069	424,292	1,035,361
くも膜下出血	101,777	143,302	245,079
合 計	1,003,040	765,136	1,768,176 (人)

(秋田県脳卒中登録より推計)

図1 脳卒中の病型別割合



(秋田県脳卒中登録より)

表2-1 初回発症脳卒中の予後の割合（1）

期 間	死亡	生存
30 日	14.4	85.6
6 ヶ月	16.8	83.2
1 年	20.7	79.3
2 年	26.0	74.0
3 年	30.3	69.7
4 年	34.4	56.5
5 年	38.3	61.7

表2-2 初回発症脳卒中の予後の割合（2）
死亡を除外した場合の割合（%）

期 間	入院入所	在宅で寝たきりの人	在宅で部分的に介助が必要な人	自立しているが、生活の一部に不自由がある人	不自由なく自立している人
30 日	1.4	14.6	24.4	47.0	12.5
6 ヶ月	3.1	16.4	26.7	34.3	19.6
1 年	7.1	9.4	16.6	36.3	30.7
2 年	9.5	5.8	15.0	35.0	34.8
3 年	9.5	5.8	15.1	34.3	35.3
4 年	8.9	5.6	14.4	34.4	36.7
5 年	8.8	5.8	15.6	32.0	37.8

(秋田県脳卒中登録より)
(36頁参照)

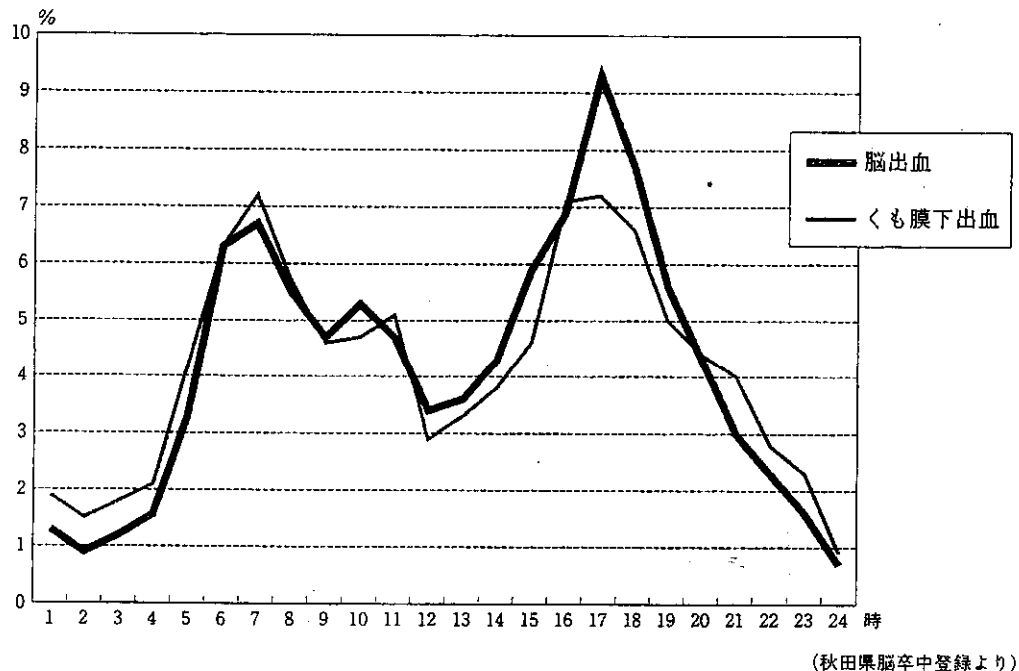
図2 エネルギーの栄養素別摂取構成比の年次推移 略（12頁参照）

(参考1) 脳卒中の発症時の実態

a) 発症時間 (図3)

脳卒中のうち、急激に発症することの多い脳出血とくも膜下出血について発症時間をみると、午前7時頃と午後5時頃に発症のピークがみられる。

図3 急激に発症した脳卒中の発症時間



b) 初発症状 (図4, 5)

脳卒中の初発症状については、脳出血と脳梗塞では、片麻痺（運動麻痺）を呈する人の割合が8割以上と多い。一方、くも膜下出血では、頭痛、嘔吐が特徴的な症状であり、片麻痺を呈する人は少数である。

図4 病型別の脳卒中急性期の症状1

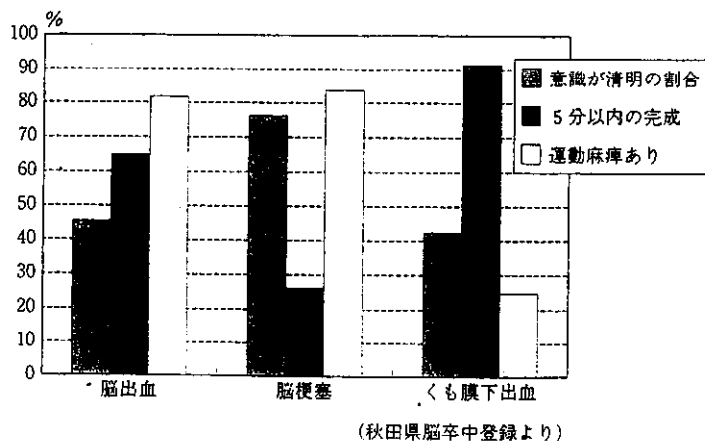
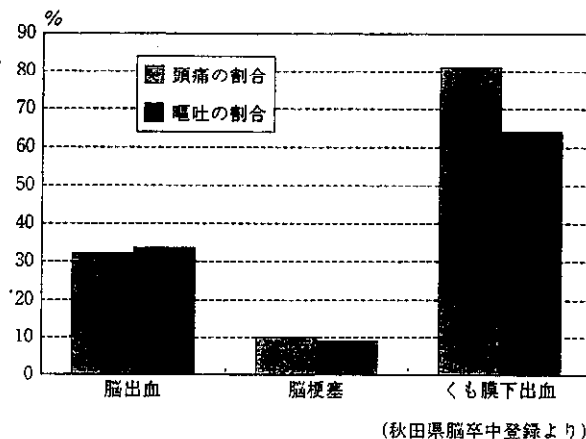


図5 病型別の脳卒中急性期の症状2



(参考2) 脳卒中の発症時の症状

脳卒中は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別され、それぞれ対応の仕方が異なる。超急性期でもCTにより大まかに鑑別が可能であるが、各病型の臨床的特徴を以下にまとめる。

● 脳梗塞（脳卒中全体の約60～65%）

（起こり方）

突然発症するもの（心原性塞栓症）、段階的に増悪するもの（アテローム血栓性梗塞症）等病型により様々。

（症状と徴候）

- 右または左の半身（顔、手足）に力が入らない（片麻痺）。
- 半身の感覚がおかしい（鈍い）、痺れる。
- 言葉がしゃべりにくい（構音障害）、言葉が出てこない（運動失語）、他人の言うことが解らない（感覚失語）。
- 視野の半分（右または左）が見えない（同名半盲）。
- 通常頭痛はない。

（注）脳梗塞の症状が短時間（24時間）のうちに消失するものを「一過性脳虚血発作」と呼ぶ。これは脳梗塞の警告症状で、放置すると約1/3が脳梗塞に移行するので、早めに精査・加療が必要。

● 脳出血（脳卒中全体の約20～25%）

（起こり方）

発症して数十分から数時間は症状が進行することが多い。

（症状と徴候）

- 出血の部位によって異なるが、脳梗塞とはほぼ同様。
- しばしば意識障害を伴う。
- 発症時に頭痛や嘔吐を伴うことが多い。

● くも膜下出血（脳卒中の約15%）

（起こり方）

突然、殴られたような頭痛で発症。

（症状と徴候）

- 頭痛が主症状で嘔吐を伴い、重症例では急速に意識消失。
- 突然の頭痛だけのこともあり要注意。
- 明らかな局所神経症候（片麻痺など）を伴わないこともしばしばある。

(参考3) 具体的な救急対応指導の例

- もし、あなた自身や家族等が脳卒中と疑われる症状が出たら、周囲の人に知らせると同時に、一刻も早く、神経内科、脳神経外科等の脳卒中に対応可能な医療機関を受診する必要があります。

かかりつけの医師がいる場合は、すぐに連絡をとり、その指示によって、ただちに救急車を呼びます。

- 救急車が到着するまでは、トイレや浴室等で倒れた場合は体を拭くなどして、体が冷えないように。また、呼吸しやすい体位をとり、吐いたものがのどに詰まらないように、首と体を横向きに（動かない手足を上）。
- 脳卒中の人の状態が落ち着いても、目を離さずに、救急隊などの助けを呼んでください。

脳卒中对策に関する検討会名簿

(50音順)

池田義雄	東京慈恵会医科大学健康医学センター教授
上島弘嗣	滋賀医科大学教授
大塚敏文	日本医科大学理事長
大橋靖雄	東京大学教授
紙屋克子	筑波大学教授
黒川清	東海大学医学部長
小林完吾	ジャーナリスト
小林祥泰	島根医科大学教授
小山英一	(社) 国民健康保険中央会審査部長
櫻井秀也	(社) 日本医師会常任理事
佐々木光子	国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院作業療法学科教育主事
鈴木一夫	秋田県立脳血管研究センター疫学研究部長
鈴木久雄	健康保険組合連合会常務理事
寺島英毅	宮城県保健福祉部長
端和夫	札幌医科大学教授
福井次矢	京都大学教授
本田佳子	虎の門病院栄養部長
山浦晶	千葉大学付属病院長
<座長> 山口武典	国立循環器病センター病院長, 脳卒中協会副会長
若井晋	獨協医科大学教授
渡辺京子	亀田総合病院リハビリテーション室長

参 考 資 料 3

脳梗塞急性期医療の実態に関する研究

(厚生科学研究 主任研究者:山口 武典)

平成 12 年度厚生科学研究費補助金

健康科学総合研究事業
研究報告書

脳梗塞急性期医療の実態に関する研究

主任研究者 国立循環器病センター総長

山口 武典

目次

ページ

まえがき	*****	1
班組織	*****	3
研究報告書	*****	4
一次調査（急性期症例登録調査）	*****	12
調査表用紙		
結果		
個別研究		
二次調査（追跡アンケート調査）	*****	50
調査表用紙		
結果		
班会議での重要決定事項	*****	59
脳梗塞急性期医療の実態調査協力施設名一覧	**	60

まえがき

わが国の国民病とも言える脳血管障害の現況は、高血圧をはじめとする危険因子の管理、新しい治療法や診療体制、人口の高齢化といった社会動態、介護事情などを背景として、大きく変化しようとしている。

脳卒中の死亡率は悪性新生物・心疾患に次いで第3位だが、脳卒中に費やされる医療費は年間1兆9千億円を越え、疾患別では第2位、高齢者医療費としては約1兆5千億円で、第1位である。75歳以上の女性では死因順位1位である。脳血管疾患で医療機関を受診している患者数は約173万人で、人口の高齢化の進行とともに急増し、2020年には300万人に達すると予想されている。また、寝たきりを含む要介護者124万人のうち脳血管疾患が原因疾患であるものは36万人で約3割を占めている。2025年には何らかの介護や支援を要する要支援高齢者が520万人に達すると推測されており、高齢者を家庭で支える家族の高齢化も進み、家族による介護だけで対応することが困難となってきた。従来の老人福祉と老人保健の2つの異なる制度での高齢者介護は限界があり、平成12年4月から新しい保険制度である介護保険が導入された。

一方、米国をはじめとする諸外国では、発症早期の脳梗塞に対し、tissue plasminogen activator (t-PA) 静注療法の一般臨床使用が承認された。超急性期脳血管障害がbrain attackと呼ばれ、その神経症候や発症時の対応に関して、社会的啓発運動が盛んに行なわれている。また、脳卒中専門病棟における一貫した治療体制の有用性も明らかになってきた。

このような国内外での状況を踏まえ、平成10年に厚生省健康科学総合研究事業による「脳梗塞急性期医療の実態調査に関する研究」班（主任研究者 山口武典）が組織され、我が国の脳卒中医療の基礎資料を得るために全国規模で実態調査を行うこととなった。

平成10年度に行った実態調査では、脳梗塞発症6時間以内の入院が患者の3割、脳卒中集中治療室の普及は調査対象病院の3%にしか見られず、理想と遠くかけ離れたものであった。本邦においても、各地域に脳卒中専門病棟を有する施設を集約整備することが急務であることが明らかになった。

平成 11 年度は、前年度の調査結果に基づき、多数の急性期患者を受け入れている 156 施設を選択して前向き調査（一次調査：急性期症例登録調査）を開始した。すなわち、発症 7 日以内に入院した急性期脳梗塞例を平成 11 年 5 月から 12 年 4 月までの 1 年間にわたり連続的に登録し、来院までの状況、入院時重症度、治療内容、退院時転帰などについて分析した。ここでは 17,000 近い症例の分析結果を中心に報告するが、6 時間以内の受診がほぼ半数であることより、脳卒中専門の基幹病院を選択できたと思っている。

また、一次調査に引き続き、退院時死亡例を除外した症例に対し、アンケートを郵送し、患者あるいは家族に記入してもらった二次調査（追跡アンケート調査）を施行した。平成 12 年 9 月の時点での状態を患者さんあるいは家族の方に調査票に記入してもらい、各施設の担当医に同年 12 月 31 日までに調査票を事務局まで郵送していただきました。生存退院者より 72%を越える調査票を回収し、現在データをまとめているところである。

本年をもって脳梗塞急性期医療の実態に関する全国調査を終了する。この班研究の結果は、わが国の脳卒中医療の実態をあらわす貴重なデータとして国内外の学会や論文に発表し、われわれの歩むべき道を明らかにしたいと考える。

最後に、多忙な日常診療の間に患者登録と調査票記載および郵送をしていただいた各施設の担当医の方々、根気強く追跡調査票に記入していただいた患者さんと家族の方に心から謝意を表する。

国立循環器病センター 山口武典

研究組織

主任研究者

山口武典 国立循環器病センター 総長

分担研究者

端和夫 札幌医科大学 脳神経外科学教授

斎藤勇 杏林大学 脳神経外科学教授

大和田隆 北里大学 救命救急医学教授

村上雅義 (財)先端医療振興財団 臨床研究支援部長

分担協力者

吉本高志 東北大学 脳神経外科教授

東儀英夫 岩手医科大学 神経内科教授

篠原幸人 東海大学 神経内科教授

桐野高明 東京大学 脳神経外科教授

福内靖男 慶応大学 神経内科教授

神野哲夫 藤田保健衛生大学 脳神経外科教授

山本紘子 藤田保健衛生大学 神経内科教授

峰松一夫 国立循環器病センター 内科脳血管部門部長

橋本信夫 京都大学 脳神経外科教授

小林祥泰 島根医科大学 第三内科教授

大本堯史 岡山大学 脳神経外科教授

藤島正敏 九州大学 名誉教授

上田一雄 九州大学医療技術短期大学 内科学教授

中山博文 中山クリニック 院長

事務局

数井誠司 国立循環器病センター 内科脳血管部門

脳梗塞急性期医療の実態に関する研究

主任研究者 山口 武典

国立循環器病センター総長

研究要旨

平成10年度に実施した第一次全国調査に基づき発症7日以内の脳梗塞50例以上の入院を有する施設を全国より156施設選択し、発症7日以内に入院した急性期脳梗塞連続例を1年間登録し、発症・入院状況、重症度、治療内容、退院時の状況を調査した。一次調査（急性期症例登録調査）は、平成11年5月1日入院例より開始し、平成12年4月30日入院例をもって終了した。調査票あるいはフロッピーディスク（以後調査票）への記入は退院時とした。平成12年7月31日を調査期限にし、同年9月18日までに回収されたものを解析に用いた。17,728の調査票が回収された。施設内での重複登録440例および2施設での重複、発症日記載ないもの、発症日不明や調査期間外のものなど366例を除外し、16,922例（発作数）を用いて解析を行った。結果の要旨は次の通りである。①男性は61.3%、女性は38.7%と男性の方が多かった。②平均年齢は70.6歳で、男性は68.7歳、女性は73.6歳と女性の方が高齢であった（ $P<0.0001$ ）。③担当科は脳神経外科が49.4%と最も多く、次いで神経内科43.5%、脳卒中診療部7.1%と続いた。④発症曜日は土曜日が15.2%と多かったが、 χ^2 適合度検定では有意差がなかった（ $P=0.080$ ）。⑤発症時間帯は活動時43.7%、安静時33.8%、就寝時13.1%であった。⑥発症から3時間以内に来院した患者は全体の36.8%、6時間以内に来院した患者は49.5%であった。⑦発症場所は78.7%が自宅であった。⑧救急車は43.4%の症例で使用された。⑨発症時の症候は、運動麻痺70.6%、言語障害45.8%、歩行障害36.7%、意識障害25.3%であった。⑩入院の多くは一般病棟で、集中治療室への入院は18.8%と少なかった。入院時の重症度別に一般病棟入院と集中治療室入院を比べると、中等度から重症の症例においては、集中治療室への入院が転帰を良好にする可能性が示唆された。⑪入院時National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) scoreは、中央値5、平均 8.0 ± 7.9 であった。⑫血栓を溶解する目的の血栓溶解薬は全体の2.5%に使用された。性・年齢・臨床病型・入院時の重症度をマッチした動脈内局所線溶療法のカースコントロール解析では、血栓溶解薬使用群の方が、転帰が良好であった。⑬外科的治療は1.6%であった。⑭臨床病型は、ラクナ梗塞36.3%、アテローム血栓性脳梗塞31.1%、心原性脳塞栓症20.4%、その他の脳梗塞5.7%、TIA6.4%であった。関東・近畿でアテローム血栓性脳梗塞の頻度が高い傾向にあった。⑮危険因子は、高血圧60.9%、糖尿病24.3%、喫煙17.5%、心房細動20.8%、高脂血症16.8%であった。関東・近畿で高脂血症が多い傾向にあった。⑯退院時の転帰はmodified Rankin Scaleで判定し、全く障害なし18.5%、問題となる障害なし28.8%、軽度の障害13.3%、中等度の障害8.3%、比較的高度の障害14.4%、高度の障害9.5%、死亡7.0%であった。⑰退院先は、63.9%が自宅であった。⑱平均在院日数は、35.0日であった。⑲

期間内の再発は 215 例にみられ、うち 2 回再発したのが 6 例にみられた。

以上より、脳梗塞の多くは自宅で発症し、約半数が発症後 6 時間以内に来院していた。また、発症時の主な神経症候は、運動麻痺、言語障害、歩行障害、意識障害であった。これらの神経症候を脳卒中の発作であると認識し発症時にいかに対応するかを市民に啓発することが、入院までの時間を短縮することとなろう。血栓溶解薬の使用された患者は 2.5%と少なく、わが国における脳梗塞の主な治療法とはなっていないが、症例を選べば転帰を改善させる可能性が示唆された。また、同様に集中治療室への入院が転帰を良好にする可能性があり、脳卒中集中治療室を備えた脳卒中センター的中核病院の早急な整備が全国に必要であると考えられる。

これら一次調査にひきつづき、退院時死亡例以外の症例に対し、アンケート用紙を郵送し、患者あるいは家族に記入してもらい二次調査（追跡アンケート調査）を施行した。2000 年 9 月調査票記入、同年 12 月 31 日を調査票回収期限とした。生存退院者 15,524 例に対し、11,266 の調査票が回収され（回収率 72.6%）、退院後の日常生活や介護状況が明らかになっている。

A. 研究目的

脳卒中診療の水準向上のためには、従来の死亡者・患者数調査のみでは不十分で、診療体制や治療内容などを含む詳細を把握する必要がある。本研究では、脳卒中の大部分を占める脳梗塞について、その発症、来院および入院の状況、病型、診療体制、急性期治療、転帰や死亡率、平均在院日数、および退院後の生活状況を全国規模で調査し、我が国の脳卒中診療の基礎データを得ることを目的とする。

B. 研究方法

平成 10 年度は脳梗塞急性期患者の実態調査をアンケート郵送法によって実施した。調査対象は、厚生省健康政策局監修による病院要覧を参照して選出した総合病院、救急告示病院、特定機能病院と脳神経外科 A 項認定施設、および日本脳卒中学会、日本神経学会、日本救急医学会の役員所属施設 4,953 施設とした。アンケート調査の内容は、入院患者の実態（1 年間に入院した脳卒中患者数、脳梗

塞患者数、脳梗塞発症 7 日以内の入院患者の占める割合、発症 1 日以内の入院患者の占める割合、発症 6 時間以内の入院患者の占める割合、脳出血患者数、くも膜下出血患者数など）、脳梗塞急性期の治療、転帰と在院日数、診療科とそのスタッフ数、集中治療室の有無、病床数である。1,787 施設〔北海道 97 施設、東北 145、関東 412、中部 320、関西 331、中四国 231、九州沖縄 251〕より 2,048 回答を得た。

平成 11 年度は上記調査結果より、脳梗塞急性期入院患者が年間 50 例以上の施設を全国より 156 選んだ。作業委員会を設置し、調査票の項目を設定した上で、平成 11 年 5 月 1 日より 1 年間に入院した急性期脳梗塞患者連続例について全国多施設前向き調査をおこなった。各施設での登録患者を月ごとに事務局に報告し、脳梗塞急性期患者の発症・入院状況（発症から来院までの時間、担当科や入院病棟）・入院時の重症度・急性期治療内容（血栓溶解療法の有無など）・退院時における患者の状況（在院期間、退院時転帰、退院先）、

病型、などについて、参加各施設において症例ごとに調査票に記載し、事務局に郵送する方法をとった

平成12年4月30日をもって1年間の一次調査(急性期症例登録調査)の登録を終了し、7月31日を調査期限として同年9月18日までに回収されたものを解析に用いた。17,728の調査票が回収された。施設内での重複登録440例および2施設での重複、発症日記載ないもの、発症日不明や調査期間外のものなど366例を除外し、16,922例(発作数)を用いて解析を行った。

一次調査に引き続き、退院時死亡例を除外した症例に対し、平成12年9月までに各施設から患者のもとへアンケート用紙を郵送し、その時点での状態を患者本人あるいは家族に記入してもらった(第二次調査:追跡アンケート調査)。退院後死亡の有無、ハンディキャップや日常生活動作、通院や介護の状況、受けている在宅サービス、住居、医療費、介護費などの項目について質問した。患者あるいは家族によって記入された調査票は各施設へ送られ、とりまとめて事務局に送付された。同年12月31日を調査票回収期限とした。生存退院者15,524例より、11,266の調査票が回収された(回収率72.6%)。

C. 研究結果(平成12年度)

症例登録は全国156施設(北海道20、東北20、関東42、中部19、近畿18、中・四国18、九州19)において行なわれた。診療科別では神経内科53施設、脳血管内科6施設、内科12施設、脳神経外科80施設、救急診療部4、脳神経センター1施設であった。不適切例を除いた後、16,922例(発作数)を用いて解析

を行った。

性別では男性61.3%、女性38.7%と男性の方が多かった(表2、図9)。平均年齢は70.6歳で(図10)、男性68.7歳、女性73.6歳と女性の方が高齢であった($P<0.0001$;表2)。

担当科は脳神経外科が49.4%と最も多く、次いで神経内科43.5%、脳卒中診療部7.1%と続いた(表3、図11)。

発症日は、月曜14.6%、火曜14.1%、水曜14.2%、木曜14.0%、金曜13.7%、土曜15.2%、日曜14.2%、であり土曜日の発症が多かったが、 χ^2 適合度検定では有意差がなかった($P=0.080$;表4、図12)。発症時間帯は、安静時33.8%、活動時43.7%、就寝時13.1%、不明9.5%であった(表5、図13)。発症場所は、自宅78.7%、職場4.2%、外出先9.5%、病院内4.5%、その他3.1%であった(表6、図14)。

発症・発見から来院までの時間は、0-3時間36.8%、3-6時間12.7%、6-12時間10.2%、12-24時間13.0%、1-2日11.5%、2-3日7.1%、3-4日4.0%、4-5日2.0%、5-6日1.4%、6-7日1.3%であった(表7、図15)。つまり、発症3時間以内の来院は36.8%、発症6時間以内は49.5%であった。また、脳梗塞病型により発症・発見から来院までの時間は異なっていた。すなわち、心原性脳塞栓症では3時間以内に61.5%の患者が来院しているのに対して、ラクナ梗塞では22.1%が3時間以内に来院しているのみであった(表8、図16)。

来院方法は、自力で来院17.0%、介助されて来院36.9%、救急車43.4%、院内発症2.1%、その他0.7%であった(表9、図17)。

発症・発見から 3 時間以内で来院した患者に限ると、救急車は 67.2% で使用されていた。

発症時に出現した症候（重複あり）は、運動麻痺 70.6%、言語障害 45.8%、歩行障害 36.7%、意識障害 25.3%、感覚障害 15.3%、めまい 8.6%、嘔気・嘔吐 6.9%、視覚障害 4.4%、頭痛 3.5%、痙攣 0.7% であった（表 10、図 18）。

脳卒中の既往歴は 30.5% に（表 11、図 19）、家族歴は 42.7 に認められた。

初診医は、神経内科医 30.8%、その他の内科医 21.4%、脳神経外科医 40.1%、その他の外科医 2.1%、救急診療医 6.2%、研修医 6.1%、その他 0.9% であった（表 12、20）。

入院病棟の多くは一般病棟（脳卒中患者主体 58.2%、混合病棟 26.9%）で、集中治療室への入院は 18.8% と少なかった（表 13、図 21）。一般に、緊急病棟への入院患者の方が重症のものが多かったが、入院時の重症度別に一般病棟入院と集中治療室入院を比べると、中等症から重症の症例においては、集中治療室への入院が転帰を良好にする可能性が示唆された（表 47、図 49-51）。

入院時の National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) スコアは、中央値 5、平均 8.0 ± 7.9 であった（表 14、15、図 22）。意識障害が 33.0%、注視障害が 20.0%、視野障害が 12.3%、顔面麻痺が 43.1%、運動麻痺が右上肢 41.4%、左上肢 38.3%、右下肢 39.7%、左下肢 38.6% にみられ、失調が 13.7%、感覚障害が 35.0%、言語障害が 23.3%、構音障害が 58.1%、消去／無視が 14.3% に認められた（表 16-30）。

来院から頭部 CT・MRI 検査までの時間は、0-30 分 64.7%、30 分-1 時間 23.9%、1-1.5

時間 5.0%、1.5-2 時間 2.3%、2-2.5 時間 0.7%、2.5-3 時間 0.6%、3-3.5 時間 0.4%、3.5-4 時間 0.2%、4 時間以上 2.1% であった（表 31、図 23）。

入院 7 日以内に用いられている脳血管診断法は、MRA (60.8%) が最も多く、次いで、頸部血管エコー (33.7%)、脳血管造影 (17.1%)、CT アンギオ (4.7%)、経頭蓋ドプラ・経頭蓋カラードプラ (3.4%) の順であった。脳血管が評価されていない例が 16.3% にみられた（表 32、図 24）。

発症 12 時間以内の急性期の治療として、ウロキナーゼ (UK) は 6.1% に用いられていた。経静脈的に使用されているものが多く (4.4%)、その場合の使用量は平均 10 万単位と少量であった（表 33、図 25）。UK により動脈内局所線溶療法施行した患者に関して、性、年齢、病型（心原性脳塞栓症）、入院時神経学的重症度 (NIHSS スコア) をマッチさせ、ケースコントロール解析を行った結果、退院時の転帰は動脈内局所線溶療法群の方が対象群より良好であった（表 48、49）。組織プラスミノゲンアクチベーター (t-PA) は、0.8% に使用されていた（経静注的 0.3%、経動脈的 0.5%；表 34、図 26）。血栓を溶解する目的と考えられる血栓溶解薬 (UK と t-PA) は全体の 2.5% に使用されていた。

その他の急性期治療薬として、オザグレリナトリウム 48.7%、アルガトロバン 20.5%、ヘパリン 16.3%、チクロピジン 14.1%、アスピリン 10.3%、ワルファリン 6.2% などを使用されていたが（表 35、図 27）、その使用頻度は地域によって差があった（図 44-47）。

外科的治療は 1.6%、低体温療法は 0.2% でなされていた（表 36、37、図 28）。

臨床病型は、ラクナ梗塞 36.3%、アテローム血栓性脳梗塞 31.1%、心原性脳塞栓症 20.4%、その他の脳梗塞 5.7%、TIA 6.4%であった（表 38、図 29）。関東・近畿でアテローム血栓性脳梗塞の頻度が高い傾向にあった（図 41）。

血管系別の病巣部位は、右内頸動脈（ICA）系が 34.6%、左 ICA 系が 39.9%、椎骨-脳底動脈・後大脳動脈系 24.6%であった（表 39、図 30）。

危険因子（重複あり）は、高血圧 60.9%、糖尿病 24.3%、喫煙 17.5%、心房細動 20.8%、高脂血症 16.8%であった（表 40、図 31）。関東・近畿で高脂血症や糖尿病が多い傾向にあった（図 42、43）。

リハビリテーション開始時期は、入院日 2.6%、3 日以内 29.5%、7 日以内 20.1%、14 日以内 9.1%、21 日以内 1.9%、28 日以内 0.7%、29 日以降 0.4%、軽症のため行わず 27.9%、その他の理由で行わず 7.6%であった（表 41、図 32）

退院時状況は、独歩 57.8%、杖歩行 11.4%、車椅子 15.7%、寝たきり 7.7%、死亡 6.9%、その他 0.5%であった（表 42）。退院時転帰は modified Rankin Scale（mRS）で判定した（表 43、図 33）。全く障害なし 18.5%、問題となる障害なし 28.8%、軽度の障害 13.3%、中等度の障害 8.3%、比較的高度の障害 14.4%、高度の障害 9.5%、死亡 7.0%であった。

退院先は、自宅 63.9%、転院 24.9%、リハビリテーション科への転科 3.3%で（表 44、図 34）、平均在院日数は 35.0±33.5 日であった（表 45）。

期間内の再発は 215 例にみられ、うち 2 度

再発したのが 6 例にみられた（表 46、50）。再発することにより、退院時の転帰は不良になることが明らかになった（図 53、55）。ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症の主要 3 病型では、半数以上の症例で再発病型はもとの病型であったが、それ以外の病型も少なからずあった（図 54）。

二次調査（追跡アンケート調査）は平成 12 年 9 月調査票記入、同年 12 月 31 日を調査票回収期限とした。生存退院者 15,524 例より、11,266 の調査票が回収された（総回収率 72.6%）。156 施設中 12 施設（423 症例分）が調査を中止したため、二次調査対象患者は 15,101 人となり、一次調査と照合不能の 370 例を除外した有効回収症例は 10,896 例となった（有効回収率 72.2%）。この 10,896 例に対する集計結果を述べる。

アンケートの記入者は本人が最も多く（49.8%）、次いで配偶者（20.1%）、子供（19.0%）の順であった（表 51）。

調査時点での生活状況は、全く障害なし 16.0%、症状あるが問題となる障害なし 30.5%、軽度の障害 15.0%、中等度の障害 12.5%、日常生活に介助要 13.0%、ベッド上の生活 10.9%、退院後死亡 5.0%であった（表 52）。

疾病に関して、退院後も変わらないもの 68.8%、脳卒中を再発したもの 4.9%、脳卒中以外の病気に罹患したもの 11.4%、交通事故や転倒を経験したもの 2.3%であった（表 53）。

病院・診療所への通院状況は、1 ヶ月に 1 回（35.7%）や 2-3 週間に 1 回（22.5%）が最も多かった（表 54）。

日常生活で介護者が必要と思う人は 35.2

で表 55)、実際に介護者がいる人は 39.8%であった(表 56)。主な介護者は配偶者(62.5%)や子供(21.1%)が多かった(表 57)。介護者の年齢は 60-70 代が多く(50.7%;表 58)、また、女性が多かった(77.6%;表 59)。

調査時点の 6 ヶ月前から開始された介護保険に申請をしていた人は 30.7%、していない人は 57.9%であった(表 60)。申請をした人のうち、在宅サービスを受けている人は 24.8%であった(表 63)。

退院後、自宅で暮らしている人が最も多く(73.0%)、次いで老人ホーム(10.0%)、子供の家(3.5%)、老人保健施設(3.0%)、特別養護老人ホーム(1.1%)の順であった(表 64)。

医療費の実費負担月額、2,000 円以下が最も多かった(24.1%)が、20,000 円以上かかった人が 12.8%あった(表 65)。また、13.0%で医療費を除く介護費に月額 20,000 円以上かかっていた(表 66)。

D. 考察

一次調査(急性期症例登録調査)では、急性期脳梗塞患者の約半数が発症後 6 時間以内に来院していた。平成 10 年度に行った実態調査では、発症 6 時間以内の入院が 3 割以下であったことを考えると、脳卒中専門の基幹病院が選択されたことによるバイアスかもしれない。

発症時の主な神経症候は、運動麻痺、言語障害、歩行障害、意識障害であった。これらの神経症候を脳卒中の発作であると認識し発症時にいかに対応するかを市民に啓発することが、入院までの時間を短縮することとなる。

血栓溶解を目的とした UK や t-PA の使用は 2.5%と少なく、わが国においては脳梗塞急性期の主な治療法とはなっていない。UK を用いた動脈内局所線溶療法での性、年齢、病型(心原性脳塞栓症)、神経学的重症度(NIHSS スコア)をマッチさせたケースコントロール解析では、UK 使用群の方が退院時の転帰を改善させる可能性が示唆された。米国、ドイツでは脳梗塞発症早期に経静脈的 t-PA による血栓溶解療法が正式に認められている。わが国でも早急に認可されることが強く望まれる。その場合、発症早期の脳梗塞患者を多数受け入れている専門施設での実施が望ましいと考えられる。

また、神経学的重症度を合わせた場合、集中治療室への入室が退院時転帰を良好にする可能性がある。脳卒中集中治療室(stroke care unit: SCU)を備えた脳卒中センター的中核病院の早急な整備が全国に必要であると考えられる。

一方で、脳卒中を専門に診療する stroke unit (SU) の重要性が強調されている。これは急性期からリハビリテーションまで継ぎ目のない医療をめざした病棟で、とくに欧州において生命予後も機能予後も改善するとして注目されている

今後のわが国の脳梗塞急性期医療は、早期受診のための市民への啓発と診療体制の充実、SCU あるいは SU を含めた院内体制の整備、血栓溶解療法の早期認可、などをめざす必要がある。そのためには、診療科の枠を越えた脳卒中を専門とするいわゆる *strokologist* の育成が急務であろう。

脳梗塞の病型頻度は、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症、TIA の

順であり以前からの報告と同様であった。しかし、生活習慣の変化に伴い、都市部ではラクナ梗塞が減り、アテローム血栓性梗塞が増加していた。都市部で高脂血症の頻度が高いことは、このことを裏付けている。わが国の脳梗塞は比較的軽症で、ラクナ梗塞が多く、死亡率が低いといわれているが、今後アテローム血栓性梗塞の増加に伴い、重症化する危険性がある。

心原性脳塞栓症では発症・発見から3時間以内に61.5%の患者が来院しているのに対して、ラクナ梗塞では22.1%が3時間以内に来院しているのみであった。NIHSS でみた重症度はラクナ梗塞に軽症のものが多かった。心原性脳塞栓症は全般的に重症例が多いことと、軽症から重症まで幅広く分布していることが特徴であった。アテローム血栓性脳梗塞は両者の中間を示した。

このように脳梗塞主要3病型は臨床的特徴をかなり異にするので、その管理と治療に対して、臨床病型診断は非常に重要である。

来院して頭部CT・MRI検査までの時間は大半が1時間以内であり、来院後は速やかに緊急対応されていた。また、脳血管の評価は、非侵襲的なMRAと超音波検査が主流であり侵襲的な脳血管造影検査が減少していると考えられる。施設にあった補助診断法が来院早期

になされることが望ましい。

二次調査（追跡アンケート調査）は、脳梗塞患者の退院後の日常生活や介護状況を明らかにした。

寝たきりを含む要介護者のうち脳卒中が原因疾患であるものは約3割を占めるといわれるなか、平成12年4月から介護保険が導入された。今後人口の高齢化、脳梗塞の臨床病型の変化に伴い、ますます脳卒中による要介護者が増えると考えられる。それにそなえて、よりよい公的保険制度を含め、各方面から議論していく必要がある。

E. 結論

わが国の脳梗塞急性期医療は、早期受診のための市民への啓発と診療体制の充実、SCUあるいはSUを含めた院内体制の整備、血栓溶解療法 of 早期認可、などをめざす必要がある。そのためには、診療科の枠を越えた脳卒中を専門とするいわゆる *strokologist* の育成が急務であろう。正確な臨床病型診断、速やかな補助検査などが特に重要である。

人口の高齢化、脳梗塞の臨床病型の変化に伴い、ますます脳卒中による要介護者が増えると考えられる。それにそなえて、各方面から議論していく必要がある。

脳梗塞急性期医療の実態に関する研究：全国調査

一次調査（急性期症例登録調査）

調査票用紙

結果

個別研究

二次調査（追跡アンケート調査）

調査票用紙

結果

班会議での重要決定事項

1次調査

調 査 票 用 紙

脳梗塞急性期医療の実態に関する研究

(出血性梗塞の調査を含む 11月1日入院より)

登録患者の基準：発症7日以内の虚血性脳血管患者
(網膜動脈閉塞も含む)

1. アンケートの質問1から順番に回答してください。
2. 質問項目の回答は、□に印を（例 ☒ ）をつけてください。
また、下線部には数字、または文字で回答を御記入ください。

施 設 名 : _____

担当医師 : _____

担 当 科 : ☐神経内科 ☐脳卒中診療部 ☐循環器内科 ☐その他の内科
☐脳神経外科 ☐その他の外科 ☐救急診療科
☐その他 (_____ 科)

患者イニシャル (姓・名) _____ 性 ☐男 ☐女

患者ID _____ 生年月日 19 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ 明治**年は、1867+**=1000

・ 大正**年は、**+11=1900

・ 昭和**年は、**+25=1900

質問 1. 発症日 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 曜日 ☐ 不明
・時間帯 ☐ 安静時 ☐ 活動時 ☐ 就寝中 ☐ 不明
・☐ 発症時間 (時)、☐ 発見時間 (時)

質問 2. 来院時 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 時 ☐ 分 ; ☐ 曜日 ☐ 平日 ☐ 土曜日 ☐ 日曜日

質問 3. 発症場所

1) ☐ 自宅 2) ☐ 職場 3) ☐ 外出中 4) ☐ 病院内 5) その他 ()

質問 4. 発症・発見から来院までの時間

1) ☐ 0~3時間 2) ☐ 3~6時間 3) ☐ 6~12時間 4) ☐ 12~24時間 5) ☐ 48時間以内
6) ☐ 72時間以内 7) ☐ 96時間以内 8) ☐ 120時間以内 9) ☐ 144時間以内 10) ☐ 168時間以内

質問 5. 来院までの方法

1) ☐ 自力で来院 (電車・バス) 2) ☐ 介助され来院 (車・タクシー) 3) ☐ 救急車 4) ☐ 院内発症
5) ☐ 不明 6) ☐ その他 ()

質問 6. 来院理由 (複数回答可)

1) ☐ 以前より通院中 2) ☐ 他院からの紹介 (診察あり) 3) ☐ 他院からの紹介 (診察なし)
4) ☐ 他院入院後、転院 5) ☐ 自分で直接希望し来院 6) ☐ 救急隊よりの依頼
7) ☐ その他 ()

質問 7. 発症時症状 (複数回答可)

1) ☐ 意識障害 2) ☐ 言語障害 3) ☐ 頭痛 4) ☐ 嘔気・嘔吐 5) ☐ めまい 6) ☐ 視覚障害
7) ☐ 運動麻痺 8) ☐ 歩行障害 9) ☐ 痙攣 10) ☐ 感覚障害 11) ☐ その他 ()

質問 8. 脳卒中の既往歴

1) ☐ なし 2) ☐ あり 3) ☐ 不明

質問 9. 脳卒中の家族歴

1) ☐ なし 2) ☐ あり ☐ 両親 ☐ 祖父母 ☐ 兄弟 ☐ 配偶者 ☐ 子供 ☐ その他 () 3) ☐ 不明

質問 10. 初診医 (複数回答可)

1) ☐ 神経内科医 2) ☐ その他の内科医 3) ☐ 脳神経外科医 4) ☐ その他の外科医
5) ☐ 救急診療医 6) ☐ 研修医 7) ☐ その他 ()

質問 11. 入院病棟 (発症7日以内) (複数回答可)

1) ☐ 集中治療室 2) ☐ 一般病棟 (脳卒中患者主体) 3) ☐ 一般病棟 (混合病棟) 4) ☐ その他 ()

質問 12. 入院時神経症候 (NIHSS, Stroke 1994;25:2220-2226)

1A 意識レベル ☐ 0 清明 ☐ 2 清明でない ☐ 3 反応なし

1B 質問に対する反応 (現在の月名と年齢) ☐ 0 両方正解 ☐ 1 片方正解 ☐ 2 両方不正解

1C 命令への反応 (開閉眼と離握手) ☐ 0 両方可能 ☐ 1 片方可能 ☐ 2 両方不可能

2. 注視 ☐0 正常 ☐1 部分的注視麻痺 ☐2 完全注視麻痺
3. 視野 ☐0 異常なし ☐1 部分的な半盲 ☐2 完全な半盲 ☐3 両側の半盲
4. 顔面麻痺 ☐0 正常 ☐1 軽度の麻痺 ☐2 部分的な麻痺 ☐3 完全な麻痺

5. 上肢の運動

- 右 ☐0 10秒間90度*に保持可能（動揺しない） ☐1 10秒以内に動揺する ☐2 10秒以内に下がる
☐3 重力に抗して動かない ☐4 動かない *仰臥位の時は45度
- 左 ☐0 10秒間90度*に保持可能（動揺しない） ☐1 10秒以内に動揺する ☐2 10秒以内に下がる
☐3 重力に抗して動かない ☐4 動かない *仰臥位の時は45度

6. 下肢の運動（仰臥位）

- 右 ☐0 5秒間30度に保持可能（動揺しない） ☐1 5秒以内に動揺する ☐2 5秒以内に下がる
☐3 重力に抗して動かない ☐4 動かない
- 左 ☐0 5秒間30度に保持可能（動揺しない） ☐1 5秒以内に動揺する ☐2 5秒以内に下がる
☐3 重力に抗して動かない ☐4 動かない

7. 失調 ☐0 なし ☐1 一肢にあり ☐2 二肢にあり
8. 感覚 ☐0 正常 ☐1 軽度～中等度障害 ☐2 高度～脱失障害
9. 言語 ☐0 正常 ☐1 軽度～中等度の失語 ☐2 高度の失語 ☐3 無言、全失語
10. 構音障害 ☐0 正常 ☐1 軽度～中等度 ☐2 高度
11. 消去/無視 ☐0 なし ☐1 軽度～中等度 ☐2 高度

総合点 _____ /42

質問 13. 来院後頭部CT・MRI検査までの経過時間

- 1) ☐ 0～30分 2) ☐ 30分～1時間 3) ☐ 1～1.5時間 4) ☐ 1.5～2時間 5) ☐ 2～2.5時間
 6) ☐ 2.5～3時間 7) ☐ 3～3.5時間 8) ☐ 3.5～4時間 9) ☐ 4時間以上

質問 14. 脳血管の評価（入院後7日以内）（複数回答可）

- 1) ☐ 脳血管造影 2) ☐ MRA 3) ☐ CT angiography 4) ☐ 頸部血管エコー
 5) ☐ 経頭蓋ドプラ・経頭蓋カラードプラ 6) ☐ その他（ ）

質問 15. 急性期の治療

- 1) 発症12時間以内
 ・ウロキナーゼ ☐ なし、あり ☐ 経静脈的 ☐ 経動脈的 発症（ ）時間目に（ ）万単位）使用
 ・r-tPA ☐ なし、あり ☐ 経静脈的 ☐ 経動脈的 発症（ ）時間目に（ ）万単位）使用

2) 以下は発症7日以内

- ・治療薬(複数回答可) ☐ ヘパリン ☐ アスピリン ☐ チクロピジン ☐ ワルファリン
☐ オザグレネルナトリウム ☐ ウロキナーゼ ☐ アルガトロバン ☐ その他・治験薬も含む()
- ・外科治療 (複数回答可)
☐ なし、 ☐ あり ☐ 減圧開頭 ☐ STENT ☐ CEA ☐ PTA ☐ その他()
- ・低体温療法 ☐ なし ☐ あり

質問 16.

