

## 5. 委員意見提出資料

## 高齢者リハビリテーションのあり方（委員意見の要旨）

### 一急性発症疾患タイプ

#### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管疾患
- (転倒)骨折(大腿骨頸部骨折(その他下肢の骨折、多肢骨折を含む)、腰椎圧迫骨折)等骨関節疾患
- 頭部外傷、脊髄損傷、とくに頸髄損傷(不全麻痺も含む)
- 下肢切断(特に糖尿病、血行障害によるもの)
- 痴呆(の一部)
- 外科的手術を受けた高齢者
- 肺炎で入院治療している高齢者
- 数週間以上の臥床を要する疾患

## 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

### 1 健康増進

#### (1) 現状及び課題

##### (脳血管障害)

- 高齢者のADL低下の原因疾患として重要。
- 高齢者のみでなく、若年層にも増加。
- 危険因子、発症誘引に関する一般市民の知識の不足。

##### (転倒・骨折予防)

- 高齢者のADLの低下をきたす疾患として骨折が重要。
- 環境要因や歯科保健（咬合の維持・回復等）からの転倒予防への取組。
- 骨粗鬆症に関する知識及び予防法の知識が不足。

##### (生活機能、生活習慣)

- 生活習慣や生活習慣病への低い認識。
- 国民の価値観の多様化への対応。
- 疾病中心から生活機能重視の対策が必要。

#### (2) 今後のあるべき姿

##### (普及啓発)

- 脳血管障害に関する知識・予防、介護予防に関する住民への教育・啓発等。

##### (サービス内容)

- 生活機能検診や指導など生活機能と疾病を関連づけた総合的な健康づくりの推進。
- 施策年齢層別の至適運動法等に関する指針や身体機能(筋力強化やバランス・体力増強)強化・向上、介護予防にかかる健康教育ガイドラインの策定。
- 脳卒中危険因子や骨粗鬆症に対する健康診断、生活習慣改善指導の充実強化。
- 歯牙喪失の予防、咬合の維持・回復に必要な歯科治療と歯科保健指導の充実。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供と環境整備。

##### (サービス提供体制)

- リハビリテーション専門職の積極的な活用や民間活力の利用などによる多様なニーズに対応した健康増進対策の推進。
- 老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業の対象拡大による積極的な予防的リハビリテーションの提供。
- 自治体、NPO等の参加・活用による生活機能向上に向けた働きかけ。
- 生理学的及び生活機能的側面からの健康データの自己管理支援。

## 2 生活機能低下予防・改善

### (1) 現状及び課題

#### (生活機能低下への取組)

- 生活機能低下の概念が浸透しておらず、早期発見が不十分。
- 「健康増進」と「生活機能低下予防・改善」は、相互の関連が深く、一体的に捉えるべき。
- 一般医療の生活機能向上への積極的関与が不十分。
- 介護予防事業における廃用症候群全体の予防への取組が不十分。

#### (地域における支援)

- ひとり暮らし高齢者、高齢者の閉じこもり等への対応。
- 生活機能の維持・改善に向けたリハビリテーションへの専門職の関わり。
- 転倒骨折や誤嚥性肺炎、低栄養予防への歯科保健（咬合回復、口腔ケア）からの取組。
- 機能の改善を図るための機会、場所等の生活環境の整備。

### (2) 今後のあるべき姿

#### (普及啓発)

- 運動・精神機能維持を目的とした運動の必要性。
- 介護予防に関する住民への教育・啓発、住民の認識の向上。
- 低栄養、転倒骨折、気道感染の予防における口腔ケア。

#### (サービス内容)

- 生活機能の維持・再建、身体機能(筋力強化やバランス・体力増強)強化に関するガイドラインの策定。
- 介護予防事業、機能訓練事業等の再編成・プログラムの充実。
- 民間活力を利用するなど多彩なリハビリテーションプログラムの実施。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供。
- 転倒・骨折予防の観点から、骨粗鬆症予防や睡眠薬等医薬品の服用、適切な履物の選択、ヒッププロテクターの利用等に関する健康教育等の充実。

#### (サービス提供体制)

- 生活機能低下への適切な対応のあり方、早期発見の仕組み等の検討。
- 一般医療機関の生活機能向上へのプライマリ・ケアの予防機能の充実。
- デイケア、保健センター等における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による専門的サービス機能の充実。
- ADLや生活能力の獲得・向上を支援するリハビリテーション提供体制の整備。
- 住まいの多様化と住み替え。ボランティア活動の充実。

### 3 急性期のリハビリテーション

#### (1) 現状及び課題

##### (脳血管障害)

- 急性期治療体制の整備、急性期からのリハビリテーション医の関与、脳卒中医との連携、内科系脳卒中専門医の不足。

##### (サービスの質)

- 急性期病院での急性期リハビリテーションの低い実施率と高い廃用症候群の発生。
- 不十分な、一般医療におけるリハビリテーションの認識や廃用症候群の予防（医療従事者の廃用症候群に対する理解の不足、活動性の低下、療養環境など）、ADL指導。
- 認知・コミュニケーション障害や口腔ケアへの対応。

##### (機能分担と連携)

- 回復期リハビリテーションとの連携、在宅復帰者（過剰介護、住環境の未整備、参加水準の低下など生活の仕方に問題）への支援。

#### (2) 今後のあるべき姿

##### (普及啓発)

- 一般診療科医師やケアマネジャーのリハビリテーションへの理解。
- 廃用症候群に対する啓発と教育の徹底。

##### (サービス内容)

- プライマリ・ケアにおけるリハビリテーション機能の重視。
- 急性期の口腔ケアガイドライン等の作成。
- 廃用症候群発生予防や「早期離床（座位）とADLの自立」に特化した急性期（予防的）リハビリテーションの実施の徹底。

##### (サービス提供体制)

- 専門家による脳卒中チーム医療体制等の整備。
- リハビリテーション専門職の適正な人員配置による施設間、地域間格差の是正。
- 急性期からシームレスに回復期・集中的リハビリテーションにつなぐ地域の医療・福祉施設の連携強化及び紹介率の向上。
- 早期に、かつスムーズに集中的リハビリテーションに移行するシステムの構築と在宅復帰者に対する外来リハビリテーションの充実。

##### (人材育成)

- 脳卒中専門医の育成。

##### (調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

## 4 集中的なリハビリテーション

### (1) 現状及び課題

#### (サービス提供拠点)

- 集中的回復期リハビリテーション病院（回復期リハビリテーション病棟）の不足。
- 継続した集中的外来・通院リハビリテーションを提供できる拠点の不足。

#### (サービスの質)

- 不十分なチームアプローチ、リハビリテーション専門職と看護職・介護職との連携。
- 個別性重視のリハビリテーション・プログラム、集中的なリハビリテーションの開始の遅れ、「自立生活」、退院後の生活を前提としたアプローチが不十分。
- 認知機能、コミュニケーション機能などの変化への対応、歯科保健からの取組。

#### (機能分担と連携)

- 急性期病院と回復期リハビリテーション専門施設との連携。
- ケアマネジャーの早期関与とリハビリテーションニーズのケアプランへの反映。
- 外泊時における福祉用具や住宅改修の活用。
- 在宅復帰の自立高齢者とサービス未利用者要介護高齢者への対応。

#### (疾病管理)

- 脳卒中原因疾患（高血圧症、糖尿病など）の治療や薬剤服用の自己中断。

### (2) 今後のあるべき姿

#### (普及啓発)

- 治療及び薬物療法の中断することの不利益についての指導。

#### (サービス内容)

- 在宅生活・社会生活継続を明確に目的としたリハビリテーションの実施、「自立生活」獲得に対するチームアプローチの確立、車椅子偏重からの脱却。
- リハビリテーションに関する多面的な効果測定の実施。
- 在宅復帰高齢者の生活機能チェック、歯科保健医療からの取組。

#### (サービス提供体制)

- 回復期リハビリテーション病棟等の拡充による集中的リハビリテーションサービス提供体制の構築と連携システムの充実。
- 在宅復帰に向けたケアマネジャー、MSW等の早期関与・連携の促進。
- 入院、外来、通所・訪問の各リハビリテーション及び保健サービスの機能分担（使い分け）とサービスの拡充。

#### (調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

## 5 間欠的なリハビリテーション

### (1) 現状及び課題

#### (サービス利用)

- 十分に活用されていない介護保険制度の社会資源。

#### (サービスの確保)

- リハビリテーション専門職の位置づけ(訪問リハビリテーションに言語聴覚療法の位置づけがない。)や摂食・嚥下障害への対応。
- リハビリテーションとの連携が不十分な福祉用具・住宅改修への対応。

#### (サービスの質)

- 不十分な生活能力の向上に向けたリハビリテーションサービスの提供、漫然と行われるリハビリテーション。
- 介護療養型医療施設、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等におけるリハビリテーションの考え方や具体的援助内容の普遍化。
- 廃用症候群への対応、生活機能の維持等に不十分な老人保健施設、通所リハビリテーションの人員基準。

#### (機能分担と連携)

- 通所リハビリテーションと通所介護の機能の明確化。
- 間欠的なリハビリテーションを適切かつ効果的に行なう機関の不足。

### (2) 今後のあるべき姿

#### (普及啓発)

- 介護保険制度の理解に関する啓発、リハビリテーションへの正しい理解促進。

#### (サービス内容)

- 短・中期入所によるリハビリテーション(とくに介護老人保健施設のリハビリテーション機能)や外来リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの機能等の充実。
- 専門的技術としての介護の重視。

#### (サービス提供体制)

- デイサービスなどの施設の増設と利用促進。
- 間欠的なリハビリテーションを担うべき施設・拠点の機能の明確化等。
- 保健サービスとしてのリハビリ提供やボランティア、ピアグループ活動との連携を強化。

#### (人材育成)

- 専門職への教育及び研修の充実によるリハビリテーションの質の担保。
- リハビリテーションに関するケアマネジャー等の適切なマネジメント能力の確保。

## 高齢者リハビリテーションのあり方（委員意見の要旨）

### 一慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプ

#### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 廃用症候群の悪循環（必要以上の安静が契機）
  - ・ 急性発症・増悪疾患続発型：外科的手術後、肺炎等の急性疾患後等
  - ・ 慢性疾患型：各種臓器不全、その他重症でなくとも慢性疾患
  - ・ 小疾患続発型：軽症疾患、眼科・耳鼻科等の手術後等
- 痴呆（の一部）
- パーキンソン病・パーキンソン症候群、ALS等の神経系疾患
- 脳血管疾患（多発性脳梗塞（急性発症の形をとらない病態）、脳卒中（再発防止））
- 骨関節疾患（とくに疼痛を伴う変形性関節症、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症、腰痛症、RAなど）
- 循環器障害に伴う四肢の切断、下肢の閉塞性動脈硬化症
- 慢性呼吸不全
- 白内障、網膜症など視力低下をきたす疾患、視覚障害
- 内部障害（心疾患、腎疾患、肺疾患、糖尿病等）
- 難病、末期がん
- うつ的傾向、心気症
- 失語症や構音障害
- 若年期発症の障害者の加齢変化
- 在宅要介護高齢者、虚弱高齢者
- 糖尿病、肥満などで活動の低下した状態
- 独居高齢者並びに高齢者2人暮らし
- 閉じこもり高齢者、活動性の低い高齢者
- 精神科病棟に長期入院中の生活機能障害を主問題とする高齢者



## 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

### 1 健康増進

#### (1) 現状及び課題

##### (脳血管障害)

- 危険因子（特に、無症候性脳梗塞）など疾患に対する一般市民の知識の不足。
- 行われがたい専門医による適切な早期治療。

##### (生活機能、生活習慣)

- 多様な個人の嗜好に対応できる健康教育メニュー。
- 高齢者個人の生活全般への認識や取組が不十分。
- 加齢に伴う認知・コミュニケーション機能の変化に対する社会の認識とその予防。
- 検診などに眼科医や整形外科医が関わっていないこと。
- 疾病中心から生活機能重視の対策が必要。

#### (2) 今後のあるべき姿

##### (普及啓発)

- 早期受診や疾患、加齢変化に関する知識の市民への啓発。
- 介護予防に関する住民への教育・啓発、住民の認識の向上。

##### (サービス内容)

- 脳卒中危険因子の治療と予防的投薬（特に無症候性脳梗塞）。
- 生活機能検診や指導など生活機能と疾病を関連づけた総合的な健康づくりの推進。
- 身体機能（筋力強化やバランス・体力増強）強化・向上にかかる健康教育ガイドラインの策定等。
- 物忘れ、骨粗鬆症への対応など検診の充実。
- 日常生活の活動に影響を及ぼす症状を有する高齢者への対応（日常生活の自立やQOLを高めることを支援するプログラム等）の検討。
- 趣味の開発、文化的活動などの提供と環境整備。

##### (サービス提供体制)

- 老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業の対象拡大による積極的な予防的リハビリテーションの提供。
- 自治体、NPO等の参加・活用による生活機能向上に向けた働きかけ等。

## 2 生活機能低下予防・改善

### (1) 現状及び課題

#### (障害の受容)

- 患者としての(障害)受容と克服。

#### (生活機能低下への早期対応等)

- 生活機能低下に対する認識が不十分。
- 一般医療の生活機能向上への積極的関与が不十分。
- 介護予防事業における廃用症候群全体の予防への取組が不十分。
- 生活機能に関する診断・相談等に対応する専門的機関の確保。
- 軽度認知障害(MCI)や痴呆の初期段階にある者を早期発見する体制と地域における支援体制。失語症への対応。
- 精神科病棟入院中の高齢者、神経難病患者への支援。

#### (疾患管理)

- 疾患の自己管理に関する知識の不足や治療薬剤の副作用のADLへの影響。

### (2) 今後のあるべき姿

#### (普及啓発)

- 生活機能(定期的チェック)に関する普及啓発。

#### (サービス内容)

- 生活機能の維持・再建、身体機能強化に関するガイドラインの策定。
- 介護予防事業、機能訓練事業等の再編成・プログラムの充実。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供。
- 民生委員や老人会の活動における生活機能低下に対する予防や改善策への取組。
- 医薬品の副作用等によるADL低下への影響チェックと必要な対応。

#### (サービス提供体制)

- 生活機能の定期的なチェックと予防的個別リハビリテーションメニューの提供。
- 一般医療機関の生活機能向上へのプライマリ・ケアの予防機能の充実。
- 地域における交流の場の提供と活動、支援体制の整備。
- 精神科病棟に入院中の高齢者に対する生活機能障害の発生・悪化を予防する体制の確保と初期神経難病患者への地域支援体制。
- MCIおよび初期痴呆を早期発見する機能など、専門的相談機能等の地域の保健センター、リハビリセンター等への付加又は強化(専門的人材の配置を含む)。

#### (調査研究)

- 生活機能疾患への明確なエビデンスに基づく対応。

## 5 (4) 間欠的・集中的なリハビリテーション

### (1) 現状及び課題

#### (保険診療)

- 慢性進行性疾患に関する診療報酬上の評価等。
- 対象が限定されるリハビリテーション処方。

#### (生活機能低下への対応等)

- 不十分な生活機能低下への認識。
- 在宅の生活機能低下者への生活再構築のための集中的リハビリテーションの提供。
- 生活機能の低下に関与できる専門的機関、施設の確保。
- 定期的な生活機能のチェックのための予防的リハビリテーション等の提供。

#### (痴呆への対応)

- 痴呆の認知機能の評価や質の高いケアプログラムの研究開発等。
- 生活介護が中心になっていることが多い痴呆ケア。

#### (サービスの質)

- 外来、訪問での集中的なリハビリテーションの開始の遅れ、「自立生活」、退院後の生活を前提としたアプローチやチームアプローチが不十分。
- ターミナルケアを含めた神経難病への質の高いリハビリテーションの提供。
- 長期に漫然として行われがちなりハビリテーション。
- 増悪時に必要となる「急性発症疾患タイプ」と同様の対応。
- 介護療養型医療施設、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等におけるリハビリテーションの考え方や具体的援助内容の普遍化。
- 廃用症候群への対応、生活機能の維持等に不十分な老人保健施設、通所リハビリテーションの人員基準。

#### (機能分担と連携等)

- 間欠的なリハビリテーションを適切かつ効果的に行なう機関の不足。
- ケアマネジャーの質の向上。
- 在宅生活状況を把握するための活動量を測定する有効な手法の確立。

#### (ピアカウンセリング)

- 悩んでいるのは一人ではないことを普及するために、集中的な「明るさと楽しさ」を取り入れたリハビリテーションが必要。

### (2) 今後のあるべき姿

#### (普及啓発)

- 介護保険制度の理解を促進する啓発。
- 患者活動としての「脳卒中予防」への積極的参加。

(サービス内容)

- 生活機能低下へのリハビリテーションの必要性の普及。
- 生活能力の維持・改善等に関するガイドライン等の整備。
- 短期的・集中的リハビリテーションの提供。
- 痴呆のケアへの言語聴覚士等リハビリテーション専門職の参加。
- 退院後の不安を解消するため(社会復帰と閉じこもりの解消)の情報提供の促進。
- チームアプローチ、整形外科疾患への機能訓練事業による対応。
- 難病や末期がん等(症状)進行に伴う福祉用具の提供やA D L、介助方法等の指導、援助。
- リハビリテーションドクターを中心とする「リハ健診」の実施。
- 身体機能・生活機能に関する定期診断を実施。

(サービス提供体制)

- 生活機能向上プログラムによる訪問・通所・外来リハビリテーションの提供。
- 一般医療機関の生活機能向上への積極的関与。
- 慢性進行性疾患におけるリハビリテーションの医療制度への位置づけ。
- 短・中期入所によるリハビリテーション(とくに介護老人保健施設のリハビリテーション機能や外来リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの機能等の充実)。
- ディケア、保健センターへの生活機能の向上のための宿泊機能付きトレーニング機能の整備。
- 痴呆患者に質の高いケアプログラムを提供する痴呆基幹施設の設置。
- 在宅支援、ターミナルケアを視野に入れた神経難病リハビリテーション施設の拡充。
- 神経難病患者や痴呆患者の在宅生活をリハビリテーション専門職が支援する体制の充実。
- 間欠的なリハビリテーションを担うべき施設、拠点の機能を明確化と専門職の適正な人員配置。
- かかりつけ医とリハビリテーション専門医、ケアマネジャー等との連携強化。
- 地域リハビリテーション支援体制の充実。

(人材育成)

- リハビリテーションに関するケアマネジャー等の適切なマネジメント能力の確保。

(調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

## 高齢者リハビリテーションのあり方(委員意見の要旨)

### —その他、高齢者リハビリテーション全般について—

#### (ステージの捉え方)

- 「急性期」「集中的」「間歇的」とすることについては、「急性期」「亜急性期(回復期)」「慢性期(維持期)」とする考え方も含め検討が必要。

#### (健康増進、介護予防等)

- 疾患の発症前の予防が重要。
- 生活機能健診を実施すべき。
- 寝たきりと痴呆を回避するために健康増進が重要。
- 介護保険制度において、障害予防およびリハビリテーション重視が重要。

#### (普及啓発)

- 患者・利用者・一般社会へのリハビリテーションについての啓発が必要(標語等)。
- 認知機能を含む「こころの健康」の啓発活動の推進。
- 口腔機能の維持・増進が要介護状態となることを防止すること、咬合の維持・回復によるリハビリテーションの効果について、普及すべき。
- 市町村の健康増進・生活機能低下予防・改善のため健康日本21、老人保健事業、介護保険事業の充実・住民PRが必要。
- リハビリテーションに対する過度な期待。

#### (サービス内容)

- 「介護の社会化」というコンセプトの中で、家族の役割や責任などをもう少し明確にすることが必要。
- 高齢者の尊厳を尊重するリハビリテーションの提供、生活機能全体の総合的な把握、患者・利用者中心のシステムが重要。
- 保健・医療は疾病中心、介護はADL中心、リハビリテーションは機能障害中心になりがちであり、生活機能重視、「活動」全般を重視すべき。
- 生活機能障害の程度によるリハビリテーションの必要性の判断を行