- ・診断 1) ☐ ラクナ梗塞 2) ☐ アテローム血栓性脳梗塞 3) ☐ 心原性脳塞栓症(質問21にもお答え下さい)
4) ☐ その他の脳梗塞(分類不能・網膜動脈閉塞も含む) 5) ☐ TIA
- ・病巣部位 (複数回答可) 1) ☐ 右IC系 2) ☐ 左IC系 3) ☐ VB・PCA系 4) ☐ 不明

質問 21 出血性梗塞の有無 診断で心原性脳塞栓症の場合のみお答え下さい (追加項目 11月1日入院より)

以下の基準で出血性梗塞の有無を判定してください。入院日、3病日目前後、7病日目前後、28病日目前後につき判定お願いします。但し、検査できた範囲で結構です。

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 0 出血が全くない | 1,2,3の場合には、更に以下の2段階に分類 |
| 1 出血性梗塞を認める(血腫なし) | a 神経症候の悪化を伴わない |
| 2 血種の形成を認めるが正中線の偏位なし | b 神経症候の悪化を伴う |
| 3 血種の形成を認め正中線の偏位あり | |

- ・入院日 1) ☐ 0 2) ☐ 1-a 3) ☐ 1-b 4) ☐ 2-a 5) ☐ 2-b 6) ☐ 3-a 7) ☐ 3-b 8) ☐ 検査せず
- ・3病日目前後 1) ☐ 0 2) ☐ 1-a 3) ☐ 1-b 4) ☐ 2-a 5) ☐ 2-b 6) ☐ 3-a 7) ☐ 3-b 8) ☐ 検査せず
- ・7病日目前後 1) ☐ 0 2) ☐ 1-a 3) ☐ 1-b 4) ☐ 2-a 5) ☐ 2-b 6) ☐ 3-a 7) ☐ 3-b 8) ☐ 検査せず
- ・28病日目前後 1) ☐ 0 2) ☐ 1-a 3) ☐ 1-b 4) ☐ 2-a 5) ☐ 2-b 6) ☐ 3-a 7) ☐ 3-b 8) ☐ 検査せず

質問 17. 危険因子 (複数回答可)

- 1) ☐ 高血圧 2) ☐ 糖尿病 3) ☐ 高脂血症 4) ☐ 心房細動
5) ☐ その他の心疾患 () 6) ☐ たばこ 7) その他 ()

質問 18. リハビリテーション開始時期(入院後)

- 1) ☐ 入院日 2) ☐ 3日以内 3) ☐ 7日以内 4) ☐ 14日以内 5) ☐ 21日以内 6) ☐ 28日以内
7) ☐ 29日以後 8) ☐ 軽症のため行わず 9) ☐ その他の理由で行わず ()

質問 19. 退院時状況

- 1) ☐ 独歩 2) ☐ 杖歩行 3) ☐ 車椅子 4) ☐ 寝たきり 5) ☐ 死亡 6) ☐ その他

・退院時 modified Rankin scale (改定)

- 1) ☐ 0 全く障害なし
- 2) ☐ 1 症状あるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能
- 3) ☐ 2 軽度の障害。以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる
- 4) ☐ 3 中程度の障害。何らかの介助を要するが、介助なしに歩行可能
- 5) ☐ 4 比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要
- 6) ☐ 5 高度の障害。ベット上の生活、失禁、常に介助が必要
- 7) ☐ 6 死亡

質問 20. 退院先 1) ☐ 自宅 2) ☐ 転院 3) ☐ リハビリテーション科転科

- 4) ☐ その他の院内転科 () 5) ☐ その他 () 以上です

一次調査（急性期症例登録調査）結果

調査票（またはフロッピーディスク）による回収数： 17,728

施設内での重複登録（440例）を除外： 17,288

解析のため以下の366例を除外

2施設での重複	6
発症日記載なし	229
発症日不明	8
脳梗塞でない	2
1999.4.30.以前の入院	7
2000.5.1.以降の入院	67
発症7日を超える入院	16
2000.8.以降の退院	23
15歳以下	8

解析データ数（発作数）： 16,922

項目別の結果を次項から示す

注意点

- ①複数回答可能な質問、重複回答がある場合、欠測値がある場合、などはそのことを明記
- ②各質問に対する回答を尊重したので、別の質問における同内容の問いの症例数が異なる場合もある（例：死亡）。
- ③NIHSSの換算方法については、班会議の決議事項参照

表 2 性別	症例数 (%)	年齢 (歳)
男10,370 (61.3)	68.7	± 11.0
女 6,552 (38.7)	73.6	± 11.7
計16,922	70.6	± 11.5

表 3 担当科 (重複あり)	症例数	%
神経内科	7,365	43.5
脳卒中診療部	1,201	7.1
その他の内科	375	2.2
脳神経外科	8,366	49.4
その他	97	0.5

表 4 発症曜日	症例数	%
日曜日	2,395	14.2
月曜日	2,477	14.6
火曜日	2,383	14.1
水曜日	2,410	14.2
木曜日	2,375	14.0
金曜日	2,314	13.7
土曜日	2,568	15.2 *

(* , χ^2 適合度検定 P=0.080)

表 5 発症時間帯	症例数	%
安静時	5,723	33.8
活動時	7,387	43.7
就寝中	2,209	13.1
不明	1,603	9.5

表 6 発症場所	症例数	%
自宅	13,314	78.7
職場	707	4.2
外出中	1,611	9.5
病院内	761	4.5
その他	529	3.1

図9 性別

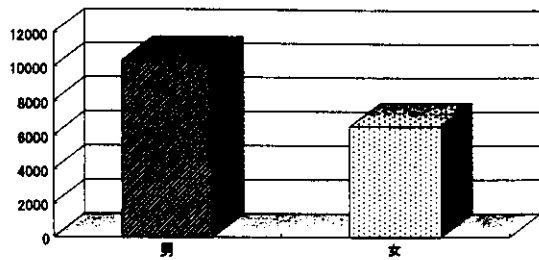


図12 発症曜日別の頻度

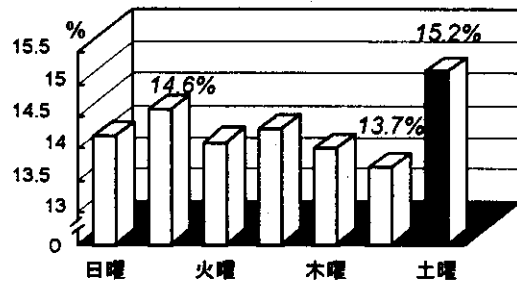


図10 年齢分布

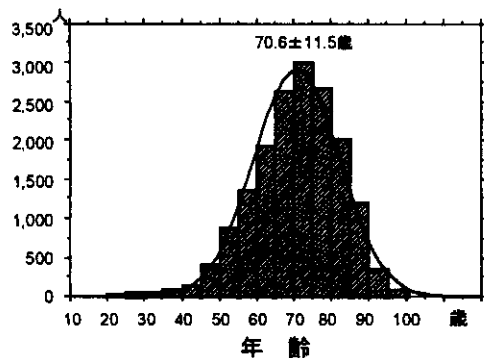


図13 発症時間帯

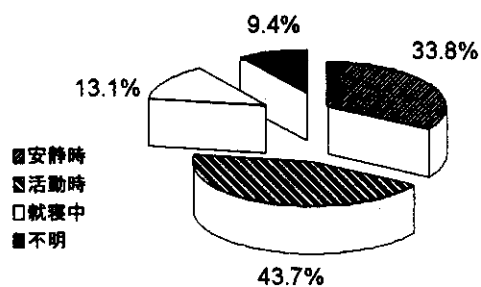


図11 担当診療科

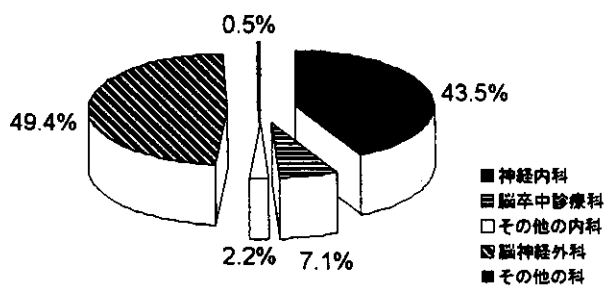


図14 発症場所

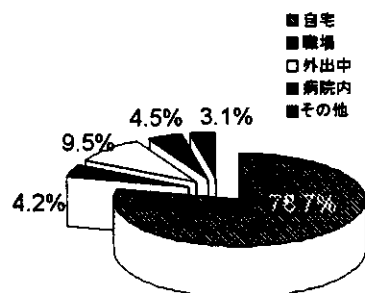


表 7 発症・発見から来院までの時間（全体）

	症例数	%
0-3 時間	6,221	36.8
3-6 時間	2,147	12.7
6-12 時間	1,725	10.2
12-24 時間	2,199	13.0
24-48 時間	1,948	11.5
48-72 時間	1,205	7.1
72-96 時間	680	4.0
96-120 時間	334	2.0
120-144 時間	231	1.4
144-168 時間	227	1.3
不明	5	0

表 8 発症・発見から来院までの時間（主要病型別；カッコ内は%）

	ラクナ	アテローム血栓性	心原性脳塞栓症
0-3 時間	1,360 (22.1)	1,737 (33.0)	2,123 (61.5)
3-6 時間	763 (12.4)	707 (13.4)	417 (12.1)
6-12 時間	745 (12.1)	554 (10.5)	252 (7.3)
12-24 時間	1,046 (17.0)	714 (13.6)	245 (7.1)
24-48 時間	964 (15.7)	628 (11.9)	188 (5.4)
48-72 時間	604 (9.8)	393 (7.5)	110 (3.2)
72-96 時間	343 (5.6)	240 (4.6)	37 (1.1)
96-120 時間	136 (2.2)	131 (2.5)	22 (0.6)
120-144 時間	99 (1.6)	77 (1.5)	27 (0.8)
144-168 時間	83 (1.4)	86 (1.6)	28 (0.8)

図15 発症・発見から来院までの時間

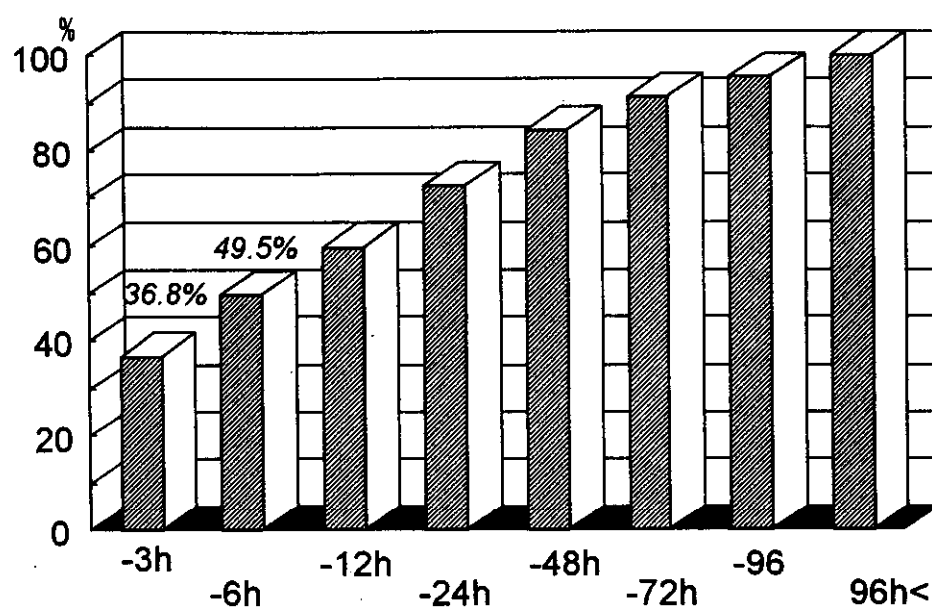


図16 病型別来院時間

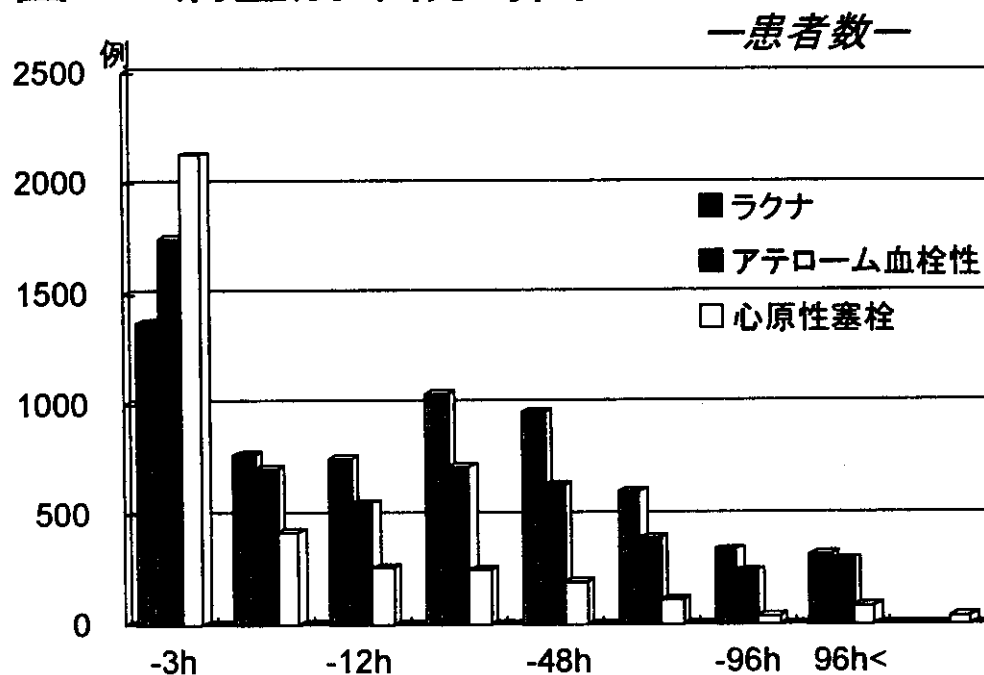


表 9 来院までの方法

	症例数	%
自力で来院	2,869	17.0
介助され来院	6,241	36.9
救急車	7,345	43.4
院内発症	354	2.1
その他	113	0.7

表 10 発症時症候（複数回答可）

	症例数	%
意識障害	4,277	25.3
言語障害	7757	45.8
頭痛	590	3.5
嘔気・嘔吐	1,175	6.9
めまい	1,449	8.6
視覚障害	745	4.4
運動麻痺	11,955	70.6
歩行障害	6,209	36.7
痙攣	118	0.7
感覚障害	2,593	15.3
その他	558	3.3

表 11 脳卒中の既往歴

	症例数	%
あり	5,160	30.5
なし	11,321	66.9
不明	444	2.6

表 12 初診医（複数回答可）

	症例数	%
神経内科医	5,212	30.8
その他の内科医	3,625	21.4
脳神経外科医	6,784	40.1
その他の外科医	363	2.1
緊急診療医	1,048	6.2
研修医	1,035	6.1
その他	160	0.9

図17 来院方法

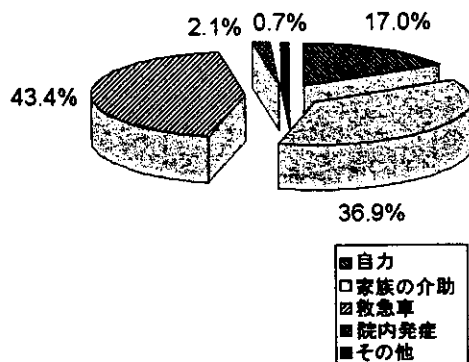


図18 発症時の症候

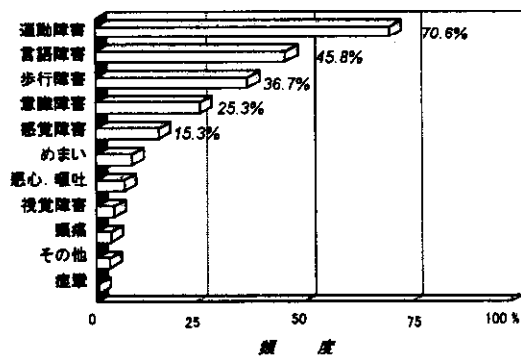


図19 脳卒中の既往の有無

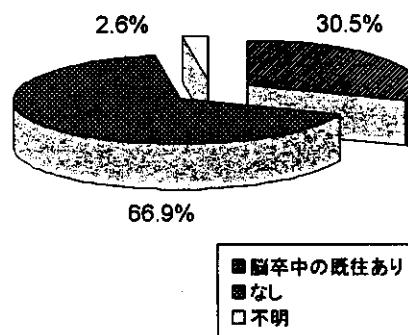


図20 初診時の診療医

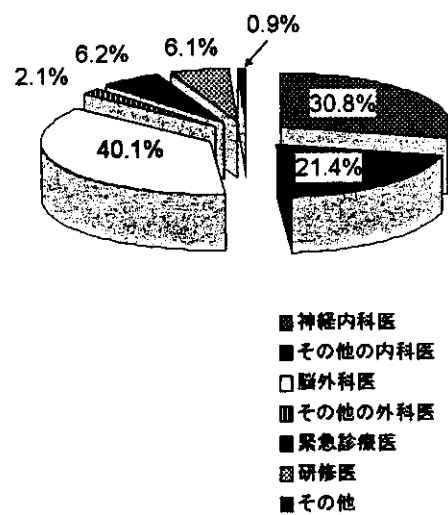


表 13 入院病棟（複数回答可）

	症例数	%
集中治療室	3,173	18.8
一般病棟（脳卒中患者主体）	9,850	58.2
一般病棟（混合病棟）	4,548	26.9
その他	168	1.0

表 14 NIHSS 総点

平均値	8.0±7.9
中央値	5

表 15

NIHSS 総合点	症例数
0	840
1	1592
2	1826
3	1812
4	1549
5	1312
6	1108
7	804
8	683
9	566
10	455
11	395
12	353
13	312
14	302
15	252
16	248
17	250
18	234
19	222
20	219

NIHSS 総合点	症例数
21	206
22	151
23	148
24	145
25	120
26	119
27	102
28	80
29	81
30	74
31	57
32	46
33	46
34	49
35	30
36	36
37	33
38	10
39	18
40	37

図21 入院病棟

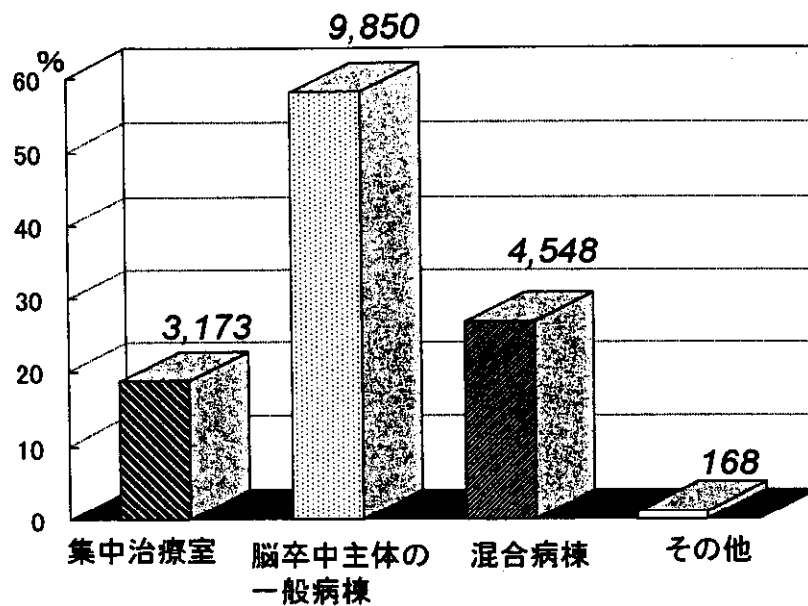


図22 神経症候(発症時)の重症度分布

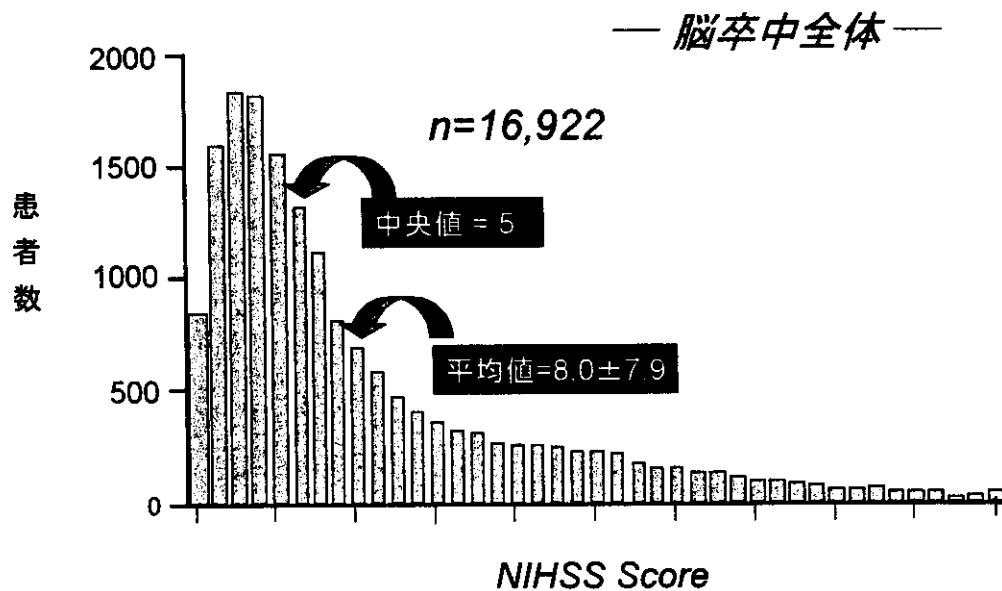


表 16 1A 意識レベル

	症例数	%
0 清明	11,332	67.0
2 清明でない	4,962	29.3
3 反応なし	628	3.7

表 17 1B 質問に対する反応（現在の月名と年齢）

	症例数	%
0 両方正解	11,739	69.4
1 片方正解	1,311	7.7
2 両方不正解	3,872	22.9

表 18 1C 命令への反応（開閉眼と離握手）

	症例数	%
0 両方可能	13,389	79.1
1 片方可能	1,179	7.0
2 両方不可能	2,354	13.9

表 19 2 注視（欠測値あり）

	症例数	%
0 正常	13,522	79.9
1 部分的注視麻痺	1,943	11.5
2 完全注視麻痺	1,444	8.5

表 20 3 視野（欠測値あり）

	症例数	%
0 正常	14,837	87.7
1 部分的な半盲	1,033	6.1
2 完全な半盲	800	4.7
3 両側の半盲	251	1.5

表 21 4 顔面麻痺

	症例数	%
0 正常	9,625	56.9
1 軽度の麻痺	4,733	28.0
2 部分的な麻痺	2,120	12.5
3 完全な麻痺	444	2.6

表 22 5右 右上肢の運動（欠測値あり）

	症例数	%
0 10 秒間 90 度（仰臥位時 45 度）に保持可能	9,904	58.5
1 10 秒以内に動揺する	2,967	17.5
2 保持可能、10 秒以内に下がる	1,777	10.5
3 重力に抗して動かない	902	5.3
4 動かない	1,371	8.1

表 23 5左 左上肢の運動（欠測値あり）

	症例数	%
0 10 秒間 90 度（仰臥位時 45 度）に保持可能	10,439	61.7
1 10 秒以内に動揺する	2,441	14.4
2 保持可能、10 秒以内に下がる	1,783	10.5
3 重力に抗して動かない	968	5.7
4 動かない	1,290	7.6

表 24 6 右 右下肢の運動（仰臥位）（欠測値あり）

	症例数	%
0 30度で5秒間保持	10,197	60.3
1 5秒以内に動揺する	2,777	16.4
2 5秒以内に下がる	1,840	10.9
3 重力に抗して動かない	964	5.7
4 動かない	1,142	6.7

表 25 6 左 左下肢の運動（仰臥位）（欠測値あり）

	症例数	%
0 30度で5秒間保持	10,384	61.4
1 5秒以内に動揺する	2,524	14.9
2 5秒以内に下がる	1,912	11.3
3 重力に抗して動かない	1,037	6.1
4 動かない	1,064	6.3

表 26 7 失調

	症例数	%
0 なし	14,599	86.3
1 一肢にあり	1,304	7.7
2 二肢にあり	1,019	6.0

表 27 8 感覚

	症例数	%
0 正常	11,005	65.0
1 軽度～中等度障害	4,994	29.5
2 高度障害～脱失	923	5.5

表 28 9 言語

	症例数	%
0 正常	12,974	76.7
1 軽度～中等度の失語	1,401	8.3
2 高度の失語	1,069	6.3
3 無言、全失語	1,478	8.7

表 29 10 構音障害（欠測値あり）

	症例数	%
0 正常	7,077	41.8
1 軽度～中等度	7,861	46.5
2 高度	1,968	11.6

表 30 11 消去／無視

	症例数	%
0 なし	14,499	85.7
1 軽度～中等度	1,333	7.9
2 高度	1,090	6.4

表 31 来院後頭部 CT・MRI までの経過時間

	症例数	%
0-30 分	10,945	64.7
30 分-1 時間	4,041	23.9
1-1.5 時間	838	5.0
1.5-2 時間	395	2.3
2-2.5 時間	114	0.7
2.5-3 時間	102	0.6
3-3.5 時間	64	0.4
3.5-4 時間	41	0.2
4 時間以上	362	2.1

表 32 脳血管の評価（複数回答可）

	症例数	%
脳血管撮影	2,887	17.1
MRA	10,295	60.8
CT アンギオ	796	4.7
頸部血管エコー	5,706	33.7
経頭蓋ドプラ・カラードプラ	568	3.4
その他	571	3.4
なし	2,752	16.3

図23 病院到着—CT / MRI迄の時間

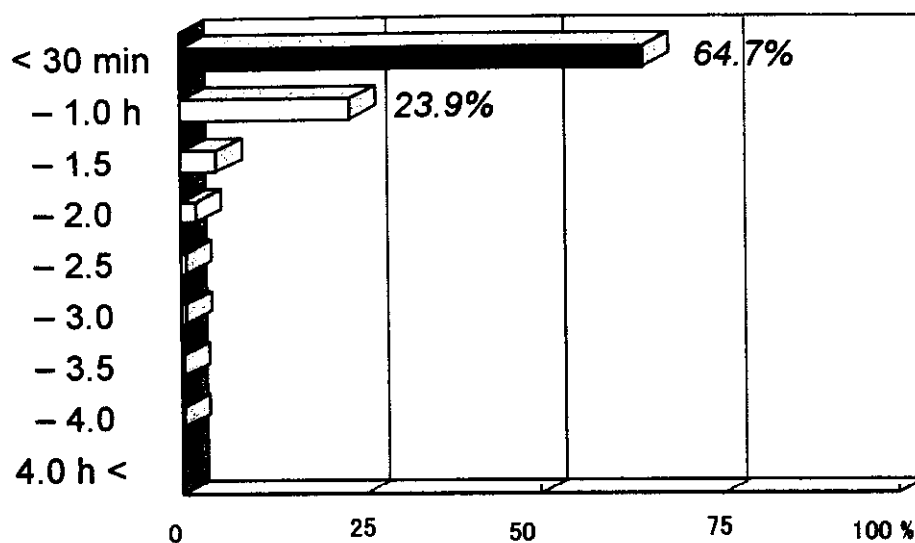
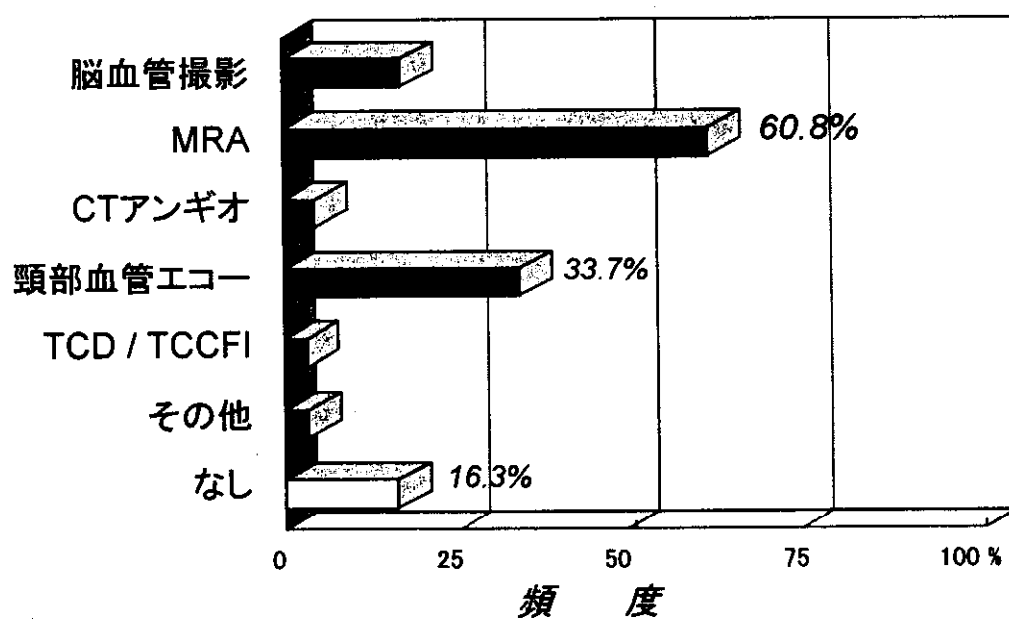


図24 脳血管の評価



急性期の治療（12 時間以内）

表 33 ウロキナーゼ

	症例数	%	
なし	15,895	93.9	
あり	1,027	6.1	
	経静脈的	750	4.4
	経動脈的	277	1.6

ウロキナーゼ使用時間 (h) 使用量 (万単位)

経静脈的	6.9±11.9	10.0±11.5
経動脈的	4.3±6.0	35.9±21.7

表 34 t-PA

	症例数	%	
なし	16,783	99.2	
あり	139	0.8	
	経静脈的	50	0.3
	経動脈的	89	0.5

t-PA 使用時間 (h) 使用量 (万単位)

経静脈的	3.2±1.9	2240±3690
経動脈的	4.8±10.2	690±720

図25 血栓溶解薬(UK)

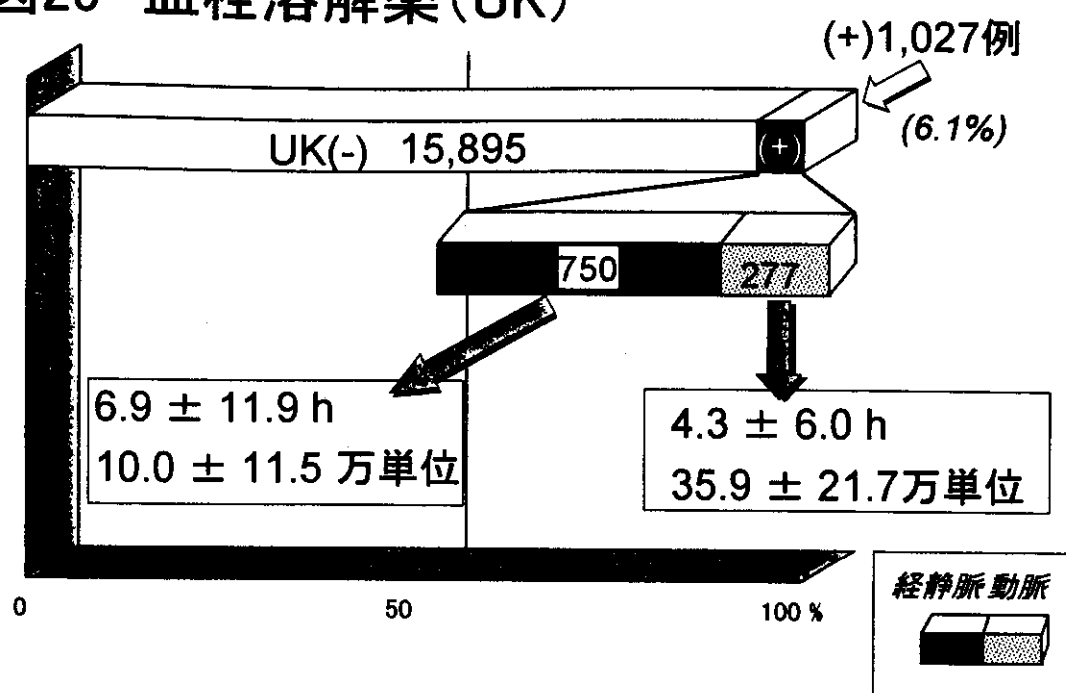


図26 血栓溶解薬(t-PA)

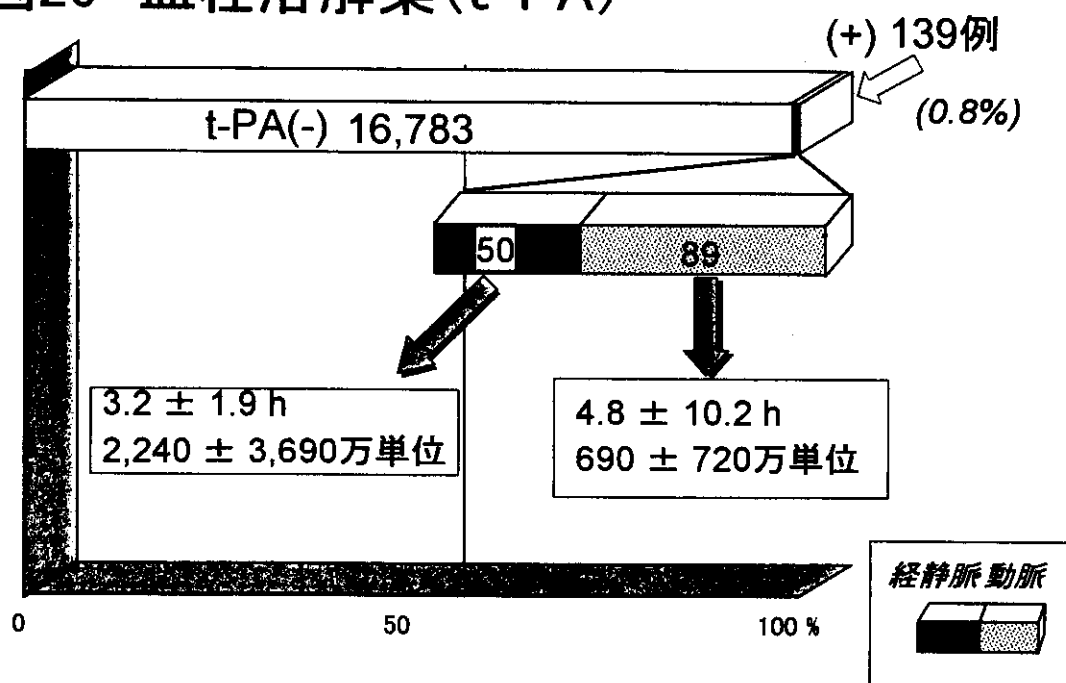


表 35 急性期治療薬（複数回答可）

	症例数	%
ヘパリン	2,761	16.3
アスピリン	1,745	10.3
チクロピジン	2,393	14.1
ワルファリン	1,047	6.2
オザグレルナトリウム	8,242	48.7
ウロキナーゼ	1,108	6.5
アルガトロバン	3,462	20.5
その他（治験薬も含む）	1,466	8.7

表 36 外科治療（複数回答可）

	症例数	%
なし	16,660	98.5
あり	262	1.6
減圧開頭	106	0.6
CEA	41	0.2
ステント	13	0.1
PTA	54	0.3
その他	69	0.4

表 37 低体温療法

	症例数	%
あり	32	0.2
なし	16,890	99.8

図27 急性期の薬物治療(重複あり)

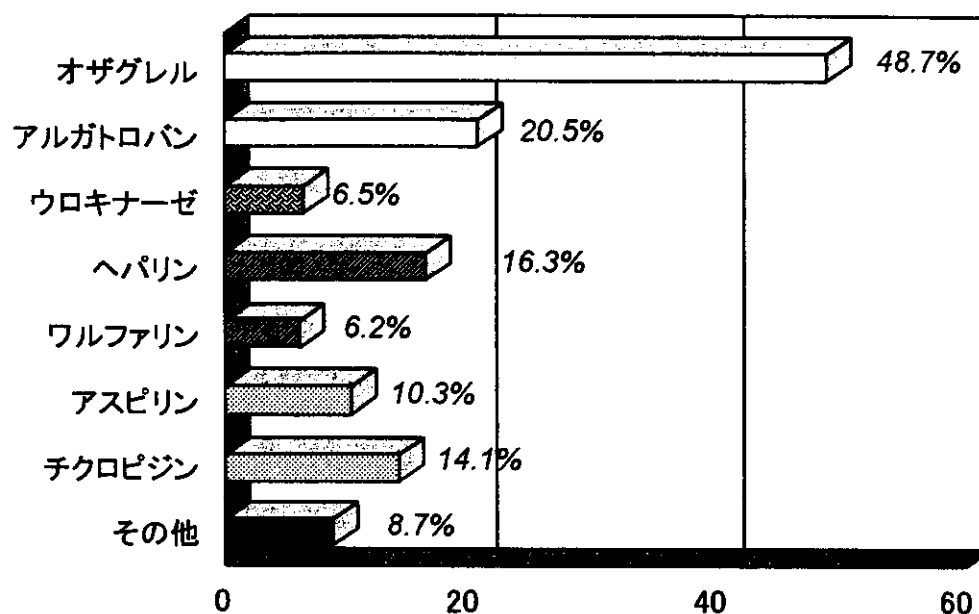


図28 外科治療と低体温療法

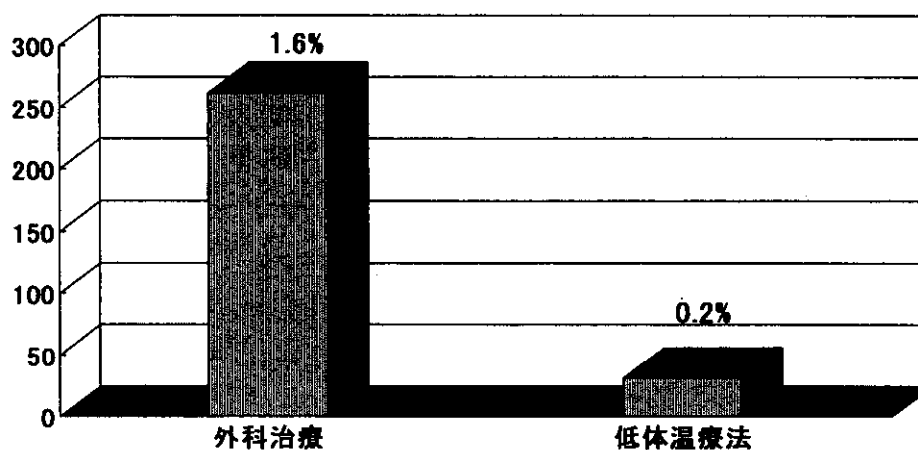


表 38 臨床病型

	症例数	%
ラクナ梗塞	6,145	36.3
アテローム血栓性	5,267	31.1
心原性脳塞栓	3,452	20.4
TIA	1,091	6.4
その他	967	5.7

表 39 病巣部位（血管系別；複数回答可）

	症例数	%
右 ICA 系	5,848	34.6
左 ICA 系	6,746	39.9
VB-PCA 系	4,171	24.6
不明	907	5.4

表 40 危険因子（複数回答可）

	症例数	%
高血圧	10,301	60.9
糖尿病	4,114	24.3
高脂血症	2,836	16.8
心房細動	3,521	20.8
その他の心疾患	2,249	13.3
喫煙	2,966	17.5
その他	971	5.7

表 41 リハビリテーション開始時期（入院後）

	症例数	%
入院日	432	2.6
3 日以内	4,987	29.5
7 日以内	3,398	20.1
14 日以内	1,546	9.1
21 日以内	315	1.9
28 日以内	118	0.7
29 日以降	61	0.4
軽症のため行わず	4,714	27.9
その他の理由で行わず	1,278	7.6
不明	21	0.1

図29 臨床病型

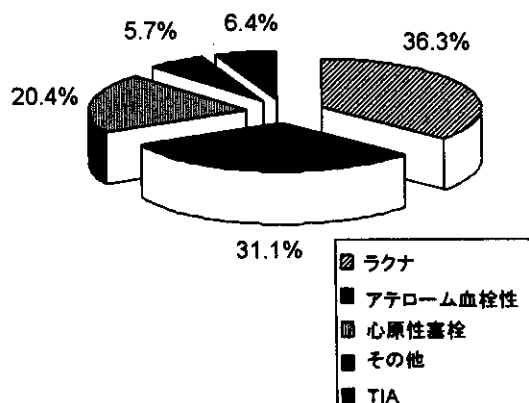


図30 病巣部位(責任血管別)

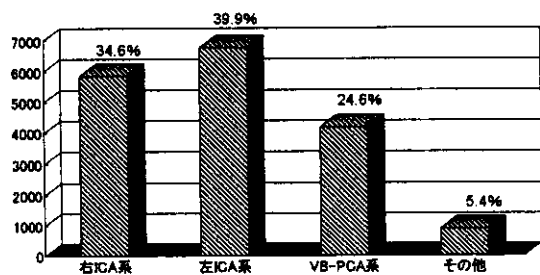


図31 危険因子(重複あり)

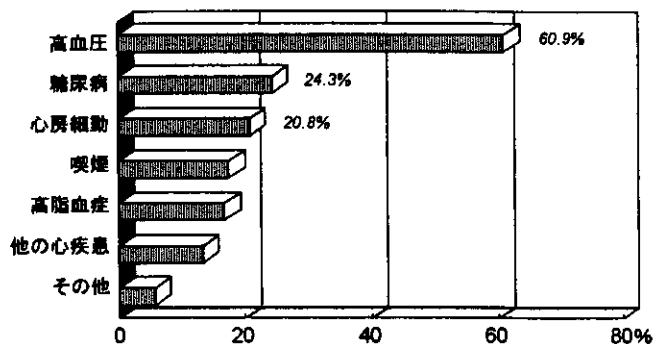


図32 リハビリテーション開始日

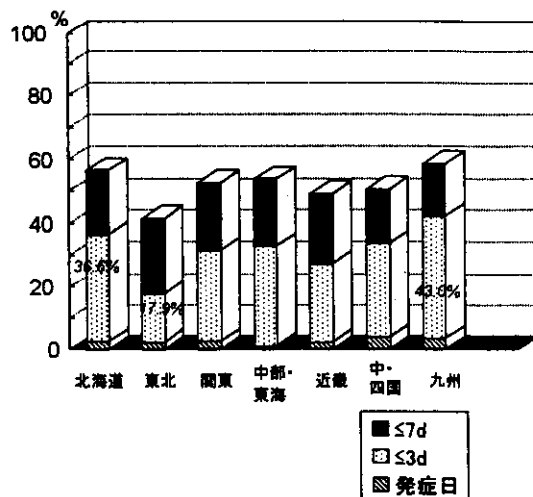


表 42 退院時状況

	症例数	%
独歩	9,783	57.8
杖歩行	1,922	11.4
車椅子	2,654	15.7
寝たきり	1,308	7.7
死亡	1,174	6.9
その他	81	0.5

表 43 退院時転帰 (Modified Rankin Scale ; mRS)

	症例数	%
0 全く障害なし	3,137	18.5
1 症状あるが問題となる障害なし	4,873	28.8
2 軽度の障害	2,257	13.3
3 中等度の障害	1,405	8.3
4 比較的高度の障害	2,435	14.4
5 高度の障害	1,614	9.5
6 死亡	1,177	7.0
不明	25	0.1

表 44 退院先

	症例数	%
自宅	10,808	63.9
転院	4,209	24.9
リハビリテーション科転科	555	3.3
その他の院内転科	441	2.6
その他	909	5.4

表 45 平均在院日数

35.0±33.5 日

表 46 期間内再発症例215人 (436発作)

1 回再発 209人 (418発作)
2 回再発 6人 (18発作)

図33 退院時のmRS

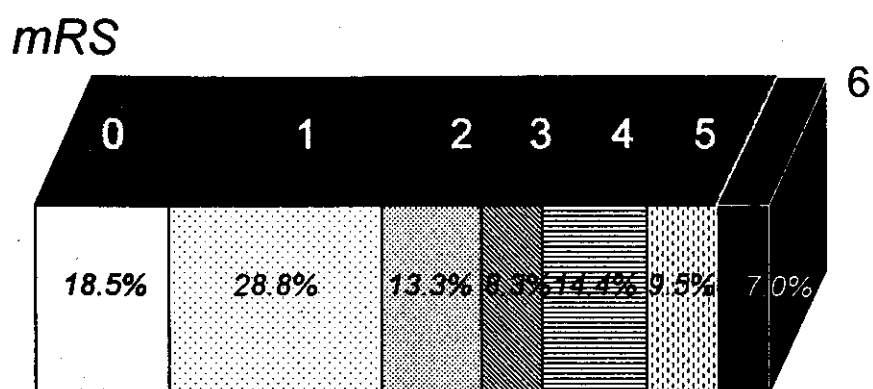
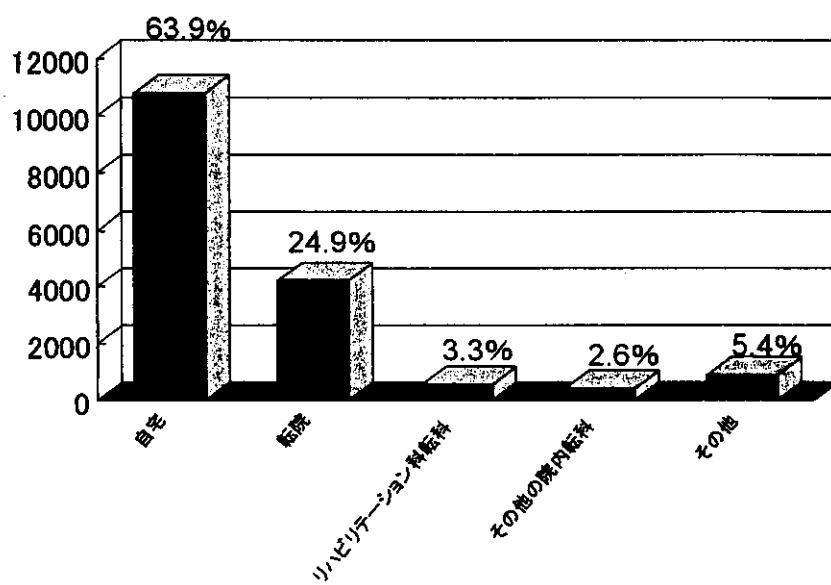


図34 退院先



一次調査（急性期症例登録調査）の個別研究結果

(1) 地域別検討

- ①登録数：関東が最も多かった（図 35）。
- ②担当診療科：北海道では脳神経外科が圧倒的に多く、近畿・九州では脳卒中診療科が比較的多かった（図 36）。
- ③救急車の利用：九州で利用率が高く、中部で低かった（図 37）。
- ④発症から入院までの時間：3 時間以内の入院が東北で多かった（図 38）。
- ⑤入院病棟：近畿・九州で集中治療室への入室が多かった（図 39）。
- ⑥30 分以内に CT/MRI を施行した割合：東北・九州で高く、関東で低かった（図 40）。
- ⑦病型：関東・近畿ではアテローム血栓性の方がラクナより高頻度であった（図 41）。
- ⑧危険因子：関東・近畿では高脂血症、糖尿病の頻度が高かった（図 42、43）。
- ⑨急性期薬物治療：地域によって使用薬剤に特徴があった（図 44-47）。
- ⑩退院時転帰：北海道で軽症例が多く、東北で重症の傾向があったが、おおむね地域差はないと思われた（図 48）。

図35 地域別登録数

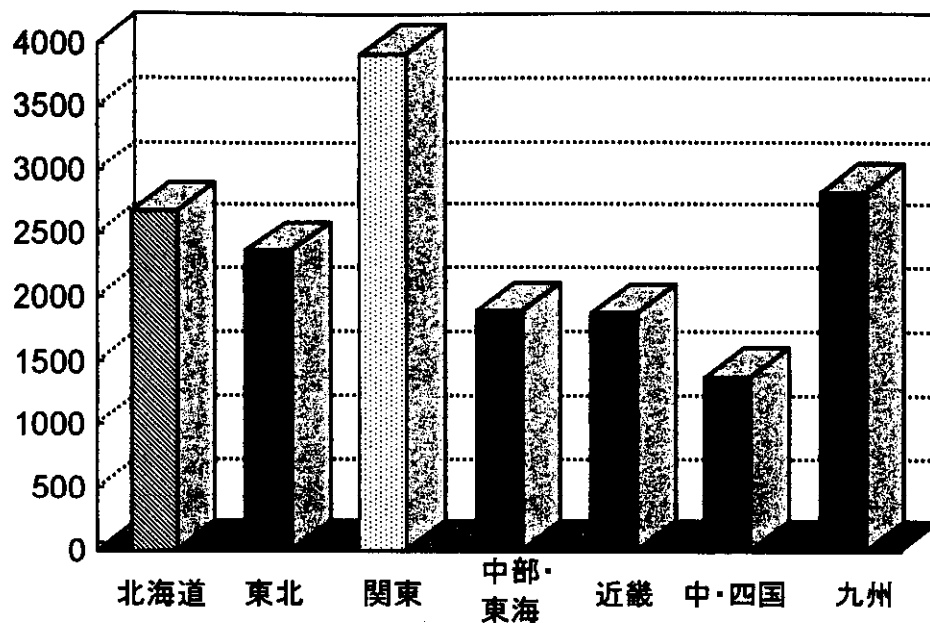


図36 担当診療科

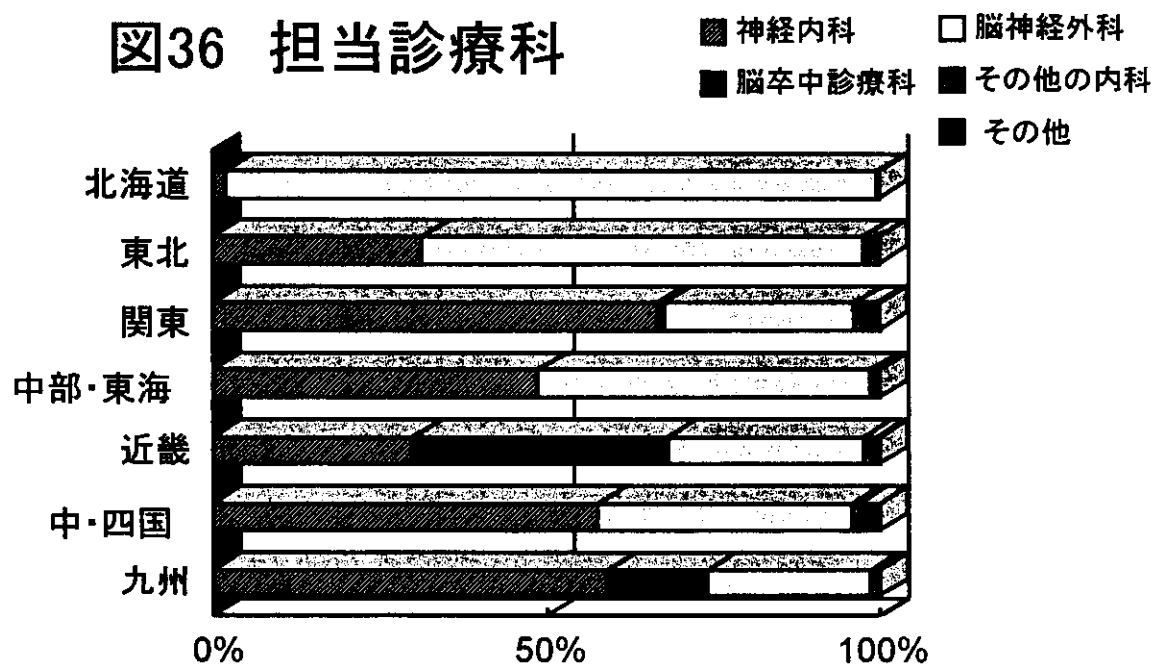


図37 救急車の利用

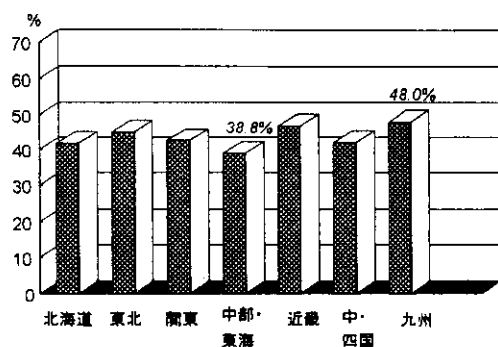


図40 30分以内にCT / MRIの%

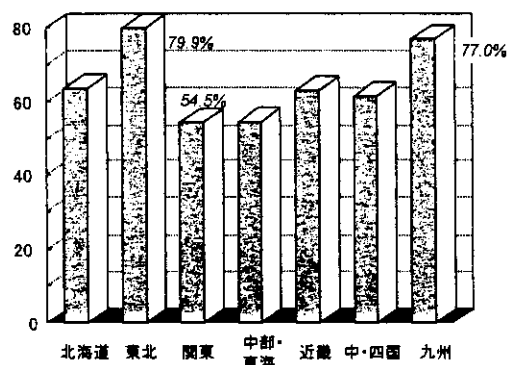


図38 地域別の発症一入院時間

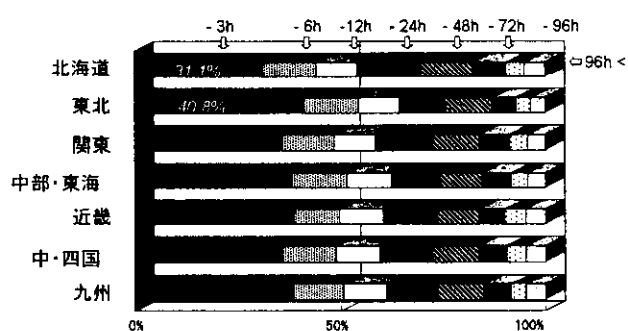


図41 地域別病型の割合

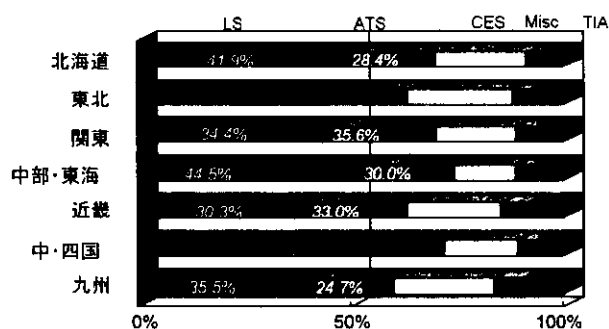


図39 地域別入院病棟

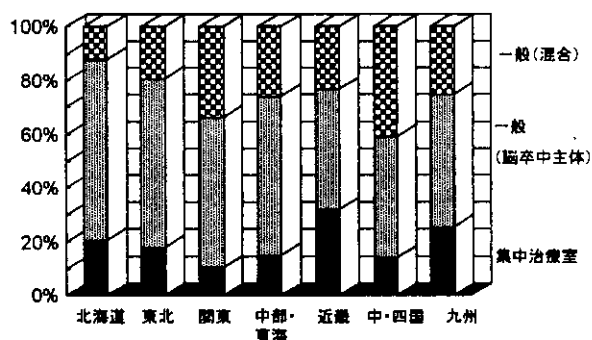


図42 危険因子(1) 一地域別一

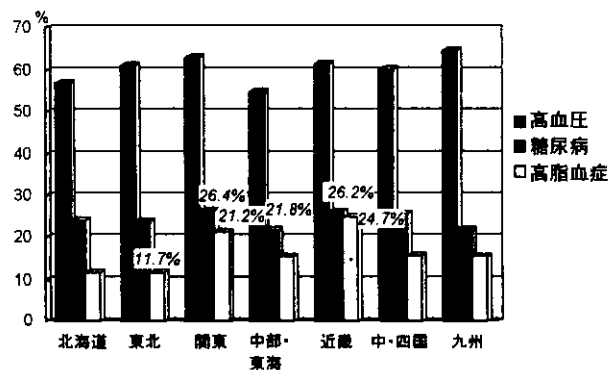


図43 危険因子(2) 一地域別一

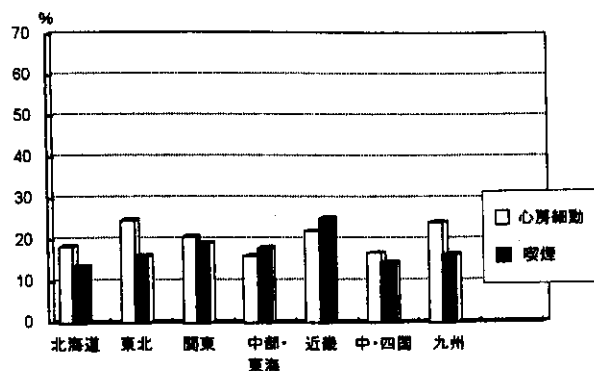


図46 急性期のチクロピジン使用

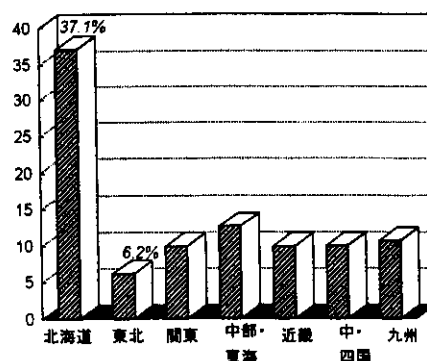


図44 急性期のヘパリン使用

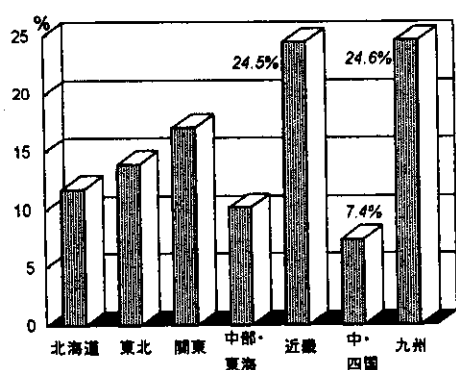


図47 Ozagrel, Argatrobanの使用状況

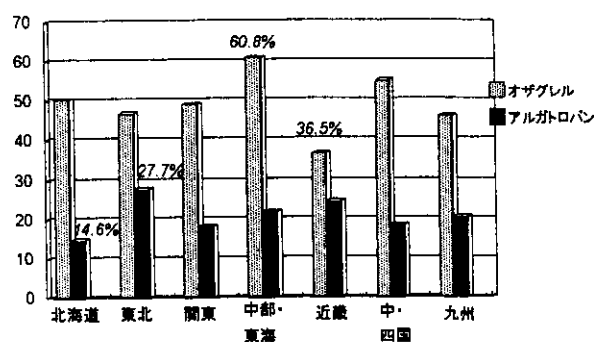


図45 急性期のアスピリン使用

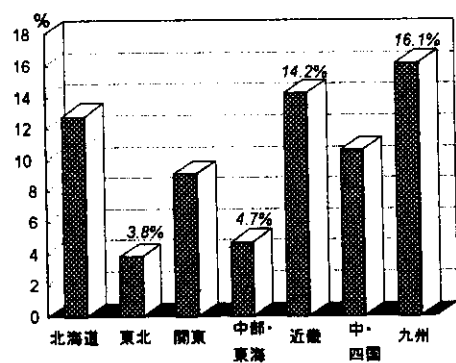
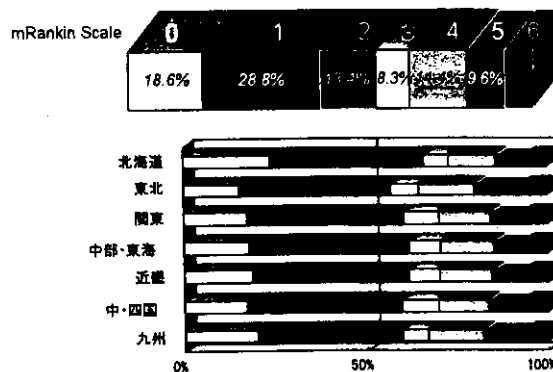


図48 退院時のmRS



(2) 集中治療室入院と一般病棟入院の比較

集中治療室への入院と一般病棟への入院が退院時の転帰に与える影響について比較検討した。集中治療室への入院患者の方が重症で、死亡率も高い（表 47、図 49）。これは集中治療室へ入室する患者は心不全や感染などの身体的合併症を多く抱えているためと思われる。しかし、入院時の神経学的所見（NIHSS スコア）を合わせると、中等症以上では集中治療室に入室した患者の転帰良好の割合が高いことがわかる（図 50、51）。ランダム化した検討でないこと、集中治療室への入室基準が施設により異なること、集中治療室入室患者の入院期間が長いこと、など問題点も多いが、集中治療室の特徴がうかがわれる。

表47 病棟別患者背景

(集中治療室 vs 一般病棟)

	集中治療室	一般病棟	P
性(男)	60.1%	61.6%	0.1163
平均年齢(歳)	70.9 ± 11.7	70.5 ± 11.5	0.0666
入院日数(日)	40.8	33.7	<0.0001
NIHSS	13.2	6.8	<0.0001
mRS(平均値)	3.2	2.1	<0.0001
入院中死亡率	15.1%	5.1%	<0.0001
転帰良好*(死亡例含む)	40.2%	65.5%	<0.0001

* mRS=0,1,2

図50 入院病棟と良好転帰(mRS=0,1,2)

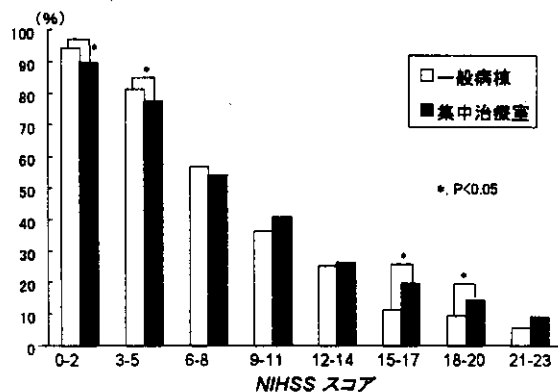


図49 入院病棟と死亡率

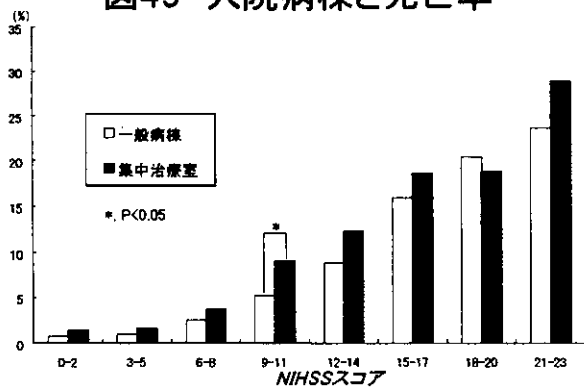
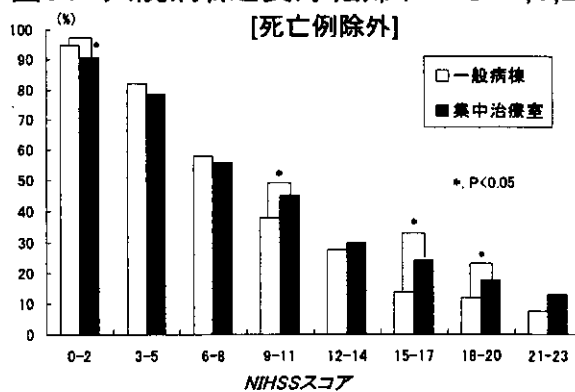


図51 入院病棟と良好転帰(mRS=0,1,2) [死亡例除外]



(3) 急性期血栓溶解療法の効果

急性期血栓溶解療法の効果を検討するために、ウロキナーゼにより動脈内局所線溶療法施行した患者に関して、性、年齢、病型（心原性脳塞栓症）、入院時神経学的重症度をマッチさせた、ケース-コントロール解析を行った（表 48）。ケース 233 例、コントロール 466 例を比較した。その結果、退院時の転帰は動脈内局所線溶療法群の方が対象群より良好であった（表 49）。急性期血栓溶解療法が転帰を改善させる可能性が示唆され、わが国でも同治療法の承認が望まれる。

表48 動脈内血栓溶解療法

— Case-Control Study —

マッチング項目	治療群 (n=233)	対照群 (n=466)
性(男／女)	162/71	324/142
年齢(歳)	平均68.1	平均69.0
臨床病型	心原性脳塞栓	心原性脳塞栓
6 ≤ NIHSSスコア ≤ 29	平均17.2	平均17.2

表49 動脈内血栓溶解療法

— Case-Control Study —

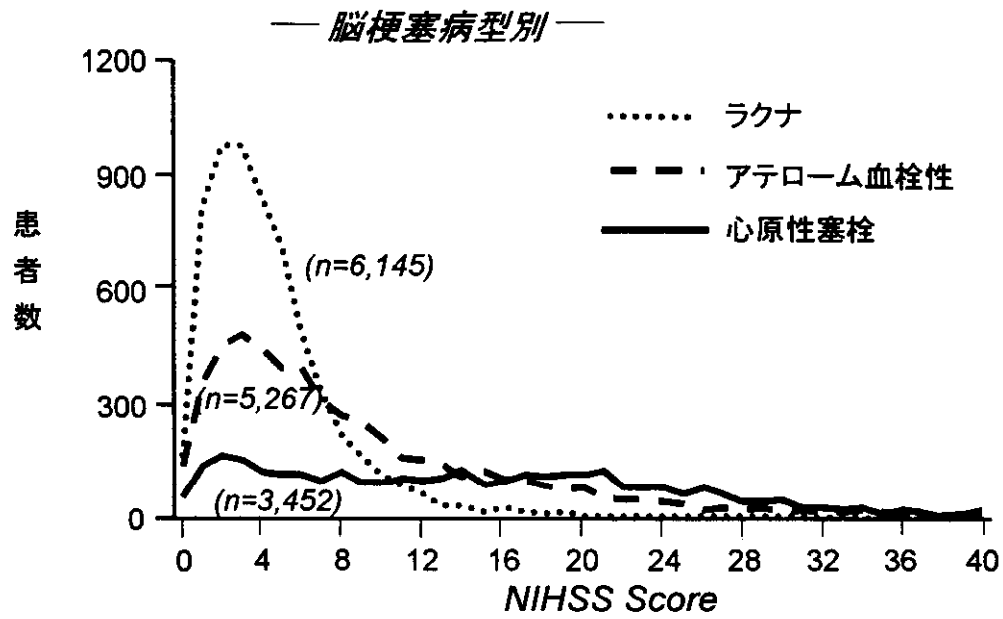
検討項目	治療群 (n=233)	対照群 (n=466)	P
発症一来院 ≤ 3時間	88 %	66 %	<0.0001 [†]
平均入院日数	44.9	47.9	N.S. [‡]
退院時mRS: 平均	3.4	3.9	
: 25 / 50 / 75 percentile	2 / 4 / 5	3 / 4 / 5	0.0017 [*]

†, χ^2 検定; ‡, t 検定; *, Mann-Whitney U test.

(4) 主要 3 病型の重症度

ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症の主要 3 病型の重症度を比較した。発症・発見から来院までの時間は表 8 および図 16 に示したように、心原性脳塞栓症が早く、ラクナ梗塞が遅い。NIHSS でみた重症度はラクナ梗塞に軽症のものが多かった。心原性脳塞栓症は全般的に重症例が多いことと、軽症から重症まで幅広く分布していることが特徴であった。アテローム血栓性脳梗塞は両者の中間を示した(図 52)。

図52 神経症候(発症時)の重症度



(5) 再発例の検討

調査期間中に再発が215例でみられた。再発は209例で1回（初回からの期間：1-334日； 108 ± 74 日）、6例で2回（初回からの期間：90-272日； 163 ± 73 日）であった。男138例、女77例、平均年齢 71.3 ± 10.6 歳であった（表50）。

入院全例が追跡されているとは限らないので、正確な再発率は不明であるが、再発の転帰への影響や再発病型のパターンは参考になると考えられる。

再発することにより、退院時の転帰は不良になる（図53、55）。

ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症の主要3病型では、半数以上の症例で再発病型はもとの病型であったが、それ以外の病型も少なからずあった（図54）。

表50 調査期間内の再発

再発215例

男138例 女77例

平均年齢 71.3±10.6歳

再発1回: 209例

(初回からの期間: 1 - 334日; 108±74日)

再発2回: 6例

(初回からの期間: 90 - 272日; 163±73日)

図54 再発病型—初回病型別—

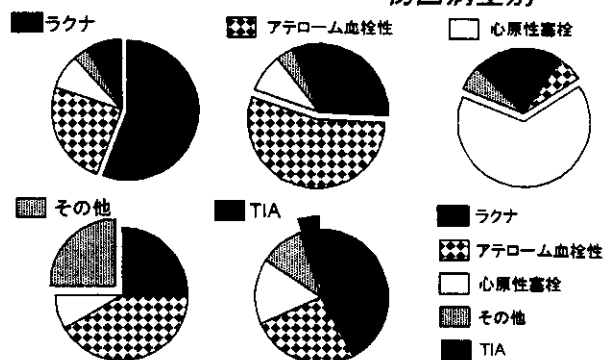
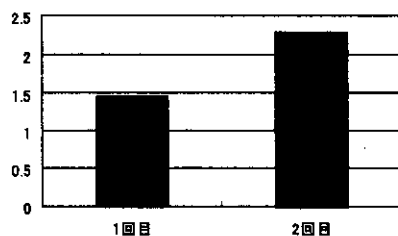


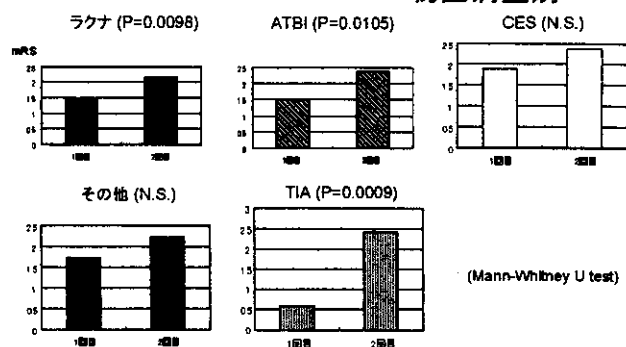
図53 再発例の退院時転帰

modified Rankin Scale



Mann-Whitney U test: $P < 0.0001$

図55 再発時の退院時転帰—初回病型別—



(Mann-Whitney U test)

アンケート用紙

このアンケートの書き方

1. あなたは、_____病院を平成 年 月 日に退院されています。平成12年9月1日現在のあなたの状況について、ご回答をお願いします。
2. アンケートは次のページから始まります。
 - (1) 質問1から順番に、指示にしたがってご回答ください。
 - (2) 質問項目の回答は、□に印を（例 ☒）をつけてください。
 - (3) 特に指示がないかぎり、一つだけに印をつけてください。
 - (4) その他（ ）には、文字・数字でご回答ください。
3. このアンケート用紙は、直接担当医にお渡しいただくか、郵送の場合は同封の封筒でご返送ください。
4. ご不明の点がありましたら、お手数ですが担当医までお問い合わせください。

医師記入欄
施設名 :
担当医師 :
ID :
番号 :

質問 1. このアンケートの記入者をお教えてください。

- 1) ☐ 本人 2) ☐ 配偶者 3) ☐ 子供 4) ☐ 子の配偶者 5) ☐ 両親
6) ☐ その他の親族 7) ☐ その他 ()

質問 2. 現在の生活状況をお教えてください。

- 1) ☐ 全く障害なし
2) ☐ 症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能。
3) ☐ 軽度の障害（介助なしに自分のことができる）。
4) ☐ 中程度の障害（何らかの介助を要するが、歩行は介助なしにできる）。
5) ☐ 歩行や日常生活に介助が必要である。
6) ☐ ベッド上の生活で常に介助が必要である。
7) ☐ 退院後、死亡した。（→次の質問にお答えください）

・亡くなられた年月をお教えてください。

平成____年____月

・亡くなられた原因は何ですか？

- ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 肺炎 ☐ 癌 ☐ その他の病気
☐ 事故 ☐ その他 ()

・亡くなられた場所はどこですか？

- ☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ その他 ()

平成12年8月31日までに亡くなられている場合は、以下の質問に対するご回答は不要です。

アンケートへのご協力大変ありがとうございました。

質問 3. 退院から平成12年9月1日現在までの状況についてお教えてください。

- 1) ☐ 変わらない
2) ☐ 脳卒中を再発した（→質問3-1にお答えください）
3) ☐ 脳卒中以外の病気を患った（→質問3-2にお答えください）
4) ☐ 交通事故や転倒でけがをした

▶ 質問 3-1. その脳卒中の病型は？ 1) ☐ 脳梗塞 2) ☐ 脳出血 3) ☐ くも膜下出血
4) ☐ 一過性脳虚血発作 5) ☐ 不明 6) ☐ その他 ()

▶ 質問 3-2. その他の病気とは？ 1) ☐ 心臓病 2) ☐ 高血圧 3) ☐ 糖尿病
4) ☐ 癌 5) ☐ 肺炎 6) ☐ その他 ()

質問 4. 病院・診療所に通院されていますか？

- 1) ☐ 毎日通院している
2) ☐ 2～3日に一回程度通院している
3) ☐ 1週間に一回程度通院している
4) ☐ 2～3週間に一回程度通院している
5) ☐ 1ヵ月に一回程度通院している
6) ☐ 2～3ヵ月に一回程度通院している
7) ☐ していない
8) ☐ 現在入院中
9) ☐ その他 ()

質問 5. 日常生活において介護者が必要と思いますか？

- 1) ☐ いいえ 2) ☐ はい

質問 6. 日常生活において介護者がいますか（病院や施設に入院・入居されている方は、職員以外の介護者がいますか）？

- 1) ☐ いいえ

- 2) ☐ はい （はいと回答された方のみ質問6-1、6-2にお答えください）

→ 質問 6-1 主な介護者を一人お教えてください。

- 1) ☐ 配偶者 2) ☐ 子供 3) ☐ 子供の配偶者 4) ☐ 親 5) ☐ 親族
6) ☐ その他 （ ）

→ 質問 6-2 その方の年齢と性別をお教えてください。

- 年齢 1) ☐ 39歳以下 2) ☐ 40～49歳 3) ☐ 50～59歳 4) ☐ 60～69歳
5) ☐ 70～79歳 6) ☐ 80歳以上

- 性別 1) ☐ 男 2) ☐ 女

質問 7. 介護保険の申請をしましたか？

- 1) ☐ していない（していないと回答した方のみ質問7-1にご回答ください）

- 2) ☐ した （したと回答した方のみ質問7-2、7-3にお答えください）

→ 質問 7-1 介護保険の申請をしなかった理由は、なぜですか？

- 1) ☐ 介護を必要としないから
2) ☐ 39歳以下で資格がないから
3) ☐ 申請の仕方が分からないから
4) ☐ その他（ ）

→ 質問 7-2 介護保険のランクは以下のどれですか？

- 1) ☐ 自立 2) ☐ 要支援 3) ☐ 要介護度1 4) ☐ 要介護度2 5) ☐ 要介護度3
6) ☐ 要介護度4 7) ☐ 要介護度5 8) ☐ 不明（申請中、その他）

→ 質問 7-3 介護保険による在宅サービスを受けていますか？

- 1) ☐ いない

- 2) ☐ いる（いると回答した方のみ次の質問にお答えください）

→ 受けられている在宅サービスをお教え下さい（複数回答も可）

- 1) ☐ 訪問介護（ホームヘルパーによるサービス）
2) ☐ 訪問入浴介護
3) ☐ 訪問看護（医師の指示により看護婦や保健婦が自宅を訪問）
4) ☐ 訪問リハビリテーション（医師の指示によりリハビリテーションを自宅で施行）
5) ☐ 在宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、栄養管理士が自宅を訪問指導）
6) ☐ デイサービス（デイサービスセンターでのサービス）
7) ☐ デイケア（老人保健施設、病院、診療所でのサービス）
8) ☐ 短期入所生活介護（福祉施設のショートステイ）
9) ☐ 短期入所療養介護（医療施設のショートステイ）
10) ☐ その他（ ）

質問 8. 平成12年9月1日現在のお住まいはどこですか？

- 1) ☐ 自宅 -----> 質問8-1にご回答ください
- 2) ☐ 子供の家 -----> 質問8-1にご回答ください
- 3) ☐ 両親の家 -----> 質問8-1にご回答ください
- 4) ☐ 親戚の家 -----> 質問8-1にご回答ください
- 5) ☐ 病院
- 6) ☐ 老人ホーム
- 7) ☐ 特別養護老人ホーム
- 8) ☐ 老人保健施設
- 9) ☐ その他 ()

▶ 質問 8-1. 同居されている家族の人数（本人を除く）は何人ですか？

- 1) ☐ 0人 2) ☐ 1～2人 3) ☐ 3～5人 4) ☐ 6～10人 5) ☐ 11人以上

質問 9 医療費（診療費・薬代）の実費負担（保険料を含まない）は一月にどのくらいですか？

- 1) ☐ 0円 2) ☐ 2,000円以下 3) ☐ 2,001～5,000円 4) ☐ 5,001～10,000円
5) ☐ 10,001～20,000円 6) ☐ 20,001～50,000円 7) ☐ 50,001円～100,000円
8) ☐ 100,001円以上

質問 10. 医療費を除く介護費（介護保険の自己負担金・介護に必要な交通費・おむつ代など）の実費負担は一月にどのくらいですか？

- 1) ☐ 0円 2) ☐ 2,000円以下 3) ☐ 2,001～5,000円 4) ☐ 5,001～10,000円
5) ☐ 10,001～20,000円 6) ☐ 20,001～50,000円 7) ☐ 50,001円～100,000円
8) ☐ 100,001円以上

質問 11. その他、ご意見などがございましたら、下の余白にご記入下さい。

質問 12 記入された日をお教えてください。

平成 年 月 日

アンケートへのご協力大変ありがとうございました。

二次調査（追跡アンケート調査）の結果

一次調査参加患者	16,701 人
うち、生存退院者	15,524 人
回収調査表総数	11,266（総回収率：11,266／15,524＝72.6％）

156 施設中、12 施設（423 症例分）が調査を辞退したため

二次調査対象患者	15,101 人
----------	----------

二次調査表総回収数	11,266
うち、一次調査と照合不能	<u>- 370</u>
有効回収症例	10,896（有効回収率：10,896／15,101＝72.2％）

二次調査の有効回収症例 10,896 に対して集計を行った。その結果を事項から掲載する。

注意点

- ①アンケートの性格上、無記入や複数回答がある。
- ②各質問に対する回答を尊重したので、別の質問における同内容の問いの症例数が異なる場合もある。
- ③質問 1 から 10 では、有効回収症例 10,896 に対する割合（％）を求めた。
- ④下位質問に関しては、回答総数に対する割合（％）を求めた。

表 51 質問 1. アンケートの記入者

	症例数	%
本人	5,431	49.8
配偶者	2,191	20.1
子供	2,071	19.0
子の配偶者	593	5.4
両親	23	0.2
その他の親族	195	1.8
その他	223	2.0

表 52 質問 2. 現在の生活状況（ハンディキャップ）

	症例数	%
全く障害なし	1,743	16.0
症状あるが、問題となる障害なし	3,325	30.5
軽度の障害（介助不要）	1,639	15.0
中等度の障害（何らかの介助要だが歩行可）	1,361	12.5
歩行や日常生活に介助要	1,414	13.0
ベッドの上の生活で常に介助要	1,187	10.9
退院後、死亡	547	5.0

表 53 質問 3. 退院後の疾病状況

	症例数	%
変わらない	7,492	68.8
脳卒中を再発	539	4.9
脳卒中以外の病気に罹患	1,241	11.4
交通事故や転倒をした	251	2.3

表 54 質問 4. 病院・診療所への通院

	症例数	%
毎日	172	1.6
2～3日に一回程度	454	4.2
1週間に一回程度	585	5.4
2～3週間に一回程度	2,450	22.5
1ヶ月に一回程度	3,890	35.7
2～3ヶ月に一回程度	407	3.7
していない	439	4.0
現在入院中	1,314	12.1
その他	498	4.6

表 55 質問 5. 日常生活で介護者が必要と思うか？

	症例数	%
思わない	6,228	57.2
思う	3,839	35.2

表 56 質問 6. 日常生活で実際に介護者がいるか？

	症例数	%
いない	4,996	45.9
いる	4,335	39.8

表 57 質問 6-1. (介護者がいる人のみ) 主な介護者は？

	症例数	%
配偶者	4,996	62.5
子供	1,001	21.1
子供の配偶者	485	10.2
親	47	1.0
親族	84	1.8
その他	160	3.4

表 58 質問 6-2-1. (介護者がいる人のみ) 主な介護者の年齢は？

	症例数	%
39 歳以下	298	6.1
40～49 歳	671	13.6
50～59 歳	1,146	23.3
60～69 歳	1,347	27.4
70～79 歳	1,200	24.4
80 歳以上	256	5.2

表 59 質問 6-2-2. (介護者がいる人のみ) 主な介護者の性別は？

	症例数	%
男	920	22.4
女	3,182	77.6

表 60 質問 7. 介護保険の申請をしたか？

	症例数	%
していない	6,300	57.9
した	3,343	30.7

表 61 質問 7-1. (介護保険申請をしなかった人のみ) その理由は？

	症例数	%
必要ない	5,186	85.5
39 歳以下で資格がない	32	0.5
申請の仕方がわからない	393	6.5
その他	455	7.5

表 62 質問 7-2. (介護保険申請をした人のみ) ランクは？

	症例数	%
自立	494	13.3
要支援	228	6.2
要介護度 1	577	15.6
要介護度 2	577	15.6
要介護度 3	448	12.1
要介護度 4	560	15.1
要介護度 5	550	14.8
不明 (申請中その他)	272	7.3

表 63 質問 7-3. (介護保険申請をした人のみ) 在宅サービスは受けているか？

	症例数	%
受けていない	3,990	75.2
受けている	1,319	24.8

表 64 質問 8. 現在 (平成 12 年 9 月) の居住地

	症例数	%
自宅	7,952	73.0
子供の家	381	3.5
両親の家	36	0.3
親戚の家	16	0.1
病院	1,093	10.0
老人ホーム	38	0.3
特別養護老人ホーム	124	1.1
老人保険施設	329	3.0
その他	146	1.3

表 65 質問 9. 医療費の実費負担（月）

	症例数	%
0 円	1,016	9.3
2,000 円以下	2,625	24.1
2,001～5,000 円	2,439	22.4
5,001～10,000 円	1,524	14.0
10,001～20,000 円	726	6.7
20,001～50,000 円	474	4.4
50,001～100,000 円	671	6.2
100,001 円以上	235	2.2

表 66 質問 10. 医療費を除く介護費の実費負担（月）

	症例数	%
0 円	4,103	37.7
2,000 円以下	593	5.4
2,001～5,000 円	796	7.3
5,001～10,000 円	746	6.8
10,001～20,000 円	715	6.6
20,001～50,000 円	802	7.4
50,001～100,000 円	471	4.3
100,001 円以上	141	1.3

班会議での重要決定事項

平成 12 年度第 1 回班会議

日時：平成 12 年 6 月 16 日

場所：国立循環器病センター新館講堂

- 1) 二次調査（追跡調査アンケート調査）の用紙と送付する手紙の内容について
- 2) 二次調査（追跡調査アンケート調査）の開始と終了時期および提出期限について

平成 12 年度第 2 回班会議

日時：平成 13 年 2 月 9 日

場所：国立循環器病センター新館講堂

1) 基本方針

本研究で得られた知見は広く国内外に発表し、脳卒中医学ならびに医療の発展に貢献する必要がある。

2) 班としての報告や発表

厚生省へ報告し（平成 13 年 4 月）、早期に英文あるいは和文雑誌へ投稿する。

3) 本研究データを用いた発表に関する取り決め

班としての論文を作成後、研究参加施設から本研究データを用いた論文執筆あるいは学会発表の要望がある場合、解析データの一貫性をまもるために、企画時点で事務局に連絡し、班員ならびに協力者の同意を得ることが必要である。Authorship は事務局と相談する。また、発表に際して、下記研究グループ名を必ず明記する。

4) 研究グループ名

和文：脳梗塞急性期医療の実態に関する研究グループ

英文：Japan Multicenter Stroke Investigators' Collaboration: J-MUSIC

5) 各施設のデータをその施設の所属者が発表あるいは報告することに関しては、特に事務局に届ける必要はない。

6) 今後、追加解析のための調査を行う可能性がある。たとえば、登録症例を t-PA 認可のための historical control とする可能性があるので、そのときは各施設のご協力をお願いしたい。

7) 研究論文を数多く出したり、二次調査（アンケート調査）の解析を続けるために、新たな班会議などを立ち上げる必要がある。

8) NIHSS スコア 42 点などの高得点は原則としてありえないので、少なくとも、深昏睡例や四肢麻痺例では失調の点を減じる処理をする。

協力施設名一覧 (平成 12 年 5 月現在) 敬称略

施設名	担当者	診療科
北海道地区		
市立小樽第二病院	村井 宏	脳神経外科
市立釧路総合病院	森本 繁文	脳神経外科
市立札幌病院	野中 雅	脳神経外科
市立函館病院	丹羽 潤	脳神経外科
岩見沢市立総合病院	金子 貞男	脳神経外科
王子総合病院	柏原 茂樹	脳神経外科
大川原脳神経外科病院	井上 慶俊	脳神経外科
大西病院	相澤 希	脳神経外科
小樽脳神経外科病院	竹田 正之	脳神経外科
釧路脳神経外科病院	斉藤 孝次	脳神経外科
禎心会病院	徳田 禎久	脳神経外科
札幌麻生脳神経外科病院	斉藤 久壽	脳神経外科
新さっぽろ脳神経外科病院	中川 俊男	脳神経外科
手稲溪仁会病院	布村 充	脳神経外科
中垣脳神経外科病院	中垣 陽一	脳神経外科
中村記念病院	中川原 譲二	脳神経外科
函館脳神経外科病院	戸島 雅彦	脳神経外科
北斗病院	井出 渉	脳神経外科
星が浦病院	鈴木 進	脳神経外科
留萌市立総合病院	川原 孝久	脳神経外科
東北地区		
岩手医科大学医学部	小川 彰	脳神経外科
石巻赤十字病院	北原 正和	脳神経外科
岩手県立中央病院	関 博文	救命医療部 (脳神経外科)
公立気仙沼総合病院	関 薫	脳神経外科
財団法人大原総合病院附属大原医療センター	安孫子 尚	脳神経外科
財団法人広南会広南病院	甲州 啓二	脳神経外科
財団法人宮城厚生協会泉病院	今田 隆一	脳神経外科
白河厚生総合病院	永山 徹	脳神経外科
市立酒田病院	藤森 清	脳神経外科
伸裕会渡辺病院	椎名 蔵造	脳神経外科
仙石病院	新妻 博	脳神経外科
十和田市立中央病院	畑中 光昭	脳神経外科
古川市立病院	大庭 正敏	救命救急センター (脳神経外科)
山形市立病院済生館	佐藤 荘	脳神経外科
岩手医科大学医学部	紺野 衆	神経内科
岩手県立中央病院	田村 乾一	神経内科
岩手県立宮古病院	高橋 弘明	神経内科
北上済生会病院	渡辺 活見	神経内科
八戸日赤病院	鈴木 一	神経内科
盛岡日赤病院	石橋 靖宏	神経内科

	施設名	担当者	診療科
関東地区	川崎市立井田病院	早川 功	神経内科
	湘南鎌倉総合病院	川田 純也	神経内科
	医療法人社団仁愛会海老名総合病院附属東病院	滝沢 俊也	神経内科
	聖マリアンナ医科大学	高橋 洋一	神経内科
	東海大学	篠原 幸人	神経内科
	徳洲会茅ヶ崎徳洲会病院	亀井 徹正	神経内科
	日本医科大学	片山 泰朗	第二内科
	平塚市民病院	宮崎 宏道	脳神経センター
	松和会池上総合病院	佐藤 修	脳神経外科
	横浜南共済病院	桑名 信匡	脳神経外科
	県立足柄上病院	山下 俊紀	脳神経外科
	公立昭和病院	内潟 雅信	神経内科
	筑波記念病院	小林 栄喜	脳神経外科
	獨協医科大学	平田 幸一	神経内科
	都立神経病院	広木 昌彦	神経内科
	成田赤十字病院	加藤 誠	脳神経外科
	社会保険横浜中央病院	佐々木 淳	脳神経外科
	鉄蕉会亀田総合病院	西野 洋	神経内科
	東京女子医科大学脳神経センター	堀 智勝	脳神経外科
	船橋市立医療センター	唐澤 秀治	脳神経外科
	足利赤十字病院	奈良 昌治	神経内科
	大田原赤十字病院	白井 俊孝	神経内科
	慶應義塾大学病院	福内 靖男	神経内科
	国立病院東京医療センター	森田 陽子	神経内科
	埼玉医科大学	島津 邦男	神経内科
	東京女子医科大学	内山 真一郎	神経内科
	東京都済生会中央病院	高木 誠	神経内科
	東京都多摩老人医療センター	濱本 真	神経内科
	日本鋼管病院	村松 和浩	神経内科
	水戸赤十字病院	小原 克之	神経内科（第1内科）
	杏林大学	小池 秀海	第一内科
	国立病院東京災害医療センター	高里 良男	脳神経外科
	佐々総合病院	平塚 秀雄	脳神経外科
	聖麗会聖麗メモリアル病院	河野 拓司	脳神経外科
	東京都保険医療公社南部地域病院	小池 順平	脳神経外科
	都立荏原病院	横地 正之	神経内科
	都立府中病院	三木 啓全	脳神経外科
	日本医科大学多摩永山病院	志村 俊郎	脳神経外科
	武蔵野赤十字病院	綿引 定清	神経内科
	公立阿伎留病院	前村 栄治	脳神経外科
	北里大学医学部	北原 孝雄	救命救急医学
	徳寿会相模原中央病院	山下 晃平	脳神経外科

	施設名	担当者	診療科
中部地区	清水市立病院	尾内 一如	脳神経外科
	市立半田病院	中根 藤七	脳神経外科
	親和会八千代病院	井上 孝司	脳神経外科
	聖隷三方原病院	宮本 恒彦	脳神経外科
	総合大雄会病院	船越 孝	脳神経外科
	町立浜岡総合病院	永田 淳二	脳神経外科
	トヨタ記念病院	中村 太郎	脳神経外科
	長野赤十字病院	斎藤 隆史	脳神経外科
	浜松労災病院	三宅 英則	脳神経外科
	福井赤十字病院	徳力 康彦	脳神経外科
	稲沢市民病院	五島 一征	内科
	大垣市民病院	渡辺 幸夫	内科
	岐阜県立多治見病院	亀山 隆	神経内科
	国立名古屋病院	奥田 聡	第二神経内科
	総合病院静岡赤十字病院	岡部 多加志	神経内科
	中部労災病院	榊原 敏正	神経内科
	名古屋掖済会病院	馬淵 千之	神経内科
	焼津市立総合病院	酒井 直樹	神経内科
	三之町病院	斎藤 豊	神経内科
近畿地区	関西労災病院	梶山 幸司	神経内科
	京都第二赤十字病院	山本 康正	神経内科
	国立循環器病センター	峰松 一夫	内科脳血管部門
	国立循環器病センター	成富 博章	内科脳血管部門
	在日本南ブレスピテリアン・ミッション淀川クリス教病院	宮下 孟士	脳血管内科
	市立泉佐野病院	小川 眞	神経内科
	天理よろづ相談所病院	橋本 修治	神経内科
	錦秀会阪和記念病院	奥 憲一	内科
	彦根市立病院	種田 二郎	神経内科
	兵庫県立姫路循環器病センター	田淵 正康	神経内科
	星ヶ丘厚生年金病院	半田 伸夫	内科
	医療法人栄昌会吉田病院	吉田 耕造	脳神経外科
	啓信会京都きづ川病院	山上 達人	脳神経外科
	国保橋本市民病院	西口 孝	脳神経外科
	国立京都病院	塚原 徹也	脳神経外科
	たちばな会西岡病院	西岡 平	整形外科
	西宮協立脳神経外科病院	大村 武久	脳神経外科
	日本橋病院	米田 俊一	脳神経外科

	施設名	担当者	診療科
中・四国 地区	宇部興産中央病院	福迫 俊弘	神経内科
	川崎医科大学	藤井 千穂	救急医学
	呉共済病院	金久 禎秀	内科
	国立呉病院	山田 淳夫	神経内科
	国立浜田病院	佐々木 清博	内科
	済生会境港総合病院	粟木 悦子	神経内科
	財団法人倉敷中央病院	山尾 哲	神経内科
	社会保険下関厚生病院	由村 健夫	脳神経内科
	近森会近森病院	山崎 正博	内科
	山口県立中央病院	平田 郁雄	内科
	おさか脳神経外科病院	苧坂 邦彦	脳神経外科
	香川労災病院	藤本 俊一郎	脳神経外科
	幡多けんみん病院	森本 雅徳	脳神経外科
	国立下関病院	今村 純一	脳神経外科
	財団法人操風会岡山旭東病院	吉岡 純二	脳神経外科
	総合病院松山市民病院	角南 典生	脳神経外科
	徳島県立中央病院	本藤 秀樹	脳神経外科
	麻植協同病院	浅野 登	脳神経外科
九州地区	荒尾市民病院	山口 安広	神経内科
	飯塚病院	藤井 直樹	神経内科
	永富脳神経外科病院	森 美由紀	神経内科
	大牟田市立総合病院	中山 顕児	脳神経外科
	北九州市立八幡病院	辻村 雅樹	脳神経外科
	球磨郡公立多良木病院	益満 務	脳神経外科
	熊本市民病院	橋本 洋一郎	神経内科
	熊本労災病院	和田 邦泰	神経内科
	熊本脳神経外科病院	池田 順一	神経外科
	高邦会高木病院	弓削 龍雄	脳神経外科
	小倉記念病院（社会保険）	西川 方夫	脳神経外科
	国立病院九州医療センター	鴨打 正浩	脳血管内科
	済生会熊本病院	米原 敏郎	神経内科
	新別府病院	今居 裕淑	神経内科
	聖マリア病院（雪ノ聖母会総合病院）	竹迫 仁則	脳血管内科
	垂水中央病院	上村 光平	神経内科
	西有田共立病院	石井 善智	内科
	厚地脳神経外科病院	厚地 政幸	脳血管内科/外科
	同仁会牧角記念病院	牧角 泰治	内科/外科

参 考 資 料 4

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

(厚生科学研究 主任研究者:萩野 浩)

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総合）研究報告書

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

主任研究者 萩野 浩 （社）日本整形外科学会

研究要旨 平成10年～平成13年4年間に国内すべての整形外科施設を対象とした大腿骨頸部骨折調査を行った。その結果、158,925例が登録された。重複例を削除し、最終的に35歳以上の155,216例の解析が可能であった。患者数は80～84歳が最も多く、高齢者ほど軽微な外傷により、屋内で受傷する傾向があった。観血的治療が94%の症例で行われ、その内訳は、内側骨折では人工骨頭置換が73%を占め、外側骨折では98%の症例で骨接合術が施行されていた。初期治療に要した入院期間は平均56日で、経年的に短縮傾向にあった。また定点観測による治療の詳細と機能予後および生命予後を調査した。その結果、確定症例4,183例が登録され、全症例の94%で手術が施行されていた。ADL自立度の調査では56.2%の症例が骨折前に自立していたが、1年後には38.9%が自立し17.3ポイントの低下を認めた。1年後生存率は80歳を超えると悪化傾向が見られた。

分担研究者

阪本 桂造・昭和大学 教授

中村 利孝・産業医大 教授

原因として社会的に注目されていると同時に、今後わが国の人口構成が高齢化するのにもない、患者数のさらなる増加が予測されるため、医療経済的にも重要な疾患に位置づけられている。