っていくことが重要。

- ケアプランでの生活機能全体の重視による介護保険におけるリハビリテーション機能の向上。
- 心身機能 $\leftrightarrow$ 活動 $\leftrightarrow$ 参加という双方向モデルが重要。
- 高齢者の主観的QOLの尊重と個別的支援が重要。
- 「自立支援」の具体的内容について整理が必要。
- 発症前状態への回復が困難なことが多い前提に対して、悪化や進行を食い止めることに対する評価と対応の視点が未確立（漫然とリハを行っている、実施しても改善しないとの評価しか受けない）。
- リハビリテーションの効果の測定と効果のあるサービスを提供することが必要。
- 入院前の同じ状態での在宅復帰のために、慢性疾患タイプへの急性期リハビリテーションを導入すべき。
- 間欠的リハを開始、あるいは終了する基準がなく、現行では経済的保証（具体的に実施する場所、手段）がない。
- 基礎疾患が重複し、合併症が起こりやすく、急激に重篤化しやすい（高齢者医学、老人病学が十分確立され普及しているとは言えない）。
- 軽度認知障害（MCI）・初期痴呆への個別的リハビリテーションの充実が必要。
- 失語症患者への理解とそのリハビリテーションが重要。
- リハビリテーションのガイドライン、マニュアル作成において、歯科の観点も重要。
- リハビリテーション（総合）実施計画作成時に、医薬品のADLへの影響のアセスメントをすべき。
- 高齢者の存在価値そのものに関する議論の欠如と医療費、介護費の増大のみが強調される傾向。

（サービス提供体制）

- 在宅復帰が長期予後にもよい影響を与えるのではないか。
- 通所介護、通所リハビリテーションの役割分担が必要。
- 通所リハビリテーションと外来リハビリテーションの役割分担が必要。
- 退院当日から訪問リハビリテーションが実施できるようにすべき。
- 地域密着型の小規模多機能型リハビリテーション事業所の展開が必要。
- ターミナル期のリハビリテーションが必要。

- 医療区分や保険制度がリハビリテーションの円滑な流れを阻害。各ステージで関わるリハスタッフの意識の分断、見失われている現場でのリハビリテーションの全体像。
- 生活機能向上に向けたリハビリテーション・システムの質的向上と一貫性の確保が重要。
- 環境変化による痴呆の発生防止のため、在宅ケア提供体制の構築が重要。
- いわゆる“川下”にはいろいろな障害をもつケースがいる。それぞれに見合ったサービスの充実が必要。
- 福祉用具と住宅改修に関して、必要なケースにリハ専門職がかかわれる体制の整備が必要。住宅改修に関しては、建築業界等と医療福祉関係者が意見交換、情報の共有をする拠点を作るのも有効。

#### (地域リハビリテーションシステム)

- かかりつけ医のリハ理解と関与をどのように進めるかが重要。
- 健康づくり、介護予防、医療保険、介護保険と連続的・継続的なサービスの利用のため地域包括ケアシステムの構築と推進が必要。
- 保健センター、在宅介護支援センターの機能の再徹底および保健師、相談員の教育徹底。特に基幹型在宅介護支援センターの機能の検討。
- 医療から介護へ、高齢者へのサービスは途切れのないものであること。

#### (人材育成、資質の向上)

- 質の高い地域リハビリテーションを行う専門職の育成が必要。
- 訪問看護・介護におけるリハ技術の向上に関する研修体制作りが重要。
- ケアマネジャーのリハ的かわりが可能となるような長期的研修体制が不可欠。

#### (調査研究)

- リハビリテーションにおけるEBMの帰結研究のあり方について、現状と課題、及び今後のあるべき方向性について議論すべき。
- 「自立支援」を具現化するための機能であるケアマネジメントについて、アウトカムの観点から十分機能しているか、検証が必要。

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中
- 下肢骨折、特に大腿骨頸部骨折
- 脊髄損傷、特に頸髄不全損傷
- 下肢切断、特に糖尿病、血行障害によるもの（症例数は少なく、特定の病院に限られるが）

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- 生活機能重視の必要性：本来「健康」（WHOの定義による「身体的・精神的・社会的 well-being」）には生活機能全体を含むはずであるが、施策・一般認識（専門職・一般人とも）は疾病中心にとどまっている。
- 生活機能の増進と一次予防が必要：
  - ①生活機能全体（生命＜心身機能＞・生活＜活動＞・人生＜参加＞）の増進と、低下予防（一次予防）をはかるべき。
  - ②行政上も生活機能全体への増進的・予防的対応が必要。（現在は疾病レベルが主）（本来は老人保健事業が主にこの時期を対象としているはず。しかし、老人保健事業は疾病、特に生活習慣病の予防が中心になっている。）
  - ③これは予備力を積極的に向上させることになり、後の介護予防・各リハ期の対応の成果をも向上させる。  
現在は生活機能低下してはじめて、介護予防としての対策開始。
- 「廃用症候群の悪循環」が生活機能低下、「寝たきり」の大きな原因である（「つくられた寝たきり」）ことの医療・福祉・介護専門職・一般国民の認識不十分。  
現在は老化・高齢のためと誤解し、改善できるのに対策が不十分。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 生活機能の増進と一次予防をはかる施策必要：  
その際生活機能の、特定のレベル・項目ではなく、生活機能の全てのレベルの増進（予備能力向上）と低下予防をはかる。その際次の点に留意する。
  - ①生活機能と疾病（健康状態）とを関連づけた総合的健康づくりを推進。
  - ②特に後期高齢者についての生活機能検診・指導が必要。
  - ③生活機能向上・低下予防は老人保健事業等の保健事業、介護予防事業と相互に関連して行なうべき。
- 一般社会の中での生活機能向上の重視：  
一次予防の生活機能向上にむけた働きかけは、自治体による文化・福祉事業、作業所、ボランティア活動（NPO等）民間文化事業などの参加・活用が重要。これは参加・活動レベルのレパートリー拡大に効果的である。



(参考：大川弥生 第1回高齢者リハビリテーション研究会 プレゼンテーション資料)

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

2 : 生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

- 一般医療の生活機能向上への積極的関与不十分：この時期は何らかの疾病をきっかけとして「廃用症候群の悪循環」が始まっていることが多く、また疾病管理と同時に行なう必要性がある。
- 介護予防事業（現在主にこの時期を対象としている事業）の本来の課題は「廃用症候群の悪循環」全体の予防（特にその悪循環の早期発見・早期対応を中核とした、生活機能全体の低下の二次予防）であるべきである。しかし現状では、廃用症候群の個々の症候（それもすべてでもなく、また最も重要なものにしぼられてもいない）や、特定の働きかけの個々の方法にとどまっている。

2) 今後のあるべき姿

○生活機能低下の二次予防をはかる

- ①徐々に生じた「生活機能」（特に「活動」）の低下を早期に発見し、早期にその回復・向上をはかる。
- ②いったん生じた「廃用症候群の悪循環」の「良循環」への転換をはかる。
- ③特に後期高齢者では重要。

○介護予防事業の再編成・プログラム充実

生活機能低下予防を目的とするリハと位置づけ、また老人保健事業と関連づけて、次の基本的考え方に立って行なう。

- ①介護予防の対象を“障害”（“生活機能”のマイナス面）をもつ（またはその可能性のある）人ととらえる：介護予防の個々の事業を中心にしてそれに適した対象者を考えるのではなく、介護予防（生活機能低下の二次予防）が必要な人毎の個別的・個性的なニーズから出発して対策をたてる。
- ②画一的でなく、個別性を重視：内容と目標が個別的であること。生活・人生（“活動”・“参加”）の多様性を尊重。
- ③“健康状態”（病気、けが、だけでなく生活機能に悪影響を及ぼす健康上の問題）をよく把握し、十分に管理して行なう。

○一般医療機関の生活機能向上への積極的関与（プライマリ・ケアの予防機能の重視）

対象者は軽症の疾病・外傷や慢性疾患など、“健康状態”に問題のある方々である。そのため健康状態の十分な把握と管理下で安全で十分な指導を行う必要あり。また「病気なら安静」という誤解が強い。

特に次の点で医師の正しい指導・指示が不可欠。

- ①「廃用症候群の悪循環」の早期発見
- ②一般医療受診時に「活発度」の指導

- ③「活動」向上による「廃用症候群の悪循環」からの脱却の指導
- ④一般医療機関では手におえない場合の専門的リハへの紹介の必要性の判断

(参考：大川弥生 第1回高齢者リハビリテーション研究会 プレゼンテーション資料)

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 1) 現状及び課題

##### ○活動向上の指導に関する現状：

全 731 病院に対して入院患者に対する安静度指導および活動性向上に対する指導の状況を質問紙郵送法で調査。[回答 640 病院：回答率 87.6%]。

##### 1) 安静度指示

一般病棟では 260 病棟中全患者には 163 病棟 (62.7%)、一部患者に限っては 70 病棟 (26.9%) と合計 233 病棟 (89.6%)

##### 2) 活動性向上指導

活動性向上の指導をしていると返答した病棟数は、一般病棟 78.5%であったが、この活動性向上の内容について詳しく調査すると、具体的に生活活動性向上に向けて指導しているのは一般病棟では 260 病棟中 25 病棟(9.6%)にすぎず、心臓リハや手術後患者の場合など、ルチーンの活動性向上指導のプログラムが定められている場合に多かった。

(平成 12 年度地域リハビリテーション懇談会報告書、日本公衆衛生協会、2001)

#### 2) 今後のあるべき姿

### 3：急性期のリハビリテーション

#### 1) 現状及び課題

○一般医療におけるリハについての正しい認識と基本的リハ技術の普及が不十分。

①そのため本来プライマリ・ケアとして看護師等によって行なわれるべき関節可動域訓練や良肢位保持・座位保持訓練等の開始が遅れ、実施不十分。

②また理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT) 中心となりがちで、これはPT・OTの資源の有効活用の点で問題。

○PT・OTによる負荷軽減型ADLの指導が不十分。

○リハについての正しい指導が不十分な状況で、専門リハ施設に移行することの弊害。

#### 2) 今後のあるべき姿

○プライマリ・ケアにおけるリハ機能の重視。

①実施者として一般医師 (原因疾病担当) と看護師の役割を重視。それにむけた啓発

が必要。

②発症と同時に疾病治療、合併症コントロールと併行して、リハを開始。その具体的内容は

- a. 廃用症候群の悪循環の進行予防
- b. 負荷量軽減型ADL指導によるADLの早期自立性向上
- c. リハに関しての正しいオリエンテーション（指導・教育）

○集中的リハへのスムーズな移行システムをつくる。（できる限りコミュニティ内で）

#### 4：集中的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

○回復期リハという名称の弊害

リハとは、この時期だけでなく、すべての時期が生活機能の回復・向上を行ない、また可能であるで、この時期のみを「回復期」と呼ぶのは適切でない。

○個別性重視のリハ・プログラムが不十分

特に退院後の具体的生活・人生に必要な活動の具体的やり方についての目標設定不十分。

○生活機能全般をみず、特定のレベル・項目に傾りがち。

○集中期リハの効果が不十分である。

①中心であるはずの回復期リハ病棟が十分には機能していない

（発生から入院までが遅く、入院が長期にわたり、自宅復帰率が低い。

また一般病棟が少ない、高機能病院での開設少ない。）

②訓練室訓練、機能回復訓練が主体で、活動向上訓練が不十分で活動向上の効果がみられないため、自宅退院が困難なまま入院が長期化する。

③歩行補助具・装具の活動レベルでの活用不十分

○入院リハ至上主義で、集中的外来リハの実施が不十分である

①集中的なリハには入院・外来の2つがあり、むしろ外来リハが基本である。

②外来リハでの「活動」「参加」向上への働きかけが不十分なまま終了、もしくは介護保険下のリハに移行している。

○車椅子偏重の弊害

・本来歩行可能になるはずの人が車椅子を用いたために歩行不能のままに終わったり、歩行自立までの期間が非常に延びたりしている。これは実用歩行訓練、立位姿勢での活動実施訓練の不十分さによる。

○「している“活動”」への働きかけの軽視と、それに向けての看護・介護との連携不十分

○介護保険に関する「リハ前置」が不十分。

○コミュニティから離れがちである：集中期リハを行なうことのできる病院・施設が、都市部に少なく地域的に偏っているため（施設面積重視の施設基準の“弊害”でもある）

○患者・利用者にリハについての誤解あり。その誤解をとくための働きかけが不十分なままリハをすすめている。

2) 今後のあるべき姿

○入院リハ至上主義からの脱却

○車椅子偏重からの脱却

○在宅生活・地域社会への早期復帰と、在宅生活・社会生活継続を明確に目的としたリハを行なう。

○入院リハと外来リハの正しい使いわけ

①集中的入院リハの利点は、入院でなければできないサービスである、実生活の場(病棟)・実生活の時間帯で専門職(PT・OTだけでなく、看護・介護職を含む)によるリハ・アプローチを行なうこと。

②外来での集中的リハがより効果的な場合も多い。特に「活動」「参加」について在宅および地域社会での環境を生かして、生活機能の向上、特に参加面の目標ならびにその具体像である活動面の目標の実現をはかることができる。

○間欠的なリハからの一時的移行として、集中的リハ(主に外来的)を短期間行なうことを重視

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

1) 現状及び課題

・回復期リハビリテーション病棟の機能不十分

・入院までの期間:43日

・自宅復帰率:72.5%

・入院期間:85日

(参考:浜村明德 第1回高齢者リハビリテーション研究会 プレゼンテーション資料)

・病棟種別:一般病棟 93(34.3%)、療養病棟 178(65.7%)

・病床種別:一般病床 4,082(32.4%)、療養病床 8,512(67.6%)

(以上、第1回高齢者リハビリテーション研究会 会議資料)

2) 今後のあるべき姿

○病棟において歩行と立位での「活動」に直接働きかける集中的な「活動」向上プログラムにより、屋内歩行自立までの日数は5.2分の1(66.3日対12.8日)に、全入院期間は約半分(120.4日対64.3日)に短縮し、かつ最終歩行自立度(屋外歩行自立、1日8,000歩以上歩行者:5.7%対80.0%)、自宅復帰率(63.2%対94.7%)、再入院率(18.8%対0)において著しく優れていた。なお入院までの期間はほぼ同じ(38.4日対40.4日)であった。

(平成12年度地域リハビリテーション懇談会報告書)

○寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント

(平成12年度地域リハビリテーション懇談会報告書)

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

○維持期リハという名称の弊害：

①維持すれば十分と思われがちで、「生活機能」の向上に向けた十分な働きかけがなされない

②維持するためにはリハを頻回に続ける必要があるとの誤解を生んでいる。

※この場合の維持は「心身機能」中心であり、「生活機能」全般の向上の視点が乏しい

○「間欠的リハ」により生活機能の向上が十分可能であるとの認識や具体的技術がない。慢然と「心身機能維持」を目的とした頻回の外来・通院・通所リハが行なわれており、「生活機能」の向上がみられないだけでなく「訓練人生」を作り出している。これはリハ資源の有効活用上マイナスである。

一方本来必要な人にリハの関与がない場合もある。

○疾病管理との連携不十分：そのため十分な活動向上訓練ができない。また対象患者が限られてくる。

○活動向上訓練不十分。自己訓練で十分な場合の関節可動域訓練等を、PT・OTが実施している反面、本来PT・OTが行なうべき活動向上訓練は不十分。

○訪問リハ：要介護度高い人に件数多い（本来は逆）

活動向上訓練・自己訓練指導不十分

○活動向上訓練が不十分なまま福祉用具貸与・住宅改修が行なわれており、それが（無駄だけでなく）活動向上を妨げている

○車椅子偏重

### 2) 今後のあるべき姿

○従来「維持期のリハ」とよばれてきたものに時期的には近いが、行なわれるリハの内容は次の点で大きく異なるべき。

①間欠的なリハ実施とプログラム向上：年数回程度の「活動」・「参加」向上指導中心の外来リハで、在宅生活の継続と新しい活動・参加の課題の設定・実現（活動のレパートリーの拡大と普遍化）、そして生活機能低下時のすみやかな対応による再向上を実現することができる。

②「している“活動”」への専門的技術としての介護の重視

③介護保険サービス従事者のリハについての正しい理解促進  
・対象：介護支援専門員、その他従事者全般

④訪問リハ：通所困難だから訪問リハとするのではなく、在宅生活での活動向上訓練を主体とする。医療との連携を強め疾病が重要な患者への対応を可能とする

⑤訪問リハと外来リハと通所リハとの有機的な連携

⑥時には短期間の集中的なリハも必要

⑦一般医療機関による生活機能回復・向上への関与

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

1) 現状及び課題

○福祉用具貸与

- ①福祉用具貸与の給付が急増しており、その内容をみると、
  - ・要支援、要介護1への移動用リフト、褥瘡予防用具、体位変換器具の貸与が少なからずみられ、不適切な貸与と考えられる。
  - ・比較的軽症な例（要支援、要介護1・2）に対する車椅子及び特殊寝台の貸与が多数行なわれており、不必要な例が多数含まれていた可能性がある。
- ②住宅改修も急増しており、福祉用具同様にその全てが適切であったとは考えにくい。

以上から福祉用具及び住宅改修が活動向上訓練なしに行なわれていることによる弊害を見逃すことはできない。

○地方自治体配布の介護保険のサービス紹介にパンフレットの多くにリハについての内容に問題あり。

例) 訪問リハの紹介図：臥床している人に関節可動域訓練  
リハを機能（回復）訓練と記載

○要介護度高い人に訪問リハ件数多い

(第1回高齢者リハビリテーション研究会会議資料)

2) 今後のあるべき姿

○間欠的外来リハの有効性（従来の頻回外来機能回復訓練との比較）

ADL訓練中心の間欠的外来リハをうけた患者と機能訓練中心のものをうけた患者148組のマッチド・ペアを作り比較。結果は間欠的リハ例の通院回数は年3.0回、機能訓練例の通院回数は63.1回であったが、5年間のADL低下者は機能訓練例で46.0%であったのに対して、間欠的リハ例では僅か3.4%にとどまった。

## **慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

### **第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

#### ○廃用症候群の悪循環

- 1) 急性発症・増悪疾患続発型：外科的手術後、肺炎等の急性疾患後、その他疾患
  - 2) 慢性疾患型：各種臓器不全、その他重症でなくとも慢性疾患
  - 3) 小疾患続発型：軽症疾患、眼科・耳鼻科等の手術後等
- －以上いずれも必要以上の安静が契機

#### ○多発性脳梗塞

#### ○パーキンソン病・パーキンソン症候群および類似疾患（進行性核上性麻痺、等）

#### ○変形性膝関節症、慢性関節リウマチ

#### ○下肢循環障害

#### ○若年期発症の障害者の加齢変化

### **第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- 現状ではこのような「慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプ」の障害がリハ対象であるとの認識が乏しく、この時期からリハの必要性を啓発する必要あり。  
生活機能全体の増進と一次予防の働きかけが不足（詳細は「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様）

##### 2) 今後のあるべき姿

- この「慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプ」の障害に対するリハの重要性・効果認識をこの時期から深める。  
生活機能全体の増進と一次予防の働きかけが重要。（詳細は「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様）

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ 別紙1に同じ。

## 2：生活機能低下予防・改善

### 4) 現状及び課題

- 現状ではこのような病態そのものの認識が不十分である。啓発（専門家、患者、一般国民）が必要
- 一般医療の生活機能向上への積極的関与と、生活機能全体を対象とした介護予防が不十分。（詳細は「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様）

### 5) 今後のあるべき姿

- このような病態自体及びリハの重要性・効果に対する認識を深める必要がある。
- 生活機能低下の二次予防として介護予防事業の再編成プログラム充実。（詳細は「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様）
- このタイプではこの時期での一般医療機関の関与が特に重要であり、原疾患の治療と同時に、生活機能向上への関与が不可欠。

- 6) 1) 及び 2) の根拠となるデータ  
別紙1に同じ。

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- このような病態に対するリハに関する認識が不十分なため、必要でありながら十分に行なわれていない。
- 特にこのタイプのこの時期は、外来リハと訪問リハでの集中的対応で効果がある。しかしそれが十分に行なわれていない。