A. 研究目的

整形外科外傷患者の治療に携わっている医療スタッフは、日々の診療で骨粗鬆症関連骨折、中でも大腿骨頸部骨折患者数が急増していることを感じている。大腿骨頸部骨折は寝たきりの

わが国において大腿骨頸部骨折は初期治療から社会復帰をゴールとするリハビリテーション全般に至るまで、整形外科医によって一貫した治療が行われている。したがって社会的・医療

経済的に重要な位置を占める大腿骨頸部骨折全例が整形外科医の関与を受けている。

そこで（社）日本整形外科学会では平成 11 年～13 年度の 3 年間の骨折例を対象に、大腿骨頸部骨折に関する全国規模での疫学調査を行ってきた。本疫学調査は 2 つの内容に分かれる。一つは大腿骨頸部骨折発生頻度、受傷機序および治療法に関する全国調査で、もう一方は特定の大腿骨頸部骨折治療施設を対象にした、治療の詳細と機能予後および生命予後に関する定点観測調査である。

これらの調査は厚生労働科学研究費補助金による平成 12～14 年度寿科学総合研究事業によって遂行された。これに加えて、平成 10 年骨折例にも同様の調査を施行しており、本研究報告書ではその結果を含めて、経年的な調査結果を述べる。

B. 研究方法

I. 大腿骨頸部骨折発生頻度と治療状況の全国調査

1. 調査対象施設

日本整形外科学会より認定された全国の研修施設および臨床整形外科有床診療所を調査対象とした。平成 10 年、11 年、12 年、13 年に調査を依頼した認定研修施設は、それぞれ 2,270 施設、2,264 施設、2,312 施設、2,291 施設であった（表 1）。また臨床整形外科有床診療所はそれぞれ 1,529 施設、1,430 施設、1,512 施設、1,493 施設であった。

2. 調査期間および対象骨折

対象の医療機関を受診した患者の中で、平成 10 年～平成 13 年に受傷した大腿骨頸部骨折（大腿骨近位端骨折）の患者を解析対象とした。調査は毎年行い、1 年ごとに患者を登録した。ただし

1998 年のみ上半期と下半期に分けて調査を行った。

対象期間の対象骨折のうち、再骨折例は対象としたが、偽関節等による再手術例は除外した。

3. 調査項目

調査対象施設に対して、調査用紙（参考資料 1）を郵送し、調査期間中の全対象骨折について調査・記載を依頼した。

骨折型に関しては、内側骨折、外側骨折の記載を依頼した（骨頭骨折は除外し、転子下骨折は外側骨折に含めた）。

受傷原因は 1. 寝ていて・体を捻って、2. 立った高さからの転倒、3. 階段・段差の踏み外し、4. 転落・交通事故、5. 記憶無し、6. 不明、オ. おむつ骨折に分類した。ベッドからの落下は「2. 立った高さからの転倒」に、自転車での転倒は「4. 転落・交通事故」に含めた。「5. 記憶無し」は本人に受傷時の記憶が無い場合、「6. 不明」はカルテに記載が無い等で原因が分からない、痴呆のため確認できない場合である。「1. 寝ていて・体を捻って」のうち、寝たきり症例の介護に際しておむつを当てたり清拭をしたりした時に骨折を起こした症例は「オ. おむつ骨折」として、別に記載を依頼した。

治療法に関して「保存的治療」と「観血的治療」とに分け、観血的治療例では「置換（人工骨頭（関節）置換術）」、「接合（骨接合術）」に分類した。

入院期間はすべての施設で記入を依頼したが、解析に当たっては骨折後から入院までの期間が 20 日以下の症例のみについて入院日数を計算した。これは転院後の症例や再手術症例を除くためである。

登録された症例は、イニシャル、性別、生年月日、骨折日の情報から、重複登録症例をコンピュータ処理によって削除した。

Ⅱ. 大腿骨頸部骨折の定点観測結果

1. 定点観測施設の選定

全国より大腿骨頸部骨折（以下頸部骨折）治療に造詣の深い施設を160施設選定し定点観測調査に調査を依頼し、158施設が調査施設として選択された（参考資料2）。選定に当たっては地域的な偏りを避けるため各医科大学・医学部整形外科学教室より協力を求めた上で、委員会独自の判断で定点観測医療施設を選定した。定点観測医療施設の都道府県別分布を表2に示す。

2. 調査項目

調査は定点観測調査票を各医療施設に送付して記入を依頼した。調査内容は骨折時の同居の有無、受傷年月日、入院年月日、退院年月日、受傷場所、退院後の状況、退院転帰、治療方法、骨折前・1年後の日常生活動作（ADL）、1年後の生死、術前合併症、骨折既往である（参考資料3）。（発生頻度全国調査と重複する結果については省略する。）

C. 研究結果

Ⅰ. 大腿骨頸部骨折発生頻度と治療状況の全国調査

1. 回収率

調査対象施設のうち47～55%（平均50.9%）の回答が得られた（表1）。

2. 患者数

認定研修施設より148,764例、臨床整形外科診療所より10,161例、合計158,925例の登録があった。生年月日およびイニシャルに基づいて重複症例3,709例が削除され、最終的に35歳以上の症例は155,216例であった（表3）。調査年ごとの解析患者平均年齢は1998年78.7歳、1999年

79.2歳、2000年79.4歳、2001年79.6歳と経年的に高齢化していた（表4）。

性別は男性32,861例、女性121,514例（性別不明841例）で、受傷側は右が75,363例、左が78,655例（受傷側記載なし1,198例）で、調査を行った1998年～2001年まですべて左側例が右側例よりも多かった（表5）。左右両側骨折例は1,368例（0.89%）認めた。

3. 性・年齢階級別発生頻度

性・年齢階級別の患者数では、男性は80-84歳が5,848例と最も多く、次いで75-79歳が5,018例で多かった。女性では80-84歳が27,551例、85-89歳が27,763例と多く、80-89歳の患者が全体の46%を占めていた（表6、図1）。

4. 骨折型別患者数

骨折型別では内側骨折が66,880例、外側骨折が86,558例（骨折型不明1,778例）で、外側骨折の患者数が多かった（表3）。年齢階級別の患者数は、内側骨折では80-84歳でピークとなっているのに対し、外側骨折は85-89歳で最も患者数が多かった（表6、図2）。内側骨折は70歳代前半までは外側骨折患者よりも多いが、70歳代後半からは外側骨折の方が多くなり、高齢になると外側骨折が多くを占めるようになっていた。

5. 骨折日

受傷月別の患者数では1月が15,027例と最も多く、次いで10月の13,496例、11月の13,475例と多かった。調査期間を通じて冬季に多発し、夏期に少ない傾向が見られた（図3）。

6. 受傷の場所

受傷の場所は屋内での受傷が101,486例、屋外が37,709例と屋内での受傷が大半を占め、90

歳以上の超高齢者では85%以上が屋内での受傷例であった(表7)。男性に比較して女性で屋内受傷が多かった。

7. 受傷原因

受傷の原因は立った高さからの転倒が107,910例と最も多く、超高齢者ほど軽微な外傷が原因となっていた(表8)。介護時に発生するおむつ骨折は、全症例中272例(0.25%)に認められた。

8. 治療法

治療法に関する調査結果では、内側骨折・外側骨折でそれぞれ93.2%、94.0%に観血的治療が選択されていた(表9)。このうち内側骨折では人工骨頭置換術が44,766例(73.1%)に、骨接合術が16,067(26.2%)に施行されていた。外側骨折では97.5%で骨接合術が選択されていた。

9. 入院期間

全症例の平均入院期間は1998年54.8日、1999年58.5日、2000年55.9日、2001年53.4日であった(表10)。このうち1998年は調査を上半期・下半期に分けて行ったため、他の調査年と入院期間を直接比較が出来ない。したがって、1999年から2001年まで経年的に入院期間が短縮していると考えられる。

骨折型別では外側骨折の入院期間がそれぞれ54.8日、58.4日、56.0日、53.5日で、内側骨折は56.0日、58.6日、55.8日、53.2日で、経年的にいずれの骨折型でも入院期間の短縮が見られたが、骨折型による差はなかった。内側骨折について手術法別に入院期間を比較すると、人工骨頭置換群が平均56.4日、骨接合群が59.2日で、治療法による明らかな差はなかった。

年齢群別に入院期間を比較すると、90歳未満が平均56.3日であるのに対して、90歳以上では平均51.6日で、90歳未満群の入院期間が長かった。

II. 大腿骨頸部骨折の定点観測結果

1. 調査票回収率と確定登録数

定点観測指定病院158施設に調査票を送り、78施設(49.4%)から回答を得、1施設当たり回収調査票10件から180件(平均53.6件)、全登録数4,183件、平均身長150.2±9.1cm(n=2,677)、体重46.2±9.65kg(n=2,722)であった(表11)。

2. 患者性別と年齢

確定した全登録は、男性870名・女性3,148名・性別不明165名の4,183名で、女性の占める割合は総数中75.3%・不明例を除けば78.3%と圧倒的に女性が多く、平均年齢は男性73.2歳・女性80.3歳と女性が男性より年齢が高かった(表12)

3. 年齢階級・性別および骨折型別患者数

骨折型別では内側骨折が1,630件、外側骨折が2,039件(不明514件)であった。年齢階級別の症例数は、内側骨折では男性で80～84歳・女性でも同様に80～84歳にピークとなっているのに比し、外側骨折では男性80～84歳と内側骨折と同じであるが女性は内側骨折より平均5歳年齢が遅れ85歳～89歳で最も患者数が多かった(表13)。

4. 骨折時の生活状況

骨折時の生活状況を調べた「骨折時の暮らし」調査結果を表14に示すが、一人暮らしの高齢者が569名(15.4%)おり、家族と同居している者

が 869 名 (24.3%) に過ぎず、その他 2,230 名 (60.3%) は老人ホーム・老健施設・介護施設・病院など、何らかの介助を要する施設入所者であった。

5. 受傷からの各種日数

受傷から各種項目までの日数は表 15 に示すが、受傷日が同定されている症例で受傷より整形外科入院までの日数は 6 日程度、入院から 10 日ほどで手術に至り、手術から 2 ヶ月ほどで退院していた。

6. 受傷場所

どのような所で外傷機転があり頸部骨折が起きていたかを調べた結果が表 16 である。解析回答数 4,094 件中、自宅での受傷が 1,916 名 (46.8%) と最も多く、一般病院 338 名 (8.3%)、以下老人保健施設 280 名 (6.8%)・特別養護老人ホーム 272 名 (6.6%) と続くが、どこかに入院(所)中の受傷が 1,246 名 (30.4%) あった。

7. 退院転帰と退院先

回答空白であった 542 件を除外した回答合計 3,641 件の退院転帰調査では、3,280 名 (90.1%) が軽快となり、192 名 (5.3%) が不変、169 名 (4.6%) が死亡していた。

3,949 件の退院先(状況)は、1,948 名 (49.3%) が自宅へ帰り、療養型病床群へ 690 名 (17.5%)、特別養護老人ホームへ 366 名 (9.3%)、老人保健施設へ 306 名 (7.8%) などであった(表 17)。

8. 治療方法と手術術式

治療方法は、空白 548 件を除いた回答合計 3,635 件中 3,414 名 (93.9%) において手術的治療が選択され、非手術は 220 名 (6.1%) であった。非手術例 220 名の退院時転帰を調べると、記

載の無いのが 36 件で、軽快した者 70 名、不変が 80 名、死亡した者 33 名、その他 1 名であった。なお死亡例の内訳は表 18 に示す如く男性においてやや外側骨折が多いが女性ではあまり差がなく、老健施設や病院など何等かの介助を受ける施設での頸部骨折発生が解析人数 29 名中 16 名 (55.2%) であった。また死亡例は合併症を多く有し、女性の外側骨折において平均 4.2 疾患があった。

解析可能であった内側骨折手術例及び外側骨折の術式別手術法一覧を表 19 に示すが、内側骨折においては人工骨頭置換術が 1,028 名 (70.1%) と最も多く、次いでスクリュー固定が 304 名 (20.7%) と人工骨頭置換術が最も好んで使用された。外側骨折は CHS スクリューが 1,215 名 (64.4%)、ガンマネールが 397 名 (21.0%) と続き、エンダー釘は 60 名 (3.2%) に止まっていた。

9. 骨折前の ADL 自立度

頸部骨折に関する定点観測調査の最も重要な調査である ADL 自立度について述べる。解析可能回答合計 4,119 件、解析除外空白例 64 件をもとに骨折前の ADL 自立度を調べた。「交通機関等を利用して外出する」完全自立状態であったのは 1,245 名 (30.2%)、「隣近所へなら外出する」助力を要しない自立度であったのは 1,072 名 (26.0%)、と頸部骨折を受傷した 56% の人達の受傷前は、自立し活動性が比較的高かったといえる。「介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する」720 名 (17.5%) を加えれば、頸部骨折例は 73.7% となり比較的元気な人達であったことが伺える(表 20)。

10. 治療1年後のADL自立度

治療1年後の予後調査（一部1年未満の症例も含む）では回答合計3,402件中、2,994名（88.0%）が生存し、407名（12.0%）が死亡していた。1年後のADL自立度調査結果を表21に示した。完全自立である「交通機関等を利用して外出する」は798名（22.5%）と外傷前より7.7ポイント低下、「隣近所へなら外出する」は580名（16.4%）とこれも9.6ポイント低下、一方「介助により車いすに移乗する」は367名（10.4%）と6.4ポイント増加し、明らかに自立度の低下と介護度の増加が認められた。

手術前後のADL自立度を前期高齢者と後期高齢者に分け、個々の自立度変化の比較を示したものが表22である。621名の前期高齢者で術後に術前と同じADLが完全自立である1を維持した人は39.6%で1より低下した人は13.0%また不明が2.6%。解析可能であった3,179名の後期高齢者で術後に1を保持できた人は30.0%・1より低下した人11.0%・不明1.9%。術前高齢者の2から1へ改善した人が前期高齢者で0.6%、後期高齢者で0.8%・術前と同じ2のレベルに留まっていた人は前期高齢者で10.3%・後期高齢者で13.1%、2よりADLが低下した人は前期高齢者で8.4%・後期高齢者で14.2%・不明が前期高齢者で1.3%・後期高齢者で3.1%。レベル3から2や1と改善した人は前期高齢者で0、後期高齢者で0.4%・現状維持であった人は前期高齢者で5%・後期高齢者で7.9%・ADLが低下した人は前期高齢者で3.7%・後期高齢者で8.7%・不明が各々1.9と2.8%、と術前のADLレベルが低い例であっても改善された例があった。改善した人が占める割合は前期高齢者で1.2%、後期高齢者で1.7%であった。

11. 術前の合併症

頸部骨折例の術前合併症を調べたものが、表23である。頸部骨折症例は実際にはもっと合併症を有していると考えられるが、解析可能4,115件中合併症なしが451名（11.0%）、その他は何かの合併症を有しており、その他回答が多くやや正確さに欠けるが回答を寄せられた中で高血圧が182名（4.4%）と最も多かった。

12. 骨折の既往歴

骨折の既往歴調査では、骨折の既往のない者が2,870名（73.9%）、脊椎圧迫骨折を有する者が295名（7.6%）、反対側の頸部骨折既往のある者が264名（6.8%）と、頸部骨折の既往を有する人達の頸部骨折発生率の増加が伺えた（表24）。

13. 頸部骨折と死亡率

頸部骨折患者は合併症を多く有するためか、頸部骨折患者の死亡率が高い印象を受ける。

非手術221名のうち予後調査が完備していた169名を調べると、114名は生存していたが、55名は死亡し、死亡率は32.5%であった。非手術例は、保存的療法が選択されたと考えるよりも手術不可能なほどリスクの悪い症例であったと考えられる。治療1年後の予後調査で記載の完備した3,401件より手術術式別死亡率を調べたものが表25で、術式だけを考えれば、人工骨頭置換術7.1%、人工股関節置換術7.1%、スクリュー固定7.8%が死亡率7%台と低く、次いでエンダー釘と続き、総平均死亡率は10.3%であった。

14. 頸部骨折1年後の生存率

次に頸部骨折受傷年齢での1年後生存率を表26に示した。生存率の最低は95歳時の47.4%で、

80 歳超で生存率低下傾向を示した。なお 39 から 40 歳時の生存率低下は高度外傷が示唆された。

D. 考察

わが国の国民医療費は 29 兆 8251 億円（平成 10 年度）に達し、今後限られた医療費を最も有効に用いる必要があるのは論を待たないところである。最近の調査結果によれば、大腿骨頸部骨折の急性期のみの治療費に年間約 1,300 億円を要していると概算されている。今後人口構成の高齢化にともなって本骨折患者が増加し、現在と同じ治療費を要すると仮定すると、25 年後にはその急性期治療に約 3,000 億円が必要となると予想される。このように本骨折は医療経済的に将来さらに重要な位置を占めることが予想されている。

大腿骨頸部骨折の発生がわが国では欧米に比べて少ないことはこれまでのいくつかの疫学調査から明らかとなってきた。また欧米ではその発生率の増加が報告されている。しかしながら、全国規模での本骨折の調査は少なく、また受傷原因や受傷場所、入院期間などに関する調査は行われていない。このような背景から、本研究はわが国における大腿骨頸部骨折発生の現状を把握し、受傷状況を明らかにすることで、本骨折予防の手段を得ることとした。また継続的に同様の調査を行うことで、大腿骨頸部骨折患者の発生状況から治療に関する経年的な変化を明らかにすること計画した。さらに定点観察調査によって、本骨折患者の機能予後および生命予後についての情報を得ることを期待した。

発生頻度全国調査の特長は整形外科治療専門施設を対象に調査を行ったことであり、これはわが国では初めての試みである。調査対象とした施設のうち、約半数の施設で患者登録が行わ

れ、登録患者数は国内で発生した全大腿骨頸部骨折患者の 4～5 割の症例を把握している計算となる。よって本研究結果はわが国における本骨折発生の現状を示しているものと考えられる。

大腿骨頸部骨折は加齢とともに発生率が上昇し、80 歳以上で指数関数的に増加する。これに対して患者数自体は 80 歳代が全体の 46% を占め、この年代が最も多かった。これは各年齢群の人口に起因すると考えられる。したがって今後わが国において 90 歳以上の超高齢者数が増加すれば、この年齢群での発生率が極めて高いことを考え合わせ、90 歳以上の患者数が急増することが予想される。

骨折型別の発生率は、70 歳代前半までは内側骨折の発生率が外側骨折よりも高値であるが、70 歳代後半から外側骨折の方が高値となっていた。これは内側骨折に比べて外側骨折が骨量減少とより関連が深く、高齢となり骨粗鬆症が進行した症例では、外側骨折が発生することが多いためである。今後高齢化がさらに進行すれば、内側骨折よりも外側骨折の増加が著しくなると予想される。

治療についての調査結果では約 94% の症例で手術的治療が選択されていた。この結果によれば、わが国全体では年間に約 85,000 件の大腿骨頸部骨折手術が行われていることになる。

大腿骨頸部骨折の機能予後については、前期高齢者よりも後期高齢者の方が悪化を認めたが、それでも機能を維持している症例が 40% 以上見られた。この事実は本骨折発症によって必ずしも全症例において身体機能が著しく低下するわけではなく、適切な整形外科治療によって、ADL が維持されうることを示している。

生命予後は加齢とともに悪化していたが、特に 80 歳を超えた症例で低下していた。今後わが国ではさらに高齢化が進行し、80 歳代後半や 90 歳

代の骨折症例の増加が予想されている。このような超高齢骨折患者に対する初期治療からリハビリテーションまでの一貫した治療法の確立が必要である。また骨折予防の重要性も再認識される必要があろう。

世界的視野で見ると、1990年に全世界で166万人の大腿骨頸部骨折が発生したと概算されており、2050年には730万から2130万人に達し、このうちの45%がアジア地域に集中すると予測されている。日本の将来推計人口に基づいて推計すると、わが国においても今後20年間に患者数が約2.5倍に増加すると予想される。大腿骨頸部骨折患者の増加とその対応は、わが国を含めたアジア地域全体での今世紀の重要な問題である。

E. 結 論

大腿骨頸部骨折の患者数は80歳台がその大半を占め、高齢となるに従い外側骨折の比率が高まる。高齢者ほど屋内で軽微な外傷が原因で受傷する。冬季に発生率が高く、左側に多い。本骨折の治療はほとんどの症例で手術療法が行われていた。入院期間は平均56日で、経年的に短縮傾向を認め、90歳以上症例群の方が90歳

未満の群より短い傾向にあった。ADL自立度の調査では56.2%の者が骨折前に自立していたが、1年後には38.9%が自立し17.3ポイント低下していた。各年齢における1年後生存率は80歳を超えると悪化傾向を示した。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 日整会誌 74(7): 372-377, 2000
- 2) 日整会誌 75(7): 387-402, 2001
- 3) 疫学・骨・関節・靱帯 15(2): 105-112, 2002
- 4) 骨粗鬆症関連骨折の疫学と対策.
Medical Practice 19(10): 1699-1702, 2002
- 5) 骨粗鬆症に伴う大腿骨頸部骨折.
CLINICIAN 49(5・6): 31-35, 2002

2. 学会発表

わが国における大腿骨頸部骨折の疫学と将来予測. 第75回日本整形外科学会.

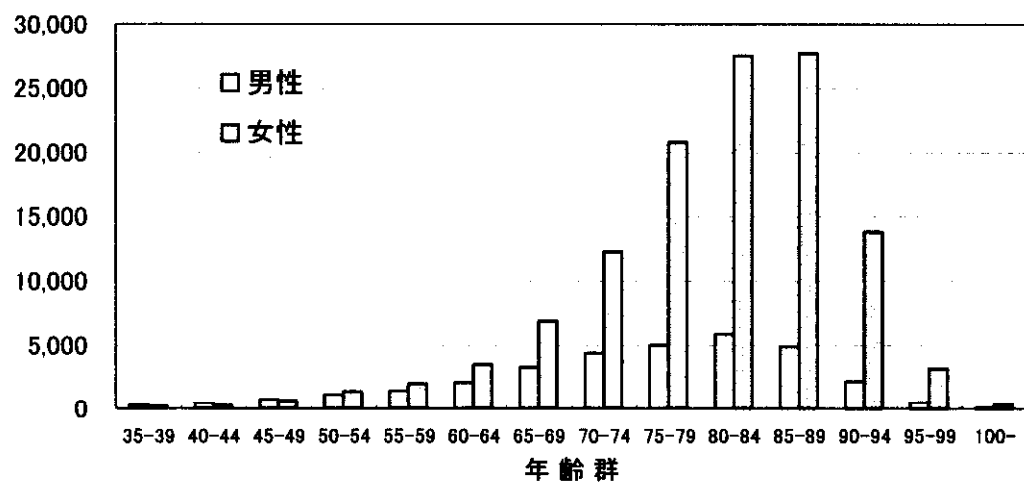


図1 性・年齢階級別患者数（1998-2001年発生例）

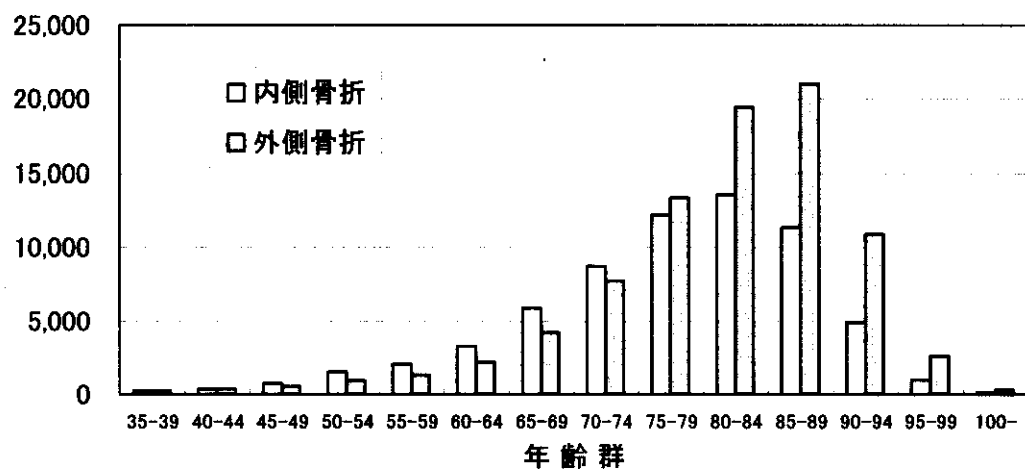


図2 骨折型・年齢階級別患者数（1998-2001年発生例）

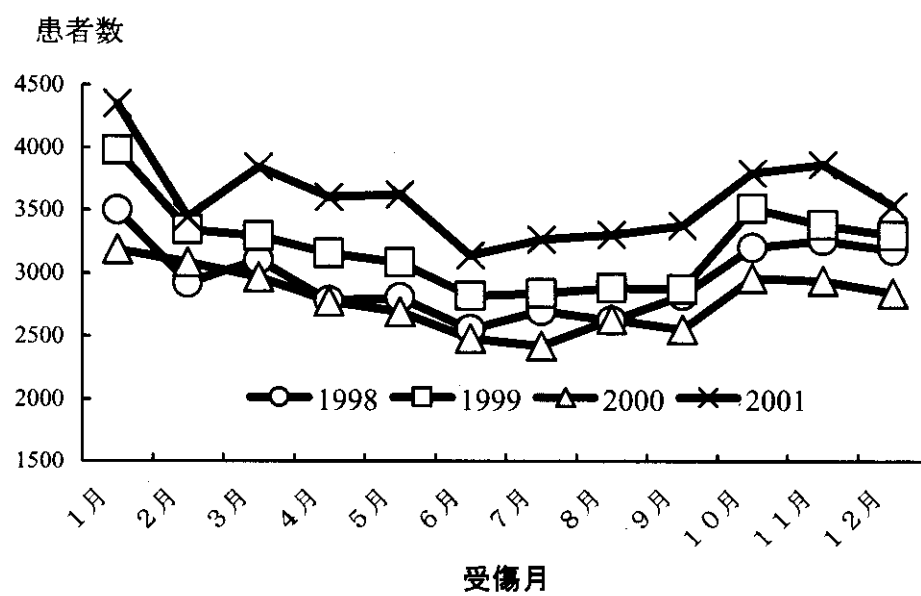


図3 受傷月別の患者数

表 1. 発生頻度全国調査対象施設と回答率

	1998 年		1999 年		2000 年		2001 年	
	施設数	回答率	施設数	回答率	施設数	回答率	施設数	回答率
認定研修施設	2,270	53.7%	2,264	55.6%	2,312	46.0%	2,291	51.5%
臨床整形外科施設	1,529	40.5%	1,430	54.4%	1,512	48.5%	1,493	55.4%
計	3,799	48.4%	3,694	55.1%	3,824	47.0%	3,784	53.0%

表 2 定点観測対象病院の都道府県別分布

都道府県	観測病院	都道府県	観測病院	都道府県	観測病院	都道府県	観測病院
北海道	6	千葉	3	奈良	2	香川	2
青森	2	東京都	14	滋賀	2	愛媛	2
秋田	2	神奈川	10	京都	5	高知	2
山形	2	山梨	4	兵庫	7	福岡	8
岩手	2	静岡	7	大阪	7	佐賀	2
宮城	2	長野	1	和歌山	2	長崎	2
福島	2	富山	3	岡山	1	熊本	2
新潟	2	石川	3	広島	3	大分	2
群馬	2	福井	2	鳥取	2	宮崎	2
栃木	4	愛知	3	島根	1	鹿児島	2
茨城	6	岐阜	4	山口	3	沖縄	2
埼玉	5	三重	2	徳島	2	合計	158

表3 発生頻度と治療状況の全国調査 登録患者数

調査年	総 数 ¹⁾	男性 ²⁾	女性 ²⁾	内側骨折 ³⁾	外側骨折 ³⁾
1998	36,226	7,761	28,275	15,767	20,111
1999	40,069	8,556	31,253	17,208	22,362
2000	34,452	7,351	26,889	14,878	19,159
2001	44,469	9,193	35,097	19,027	24,926
合計	155,216	32,861	121,514	66,880	86,558

1) 35 歳以上の全骨折症例 2) 性別不明例を除く 3) 骨折型不明例を除く

表4 調査年ごとの平均年齢

	1998 年	1999 年	2000 年	2001 年
内側骨折	76.5	76.9	77.2	77.3
外側骨折	80.5	80.7	81.0	81.1
全 体	78.7	79.2	79.4	79.6

(35 歳以上)

表5 受傷側別患者数

	1998 年	1999 年	2000 年	2001 年	計
右	17,552	19,375	16,786	21,650	75,363
左	18,379	20,253	17,458	22,565	78,655
両側	153 (0.43%)	378 (0.95%)	364 (1.06%)	473 (1.07%)	1,368 (0.89%)
不明	295	441	208	323	1,267

表6 年齢階級別患者数

年齢	全骨折型		内側骨折		外側骨折		男女比	外側/内側
	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
35-39	303	202	103	131	192	70	0.7	1.12
40-44	448	255	163	166	276	88	0.6	1.11
45-49	704	640	313	451	379	177	0.9	0.73
50-54	1,120	1,333	507	1,002	598	316	1.2	0.61
55-59	1,414	1,985	630	1,437	762	526	1.4	0.62
60-64	2,090	3,524	906	2,373	1,156	1,107	1.7	0.69
65-69	3,256	6,878	1,439	4,398	1,780	2,409	2.1	0.72
70-74	4,383	12,268	1,828	6,911	2,509	5,233	2.8	0.89
75-79	5,018	20,813	2,015	10,177	2,938	10,441	4.1	1.10
80-84	5,848	27,551	2,227	11,352	3,546	15,889	4.7	1.43
85-89	4,923	27,763	1,657	9,695	3,211	17,785	5.6	1.85
90-94	2,178	13,813	674	4,233	1,482	9,419	6.3	2.22
95-99	458	3,161	135	837	314	2,288	6.9	2.68
100-	45	347	10	97	35	248	7.7	2.64
年齢不明	673	981	145	561	204	740		
合計	33,157	120,910	12,926	53,470	19,799	66,156		

(性別不明例を除く)

表7 受傷場所の比較

	90歳未満			90歳以上			合計
	男性	女性		男性	女性		
屋内	15,062	70,099	(70.9%)	1,997	14,328	(85.2%)	101,486
屋外	13,439	21,430	(29.1%)	577	2,263	(14.8%)	37,709

(年齢および性別不明例を除く)

表8 受傷原因

	90 歳未満			90 歳以上			合計
	男性	女性		男性	女性		
寝ていて・体を捻って	420	2,039	2.0%	51	449	2.6%	2,959
立った高さからの転倒	17,616	74,701	73.4%	2,031	13,562	82.3%	107,910
階段・段差の踏み外し	2,107	7,924	8.0%	145	802	5.0%	10,978
転落・交通事故	6,650	6,886	10.8%	200	454	3.5%	14,190
記憶無し	291	1,566	1.5%	21	241	1.4%	2,119
不明	963	4,637	4.5%	108	886	5.2%	6,594
おむつ骨折（重複あり）	31	189	0.23%	4	48	0.35%	

表9 治療法の内訳

	内側骨折		外側骨折	
保存	4,438	6.8%	5,128	6.0%
観血	61,228	93.2%	80,393	94.0%
人工骨頭置換術	44,766	73.1%	1,446	1.8%
骨接合術	16,067	26.2%	78,416	97.5%
手術法不明	395	0.6%	531	0.7%

(骨折型不明例を除く)

表 1 0 調査年ごとの入院日数

	1998 年*	1999 年	2000 年	2001 年
全 例	54.8 (1-353)	58.5 (1-363)	55.9 (1-360)	53.4 (1-364)
外側骨折	54.8	58.4	56.0	53.5
内側骨折	56.0	58.6	55.8	53.2
人工骨頭置換例	55.9	58.3	56.7	54.6
骨接合例	61.2	63.6	58.3	53.7
90 歳未満例	56.0	59.1	56.2	54.0
90 歳以上例	49.4	54.1	53.0	49.9

値は平均日数（日）

*1998 年は調査を上半期・下半期に分けて行ったため、他の調査年と直接比較が出来ない。

表 1 1 定点観測結果回答率

	発送施設数	回答施設数	回答率(%)
定点観測指定病院	158	78	49.4

表 1 2 定点観測症例内訳

	例数	%	年齢	範囲
確定症例数	4,183	100	78.7±12.6	0～99
男性	870	20.8	73.2±15.6	0～100
女性	3,148	75.3	80.3±10.4	6～99
不明	165	3.9	79.5±13.2	9～99

表 1 3 定点観測登録症例の年齢階級・性別および骨折型別患者数

年齢（歳）	全骨折数型		内側骨折型		外側骨折型	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
35－39	7	7	4	6	3	1
40－44	12	9	6	6	6	3
45－49	20	11	12	8	8	3
50－54	33	27	8	25	25	2
55－59	29	38	13	26	16	12
60－64	42	91	25	65	17	26
65－69	100	160	43	97	57	63
70－74	112	282	53	160	59	122
75－79	106	499	47	264	59	235
80－84	134	631	55	266	79	365
86－89	99	647	34	214	65	433
90－94	51	326	18	116	33	210
95－99	29	124	11	36	18	88
100－	1	0	0	0	1	0

表 1 4 骨折時暮らし

理由	人数	%
一人暮らし	569	15.4
同居人（家族）	897	24.3
その他（施設入所）	2,230	60.3
回答合計	3,696	100
空白（記載なし）	487	

表 1 5 各日数

	受傷から入院の日数	入院から手術の日数	手術から退院までの日数
日数	6.3±31.1	10.5±30.7	58.5±55.2
症例数（人）	4,073	3,916	4,016

表 1 6 受傷場所

	人数	%
自宅	1,916	46.8
一般病院	338	8.3
老人保健施設	280	6.8
特別養護老人ホーム	272	6.6
療養型病床群	179	4.4
施設	96	2.3
老人ホームなど	81	2.0
その他	838	20.5
不明	94	2.3
回答合計	4,094	100.0
記載空白	89	(2.1)

表 1 7 退院先 (状況)

	人数	%
自宅	1,948	49.3
療養型病床群	690	17.5
特別養護老人ホーム	366	9.3
老人保健施設	306	7.8
施設	122	3.1
一般病院	72	1.8
老人ホームなど	72	1.8
その他	128	3.2
不明	245	6.2
回答合計	3,949	100.0
空白	234	(5.6)

表 1 8 非手術死亡例

	人数	平均 年齢	骨折時の暮らし状況				内側骨折		外側骨折	
			独居	家庭	施設	不明	人数	合併症数	人数	合併症数
男性	12	82.6	3	2	5	2	3	3.3	9	2.7
女性	20	86.4	2	6	11	1	9	3.6	11	4.2
性不明	1	87.0	—	—	—	1	(1)	2	(1)	

表 1 9 治療法

	内側骨折 (人数)	1,809 名 (%)	外側骨折	2,285 名 (%)
非手術	103	6.6	114	5.7
手術的治療	1,467	93.4	1,886	94.3
エンダー釘	1	0.1	60	3.2
スクリュー	304	20.7	18	1.0
ガンマネール	4	0.3	397	21.0
CHS	62	4.2	1,215	64.4
プレート	0	0	0	0
人工骨頭置換	1,028	70.1	23	1.2
人工股関節置換	13	0.9	0	0
その他	42	2.9	158	8.4
手術法不明	13	0.9	15	0.8
治療法不明	239		285	

表 2 0 骨折前の ADL 自立度

	人数	%
1. 交通機関等を利用して外出する.	1,245	30.2
2. 隣近所へなら外出する.	1,072	26.0
3. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する.	720	17.5
4. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている.	607	14.7
5. 車いすに移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う.	223	5.4
6. 介助により車いすに移乗する.	165	4.0
7. 自力で寝返りをうつ.	24	0.6
8. 自力で寝返りもうたない.	23	0.6
9. 不明	36	0.9
その他	4	0.1
回答合計	4,119	100.0
空白	64	(1.5)

表 2 1 1年後の ADL 自立度

	人数	%
1. 交通機関等を利用して外出する.	798	22.5
2. 隣近所へなら外出する.	580	16.4
3. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する.	530	15.0
4. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている.	407	11.5
5. 車いすに移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う.	354	10.0
6. 介助により車いすに移乗する.	367	10.4
7. 自力で寝返りをうつ.	64	1.8
8. 自力で寝返りもうたない.	71	2.0
9. 不明	363	10.2
その他	11	0.3
回答合計	3,545	100.0
空白	638	(15.3)

表 2 2 前期・後期高齢者の術前・後における ADL 比較

術前後の ADL 変化	前期高齢者 (65～75 歳)		後期高齢者 (75～100 歳)	
	人	%	人	%
「1」を維持	246	39.6	955	30.0
「1」より低下	81	13.0	356	11.0
「1」不明	16	2.6	59	1.9
「2」から改善	4	0.6	27	0.8
「2」を維持	64	10.3	416	13.1
「2」より低下	52	8.4	452	14.2
「2」不明	8	1.3	98	3.1
「3」から改善	0	0.0	2	0.1
「3」を維持	31	5.0	250	7.9
「3」より低下	23	3.7	275	8.7
「3」不明	12	1.9	88	2.8
「4」から改善	4	0.6	17	0.5
「4」を維持	22	3.5	163	5.1
「4」より低下	19	3.0	228	7.1
「4」不明	3	0.5	58	1.8
「5」から改善	0	0.0	4	0.1
「5」を維持	15	2.4	85	2.7
「5」より低下	8	1.3	64	2.0
「5」不明	1	0.2	22	0.7
「6」から改善	0	0.0	5	0.1
「6」を維持	8	1.3	78	2.5
「6」より低下	1	0.2	6	0.2
「6」不明	0	0.0	15	0.5
「7」から改善	0	0.0	3	0.1
「7」を維持	0	0.0	3	0.1
「7」より低下	0	0.0	1	0.0
「7」不明	0	0.0	4	0.1
「8」から改善	0	0.0	1	0.0
「8」を維持	0	0.0	6	0.2
「8」不明	0	0.0	2	0.1
「9」から改善	1	0.2	3	0.1
「9」不明	2	0.3	5	0.2
	621	100.0	3,179	100.0

注：「自立度」は前述した分類を参考のこと。

表 2 3 術前の合併症 (分析可能回答合計 4,115 件、除外空白 68 件)

合併症	人数	%	合併症	人数	%
0. なし	451	11.0	9. アレルギー性疾患	1	0.02
1. 高血圧	182	4.4	10. 神経疾患	144	3.5
2. 心疾患	92	2.2	11. 老人性痴呆	144	3.5
3. 呼吸器疾患	60	1.5	12. 視力障害	45	1.1
4. 肝疾患	19	0.5	13. OA	36	0.9
5. 腎疾患	28	0.7	14. RA	29	0.7
6. 消化器疾患	107	2.6	15. 骨粗鬆症	79	1.9
7. 内分泌疾患	54	1.3	16. その他	2,636	64.1
8. 血液疾患	8	0.2	回答合計	4,115	100.0
			空白	68	(1.6)

表 2 4 骨折既往歴

骨折名	人数	%	骨折名	人数	%
0. なし	2,870	73.9	4. 大腿骨頸部骨折	264	6.8
1. 前腕骨折	59	1.5	5. その他	346	8.9
2. 脊椎圧迫骨折	295	7.6	回答合計	3,883	100.0
3. 上腕骨頸部骨折	49	1.3	空白	300	(7.2)

表 2 5 手術項目別 1 年後死亡率

手術項目	生存数	死亡数	全数	死亡率 (%)
1. エンダー釘	54	6	60	10.0
2. スクリュー	309	26	335	7.8
3. ガンマネール	350	73	423	17.3
4. CHS	1,008	138	1,146	12.0
5. プレート	—	—	—	—
6. その他	202	21	223	9.4
7. 人工骨頭	1,115	85	1,200	7.1
8. 人工関節	13	1	14	7.1
合計	3,051	350	3,401	平均 10.3

表 2 6 受傷時年齢毎の術後 1 年生存率

年 齢	生 存	死 亡	生存率 (%)
0	1	0	100.0
6	1	0	100.0
7	1	0	100.0
13	1	0	100.0
14	1	0	100.0
16	4	0	100.0
17	3	0	100.0
18	1	0	100.0
19	3	0	100.0
20	3	0	100.0
23	1	0	100.0
24	3	0	100.0
26	2	0	100.0
27	2	0	100.0
28	2	0	100.0
29	1	0	100.0
30	2	0	100.0
32	4	0	100.0
33	1	0	100.0
34	3	0	100.0
35	4	0	100.0
36	1	0	100.0
37	2	0	100.0
38	1	0	100.0
39	5	1	83.3
40	5	1	83.3
41	5	0	100.0
43	5	0	100.0

年 齢	生 存	死 亡	生存率 (%)
44	3	0	100.0
45	2	0	100.0
46	5	0	100.0
47	4	0	100.0
48	6	0	100.0
49	13	0	100.0
50	15	0	100.0
51	9	2	81.8
52	8	0	100.0
53	9	0	100.0
54	11	0	100.0
55	12	0	100.0
56	13	0	100.0
57	15	0	100.0
58	14	0	100.0
59	18	1	94.7
60	13	1	92.9
61	27	2	93.1
62	17	2	89.5
63	24	3	88.9
64	35	1	97.2
65	34	0	100.0
66	46	3	93.9
67	47	1	97.9
68	45	0	100.0
69	69	4	94.5
70	58	2	96.7
71	47	2	95.9

年 齢	生 存	死 亡	生存率 (%)
72	79	4	95.2
73	53	13	80.3
74	64	8	88.9
75	81	2	97.6
76	99	11	90.0
77	108	7	93.9
78	105	10	91.3
79	127	8	94.1
80	96	15	86.5
81	119	21	85.0
82	128	20	86.5
83	116	20	85.3
84	136	24	85.0
85	121	19	86.4
86	117	31	79.1
87	105	23	82.0
88	125	15	89.3
89	93	21	81.6
90	84	15	84.8
91	64	16	80.0
92	45	18	71.4
93	35	10	77.8
94	28	8	77.8
95	9	10	47.4
96	10	5	66.7
97	11	2	84.6
98	10	2	83.3
99	28	4	87.5

平成 13 年 大 腿 骨 頸 部 骨 折 に 関 す る 調 査

参考資料1

御協力をお願い：平成13年1月1日～平成13年12月31日に受傷し貴院を受診した大腿骨頸部(近位部)骨折患者について、記入例をご参照の上
ご記入下さい。なお罹患率の正確な推計を期するため、患者の有無にかかわらず、ご返送下さるようお願い致します。

大腿骨頸部骨折新患： なし あり () 名 内訳 (男 名/女 名)

No	イニシャル		性別	生年月日		骨 折 日		初 診 日		左右		骨折型		受傷の場所		受傷原因		治療法		入院期間	
例	Y (姓)	K (名)	♂ <u>♀</u>	M・T・S 14 年 1 月 1 日		2 月	1 日	2 月	1 日	<u>右</u> 左	<u>内側</u> 外側	<u>屋内</u> 屋外	1	<u>2</u>	3	4	5	6	才	保 <u>観</u> (<u>置換</u> ・ <u>接合</u>)	2 月 1 日～ 4 月 1 日
1			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
2			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
3			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
4			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
5			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
6			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
7			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
8			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
9			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
10			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
11			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
12			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
13			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
14			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
15			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
16			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日
17			♂ ♀	M・T・S 年 月 日		月	日	月	日	右 左	内側 外側	屋内 屋外	1	2	3	4	5	6	才	保・観 (置換・接合)	月 日～ 月 日

骨折型 内側：Cervical fracture 外側：Trochanteric fracture

受傷原因 1. 寝ていて・体を捻って (才、おむつ骨折) 2. 立った高さからの転倒 3. 階段・段差の踏み外し 4. 転落・交通事故 5. 記憶無し
6. 不明 治療法 置換：人工骨頭置換術、接合：骨接合術 入院期間 退院日は現在入院中の症例は記載不要です

連絡先 〒683-8504 米子市西町36-1

鳥取大学整形外科内
日整会骨粗鬆症委員会事務局

Tel:0859-34-8115

Fax:0859-34-8093

貴病院名： _____

参考資料2

日整会骨粗鬆症委員会選定定点観測病院一覧

No.	医療機関名	No.	医療機関名
1	市立釧路総合病院	43	山梨県立中央病院
2	函館中央病院	44	越谷市立病院
3	滝川市民病院	45	栃木県南総合病院
4	釧路赤十字病院	46	下館市民病院
5	市立稚内病院	47	川崎市立川崎病院
6	北見赤十字病院	48	済生会宇都宮病院
7	弘前記念病院	49	神奈川県立厚木病院
8	青森市民病院	50	富士市立中央病院
9	中通総合病院	51	東京医大霞ヶ浦病院
10	山本組合総合病院	52	多摩丘陵病院
11	済生会山形済生病院	53	東京女子医科大学
12	市立酒田病院	54	東大和病院
13	岩手医科大学附属病院	55	松井病院
14	岩手県立大船渡病院	56	東京都立荏原病院
15	仙台市立病院	57	大森赤十字病院
16	石巻赤十字病院	58	大和市立病院
17	白河厚生総合病院	59	久我山病院
18	星総合病院	60	藤沢市民病院
19	新発田病院	61	横須賀北部共済病院
20	中条中央病院	62	湘南病院
21	群馬県立心臓血管センター	63	裾野赤十字病院
22	碓氷病院	64	国際親善総合病院
23	上三川病院	65	横浜総合病院
24	宇都宮社会保険病院	66	東海大学病院
25	獨協医科大学病院	67	東海大学附属大磯病院
26	猿島赤十字病院	68	韮崎市立病院
27	筑波学園病院	69	市川大門町立病院
28	県西総合病院	70	諏訪赤十字病院
29	大宮赤十字病院	71	豊科赤十字病院
30	獨協医科大学附属越谷病院	71	富山赤十字病院
31	埼玉社会保険病院	73	富山労災病院
32	公務員共済組合立川病院	74	国立金沢病院
33	君津中央病院	75	石川県立中央病院
34	成田赤十字病院	76	金沢医科大学病院
35	公立阿伎留病院	77	北陸中央病院
36	社会福祉法人慈生会病院	78	公立丹南病院
37	上尾中央総合病院	79	つるが泉ヶ丘病院
38	大野中央病院	80	磐田市立総合病院
39	東京都老人医療センター	81	藤枝市立総合病院
40	東京都多摩老人医療センター	82	半田市立半田病院
41	中野総合病院	83	袋井市立袋井市民病院
42	河北総合病院	84	公立陶生病院
85	辞退	128	大田市立病院
86	藤田保健衛生大学	129	周東総合病院
87	土岐市立総合病院	130	都志見病院
88	旭労災病院	131	国立療養所高松病院
89	多治見市民病院	132	内海病院
90	岐阜県立下呂温泉病院	133	徳島県立中央病院
91	高山赤十字病院	134	健康保険鳴門病院