### 2) 今後のあるべき姿

- このような病態に対するリハについての認識を高める必要がある。
- 生活機能（特に活動・参加レベル）の向上の観点からのリハの必要性の認識の普及
- 「間欠的リハ」の中で新しい課題に対する対応として、時に短期間の集中的リハ（それも外来を主とし、時に入院で行なう）を行なう。
- 一般医療機関の生活機能向上への積極的関与  
・集中的リハの必要性時の専門的リハへの紹介の必要性の判断

- 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 4) 現状及び課題

- 現状ではこのような慢性進行性の病態そのものと、それに対する対応についての認識が低く、機能低下は仕方がないと思われていた。これは生活機能及びその向上技術の理解不足が最大の問題である。
- その他の点については「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様

### 5) 今後のあるべき姿

- 慢性進行疾患および廃用症候群の悪循環に対するリハの、中心をなすステージである。



従来いわれている「維持期リハ」とは全く異なり、活動向上訓練を中心とする生活機能向上プログラムに立った間欠的な外来リハによって、大きな効果をあげることができる。

○疾患管理を行なう一般医療機関の知識向上が重要。

○その他の点については「急性発症疾患タイプ」の同時期と同様

6) 1) 及び2) の根拠となるデータ

別紙1に同じ

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

### ・今後の高齢者リハビリテーションの主な課題

①高齢者の尊厳を尊重するリハビリテーション(全人間的復権) :

個別性(特に生活・人生の個別性)と、自己決定権を重視した、個別的・個性的な目標に向けてのカスタムメイドのプログラムの実行

②生活機能全体の総合的把握の重要性

生活・人生をより良くする観点が不可欠

③患者・利用者の真の意味での「選択の自由」が保障され、患者・利用者中心のシステムとなること

生活機能全般についての現状説明・予後説明、リハについての説明、その上での共同での目標設定のプロセスを十分に行う。

現在は一方的説明・目標設定、要望をそのまま目標とする、等の問題あり。

④リハ・システム全体がスムーズに流れること

一般医療・看護・介護等の積極的関与。それによる専門的リハの重点化をはかり、効果向上。リハの質的向上。

⑤患者・利用者・一般社会へのリハについての啓発が必要(標語等によって)

機能回復訓練との誤解根強く、そのため生活・人生向上効果不十分。

正しい理解が利用者の自己決定権の尊重の前提となる。

### ・高齢者リハビリテーションの具体的問題点と目標

#### ○リハビリテーションのみでなく保健・医療・介護全体における生活機能の重視:特に「活動全般の重視

現在、保健・医療は疾病中心、介護はADL中心、リハは機能障害(心身機能のマイナス面)中心になりがち。

(弊害:在宅生活を想定していないプログラムによって効果が上がらず、いたずらに「訓練人生」を作っている)

#### ○生活機能向上にむけたリハビリテーション・プログラムの質の向上

①車椅子偏重からの脱却(現在の、要介護度改善のためのリハ・介護の質的向上の突破口)

a. PT・OTの活動向上訓練重視(実用歩行訓練、立位活動訓練)

b. 介護の質的向上(「している“活動”」への対応の専門性重視)

c. 車椅子偏重設備からの脱却

②介護保険におけるリハ機能の向上

ケアプランでの生活機能全体の重視。

生活機能「向上」を重視した（維持目的でない）リハ重視

a. 「活動」向上訓練前置の徹底

ア) 介護サービス実施全般に対する「活動」向上訓練前置

現在：活動向上訓練なしの介護（不自由なことを補うだけ）

イ) 特に福祉用具貸与・住宅改修に対する「活動」向上訓練前置

現在：活動向上訓練なしの福祉用具・住宅改修の「ひとり歩き」

b. リハの重点化対象とプログラムの明確化

ア) 要支援・要介護1におけるリハ（生活機能向上訓練）の重点化

イ) 異なるニーズに対応するリハ・プログラムの明確化

c. 介護支援専門員のリハ知識の向上

③生活機能向上にむけたリハ・システムの質的向上と一貫性

a. 地域における総合的リハ・システムの構築

→ ・コミュニティ（地域）におけるリハ完結

・地域リハ推進事業の現在の問題（「上からの組織化」）を克服

・リハの流れ全体の向上。住民主体・地域全体のリハ効率化

・ボランティア活動（NPO等）、さらに民間文化事業等との協力

b. 介護保険のリハと医療保険のリハの分断・格差をなくす。

ア) 一般医療のリハについての正しい認識と基本的リハ技術の向上

・一般医療における「活発度」指導

・プライマリ・ケアおよび看護技術としての基本的リハ技術の普及

イ) 一般病院・診療所のリハ機能の充実

疾病管理と並行したリハの実施

ウ) 介護保険で医療機関（病院・診療所）のリハを利用しやすくする

エ) 介護保険で「あずかり機能」のない通所個別リハ施設を設ける

c. 入院リハ至上主義の克服 → 通院（通所）リハ機能の充実へ

d. リハの内容についての重点評価

ア) 間欠的で、必要時に集中的に行なうことを重点評価

イ) 施設（特に訓練室）・人員基準中心ではなく内容中心の評価へ

・コミュニティの中にリハ機能をもつ診療所・病院必要

・都市部・一般病院にリハ施設必要

f. 生活機能・障害に関する履歴の共有化（保健事業・介護予防からリハ・介護まで）

e. 介護保険下でも通院・通所リハ（「あずかり機能」の有無は問わず）と訪問リハが同一機関内で一体化して行なえること

g. 各種リハ・サービス間の相互理解と協力のための「共通言語」の重要性

h. 「リハビリテーション」と称することが、社会的入院・通院・通所、

また「預かり機能」の口実とならないようにする

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中（神経学的症状の発生と後遺症として残存する高齢者）
- 骨折等整形外科疾患患者
- 外科的手術を受けた高齢者
- 肺炎による入院治療中の高齢者
- 上述の疾患で明らかな生活機能障害を発生しない後期高齢者  
（疾病や受傷により、入院した高齢者が明らかな生活機能障害は認めなくとも、入院前よりも心身ともに低下した状態での退院を余儀なくされることが多い。この場合、在宅生活に不安を強く抱き、閉じこもりやうつ傾向を強め、結果的に要介護状態になり易い。）

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

（急性発症する前の健康で自立した高齢者を対象として記載する）

- 臓器疾病の早期発見・早期治療に比重がおかれ、身体機能や知的機能、心の安定等の生活機能に対する評価方法や支援体制が未確立（市町村で実施している健康診断や人間ドックの検査、生活機能障害に関する項目も取り入れる）。
- 健康増進のための方法や場所、効果確認の指標が無い。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 生活機能を中心とする健康に関する指標の作成。
- 個人として、集団として健康増進できる機会や方法、あるいは場所等が提供され、国民一人ひとりの自己決定・責任にもとづき、健康増進ができるような地域社会体制を構築する。
- 生理学的及び生活機能的側面からの健康に関する個人データが自己管理できるようなカードを導入する。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

(急性発症する前の健康で自立した高齢者を対象として記載する。)

- 高齢者独り暮らし、二人暮らしによる脱社会化。
- 高齢者には不適應な家屋構造や公共交通機関・建造物等が閉じこもりを発生。
- 家族内、地域内における交流や役割遂行の機会が減少している。
- 地域社会の互助精神の低下。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①家族力、地域力の復活。
- ②住まいの多様化と住み替え。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 2003, 3, 平成14年度地域保健総合推進事業「地域保健・福祉活動における、理学療法、作業療法の効果と今後の地域リハビリテーション事業のあり方に関する研究」報告書。

## 3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

### 1) 現状及び課題

- ①急性期病院での急性期リハ実施率が低く、廃用症候群の発生率が高い。
- ②365日リハが実施されておらず、疎なりハとなっている。
- ③「外科的手術を受けた高齢者」、「肺炎による入院治療中の高齢者」、への入院中の急性期リハビリテーションが実施されておらず、廃用症候群で要介護状態を発生させている。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①急性期病院での急性期リハの完全実施。
- ②365日のリハ実施。
- ③疾患の別に関わらず、治療と平行して廃用症候群発生予防のための急性期（予防的）リハの実施が必要（特に、外科的手術や肺炎）。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 2002, 1, 18, 東北作業療法学会誌, 村山由美 (他), 当院における脳卒中急性期作業療法システム。
- 2002, 1, 18, 東北作業療法学会誌, 塚田徹 (他), 当院における脳卒中急性期作業療法実績報告。

#### 4：集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

##### 1) 現状及び課題

- ①回復期リハ病棟が少ない。
- ②リハ専門職と看・介護職との連携が未成熟のため、“できるADL”が“しているADL”に結びついていない。
- ③退院準備に向けたカンファレンスにケアマネジャーの参加が少ない。
- ④リハ実施計画書を在宅でのケアプラン作成に生かしきれていない。
- ⑤外泊に必要な福祉用具や住宅改修が入院中に借用・実施できない。
- ⑥退院後の在宅高齢者で、要介護認定者でサービス未利用者や自立高齢者の退院後生活のチェック機能がない。
- ⑦外来リハが維持的リハになっている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活再構築と在宅復帰準備を主目的とする回復期リハ病棟で集中的リハを行い、短期間で、安心した形での在宅復帰が可能となるリハサービス提供体制の構築。
- ②入院中に在宅受け入れ態勢が確保できるよう仕組にする。特に、ケアマネジャーと担当スタッフとの事前調整。
- ③介護保険未利用者や自立高齢者の退院後生活のチェック機能の確立。
- ④外来リハは機能回復の継続とIADL向上訓練や職業復帰準備リハに特化し、維持的リハは通所リハや訪問リハで担当すべき。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 添付資料① 訪問リハビリテーション実施報告
  - 添付資料② 訪問リハビリテーション効果証明
  - 添付資料③ 訪問リハビリテーション満足度調査
- 2003, 6. 福祉用具・住宅改修の評価と供給のシステム化研究委員会, 利用者の立場に立つ福祉用具・住宅改修の評価と供給のシステム化に向けて.

#### 5：間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- ①訪問リハビリテーションの看板が見えない、実施件数が低い。
- ②経営を考えると訪問看護ステーションからのPT、OTが「訪問看護」として提供せざるをえない。
- ③指示書の関係で退院後1週間経過後の訪問となってしまう（入院中と在宅復帰後の主治医がことなり、指示書の点数請求の問題あり）。
- ④通所リハビリテーションと通所介護の機能が不明確。
- ⑤市町村で実施している機能訓練事業が「自立」の方対象となったため、要介護高齢者仲間社会の参加の機会が制限されている。

2) 今後のあるべき姿

- ①退院直後の在宅生活への適応時期(最も不安な時)への訪問リハの導入がなされ、不安のない在宅復帰への移行ができるような体制とすること。
- ②訪問看護ステーションと同様、医療機関から独立した形での訪問リハ事業所が開設でき、利用者・住民にわかり易いような体制にする。
- ③通所介護と通所リハとの機能の明確化。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

- 添付資料① 訪問リハビリテーション実施報告
- 添付資料② 訪問リハビリテーション効果証明
- 添付資料③ 訪問リハビリテーション満足度調査

## 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 在宅要介護高齢者
- 変形性関節症や腰痛症のある高齢者
- 内部障害のある高齢者（心疾患、腎疾患、肺疾患、糖尿病等）痴呆の高齢者
- 虚弱高齢者
- 難病、末期癌の高齢者
- 視覚障害のある高齢者
- うつ的傾向、心気症の高齢者
- 失語症や構音障害のある高齢者
- 閉じこもり高齢者、活動性の低い高齢者
- 精神科病棟に長期入院中の生活機能障害を主問題とする高齢者
- 独居老人並びに高齢者2人暮らし

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ①一般健康状態をのぞく、自分の健康に関する指標や検査方式や結果がない。
- ②目標をもって運動する方法がない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ①運動、知的、心的健康に関する尺度の設定と検査の場所を提供すること。
- ②積み上げ式の目標（例—1、数十種類の〇〇の歩いた道等をつくり、自己選択で道を選び、毎日の歩行距離を積み上げながら仮想的に達成する方法等を提示する、例—2、NHK朝の連続テレビの前後で高齢者版テレビ体操を流す）。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、鈴木隆雄委員プレゼンテーション資料



## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

- ①生活機能に関する診断機関がない。
- ②仲間で活動する場所がない。
- ③家族内や地域社会の中での役割遂行の機会がない。
- ④精神科病棟に入院中の高齢者が非活動状態にある。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能に関する定期的チェック（生活機能診断）の実施と啓発活動。
- ②小学校区1ヶ所送迎付集会所をつくり、交流の場を提供する。そして、その中の活動として社会的役割を（担う）活動を行う。
- ③精神科病棟に入院中の高齢者に対する、個別・小集団活動アップ訓練により、生活機能障害の発生・悪化を予防するような体制にする。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、大川弥生委員プレゼンテーション資料
- 2003, 6 日精協誌 平成14年マスタープラン基礎調査結果報告。
- 平成15年3月 日本精神科病院協会、これからの精神医療のあり方基本計画。
- 2003, 3 平成14年度地域保健総合推進事業「地域保健・福祉活動における、理学療法、作業療法の効果と今後の地域リハビリテーション事業のあり方に関する研究」報告書。

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ①罹患や受傷がなければ受診・診断・リハ処方できない現状。
- ②在宅の生活機能低下者に対し、生活再構築を目的とする集中的リハができていない。
- ③状態の悪化による急性期治療目的の入院中、予防のためのリハが実施されていないため要介護度が高くなっている。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能再構築を目的とする短期的・集中的リハの提供。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 1998, 9, 1 社会保険旬報, P10-11 伊東弘人, 「痴呆性老人への治療的関わりによる日常生活動作と問題行動の変化」。
- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、浜村明德委員プレゼンテーション資料

## 5 : 間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ①訪問・通所リハビリテーションが提供できていない。
- ②リハ健診がない。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能の維持・チェックを目的とする定期的訪問・通所リハビリテーションの提供。
- ②難病や末期癌等進行に伴う福祉用具の提供やADL、介助方法等の指導・援助。
- ③リハドクターを中心とする「リハ健診」の実施。
- ④終末期のリハビリテーション。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 添付資料①痴呆治療病棟における排泄要求に対するアプローチ

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

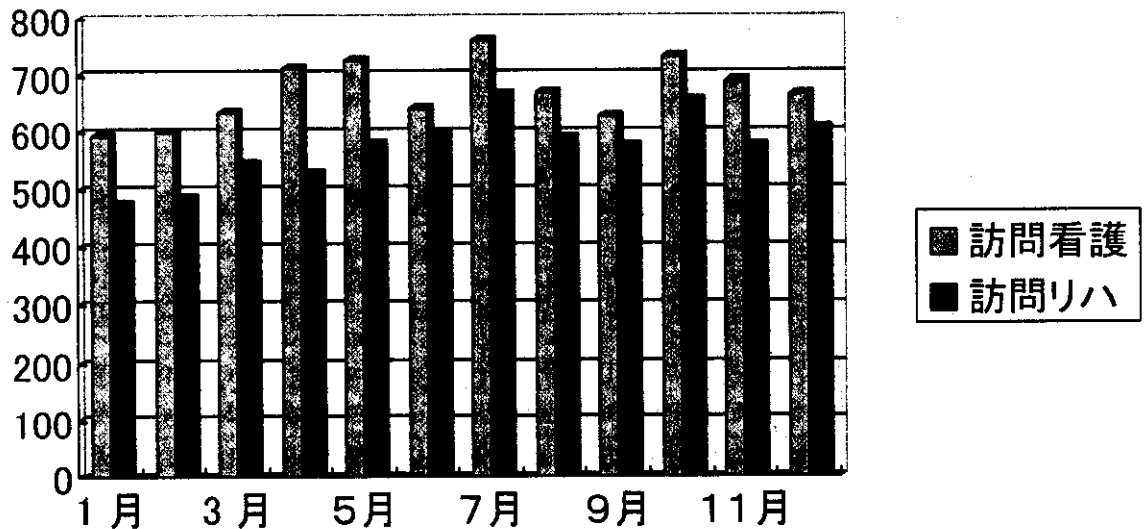
- 全体図と各ステージ、各職種の役割明示。共通の理念・尺度の設定。情報の共有化と連携。
- 介護予防におけるリハビリテーション医療技術の応用。
- 環境変化による痴呆の発生防止のため、在宅ケア提供体制の構築が重要。
- 慢性疾患タイプ高齢者への急性期リハの導入。ただし、機能回復より入院前と同状態での在宅復帰を最終目標とすること。
- 入院リハの対象とならない高齢者の退院後の地域でのフォローアップ体制の構築。
- 集中的リハ(回復期リハ病棟)から間歇的リハ(在宅)への十分な橋渡し体制。
- 生活再構築目的の短期入院リハの実施。
- 生活機能健診の実施。
- 退院当日からの訪問リハの実施。
- リハ専門職と看・介護職との連携強化。
- 通所介護と通所リハの機能分化。
- 外来リハと通所リハの機能分化。
- 地域リハビリテーション提供体制の構築。
- 臓器疾病名の診断によるリハ必要性より、生活機能障害の程度によるリハ必要性の判断。
- ターミナル期のリハビリテーションの必要性。

## 訪問リハビリテーション実績

当法人では訪問看護ステーションを2事業所経営し、訪問リハビリテーションは、全てその2事業所に常勤する理学療法士（3名）、作業療法士（4名）が実施している。

### 1. 「訪問リハ」と「訪問看護」の比較

（平成14年1月から12月まで）

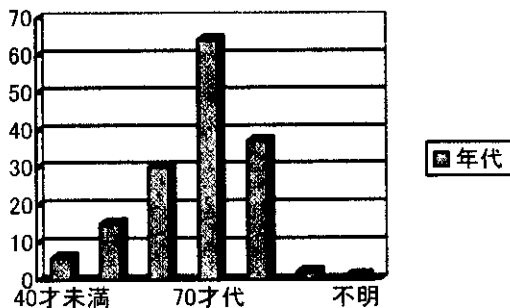


\* 訪問リハが総件数の46～48%を占めている  
\* 5月より1名増員（6⇒7名へ）

### 2. 利用者内訳

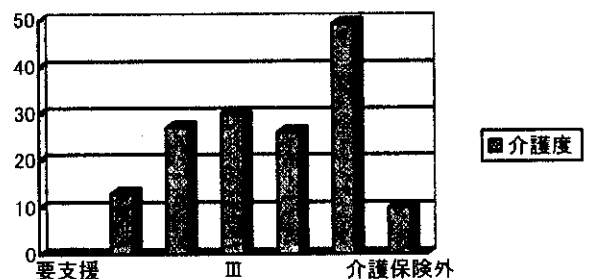
—平成15年1月実績より—

- 1) 利用者数：155名
- 2) 年齢内訳：



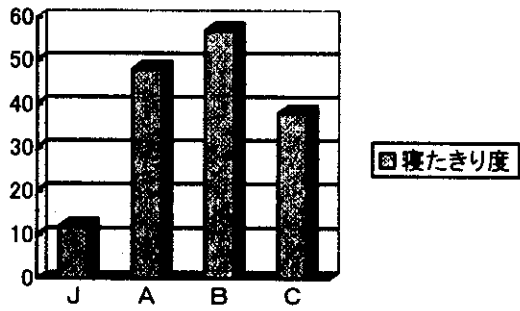
70才代から80才代が多い

- 3) 要介護度：

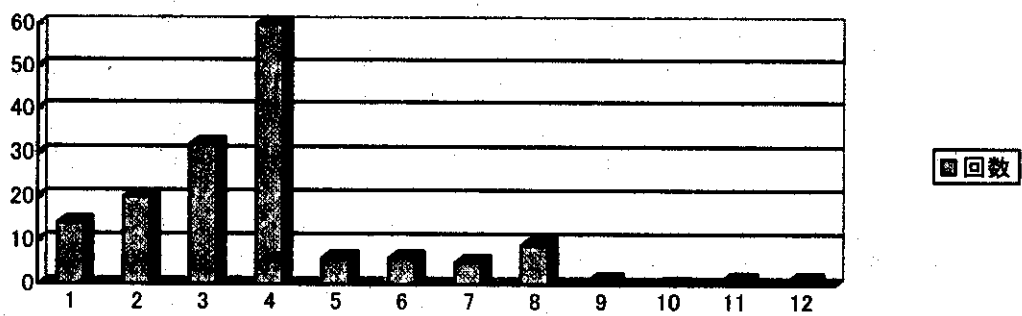


Vが最も多い、次にIII・II・IV

#### 4) 寝たきり度



#### 5) 利用頻度 (1ヶ月内)



\*週1回の利用者多い(2~3回は1月のため休みが影響)

#### 6) セラピスト1人の1日の平均訪問件数

4人~4.5人

\*有給休暇も含めて実質的稼働日数を「月20日」で計算した

## 訪問作業療法の効果判定

財団法人 竹田綜合病院

太田睦美

## 基本的ADL評価表

- BIを基本として作成
- 各項目を6段階に分類
- 各項目を小項目に分類
- BIと小項目との整合性
- 質的項目の追加
- 和式生活に関する評価項目を追加

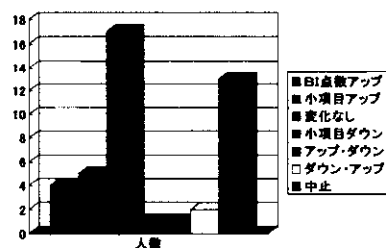
## 調査対象者

- 平成10年10月時訪問OTを利用していた者73名
- [内訳]
  - △疾患別
    - 脳卒中 : 50名(69%)
    - 神経難病: 11名(15%)
    - 痴呆 : 2名(3%)
    - その他 : 10名(14%)
  - △平均年齢: 74.4歳(42-93歳)
  - △男女別 : 男47名、女26名
  - △利用頻度: 週1回65名  
月2回7名  
月1回1名

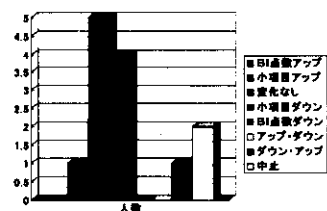
## 調査方法

- 基本的ADL評価表を使用
- 訪問OT担当者が評価
- 定期的評価(3ヶ月に1回)
  - 平成10年10月
  - 平成11年 1月
  - 平成11年 4月

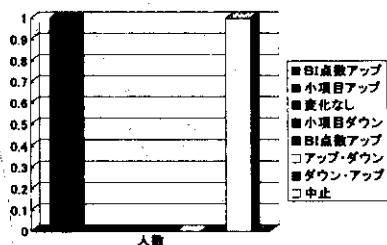
## 結果 [脳卒中]



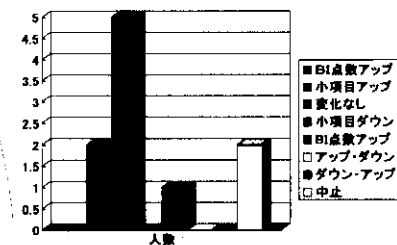
## 結果 [神経難病]



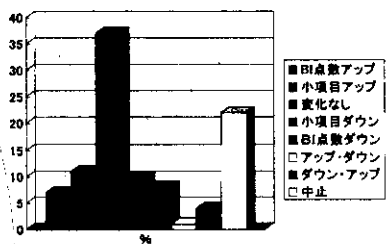
### 結果 [痴呆]



### 結果 [その他]



### 結果 [合計]



### 入院と死亡

- 中止: 16名(入所2名、入院7名、死亡5名)
- 入院7名中6名が心疾患、糖尿病、高血圧症、癌を合併
- 死亡5名中3名が心疾患や糖尿病、高血圧症、癌を合併

### まとめと考察

- 訪問OTの効果判定を行った
- 改善18%、維持37%、計55%に効果を認めた
- ADL低下は13%
- 訪問OTを提供していても低下していく
- 入院・死亡例は合併症を有している場合が高い
- 訪問OTの場合リスク管理が重要

# 訪問作業療法満足度調査

財団法人 太田睦美

## はじめに

- 訪問作業療法の効果判定
- 利用者の満足度調査

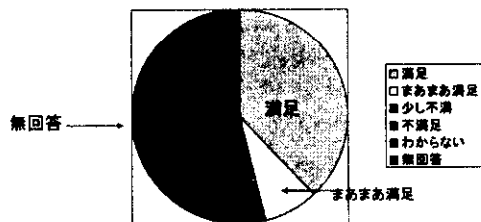
## 調査対象者

- 平成11年4月時点で訪問OTを利用していた者
- 各50名(本人と主たる介護者)
- 利用頻度
  - 週1回: 47名(94%)
  - 月2回: 2名(4%)
  - 月1回: 1名(2%)

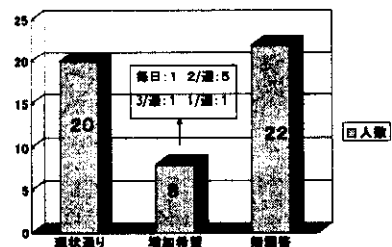
## 調査方法

- 6項目の質問
  - 訪問回数に関する満足度
  - 訪問希望回数
  - 訪問内容に関する満足度
  - 効果の有無
  - どんなことを期待して利用しているか
  - 要望
- 利用者本人と主たる介護者へ
- 訪問OT担当者が直接聞き取り調査

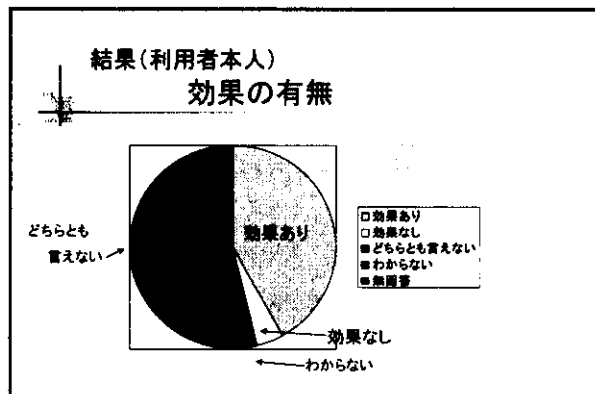
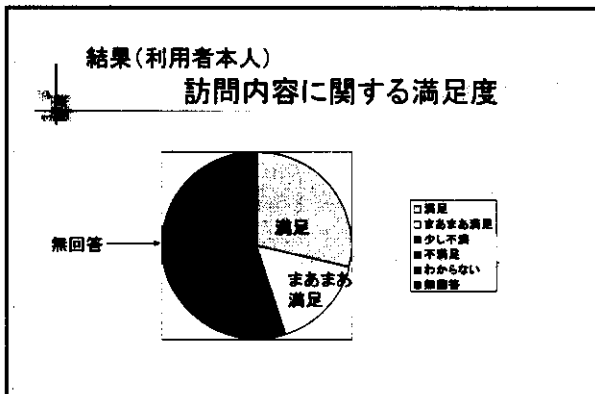
## 結果(利用者本人) 訪問回数に関する満足度



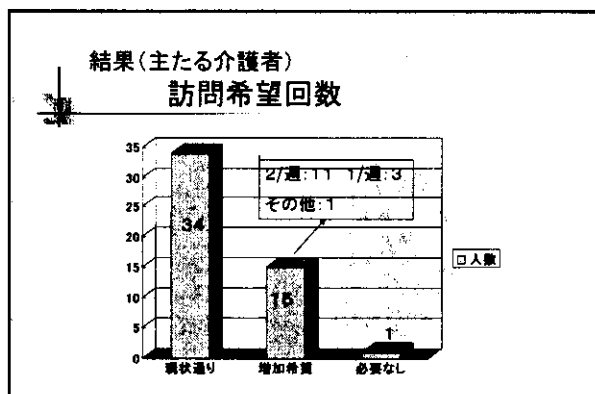
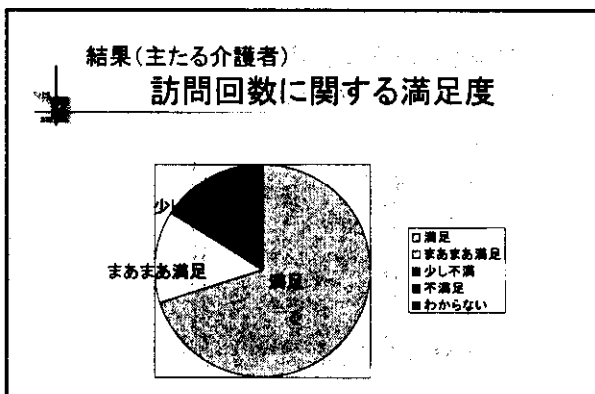
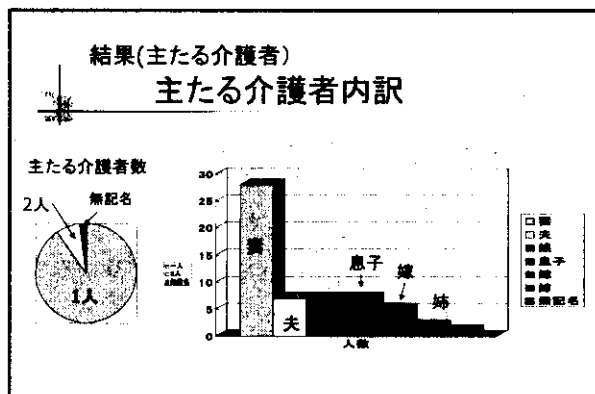
## 結果(主たる介護者) 訪問希望回数

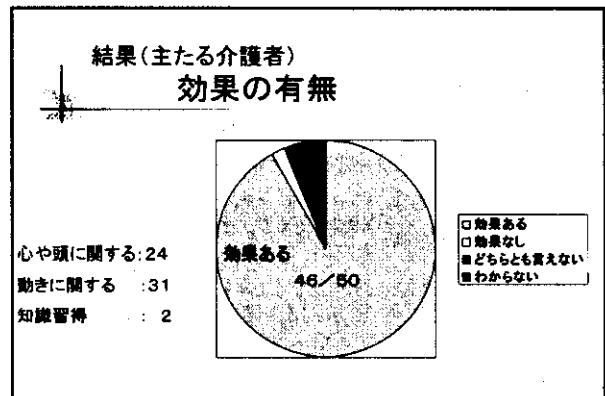
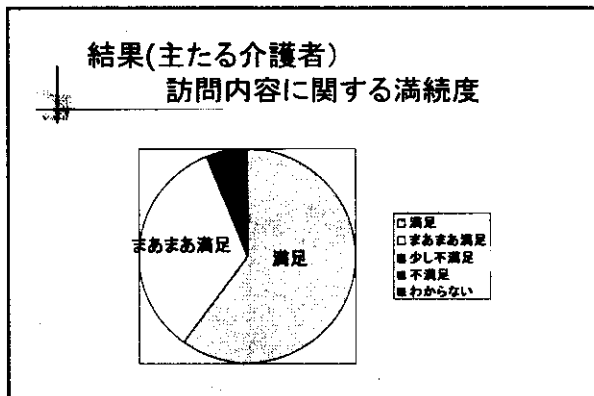






- ### 結果(利用者本人) どんなことを期待しているか
- 機能回復に関する意見が多い
    - 機能回復・現状維持
    - 体が堅くならないように
    - 歩けるようになりたいから





- 結果(主たる介護者)  
どんなことを期待しているか
- 30種類42件
    - 残存機能の維持: 5
    - 気分転換: 2

- 結果(主たる介護者)  
要 望
- 病気に対する相談を聞いて欲しい
  - 医師との連携を密にして欲しい
  - 訪問時間が遅いほうが良い
  - 訪問を休まないで欲しい

- まとめ
- 聞き取り方法による満足度調査を実施
  - 訪問頻度は週1~2回を希望するものが多い
  - 訪問内容・効果に対する満足度が高い
  - 訪問OTの必要性を再確認できた
  - 家族は身体面プラス心理・精神面への効果を認めている
  - 生活の質(QOL)への働きかけも重要

# 痴呆治療病棟における排泄要求に対するアプローチ —院内でデイケアを試みることで環境の違い—

今津赤十字病院 作業療法士 上城憲司

【要旨】

当院は、痴呆治療病棟の生活機能回復訓練として週3回(入浴日を除く)、院内でデイケア(定員約30名)を実施している。在宅支援としての通所デイケアの効果は知られているが、病院内でデイケアを実践している報告はあまりない。環境の変化に弱い痴呆症のお年寄りだからこそ、落ち着いて過ごせる環境を確保することが最優先と考える。OTが中心に行うこのシステムの中で取り組んだ、排泄要求の強い病棟痴呆患者の事例を報告する。

【症例紹介】

- ①A氏(87歳) 女性
- ②診断名:アルツハイマー型老年痴呆
- ③介護度:V ④痴呆自立度:IV ⑤障害自立度:B1

【介入の基本方針およびプログラム(表1)】

今回の事例A氏は、車椅子レベルで頻尿傾向、病棟(自らが理解しがたい環境)の中で「トイレに行きたい」「助けて」と訴えながら病棟内を徘徊してまわる痴呆症のお年寄りである。短期記憶障害が高度で、トイレの後にすぐ「トイレに行きたい」と言われるほどでありその対応に苦慮した。この訴えは、痴呆の周辺症状である不安がベースにあると考え、病棟と院内デイケアという2つの環境の中でアプローチを実施した。病棟場面(週4回:OTプログラムなし)と院内デイケア場面(週3回)での排尿回数を3月から7月までカウントした。病棟では時間誘導の回数を増やし、院内デイケアにおいてはA氏専用の仮設トイレを設置し、排尿を訴えた場合は、OT及びOTSが直ちに誘導できるような環境を整えた。訴えが起こってから対応に関しては、①訴え→②訴えを聞く→③話題を変える→④作業(塗り絵、風船パレーなど)を促す→⑤更なる訴え→⑥トイレへ誘導→⑦作業へ導入という流れをスタッフで申し合わせた。

表1 院内デイケアのプログラム

| 午前    | 内容     | 午後   | 内容   |
|-------|--------|------|------|
| 10:00 | お茶     | 1:00 | カラ   |
| 10:30 | 朝の会    | 1:45 | オケ   |
| 11:00 | 創作活動   | 1:45 | 集団療法 |
| 11:30 | 歩行訓練   | 2:45 | おやつ  |
| 12:00 | 食事動作訓練 | 3:00 | 帰りの会 |
| 12:30 |        | 3:30 | 移動   |

【経過および結果(図1、図2)】

4月から7月までの4ヶ月間、病棟場面100日、院内デイケア場面43日間で比較した。1日の排尿回数の平均を図1に示す。9時、1時、5時は定時排尿誘導の時間帯である。10時~3時30分までの時間帯で差をみると、院内デイケアでは訴えあつたらすぐに介入するため、回数は院内デイケアの方が

多い。活動内容との比較では、作業活動中は訴えが少ない。次の作業への移行時間帯や赤丸で示したレクの時間帯は、昼休み(全体的に患者が落ち着かない時間帯)のざわつき引張る形で病棟とは違う波形となっている。

1日の排尿回数 病棟とDCの比較

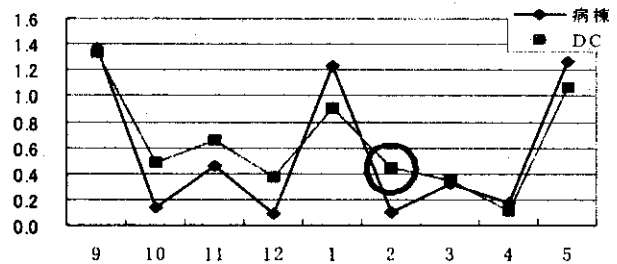


図1

図2に月別の排尿回数の経過を示す。A氏は4月1日から院内デイケアに参加している。5月に排泄の訴えがひどく中旬に抗精神薬が増量になっている。院内デイケアでは、4月は訴えがひどく誘導することが多かったが、経過とともに減少傾向である。

月別排泄回数経過

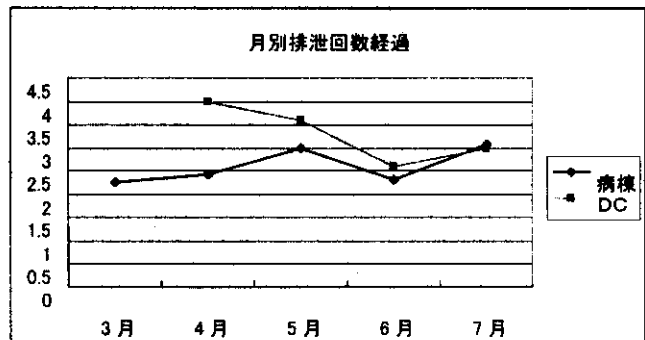


図2

【考察】

デイケア(通所リハ)は、家に引きこもりがちなお年寄りを小社会に連れ出すことで、元来の社会性を発揮する場として、有効な空間である。在宅や施設で管理困難な重度痴呆症のお年寄りが、治療病棟へ入院するわけであるが、その環境は不応状態といっている。特に車椅子レベルになると、何かしたと言いたい欲求さえも制限され、そばに誰かいないければ「待たされる」ため、病棟内では、常に患者さんが「看護婦さへん」と叫んでいる。

今回の院内デイケアの試みは、そんな慢性的不安状態からの解放と何かに集中すれば、重度痴呆患者と言えども周辺症状への入り込みを阻止したり、元の生活に引き戻したりすることができることが多少できると実感した。

A氏は、花の塗り絵に関心を示し20分程度は集中できるようになった。そして、病棟でもそれを継続し対応手段の1つになった。待たせないケアを心がけなければいけないが、待てないもの同士の関係は簡単には整理がつかない。

## 高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 1) 大腿骨頸部骨折；高頻度に起き歩行機能を著しく障害する。
- 2) 腰椎圧迫骨折；高頻度に起き、高齢者の日常動作を広範囲に制限する。
- 3) 数週間以上の臥床を要する疾患全て；原疾患回復後にも歩行機能障害が残る。
- 4) 重視すべき状態としては、高齢により諸種の社会的活動からの参加・活動の制約が生じて、意欲と機会が減ってゆくことが無気力、不動の原因となる。

重視すべき理由；高齢者を機能障害から護り、立派な人的資源として活用すべきであるが、内科、整形外科領域などの原疾患治療と併せて、リハビリテーション治療が的確に行われないと、生活機能の低下を起し、高頻度に要介護となる。

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ・ 高齢者が意欲を持って参加、活動できる場が、定年とともに失われている。課題としての、はつらつとした有意義な生活・人生（活動・参加）を送れるよう支援する最大の鍵は、「元気な高齢者を、意欲を持った状態で労働人口に加え得る体制を作れないか」である。
- ・ 近年、高齢者が楽しみながら参加するスポーツ活動が徐々に広げられている。レクリエーション感覚で高齢者がスポーツを楽しめるような環境が広がってゆくことも必要である。
- ・ 高齢化とともに、身体各部位が弱っていることを前提に考え、活動的な生活を続け得るような医学的支援は必要である。活動維持のためには一般的な健康診断だけでは不十分で、骨粗鬆症検診と予防処置も必要である。

##### 2) 今後のあるべき姿

元気な高齢者を、意欲を持った状態で、求められる領域の労働人口に加え得る体制を作ること。併せて、レクリエーション感覚で高齢者がスポーツを楽しめるような環境が作られて、身体活動を維持しながら、精神的にも安らぎを得られるよう。高齢者の場合、当然身体に弱っている部分があるので、骨粗鬆症などを含めて全

身的検診が一層充実されて、予防処置も対処されるべき。また、高齢者自身も治療コストを負担する意識を持つべきである。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ :

易骨折状態にある骨粗鬆症を素因に持つ高齢女性に対してはビスフォスフォネート製剤の投与により骨折予防に有用であることは既に New England Journal of Medicine などに報告されており、骨折予防につながる骨粗鬆症の治療が現在実施されている。