92	山田赤十字病院	135	宇和島社会保険病院
93	国立三重中央病院	136	伊予病院
94	済生会御所病院	137	土佐市民病院
95	辞退	138	中村市民病院
96	長浜市立長浜病院	139	九州労災病院
97	聖隷三方原病院	140	福岡整形外科病院
98	京都第一赤十字病院	141	白十字病院
99	京都第二赤十字病院	142	福岡徳洲会病院
100	協立病院	143	門司労災病院
101	阪和第二泉北病院	144	済生会福岡総合病院
102	馬場記念病院	145	聖マリア病院
103	清恵会病院	146	西尾整形外科病院
104	武田総合病院	147	佐賀県立病院好生館
105	洛西シミズ病院	148	医療法人整肢会 副島整形外科病院
106	関西医科大学附属病院	149	長崎県立島原温泉病院
107	関西医科大学附属香里病院	150	聖フランシスコ病院
108	大和高田市民病院	151	熊本機能病院
109	P L 病院	152	公立玉名中央病院
110	ベルランド総合病院	153	中村病院
111	草津総合病院	154	健康保険南海病院
112	蘇生会総合病院	155	宮崎市郡医師会病院
113	和歌山県立医科大学附属病院	156	宮崎社会保険病院
114	紀南総合病院	157	県立大島病院
115	県立淡路病院	158	出水郡医師会立阿久根市民病院
116	県立柏原病院	159	中部徳洲会病院
117	宝塚市立病院	160	那覇市立病院
118	小野市民病院		
119	神野病院		
120	光輝病院		
121	倉敷中央病院		
122	難波病院		
123	中国労災病院		
124	厚生連広島総合病院		
125	清水病院		
126	済生会境港病院		
127	石川島播磨重工業健康保険組合播磨病院		

大腿骨頸部骨折ケースカード

病院コード	□□□□	生年月日	(M, Y, S, D) □□年□□月□□日
患者名(姓, 名のイニシャル)	□□	性別	1. 男 2. 女 骨折時の身長 cm 体重 kg
受傷原因	1. 寝ていて体を捻った 2. 立った高さからの転倒 3. 階段・段差の踏み外し 4. 転落 5. 交通事故 6. 記憶無し 7. オムツ骨折 8. Spontaneous fracture 9. 不明 (1. のうち軽たまり介護でオムツ当てや清拭時の骨折は7. にも印を付ける。)		
骨折時1人暮らしだったか	1. 一人暮らし 2. 同居 (上たる介護人:)		
受傷年月日	平成□□年□□月□□日		
入院年月日	平成□□年□□月□□日	手術年月日	平成□□年□□月□□日
退院年月日	平成□□年□□月□□日	(死亡退院は死亡日)	
受傷場所	1. 自宅 2. 施設 (1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 療養型病床群等 4. 一般病院) 3. 老人ホームなど 4. その他 5. 不明		
転倒	1. 屋内 2. 屋外 3. 不明		
退院後状況	1. 自宅 2. 施設 (1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 療養型病床群等 4. 一般病院) 3. 老人ホームなど 4. その他 5. 不明		
退院転帰	1. 軽快 2. 不寛 3. 死亡		
骨折側	1. 左 2. 右	骨折型	1. 内側 2. 外側
転位	1. 有 2. 無		
治療方法	(1. 手術 2. 非手術)		
手術	(使用器械: 1. エンダー釘 2. スクリュー 3. ガンマナール 4. CHS 5. プレート 6. その他 ()) 7. 人工骨頭 8. 人工股関節		
骨折前のADL自立度	1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する 3. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 4. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている (1. 生存 2. 死亡)		
1年後のADL自立度	5. 車いすに移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う 6. 介助により車いすに移乗する 7. 自力で寝返りをうつ 8. 自力では寝返りもうたない 9. 不明		
術前の合併症 (複数回答可)	0. 無し 1. 高血圧 2. 心疾患 3. 呼吸器疾患 4. 肝疾患 5. 腎疾患 6. 消化器疾患 7. 内分泌疾患 8. 血液疾患 9. アレルギー性疾患 10. 神経疾患 11. 老人性痴呆 12. 視力障害 13. OA 14. RA 15. 骨粗鬆症 16. その他		
骨折既往歴	0. 無し 1. 腕肘骨折 2. 脊椎圧迫骨折 3. 上肢骨頸部骨折 4. 大腿骨頸部骨折 5. その他 ()		

日本整形外科学会・骨粗鬆症委員会 事務局 Tel 03-3784-8543

〒142-8606 品川区旗の台1-5-8 昭和大学医学部整形外科 代表 阪本桂造

参 考 資 料 5

転倒の疫学

(日本老年医学界雑誌 vol.40 No.2 2003)

転倒の疫学

鈴木 隆雄

日本老年医学会雑誌 第40巻 第2号 別刷

総 説

転倒の疫学

鈴木 隆雄

Key words: 転倒後症候群, 歩行速度, 運動介入, 転倒外来, ヒッププロテクター

(日老医誌 2003; 40: 85-94)

緒 言

高齢期における疾病の特徴は筋・骨格系の有訴率が著しく高いことであり, それはまた高齢者での健康と自立の阻害要因のひとつとなっている。平成10年度の国民生活基礎調査¹⁾によれば, 65歳以上の高齢者で最も高い有訴者率(在宅者で自覚症状のある者で人口千対で表す)は腰痛(201.0)であり, 次いで手足の関節痛(152.3), そして肩こり(133.8)といずれも筋骨格系の痛みが上位を独占しているのである。

このなかで, 筋・骨格系の有訴, すなわち痛みを生みだしてゆく原因として変形性関節症そして骨粗鬆症があげられる。特に人口の高齢化とともに, 骨粗鬆症は急増し, それにともなって高齢者の骨折もまたほかの高齢期慢性疾患を凌駕する勢いで増加している。骨粗鬆症により生ずる骨折としては, 脊椎骨折, 橈骨遠位端骨折, 上腕骨近位端骨折, そして大腿骨頸部骨折などがあげられる。

これらの骨折, 特に橈骨遠位端, 上腕骨近位端, そして大腿骨頸部での骨折の直接の発生機転は, いずれも転倒という現象である。さらに, 骨粗鬆症性骨折のなかで最も重い骨折である大腿骨頸部骨折は, その90%以上が転倒によって生ずるとされている。橈骨遠位端骨折においても前方への転倒がその発生機転であり, 上腕骨近位端もまた転倒が前提である。このようにしてみると, 加齢に伴う骨量の低下や骨梁の脆弱性などはもちろんその前提として存在するが, 骨折発生における最も重要かつ直接的必要条件として転倒があげられることに異論はないであろう。すなわち, 骨粗鬆症がいかに進行していても, 転倒が起きないかぎり(少なくとも前記3種類の)骨折は発生しない, という1点に集約される。

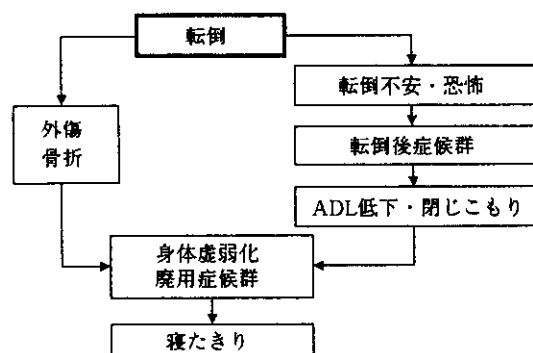


図1 転倒のもたらすさまざまな影響

さらに加えて, 最近, 高齢者の健康については生活機能の維持と自立が重視されるようになってきたが, この点においても転倒はまた重大な影響を及ぼす。すなわち, 高齢期における転倒は単に骨折のみならず, 一度(あるいは数度)の転倒を経験すると, その後の転倒に対する恐怖心から, 日常生活動作能力(ADL)を低下させ, 日々の生活空間と活動範囲を狭めてしまう危険性が大きく, いわば高齢期のQOLを著しく低下させ, 「寝たきり」とさせる可能性も少なくないのである(図1)。したがって転倒に対しては, 今後, 我が国の高齢者特有の病態の一つとして重大な関心を払い, 早急な予防対策を講じなければならない状況になっている。

転倒は, 何らかの原因により姿勢制御が不能になった場合, すなわち身体の正常位置が企図に反して大きくズレた場合に, 姿勢反射で対応しえない結果発生する現象である。

最近, 調査方法や項目を標準化し, 地域の在宅高齢者を対象とした全国規模での転倒の年間発生率に関する調査がなされている²⁾。それによると, 65歳以上の在宅高齢者における1年間での転倒発生率は, はほぼ20%程度となっている。

転倒の原因あるいは危険因子はさまざまに複雑であ

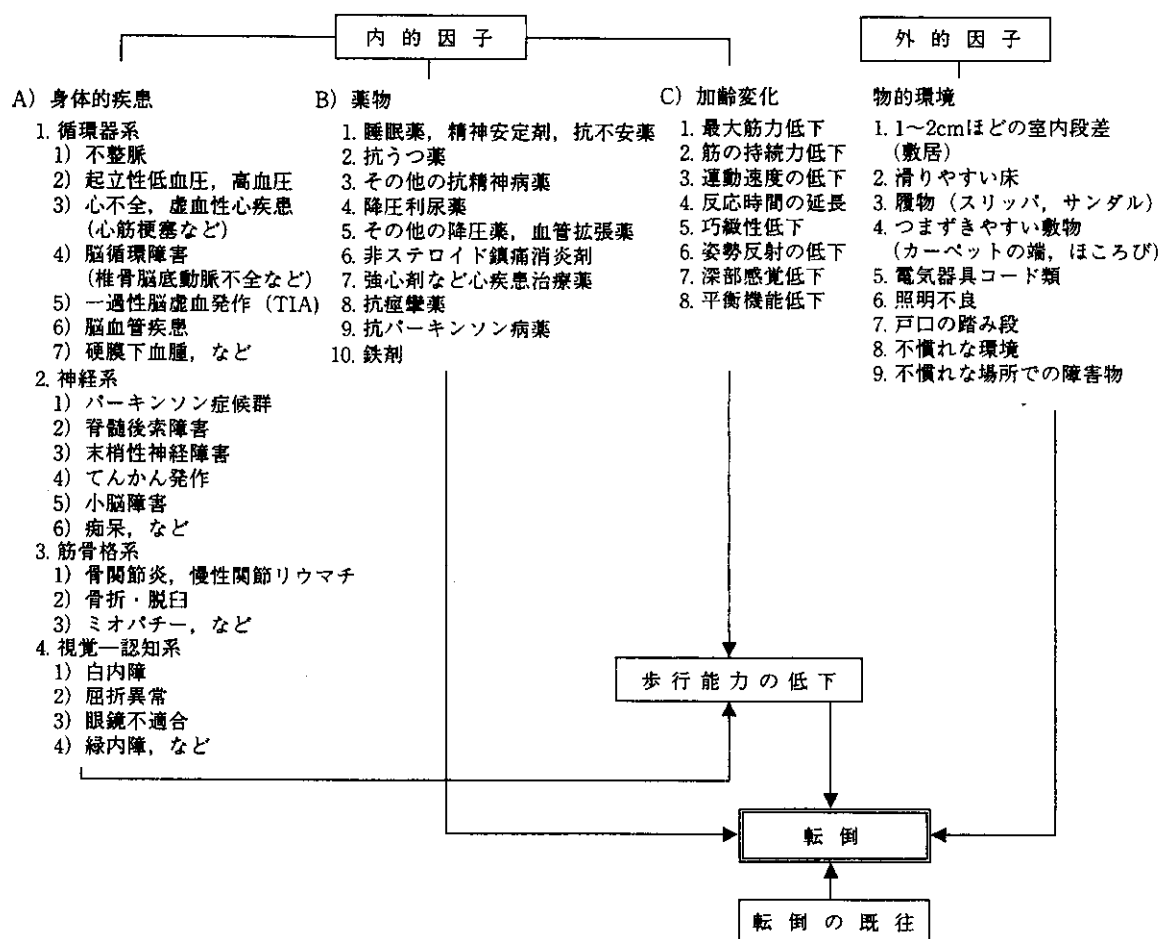


図2 転倒の主なリスクファクター

る。それは、高齢期の転倒が、老化や老年病、さらには物的環境など多種多様の要因が相互に関連しているからである。図2は転倒の危険因子を、身体的要因を主とする内的要因と生活環境要因を主とする外的要因とに大別して列記したものであるが、ここではそれぞれの主要因について述べておく。

転倒原因 (1) 内的要因

(1) 年齢

転倒は年齢が増すにつれ転倒の発生も増加し³⁾, それに伴って転倒による骨折の発生率もまた増加することが、我が国の都市部高齢者の縦断研究において確認されている⁴⁾。また、人口動態統計から我が国における転倒による死亡者数についても1989年、1997年のいわば定点調査でみると、この約10年間で約1.5倍と明らかに増加し、特に60~80歳代にかけての増加が著しい。

(2) 転倒の既往

転倒の既往、特に過去1年間での転倒経験はその後の転倒に対するきわめて強い予知因子であることが、国内

外のいくつかの研究から立証されている^{5)~7)}。

筆者らの行なっている地域在宅高齢者を対象とするコホート研究による転倒発生要因の研究の結果の中でも、特に「過去の転倒経験」は、その後の転倒に関するきわめて強い予知因子であることが明らかとなっている⁸⁾。この研究においては、「過去1年間の転倒経験」が、他のさまざまな要因の影響をコントロールしても、複数回転倒に対するオッズ比が3.8 ($p < 0.0001$) と、すべての要因のなかで最も強い値を示しており、在宅高齢者での転倒発生 (ひいては骨折の発生) の重要な予知因子であることが示された。転倒経験はきわめて簡単な問診によって得られる情報であり、容易に転倒・骨折ハイリスク者を把握できる可能性が本研究からうかがえよう。

いずれにせよ、一度転倒を経験した高齢者は必ず再転倒を起こすと考えてよいことを示している。転倒の原因は多種多様で複雑であるが、それらの要因の総和として発生する転倒は、それ自体が再度の転倒への最も強力な危険因子となっているのである。さらに、転倒を繰り返すということは、生理的な老化に加え、複数の疾患の累

表1 転倒予防の運動介入に関する FICSIT の結果

介入項目	統合された転倒発生率 ¹⁾ (p 値)	統合された転倒発生率 ²⁾ (p 値)
複合的な運動	0.90 (0.04)	0.87 (0.12)
筋力強化	0.96 (0.59)	0.99 (0.94)
バランス練習	0.83 (0.03)	0.75 (0.01)
持久的有酸素運動	0.98 (0.87)	1.14 (0.62)
柔軟運動	0.93 (0.29)	1.08 (0.63)

1) 運動以外のすべての介入効果, 2) 運動以外の介入効果を除外 (文献 16 より改変)

積した影響であるとも考えられるので, 最近 6 カ月以内に複数回の転倒がある人は, 治療すべき原因を精査すべきと考えるべきである。

(3) 慢性疾患と服薬状況

高齢期では日常的動作中に特段の外力なしに起立姿勢保持の障害によって転倒が引き起されるが, その背景には往々にして, 循環器疾患, 神経系疾患, 歩行運動器疾患, 鎮静剤など薬物の服用の関与がある⁹¹⁻¹²⁾。

起立性低血圧や洞不全症候群などによる心拍出量の急性低下や, 脳循環血流の急性低下によって, 失神し転倒することがある。また, 咳や排尿・排便に伴う失神もある。視力は身体動揺の制御に重要な役割を演じている。白内障, 糖尿病性網膜症, 緑内障, 眼鏡不適合などにより, 視力が低下すれば転倒の危険が高まる。下肢の変形性関節症, 慢性関節リウマチなどの筋骨格系疾患により, 疼痛, 関節可動域制限があれば, 転倒しやすくなる。

さらに転倒原因として, 認知障害の側面もあり, 特に脳の障害による視空間認知障害は左片麻痺患者に伴うことの少なくないことが知られている。服薬に関しては, 特に鎮静剤睡眠薬, 抗うつ薬, 抗精神薬はバランス障害を起こし, 転倒の危険を高める。また, 降圧薬の効き過ぎは起立性低血圧を, 血糖降下薬の効き過ぎは低血糖発作をおこし, 転倒の危険を高める。一方, 強心薬, ステロイド薬, 非ステロイド性消炎鎮痛薬は薬剤そのものの作用よりも, その薬剤を使用しなければならない疾患自体が転倒の危険因子であると考えられている。したがって転倒と薬物服用の関連を論じるときには, 服薬を要する基礎疾患の病態もまた重視しなければならない。

(4) 身体機能に関連した要因

疾病によらない身体機能に関連した転倒の危険因子はいずれも加齢 (老化) に伴う機能の減衰にもとづくものであり, 反応時間の遅延, 筋力低下, バランス機能低下, 起居動作能力の低下, 視聴覚機能低下や深部知覚低下などの感覚障害, そして歩行機能の低下などである¹³⁾⁻¹⁵⁾。これらの加齢に伴う機能減衰は, 高齢者の転倒原因の大きな割合を占めていると考えられる。しかしこのような

加齢に伴う身体機能については, 筋力を中心とするトレーニングや普段からの身体の訓練によって低下を予防し, 時に機能の強化が可能である。すなわち, 身体機能は可変要因であることが重要な意味をもっている。

実際, 高齢者の転倒予防に対する有効な対策方法について大規模な多施設研究を行なったアメリカの FICSIT Study¹⁶⁾によれば, 転倒予防には筋力トレーニングを含む複合的運動およびバランス能力向上が最も有効とされており, 今後の取り組みの方向性を示唆しているといえよう (表 1)。

身体機能の維持向上は転倒予防に不可欠であることは明白であるが, 個別の要素に分けた身体機能よりも, むしろその総和として機能, 特に歩行能力はきわめて重要である¹⁷⁾¹⁸⁾。

先に述べた, 我が国での地域在宅高齢者におけるコホート研究からもまた, 通常歩行速度は, その後の転倒発生の予知因子となることが示された⁹⁾。これまでのいくつかの先行研究からも歩行速度が転倒と有意な関連を示していることが示され, 筆者らの研究でもそれが支持されている。後で詳しく述べるように, 地域高齢者を対象とした転倒予防のための介入研究においても, 歩行をとり入れたプログラムが知られており, それらはいずれも有意に転倒を減少させたと報告されている。

歩行能力の実測による確認は, 転倒経験の確認と同じように, 特別な機器を必要とせず, 受診者に過度の負担を強いることもなく, また検査時間もかからず, 検査のための特別の場所も必要はない。歩行能力検査はその意味で簡便であり, 高い精度で将来の転倒・骨折ハイリスク者をスクリーニングできる。きわめて重要であり, 転倒予防に対する有効性は大きいと考えられる。

転倒原因 (2) 外的要因

転倒を予防するためには, 物的環境, 特に住宅環境整備は際立って重要である。我が国の家庭内での高齢者の不慮の事故で, 最も多い事故状況は転倒であり, 全体の 60% 以上を占めている¹⁹⁾。

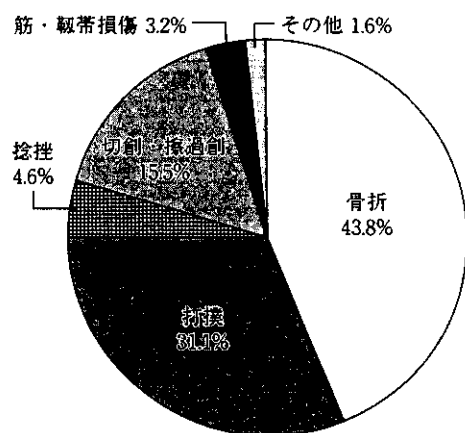


図3 傷害の種類 (文献19より引用)

さらに転倒事故の多くは小さな段差のある場所で起きている。敷居などの1~2cmの小さな段差こそ注意されなければならない。さらに、板間や廊下から畳への移行部、居間にある電気コード、カーベットの折れ端など数えあげればきりが無い。床面の材質(フローリングなどの滑りやすいもの)や履物(スリッパなど)なども注意が必要であるし、夜間などでの足下の照明などにも問題が存在する。

このような住宅内の物的環境に転倒をもたらす要因が多々潜んでいるのであるが、最大の問題点は、転倒のハイリスク者である高齢者自身が気づいていないという点にある²⁰⁾。転倒した高齢者では「不注意だった」、「体が動かなかった」など転倒を自分の身体責任に帰する傾向が一般的に強いといわれるが、第三者からみた場合、転倒の直接的原因のかなりの部分が住宅内の物的環境にあることは間違い無いであろう。

転倒による障害

転倒によってもたらされる障害はさまざまである。地域在宅高齢者における全国的な調査から、転倒により何らかのケガをした者の割合は、およそ62~74%となっている。そのなかで、最も多いのは打撲であり、次いでスリ傷やキリ傷となっている。骨折も決して少なくなく、8~17%を占めている²¹⁾。

東京都消防庁による家庭内救急事故の実態調査によれば、65歳以上の高齢者(11,935人)の事故のなかで転倒は63.4%と圧倒的に高い割合である(第2位は転落12.5%, 次いで異物・誤飲4.7%等である)¹⁹⁾。これら転倒高齢者における受傷の重症度別では2人に1人は中等症以上の受傷程度となっており、さらに傷害の種類では図3に示すように骨折が約44%と圧倒的に多くなって

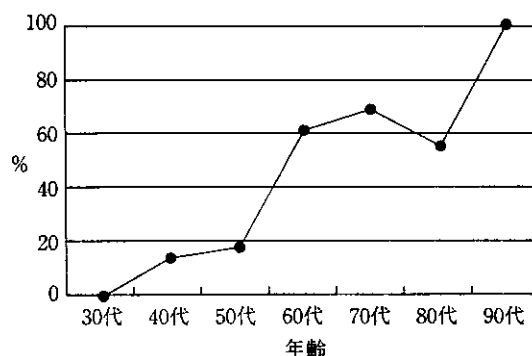


図4 加齢に伴う転倒による骨折の発生率の変化 (文献19より引用)

いる。転倒骨折の年齢別発生状況は図4に示したが、60代以上の者での転倒は骨折に至る事例が高くなっていることが明らかである。

転倒予防に対する戦略

転倒を予防するためには多くの危険因子、なかでも内的要因のうちの可変的因子および外的要因にあてはまる因子をひとつひとつ改善するしか方法はない。転倒予防に用いることができる改善可能な危険因子としては以下のようなものがあげられる。すなわち、①視力障害、②鎮静剤や降圧剤などの薬物服用による副作用、③筋力低下に伴う身体活動の低下、そして④家屋内外の物的環境の整備、などである。そのすべての要因を改善することはほとんど困難であるが、そのなかの一部でも改善できれば、転倒発生に大きな違いを生みうる。改善可能な転倒の危険因子を同定し、対応・指導していくことが重要である。例えば視力障害や薬物の副作用を積極的に改善することは、大腿骨頸部骨折の介入効果の点からみても、個人レベルおよび社会的レベルのいずれにあってもその効果は大きいと推定されている²¹⁾。

特に転倒防止にかかわる俊敏性やふらつきの復元力などは下肢筋力の維持が重要であり、日米の国際比較からもこのことが支持され²²⁾、歩行能力との関連も大きく、筋力、バランス能力そして歩行能力を改善することは転倒予防に大きな効果を有していることは後述するように多くの介入研究から支持されている。

高齢者の転倒予防の介入にあたっては、高齢者の身体機能や住環境によって大きく異なる。特に疾病により入院中の者や施設に入所している者の身体機能低下は著しい。地域に在住する健康高齢者と比較し、病院や施設を利用する虚弱高齢者は転倒率が高く、住環境、活動量、活動範囲が著しく異なっている。そのため、これらの対

表2 英国 King's College 転倒外来における1年間のRCTによる転倒・外傷予防介入研究の結果

	Control Group (n=213)	Intervention Group (n=184)
Study status		
In study	163 (77)	141 (77)
Moved to institutional	18 (8)	18 (10)
Care		
Dead (%)	27 (13)	19 (10)
Lost to follow up (%)	5 (2)	6 (3)
Falls		
Cumulative no of falls	510	183
Patients reporting falls (%)	111 (52)	59 (32)
Patients reporting 3 or more falls (%)	55 (26)	21 (11)
Patients reporting serious injury from fall (%)	16 (8)	8 (4)
Able to go out alone (%)	106 (65)	108 (77)
Mean Barthel $\pm$ SD	17.3 $\pm$ 3.7	18.6 $\pm$ 2.5
Resource utilisation		
GP visits	668	487
Hospital visits	524	438
Hospital admission	97	69

(文献29より引用)()内は%

象を混同して転倒予防の介入手段を考えると混乱を招く恐れがある。

(1) 地域在宅高齢者に対する介入効果

地域在宅高齢者を対象とした転倒予防のための介入研究は北米を中心になされ、その多くは運動プログラムの実施による介入効果を観察したものである。それらのなかで、特に、運動強度の点でみると、高強度の下肢筋力強化による予防効果では、6カ月間の介入期間で行ったBuchnerら²³⁾では有意な効果を認め、また筋力のみならずバランス能力や歩行能力向上も併用した運動介入を行った、Hornbrookら²⁴⁾もまた有意な転倒予防効果を認めている。一方、3カ月間の介入研究(Hauerら)²⁵⁾や筋力のみ介入(Lordら)²⁶⁾では有意な効果が得られておらず、これらのことから、転倒予防を目的として筋力増強練習を行う場合には期間は6カ月程度は必要であり、しかも筋力、バランス力、そして歩行筋力などの総合的運動能力の向上を目的とすることが望ましい。

一方、対象者の年齢でみた場合、Campbellら²⁷⁾は80歳以上の(超)高齢女性に対する理学療法士の訪問運動指導(2カ月間4回、1回1時間)を中心とした在宅運動プログラムの介入(RCT)によって有意な転倒発生率の低下を報告しており、たとえ高齢であり、在宅型の運動介入であっても転倒予防効果は認められると考えられる。運動の種類の中からは、たとえばWolfら²⁸⁾は15週間の太極拳の練習により、患者教育のみを行った群と

比較して、有意に転倒予防効果が認められたとしている。さらに彼らは、コンピュータを用いた週1回のバランス訓練よりも太極拳を行った群の方が、転倒発生率は約半分(リスク比; 0.525, $p=0.01$)と報告し、太極拳のもつ転倒予防効果を強調している。

運動プログラムだけではなく、高齢者の転倒ハイリスク状況に応じた身体特性、環境、認知機能あるいは服薬状況などの危険因子の評価を行い多角的に介入した研究では行われた全ての研究で転倒予防効果が認められている。

Closeら²⁹⁾の行った転倒外来受診者を対象としたRCTでは、まず感覚、平衡、認知、情動、投薬状況などを含めた身体と精神状態に関する包括的な検査を約1時間半ほど行い、さらに、作業療法士らにより、家庭や地域内での危険性(環境危険リスト: Environmental hazard list; EHL)や自立に関する評価を行うため、約1時間の家庭訪問を行っている。

以上のような手順を経て、397例を無作為に介入群(184例)と対照群(213例)に割り付け、1年間介入群には転倒外来の受診勧奨や投薬内容の整理、休薬、あるいはまた家庭訪問による物的環境評価に基づく支援、医療・福祉サービス利用など包括的な介入を行った結果、1年間の追跡により、転倒発生件数は介入183件、対照510件であり、複数回転倒例は21対55、骨折などの重篤障害例は8対16、病院への来院回数438対524、入院数は

表3 転倒予防の介入に関する Cochrane Systematic Review の結果

介入項目	統合された相対危険(95%信頼区間)
対象に応じた運動介入(3研究:566名)	0.80(0.66~0.98)
グループ練習(9研究:2,177名)	0.91(0.78~1.07)
学際的・多角的介入 (転倒者と非転倒者を対象 3研究:1,973名)	0.73(0.63~0.86)
(転倒者または転倒の危険が高い者を対象 4研究:1,183名)	0.79(0.67~0.94)

(文献30より引用)

69対97と、いずれにも介入群において有意な減少が確認された(表2)。この研究においては、入院数と来院数の減少によってきわめて大きな費用の節減が達成されているが、このような高齢期の包括的な自立に向けての介入研究を行う際には、費用対効果分析が必須であることを示している。

さらに、Cochrane Library Systemic Review³⁰⁾では、運動、環境調整、服薬調整、栄養、認知・行動療法など様々な転倒予防介入効果についての検討がなされている。表3には、運動または運動を含んだ転倒予防に対する効果の一覧がなされている。

対象の状態に応じた運動介入では転倒予防効果が認められているが、グループでの画一的な練習では効果が認められていない。これらの研究に含まれる主な運動内容は筋力増強練習、バランス・歩行練習であった。

また、運動介入に加えて医学的評価、環境・服薬調整などを含んだ多角的介入によって高い転倒予防効果が認められている。

(2) 病院あるいは施設入所高齢者に対する介入効果

病院あるいは施設入所高齢者に対する運動介入プログラムあるいは環境や服薬調整などの非運動介入プログラムによる転倒予防効果を検証した研究も数多く知られている。しかし、それらの介入研究では明確な介入効果の確認されたものは少ない。これは恐らく対象者が地域在宅高齢者に比べて、より虚弱化が進行していることや、転倒の危険因子となる慢性疾患が背景にあるなど、より介入の効果が出現しづらい状況にあるものと考えられる。例えば Mulrow ら³¹⁾は施設入所者に対して、理学療法士による個人の状態に応じた運動療法を4カ月間行い、転倒予防の効果を分析した。その結果、移動能力に改善が認められものの、転倒予防に効果は認められなかったと報告している。

また、Nowalk ら³²⁾は筋力増強練習と歩行、自転車エルゴメーターを用いた有酸素運動の練習を2年間にわたり執行したが、転倒予防効果は得られなかったとし、同じように太極拳を用いたバランス練習を2年間実施した

結果、転倒予防効果は認められなかったとしている。また、バランス練習と低強度の筋力増強練習、リラクゼーションとの組み合わせにおいても転倒予防効果は認められていない。

(3) 我が国における転倒予防介入研究の実例

筆者らは東京都小金井市の地域在宅高齢者で暮らす在宅高齢者(73~90歳)の女性を対象に転倒予防に対する総合的身体機能改善のための介入プログラムを設計し、その有効性を確認するために無作為割付介入試験を行った³³⁾。本研究の最終のゴール設定は、①転倒予防に効果的な下肢筋力の改善や歩行能力の改善、および②これらの身体諸機能の改善が将来の転倒発生率の有意な低下となること—の2点である。

2000年5月、本研究の対象者となっていた95名に対し転倒予防体操教室に関する説明と参加意向を郵送で調査し、このうち52名が「転倒予防体操教室」への参加を希望した。これら転倒予防体操教室参加希望者を介入群と対照群に無作為に割り付け、介入群28名、対照群24名が選定され、介入群に対しては筋力、バランス能力および歩行能力の改善と強化を目的とした6カ月間の転倒予防プログラムを実施した。プログラム実施に際しては、体力水準や痛みなどの個人差を考慮して、3つの群に分けトレーニングメニューの強度を調節した。

全10回の身体機能強化のための介入プログラムは、足・腰・腹部に多少の負荷がかかる運動、バランス・歩行能力の改善につながる運動、ダンベル体操の基本の習得を目的としている。

6カ月間の介入終了後に、聞き取り調査と身体機能の測定を行なった。さらに介入から14カ月目(2001年8月)に最終的アウトカムである転倒発生について聞き取り調査を行った。

その結果、介入群28名のプログラム(転倒予防体操教室)への参加率は、64.3%~85.7%であり、平均参加率は75.3%と高い参加率が維持されていた。体力の主観的变化について介入群では、歩行が安定したと思う者は66.7%、足の筋力がアップしたと思う者は55.6%で

表4 東京都老人総合研究所の転倒調査の測定項目

- 問診：(既往症、転倒・骨折の既往、Fall efficacy, Fear of Fall, 健康度自己評価など)
- 視力 (スクリーンスコープ / 遠距離用 5m)：眼鏡は普段家庭内の状態で行う
- 血圧：視力検査後、椅子に座ったまま2回測定。次に椅子から起立し、ストップウォッチで1分後(50秒で加圧)、3分後(2分50秒で加圧)をそれぞれ1回測定する
- 握力：スメドレー握力計、利き腕2回測定
- 身長、体重、体脂肪率
- 重心動揺(開眼、閉眼による)
- 下肢筋力(アイソメトリック)
- タンデム歩行(3m)
- 踏み台昇降運動
- 支持なし立ち上がり
- Up & Goテスト
- 開眼片足立時間
- 閉眼片足立時間
- 手伸ばし試験(Functional Reach Test) 2回
- 骨量測定(超音波法)
- 内科診察(薬物服用のチェック、麻痺の有無など)

あった。さらに、61.1%が自分自身で転倒を予防できるという自信があると答え、6カ月間の介入プログラムによって、主観的健康感の増加あるいは転倒恐怖心の軽減が得られている。6カ月間の介入の身体機能におよぼす影響についても介入群で有意な改善が得られている。すなわち、動的バランス能力を推定するタンデム歩行(介入群：10.7±0.86歩、対照群：7.3±3.46歩)、手伸ばし(介入群：33.5±4.70cm、対照群：28.0±4.62cm)、下肢筋力を計測する膝関節伸展力(介入群：211.3±42.47N、対照群：189.1±28.01N)介入群が有意に高い値を示した。

追跡期間中の転倒出現頻度の比較については、介入前では対照群で11.1%、介入群で19.1%であり有意差はなかった。介入後の転倒発生は14カ月間追跡し、その結果対照群では40.9%(9/22)と増加し、介入群では13.6%(3/22)と減少した。両群の間の転倒発生割合には有意な差($\chi^2=4.125, p<0.05$)が認められた。

上記の研究により、我が国の地域高齢者に対する体力向上を中心とした転倒予防の介入は、明らかに転倒発生を抑制することが示された。

(4) 転倒外来の実施

東京都老人医療センターでは、平成11年(1999年)5月から、骨粗鬆症外来の一部に転倒外来を設け、高齢者の転倒・骨折予防に取り組んでいる³⁰⁾。転倒外来は、週一回(午後)に限られているが、主として骨粗鬆症外来を受診した転倒経験を有するいわば転倒ハイリスク高齢者を対象としている。受診者の現症や投薬状況、既往症

等の他、認知機能(MMSEによる)、そして転倒に関する詳細な聞き取りの後、表4に示すような約1時間におよぶ身体的検査を行なっている。

このような検査の後、再度の転倒の恐れの高い者については、希望者に対し前述のような筋力トレーニングを主体とした6カ月間の転倒予防教室への参加を勧めるが、体力の伴わない虚弱高齢者に対しては(十分な説明と同意を得たうえで)骨折予防効果の大きい大腿骨頸部骨折予防装具(ヒップ・プロテクター)を装着してもらい、フォローを行っている。

このような我々の転倒外来を受診したいいわば転倒ハイリスクの高齢女性について、実際の転倒の実態や、転倒の恐怖感あるいは身体機能等についての特徴が明らかとなっている³⁰⁾。対象は転倒外来を受診した高齢女性(66~88歳)のなかで、基本的日常生活動作能力(B-ADL)が自立し、顕著な基礎疾患のない41名の方々である。分析の結果は以下のとおりであった。

1) 転倒の実態と意識

受診者の70.7%(29名)が過去1年間で転倒したことがあると答えている。転倒回数は、44.8%が1回の転倒であるが、55.2%が2回以上の複数回の転倒を経験している。転倒の原因は、つまずいた44.8%、滑った17.2%であり、転倒によるケガは打撲34.5%に認められ、骨折が20.7%と高頻度に見られている。これは、転倒外来受診という対象者特性が影響していると思われる。

転倒恐怖感については、85.4%は転ぶことが「怖い」と感じ、さらに34.3%は転ぶことが恐くて外出を控えることがあるとの回答であった。特に恐怖心のために外出を控える割合は、転倒群44.0%、非転倒群10.0%と転倒群で有意($P<0.05$)に高かった。

表5には、受診者のなかで、転倒群と非転倒群間の身体機能の比較を示した。転倒群は非転倒群に比べて、すべての項目の成績が劣る傾向であったが特に開眼や閉眼の動揺軌跡長、開眼片足立ち、タンデム歩行、握力、下肢伸展力の6項目においては、有意差がみられ、転倒群の方が有意に劣ることが観察された。

さらに転倒恐怖感のために外出を控える者と控えない者の間の身体機能の比較においても開眼片足立ち、Up & Goテスト、握力、膝伸展力の成績が外出を控える者では有意に低いことが明らかとなった(表6)。

このように転倒外来を受診する転倒経験高齢者での身体機能の低下や転倒恐怖感の増大、あるいはADL制限などは明らかであり、このような転倒に関する専門的外来意義は大きい。

表5 転倒群と非転倒群の身体機能比較

項目	転倒群 (n=12)	非転倒群 (n=23)	t-値
年歳 (歳)	75.6 ± 4.98	72.5 ± 5.27	1.75
身長 (cm)	148.4 ± 5.56	146.9 ± 6.99	0.68
体重 (kg)	48.5 ± 8.59	46.8 ± 7.16	0.61
脂肪 (%)	25.0 ± 6.77	26.3 ± 5.35	0.57
開眼重心軌跡長 (cm)	47.0 ± 15.95	36.1 ± 17.34	1.97 *
閉眼重心軌跡長 (cm)	63.7 ± 14.85	49.7 ± 22.97	2.32 *
開眼片足立ち (sec)	17.8 ± 19.50	35.7 ± 19.54	2.65 *
閉眼片足立ち (sec)	4.1 ± 2.85	4.2 ± 2.19	0.13
手伸ばし試験 (cm)	30.3 ± 7.12	31.8 ± 7.70	0.56
Up & Go テスト (sec)	15.0 ± 6.67	12.6 ± 5.49	1.18
タンデム歩行 (step)	7.3 ± 4.77	10.4 ± 3.06	2.42 *
握力 (kg)	17.8 ± 4.69	22.2 ± 4.69	2.71 *
下肢伸展力 (kg)	17.0 ± 6.07	22.6 ± 7.06	2.30 *
ステップテスト (num/15 sec)	4.2 ± 2.89	4.8 ± 2.73	0.68

(文献 35 より引用) *; P < 0.05

表6 転倒恐怖感により外出を控える群と控えない群の比較

項目	外出控群 (n=12)	非外出控群 (n=23)	t-値
年歳 (歳)	75.7 ± 5.18	73.7 ± 5.26	1.09
身長 (cm)	147.1 ± 7.31	149.1 ± 5.45	0.87
体重 (kg)	47.1 ± 7.40	48.9 ± 8.64	0.61
脂肪 (%)	24.9 ± 3.90	25.6 ± 6.95	0.34
開眼重心軌跡長 (cm)	42.6 ± 14.19	43.6 ± 17.98	0.18
閉眼重心軌跡長 (cm)	58.8 ± 20.72	60.1 ± 18.01	0.18
開眼片足立ち (sec)	10.7 ± 7.94	29.7 ± 23.31	3.52 *
閉眼片足立ち (sec)	3.7 ± 1.62	4.3 ± 2.80	0.80
手伸ばし試験 (cm)	27.9 ± 6.72	32.2 ± 7.05	1.74
Up & Go テスト (sec)	18.5 ± 5.25	11.9 ± 4.17	3.66 *
タンデム歩行 (step)	7.6 ± 4.41	8.6 ± 4.67	0.58
握力 (kg)	17.1 ± 3.88	20.2 ± 4.94	2.02 *
下肢伸展力 (kg)	14.6 ± 6.71	20.4 ± 6.61	2.37 *
ステップテスト (num/15 sec)	4.3 ± 2.19	5.1 ± 2.64	0.88

(文献 35 より引用) *; P < 0.05

(5) ヒッププロテクター

高齢期の転倒により、重篤な疾病として大腿骨頸部骨折が発生する。その予防対策として、骨量を増加させることや転倒そのものを予防する方策については今まで述べてきたとおりである。

ここではもう1つの転倒による大腿骨頸部骨折を予防する方法が残されている。それは、装具を用いることにより転倒による衝撃力（骨にかかる外力）を軽減消滅させることである。具体的には、大腿骨頸部骨折の予防を目的として股関節周辺の骨格と筋肉を保護する装具が開発されている。これらは、シリコンや硬質プラスチックを用いる外力拡散型のものや、ゼリーやエアバック方式による柔らかい素材による外力吸収型のものなど、様々

なタイプがある。いずれの装具も、楕円形状で大腿骨転子部を被うため、下着に組み入れられているものである。これらの大腿骨頸部骨折を予防する装具（Hip Protector, Protective Garment, Safety Pants などと称されている）を用いた介入研究的取り組みは、欧米にあってはすでにいくつか知られている。1993年にこれを初めて実用化した Lauritsen らのナーシングホームにおける装具を用いた介入研究³⁰⁾では、装具装着群での大腿骨頸部・転子間骨折の発症率が非装着群に比べ約 1/2 に減少したことが報告され、大きな関心と呼ぶに到った。

同様の方法によるヒッププロテクターを用いた大腿骨頸部骨折防止効果については、老人施設での試験が5つ報告されており、そのうち4つで本骨折の防止に有効で

表7 ヒッププロテクターを使用した大腿骨頸部骨折予防試験

報告者(報告年)	試験参加者	大腿骨頸部骨折	年間骨折率(%)	骨折危険度(95%信頼区間)
Lauritzen ³⁶⁾ (1993)	プロテクター着用者 247名	8名	3.5	0.44 (0.01 ~ 0.94)
	コントロール 418名	31名	8.1	
Ekman ³⁷⁾ (1997)	プロテクター着用者 302名	4名	1.5	0.34 (0.11 ~ 1.00)
	コントロール 442名	17名	4.2	
Kannus ³⁸⁾ (2000)	プロテクター着用者 653名	13名	2.1	0.40 (0.1 ~ 0.8)
	コントロール 1,148名	67名	4.6	
Harada ³⁹⁾ (2001)	プロテクター着用者 88名	1名	1.1	0.18 (0.03 ~ 0.97)
	コントロール 76名	8名	10.2	
Cameron ⁴⁰⁾ (2001)	プロテクター着用者 86名	8名	6.2	1.46 (0.51 ~ 4.20)
	コントロール 88名	7名	5.3	

あった(表7)^{37)~40)}。それらの試験においては、ヒッププロテクター着用者では、コントロールに比較して大腿骨頸部骨折は半分から1/5まで減少しており、多くの研究でヒッププロテクターの骨折防止効果は明らかにされている。

現在、一般の病院あるいは治療所等の臨床の間では、転倒予防外来の設置やヒッププロテクターの使用などまだまだ充分とは言えない。しかし、医療費負担も大きく患者本人のQOLに大きく影響する大腿骨頸部骨折については、1例でも予防すべくあらゆる対策が必要ではないかと思われる。

文 献

- 厚生省統計協会：国民衛生の動向。2000, p445.
- 平成7年度—平成8年度科研費補助金研究成果報告書(研究代表者 柴田博：地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究, 1997, p163.
- Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ: Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age Ageing* 1988; 17: 365—372.
- Suzuki T, et al.: Osteoporotic fractures by falls among the elderly. In: Shibata H, Suzuki T, and Shimonaka Y (eds.) *Facts, Research and Intervention in Geriatrics*. Serdi, Paris, 1997, p29—42.
- Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D: Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. *JAMA* 1989; 261: 2663—2668.
- Ryynanen OP, Kivela SL, Honkanen R, Laippala: Recurrent elderly fallers. *Scand. J Prim Care* 1992; 10: 277—283.
- 安村誠司ほか：農村部の在宅高齢者における転倒の発生要因。日本公衆衛誌 1994; 41: 528—537.
- 鈴木隆雄, 杉浦美穂, 古名丈人ほか：地域高齢者の転倒発生に関連する身体的要因の分析的研究—5年間の追跡研究から—。日老医誌 1999; 36: 472—478.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF: Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1988; 319: 1701—1707.
- Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HMA, Bezemer PD, Bouter LM, Lips P: Falls in the elderly: a prospective study on risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 1129—1136.
- Tromp AM, Pluijm SMF, Smit JH, Deeg DJH, Bouter LM, Lips P: Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 837—844.
- Graneck E, et al.: Medications and diagnosis in relation to falls in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 503—511.
- Obuchi S, et al.: Relationship between walking ability and risk of falls in community dwelling elderly in Japan. *J Phys Ther Sci* 1994; 6: 39—44.
- Lord S R, McLean D, Stahers, G: Physiological factors associated with injurious falls in older people living in the community *Gerontol* 1992; 38: 338—346.
- Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF: Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *J Geronto* 1989; 44: M112—M117.
- Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, et al.: The effects of exercise on falls in elderly patients. A pre-planned meta-analysis of the FICSIT Trials. *JAMA* 1995; 273: 1341—1347.
- Housdorff JM, Edelberg HK, Micchell SL, Goldberger AL, Wei JY: Increased gait unsteadiness in community-elderly fallers. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 278—283.
- Maki BE: Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fear? *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 313—320.
- 「家庭内における救急事故の予防について」調査研究委員会報告書。東京救急協会, 1999, p331.
- 鈴木隆雄：転倒防止対策。Osteoporosis Japan 1998; 6: 589—593.
- Cummings SR: Treatable and untreatable risk factors

- for hip fracture. *Bone* 1996; 18: S165—167.
- 22) Lipsitz LA, et al.: Muscle strength and fall rates among residents of Japanese and American nursing homes—an international cross-cultural study. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 953—959.
- 23) Buvhner DM, Cress ME, et al.: The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci* 1997; 52: M218—M224.
- 24) Hornbrook MC, Stevens VJ, et al.: Preventing falls among community-dwelling older persons: Results from a randomized trial. *Gerontologist* 1994; 34: 16—23.
- 25) Hauer K, Rost, et al.: Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 10—20.
- 26) Lord SR, Ward JA, et al.: The effect of a 12 month exercise trial on balance, strength, and falls in older women: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1198—1206.
- 27) Campbell AJ, Robertson MC, et al.: Randomized controlled trial of a general program of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997; 315: 1065—1069.
- 28) Wolf SL, Barnhart HX, et al.: Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 489—497.
- 29) Close J, Ellis M, et al.: Prevention of falls in the elderly trial (PRPFET): randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 93—97.
- 30) Gillespie LD, Gillespie WJ, et al.: Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). *Cochrane Library* 4, 2001.
- 31) Mulrow CD, Gerety MB, et al.: A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *JAMA* 1994; 271: 519—524.
- 32) Nowalk MP, Premdergast JM, et al.: A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: The falls free program. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 859—865.
- 33) Suzuki T, Kim H, Yoshida H, et al.: Randomized control intervention study for the prevention of falls in community-dwelling elderly females in Japan. (in submission)
- 34) 鈴木隆雄: 転倒外来の実際. *臨床医* 2002; 28: 1830—1833.
- 35) 金 憲経, 吉田英世, 鈴木隆雄ほか: 高齢者の転倒関連恐怖感と身体機能—転倒外来受診者について—. *日本老年医学会誌* 2001; 38: 805—811.
- 36) Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B: Effect of external hip protectors on hip fractures. *Lancet* 1993; 341: 11—13.
- 37) Ekman A, Mallmin H, Michaelsson K, et al.: External hip protectors to prevent osteoporotic hip fractures. *Lancet* 1997; 350: 563—564.
- 38) Kannus P, Parkkari J, Niemi S, et al.: Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N Engl J Med* 2000; 343: 1506—1513.
- 39) Harada A, Mizuno M, Takemura M, et al.: Hip fracture prevention trial using hip protectors in Japanese nursing homes. *Osteoporos Int* 2001; 12: 215—221.
- 40) Cameron ID, Venman J, Kurrle SE, et al.: Hip protectors in aged-care facilities: a randomized trial of use by individual higher-risk residents. *Age and Ageing* 2001; 30: 477—81.