## 2. 生活機能低下予防・改善期

### 1) 現状及び課題

感染症など、特に機能障害と関係の無い疾患でも、数週間以上の臥床が必要になったあとで、生活機能が著しく低下している状態を経験する。これはリハビリが的確に行われれば回避できる現状であるが、その認識が乏しく、適切な処置が採られていない。

また、骨粗鬆症を含む運動器の退行性変化において、易骨折性が認められ、骨折が生じることはよく経験される。現在の医学の進歩によって、骨粗鬆症を評価して、易骨折性が認められた場合には、予防的処置が講じられる時代になっているのに、医療現場での対応は不十分である。

整形外科領域で問題と考えていることの一つに、変形性関節症や腰痛症などの整形外科的な退行性変化による生活機能低下の際に、臨床現場で、「お年のせいです。」などの表現で、それ以上の説明がなされないまま、生活機能が徐々に低下している症例を経験する。腰痛や膝痛をめぐる、詳細な診断と、的確な治療に関して、厚生労働研究班などにより説明を進めれば、治療コストは下がるはずである。

### 2) 今後のあるべき姿

骨粗鬆症などの易骨折性を的確に評価して、転倒予防、運動療法、薬物治療などの適応が明示され、予防的処置が講じられるべきである。また、感染症などで臥床の高齢者に対しても、適切なリハビリが指示されるべき。予防的リハビリに関する一般的な認識が少ないこともあり、ガイドラインが作られるべきではないか。

腰や膝の痛みなどの頻度の高い、生活機能疾患の病態説明を進めて、正確な診断と、適切な治療が行われるように厚生労働省研究班による臨床研究が進められるべきである。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ :

易骨折状態にある骨粗鬆症を素因に持つ高齢女性に対してはビスフォスフォネ

一ト製剤の投与により骨折予防に有用であることは既に報告されている。

また大腿骨頸部の骨密度改善と転倒予防効果を期待して開眼片足起立訓練(阪本桂造ほか:ダイナミックフラミンゴ療法・訓練)など、いくつもの運動療法が考案・実施されて、それらの有用性が報告されている。

骨折者の受傷原因は日本整形外科学会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測 ←平成11年発生分調査結果で集計されており(別添ファイル参照)、またヒッププロテクターに関しては原田らの調査報告が参考となる。

### 3. 急性期のリハビリテーション

疾患治療と発症と同時に開始すべきこと。

#### 1) 現状及び課題:

大腿骨頸部骨折などの骨折治療に際して、治療者、治療法によって、受傷以後の臥床期間のばらつきは大きく、特に臥床期間が長い場合には機能障害に陥る頻度は明らかに増す。骨折や脳卒中などの発症時に、いかに臥床期間を短くするように工夫することが最大の問題となる。

大腿骨頸部骨折を例に取り、骨折治療の予後に関して日整会で行われた疫学的調査の結果を例にあげる。平成11年に集計された大腿骨頸部骨折定点観測4,183件の調査によれば、受傷からの各種日数では受傷から入院までの日数は6日程度、入院よりほぼ10日で手術され、手術より2ヶ月ほどで退院していた。また、退院転帰では90.1%が軽快、5.3%が不変、4.6%が死亡していた。大腿骨頸部骨折を受傷し機能不全に陥っていた人たち9割の軽快が示された。

#### 2) 今後のあるべき姿

例えば大腿骨頸部骨折を例にとっても、保存的治療、手術的治療、民間療法など種々のものがあるが、治癒率は如何か、臥床期間がどの位かなど、報告者によって大きく異なる。患者への情報開示が明確に行われるべき時代を迎えて、処置療法に関する平均的な比較研究がおこなわれて、諸治療法が明確なエビデンスに基づき論じられ、患者が選択できるように整備されるべきである。

#### 3) 1)及び2)の根拠となるデータ:

骨折者の受傷原因は日本整形外科学会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測 ←平成11年発生分調査結果で集計されており(別添ファイル参照)、またヒッププロテクターに関しては原田らの調査報告が参考となる。

- 日整会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測、平成 11 年発生分調査結果（登録責任者：阪本桂造）
- 日整会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測、平成 12 年発生分調査結果（登録責任者：阪本桂造）

#### 4. 集中的な期間におけるリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題：

在宅生活・地域社会への復帰が出来るか否かの鍵は罹患早期の機能回復度で決まってくる。これは、現疾患による損傷度が最大のキーで、次いでプライマリーケア治療的的確さ、リハビリ的的確さ、意欲をいかに高いレベルに保てたかによる。

リハビリを考える一例として、大腿骨頸部骨折に関する、日本整形外科学会の調査結果を提示する。大腿骨頸部骨折に対して、非手術例 220 件中解析可能な 184 件の退院転帰では、軽快したものは 70 名 (38%) にとどまり、不変が 80 名、死亡したものの 33 名 (17.9%) であった。整形外科で非手術例になった症例には手術（麻酔）に耐えられないほどの合併症を有し、ハイリスクの症例が含まれていることもあり、生命予後を優先したリハビリテーションが望まれる傾向があった。一方手術例では手術から退院までの日数が平均 58.5 日であるので、手術例におけるリハビリテーションは早期離床に向けての立位訓練・歩行訓練がプログラムされる。

##### 2) 今後のあるべき姿：

例えば高齢者の大腿骨頸部骨折を例にとっても、整形外科では一般に、早期離床を第一義に考えて、特に合併症がなければ、手術治療を適応することが多い。しかし治療法としては、保存的治療、手術的治療、民間療法など種々のものがあり、治癒率は如何か、臥床期間がどの位かなど、治療法、報告者によって大きく異なる。患者への情報開示が明確に行われるべき時代を迎えて、諸治療法に関する平均的な比較研究がおこなわれて、経過などが明確なエビデンスに基づき論じられ、患者が選択できるように整備されるべきである。

日本整形外科学会での調査例になるが、大腿骨頸部骨折後に自宅へ退院した患者数は、平成 11 年発生分調査では 49.3%、平成 12 年発生分調査では 49.2% とほぼ一定しており退院先（自宅、特養や老健施設など）で自立に向けての集中的なリハビリテーション実施が必要となった。在宅でも系統的にリハビリが続けられるように、病院、在宅などのリハビリネットワークの整備が進められるべきである。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ :

日整会大腿骨頸部骨折定点観測調査 (平成 11 年発生分、平成 12 年発生分)。

## 5. 間欠的時期におけるリハビリテーション

### 1) 現状及び課題 :

変形性関節症症例などに例えられるように、高齢者の機能的活動度が低くても日常生活は続けられており、時々、何かのきっかけで間歇的な痛みや機能障害が強くなり、病院などで間歇的にリハビリが行われていることがしばしばである。このような障害状態に関する病態は不明確で、診療現場でも「お年のせいです。」などの表現がなされていることを見かける。まず、このような病態が厚生労働省研究班などの体制で明確に解明されるべきである。そして、リハビリは、間歇的でよいのか、自宅などで持続的になされるべきものであるのかの、基本的な検討が必要となる。

間欠的時期にリハビリテーションをうけている患者の実情がどの様なものかが日整会大腿骨頸部骨折定点観測調査から伺える。この最も重要な調査項目が術前・術後の ADL 調査である。「交通機関等を利用して外出する」完全自立は、術前が平成 11 年発生分 30.2%・平成 12 年分 27.3%あったが、術後には平成 11 年分が 22.5%、平成 12 年分は 15.5%と完全自立者は平成 11 年分では 7.7 ポイント、平成 12 年分では 16.8 ポイントと大きく低下していた。

間欠的時期におけるリハビリテーションを受けていると考えられている人だが実は、今後の課題としては手術実施により機能回復を得た人たちが自宅や施設にひきこもっているのではないか、本当に間欠的リハビリでよいのかの、再チェックが必要である。

### 2) 今後のあるべき姿 :

このような間欠的リハビリでよいと考えられている患者さんの実態解明とリハビリプログラムの再検討が厚生労働省研究班でなされて、完治自立目標の治療計画が組まれるべきである。

具体例として、大腿骨頸部骨折治療後の予後調査より判断すると、介助無く自力で行動できる自立者は 20 ポイントほど低下し、骨折者 1 年後の死亡率は 10%と高い。それ故、大腿骨頸部骨折治療では歩行能の再獲得へ向けてリハビリテーションプログラムを作成する必要がある。また大腿骨頸部骨折受傷者は反対側の骨折を起こしやすいといわれ骨折予防への積極的な取り組みが必要である。

また、治療により自立機能回復を得た人たちが自宅や施設に引きこもるのではなく、自信を持って積極的に社会へ復帰し社会活動を実施し得るようなシステム作りが望まれる。



(越智委員意見提出資料)

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ :

- ・日整会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測、平成 11 年発生分調査結果 (登録責任者 : 阪本桂造)
- ・日整会骨粗鬆症委員会報告、大腿骨頸部骨折・定点観測、平成 12 年発生分調査結果 (登録責任者 : 阪本桂造)

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

高齢者の場合、参加制約、活動制限が廃用症候群に代表される機能障害におちいることが多い。そして、参加、活動の意欲と機会のある人は元の自分の生活にすぐ戻れる。だから、心身機能・身体構造⇄活動⇄参加という双方向のモデルが重要である。

関寛之先生の御経験例：

例1. 80歳男性、妻と二人暮らし。腰椎圧迫骨折で入院したが腰部固定帯をつけたら1週間で自らトイレに行けるようになった。妻はもっと活動性が増すまで入院させて欲しいと希望したが、本人の意志で退院した。その理由はかわいがっている猫がいて、自分が餌をつくってやらなければ猫がひもじい思いをするということであった。愛情を注ぐ対象があり、それは自分の不自由よりも優先したのである。

例2. 老人ホームでの話。片麻痺で屋内歩行は可で食堂まで歩行していた男性老人。部屋の前にあった車いすに乗って足でこいで食堂に行ったら楽なので、車いすを使用するようになった。ある時車いすをこいでいたら元気のよい友人が押してくれたので、友人が来るまで待つようになり、自分でこがなくなった。風邪で食堂にいけなくなったとき寮母がベッドサイドに食事を運んでくれた。風邪から回復してもベッドサイドでの食事を希望して寝たきり老人になってしまった。彼は老人ホームにおいて生きがいを見つけられなかった。

活動や参加を促進するためには環境因子（物的、人的、制度的）と個人因子（考え方など）が強調される。例1のように自立心、自己実現など成長欲求のある人にはそれを満たすような環境整備が最も適切な支援である。例2のように個人因子として参加、活動の欲求のない場合は手段をこうじようとしても受け入れられず心身機能が低下する。

そこで高齢者リハのあり方としては

1. 主観的QOLの尊重と支援：高齢者がなにを自己実現の対象としているのかを知り、そのための個別の医療的支援を行う。
2. 参加制約や活動制限の原因となる疾病の治療だけでなく、参加制約や活動制限の誘因になっている精神的な不安おそれを取り除く。

OA等の変性疾患は病気ではなく変化である。その場合の指導は「Don't」ではなく「Do」を基調とする。もし調子悪ければ対応できますという医師の姿勢があれば不安は減る。運動やダイエットなど自己実現の目標を発見できるように指導をする。

以上

**急性発症疾患タイプ**の高齢者リハビリテーションのあり方

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 脳卒中
- 骨折

**第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

**1 : 健康増進**

- 1) 現状及び課題  
高齢者のみならず若年層にも疾患の増加。
- 2) 今後のあるべき姿  
健常者に対する予防の啓発。
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ  
新聞掲載による脳卒中の問い合わせ、掲載紙のコピーと分析表。

**2 : 生活機能低下予防・改善**

- 1) 現状及び課題  
**患者として急性発症疾患タイプが**
- 2) 今後のあるべき姿  
**不明なため別紙2で記載します**
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**3 : 急性期のリハビリテーション**

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4 : 集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

患者として急性発症疾患タイプが  
不明なため別紙2で記載します

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5 : 間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 脳卒中
- 再発防止

**第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

**1：健康増進**

1) 現状及び課題

高齢者のみならず若年層にも疾患の増加。

2) 今後のあるべき姿

健常者に対する予防の啓発。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

新聞掲載による脳卒中の問い合わせ、掲載紙のコピーと分析表。

**2：生活機能低下予防・改善**

1) 現状及び課題

○患者としての受容と克服。

○失語症によるコミュニケーション障害の改善。

2) 今後のあるべき姿

○残された機能を維持し最大限に活用する。

○障害を持ちながら生活の再建。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

○全国脳卒中者友の会連合会への案内と入会。

○失語症合唱団からコミュニケーションの復活。

#### 4：集中的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

悩んでいるのは一人でないことを知らすため、集中的な「明るさと楽しさ」を取り入れたリハビリテーションが必要である。

##### 2) 今後のあるべき姿

退院後の不安を解消するため情報の提供（社会復帰と閉じこもりの解消）。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

友の会活動で訓練旅行（日帰り、一泊）、障害を乗り越えた作品展、食事会、楽しい懇親会、出前（ふれあい）トーク、音楽会、同病者同士の情報交換等により、障害の苦悩を忘れる「ひととき」が歓迎される。

#### 5：間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

脳卒中を乗り越えるための活動と、脳卒中予防の啓発運動。

##### 2) 今後のあるべき姿

増加している疾患のため、日本脳卒中協会が行う脳卒中予防週間事業に患者の立場から参加させていただき「脳卒中予防」を訴えたい。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

記念誌「生きがいのひろがり」98頁より体験者による調査資料を掲載。

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 寝たきりと痴呆を回避するために健康増進をはかる。
- 疾患の発症前の予防が大切である。
- 失語症患者への理解とリハビリテーションについて。

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 別紙参照。



## まとめ

## 1. まとめ

本報告書の目的は、「自立支援」を具現化するための重要な機能であるケアマネジメントが、アウトカムの観点から十分に機能しているのかを、個人時系列情報（認定情報、給付情報、主治医意見書情報）の分析を通じて検証し、課題を整理するとともに、今後の研究の方向性を探ることにある。以下、今回の分析からわかったことを整理する。

## (1) 2000年10月認定者の所在地および認定状況等の変化 (N=7,878)

## ① 所在地の変化

- ア) 2年後も所在地が同一の人の割合を所在地別にみると、「未利用者」24.0%、「在宅」61.1%、「特養」67.7%、「老健」41.1%、「療養型」40.4%、「痴呆対応型」57.7%、「ケアハウス等」69.4%であった。
- イ) 「特養」や「ケアハウス等」では、入所者の移動が比較的少なく、逆に、「療養型」「老健」では、他の所在地に比べて移動が多い状況であった。特に、「老健」では、13.5%が「特養」に移動しており、特養の待機待ちとして利用されている状況が窺えた。

## ② 認定状況の変化

- ア) 「要支援」では、「維持」32.4%、「悪化」48.9%、「認定なし」18.7%、「要介護1」では、「改善」5.9%、「維持」39.8%、「悪化」34.8%、「認定なし」19.5%、「要介護2」では、「改善」12.2%、「維持」31.8%、「悪化」32.2%、「認定なし」23.9%、「要介護3」では、「改善」12.6%、「維持」27.8%、「悪化」33.2%、「認定なし」26.4%、「要介護4」では、「改善」9.3%、「維持」29.9%、「悪化」25.6%、「認定なし」35.3%、「要介護5」では、「改善」6.3%、「維持」50.2%、「認定なし」43.5%であった。
- イ) 要支援者の認定状況の変化を、主治医意見書に記載された主な傷病名別にみると、「痴呆（アルツハイマー以外）」では、他の傷病に比べ、要介護度の維持率が低く、悪化率は高い状況にあった。なおこの傾向は、要介護1の場合でも同じであった。

## ③ 2年後の死亡の状況

- ア) 所在地別にみた2年後死亡率は、「未利用者」27.3%、「在宅」18.5%、「特養」27.6%、「老健」29.0%、「療養型」35.4%、「痴呆対応型」15.4%、「ケアハウス等」11.1%であった。
- イ) 要介護度別にみた2年後死亡率は、「要支援」8.8%、「要介護1」14.8%、「要介護2」20.4%、「要介護3」23.9%、「要介護4」32.7%、「要介護5」41.4%と、要介護5の約4割は2年後に死亡している状況であった。
- ウ) 寝たきり度別にみた2年後死亡率は、「自立」0.0%、「ランクJ」8.6%、「ランクA」19.3%、「ランクB」28.0%、「ランクC」42.6%と、ランクCの約4割は2年後に死亡している状況であった。
- エ) カテゴリー別にみた2年後死亡率は、「自立相当群」14.4%、「動ける痴呆群」19.4%、「寝たきり群」26.4%、「寝たきり痴呆群」40.7%と、寝たきり痴呆群の約4割は2年後

に死亡している状況であった。

## (2) 継続認定者の利用者特性等の変化 (N=5,654)

## ① 利用者特性の変化（要介護度、寝たきり度、痴呆度）

- ア) 「要支援」では、「維持」39.6%、「悪化」60.4%、「要介護1」では、「改善」7.4%、「維持」49.5%、「悪化」43.2%、「要介護2」では、「改善」16.0%、「維持」41.7%、「悪化」42.4%、「要介護3」では、「改善」17.0%、「維持」37.8%、「悪化」45.2%、「要介護4」では、「改善」14.4%、「維持」46.1%、「悪化」39.6%、「要介護5」では、「改善」11.2%、「維持」88.8%であった。要支援者の約6割が、2年後には要介護度が悪化している状況であった。

## ② 所在地別にみた利用者特性変化の比較（同一所在地の者）

- ア) 2000年10月時点の「要介護1」をみると、「在宅」では、「改善」7.7%、「維持」57.1%、「悪化」35.2%に対し、「特養」では、「改善」1.5%、「維持」48.5%、「悪化」50.0%、「老健」では、「改善」0.0%、「維持」40.0%、「悪化」60.0%、「療養型」では、「改善」0.0%、「維持」60.0%、「悪化」40.0%と、在宅の方が悪化率は低く、逆に、改善率、維持率は高い状況であった。ただし、これらの傾向は要介護2までで、要介護3以上になると、両者の差はほとんどみられなかった。
- イ) 寝たきり度「ランクA」程度までは、在宅の方が介護保険3施設に比べて、寝たきり度の変化において良好な結果が得られているが、「ランクB」以上になると、「ランクJ〜A」ほどの顕著な差はみられなかった。
- ウ) 2000年10月時点の「自立相当群」をみると、「在宅」では、「悪化」18.7%に対し、「特養」では、「悪化」54.7%、「老健」では、「悪化」47.1%、「療養型」では、「悪化」75.0%と、「在宅」の方が悪化率は低い状況であった。
- エ) 以上の結果からみると、軽度の方（要介護2以下、寝たきり度A以下、自立相当群など）の場合、施設に比べ在宅の方が状態を維持できているが、ある程度以上の重度の方（要介護3以上、寝たきり度B以上など）になると、在宅と施設の差はほとんどない状況であった。施設の場合、マンパワー不足の問題もあり、軽度～重度の幅広い特性の入所者に対し、入所者の特性の状況等に応じた個性をもったケアが十分には提供できていない可能性が示唆された（個別ケアを進める場合、夜勤も含めたマンパワーの必要量の問題も併せて議論すべき）。

## (3) 高齢者の機能低下の流れ

## ① 要介護度と認定調査項目の評価の関係

- ア) 要介護度毎の項目別「自立」以外の該当率の差をみると、「要支援～要介護1」では、「浴槽の出入り」43.4%（13.2→56.6%）、「洗身」42.2%（8.0→50.3%）、「歩行」38.8%（28.4→67.2%）等が、また、「要介護1～2」では、「ズボン等の着脱」48.2%（16.7→64.9%）、「上衣の着脱」44.7%（17.1→61.9%）、「靴下の着脱」40.3%（12.7→53.0%）等が大きく変化していた。これら傾向から、下肢機能→更衣→移乗→清潔行為／排泄→食事摂取／嚥下等の流れで身体的機能が低下していく様子が窺えた。

イ) 認知機能に関連する項目で、要介護度別の「自立」以外の該当率50%以上の項目をみると、「要介護3」で、「毎日の日課の理解」58.6%、「短期記憶」56.5%、「指示への反応」55.9%が、「要介護4」で、これら項目に加え、「意思の伝達」65.9%、「季節の理解」60.4%が、「要介護5」で、これら項目に加え、「場所の理解」67.5%、「生年月日の理解」64.1%、「聴力」51.4%などが挙がっており、要介護3から、身体機能の低下に加えて、これら認知機能も低下していく様子が窺えた。

## ② 要介護度悪化者の認定調査項目の評価の変化

ア) 2001年10月時点での要支援では、「家庭内浴槽の出入り」が38.5%と最も低下率が高く、次いで「つめ切り」35.2%、「洗身」34.2%、「歩行」33.2%、「居室の掃除」31.3%の順となっており、要支援者では、下肢機能低下に関連する行為（浴槽を跨ぐ行為や歩行機能等）が障害されやすく、その結果として、要介護度が悪化している状況が窺えた。また、要介護1では、「ズボン等の着脱」53.4%、「靴下の着脱」53.2%、「上衣の着脱」47.7%、「排尿後の後始末」47.0%、「ボタンのかけはずし」45.4%と、更衣に関連する行為の機能低下がみられた。

イ) 要介護度と調査項目の関係から認定者の機能低下の流れをみたが、時系列変化でもほぼ同様の流れで機能低下していく様子が窺えた。

## (4) 利用者特性とサービス受給状況（在宅の場合）

### ① サービス種類と受給者特性の関係

ア) サービス種類別受給者のうち、「要支援～要介護1」の占める割合をみると、「訪問介護（家事援助）」が77.0%と最も多く、次いで「通所介護」46.5%、「訪問介護（身体介護）」40.2%、「通所リハ」39.6%、「福祉用具貸与」35.8%の順であった。一方、「要介護4以上」の構成割合をみると、「訪問入浴介護」が86.0%と最も多く、次いで「訪問リハ」51.0%、「短期入所」40.8%、「訪問看護」39.1%の順であった。

イ) 「動ける痴呆群」のサービス受給者構成割合を種類別にみると、「短期入所」が25.2%と最も高く、次いで「通所介護」14.3%、「通所リハ」10.0%の順で、「動ける痴呆群」に対する家族の介護負担感は大きく、その軽減目的で短期入所サービス、通所系サービスが選択されている可能性が示唆された。また、「寝たきり痴呆群」の構成割合では、「訪問入浴介護」が43.9%と最も多く、次いで「短期入所」24.8%、「居宅療養管理指導」22.7%の順であった。ここでも短期入所サービスの構成割合は高いことから、身体機能に関わらず、痴呆の程度の高い方に対する家族介護の負担感の大きさが示唆される結果であった。

### ② 要介護度別にみたサービス受給状況

ア) 2002年10月における要介護度別サービス受給率（＝要介護度別各サービス受給者数／要介護度別在宅サービス受給者数）をみると、「要支援」では「訪問系」が55.8%と最も多く、次いで「通所系」47.5%、「福祉用具貸与」8.2%の順であった。「要支援」では、全般的にサービス受給率は低く、「短期入所」「居宅療養管理指導」などのサービスはほとんど受給されていない状況であった。

イ) 2000年、2002年における、新規の要支援者の単品サービス受給割合をみると、2000年81.9%、2002年86.4%と、要支援者の場合、ほとんどが1種類のサービスしか受給していない状況であった。

ウ) 単品サービスの内訳をみると、2000年の「要支援（単品サービス率81.9%）」では、「通所介護」が40.4%と最も多く、次いで「訪問介護（家事援助）」37.8%、「通所リハ」10.4%の順であった。また、2002年をみると（単品サービス率86.4%）、「訪問家事援助」36.8%、「通所介護」29.4%、「福祉用具貸与」10.1%、「通所リハ」7.5%と、「福祉用具貸与」の単品受給が大幅に増加していた。

エ) 2000年10月および2002年10月における要介護度別福祉用具貸与サービス受給率（＝要介護度別福祉用具貸与サービス受給者数／要介護度別在宅認定者数）をみると、いずれの要介護度においても、2年間で受給率が伸びており、2002年10月時点で、「要支援」の10.3%、「要介護1」の17.3%、「要介護2」の19.7%、「要介護3」の18.4%、「要介護4」の39.7%、「要介護5」の39.4%が、なんらかの福祉用具を貸与していた。

オ) 2000年および2002年の新規受給者について、要介護度別に福祉用具単品利用者の内訳をみた。2000年の「要支援（単品率90.9%）」では、「特殊寝台」が70.0%と最も多く、次いで「車椅子」「歩行器」「補助つえ」各10.0%であった。「要介護3」では、「車椅子」の構成割合が、「要介護5」では、「褥瘡予防用具」の構成割合が急増していた。

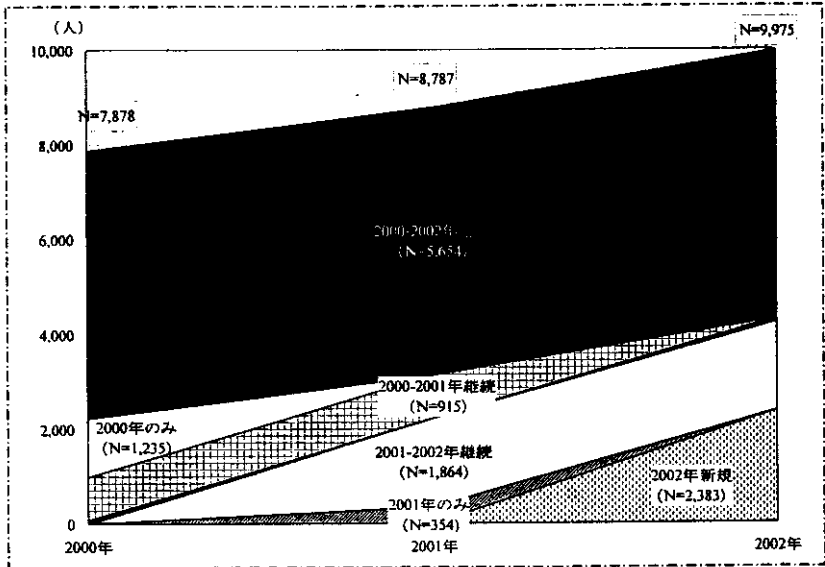
2002年の「要支援（単品率96.6%）」では、2000年に比べ、「特殊寝台」の構成割合が12.9%減少する一方で、「車椅子」が4.3%増加していた。また、「リフト」も3.6%を占めていた。歩行機能が低下しやすい要支援者に対し、車椅子やリフトの導入が妥当かどうか、今後検証が必要と思われた。

要旨：介護サービスの有効性評価に関する調査研究（第1報：ケアマネジメントの現状と今後のあり方）

① 分析対象および分析のポイント

(分析対象)  
 ■島根県内の3モデル保険者（松江地区広域行政組合、出雲市、瑞穂町）で、2000年10月、2001年10月、2002年10月時点のいずれかにおいて要介護認定を受けていた方のうち、データ（認定情報、給付情報、主治医意見書の一部）が入手できた12,479人（松江広域8,525人、出雲市3,449人、瑞穂町505人）

図表1.2000～2002年における認定者の変遷（累計：12,479人）



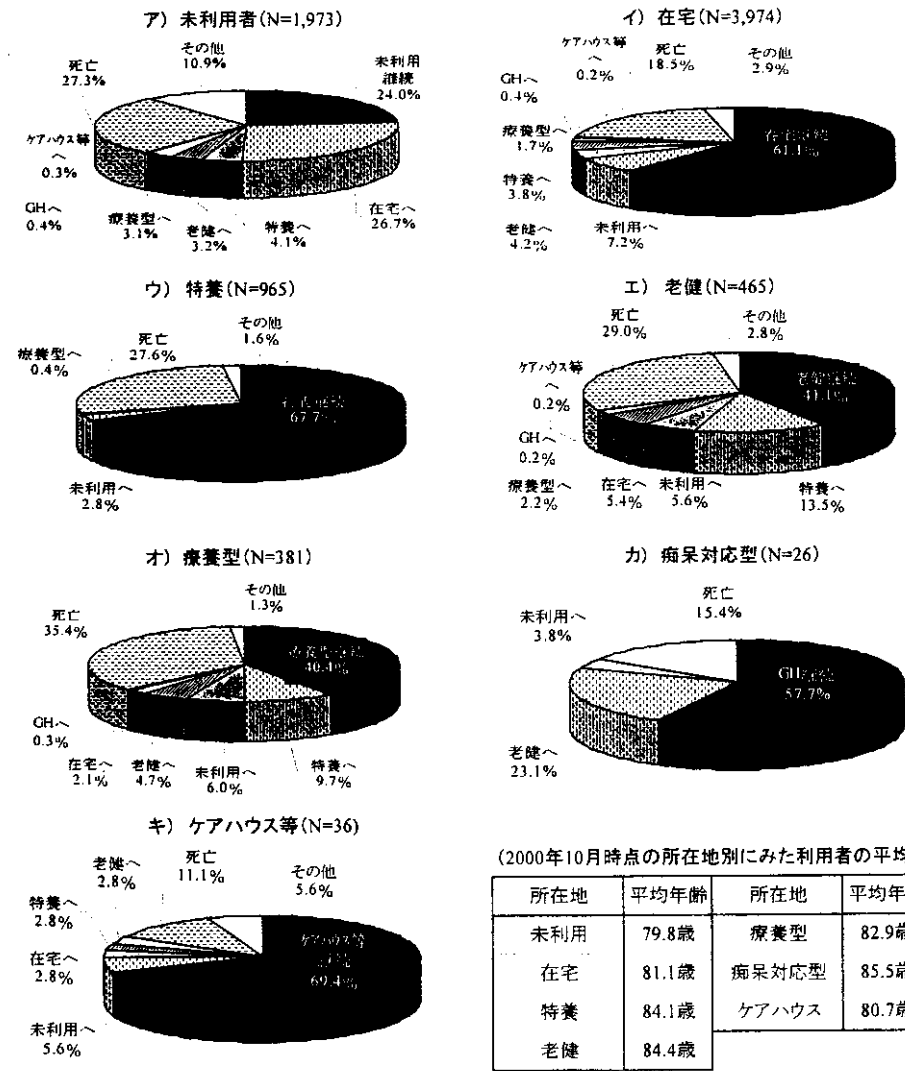
(分析のポイント)  
 ①2000年10月認定者の認定状況（死亡を含む）は、2年後どうなったか  
 ②2000年10月～2002年10月の継続認定者の利用者特性はどう変化したのか、また、これら特性変化は、所在地により差異はあるのか  
 ③高齢者の機能はどのように低下していくのか  
 ④どのような特性の方に、どのようなサービスが提供されているのか



(本報告書の目的)  
 ■これら実態から、ケアマネジメントの現状と今後のあり方を検討するとともに、今後の研究の方向性を模索すること

② 2000年10月認定者の所在地の変化

図表2.2000年認定者の所在地の変化～どこに移動したのか～



(2000年10月時点の所在地別にみた利用者の平均年齢)

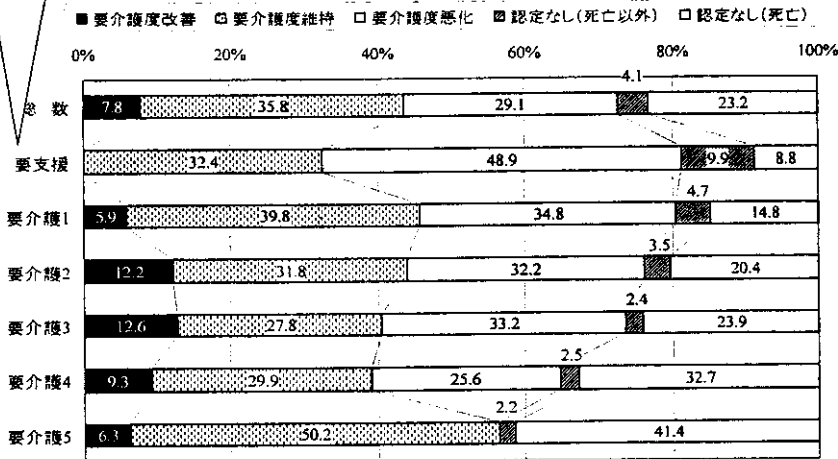
| 所在地 | 平均年齢  | 所在地   | 平均年齢  |
|-----|-------|-------|-------|
| 未利用 | 79.8歳 | 療養型   | 82.9歳 |
| 在宅  | 81.1歳 | 痴呆対応型 | 85.5歳 |
| 特養  | 84.1歳 | ケアハウス | 80.7歳 |
| 老健  | 84.4歳 |       |       |

要旨：介護サービスの有効性評価に関する調査研究（第1報：ケアマネジメントの現状と今後のあり方）

③ 2000年10月認定者の認定状況等の変化

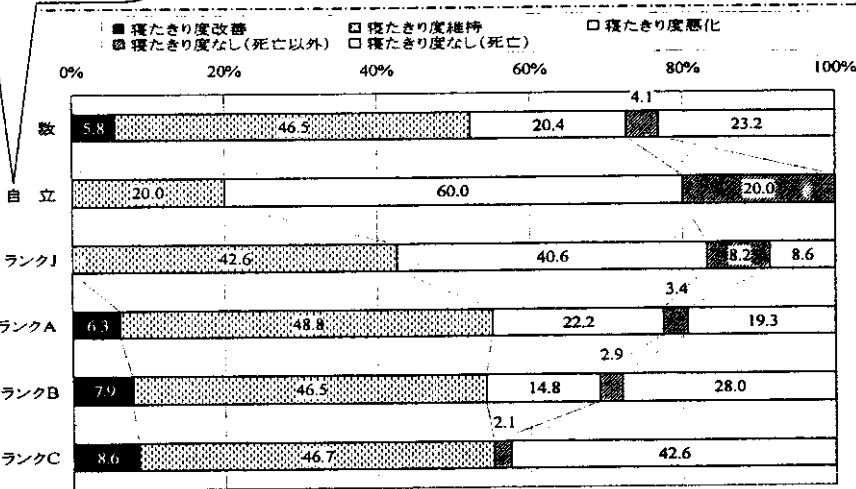
図表2.2000年10月認定者の認定状況の変化  
～2年後の認定状況は怎么样了か～

2000年10月時点の  
要介護度



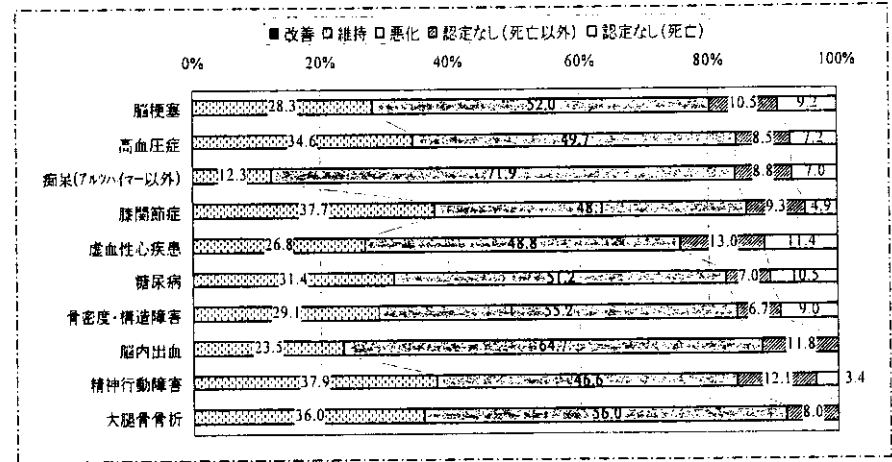
2000年10月時点  
の寝たきり度

図表3.2000年10月認定者の寝たきり度等の変化  
～2年後の寝たきり度等は怎么样了か～

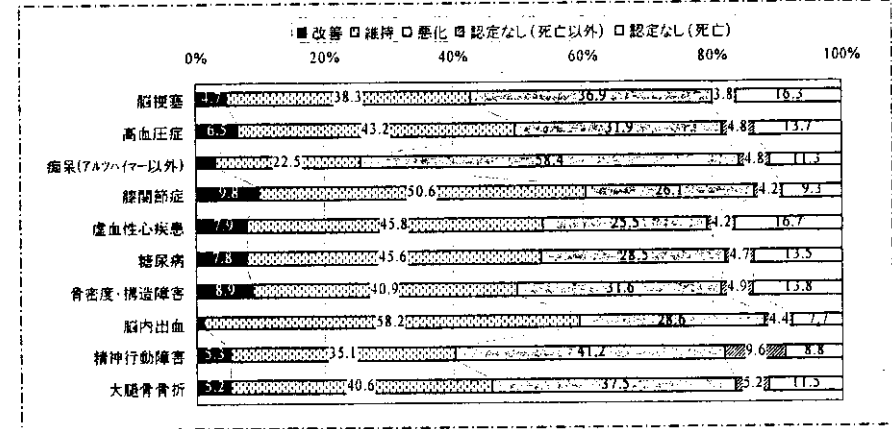


④ 傷病別にみた2000年10月認定者の認定状況の変化

図表4.傷病別にみた2000年10月認定者の認定状況の変化  
ア) 要支援 (N=961)



イ) 要介護1 (N=1,967)

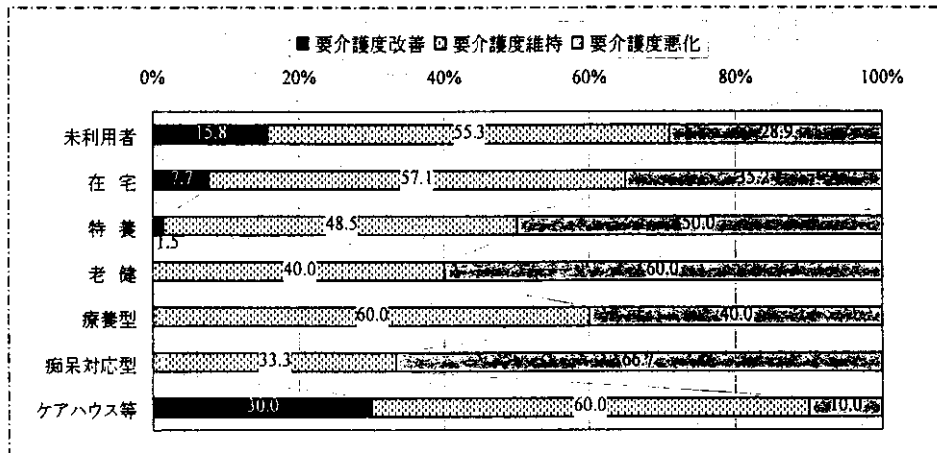


要支援～要介護1などの身体機能がある程度維持されている痴呆の方の場合、他の傷病に比べ  
要介護度の維持率は低く、悪化率は高い状況  
(ケアの働きかけが不十分なため、結果として身体機能が低下し、要介護度も悪化?)