参 考 資 料 6

地域リハビリテーション支援活動マニュアル(抜粋)

(平成 10 年度 研究班長:澤村 誠志)

地域リハビリテーション支援活動マニュアル

(抜 粋)

地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班

目次

I. 地域リハビリテーションに関する基本的な考え方	1
1. リハビリテーションの概念について	1
2. リハビリテーション医療の流れ	2
3. 医療保険・介護保険・老人保健事業との連携について	3
4. 地域リハビリテーションについて	5
II. 地域におけるリハビリテーション体制のあり方について	6
1. 医療圏の概念を導入したリハビリテーションサービスの展開	6
2. 地域リハビリテーション広域支援センターの機能について	8
III. 地域リハビリテーションの先駆的取り組み事例	11
IV. 都道府県リハビリテーション協議会、都道府県リハビリテーション 支援センターおよび地域リハビリテーション広域支援センター の設置	23
1. 都道府県リハビリテーション協議会	23
2. 都道府県リハビリテーション支援センター	26
3. 二次圏域における地域リハビリテーション広域支援センター	27
1) 二次圏域についての基本的な考え方	27
2) 地域リハビリテーション広域支援センターに期待される基本的な役割	27
3) 地域リハビリテーション広域支援センターによる支援内容	29
1 地域リハビリテーション実施機関の支援	29
(1) 地域住民の相談への対応に係わる支援	29
事例紹介	30
(2) 福祉用具・住宅改修等の相談へ対応に係わる支援（テクノエイド）	42
2 リハビリテーション施設の共同利用	44
3 地域のリハビリテーション施設等における従事者への援助・研修	45
(1) 施設へ出向いて行うリハビリテーション従事者への援助	45
(2) リハビリテーション従事者に対する研修	46
4 各関係団体、医療福祉施設、友の会等との連絡調整	48
4. 地域リハビリテーション広域支援センターの候補となりうる施設及びその機能	49
V. おわりに	50

I. 地域リハビリテーションに関する基本的考え方

1. リハビリテーションの概念について

リハビリテーションとはサービスであるとともに、技術であり、一つの思想でもある。また、リハビリテーションは医学、教育、職業、社会など、極めて多面的なアプローチを必要としている。さらにリハビリテーションとは何よりもまず人権の問題であり、本来人権を持たない障害者に国や社会が恩恵・慈悲として人権を付与するものではない。人が生まれながらにして持っている人権が、本人の障害と社会制度や慣習、偏見等によって失われた状態から、本来のあるべき姿に回復させるのがリハビリテーションである。(表1)に、リハビリテーションの概念整理を示す。

(表1) リハビリテーションの概念整理

- 「リハビリテーション」とは、能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することをめざすあらゆる処置を含むものである。「リハビリテーション」は障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して彼らの社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービス計画と実施に関与しなければならない。
(WHO 1981)
- リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ時間を限定したプロセスである。
(国際障害者世界行動計画による定義 1982)
- リハビリテーションは、障害者の身体的、精神的、社会的能力を最大限に回復させ積極的な自立を促すことである。リハビリテーションには、①医学的リハビリテーション②教育的リハビリテーション、③職業的リハビリテーション、④社会的リハビリテーションの4つの分野がある。医学的リハビリテーションの対象であった結核等は減少してきたが、人口の高齢化や社会環境の変化に伴い、心臓疾患、脳血管障害、交通災害等の後遺症、精神障害に対するリハビリテーションの需要が増大している。
(国民衛生の動向)

2. リハビリテーション医療の流れ

「平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会」では、いわゆる医療サービスとしての急性期・回復期・維持期のリハビリテーション医療サービスを（表2）の如く分類している。

（表2）リハビリテーション医療サービスの分類

急性期・回復期リハビリテーション	疾患・リスク管理に重点を置きつつ、発症後可能な限り早期から二次的合併症を防止し、円滑な自宅復帰が可能となるように、能動的な機能回復訓練を中心とした各種のリハビリテーション医療サービス。
維持期リハビリテーション	急性期および回復期のリハビリテーションに引き続いて、高齢者の体力や機能の維持もしくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援することを目的としたリハビリテーション医療サービス。

3. 医療保険・介護保険・老人保健事業との連携について

前述の急性期・回復期リハビリテーションは医療保険の対象であるが、維持期リハビリテーションは介護保険開始後は主に介護保険の対象となる（表3）。

（表3）リハビリテーション医療サービスと医療保険・介護保険の関係

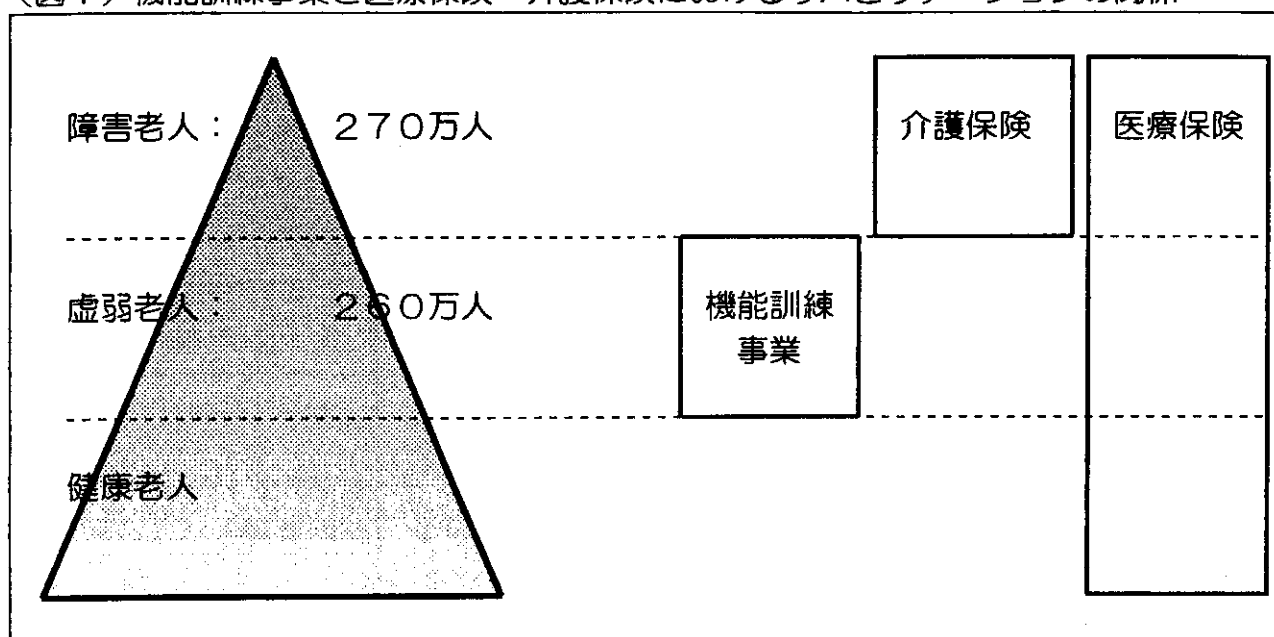
	形態			
医療 保険	外来 入院		診療所・病院 有床診療所・病院	リハビリテーション施設基準
介護 保険	通 所	指定居宅 サービス事業者	診療所・病院 老人保健施設	通所リハビリテーション
	訪 問		診療所・病院 訪問看護ステーション	訪問リハビリテーション 訪問看護
	短期入所		療養型病床群 老人保健施設	
	入院 入所	介護保険施設	療養型病床群 老人保健施設	

当然のことながら維持期リハビリテーションは急性期や回復期のリハビリテーションの実施結果に左右され、本来は発症直後からの医学的対応が十分に実施された上での維持期リハビリテーションのあり方を語ることが前提である。したがって、急性期や回復期のリハビリテーションと、維持期リハビリテーションは独立して機能するものではない。

また、寝たきり老人の発生を予防することの重要性は言うまでもなく、老人保健法に基づく機能訓練事業および訪問指導の役割は極めて大きい。これらは、地域における在宅のリハビリテーション活動が皆無だった昭和50年代、我が国における在宅高齢障害者を支える先駆け的な事業として開始されたものである。しかし、介護保険による通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等の居宅介護サービスが整備されることにより、その機能は今まで以上に寝たきり老人の発生を予防する観点から重視されるべきであろう。

老人保健事業と医療保険・介護保険におけるリハビリテーションの関係は（図1）の如く示される。

(図1) 機能訓練事業と医療保険・介護保険におけるリハビリテーションの関係



(図1) に示されるように、ADLが自立していても虚弱（介護保険にて要支援・要介護に該当しない）である高齢者に対しては、特に機能訓練事業B型において従来にも増してその役割が大きくなるものと思われる。また、40歳以上の特定疾病以外の障害者に関しては、機能訓練事業以外に対応するサービスがないため、この場合は機能訓練事業A型が重要な位置を占めることになる。

すなわち、寝たきり等の発生を予防するリハビリテーションとして老人保健事業における機能訓練事業、治療的リハビリテーションである医療保険による急性期・回復期リハビリテーション、さらに寝たきり等の進行を阻止する介護保険による維持期リハビリテーションが強力な連携をもち、対象者の状態に応じた適切なリハビリテーションが提供される体制整備が推進されることが重要である。

4. 地域リハビリテーションについて

「平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会」では、医療サービスとしてのリハビリテーションと地域リハビリテーションの混同を避けるために地域リハビリテーションの概念整理をおこなった（表4）。

（表4）地域リハビリテーションの概念整理

地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包含する概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとしての維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の領域および地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々が実践する、地域における総合的リハビリテーションサービスである。

その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、地域におけるリハビリテーションの発展、障害のあるすべての人々の機会均等や社会的統合を目指した戦略である。

それは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに保健・医療・教育・職業・社会サービスなどが一体となって努力するなかで履行されていくものである。

また、日本リハビリテーション病院・施設協会では、地域リハビリテーションを（表5）の如く定義している。

（表5）地域リハビリテーションの定義（日本リハビリテーション病院・施設協会）

地域リハビリテーションとは、障害を持つ人々や老人が住み慣れたところで、そこに住む人々と共に、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを言う。

その活動は、障害を持つ人々のニーズに対し先見的で、しかも身近で素早く、包括的継続的そして体系的に対応するものでなければならない。また活動が実効あるものになるためには、個々の活動母体を組織化する作業がなければならない。

これらの定義などから、地域リハビリテーションは、高齢者や障害のある人々が、たとえ介護を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活が続けられること、つまりノーマライゼーションを基本的理念とし、在宅ケアと施設ケアのみならず、住宅、交通、環境、住民参加によるまちづくりなども含めたものと考えられる。

すなわち、医療だけでなく、保健・医療・福祉・教育・職業・住宅環境・都市計画・交通機関さらには地域住民の理解など、極めて多くの分野の関与が必要であり、各分野の積極的な参画が期待されるところである。

Ⅱ. 地域におけるリハビリテーション体制のあり方

地域住民が寝たきりになることなく充実した生活を送れるよう、地域におけるリハビリテーション実施体制の整備を図ることを目的として、平成10年度から、都道府県に対する国庫補助事業として、都道府県リハビリテーション協議会の設置、都道府県リハビリテーション支援センターの指定等を行う「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が実施されている。

また、平成11年度からは、二次医療圏ごとに指定する地域リハビリテーション広域支援センターを軸として、いっそう地域に密着した事業展開を図ることとされている。

平成12年度からの介護保険の施行にあたり、地域リハビリテーション推進事業にかかわる関係者の理解を深めるとともに、リハビリテーション資源の不足している地域についても関連施設の連携により、こうした不足を補って円滑にリハビリテーションを実施していくため、先進的事例を収集し、その分析を通じて、各都道府県における事業展開に資するよう、このマニュアルを作成した。

1. 医療圏の概念を導入したリハビリテーションサービスの展開

リハビリテーションサービスを医療圏で区分することは、今まで十分に検討されていない経緯もあるが、ここでは地域格差を無くすことを最優先事項と考え、あえて区分をおこなった。ただし、必ずしも地域保健医療計画の医療圏にこだわらず、各地域におけるリハビリテーション機能から区分することを妨げるものではない。

リハビリテーション医療サービスは、何よりも発症早期から実施することが重要であり、発症急性期もしくはプライマリ・ケアを担う医療機関で迅速に実施されるべきものである。しかし、これらの医療機関にリハビリテーションサービス機能がない場合には、早急に適切な医療機関に転送するか、その機能のある医療機関と共同でリハビリテーションを実施するべきである。

また、長期に渡り漫然と実施するリハビリテーションは避けるべきであり、急性期、回復期、維持期の適正なリハビリテーションを提供できる体制を整備するべきである。

具体的には、住民に身近な地域においては、プライマリ・ケアの一環としてかかりつけ医を中心としたリハビリテーション医療サービス、二次医療圏においては、急性期・回復期および維持期の専門的リハビリテーション医療サービス、三次医療圏においては、二次医療圏では対応できない特殊・高機能なリハビリテーション医療サービスを担うこととする（表6）。

(表6) 圏域に応じたリハビリテーション医療サービス

	リハビリテーション機能	リハ医療提供の場と方法		具体的対象
住民に身近な地域	○かかりつけ医によるリハビリテーション医療サービス ○プライマリ・ケアの一環としてのリハビリテーション医療サービス	診療所	通院 通所 訪問	○脳血管疾患等の慢性期が主体であるが、プライマリ・ケアの一環として急性期・回復期も含む ○骨折、変形性関節症等の骨関節疾患 ○慢性関節リウマチ、脳性麻痺、神経筋疾患等の安定した病態の時期 ○その他
		一般病院	通院 通所 訪問 入院	
		介護療養型医療施設 老人保健施設	入院 (入所)	
		訪問看護ステーション	通所 訪問	
二次医療圏	○専門的な急性期・回復期および維持期のリハビリテーション医療サービス ○身近な地域では対応できない、その他の専門的リハビリテーション医療サービス 〔*当該地域のリハビリテーションに関する調査、研究、研修〕	原則として、総合リハビリテーション施設の基準を満たしている医療機関	通院 訪問 入院	○脳血管疾患、頭部外傷、脊髄損傷の急性期・回復期 ○慢性関節リウマチ、脳性麻痺、神経筋疾患等の専門的リハビリテーションが必要な時期 ○その他
三次医療圏	○二次医療圏までのリハ施設では対応できない特殊な疾患、状態、障害に対する特殊・高機能リハビリテーション医療サービス 〔*新しい疾患・状態・障害に対するリハビリテーション技法・プログラムの研究・開発 *その他の高度な調査、研究、研修機能〕	大学病院、都道府県等のリハビリテーションセンター	通院 訪問 入院	○頸髄損傷 ○多肢切断 ○複雑かつ重度な高次脳機能障害 ○多臓器不全などの複雑かつ重篤な状態 ○その他

2, 地域リハビリテーション広域支援センターの機能について

障害とは単一のものではなく重層的構造を持っており、機能・形態障害、能力障害、社会的不利の3つのレベルで構成される。

傷病から直接起こってくるのが機能・形態障害であり、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺、失語症や四肢の切断等に代表される生物レベルでとらえた障害である。次にこれが原因になって起こるのが能力障害で個人レベルでとらえた障害である。具体的には歩行障害、日常生活行為（ADL）障害、職業能力障害である。これは機能・形態障害の回復に限界があっても、ADL訓練、健常機能の開発、補助手段の利用などで相当に改善させる。切断に対する義足や、脳卒中に対する装具・杖、右手の切断や麻痺の時に左手で字を書くこと等々がこれで、リハビリテーションの極めて有効な技術の多くがこれに属する。社会的不利とは社会的存在としての人間レベルでとらえた障害で、能力障害だけでなく、疾患や機能・形態障害も含め、これらの環境条件との「積」として起こってくる。失職、職場・家庭での役割の喪失、経済的困難等々である。

時に、リハビリテーション医学は機能・形態障害が対象であり、社会的不利は福祉の対象であるとの誤解が生じているが、リハビリテーション医学は機能・形態障害、能力障害、社会的不利のいずれのレベルにも関わるものである。

障害のレベルに対応した医学的リハビリテーションの具体例を（表7）に示した。

（表7）障害のレベルと医学的リハビリテーション

障害のレベル	医学的リハビリテーション
機能・形態障害 (生物レベル)	○機能回復訓練 ○二次的合併症及び廃用症候群の予防と改善 ○その他のリハビリテーション上の治療と看護
能力障害 (個人レベル)	○ADL訓練（既存能力の活用） ○新しい能力の開発（左手での書字訓練等の社会生活行為） ○義肢、装具、車椅子、自助具、日常生活用具等の福祉用具の処方と訓練
社会的不利 (社会レベル)	○福祉用具、住宅改修の助言・指導 ○家族への働きかけ（患者の受け入れと介護技術の指導） ○地域、職場、会社、学校などへの働きかけ（障害に対する偏見の除去と復帰の促進）

都道府県においては、1ヶ所「都道府県リハビリテーション支援センター」を設置する。都道府県リハビリテーション支援センターは、地域におけるリハビリテーション実施体制等に関する調査を実施し、関係団体や医療機関との連携、連絡調整をおこない、二次医療圏ごとに設置される地域リハビリテーション広域支援センターの支援等の機能を持つ。また、高度で専門的なリハビリテーションサービスを担うことは言うまでもない。

二次医療圏においては、中核となるリハビリテーション施設を1カ所程度「地域リハビリテーション広域支援センター」に指定し、指定された施設が、地域の救急医療施設を含む医療機関、老人保健施設、特別養護老人ホーム等の各施設と連携しながら、その圏域におけるリハビリテーション機能を充実させる核としての機能を持たせることにする。二次医療圏では、三次医療圏で担う特殊・高機能なリハビリテーション医療サービス以外は、その圏域で質・量ともに完結していることが望ましい。

地域リハビリテーション広域支援センターの機能を（表8）に示す。

（表8）地域リハビリテーション広域支援センターの機能

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 地域のリハビリテーション実施機関の支援<ol style="list-style-type: none">（1）地域住民の相談への対応に係る支援（2）福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）2 リハビリテーション施設の共同利用3 地域のリハビリテーション施設等における従事者への援助・研修<ol style="list-style-type: none">（1）施設に出向いて行うリハビリテーション従事者への援助（2）リハビリテーション従事者に対する研修4 地域レベルの関係団体、脳卒中友の会、リハビリクラブ等からなる連絡協議会の設置・運営 |
|---|

これらの各事業を、障害の各レベルに対応させて表示したものを（表9）に示す。

(表9) 地域リハビリテーション広域支援センターの役割整理表

障害の レベル	医学的リハ	1(1) 地域住民 の相談へ の対応に 係る支援	1(2) テクノエ イド	2 リハビリ 施設の共 同利用	3(1) リハビリ 従事者へ の援助	3(2) リハビリ 従事者の 研修	4 地域レベ ルの連絡 協議会の 設置
		(間接)	(直接) (間接)	(直接)	(直接) (間接)	(間接)	(間接)
機能・形態 障害	・機能回復訓練			○	○	○	
	・二次的合併症 及び廃用症候 群の予防改善	○		○	○	○	
	・その他のリハ ビリ上の治療 と看護	○		○	○	○	
能力障害	・ADL訓練	○		○	○	○	
	・新しい能力の 開発(社会生 活行為等)	○		○	○	○	
	・義肢、装具、 車椅子等の福 祉用具処方と 訓練	○	○	○	○	○	
社会的不利	・福祉用具、住 宅改修の助言 ・指導	○	○	○	○	○	
	・家族への働き かけ	○		○	○	○	○
	・職場、会社、 学校などへの 働きかけ	○		○	○	○	○

注：(直接)とは対象者へ直接働きかけること。

(間接)とは対象者にサービスするスタッフへ働きかけること。

当該二次医療圏に総合リハビリテーション施設がある場合には、通常、その中から地域リハビリテーション広域支援センターが指定されることが一般的と考えられる。適切に地域リハビリテーション広域支援センター機能を果たし得る総合リハビリテーション施設のない二次医療圏においては、療養型病床群を有する病院、老人保健施設等も地域リハビリテーション広域支援センターとなる場合も考えられる。

Ⅳ. 都道府県リハビリテーション協議会、都道府県リハビリテーション支援センターおよび地域リハビリテーション広域支援センターの設置

1. 都道府県リハビリテーション協議会

都道府県レベルのリハビリテーション協議会については、昭和61年に、身体障害者福祉の分野で「地域リハビリテーション推進協議会」の設置が図られている。

この協議会は、身体障害者の更生援護にかかわる各機関が連携し、的確な評価判定等が実施できるようになることを目的とした。都道府県や指定都市の圏域を単位に、関係機関との連絡協議や情報交換を行い、身体障害者に対する一貫したリハビリテーション活動を推進することがあげられている。いわば、リハビリテーションサービスを横断的、総合的につなげようとした協議会である。したがって、その構成には、医学的領域のみならず、社会福祉、職業、教育などの領域が含まれている。事務局は身体障害者更生相談所に置かれ、地域ケア、養護学校卒業後対策、就職促進、補装具適正化などの専門部会が設けられていることになっている。

しかし、このリハビリテーション推進協議会は、以下のような理由もあり、一部の府県を除いて十分には機能していない実情にある。

・事務局を担当する身体障害者更生相談所の現状

身体障害者福祉審議会でも更生相談所の活性化が望まれたが、現実には、相談所に付設する更生施設の委託、人員の強化が行われなかったこともあり、その事業範囲が縮小された。また、その長に専門職（医師）が就いている相談所は10数カ所で、事務職責任者の頻回な人事異動などにより、協議会のメンバーである各種団体との関係の継続が難しいことなどの理由から、活動は必ずしも活性化していない。

・障害保健福祉をめぐる環境の変化

障害保健福祉施策の基本的な理念は、障害者の自立と社会経済活動への参画支援、主体性・選択性の尊重、地域での支え合いなどにあり、この考えは高齢者支援の基本理念に通ずるものである。とくに、身体障害者手帳保持者の53.9%が高齢者であることから、今後は、この両者の機能の調整が必要であろう。例えば、1991年に英国が施行したコミュニティケア改革のように、あらゆる障害をもつ人々への地域ケアを統合する方法も考えられる。上記の理念をふまえ、地域の高齢者および障害者による主体的な自立運動の支援、権利擁護の姿勢などが重要となろう。

また、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会、障害福祉部会、公衆衛生審議会、精神保健福祉部会の合同企画分科会では、今後の障害保健福祉施策のあり方（中間報告、平成9年12月9日）のなかで、都道府県の役割を「市町村に対する支援、市町村間や障

害保健福祉圏域間の調整、精神医療の体制整備等、より広域性・専門性の高い分野の業務を行う。」と報告している。

その一環として、都道府県は「市町村、障害保健福祉圏域におけるサービスを総合的に支援するため、基幹的な更生施設等の施設機能、専門的なリハビリテーション機能を有する医療機能、更生相談所等のような相談・判定機能等を併せ持つ総合リハビリテーションセンターを設けること。また、障害者社会参加推進センターを設置し広域的な社会参加促進事業を実施する。」としている。このように、すでに障害者福祉分野において、地域リハビリテーション推進協議会が設けられていることを考慮し、都道府県リハビリテーション協議会は、高齢者、障害者の両分野でのリハビリテーションサービスを統合化する方向で検討することが必要である。

以上の点を踏まえ、リハビリテーション協議会の役割としては、①都道府県及び地域におけるリハビリテーション連携指針の作成、②都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定、③リハビリテーション研究会の開催、④情報の提供などが考えられる。

平成 12 年度からの介護保険施行を視野に入れると、前述の役割の中で（表11）に示すような機能を中心にした都道府県リハビリテーション協議会の設置が期待される。

（表11）都道府県リハビリテーション協議会の役割

a. 都道府県及び地域におけるリハビリテーション連携指針の作成

- 都道府県リハビリテーション協議会は、医師会等の関係機関からの参加を得て、脳卒中等の疾患について、急性期から回復期、維持期へとリハビリテーションのニーズが移行していく過程についての十分な理解を踏まえ、医療機関と保健、福祉の担当機関との円滑な連携確保のための指針を作成する。
- 指針の策定に際しては、リハビリテーション資源の不足のため地域リハビリテーション支援センターを指定できない二次医療圏に対して、リハビリテーション資源の豊富な圏域からの支援を図るなど、広域的な調整についても検討する。

b. 都道府県・地域リハビリテーション広域支援センターの指定

- 協議会は、本事業を推進するために都道府県において中核となる都道府県リハビリテーションセンターを1カ所、また、概ね二次医療圏ごとに1カ所ずつ地域リハビリテーション広域支援センターを指定することとする。

また、その構成メンバーと部会例を（表12）に示した。

(表12) 都道府県リハビリテーション協議会の構成メンバーと部会

◇都道府県リハビリテーション協議会の構成メンバー例

医学的領域 ; 医師会、リハビリ専門病院、保健所、老人保健施設協会、
看護協会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士の組織、
義肢装具士会、MSWの組織等
社会福祉的領域 ; 市町村、障害者更生相談所、更生援護施設、社会福祉協議会、
介護実習・普及センター、都道府県の関係行政機関等
職業的領域 ; 職業安定所、地域職業センター、職業訓練校等
教育的領域 ; 養護学校、教育委員会等
住宅・環境領域 ; まちづくり住宅担当部局、研究機関等
当事者代表 ; 脳卒中・脊髄損傷・リウマチなど友の会、家族の会等

※なお、この協議会には当事者の参加が不可欠である。

◇都道府県リハビリテーション協議会における部会例

地域リハビリテーション推進部会
就労・生活支援部会
情報推進部会
研究・研修部会など

※専門部会を設け、事業の活性化を図ることも重要である。

都道府県リハビリテーション協議会の設置は、地域リハビリテーション推進の要であり、保健・医療・福祉の制度を乗り越えて、各都道府県内の関連職種の代表が集まり、徹底的な議論をおこなうべきである。

ただし、地域リハビリテーションとは理論ではなく実践の上に成立するものであり、各地域の実状に応じて迅速に整備を図るべきであろう。

現在、既存の地域リハビリテーションに関連する協議会や研究会の組織がある場合は、その基盤を活用することも検討するべきであろう。

2. 都道府県リハビリテーション支援センター

都道府県リハビリテーション協議会が円滑に機能し、地域リハビリテーション広域支援センターなどへの支援が行われるには、都道府県リハビリテーション協議会と連携した実務的推進機関として都道府県リハビリテーション支援センターを設置する必要がある。

この都道府県リハビリテーション支援センターには、①都道府県における高齢者、障害者を含めたあらゆる障害に対する総合的なリハビリテーション施策の推進、②都道府県における地域リハビリテーションに関する情報機能、地域における連携指針の作成、③リハビリテーション資源の調査、④医療機関、関係団体との連絡調整、⑤総合相談、判定、評価機能、⑥リハビリテーション介護技術に関する研究機能（老人福祉介護研究センター）、⑦地域マンパワーの研修機能（リハビリ研修センター、介護実習普及センター）、⑧リハビリテーション協議会の事務局などの機能が期待される。

しかし、直ちに上記の機能を担うことは困難と思われるため、都道府県リハビリテーション協議会の指定を受けた都道府県リハビリテーション支援センターにおいては、当面、（表13）に示す機能を中心に、地域リハビリテーションの推進を図って行きたい。

（表13）都道府県リハビリテーション支援センターの役割

a. 地域リハビリテーション広域支援センターの支援

都道府県リハビリテーション支援センターは、地域リハビリテーション広域支援センターに対して、人的支援、特殊あるいは新たなリハビリテーション技術の研修等を行う。

b. リハビリ資源の調査・研究

リハビリテーションの実施及び関係機関との連携に資するため、地域におけるリハビリテーションの実施体制等に関する調査を実施する。

c. 関係団体、救急医療施設・医療施設との連絡・調整

関係団体及び救急医療実施医療機関を含む医療機関との連携を密に、所要の連絡調整が行えるようにする。

3. 二次医療圏域における地域リハビリテーション広域支援センター

1) 二次医療圏域についての基本的な考え方

すでに各二次医療圏域ごとに、保健・医療・福祉連絡協議会なども設置されており、この協議会と地域リハビリテーション支援事業との関連も明確にしておく必要がある。基本的に各二次医療圏域内でリハビリテーションサービスも完結されるべきである。特殊な高度のリハビリテーションが必要な場合は三次医療圏域内の中核施設（都道府県リハビリテーション支援センター）での対応となるが、住民に身近な地域のリハビリテーションの量的質的向上を図りつつ、各二次医療圏域内で総合的なリハビリテーションサービスが提供されるようにするべきである。

2) 地域リハビリテーション広域支援センターに期待される基本的な役割

地域リハビリテーション広域支援センターの基本的な役割や機能として、下記の4項目、6事項が挙げられる（表14）。

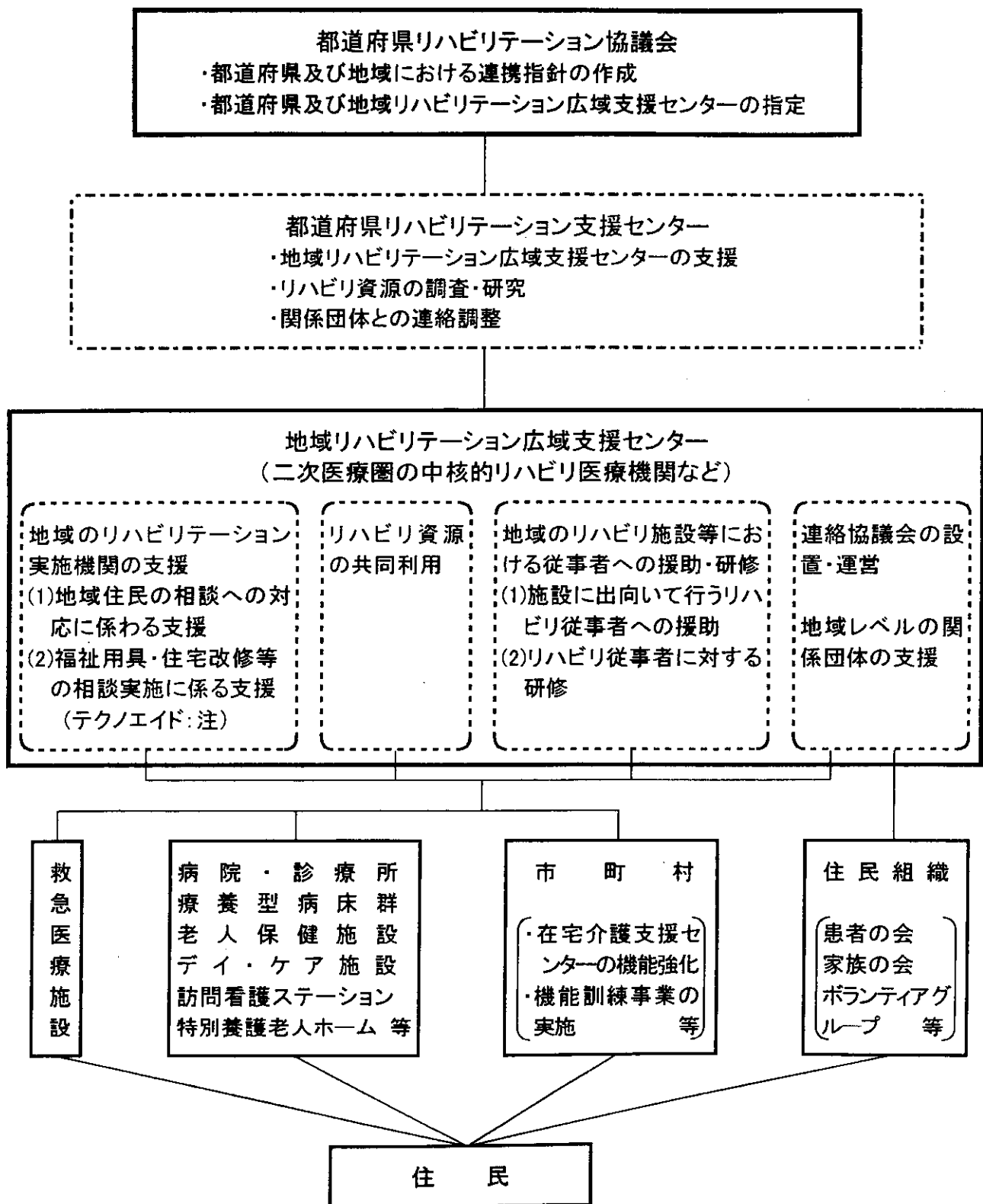
（表14）地域リハビリテーション広域支援センターの基本的機能

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 地域のリハビリテーション実施機関の支援<ol style="list-style-type: none">（1）地域住民の相談への対応に係る支援（2）福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）2 リハビリテーション施設の共同利用3 地域のリハビリテーション施設等における従事者への援助・研修<ol style="list-style-type: none">（1）施設に出向いて行うリハビリテーション従事者への援助（2）リハビリテーション従事者に対する研修4 地域レベルの関係団体、脳卒中友の会、リハビリクラブ等からなる連絡協議会の設置・運営 |
|---|

※9頁（表8）を再掲

都道府県リハビリテーション協議会、都道府県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター等の地域リハビリテーション支援体制についての概要を（図2）に示した。

(図2) 地域リハビリテーション支援体制について



注:テクノエイド:住宅改修や福祉用具について専門的な指導・助言をおこなう。

3) 地域リハビリテーション広域支援センターによる具体的支援内容

1 地域のリハビリテーション実施機関の支援

(1) 地域住民の相談への対応にかかわる支援

障害を抱える高齢者の在宅生活には、多種多様な問題が生じるものである。これらの問題に総合的な対応ができ、解決のための体制を速やかに作れる相談窓口が不可欠である。

地域住民が身近な場所で、容易に総合的相談ができる体制を確立するには、多様な問題に対応できる専門職の配置の問題、相談窓口へのアクセスの問題などが解決されねばならない。現在、福祉行政の出先窓口機関として在宅介護支援センターが存在し、今後の介護保険では介護支援専門員（ケアマネジャー）も登場する。

これらの地域住民の相談窓口には、リハビリテーションの多様な相談が寄せられることになる。

そこで、リハビリテーションに関する事例を30頁～41頁に示した。

これらの事例は、必ずしも最善の対応がなされているとはいえない部分はあるが、障害者の介護方法と、それに密に連携したリハビリテーションサービスにより、障害者と家族のQOLは大きく影響されることがわかる。

すなわち、地域住民の相談窓口のスタッフには介護方法とリハビリテーションに関して、高度で専門的な対応が要求されるため、相談窓口のスタッフ等に対して、継続的に資質向上を図ることができるようなシステムが必要である。

地域リハビリテーション広域支援センターにおいては、リハビリテーションの知識・技術、当該地域のリハビリテーションサービスの実態及びテクノエイドサービス等に関する情報を住民の相談窓口となる機関に継続的に提供することが重要となる。また、相談窓口関係者のネットワークを作ったり、研修会等を企画・開催することも必要である。

事例紹介

事例1：高齢でリハビリテーションの効果が見込めず車椅子生活だといわれたが、リハ医のリハビリテーションで大きな効果があり、歩行が可能となった82歳の男性。

【経過】

脳梗塞による左片麻痺をきたし、その日のうちに救急車で一般病院に入院した。2日間ほど意識が低下していたが、7日目には自分の名前や住所も言えるようになった。8日目には膀胱留置カテーテルがはずされ、その翌々日には尿意も訴えるようになり、排尿はベッド上で尿器を使って介助により可能になった。14日後にはベッドをギャッチアップ(背もたれをあげる)すれば、テーブルの上の食事を自力で右手で箸を使ってできるようになり、車椅子介助移動が開始された。入院して1ヶ月経過後に自宅退院を主治医からすすめられた。家族がもっとよくなるのではないかと聞いたところ、「高齢なためにリハビリテーションの効果は見込めない。自宅内で車椅子を使って移動を介助すればよい。また食事も自力で食べることができ、尿意の訴えもあり、自宅での介助もそれほど困難ではないだろう」とのこと。「介助法については入院中に看護婦から指導を受け、その後も訪問看護で介助についての指導を受けることができるように紹介するので十分であろう」とのことであった。

しかし、家族は左上肢は全く動かないが、左下肢はベッドの上で立て膝ができる位は動くし、もっとよくなるのではないかと考えたので、知人のつてをたどってリハビリテーション専門病院(注参照)を探して入院相談をした。リハ医(注参照)が患者のその時点での状況や経過を詳しく聴取した結果、入院によるリハビリテーションを行うべきと判断され、1週後にそのリハビリテーション専門病院へ転院となった。その後2ヶ月間入院し、その間に3回ほどの外泊訓練を行った。ウォーカーケインと短下肢装具とを使って自宅内の歩行は自立し、身の回りの行為は自立していることが確認されたので自宅退院をした。その後、月1回外来でリハ医の診察を受けて生活の仕方についての指導をうけている。外出(監視・介助歩行による)の範囲は、拡大しつつある。

【まとめ】

①高齢者だからといってリハビリテーションの効果が乏しいということはない。

この患者のように適切なリハビリテーションを行えば高齢でも室内歩行や身辺ADLが自立する患者は少なくない。特にこのように意識障害もなく、尿意もあり、1ヶ月程度でADLが比較的軽度の介助で可能になる位の場合は適切なリハで更に能力が向上する可能性が大きい。

②リハビリテーション前置の重要性

適切な急性期・回復期のリハビリテーションが行われず、本来向上し得る能力を十分に向上させなければ、将来的に寝たきりになってしまう危険が大きく、それによって家族の介助量が大きくなり在宅生活の継続が破綻する可能性が高い。

(注：リハビリテーション専門病院とは、ここではリハビリテーション施設基準が総合リハビリテーション施設もしくは理学療法Ⅱおよび作業療法Ⅱを併設している病院を指す。

リハ医とは、ここではリハビリテーションに精通している医師を意味し、例えば日本リハビリテーション医学会専門医もしくは認定臨床医等を指す。)

事例2：リハビリテーションとは機能回復訓練と考え、手の麻痺をなおすことのみに執着していたが、本来のリハビリテーションの意味を理解し、主婦業として生き生きとした生活に戻った右片麻痺の72歳の女性（右利き）。

〔経過〕

脳梗塞による右片麻痺を発症。救急病院に入院しICU（集中治療棟）管理後に一般病棟に転棟した。入院2ヶ月後にリハビリテーション専門病院に転院となった。

リハビリテーション専門病院へ転院するまでの間、救急病院で「どこまで治るのか」と医師や看護婦に聞くと、「右の手足の麻痺さえ治れば何でもできるようになりますよ。どこまでよくなるのかは本人の努力次第だから、とにかくリハビリテーションを頑張ることでしょ。」といわれていた。

リハビリテーション専門病院に転院してきた日に、リハ医にリハについての希望を聞かれ「利き手の右手が麻痺したので、とにかく右手が動くことが一番」と回答した。

リハ医からは「リハビリテーションとは麻痺をなおす機能回復訓練のことではなく、どのような生活を送るのかを考え、それができるように隠れた能力を引き出して生活能力を高めていくもの。」と説明されたが、「とにかく右手と右足さえよくなれば元通りになれるから、そんなことは考えられない」との答えを繰り返すだけであった。

そこでリハ医は本人には入院時「右手の動きの訓練も行うが、左手で身の回りのほとんどのことはできるので両方やっていきましょう」と説明し、家族には右手の麻痺は、今後少しは動きが出現してくるがほとんど実用的に用いることはできず、利き手を左手に変える（利き手交換）が必要と説明の上、日常のADLの中で左手を使う機会を増やしていった。

その後早期から調理や掃除などの家事の訓練も開始し、その中で左手の巧緻性を高めるように指導され、それらの行為が円滑に行えるようになるに従い右手の麻痺の回復への固執が徐々に減っていった。そして左手で箸を使って食事ができるなど利き手交換も十分となり、身辺ADLも自立し、屋外歩行も四点杖と短下肢装具（SLB）を用いて自立した。自宅では嫁が勤めに行っている間に食事の用意や掃除もして一家の主婦としての役割も果たしており、主観的な満足度も高い。

なおリハビリテーション専門病院入院時には患側のみでなく健側の拘縮も出現しており、健側の拘縮の改善に1ヶ月以上を要した。

〔まとめ〕

①早期リハビリテーション開始の重要性

リハビリテーションには生命が助かる可能性があれば発症直後からでもただちに開始すべきである。早期リハビリテーションとしては一般医療機関での関節可動域訓練や体位変換、早期座位などが重要である。一般にこの事例のように関節可動域訓練や良肢位保持が行われていないことが多く、そのためリハビリテーション専門病院としては、本来救急病院できちんと対応されていれば防げていたはずの拘縮を治すことに時間をとられることが少なくない。拘縮は一つの例であるが、この他にも急性期にきちんとした対応がなされなかったためにリハビリテーションによる改善のスピードが遅くなるだけでなく、最終的な到達レベルも低くなることが少なくない。この点は若年者に比べ老年者ほど著しい。

このような一般医療機関でも可能なリハビリテーションの技術の普及も重要な課題である。また

早期にリハビリテーションが行える病院への紹介と、その紹介を早期に引き受けることのできる体制の整備も必要である。

②リハビリテーションに関する正しい知識を指導することの重要性

転院前での病院やその他の機関(福祉事務所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等)から行われたリハビリテーションについての説明が誤っていたために、本人や家族においてリハビリテーションに関して根本的なところで誤解が残り、リハビリテーション・プログラムがうまく進行しないことが少なくない。

またその誤解のためにリハビリテーションの効果のある人が、リハビリテーション専門病院に紹介されない場合も少なくない。

このようなリハビリテーションに関する正しい知識の普及は、リハビリテーションを必要とする患者に最初に接し、リハビリテーションについて説明する機会の多い一般医療や地域の多数の医療・介護関係職種に必須といえる。

特に本事例と関係の深い点は以下の2つである。

i) リハビリテーションとは機能回復訓練のことではない。

患者や家族は「麻痺さえ治れば」と思いがちであり、不自由さにばかり目が向きやすい。しかし、麻痺が治らなくても種々の健常な能力が残っており、それを活用すれば実際に行える行為は非常に多い。そしてこの活用の仕方を指導するADL訓練がリハビリテーションとしては最も基本的なものである。

ii) リハビリテーションはやってみなければわからないものでない。

予後を診断することは可能であり、不可欠である。さらに、リハビリテーションの内容(プログラム)は個々の患者によって個別に立てるものであり、決して誰にでも共通のものではない。そのためにはまず各人の予後(どこまで能力が発揮できるようになるかについての見通し)に基づいて各患者の将来の具体的な生活像としての具体的な目標をたてることが大事である。その時に患者の主体的な関与(インフォームド・コンセントを更に発展させたインフォームド・コオペレーション)が不可欠であるが、その際に前の病院で、例えば「頑張りさえすれば治る」と説明されていれば、治療者側が提示したある一定の限界をもった予後患者は納得しようとせず、そのために現実的な生活像が描けず、現実的な目標が立てられない結果となる。(参照:事例9)

そして訓練を続けていけば、いつかは治るはずだと考えて、現実的な生活から目をそむけてただ訓練だけが続けていく無意味な「訓練人生」(参照:事例5)を作ってしまうことにさえる。

iii) 高齢者でも家庭内の役割を担えるようなリハの重視。

高齢者は若い人と比べて、リハビリテーションの目標が自宅に帰り、介助量が少なければ十分だとされる傾向が少なからずある。しかし本事例のように高齢者でも主婦業や仕事、また趣味に関する能力を向上させるアプローチも効果的である。

また、それらの能力をあげることで高齢者のQOLを向上させるとともに活動性向上をはかり、廃用症候群(と寝たきり)の予防にも役立つ。

事例3：イレウス（腸閉塞）で2週間入院してただけで歩けなくなり痴呆症状もでてきたが、入院によるリハビリテーションで再び元の状態にもどった75歳の女性

〔経過〕

変形性膝関節症による膝の痛みのために屋外歩行は自宅周辺のみであった。自宅では幼稚園児の孫のお守りや嫁の留守中の簡単な家事を行っていた。

突然腹痛が出現し救急車で入院したところイレウス（腸閉塞）と診断され手術を受けた。発熱が2週間ほど続き、点滴を受け絶対安静を指示された。解熱しても検査所見が正常化していないとのことで更に安静を指示された。入院3週目には見舞いに行った親戚の名前がわからないなど、ボケ（痴呆）のような症状が出現し始めた。4週目にベッドから起こしてポータブルトイレで排尿させようとしたところ、膝折れして立っていられなかった。入院35日目にイレウスは治ったので退院を指示された。「ぼけたことは年寄りだから仕方がない。もともと膝が悪かったのだから歩けないのも仕方がない。」といわれた。介助のためには嫁は仕事を辞めなければならないので、改善の可能性はないのかを何度も尋ねたところ、主治医の友人のリハ医に診察を頼んでくれた。リハ医が往診してくれ、手術後の絶対安静による廃用症候群が強く、ボケも精神的な廃用症候である可能性が非常に大きく、また立てないのも廃用症候群による筋力低下と診断され、活動性を向上させるようにリハビリテーションをすぐに開始すべきだと言われた。しかしそのリハ医の勤務する病院は遠いので、リハ医が毎週この病院の近くの大学の医局に来る毎に診察して、病院の医師や看護婦に指導してもらうことになった。まずベッドのギャッチアップの1日の中での回数と一回の時間を増やしていった。その後病院内で歩行器を使った歩行訓練を1時間毎に5～10～15分ずつと1回の時間を少しずつ増やしながら行い、日中は臥床せずに椅子に座っている時間を増やしていった。更に自宅では退院後はまず伝い歩きで移動することを想定して伝い歩きの練習をし、立位でのADLの指導を行った。これによりボケの症状も消失し、リハ医の最初の診察の1.5ヶ月後には自宅退院した。退院後入院中の主治医の外来を毎週受診し、リハ医に電話で指示を受けながら散歩時（嫁と腕を組んで、または4点杖を使って）の歩行量を増やしていき、4ヶ月後には入院前と同様の生活が送れるようになった。