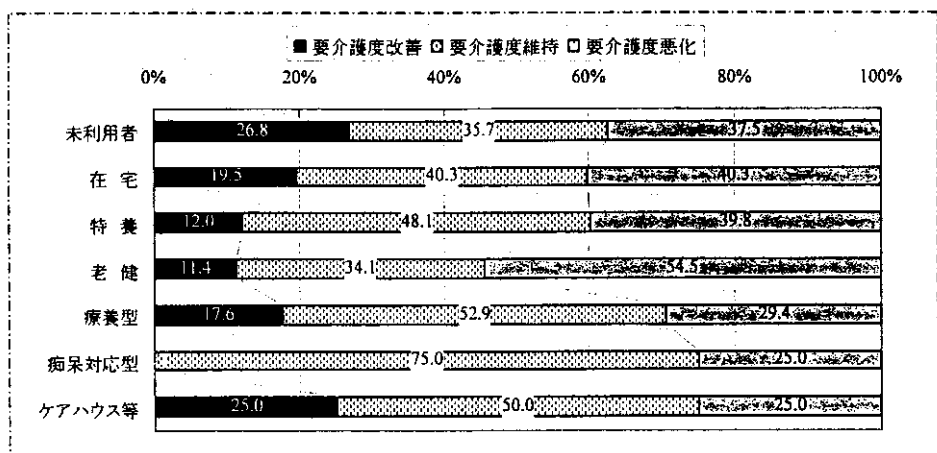
⑤ 所在地別にみた要介護度の変化(対象:継続認定者で、所在地が同一の者)

図表5.所在地別にみた要介護度の変化

ア) 要介護1 (N=1,079)



イ) 要介護3 (N=566)

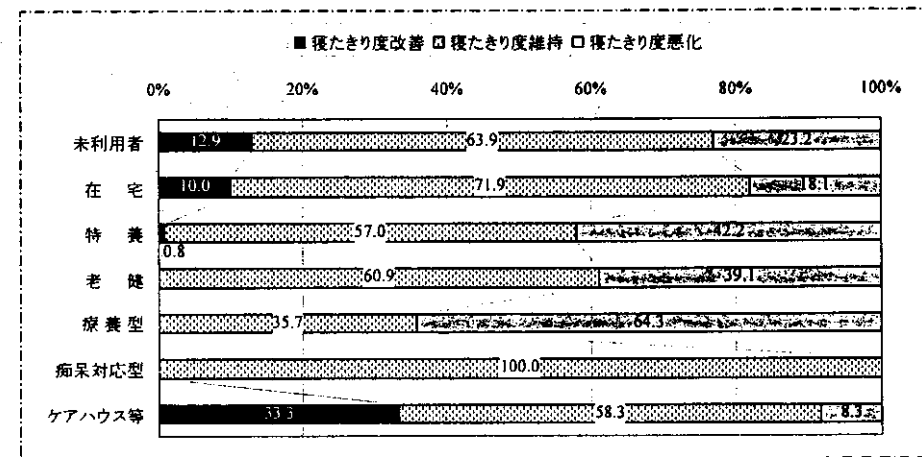


要支援～要介護2などの軽度の方の場合、在宅の方が要介護度の悪化率は低い傾向が窺えるが、要介護3以上ではその差はほとんどない

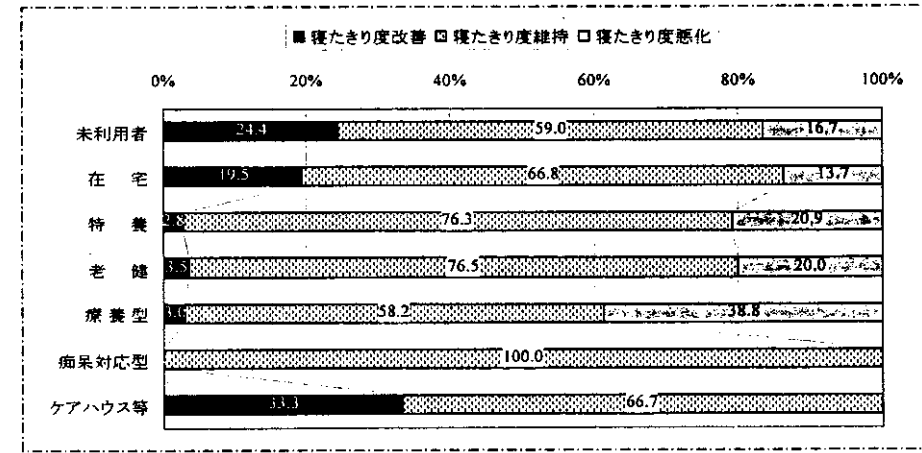
⑥ 所在地別にみた寝たきり度の変化(対象:継続認定者で、所在地が同一の者)

図表6.所在地別にみた寝たきり度の変化

ア) ランクA (N=1,450)



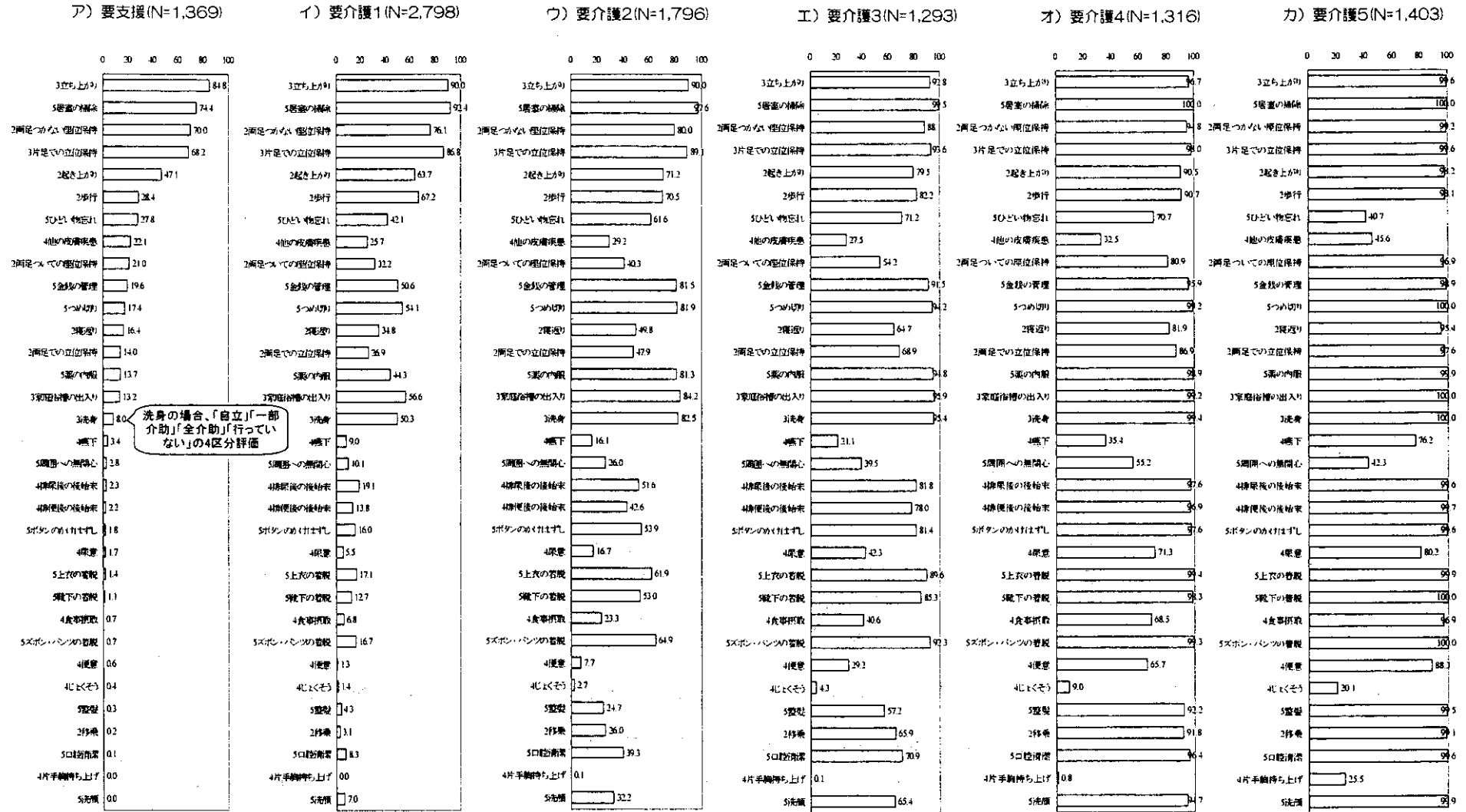
イ) ランクB (N=1,035)



ランクI～ランクAなどの軽度の方の場合、在宅の方が寝たきり度の悪化率は低い傾向が窺えるが、ランクB以上ではその差はそれほど顕著ではない

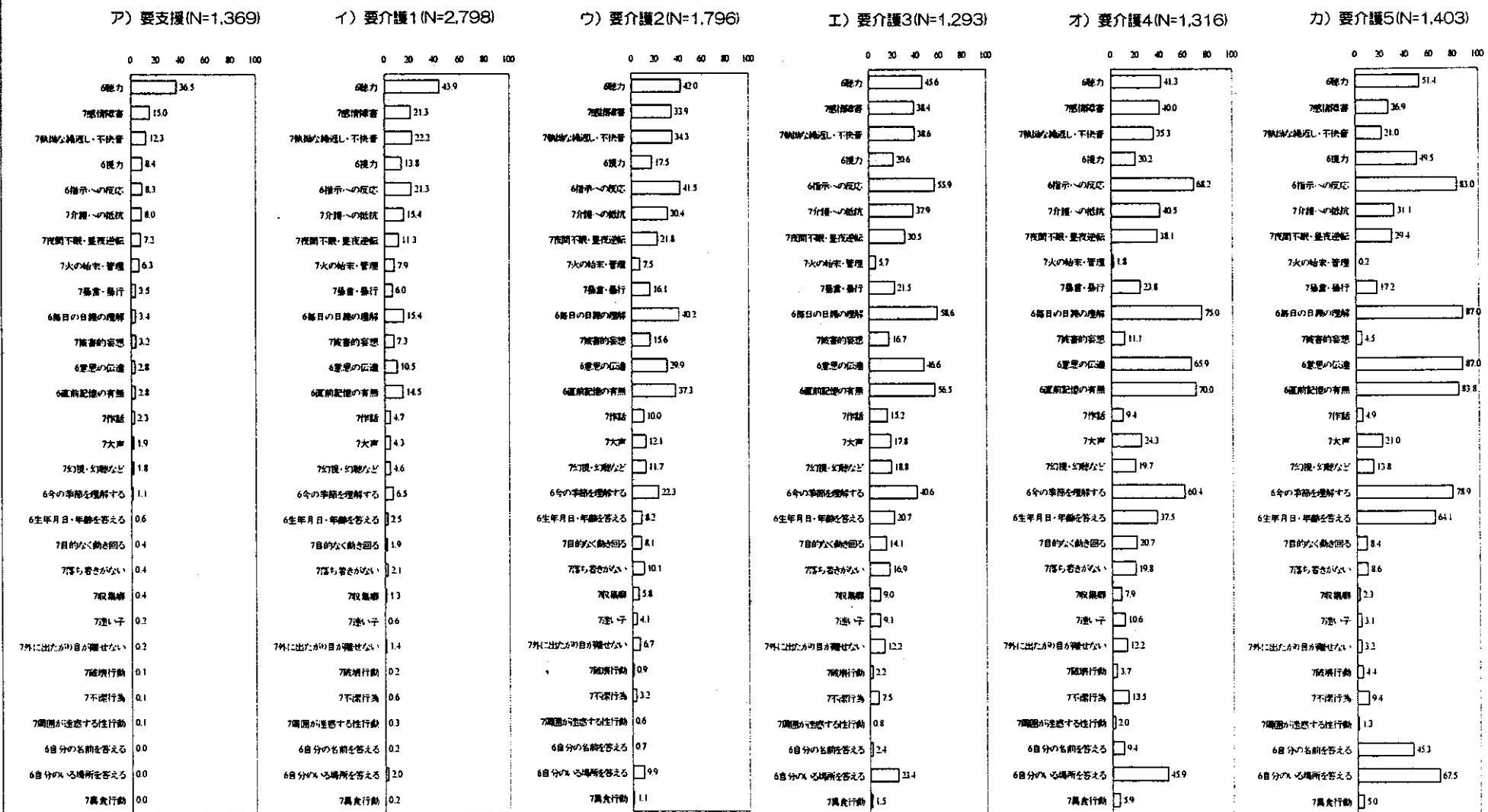
⑦ 高齢者の機能低下の流れ(身体機能)

図表7.要介護度と認定調査項目の「自立」以外の該当率の関係(第2群～第5群)



⑧ 高齢者の機能低下の流れ(認知機能)

図表8.要介護度と認定調査項目の「自立」以外の該当率の関係（第6群～第7群）

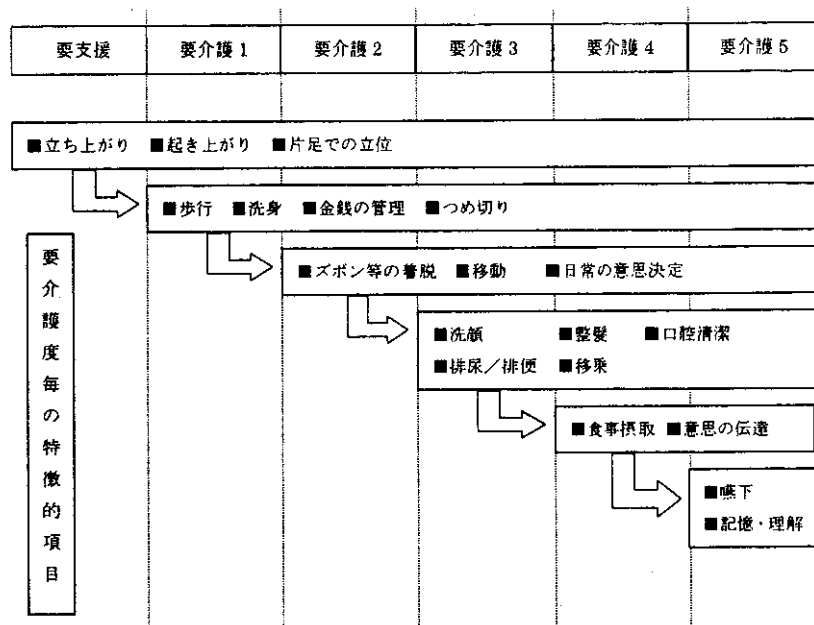


⑨ 高齢者の機能低下の流れ（まとめ）

図表 9. 要介護度が悪化した方の機能低下率の高い項目（上位 10 項目）

|        | 要支援 (N=104)   |       | 要介護 1 (N=474) |       | 要介護 2 (N=358) |       |
|--------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| 第 1 位  | 3 家庭浴槽出入り     | 38.5% | 5 スポン等着脱      | 53.4% | 4 排便後始末       | 60.1% |
| 第 2 位  | 5 つめ切り        | 35.2% | 5 靴下の着脱       | 53.2% | 5 靴下の着脱       | 57.0% |
| 第 3 位  | 3 洗身          | 34.2% | 5 上衣の着脱       | 47.7% | 4 排便後始末       | 55.9% |
| 第 4 位  | 2 歩行          | 33.2% | 4 排便後始末       | 47.0% | 5 スポン等着脱      | 55.6% |
| 第 5 位  | 5 居室の掃除       | 31.3% | 3 家庭浴槽出入り     | 46.6% | 5 上衣着脱        | 55.0% |
| 第 6 位  | 5 薬の内服        | 27.0% | 5 ボタンかけはずし    | 45.4% | 2 移乗          | 53.6% |
| 第 7 位  | 5 金銭の管理       | 26.6% | 3 洗身          | 44.5% | 5 ボタンかけはずし    | 51.4% |
| 第 8 位  | 2 起き上がり       | 25.0% | 4 排便後始末       | 44.1% | 5 整髪          | 47.5% |
| 第 9 位  | 5 ひどい物忘れ      | 23.4% | 5 口腔清潔        | 43.7% | 3 洗身          | 45.3% |
| 第 10 位 | 2 両足つかない座位    | 23.0% | 5 洗顔          | 41.4% | 5 洗顔          | 42.5% |
|        | 要介護 3 (N=297) |       | 要介護 4 (N=215) |       |               |       |
| 第 1 位  | 2 移乗          | 54.2% | 4 食事摂取        | 56.7% |               |       |
| 第 2 位  | 4 排便後始末       | 53.9% | 2 獲取り         | 38.6% |               |       |
| 第 3 位  | 4 食事摂取        | 50.8% | 2 両足ついで座位     | 34.0% |               |       |
| 第 4 位  | 4 排便後始末       | 49.5% | 6 意思伝達        | 31.6% |               |       |
| 第 5 位  | 5 整髪          | 49.2% | 2 両足つかない座位    | 31.2% |               |       |
| 第 6 位  | 5 上衣着脱        | 45.5% | 3 家庭浴槽出入り     | 31.2% |               |       |
| 第 7 位  | 2 両足ついで座位     | 45.1% | 2 移乗          | 30.7% |               |       |
| 第 8 位  | 5 スポン等着脱      | 45.1% | 5 口腔清潔        | 30.7% |               |       |
| 第 9 位  | 4 便意          | 44.4% | 2 起き上がり       | 29.3% |               |       |
| 第 10 位 | 5 ボタンかけはずし    | 44.1% | 5 洗顔          | 27.9% |               |       |