それ以降この病院では廃用症候群についての勉強会を開き、必要以上の安静をとらせず廃用症候群を極力予防・改善できるように様々な取り組みをはじめた。

〔まとめ〕

①リハビリテーションの対象として廃用症候群は非常に重要

リハビリテーションの対象は脳卒中や骨折など急に障害が生じた場合と思われやすい。しかし、高齢者の場合には廃用症候群を見落とさずにリハビリテーションの対象とすることが重要である。

②廃用症候群についての知識の普及の重要性

廃用症候群とは現在の我が国におけるねたきりの大きな原因の一つである。一般医療機関でのこれについての認識の不十分さも大きく影響しており、啓発が必要である。

③廃用症候群へのアプローチはリハビリテーション専門病院のみでなく一般病院でも必須。

必要以上の安静をとらないようにし、どうしても必要な安静による廃用症候群に正しく対処することはプライマリ・ケアの一環としても重要。（参照：事例4）

事例4：5年前発症の脳卒中による片麻痺があり、風邪で寝ていたら寝たきりになってしまったが、リハビリテーションでむしろ以前の状態以上に改善した73歳の男性。

【経過】

5年前に脳出血を起こして手術を受けたが左片麻痺が残った。しかし、1週間位訓練室で歩行訓練を行い歩けるようになったので自宅へ退院となり、その後リハビリテーションは受けていなかった。退院後、自宅内は手放して歩き、身の回りのことは入浴以外は自分で行っていた。外出は妻が生きている時は毎日手を組んで散歩していたが、妻の死亡後は同居している息子と週1回位一緒に散歩するだけで、最近はずぐ疲れるようになり自宅内も伝い歩きになっていたところ、風邪をひき近くの開業医の往診をうけながら2週間ベッドに寝ていた。その間はベッド上で尿器を使っていたが、風邪がよくなったのでトイレに行こうとベッドから起き上がったところ、頭がふらつとして倒れこんでしまった。医師に「まだ病気が治っていない」といわれ、そのままベッド上での生活を続けた。風邪で寝込み始めて4週間後には時々尿失禁をするようになった。見舞いにきた娘がこのままでは「寝たきり老人」になると、あわてて5年前の主治医に連絡したところ、その病院にはリハビリテーション科が新設されており、そのリハ医に紹介してくれた。リハ医の往診で風邪で寝ていたこととその前から活動性が徐々に落ちてきたことによる廃用症候群によるもので、リハビリテーションにより回復が可能といわれ、すぐに入院となった。

ベッドから起き上がったときの頭のふらつきは起立性低血圧（廃用症候群の重要な症状の1つ）であるので座位時間を増やすことが最良の治療だとの説明を受け、段階的に座位時間を増やしていった。そしてその後ウォーカーケインと短下肢装具を使つての歩行訓練をすすめ、屋外歩行も自分一人で行えるようになった。またADL訓練を病棟で理学療法士・作業療法士が行い、また入浴行為の訓練を実際にお湯を入れた浴槽で理学療法士・作業療法士が行い、その結果入浴も一人で行えるようになった。そして入院中に外泊を行い一人で屋外歩行や身の回りのADLと最小限の家事が行えることを確認したので退院となった。

退院後、医学的管理は自宅近くのかかりつけ医で行ってもらいながら、2週間に1度、2ヶ月間リハ医の外来を受診して生活指導をうけ、その後は少しでも機能が低下したら連絡をするように指示されて自宅生活を続けている。

【まとめ】

①事例3と同様に廃用症候群の例

起立性低血圧が廃用症候群の症状であることを知らなかったために必要以上の安静をとり、かえって安静と廃用症候群との「悪循環」を作り、「寝たきり化」を起こさせたものである。しかし適切な廃用症候群に対するリハビリテーションを行ったことで寝たきり化を防ぐことができた。

②最初のリハビリテーションが不十分であった場合、数年たった後でも適切なリハビリテーションでむしろ能力が向上することが少なくない。

適切なリハビリテーションを受けてこなかった事例に対し、本例のように適切な杖や装具の処方や一定期間の入院によるリハビリテーションを行えば比較的短期間で顕著にレベルアップをすることができる。これまでに適切なリハビリテーションを受けることがなく、歩行能力やADL能力が低い人にはリハビリテーションの必要性を必ず検討するべきである。その中で、適切なリハビリテーションを試みる価値がある例はかなり多いものである。

事例5：6年間も外来訓練に毎日通い「訓練人生」になってしまっていたが、適切な杖と装具を使いADL訓練を行ったことで「訓練人生」から脱却し郷土史を調べ自費出版した66歳の男性

【経過】

59歳の時に商社在職中に脳出血による左片麻痺を発症。3ヶ月間一般病院に入院後、リハビリテーション専門病院に6ヶ月間入院して屋外歩行は家族と一緒にあればT字杖のみを用いて自宅周辺は何とか可能となり、自宅退院した。排尿は自宅内洋式便器に、またその他の整容等も腰掛けて行っているため自宅内では自立だが、外出先では不自由が多かった。更衣や入浴は手伝ってもらっていた。全体としての歩行量は少なく、自宅周辺より遠くの外出は妻に付き添ってもらい、タクシーを利用することが多かった。

発症によって会社を退職し、自宅退院後は特に何をするともなく日中はテレビをみて過ごしていたが、近くの病院にリハビリテーション部門があることを知り、もっと麻痺をよくしたいと思い、はじめから6ヶ月間は月曜日～金曜日まで毎日通い、その後6年間は隔日に必ず通っている。

その訓練内容はグループ訓練が主であり、週1回関節可動域訓練を理学療法士が行っている。本人はもっとよくするためと考えて通っているが、病院側からは半年に1度位は中止にしようという話が出る。しかし本人が強く続行を希望するため、結局きちんと話し合いもなされぬまま、「機能を維持するため」ということで継続になっていた。

ところが外来に通い出して6年後にこの病院にリハ医が着任して全てのリハビリテーション施行患者の診察を行ったところ、この事例はむしろ訓練を続けること自体が人生の目標となっている「訓練人生」であること、そして実は適切な杖と装具（四点杖と短下肢装具（SLB））を用いれば移動能力は格段に向上し、ADL能力も向上し、より有意義な人生を送れるようになると診断し、本人にも説明した。これに対し本人は、「とにかく麻痺を治すことが大事」であり、「四点杖やSLBを使うとこれまで歩けていたのにまた再び歩けなくなる」と試みてみることをすらかたく拒否し続けた。

しかしこれまで訓練室の中でしか歩けなかった他の患者がウォーカーケインとSLBで一人で病院に通ってこられるようになったのをみて、ようやく四点杖と病院に備え付けの貸し出し用のSLBを試してみようことを納得した。

最初は四点杖とSLBを重たく感じていたが、妻が付き添わなくても遠くまで歩けるようになり、2ヶ月後には屋外歩行も毎日1日1万歩以上行えるようになった。また病院以外にPTと一緒に訓練として同行してバスのステップやエスカレーターの乗り降り、一般電車の乗り降りや電車内での移動方法などを指導して、その後家族と数回繰り返したところ、後は本人一人で安全に利用可能となった。またADL訓練によって自宅内ADLはすべて自立するとともに外出先で不自由さがなくなり外出範囲は格段に広がった。

そして発症前には定年退職後にはまとめようと思って毎週末に調査を行っていたところの、本人が住んでいる地方の郷土史について、再び図書館に行ったり現場を訪ねたりしてその検証を行い、3年後には郷土史についての本を自費出版した。

【まとめ】

①外来通院によるリハビリテーションの重要性

外来通院によるリハビリテーションは維持目的だけではなく、能力を向上させることができる。外来リハビリテーションは簡単な訓練やグループ訓練を主とした機能維持訓練であると一部では思われているが、実際の生活の能力向上にむけたきわめて具体的なADL指導を行うことで本事例のように能力向上をはかることができる。更に、外来リハビリテーションで能力向上をはかることによって、入院リハビリテーションを続けているよりも早期により高いレベルに到達することも可能である。

すなわちリハビリテーションとは入院によるリハビリテーションを基本とするものではなく、家族や地域社会の中で生活しながらの外来通院によるリハビリテーションを、今以上に重視する必要がある。

②漫然と長期にわたり続ける外来通院によるリハビリテーションの問題点

長期にわたり漫然と続ける外来通院によるリハビリテーションは、時に「訓練人生」を作ってしまうことがある。明確で具体的な目標のない「外来通院によるリハビリテーション」は訓練人生を作り、医療機関への心理的依存を生み出し、より高い人生の目標を見失わせる可能性もある。この点はデイ・ケア(通所リハビリテーション)、機能訓練事業についても同様であり、常に目標を明確にしたリハビリテーションを提供すべきである(参照:事例2-②)。

事例6：歩行も不可能で自宅退院不可能といわれていたが、転院して異なるリハビリテーション・プログラムによって職業（自営業）復帰が可能となった68歳の男性

【経過】

脳出血による右片麻痺が出現した自営業主。家族で室内装飾業を営んでいる。脳出血が発症した3週後にリハビリテーション専門病院に入院してリハビリテーションを行った。そこでは杖を使わず直接手放し歩行を目指す方針のため、ずっと平行棒内歩行のみを続けていた。また作業療法では革細工などの手工芸を指導されるが本人はそのようなことはしたくないと拒否したため問題患者だといわれていた。

入院6ヶ月後にもうこれ以上治らないといわれ、患者宅の地区の訪問看護ステーションを紹介された。退院前に、家族はとてもこの状態では、仕事をしながら自宅で介護するのは不可能と思うと伝えた。訪問看護婦は、杖も使わず、ADL訓練も理学療法・作業療法は行わず、訓練室でだけ訓練をしていることに疑問を感じ、他のリハ病院の見学をすすめた。家族が行ってみるとその病院でのやり方がそれまでとは全く違うためその病院へ転院した。

新しい病院では理学療法士・作業療法士が病棟で歩行訓練やADL訓練を行っており、患者も転院5日後にはウォーカーケインと長下肢装具(LLB)を用いて理学療法士が介助して病棟内歩行が可能となった。作業療法では病棟でのADL訓練とこれまでの仕事と関係のある内容についての訓練を主として行っていった。

そして4ヶ月目にはSLBと四点杖で公共交通機関の利用も自立し、ADLも自立して自宅退院した。店主を息子に譲るための指導を主な目標として毎日仕事をしている。

【まとめ】

①リハビリテーション・プログラムの重要性

リハビリテーションの効果は行われるプログラムの内容によって大きく異なるので、プログラムの策定が重要である。

②実生活の中でおこなうリハビリテーションの重要性

リハビリテーションは訓練室の中で行うのではなく、実生活の場で行うことが必要である。入院中においても、訓練室だけでなく病棟等でおこなうリハビリテーションが重要である。

③作業療法の重要性

作業療法とは作業を手段として用いる治療法であるが、手工芸等による手の訓練と誤解されていることもある。作業とは極めて広い概念であり、道具を使って物を作ることに限らず、ADL、職業、趣味、レクリエーション、スポーツ、音楽、心理劇等々まで含まれるものである。

すなわち、ADL自立と職業生活に向けたアプローチにおいて、作業療法は大きな成果を上げることができるのである。

事例7：痴呆と誤られていた失語症が正しく診断され、入院リハビリテーションに続く訪問リハビリテーションによって退院後も能力向上ができた72歳の女性

【経過】

脳梗塞で重度の右片麻痺が出現し、自発的には全く話さなくなり、問いかけても応答はなく、手足を動かすように指示しても従えなかった。ADLを指示しようとしても指示内容が伝わらず、泣き出したり騒ぎ出すことが多く、近医を受診したところ、痴呆だからリハビリテーション専門病院に入院しても訓練効果はないだろうといわれ、近くのデイ・ケア（通所リハビリテーション）を紹介された。

デイ・ケアに通い出したところ、外来の診断では運動性失語症（ブローカ失語）の可能性もあるといわれ、そこで言語療法部門もあるリハ病院を紹介された。そこでの診察の結果、言語療法のみでなく理学療法、作業療法も行う必要がある、また、少なくとも介助付屋外歩行は可能になり自宅でのADLもかなり自立するとされ、入院することになった。

入院後言語療法にて失語症であることを考慮した接し方、対応の仕方を家族にも指導され、患者も急に泣き出すようなことは少なくなった。また長下肢装具を作り、ウォーカーケインを用いて病室での歩行訓練を始めたところ、トイレまでの歩行は2週間後に看護婦の見守りだけで可能となった。

その後自宅退院を前提として、自宅内をLLBとウォーカーケインで動けるように家具の配置を変え、床の段差をなくした。そして毎週末に計4回外泊訓練をして自宅内生活が安全に可能なことを確認しながらADL訓練をすすめていった。

4ヶ月間の入院によるリハビリテーション施行後に退院となり、毎週作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が訪問して、自宅内でのウォーカーケインのつき方、伝い歩きの方法、自宅周辺の歩行の方法、またその他のADLのやり方を日中同居している嫁にも指導することを2ヶ月間計8回行い、自宅内でのADLは入浴以外は自立し、散歩も行うようになった。その後2ヶ月に1回外来でADL指導や生活の仕方の指導を受けている。自宅内のADLのやり方はより確実にできるようになり、屋外の歩行スピードは向上してつつある。

【まとめ】

①失語・失行・失認などの高次脳機能障害もリハビリテーションの重要な対象。

リハビリテーションの対象は運動機能のみでなく失語・失行・失認のような高次脳機能障害も重要な対象である。高次脳機能障害を伴う場合のADL指導のみならず介助法指導には、リハビリテーションの専門的な知識が必要となる。

②訪問リハビリテーションの重要性

訪問リハビリテーションでは、リハビリテーション専門職（言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等）でなければならない内容で、患者さんの自宅という、実際の生活の場で行うことが外来で行うよりもより効果的な場合に行う。例えばADL訓練や介助法の指導などであり、特に本事例のような失語症や失行・失認のような高次脳機能障害患者の場合に訪問してADL指導を行うことは効果的である。

一方関節可動域訓練のように家族に指導すればその後家族で安全に行える内容は、そのやり方の指導とその後正しいやり方で行われているかの確認を行う。家族が安全にできるようになることでむしろ回数が多く行え効果的である。

事例8：安楽なようにと必死で介助していた嫁が体をこわし施設入所を迫られていたが、ADL訓練と適切な車椅子作製で介助量が軽減し、自宅生活が継続できた69才の女性

【経過】

63才時に脳梗塞による非常に軽い右片麻痺。その後66才と68才時に再発作で左片麻痺を生じ、両側性片麻痺になった。68才時には2ヶ月間の入院中2週間ほど訓練室でマット上での訓練を受けたが3回目の発作なのでこれ以上良くなれないと説明され、後ろから押してもらう介助用車椅子を購入し、介助方法の指導を受けて自宅退院した。退院直後はベッドと車椅子間の移乗は軽い介助で可能だったが、徐々に介助量が増えていった。6ヶ月後に、介護疲れにより嫁は体をこわしてしまい、家族会議の結果本人に施設入所をすすめることになった。

そこで在宅介護支援センターに相談したところ、これまでリハビリテーションではADL訓練はなされていないという話を聞いて、一度リハ医の診察を受けるように勧められリハビリテーション専門病院を受診した。その結果、これまで行っていた介助方法は、本人の残された能力を生かす方法ではなく、本人の能力は使われないために低下していつていること等の説明を受け、ADL訓練と適切な介助方法指導を主な目的として入院した。

リハビリテーション専門病院に入院後、ADL訓練を行い、介助方法も本人の能力を極力生かすようなこれまで行っていた介助方法とは異なる方法を指導された。上衣の更衣や食事や整容も自力で可能となり、またベッドから車椅子への移乗等の介助量は非常に軽くなった。また、車椅子を片手片足でこぐ訓練を行い、自分でこぐことができるように車椅子を作りなおした。介助量が大幅に少なくなったため自宅生活継続を決め、自宅退院となった。

自宅内では車椅子で移動し、ゆっくりだがADLは自分でを行い、車椅子からトイレ(便座)への移乗などのように介助が必要なときだけ嫁を呼び介助を受けている。これによって自宅生活が維持できている。

【まとめ】

①介助方法の決定は、ADL訓練を行った上で決定すること。

身辺行為などで何か不自由なことがあれば、ただそれを手伝って補うのではなく、本人の能力を十分に生かすADL訓練を行うことが前提となる。本人の能力を生かすことなしに介助していればむしろ徐々に本人の能力を低下させてしまう。ADL訓練を行って潜在能力を引き出した上で、その状態で最低限必要な介助方法を決めることが重要である。

②適切な介助方法の指導もリハビリテーションの重要なアプローチ。

介助方法が不適切であると、むしろ「寝たきり」を作ってしまう。本人の潜在能力を最大限に生かしながら、介助者にとっても介助が容易な介助方法を見つけることが大事で、それにはリハビリテーションの専門的な技術を必要とする。

③最適な福祉用具を確保する(作る)ことの重要性。

車椅子は移動ができない人を乗せて介助で移動させるだけのものではない。自力で足でこいで駆動できる能力のある人にはそれが可能な車椅子を作り、使い方を指導するべきである。

車椅子の場合と同様に、その他の福祉用具の適応を決めるには、本人の能力を如何に生かすかという視点からのリハビリテーションの専門的技術・知識が有用である。

事例9：介護負担を軽減するため制度を活用した75歳の男性

脳卒中と心疾患のため、ほぼ寝たきり状態にある高齢者であり、70歳の妻と2人暮らしであった。老人保健事業の訪問指導により保健婦が訪問したところ、ベッドはなく布団での生活であり、妻は変形性膝関節症による疼痛に耐えながらオムツ交換や食事の介助、清拭などを行っており、本人の仙骨部には褥瘡形成の可能性も認められた。

地域に訪問診療以外のサービスとして訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護がなく、リハビリテーションの専門職もないため、保健婦は福祉用具の利用について隣町のリハビリテーション専門病院のソーシャルワーカーに相談した。

ソーシャルワーカーは同院のリハ医に相談したところ、かかりつけ医の了解の元にリハ医と作業療法士が訪問することになった。その結果、福祉用具等の利用が有効であり、電動ベッド利用による介護負担の軽減、移乗の介助が容易でありかつ褥瘡等の予防に配慮した車椅子の必要性、ポータブルトイレおよびその枠の作成、浴室にはシャワー椅子利用による浴槽に入りやすい平行移動可能な入浴介助装置、浴室への出入りの段差解消の改修、屋内外の出入りは油圧式の昇降機の必要性が確認された。

夫婦の了解の元に、各種福祉用具の購入および住宅改修が実施されたが、制度の活用で経済的な負担も少なかった。

また、これらの機器の利用にあたっては、作業療法士の数回の訪問により助言・指導がなされた。

以上の結果、食事は車椅子にて食堂で行い、入浴も軽介助で可能となり、寝たきりから車椅子座位の生活へと自立度が向上した。さらに、妻の介護負担が軽減したことにより、変形性膝関節症による疼痛も軽減し、しばしば妻が車椅子を押して屋外に出かけるようになった。

[まとめ]

①テクノエイドサービスの重要性。

適切な福祉用具の利用および住宅改修は、介護負担を軽減させるばかりでなく、本人の自宅への閉じこもりを予防し、ひいては寝たきりの防止へとつながる。

②テクノエイドサービスの利用に当たりリハビリテーション専門職の助言が必要。

リハビリテーション専門職による適切な福祉用具の利用や住宅改修についての助言・指導により、自立度の向上を促進し（参照：事例8-③）、不必要な福祉用具の利用や無駄な住宅改修を防止できる。

事例10：どこまで改善するかを予後を明確にしたことにより、家族の人生設計がきちんとでき、息子夫婦宅に同居しての自宅介護生活が可能となった70歳の男性とその妻

[経過]

定年後に子会社の役員として再就職し、妻と二人暮らしをしていたが、脳出血を起こし、救急病院に入院。重度の意識障害が続いていた。1ヶ月後「どの位よくなるのかはわからないが、とにかく転院してリハビリテーションを頑張れ」といわれ、転院をすすめられた。

しかしどの程度の入院が必要で、リハビリテーションを行っても将来どの程度よくなるか、その後どのような介護が必要なのか、そして、どこに転院すればよいのかも判断できないので困ってしまい、会社の嘱託医に相談した。その嘱託医の紹介でリハ医に入院中の病院に来てもらい診察してもらったところ、意識障害が重度である上に1.5ヶ月以上持続していること、また、CTやMRIなどの結果もあわせて、リハビリテーションを行っても改善の可能性は少ないと診断され、むしろ介護体制の整備が必要だとの指導を受けた。

そこでこれまで別居していた息子夫婦宅に患者の妻と一緒に同居することにして、自宅の和室にベッドを置く等環境の整備、必要な機器の指導を受け、また実際にそれを用いての介助方法の指導をうけて自宅退院した。

なお拘縮が生じる危険が大きいので関節可動域訓練のやり方は退院前にリハ医の診察時に家族に指導された。また意識が改善するなど、リハビリテーションを行う必要性について再検討すべき徴候を教えてもらい、それが出現すればリハ医に連絡することになった。

その後かかりつけ医の訪問診療や訪問看護、訪問介護等の在宅サービスをうけ、近くの老人保健施設のショートステイも利用しながら息子宅での生活を続けている。

[まとめ]

①リハビリテーションの適応の重要性

リハビリテーションが十分に行われていないために、十分な機能が発揮できていない人が極めて多いのが我が国の現状である。しかし、全ての人にリハビリテーションを行うべきとするのも正しくない。改善の可能性がない場合、必要以上のリハビリテーションを続けることは家族の生活を犠牲にすることになり、また限りある人的資源・物的資源を無駄にすることになる。

②リハビリテーションの適応決定には専門的な予後診断が重要。

すなわち正確なリハビリテーション的な予後（麻痺などの予後のみでなく生活の仕方についての予後）の診断に基づいて、リハビリテーションの適応を決めることが重要である。なお予後を明らかにすることは本人のみでなく家族にとっても現実的最良の人生設計を行う上で重要である。

（参照：事例2-②-ii）

3）介護とリハビリテーションは対立するものではない。

リハビリテーションの知識や技術は正しい介護を行う上で不可欠であり、介護サービス計画策定にはリハ医等が積極的に加わるべきである。

（２）福祉用具、住宅改修等の相談実施にかかわる支援（テクノエイド）

在宅高齢障害者の介護は、比較的高齢の家族に依存していることが多い。このため、障害者の健康や日常生活動作能力を維持し寝たきりを予防し、さらに介護者の介護負担の軽減をはかり、介護疲れが原因となる在宅生活維持の破綻を防ぐ意味からも福祉用具の利用や住宅改修を効率的に推進すべきである。例えば、ベッドから車いすへの移乗、入浴・トイレ動作などを自立させたり、介助を可能な限り省力化する方法が求められている。あるいは、疾病からの障害や老化等により、活動性が低下し閉じこもりがちになると廃用症候群を生じやすく、それが寝たきりの原因となる。この閉じこもりの予防には、外出する機会をもつことが重要と考えられるが、その前提として、外出を容易にする必要がある。これに対して、リフター、段差解消機、車いすなどの福祉用具の利用と、それに伴う住環境の整備などが有用なことが多い。

それらの福祉用具の選定には、目的、身体機能、介護者の能力、生活環境などの条件的に評価できる体制が不可欠である。機能訓練により機能の改善が見込めるか、介助方法は適切か、１人で容易に介助できる方法はないか、適当な福祉用具はあるか、住環境の整備は必要か、いずれも専門的知識と技術に加え、新しい情報の入手が必須となる。

福祉用具や住宅改修等の相談は、地域住民のできるだけ身近なところで受けられるようにすることが望ましい。しかし、人口の少ない市町村では、テクノエイドに関する専門職が不足し、中核として期待される在宅介護支援センターも、マンパワーの不足などからその機能を十分には果たし得ていない。したがって、このような市町村を支援するためには、２次圏域にテクノエイドに関する中核施設として地域リハビリテーション広域支援センターの設置が望まれる。

地域リハビリテーション支援センターにおいては、福祉用具の供給、住宅改修の指導など直接的援助だけでなく、在宅介護支援センターや訪問看護ステーションなど、地域のケアサービス機関のテクノエイドに関する後方支援機能を担うことも重要である。

（表15）に福祉用具、住宅改修等の相談に係る具体的支援内容を示した。

(表15) 福祉用具、住宅改修等の相談に係る具体的支援内容

	適 用
対象	1. サービスの利用者 2. 各病院、診療所、介護保険施設、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者などにおける相談窓口担当者等
実施者	テクノエイドに関する専門部門の関係者、リハビリテーション専門職
実施体制	1. テクノエイドに関する専門部門の設置 福祉用具展示場（試用体験）・情報室の整備 建築工学技師・福祉用具プランナー（非常勤も可）の配置が望ましい。 2. PT・OTなどリハビリテーション専門職の協力体制の確立 3. 各病院、診療所、介護保険施設、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者などとの連携
実施内容	1. 福祉用具展示とテクノエイドに関する専門家の助言、指導 展示、販売、試用、貸出し、改修、修理、調整、改造、製作等 2. テクノエイドに関する情報の定期的な提供 介護保険施設、在宅介護サービス事業者、居宅介護支援事業者等 3. テクノエイドに関する研修会の企画・開催

※テクノエイドサービス（機能障害や能力障害に対して工学技術の面から援助することの総称であり、住宅改修や福祉用具に関するサービスのこと）

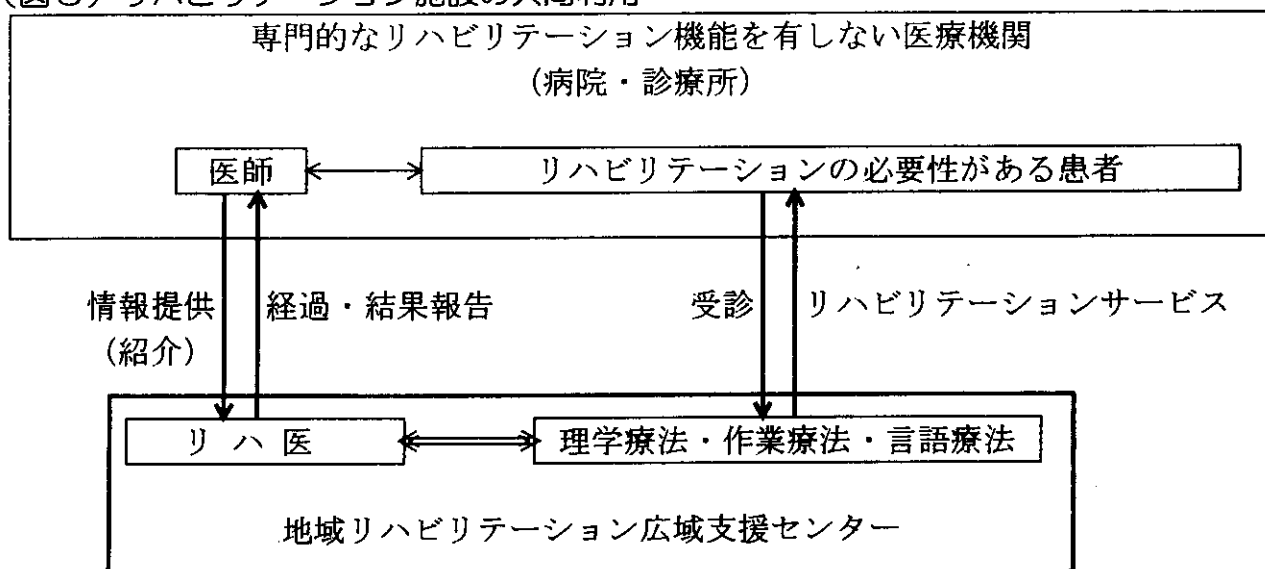
2 リハビリテーション施設の共同利用

リハビリテーション医療サービスは、我が国のリハビリテーション医療の歴史的経緯から、専門的サービスとしてリハビリテーション専門病院等に集中する傾向にあり、量的にも不足している現状がある。さらに、リハビリテーションの資源は地域間格差が顕著であり、その有効利用を考える必要性がある。

特に、リハビリテーションの設備やスタッフを有しない診療所等においても、地域全体でリハビリテーション資源を活用する観点に立って、患者のニーズに即したリハビリテーションサービスをできる限り提供できるようにしていくことが、今後の方向性として重要と思われる。これまであまりリハビリテーションの提供にかかわってこなかった医師も含めて、地域のかかりつけ医が、それを専門とする医師、理学療法士、作業療法士等との間で、同一の患者へのケアめぐって連携する経験を重ねていくことは、最も住民に身近な地域における医療にリハビリテーションを定着させていくために必要不可欠と思われる。

このため、専門的なリハビリテーション機能を有しない病院・診療所から、地域リハビリテーション広域支援センターに、患者へのリハビリテーション実施を依頼したり、あるいは、諸条件が許せば、地域リハビリテーション広域支援センターの専門スタッフが、リハビリテーション機能を有しない医療機関に出向いてリハビリテーションを実施することを進めていくことが望まれる（図3）。

（図3）リハビリテーション施設の共同利用



3 地域のリハビリテーション施設等における従事者への援助・研修

(1) 施設に出向いて行うリハビリテーション従事者への援助

どこでも、誰でも、ニーズに即した質の高いサービスを受けられる体制を確立するためには、リハビリテーション従事者の技術レベルを高めることが課題となるが、現在、維持期リハビリテーションに関係する従事者については、各拠点施設では少数で多種多様な職種にまたがり、研修体制が整備されているとは言い難く、加えて、維持期リハビリテーションとしての活動の歴史も浅いことから経験の少ない従事者が多い。

したがって、一般病院、診療所、介護療養型医療施設、老人保健施設、在宅介護サービス事業者に対し、適切なリハビリテーション医療サービス提供について、実地に即した現任訓練などの支援を実施し、従事者の技術向上を図ることが当面欠かせない課題となる。

つまり、前述の施設等へリハビリテーション専門職を派遣し、技術的支援をおこなう必要がある(表16)。また、離島・僻地等ではリハビリテーションの専門職がいない地域が多ことから、通信機器等による映像を用いてリハビリテーション支援センターの専門職が指導・支援を行うなども有効であろう。

また、看護婦や介護職員、ホームヘルパーに対しての支援も重要である。このセンターにリハビリテーションのことを相談すればいつでも知識技術を提供してくれると言うことになれば、多くのケアに関わるスタッフが自信をもって適切なリハビリテーションサービスを提供できることとなり、地域リハビリテーションを大きく前進させることになるであろう。

(表16) 施設に出向いて行うリハビリテーション従事者への具体的支援内容

対象施設 (対象事業)	一般病院、診療所 介護保険施設 居宅介護サービス事業者 老人保健事業	療養型病床群 老人保健施設 特別養護老人ホーム 指定訪問看護事業者 指定訪問リハビリテーション事業者 指定通所リハビリテーション事業者 機能訓練事業 訪問指導事業
対 象 者	リハビリテーション専門職 (PT・OT・ST)、看護・介護職員、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等	
実施内容	1. 適切なリハビリテーション医療サービス提供についての実地に即した現任訓練。 2. これらの施設や事業提供場所への必要に応じたPT・OT等の派遣。 3. 離島・僻地等の遠隔地にあつては、画像等の通信機器を活用した支援等も検討する。	

（２）リハビリテーション従事者に対する研修

リハビリテーション従事者の技術レベルを高めるため、研修やセミナーなどは当面欠かすことができない。

ここでいうリハビリテーション従事者とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職だけを指しているのではなく、医師、保健婦（士）、看護婦（士）、准看護婦（士）、ソーシャルワーカー、介護職員等を含め考えるべきである。

地域リハビリテーション広域支援センターは、一般病院・診療所・介護保険施設・居宅介護サービス等に従事するこれら従事者を対象とした、地域リハビリテーションに関する研修やセミナーに講師を派遣したり、自ら研修会やセミナー、視察などを実施すること等の、従事者の技術レベル向上へ向けての支援活動が期待される。

障害者の自立支援には、急性期から維持期に至る適切なリハビリテーションの提供が必須である。しかし、リハビリテーション医療体制の未整備さに加え、維持期リハビリテーションを支える専門職のマンパワー不足と経験不足などにより、現状は適切なリハビリテーションを提供できている状況とはいえない。したがって、各ステージに即したリハビリテーション技法の標準化（現在、リハビリ標準手法に関する研究班で検討中）が急がれ、その研修体制を充実させる必要がある。

研修の方法としては、講義や見学による研修も考えられるが、最も効果的な研修は実務研修と考えられることから、2日、3日、1週間、1ヶ月等の実務研修コースが提供できる体制の整備、例えば視聴覚機器、図書室、病歴室、研修室、ロッカールーム等を整備し、研修コースを明確化することが望まれる。

（表17）に、リハビリテーション従事者研修項目を具体的に例示した。

(表17) リハビリテーション従事者に対する研修内容

研修項目	研 修 内 容
A. リハビリテーションや地域リハビリテーションの理解関連	1. リハビリテーションの考え方、理念などについて 2. 障害のレベルとその援助法などについて 3. 急性期・回復期・維持期リハビリテーションの考え方、サービスの種類と実施内容、役割、その流れなどについて 4. リハビリテーション専門職の役割と実際の活動などについて 5. 介護保険制度下のリハビリテーションについて 6. 地域リハビリテーションの理念や活動の進め方などについて 7. 地域リハビリテーションにおける連携の重要性やその方法などについて
B. 疾病・障害関連	1. 脳卒中・脊髄損傷・リウマチ・骨関節疾患などの臨床症状や障害像、リハビリテーションの回復過程や予後などについて 2. 痴呆の臨床症状や予後、援助などについて 3. 高血圧・糖尿病・心疾患などの合併症状や管理について 4. 高齢者の特性や関連疾患、心理などについて 5. 二次的合併症(廃用性症候群)の予防や治療について 6. 高次脳機能障害(失語症・失行・失認など)の障害像や援助の基本について 7. 障害受容の考え方や援助の仕方などについて 8. 在宅における生活障害に関する理解や評価などについて
C. リハビリテーション技術関連	1. 急性期・回復期リハビリテーションに必要な技法の実際 (リスク管理、嚥下関連、二次的合併症予防と治療、早期離床、基本動作、応用動作、ADLの早期自立、障害受容、社会適応、家庭復帰の推進、福祉用具や住宅改修などの具体的方法と実際) 2. 維持期リハビリテーションに必要な技法の実際 (二次的合併症予防、筋力・体力維持向上、生活の仕方、社会交流の拡大、介護やケアの仕方などの具体的方法と実際) 3. 維持期リハビリテーションの評価技術、評価表、プログラムの立案など 4. デイ・ケア、訪問リハビリテーションなど維持期リハビリテーションサービスの役割、具体的リハビリテーション技法などについて 5. テクノエイド(福祉用具、住宅改修)の情報と具体的な活用法などについて 6. 家族支援の仕方などについて 7. 当事者の会・家族の会に対する支援・育成の仕方などについて
D. その他	1. 従事者としての倫理、心構え、高齢者・障害者への接し方など 2. 圏域の社会資源に関する情報など 3. 研究成果の相互研修(研究会の開催など)

4 各関係団体、医療福祉施設、友の会等との連絡調整

地域のリハビリテーションに関係する機関のネットワーク作りにより、総合的で継続的かつ即時的なサービスの提供が可能となる。疾病や障害の予防から治療、在宅生活の支援、長期に及ぶ療養生活の場の提供などが可能となる体制作りを目指すべきである。

同時に、障害のある人々やその家族がお互いに情報を交換したり、障害を抱えた生活の仕方に関する知恵を学び合い、また、心を通わせ支え合うことも意義深い。加えて、高齢期や障害に関する諸問題に理解のあるボランティアの育成も重要である。従事者や当事者だけでなく市民をもまきこんだ社会的リハビリテーションの体制作りをも目指すことが、地域リハビリテーションの理念に叶ったものとなろう。

地域リハビリテーション広域支援センターにおいては、このような幅広い観点から地域リハビリテーションの推進にかかわる調整機能を発揮することが望まれる。

在宅、施設を問わず、障害者個人の生活は周囲のありように左右される。高齢者や障害者への偏見や無理解は、障害を抱え孤独になりがちな生活をますます孤立化させる危険性をはらんでいる。リハビリテーションの本質は人権の回復である。人間ならば誰もが持つ人権が、周りの無理解や古い制度などにより制限されている状態から、本来の姿に戻すことがリハビリテーションである。したがって、地域リハビリテーション広域支援センターなどにおいては、単に障害者が質量ともに十分なサービスが受けられるように働くだけでなく、等しく社会参加の機会が得られ地域社会の一員としての喜びが感じられるよう、各種障害者の組織や友の会等に支援をおこない、同時に社会全体の意識改革を推進することが極めて重要な活動となる。

すなわち、市民が高齢期の諸問題を理解し、人と人との支え合う地域づくりに努めること、つまり、地域リハビリテーションが目指すノーマライゼーションの考え方が理解され、市民の幅広い参加と社会連帯による支え合いがなされる地域作りが目標である。

各関係団体、医療福祉施設、友の会等との連絡調整や組織化活動のために地域リハビリテーション広域支援センターに求められる活動内容を（表18）に示した。

（表18）各関係団体等との連絡調整、システムづくりに必要な活動内容

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 当該地域のリハビリテーションを推進するため、関係者による連絡協議会を設置・運営する。又は、既存の組織を活性化する。2. 患者会、家族会等、当事者の会を育成・支援する。3. 地域住民の地域リハビリテーションに関する理解を醸成する（障害者の人権擁護等の啓発活動を含む）。4. ボランティアの育成に努める。 |
|--|

4. 地域リハビリテーション広域支援センターの候補となりうる施設及びその機能

地域リハビリテーション広域支援センターを二次医療圏に概ね1カ所設置指定することを基本として、二次医療圏内で通常の疾患や障害の状態に対応できるリハビリテーション体制の確立が望まれる。地域リハビリテーション広域支援センターの候補としては、総合リハビリテーション施設の基準を満たしている医療機関が最も望ましいが、地域の実情により、その他のリハビリテーション実施体制の整った病院、療養型病床群、老人保健施設、リハビリテーション実施体制の整った診療所、保健所等も挙げられる。指定するに当たっては、地域の実情を十分考慮し、都道府県リハビリテーション協議会における検討を踏まえる必要がある。

代表的な施設類型ごとに地域リハビリテーション広域支援センターとして果たしうる機能を模式的に表すと、概ね（表19）のようになる。

（表19）施設類型ごとの地域リハビリテーション広域支援センター機能

	地域住民 の相談への 対応に係る支援	テクノエ イド	リハビリ 施設の共 同利用	リハビリ 従事者への援助	リハビリ 従事者の 研修	地域レベ ルの連絡 協議会の 設置
1 リハビリ専門病院型	○	○	○	○	○	○
2 療養型病床群型	○	△	△	○	△	○
3 老人保健施設型	○	△	×	○	△	○
	○：通常、実施することが可能と考えられる機能 △：施設によっては実施できると考えられる機能 ×：通常は実施できないと考えられる機能					
その他、保健所、リハビリ専門診療所、福祉センター、市町村保健センター等も地域リハビリテーション広域支援センター機能を発揮しうる。						

V. おわりに

2000年に施行される介護保険は「予防とリハビリテーションの充実」を大きな柱としており、リハビリテーション提供体制の整備は介護保険施行にあたり緊急的課題である。全国各都道府県にリハビリテーション協議会の設置と、都道府県リハビリテーション支援センターおよび地域リハビリテーション広域支援センターの積極的な指定、運営により、全国どの地域においてもリハビリテーションサービスの提供体制を確立していく必要がある。また、それにはリハビリテーションの直接サービスの量的基盤整備、地域リハビリテーション支援事業を通じた質的整備およびリハビリテーションの標準手法の開発、リハビリテーションに関する研究体制の推進等により一層の充実を図る必要がある。

これらのリハビリテーションに関する事業の推進こそ、高齢者の自立を促進し、国民の大きな不安要因の一つである寝たきり等の防止を可能とし、21世紀に向けた明るい高齢社会を実現するものと考えらる。

地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班

班長	兵庫県総合リハビリテーションセンター長	澤村誠志
班員	近森病院リハビリテーション科長	石川 誠
	横浜市リハビリテーションセンター長	伊藤利之
	国立長寿医療センター老人ケア研究部長	大川弥生
	茨城県立医療大学付属病院長	大田仁史
	いわてリハビリテーションセンター長	高橋 明
	日本医科大学リハビリテーションセンター教授	竹内孝仁
	南小倉病院長	浜村明德
	広島県立ふれあいの里老人リハセンター所長	林 拓男
	長崎大学医療短期大学教授	松阪誠慶
	都志見病院副院長	村田秀雄
	佐賀県医師会常任理事	諸隈政剛
	鹿児島県保健福祉部高齢者対策課	吉田紀子

1999年3月

参 考 資 料 7

全国脳卒中者友の会連合会機関誌等

全国脳卒中者
友の会連合会
機関誌
創刊号

あゆみの友

※これは仮の表題で、現在募集中です

〒651-21神戸市西区
リハビリテーション中央病院内
☎078-927-2727
編集発行人 柏木知臣

全国脳卒中者友の会連合会ついに結成!

昨年奈良で開催されました「全国脳卒中者友の会代表者会議」により、全国統一への強固な意志が確認され、本年5月13日に東京都において、北は北海道から南は沖縄までの21都道府県の各地の友の会が賛同する中、「全国脳卒中者友の会連合会」結成総会が開催されました。

全国脳卒中者友の会連合会結成総会



記念講演「脳卒中での音お」
講師 石黒捷一

1、全国組織結成への経緯

十数年前には、東京都の石川氏が脳卒中の全国組織を作ろうと立ち上がられ、近隣はもちろんのこと遠くは関西地方まで精力的に説得されていた最中に倒れられ実現を見ずに亡くなりました。また、西日本を統一し東日本の統一により全国の統一を計ろうとされた兵庫県あけぼの会初代会長の山本氏が再発により他界されたのが6年前のことでした。その1年前には長野県の大橋氏の呼びかけにより8都県の賛同で全国リハビリ友の会連合会が結成されましたが、3年前から体調を崩され入退院を繰り返す中で自然消滅となりました。このような全国組織に対する先輩たちの偉業に、ご冥福をお祈り申し上げるとともに、大橋氏のご回復を心よりお祈り申し上げます次第です。

このような歴史の中、今回の全国組織の結成は、平成6年に石川県において全国代表者会議を開催し、翌年の7年に沖縄県において全国代表者会議により全国統一への機運が高まり、平成8年に奈良県で開催された同会議により、16都道府県の代表者による賛同を得て、脳卒中者の全国統一が確認されました。

2、全国脳卒中者友の会連合会結成総会

平成9年5月13日、東京都新宿区の全国身体障害者総合福祉センター・戸山サンライズの会議場において、全国21都道府県から連合会加入の賛同を得て、50名の出席者により、我が国はじめての「全国脳卒中者友の会連合会」の結成となりました。

結成総会のなかで問題として取り上げられたことは、規約第7条の財政に関するものでありました。「年会費は一人につき50円とし、200名を越える場合は上限1万円とする」と言うところです。提案として増額の意見が多数あり「50円で何ができるか」と、まったくその通りの提案でありました。本年3月に持たれた幹事委員会でも最も時間をかけた案件でもありました。全国から加入される友の会には、20名以内の友の会もあれば、1000名を越す友の会もあります。会員一人一人から連合会の会費を徴収するのではなく、大半の友の会では会の運営費から負担金として納入されます。現状、友の会の会費だけではなく、横のつながりの団体、上部団体への会費等を考えますと、それ以上に連合会への会費徴収は友の会の財政に影響がでてくることは必至です。全国に大きく組織を拡大するためには、少しでも加盟しやすい状況でなくてはならないことを考えますと、「年会費一人50円」が適当との意見が多く条文を決定しました。連合会の円滑な運営を図るためには収入面の充実につきますが、ご理解とご協力を得る賛助会員の入会をお願いしたいと考える次第です。

また、役員は以下のようになりました。

会 長	柏木 知臣	奈良県	(桜の会)
副会長	稲原 穰二	兵庫県	(あけぼの会)
副会長	西村 嘉明	熊本県	(すずらん会)
副会長	濱口 隆利	東京都	(虹友会)
事務局長	坂口 正徳	兵庫県	(あけぼの会)
事務局次長	玉垣ひとし	熊本県	(すずらん会)
理 事	比嘉 清哲	沖縄県	(沖縄県リハビリ連合会)
理 事	木場 武	長崎県	(鶴の会)
理 事	加納 義清	兵庫県	(たんぼぼの会)
理 事	山田 進	和歌山県	(暖流会)
理 事	今井 岩一	岐阜県	(白鷺会)
理 事	穴田 きよ	石川県	(石川県リハビリテーション連合会)
理 事	日高 宏	秋田県	(だるまの会)
理 事	幡本 慎一郎	北海道	(中村記念病院友の会)
会 計	荻田 実	兵庫県	(あけぼの会)
監 事	上田 志郎	奈良県	(桜の会)
監 事	相川 武夫	秋田県	(仙北リハビリ友の会)

また、連合会の顧問として結成総会では3名の方に就任いただきました。それに加えて高名な先生方にご依頼し、一部交渉中ですがご承諾いただける見通しです。ご紹介

介いたします。

高 良 鉄 夫 先生 元琉球大学学長

沢 村 誠 志 先生 兵庫県立総合リハビリテーションセンター所長

藤 田 久 夫 先生 兵庫県立総合リハビリテーション中央病院院長

大 田 仁 史 先生 茨城県立医療大学教授

小 浜 雅 人 先生 元NHK解説委員長 (交渉中)

3、初年度の事業計画

1) 全国の友の会への加入依頼と調査：全国脳卒中者友の会連合会への加入依頼と、友の会の不明な府県に対し積極的で継続的な調査の実行を考えております。又、入会しない県に対しても、近い将来には全国のすべての仲間と手をつなぐように努力してまいります。

2) 機関誌の発行；機関紙を年3～4回発行し、脳卒中者にとって有益で質の高い最新の情報を盛り沢山でお伝えします。

3) 全国交流会；総会では、来年5月に神戸にて開催を予定し、来年4月完成予定の淡路島と本土を結ぶ日本一長い橋を渡り、淡路島観光と復活した神戸観光を行なう計画でした。しかし、その後の交渉で交流会場やホテルがどうしても確保できず、今年度の交流会は実施困難となりました。よって、来年5月は第2回全国脳卒中者友の会連合会総会のみ開催し、10月頃に同様に神戸において交流会を開催する予定です。

4、各地の友の会の参加状況

結成総会の準備段階で、脳卒中者の友の会的な組織の存在が不明な15府県に対して、調査および友の会の名称を依頼しておりましたが、現在までに3県より調査したが判明しないと報告がありました。あとの12府県から報告と連絡が遅れております。8月末現在の状況をお知らせしますと。

・加入都道府県；22都道府県 ・後日連絡の県；7県

・脳卒中者友の会存在不明な県（調査中）；14府県以上

が現状であります。友の会存在不明な府県に対し他の調査方法により続行中です。

結成総会に先立ち、全国失語症友の会連合会が結成される際の状況を聞きますと、結成時は13都府県によりスタート、翌年は25都道府県となり、いまや全国から130以上の友の会が、全国失語症友の会連合会に加入されている。毎年各地で行われる全国大会には1500名前後の参加者により盛会となっている。本年は「第15回全国失語症者のつどい東京大会」として8月に開催される。結成した我々の連合会においても、失語症の皆さんが積み重ねた実績を、行動の模範として学ばなければなりません。

友の会の皆様へのお願い

現在は脳卒中者（障害者であり患者でもある）に関し、国も行政も医療機関にも関心が薄く資料も不足しております。そのために、障害者としても患者としても中途半端な位置におかれ、不十分な福祉や保健や医療の中で不安な生活を余儀なくされているのではないのでしょうか。これからは脳卒中者の我々から資料を提供し、脳卒中者が安心して生活できるような福祉や保健や医療を実現するための連合会でなければなりません。また、それらによって期待され関心を持たれるようになり、毎年増え続けている脳卒中の罹病にストップをかけるように、我々から脳卒中予防の啓発をしてまいりましょう。

我々は日本ではじめての脳卒中者の全国連合会として、これより加入される友の会の皆様とともに、全国の同病者の皆さんに励ましの言葉をかけていきましょう。皆様のご理解とご協力を切にお願い申し上げます。

全国脳卒中者友の会連合会事務局

ともに喜び ともに生きがいを

全国脳卒中者友の会連合会会長 柏木 知臣

全国の皆様とともに「全国脳卒中者友の会連合会」が結成されたことに、大きな喜びとわれわれ脳卒中者が長年の夢を実現できたことに喜びを感じる次第です。

脳卒中と言う障害を持ちながら、結成までに幾多の険しい道乗り越え、わが国に初めての全国組織を統一できたと言うことは、脳卒中社会にも進むべき道と目標と言う大きな生きがいが誕生しました。結成される寸前まで、「このチャンスを逃せば我国においての脳卒中者の意志統一と組織を統一する機会は再び訪れることはないだろう」と、必死な思いでありました。

脳卒中における後遺症の苦しみはそれぞれが異なり、ともに悩み、この残念な気持ちを誰が代弁してくれるのか。そして、社会の第一線で活躍していた者が中途障害者となり、家族と一緒に苦しんでいる現状を誰が言ってくれるのでしょうか。そのために全国から熱い声援を送っていただいた皆様と、結成に集まれた皆様の熱意を体験者の声として結集し、全国ベースでこれに当たらなければならないと考えます。

ずいぶん以前からこういう問題を取り上げ予防と啓発などにも先進的な県もありましたが、これよりは沖縄から北海道にいたる全国的視野で、諸問題の提議だけではなく、解決方向に向けていくのが「全国脳卒中者友の会連合会」の将来の大きな目標ではないのでしょうか。

東大寺大仏殿の長老清水公照さんのお名前を聞かれたれたことと思いますが、その公照さんのお話を引用しますと「チョットだけ損をする」ことの大切さを言われています。「全ての人が自分の都合を優先できないのも世の中である。だから、お互いがチョットずつ損をしながら生きていけばいいのである。」「チョット損をする」気持ちを持って人に接することが、すべて良い方向に向かうと言うことです。私たちは人生の中で脳卒中と言う病気のために大きな損をしてきました。しかし、脳卒中の後遺症を持ったものがお互いにチョットずつ損をすれば、相手を理解することもでき、それが助け合いにつながり、われわれが望む「全国脳卒中者友の会連合会」にできあがるのではないのでしょうか。これが願望だけではなく、皆様のご理解とご協力により全国四七都道府県に友の会支部が誕生することを念願いたします。

《期待の声》

全国脳卒中者友の会連合会の結成をお祝いして

兵庫県立総合リハビリテーションセンター所長 澤村 誠志

かねてから、私共が望んでおりました脳卒中者友の会の全国組織が、平成九年五月十三日に結成されましたことを心からお慶び申し上げます。過去において、この設立を夢みてご努力されてきました、故山本博繁先生を初めとして多くの故人がさぞかし喜んでおられることを思います。デンマークに、エルドラセイエンという高齢者のための高齢者による全国ボランティア組織があります。一九六八年に結成され、現在三十万人の会員(年会費二千五百円)により支えられております。その主な活動は、孤独な老人への各種ボランティア活動、相談、ネットワーク、および会員への情報提供などですが、何よりも国や自治体への政治的な働きかけが最も大事な活動となっております。その基本には、高齢者の問題は、高齢者が一番よく把握しているとの考え方にあります。まして、脳血管障害をもつ人々は、医療上の問題、早期リハビリテーションから地域の協力の中で安心して自宅での生活を続けたいとするニーズを充たすには、医療、福祉、住宅、環境など個人では解決できない多くの政策課題をもっておられると思います。高齢社会の中で脳卒中が死亡原因の第2位を占め、その後遺症を持つ人々が百四十万人以上といわれる中で、これらの方々の思いを政治的に反映するためには、まず、全国的な組織の統一を行い当事者としての全国的な活動が必要でありましょう。

今後、是非とも会員相互援助や交流とともに、会員の皆様のニーズを充たし、地域社会の中で主体者としてより質の高い生活が自主的にできる制度改正に向かっての大きな活動を期待しております。

慶賀 全国脳卒中者友の会連合会

全国失語症友の会連合会理事長 橋本 一夫

ここ十数年前から脳卒中者の全国組織の話聞いておりましたが、平成九年五月に二十一都道府県の団体が東京都新宿にある戸山サンライズに集結し、「全国脳卒中者友の会連合会」を結成されましたことは誠に慶賀に存じます。

一つの全国組織を持った障害者団体が創立することは並大抵のことではできません。創立に当たっては柏木会長を始め多くの幹部の皆さんが熱意を持ってご尽力なされた結果と深く敬意申し上げます。

私たちは身体不自由と言語障害という2重苦の障害者であり、当会の創立は本格的な下準備なく、言葉が思うように使用できず（コミュニケーションの欠落）暗い生活を強いられていましたので、取り敢えず東京を中心に13団体が集まって14年前に創立しました。その当時は脳卒中の会にしてはと思いましたが、それより言語障害を表に出した障害者団体として、指定医の問題、障害等級の認定、STの国家資格の問題、STの増員等々、運動すべき課題が累積しておりましたので本格的な組織作りはできませんでした。

それにひきかえ脳卒中者友の会は地道な活動を経ての創立であり、貴会のこれからの活動は脳卒中で倒れた人々にとって行政や医療関係に陳情してほしい要望が沢山あると思います。

当会も貴会と同じ内容の要望であれば協同で運動すべき事柄もあると思います。これからは息の長い障害者団体として活動して戴きたいと思います。

障害が左脳・右脳に限らず、脳卒中患者であれば仲間として貴会と当会あり、相談したり指導を受けたりすることが容易にできることになります。脳卒中者の援護者として頑張りましょう。どうぞよろしくお願い致します。

《友の会の活動紹介》

「沖り連」への道

事務局長 長坂 生子

長寿県日本一の南国沖縄にも脳卒中後遺症者は多い。沖縄で脳卒中者友の会「がじゅまるの会」が発足したのは1981年である。

当時沖縄の医療リハビリは他府県に比べ十年は遅れていると言われ、とても貧しかった。そんな中、本土のリハビリ専門病院で治療を受けた患者家族が、沖縄の医療リハビリの充実を図ろうと友の会を結成した。

まず、最初に手がけたのは、失語症者の実態調査だった。発起人3名（新里律子、平良梅子、吉浜よね子）のご主人方は重度の失語症者であったので、言語の訓練指導に当たっておられた城戸和子先生の指導協力を得て実施した。実態調査を元に、那覇市の私立病院に言語療法士の早期配置、県には県立病院への言語治療室の早期設置と総合リハビリテーションセンター建設を要請した。要請の甲斐あって翌年の1984年から那覇市では障害者福祉センターにて言語訓練が実施され、北部の県立名護病院でも言語訓練が受けられるようになった。話は少し前後するが、結成翌年の1983年には、遠藤尚志先生（現東京都多摩老人医療センター勤務）を沖縄にお招きして講演会も開催している。入会したばかりだった私は遠藤先生の講話からリハビリテーションとリハビリテーションの違いを知り感動したことを今でも鮮明に覚えている。

結成から五年が経過し、事務局を預かっていた発起人の一人新里さんが、ご主人の職場復帰と多忙から事務局を退くことになった。その頃から、老人保健法による機能訓練事業を実施する市町村が増えてきたので、会員はそれぞれの地の機能訓練事業に参加するようになり、活動に活気が薄れてきた。解散の声も出たが、発起人の一人である吉浜さんは「後遺症に苦しんでいる者がいる限り友の会の役割はなくなる」と、重度障害者のご主人を介護する中、会を守った。当時の私は、息子と共に受けた交通事故の後遺症の痛みと息子のリハビリに余裕がなかったが、吉浜さんの姿に心動かされ共に歩くことを決意、事務局を預かることにした。

まず、二人は協力し支援を求めて関係機関を訪ね歩いた。お陰で多くの支援者が与えられ念願の助成金も1987年から県社会福祉協議会より受けられるようになった。ありがたかった。その頃から、沢村誠志先生（現兵庫県立リハビリテーションセンター所長）にも無料奉仕で再三ご来沖頂いた。そして、故人になられた山本博繁先生（あけぼの会初代会長）にもであった。

結成十年を記念して「十年の歩み」を発行した。そろそろ私も疲れを覚えバトンタッチを考えていたので山本先生にその心境を便りした。すると先生は「近畿連合会」の皆さん89名で「沖縄の仲間を励ます交流の旅」で来沖くださった。これだけ大勢で脳卒中後遺症者が海を渡ったのは初めてだと共に喜んだ。交流会は盛会に終わり、山本先生の愛が実を結び沖縄にも連合会結成の機運が一気に盛り上がり、「がじゅまるの会」は、平成3年に「沖縄県リハビリ友の会連合会」略して「沖リ連」に組織替えし、市町村の友の会を核に新たなスタートを切ることになった。これまでの活動が評価され、今年も県の「身体障害者社会参加促進事業」からの補助金と、「民間福祉資金」の助成金により充実した事業に取り組んでいる。

「友の会」誕生の出会い

札幌中村記念病院友の会 幡本 慎一郎

忘れもしない昭和59年2月のまだ雪深い寒い日であった。家族も同乗して見守られサイレンの音を聞きながら『我が家ともこれが最後だな』と考えながら悲壮な覚悟で家を出たのがおぼろげながら記憶の中にある。

意識を取り戻したのは中村記念病院のベッドの上だった。それから6ヶ月も経過したが、私の左半身麻痺は一向に改善されなかった。言葉は意味不明の発声しかできなかった。左半身は全く動かなかった。

その頃から私は強度の落ち込みが始まった。異常な落ち込みに病院でも心配してくれて札幌医大病院の精神科で診察をして頂いたが、単なる強度の落ち込みで精神病ではないので心配ないとの事だった。人生最悪の精神状態の時を過ごしたあの頃の事は生涯忘れられない強烈な思い出である。病院の夕食はちょっと早めである。食後から午後九時の消灯までは、入院患者にとっては結構長い時間である。その時間帯をみなさんの交流の場にしようと思ったのは今は亡き初代幹事長、佐藤秀夫さんであった。毎夕各部屋をノックして比較的病状が良好な方達に声をかけた。いつしか話が弾んで時の経つのも忘れて話し込み看護婦さんに注意された事も度々あった。そんな中で、佐藤さんが中心となって『この中村記念病院を退院したならこの素晴らしい出会いを大切にしていくために病院の「友の会」のようなものを作ろう』という話し合いになった。十三階の仲間達は全員大賛成であった。その頃、私の担当医は『病気に対する治療はすべて終わった。後は機能回復のためのリハビリのみだ』といて頂いた。しかし「運動神経が壊死してしまったので全快は難しいので余り期待しない方がよい」との事であったが、溺れるものは藁をもつかむの心算で、早速「札幌山の手リハビリセンター」に移ることにした。13階の仲間との別れは辛かったが、そのうち何らかの形で『友の会』のできることを期待して別れた。

人の何倍も訓練に励んだつもりだったが一年前の姿とほとんど変わる事なく60年9月退所した。半身麻痺の醜い体を引き摺りながら社会復帰した。

その翌年の春、世話人佐藤秀夫さんからかつての13階の病友で今は亡き伊藤善弘さんが経営している、塩狩温泉ホテルで三泊四日の日程で『友の会』の発会をするとの連絡を受けた。私は大賛成で夫婦で参加した。参加者総勢46名であった。まだ入院中で病院の外泊許可をもらって参加した方もいた。社長であった故伊藤善弘さんのリードで『塩狩峠、旅の宿』や『塩狩温泉温頭』を全員で大合唱をした。そんな事などが仲間意識を強くして『友の会』が結成された。

爾来十一年、若干形が変わって健常者も病院と仲良くなっていた方が発病した時に役立つとの事から健常者の会員もふえた。したがって完全な「脳卒中友の会」とは言い切れないのが現状である。

《私の生活体験記》

この病気になって良かった

秋田県 若畑 淳二

こんな醜い病気に惚れられてしまえばいくら泣きわめいた挙げ句でもあの世行きするのがこの世の常か？ 否、この病気になって良かったと言う人もいと桜の会の会報で拝見した。若い女性(34)だった。私は「失語症」の本でその文章に強い刺激を受け目が覚めた。よし、俺だって俺にだって「この病気になって良かった」と思う時しばしばあれど世間体が悪くて一切口外したことはない。これを契機に勇気だし罹病後27年間の足跡を探ってみる。

◎発病(昭和46年3月)

病前は交通三悪の常習者、辛うじて免許証を手に入れ初出稼(千葉県)、出稼先で脳出血となり昏々と眠り続けること3週間余りとかで(46才)入院闘病生活一年半。免許証の使用も僅か六か月たらずで上げ申す。もしも仮にこの災禍なきにしても、飲酒・無謀度々したり、人身事故まで繰り返し、今ではすでに往生して居なかったろう。それに歯止めしたのが脳卒中。それを思えばこの病気になった良かったことになり、まさしく神仏の加護とはこのことかと信じてありがたく感謝するのみ。

◎祖先の供養(49年8月)

入院中のリハビリで毛筆の左手書を習う。特別訓練指導の甲斐ありて、祖先の供養として碑文書きに挑戦する。周囲関係者の理解と協力指導のお陰により一応成功のつもりで法名書きを認められ、祖先法名に自分の存命法名を刻み石碑を建立をす。見る人は「これが左手書きか」と口々に高く評価され、祖先もさぞかし満足されたのか。

◎書道に励む(55年)

生き甲斐に書の通信教育受講す。左手だけしか利かぬ我が身でも「柳に飛びつく蛙」の書訓生かし七年がかりで書道五段格を射止む。これにより心の生き甲斐感を強めてる。

◎障害者の二人展(59年6月)

脳卒中重度障害者二人展は角館町で催す。我の書に片や車椅子者の絵画とて、新聞やテレビに大きくPR、その効あり人気高まりテープに収めおく。来賓の「あけぼの

会」の故山本会長達々神戸より来角し、数々のご指導受け我が家に三泊す。

◎愛は地球を救う

予想もなくしてABSより電話入り「愛は地球を救う」の取材よろしくと「左手書きの現場主にインタビューあれこれ本番テレビ放映されるとその直後から圏内外の知人より祝福激励受けて有り難く。

◎十二支屏風（7年12月）

12月9日は全世界各国の障害者の日なり。県もこれに合わせて心身障害者作品展あり。書を毎年出品し十数年連続入選三回す。今年も賀状ハガキに手書きエト絵入れ十数種類、毎年三百枚近くに一枚残らずエト絵配られている。

還暦を契機にその中から10枚づつ残る仕置き。12支一巡で120枚貯る夢を見て、その夢果たし屏風に張り保存し、平成七年度の県の障害者作品展に出品し思いもよらず知事賞とは。我が身を抓って夢も夢の中。最高の榮譽と喜びに満喫す。

◎だるま絵（8年9月）

第3回全国脳卒中者友の会代表者会議（奈良、16都道府県、34団体、250名）の大会成功祈願に参加者全員に「だるま絵」寄贈す。

これら全てが「この病気になって良かった」と言うことに繋がると思うし、この病気に勝つための行動だと信じている。何かことをするにはまず計画。それに大きな夢を抱き希望に燃えて目的達成した時の喜びは日本一。脳卒中は「終わりなき病との闘い」と言う運命である。

「手術せし右手使けねば左手を 使え給えと主治医曰く」の訓話あり。

“おまけ人生まるもうけ”

左手のかわりを見つけて

石川県 穴田 きよ

リハビリ病院の作業療法でペーパーフラワーを作る。「私できんは、片手やもん。」片手では作れぬものと諦め落ち込んでいた私。「あんたのはできんがでない。やらんがや。」隣のばあちゃんの厳しい声。「片手でどうやって作れというの。」もたもたする私。そっと隣から手が伸び花びらを押えてくれた。ばあちゃんは私の動かぬ手をなでながら「この手のかわりさがすまいかね。」そうだ動かぬとばかり泣いていないで左手のかわりをするものを見つけよう。やる気が出た。

①私の右足

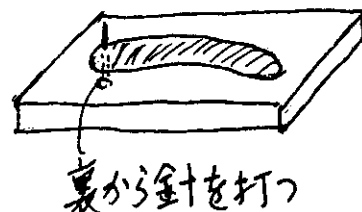
紙を切る時、右足の指ではさむ。うまくはさめない。何回も何十回も…「できた！」

。布を縫う時、紙をちぎる時、右足はしっかり持つようになった。「左手のかわり見つけた」嬉しい。

②道具を使って

◎文鎮：字を書く、線を引く、こんな時文鎮が私の左手。用途に応じて小ぶりで重い文鎮、細長い平たな文鎮、20年間愛用してもう私の左手そのものの文鎮もある。

◎特製のまな板（台所仕事は楽しい）：たまには台所仕事もしたい。だがコロコロしたものは手に負えない。そんな時助けてくれるのがこのまな板。裏から釘を打つ。コロコロしたものはこの釘で止める。これで左手は大丈夫。トントン、サクサク、うまいもんです。ばあちゃんのキュウリモミはおいしい。皆にほめられ にっこり。（少々不ぞろいですが）



◎片手専用編み機

（コロンブスの卵）

編み物はだめかなあ。いややれば出来る。左手はどうしよう。10年考えてできた片手専用編み機、なあ〜んて言うとなんか素敵な物かと思うでしょうが、いたって簡単。

・材料：空き缶、輪ゴム、おもり

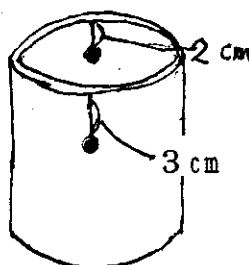
・作り方：空き缶の二か所に穴をあけ、おもりを缶の底にいれ、輪ゴムで編み棒を固定する。

・編み方：まず、目を作った編み棒を穴に通し、編み棒を固定する。（編む方を右どちらに置いてもよい）そして、一段編んだら編み棒を抜いて、差し替えて輪ゴムで固定することを繰り返す。現在は、

縦13cm横15cmのアクリル毛糸のたわしを編んでいる。うまくなったら素敵なマフ



・缶の大きさ 高さ12cm 直径10cm
・穴をあける位置
・輪ゴムで固定



差をつけるのが
大事



缶の内側で止めひ
っぱって外に出し
編棒にかける

ラーを編んで主人にプレゼントしようと夢はふくらんでいく。

片手だからと泣いていた私。動かぬ左手のかわりを見つけて何にでも挑戦し、やっている中にいろいろ知恵もわいてきた。右足、口、素敵な？道具。左手のかわりをいっぱい見つけ毎日を楽しく暮らしている。片手万歳の人生です。

《シリーズ：脳卒中の理解と対応》

『脳卒中が起こったらすぐ入院』

国立循環器病センター病院長、日本脳卒中協会副会長 山口 武典

※この文章は、千里ライフサイエンス市民講座における講演抄録です。

1、脳卒中とは

卒中とは「突然悪い風にあたって倒れる」という意味であり、その症状は意識障害、運動障害（半身が動かなくなる）、感覚障害（半身の感覚が鈍くなる）、平衡障害（ふらつき）、けいれん（大脳皮質が障害された場合）、視野障害（後頭部が障害された場合）、視力障害（眼の動脈が詰まった場合）、頭痛（出血した場合）、痴呆（多発性の脳卒中の場合）などがあります。症状としては、運動障害（片麻痺）が最も多くみられます。

脳は各部分の働きが異なり、やられる場所によって症状が異なります。例えば、運動の中枢がやられれば反対側の半身（右脳であれば左半身）の麻痺が、感覚の中枢では反対側の半身（右脳であれば左半身）の感覚障害がおこります。運動性言語中枢がやられると他人の言っていることを理解できても自分ではしゃべれなくなります。感覚性言語中枢がやられると他人の言っていることが理解できなくなります。大脳からの運動の指令は延髄というところで交叉しており、そのために反対側の麻痺になるわけです。

脳卒中は脳の血管が破れるか詰まるかのいずれかにより、脳に血液が届かなくなり、脳がやられてしまうことによっておこります。脳は酸素の大食漢であり、短時間でも血流が途絶えるとやられてしまいます。脳は重さでは体重の1～2%しかありませんが、全身が必要とする酸素の20%以上を消費するのです。

2、日本の脳卒中の現状

死亡原因では第2位で、年間人口10万人当たり118人が脳卒中で亡くなり、死亡総数の16%にあたります。そして、入院の原因としても第2位で、脳卒中患者の平均在院日数は119日と極めて長いのです。

さらに問題になるのは、寝たきり老人の4割、訪問看護サービス利用者の約4割が

脳卒中患者であり、国民の医療費の約1割、1兆8千億円が1年間に脳卒中のために使われています。

【お詫び】 今号では紙面の都合でここまでで中断させていただきます。次回以降は、脳卒中の種類、脳卒中の原因、脳梗塞のCT像、心臓の血栓による脳梗塞、脳出血のCT像、さらには脳卒中を起こした場合の対応へと続いていきます。乞うご期待。

《シリーズ； 障害とリハビリ》

片麻痺障害の理解とリハビリについて

兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院長 藤田 久夫

この度は「全国脳卒中友の会連合会」が結成されましたことに心からお祝いを申し上げます。例えば、10数年来この会の結成のために多くの人たちが努力をしてられました由、生みの難しさを拝察するとともに、見事に会の結成を成就させた世話人の皆様に心から敬意を表します。

脳卒中を始めとして、脳の病気や頭部外傷は脳の細胞が侵されます。脳や脊髄は一旦細胞が侵されると、その細胞は元のように治らないため、侵された場所や大きさに応じて色んな麻痺が残るという厄介な話であります。

脳卒中は古くから脳に出血や血行障害が起こり死亡に至る病気として癌や心臓病とともに並び称せられて来ました。しかし、医学の進歩によって今日では救命率も高くなりましたが、残念ながら前述のように多くの方は程度の差こそあれ左半身か右半身が麻痺になり障害を残してしまいます。これを医学用語では片麻痺と呼びます。脳の侵された場所によっては言語障害が起こったり、その場所や大きさによっては知覚障害やえん下障害を合併することもあり後遺障害の程度は様々です。

脳卒中の原因には高血圧、動脈硬化や心臓病など基礎疾患があることはよく知られております。従って、片麻痺を残し命をとりとめられた方も、その基礎となる病気の治療を疎かにすると再発や別のところで病気を起こすことがしばしばあります。主治医の指示を守り健康管理に努めることがまず大切であります。残念ながら起こってしまった麻痺について命の代償として、また一病息災の言葉を信じてこの障害を受容していただきたいと思います。

ところで「リハビリテーションとは何か？」と言うことですが、麻痺の残った方々の明日への出発の合図の言葉であります。その行き先は理想の郷、皆さんが長く住んで来られた自宅であり地域であります。そこには家人や世間話しが出来る近所の皆さんが居るからです。住み慣れたところでこれからも回りの皆さんと助け合って充実し

に毎日を送る事です。そのためには、麻痺を残した皆さんは少しでも周囲の方に役立つことを、周囲の方々は皆さんのよき理解者として普通の生活が送れるようあらゆる支援をして行くこと、これが本当のリハビリテーションです。リハビリの訓練だけがリハビリではありません。“全国脳卒中者友の会連合会”の皆さんが力を合わせて、障害をもつ人も健常者も共に楽しく生きて行ける社会を作る核になっていただきたいと期待しております。

《シリーズ：福祉制度とその問題点》

脳卒中者の障害年金

熊本すずらん会 村上久夫、リハビリ介護研究所 玉垣ひとし

脳卒中者の半身不随は現在の身体障害者福祉法では明確な記載がなく、一上肢と一下肢の組み合わせで障害認定されることが多く、そのため様々な不利益を生じています。ここでは脳卒中者が活用できる福祉制度を紹介し、どのような不利益が生じているかを述べ、それにどう対応すれば良いかを提起したいと思います。

[1] 障害年金

1、障害の認定時期

障害年金は障害がもうこれ以上変わらないという状況で初めて認定されますので、基本的には病気やケガをしてから1年6か月を経過した時点で認定の手続きを行うことになります。ですから、よくよく注意して1年6か月後という時期を逃さないようにすることが必要です。

2、老齢年金との関係

65才以上になると老齢年金の支給対象となりますので、65才未満の人（初診日に国民年金の被保険者であった人）が障害基礎年金の支給対象となります。また、65才未満でも繰り上げて早めに老齢基礎年金をもらっている人は、その後に障害を受けても障害年金年金に変更することはできません。

3、年金の種類による違い

60年の法改正により、次のようになりました。

- ・国民年金の方は、障害基礎年金だけしかもらえません。
- ・厚生年金の方は、障害基礎年金に加えて障害厚生年金がもらえます。
- ・共済年金の方は、障害基礎年金に加えて障害共済年金がもらえます。

4、障害基礎年金とは

1級と2級があり、1級が重度で2級が中等度と認識できます。

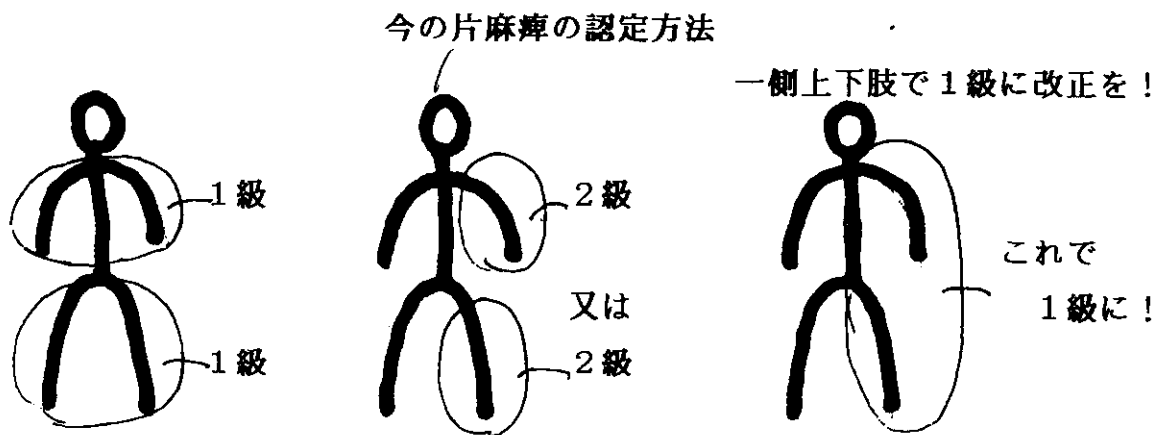
年間支給額は平成6年10月現在では、

1級が975,000円、2級が780,000円です。

このように1級と2級では大きな金額の差がありますが、脳卒中者はどんなに麻痺が重度の人であってもほとんどの人が2級とされています。なぜでしょうか。

障害年金の等級表を見ますと（身体障害者手帳の等級とは別です）「両上肢の機能の著しい障害」や「両下肢の機能の著しい障害」は1級と書いてあります。また、「一上肢の機能の著しい障害」や「一下肢の機能の著しい障害」は2級と書いてあります。しかし、「一上肢と一下肢の機能の著しい障害」とはどこにも書いてないのです。そして、「2級と2級の組み合わせで1級にする」という制度もないのです。ですから、脳卒中による片麻痺障害は「一下肢」又は「一上肢」で認定して2級ということにしかならないのです。また、「身体機能障害が同程度以上と認められる程度であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」でも1級となりますが、日常生活の困難さの認定が不明確で実際には認定は難しいのが現状のようです。

よって、「一上肢と一下肢の著しい障害」で1級と明文化をするよう提起していく必要が有ると考えます。



5、障害厚生年金

厚生年金の人は、障害基礎年金に加えて障害厚生年金をもらうことができます。また、当然のことですが、障害年金に認定されれば、在職中であっても障害基礎年金と障害厚生年金をもらうことができます。さらに、65才になって老齢年金を受給するようになりますとどちらか有利な方を選ぶことができます。

〔障害年金と老齢年金の比較〕

1) 金額では

- ・ 障害年金 1級 障害基礎年金（1級）＋報酬比例年金額×1.25＋加給年金額
- 2級 障害基礎年金（2級）＋報酬比例年金額＋加給年金額
- 3級 報酬比例年金額

・老齢年金 老齢基礎年金（障害基礎年金2級と同額）＋報酬比例年金額
 ＋加給年金額

上記の算定により、2級だと金額はほぼ同じであり、1級になると障害基礎年金と報酬比例年金（25%増）の分が老齢年金よりも金額が増えます。

ただし、報酬比例年金額は障害認定時の給料で算定します（途中での変更はできません）ので、その後長く勤めた人は退職時の標準報酬月額で算定する老齢年金と比べて不利なことも有ります。これは障害共済年金でも同様です。

2) 税金や健康保険

障害年金は所得とみなしませんので、所得税が課税されず、健康保険料も格段に安くなります。老齢年金は所得として扱われます。

※このように、支給金額と税金や健康保険の面をあわせて判断しますと、障害年金の方が老齢年金よりも有利なことが多いようです。

6、障害共済年金

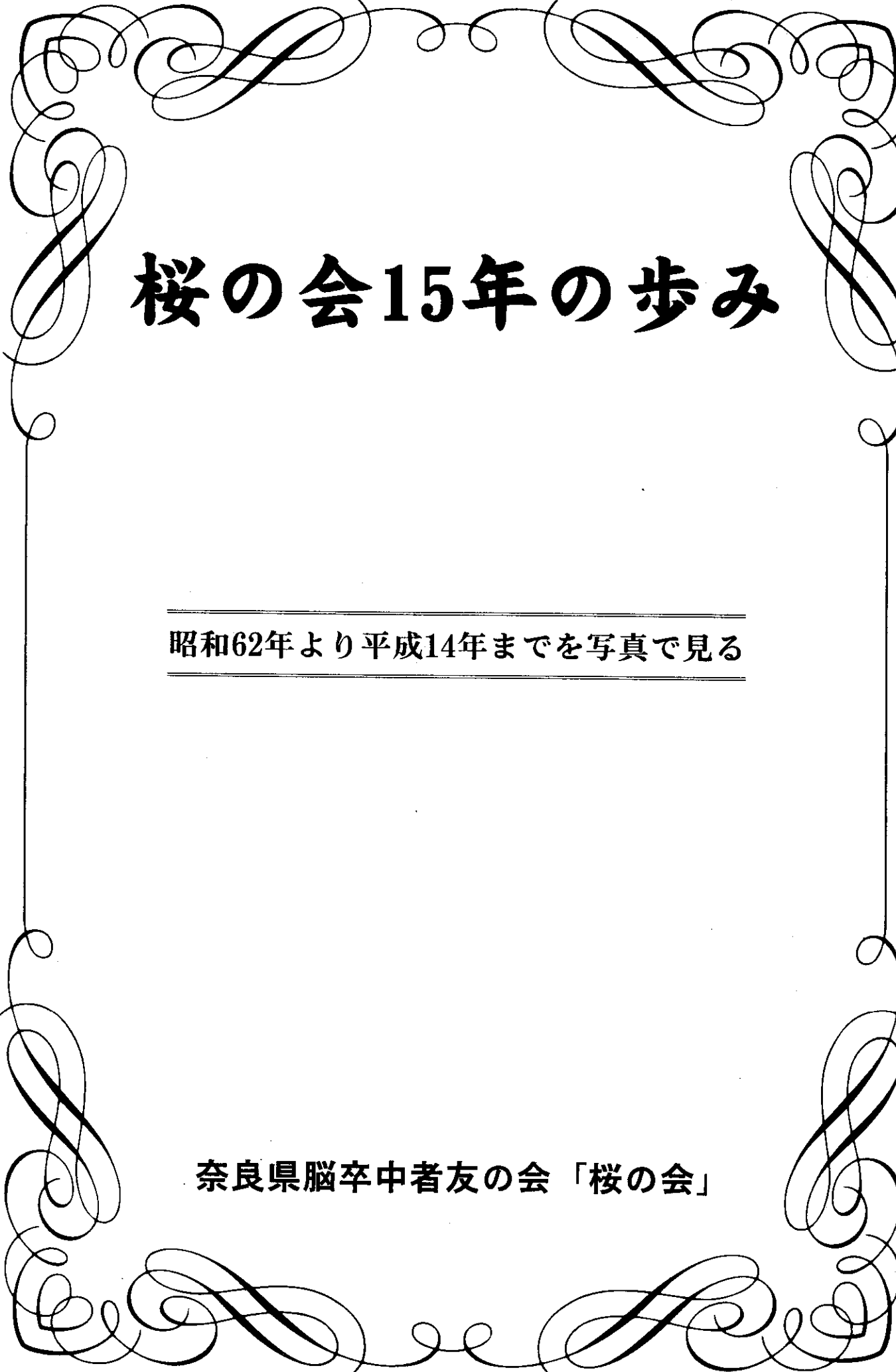
共済年金の人は、障害基礎年金に加えて障害共済年金をもらうことができます。しかし、残念ながら在職中は障害共済年金はもらうことができませんが、障害基礎年金はもらうことができます。ただし、低所得者の場合は在職中でも障害共済年金の一部が支給されます。また、退職共済年金を受けることができるようになったら障害年金と退職共済年金のどちらか有利な方を選べますが、厚生年金と同様に基本的には障害年金の方が有利です。

編集後記

初めての機関誌を（随分遅くなってしまいましたが）皆様にお届け致します。

皆様に全国連合会の存在を知ってもらい、意義を理解してもらうためにはこの機関誌の役割が非常に大きいと考えています。そのためには、会のお知らせだけではなく、皆様の『役に立つ情報』をお届けすることが重要と認識し編集したつもりです。特にシリーズとして「病気の理解と予防」「障害の理解とリハビリ」「福祉制度とその問題点」をさらに充実した内容にしていきたいと思っています。皆様のご意見をお聞かせ下さい。

また、機関誌の表題と連合会のシンボルマークを募集しています。皆様の案をお寄せ下さい。



桜の会15年の歩み

昭和62年より平成14年までを写真で見る

奈良県脳卒中者友の会「桜の会」



1987年（昭和62年）
国立療養所西奈良病院（奈良市）で桜の
会が14名で発足する。



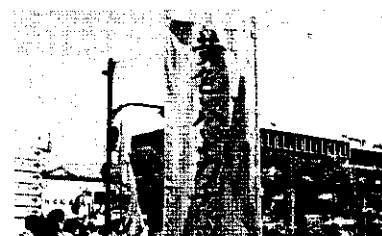
1988年（昭和63年）
病院の中庭に桜の名
所がある。薬師寺と
若草山を見ながら花
見会を。



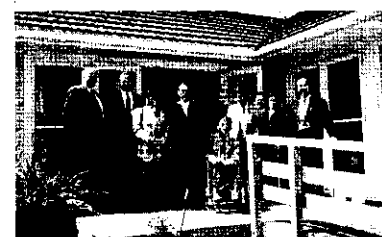
1989年（平成元年）
NHKアナウンサー
古谷敏郎さんが家族
への感謝の集いに司
会と奇術。



1990年（平成2年）
ある会合で上田奈良
県知事と同席。知事
と約30分間脳卒中に
ついて話し合い。



1991年（平成3年）
黄色いハンカチ運動
に参加。近鉄奈良駅
前で会員皆さんで配
布する。



1992年（平成4年）
第1回海外訓練旅行
に7名が参加。オー
克蘭ド脳卒中協会
を表敬訪問。



1993年（平成5年）
第6回「家族への感
謝の集い」に120名
が集まりヨガ体操に
全員が張切る。



1994年（平成6年）
バス一泊訓練旅行で
大山蒜山高原の絶景
に満悦。バス2台69
名が参加。



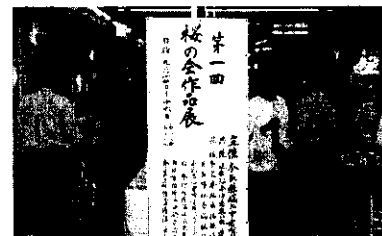
1987年（昭和62年）
発足した翌月には桜
の会グルメの集いを
16名で開催していた。



1988年（昭和63年）
初めての野外活動東
大寺横で開催された
「シルクロード博」
を見学。



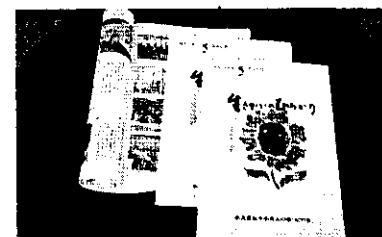
1989年（平成元年）
初めての一泊訓練旅
行に31名が参加。生
駒山荘で元気に楽し
く過ごす。



1990年（平成2年）
奈良ファミリーの1
階で第一回桜の会作
品展を開催。75点を
展示する。



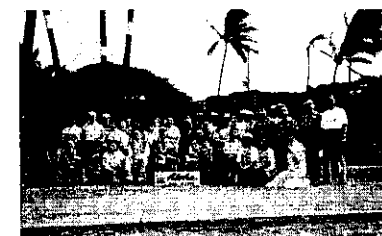
1991年（平成3年）
柏木会長が橿原文化
会館で満員の中講演。
上田知事が最後まで
聞かれる。



1992年（平成4年）
第5回桜の会総会で
5周年記念誌を発刊。
B5版118頁に投稿
と調査資料。



1993年（平成5年）
わが国はじめての脳
卒中予防週間を開催。
報道機関の全社から
取材を受ける。



1994年（平成6年）
海外訓練旅行のハワ
イへ44名が参加。海
外旅行は1年分のリ
ハビリが誕生。



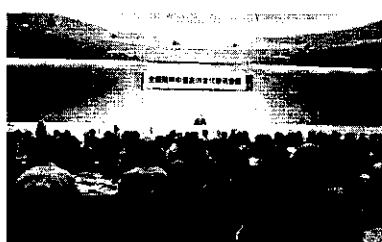
1995年（平成7年）
阪神大震災の仲間を
救う義援金の募集。
障害者災害マニュアルを作成。



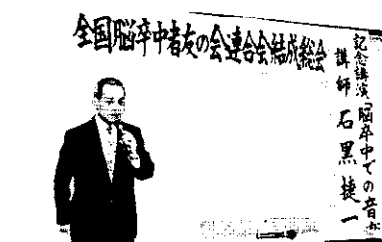
1995年（平成7年）
奈良市姉妹都市のキャ
ンペラを表敬訪問。
ケイト・カーネル首
席大臣と歓談。



1996年（平成8年）
奈良県議会議員室に
出口県議会議長を訪
問。桜の会と脳卒中
の現状報告。



1996年（平成8年）
全国脳卒中者友の会
代表者を奈良県新公
会堂に迎える。30団
体の230名。



1997年（平成9年）
東京都で「全国脳卒
中者友の会連合会」
結成。初代会長に柏
木知臣会長が就任。



1997年（平成9年）
第10回桜の会総会と
10周年記念誌を発刊
し全国に無料配布。
250名参加。



1998年（平成10年）
バス一泊訓練旅行に
NHKが同行取材。
全員が阿波踊りに熱
狂し全国放映へ。



1998年（平成10年）
全国脳卒中予防の日
を奈良県新公会堂で
開催。桜の会が主催
511名参加。



1999年（平成11年）
奈良市ふれあい祭りに
桜の会が参加し
「綿菓子」「ぽっこん」
で協賛。



1999年（平成11年）
桜の会作品展を本年
より奈良市役所1階
で開催。大川市長よ
り絶賛を。



2000年（平成12年）
第12回近畿連合会総
会を奈良市で開催。
「桜の仲間」を会員
で合唱する。



2000年（平成12年）
脳こうそく「予防シ
ンポジウム」をなら
100年会館で開催。3
50名参加。



2001年（平成13年）
出前（ふれあい）ト
ークを奈良県各地で
開催する。参加者より
好評！



2001年（平成13年）
全国連合会でハワイ
訓練旅行を行い125
名参加。ハワイから
同病者35名が出席。



2002年（平成14年）
リフトバス2台でユ
ニバーサル・スタジ
オに65名が参加。一
日を楽しむ。



2002年（平成14年）
桜の会失語症合唱団
の練習風景。言葉が
出ない会員さんが流
暢な合唱。

奈良県脳卒中者友の会「桜の会」とは

一年に一度だけでもいい、お互いが元気になった顔を見せ合い、脳卒中という病気から立ち直った苦労話や家族が一緒になって楽しく語り合える、そんな会を作ろう！春がくると桜の花が快い青空にいっぱい映え！そこから元気がでてくるような、そのような会にしたいと言うのが「桜の会」の名称になった。

昭和62年10月20日、奈良市にある国立療養所西奈良病院の休憩室で「奈良県脳卒中者友の会「桜の会」が14名でスタートし、15年の歳月を経た平成14年10月20日には324名の会員となり、脳卒中の克服と受容から元気を取り戻し、「生きるという希望」が大きな輪となり広がってまいりました。脳卒中を体験した私たちは、後遺症という苦悩と残念な障害者生活のなかから、お互いに励まし合い、情報の交換から同じ病をもった会員と家族の交流により友情を深め、悩みと苦しみを乗り越え、第2の人生を「明るさと生きがい」の目標を持つまでになってまいりました。

脳卒中の残念さと恐ろしさは、なった者とその家族が一番よく知っております。このような病気は絶対に避けて欲しい！健康であるのが最高の幸せなんです。体験した私たちから啓発して行こうと、平成5年には「脳卒中予防週間」を全国に先駆け開催し、それ以来「脳卒中予防の日」「第1回全国脳卒中予防の日」「脳こうそく予防シンポジウム」など講演会を開催し、桜の会創立5周年と10周年には記念誌として「生きがいのひろがり」の冊子、「脳卒中＝こんな病気にならないで」の冊子などを発刊し、全国各地の希望者に無料配布してまいりました。平成8年には厚生省から脳卒中患者が173万人と発表されましたが、桜の会では全国に散在している脳卒中患者団体に呼びかけ「全国脳卒中者友の会代表者会議」を奈良県新公会堂に招集、翌年「全国脳卒中者友の会連合会」を結成する運びになり、その運営の責任者として3年間受け持ってきました。

こういう堅いことばかりをやってきた桜の会ではありません。発足から今日に至るまで毎月会報を発行し、情報の交換、行事の案内、会員からの投稿、リハビリに関する情報等を掲載しております。年間の行事としては、新年懇親会、奈良県各地への出前（ふれあい）トーク、一年に一度だけ贅沢をさせて貰う「グルメの集い」、近畿と全国への交流会、後遺症を乗り越える「作品展」、家族への感謝の集い、日帰りバス訓練旅行、一泊訓練旅行、海外訓練旅行などを開催し、平成13年から「桜の会失語症合唱団」を結成し、言葉がでない失語症の会員がコンサートの開催により明るさを取り戻しております。障害者が贅沢と思われる海外旅行も、機能回復訓練と精神的な回復を目標にして、何年もかかっての蓄えにより目標を達成することは計り知れない大きな喜びとなっております。「海外旅行は一年分のリハビリになる」と、たまたま言った言葉が今や全国各地で言われるようになっています。ハワイ旅行で寝たきりで参加した会員が歩きだしたことで、車椅子から立ち上がり杖を持って歩行をはじめたことを目の前にして発した言葉でありました。

脳卒中という病気に勝つことは難しいことです。しかし、脳卒中に負けてはならない、脳卒中という病気と仲良くすることは可能であります。私たち桜の会は、脳卒中の予防と再発防止の啓発、寝たきり防止と介護保険による要介護の軽減など、「あなたが脳卒中にならないために、あなたが脳卒中を乗り越えるために」を考えながらも、明るく楽しいことをモットーに「第2の人生のひろがり」を追求してまいる桜の会です。

奈良県脳卒中者友の会「桜の会」事務局

〒631-0823 奈良市西大寺国見町1丁目6-5 明光ビル503号

TEL (0742) 49-0230 FAX (0742) 49-0230

再び生きがいを見つける



失語症の人たちによる日本初の合唱団を結成し、本番に向けて練習を重ねるメンバー—奈良市内で今年2月

失語症の人らが合唱団

きょう 奈良 青春歌など7曲披露

日本初

脳卒中患者のついでに、脳卒中患者の会「桜の会」(奈良市)が、言葉をうまく話せない失語症の人らによる日本初の合唱団を結成し、20日に奈良市内である会館で15周年記念式典でお披露目する。名前も話せない人、小銭計算ができないため紙幣でしか買物物がない人、英語を話せなくなった元米国籍在員……。メンバーは合唱団での出会いで再び生きがいを見つけ、家族と交わす言葉を取り戻しつつある。

【阿部浩之】

合唱団の結成は昨年10月。脳内出血で右半身不随となり、自らも失語症に苦しんだ同会の柏木知臣会長(74)が、総会で「みかんの花咲く丘」を歌おうと呼びかけた。予想外にも18人の会員が登壇。うつぶき加減の人は背筋を伸ばし、声が出ない人もつれそうに口を動かした。「皆、歌が好きなんだ」。日本初の合唱団結成が決まった。

99年春、脳卒中と診断され、今も通院生活を送る大和郡山市の女性(77)は、普段は居間でじっとつむぐ

時間が多かった。看病する長女(58)の勧めで今年8月、合唱団の4回目の合同練習を初めて見学。優しく歌に誘う会員に促されて舞台に上がり、家ではあまり見せない笑みまで浮かべ、「リンゴの唄」を口ずさんだ。長女は「前向きになった母に驚き、目頭が熱くなった」という。日常会話はまだ不自由だが、ほぼ毎日30分の練習を2人で重ねてきた。

柏木会長は「みんな姿勢がよくなり、驚くほど大きな声が出てきた。目標を持つことが大事。全国の人にぜひ活動を知ってほしい」と話している。

記念式典でメンバーは、合唱団のシンボルとなる蝶ネクタイやリボンをつけ、観客約400人を前に青春歌など7曲を披露する。