図表 10. 高齢者の機能低下の流れ（イメージ図）

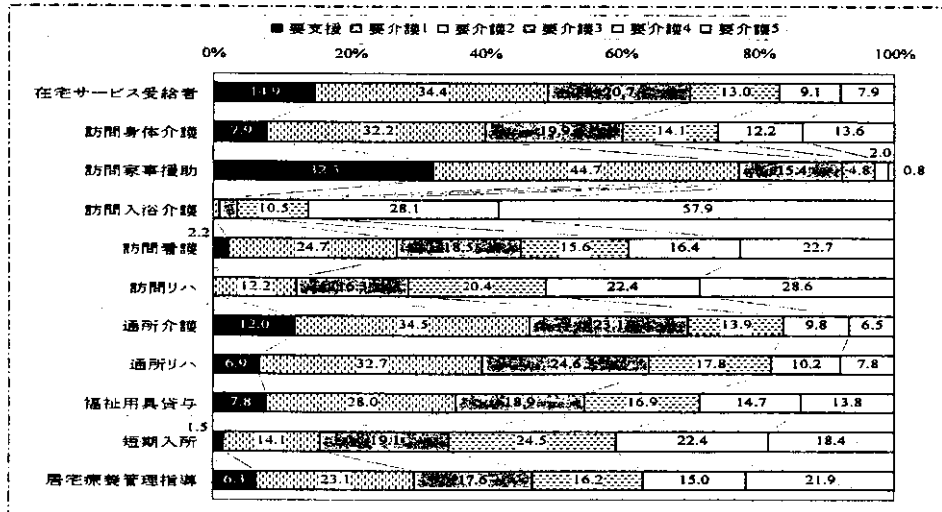




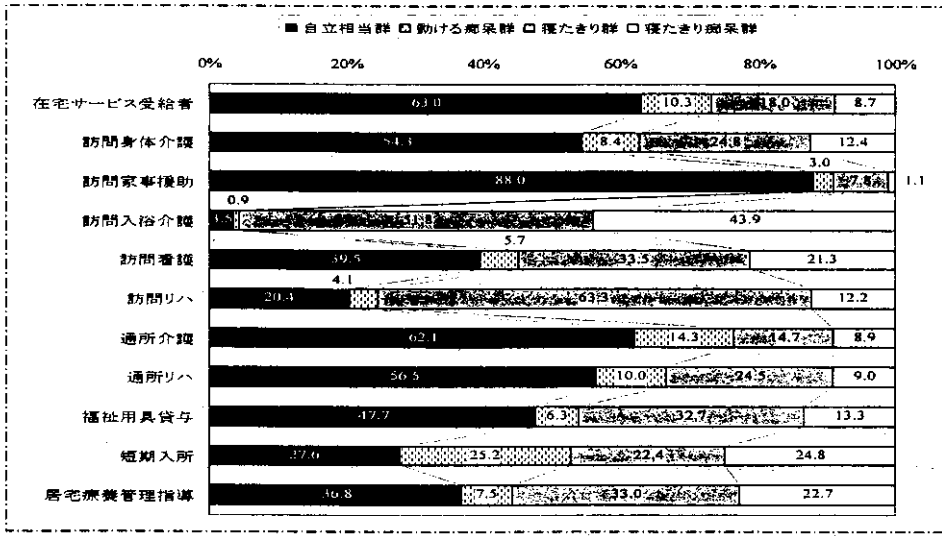
⑩ サービス種類と利用者特性の関係

図表11. サービス種類別に応じた利用者数分布（2002年10月サービス分）

ア) 要介護度

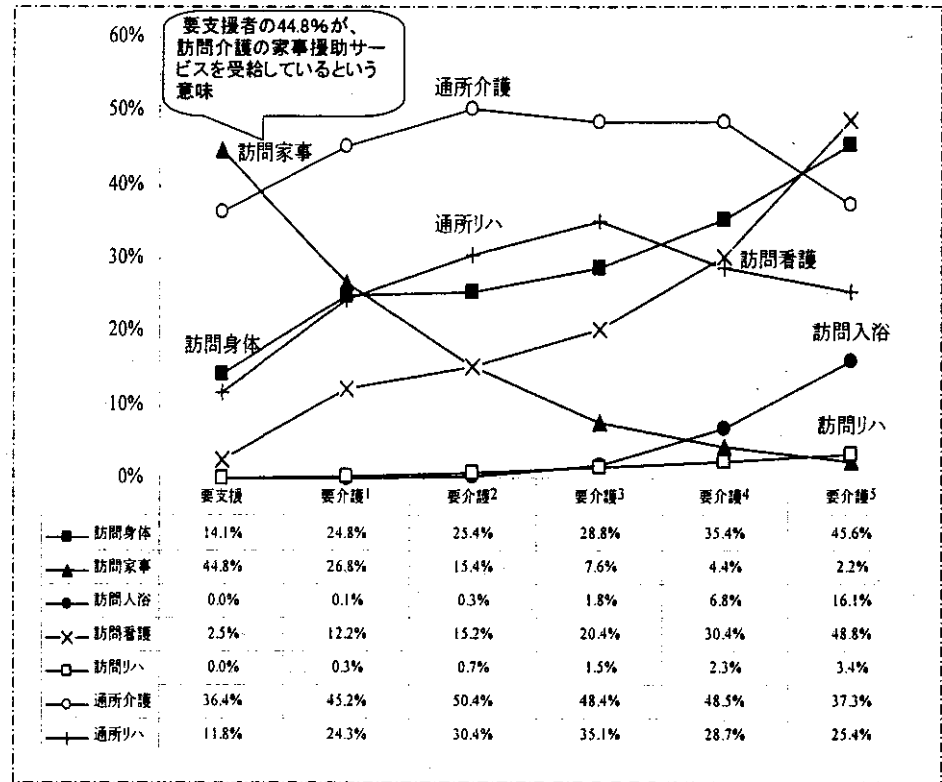


イ) カテゴリー



⑪ 要介護度別に応じたサービス受給率

図表12. 要介護度別に応じたサービス受給率（2002年10月サービス分）



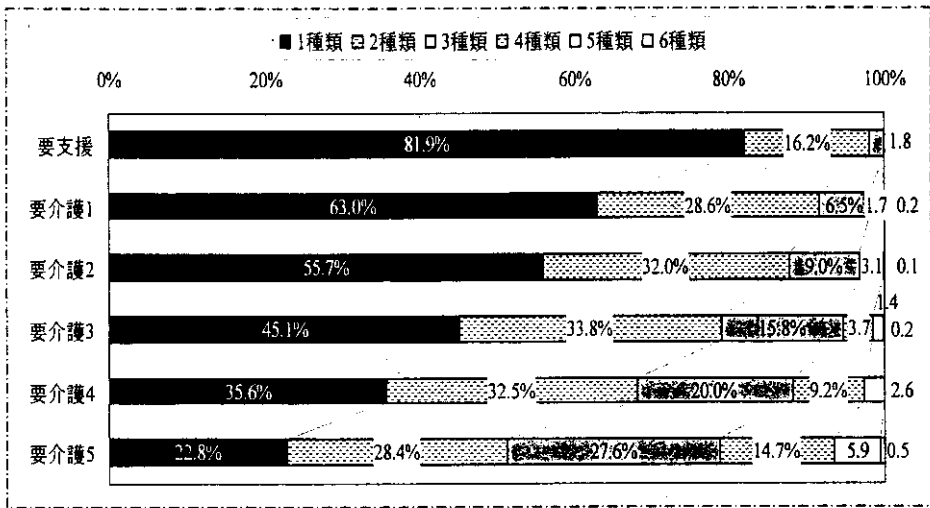
カテゴリーの定義は以下の通り。

- (ア) 自立相当群：寝たきり度A以下、かつ、痴呆度Ⅱ以下
- (イ) 動ける痴呆群：寝たきり度A以下、かつ、痴呆度Ⅲ以上
- (ウ) 寝たきり群：寝たきり度B以上、かつ、痴呆度Ⅱ以下
- (エ) 寝たきり痴呆群：寝たきり度B以上、かつ、痴呆度Ⅲ以上

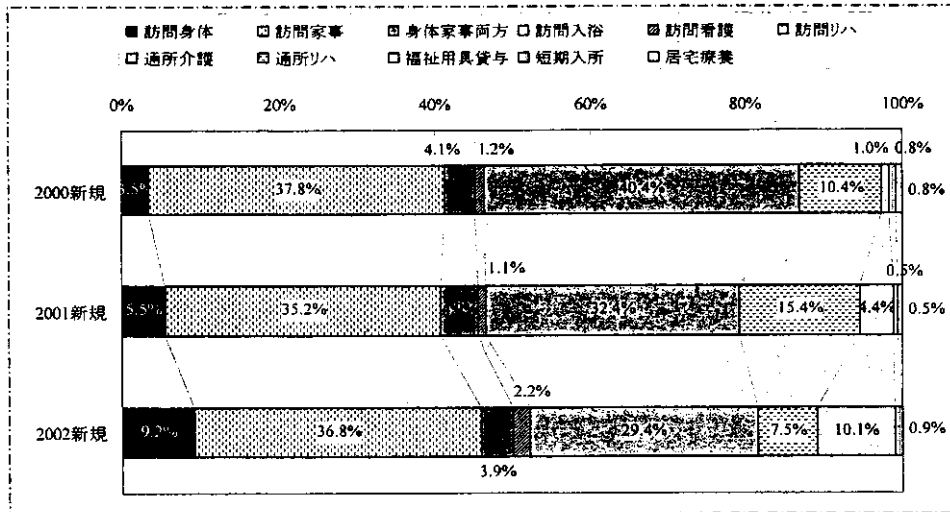
⑫ 要介護度別にみたサービス種類数と単品サービスの内訳

図表13. 要介護度別にみたサービス種類数と単品の内訳

ア) 種類数 (2000年10月サービス分)



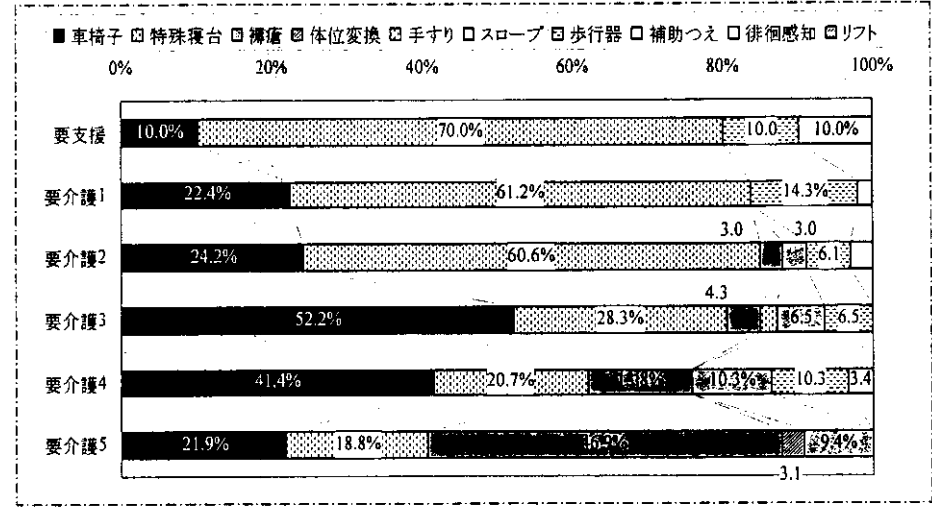
イ) 要支援者に対する単品サービスの内訳



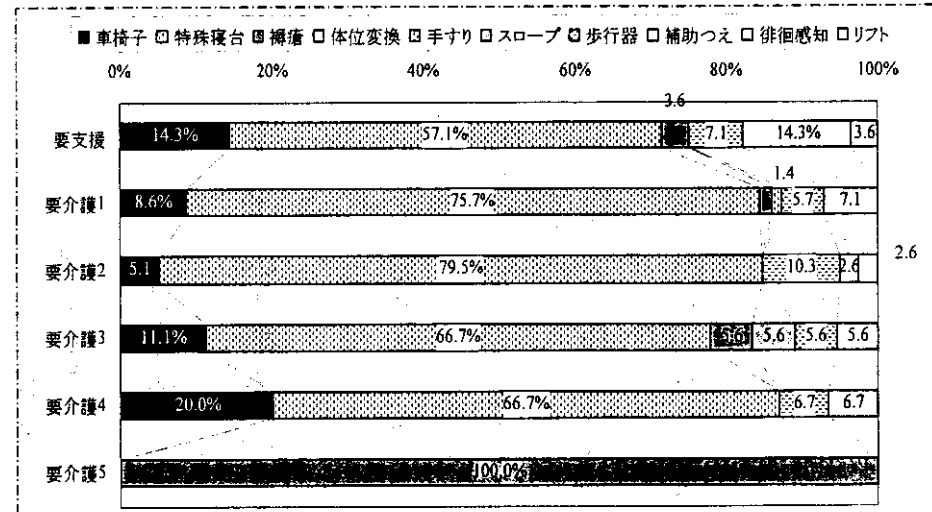
⑬ 福祉用具貸与の状況

図表14. 福祉用具貸与の状況 (対象：1種類の福祉用具利用者)

ア) 2000年新規



イ) 2002年新規



## **急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

### **第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

○脳卒中（高血圧、高脂血症、高血糖、肥満）

70歳以上70%が高血圧40%が高血糖この中で自分の健康問題としている人は高血圧で男女とも40%高血糖では、男性25、7%女性12、6%高脂血症では、男性29、8%女性35、3%である。1999年国民栄養調査より。

○骨折（骨粗鬆症、転倒）

### **第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

#### **1：健康増進**

##### **1) 現状及び課題**

脳卒中。

運動不足、肥満、片寄った食事、過量のアルコール摂取、喫煙など死の四重奏の怖さの認識がない。

##### **2) 今後のあるべき姿**

脳卒中

・肥満者の体重減量、過量のアルコール摂取の制限、運動、禁煙

骨折（骨粗鬆症）

・カルシウム一日600mg・ビタミンDの摂取、日光浴、運動

##### **3) 1) 及び2) の根拠となるデータ**

#### **2：生活機能低下予防・改善**

##### **1) 現状及び課題**

健康増進の項に準ずる。

##### **2) 今後のあるべき姿**

健康増進の項に準ずることと骨折予防—転倒予防（睡眠薬等医薬品の服用の注意、住環境の整備、履物の選択杖の利用）。

転倒による骨折の防止（ヒッププロテクターの利用）。

##### **3) 1) 及び2) の根拠となるデータ**

### 3：急性期のリハビリテーション

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

### 4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

脳卒中原因疾患（高血圧症、糖尿病など）の治療の自己中断。  
薬剤の服用自己中断。

2) 今後のあるべき姿

治療の継続と薬物療法の中断することの怖さの十分な指導。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

### 5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

集中的なリハビリテーションに準ずる。

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

○パーキンソン病

○OA

○RA

**第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

**1：健康増進**

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**2：生活機能低下予防・改善**

1) 現状及び課題

パーキンソン治療薬剤の副作用によるADLの低下・自己中断。

口渇、胃障害など結果食欲不振

○OA—鎮痛薬の服用時間持続時間の調整

夕方の痛みであれば朝服用など

RA—朝のこわばり対策のため就寝前鎮痛剤の服用が必要

住宅改修スロープは危険

2) 今後のあるべき姿

原因疾患治療の継続中。

医薬品の副作用等によるADLの低下のチェック必要であれば処方変更する。

RA—段差（蹴上げ）の小さい階段の方がよい。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 4：集中的なりハビリテーション

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 5：間欠的なりハビリテーション

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

◎以下の各ステージでのリハビリの重要性も啓発する。

○市町村の健康増進・生活機能低下予防・改善のため健康日本21、老人保健事業、介護保健事業の充実・住民PR。

○保健センター、在宅介護支援センターの機能の再徹底および保健師、相談員の教育徹底。特に基幹型在宅介護支援センターの機能の検討もお願いします。

○首長の意識改革—住民の高齢化に伴う介護保険負担金、老人保健負担金、国保などの義務的補助費が大きくなる。それらの伸び率を抑制する施策が大切なことの認識が必要。健康リハビリの重要性啓発。

○健康づくり、介護予防、医療保険、介護保険と連続的・継続的なサービスの利用のため地域包括ケアシステムの構築と推進が必要。

◎服用している医薬品が原因でADLの低下を招いていることがあります。リハビリ計画作成時必ず医薬品のADLへの影響のアセスメントをお願いしたい。

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中
- 骨折

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1: 健康増進

##### 1) 現状及び課題

脳卒中の予防には適切な栄養摂取が重要である。歯牙喪失による咀嚼障害は摂取量の低下、摂取できる食品の制限等を惹起するので、歯科治療による咬合の回復と歯科保健指導による歯牙喪失の予防を推進すべきである。また、歯牙の存在は咀嚼だけでなく嚥下にも影響するので、嚥下障害の予防のためにも咬合の維持や回復は重要である。無歯顎者が総義歯を装着すると歩行速度や平衡能力が向上する。転倒骨折の予防のため、歯科治療による咬合の回復と歯科保健指導による歯牙喪失の予防を推進すべきである。

高齢者の多くが歯科治療と歯科保健指導が必要な口腔の状態であるが、高齢期は歯科健康診査を受ける機会が乏しいため、その必要性に気がつかないことが多い。

##### 2) 今後のあるべき姿

高齢期に歯科健康診査を受ける機会を提供し、必要な歯科治療と歯科保健指導を高齢者が受けられるようにすることにより、脳卒中や骨折のリスクの低減を図る。口腔機能を維持改善し、生涯を通じて食や会話を楽しみ生き生きとした高齢期が送れるよう支援する。

##### 3) 1)及び2)の根拠となるデータ

平成11年歯科疾患実態調査によれば、65～69歳の78.4%に歯周疾患が、41.1%に未処置のむし歯が存在し、35.4%は補綴処置が完了していない。平成11年保健福祉動向調査によれば、治療中の者は65～74歳でわずか6.3%である。

老人保健事業の歯周疾患検診の対象は40歳と50歳のみである。

#### 文献

1. 渡部一騎:全部床義歯が無歯顎者の身体平衡に及ぼす影響、口病誌:8-14 平成11年3月
2. 熊谷修他:自立高齢者の老化を遅らせるための介入研究 有料老人ホームにおける栄養状態改善による試み、日本公衛誌46巻:1003-1011



## 2:生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

咀嚼機能、構音機能、口元の審美機能の維持は食生活の充実による低栄養の予防、会話を楽しみ社会とのコミュニケーションをとることによる閉じこもりの予防に効果があるが、歯科関係者以外にはあまり知られていない。また、歯科治療による咬合の回復が転倒骨折予防に効果があり、口腔ケアが高齢者の誤嚥性肺炎の予防に効果があることも認知度が低い。そのため咬合が失われていても歯科治療を受けずに放置していることも多い。

### 2) 今後のあるべき姿

口腔機能の維持が低栄養、閉じこもり、転倒骨折、気道感染の予防に効果があることを、広く一般に認識されるよう普及啓発に努める。生活機能が低下している高齢者に対して、必要な歯科治療と歯科保健指導を受けられるよう体制整備を行い、機能改善を図り、要介護状態となることを予防する。

### 3) 1)及び2)の根拠となるデータ

Appollonio I, Carabellese C, Frattola A et al.:Dental status, quality of life, and mortality in an older community population: a multivariate approach.

J Am Geriatr Soc 45: 1315-1325, 1997

Appollonio I, Carabellese C, Frattola A et al.:Influence of dental status on dietary intake and survival in community-dwelling elderly subjects.

Age Ageing 26: 445-456, 1997

咬合関係(Functional measure of dental status, FDS)を、天然歯のみ、義歯装着、咬合なしの3群に分けて検討した結果、FDSはQOL、微小元素の摂取量、生存に有意に関係していた。

Shimazaki Y, Soh I, Saito, Y et al.

Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people.

J Dent Res 80: 340-345, 2001.

6年間の間に、義歯を装着していない無歯顎者では残存歯が20本以上残っている者に対して、有意に歩行できる者が減少しており、また痴呆を呈する者が増加し、さらに死亡者が1.8倍(95%CI1.1-2.8)多かった。

### 3:急性期のリハビリテーション

#### 1) 現状及び課題

急性期の肺炎発症の有無が、入院期間の長短を決める主要因子となっているか、急性期の口腔ケアが気道感染予防に寄与することの認識が不足している。  
効果的な口腔ケアの術式が一般化していない。

#### 2) 今後のあるべき姿

急性期の口腔ケア施行のガイドラインと口腔ケアマニュアルを作成し、効果的な口腔ケアが広く行われるように普及啓発を行う。歯科医師や歯科衛生士による看護職員への効果的な術式の指導を行う。口腔ケアにより気道感染予防を行い、入院期間の短縮と肺炎による体力低下の防止を図る。

#### 3) 1)及び2)の根拠となるデータ

Scannapieco FA, Stewart EM, Mylotte JM.

Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients.

Crit Care Med. 1992 Jun;20(6):740-5.

### 4:集中的なリハビリテーション

#### 1) 現状及び課題

入院中は義歯をはずすことが多く、義歯の紛失や義歯を乾燥状態で保存したことによる変形が起こり易い。回復期になって義歯を入れようとした場合、義歯の変形や義歯床に接する歯肉の変形等により、適合不良となる例が多く、義歯を使用しないか、合わないままに義歯を使用することとなる。義歯を使用しない → 摂食・嚥下機能の低下 → 摂食・嚥下障害「廃用症候群の悪循環」からよくあった義歯の装着 → 摂食・嚥下機能の改善 → 経口摂取「良循環」へ転換が必要  
口腔清掃が不十分となりやすく、むし歯や歯周疾患による痛みや歯牙の動揺により、噛み締めることが困難となる。

口腔清掃が不十分になりやすく食品の味を楽しめないため、食欲不振を引き起こし低栄養となる恐れがある。

摂食・嚥下障害に対する診断とリハビリテーションが不十分であり、経口摂取の可能性があってもかかわらず、経管栄養とされる場合がある。

#### 2) 今後のあるべき姿

リハビリテーションの効果を高め、要介護状態になる人の割合を低下させるために、リハビリテーションを行う対象者に対して適合の良い義歯装着することにより咬合を回復させ、筋力、平衡能力を向上させる。義歯の保管に注意し、経口摂取の有無にかかわらず可能な限り早期に義歯を装着する。

自分の歯により咬合状態が保たれている場合であっても、むし歯や歯周疾患による、痛みや動揺があると噛み締めることが困難となるので、歯科保健指導や歯科治療によりしっかりと噛み締め

られるようにする。

歯科医師や歯科衛生士による歯科保健指導により、対象者の口腔清掃状態を改善し、低栄養の予防や気道感染予防を図る。

摂食・嚥下障害に対する診断とリハビリテーションを充実させ、QOL に大きな影響を与える経口摂取の可能性を追求する。人間としての尊厳を保障するため、経口摂取していない場合でも義歯による容貌の回復、口腔ケアによる口臭の予防を行う。

### 3) 1)及び2)の根拠となるデータ

1. 植田耕一郎, 江澤敏光, 中澤 清, 大竹邦明:リハビリテーション専門病院における歯科的需要について, 総合リハビリテーション, 20(12):1241-1246, 1992.
2. 佐々木英秀, 山口 智, 中川琢磨, 関沢清久:高齢者の誤嚥性肺炎とその対策, Journal of CLINICAL REHABILITATION(臨床リハ)4:762-765, 1995.

## 5:間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

介護保険施設においても在宅においても、高齢者の口腔の健康管理が不十分であること。介護保険の認定調査項目のうち口腔に関連するものは、嚥下、食事摂取、口腔清潔のみであり、むし歯、歯周疾患、口臭等の問題があっても評価されないこと。

介護保険においてかかりつけ歯科医意見書が、義務づけられていないこと。

歯科検診を行うと高齢者の60%以上に歯科治療の必要性が認められるが、主治医意見書の「訪問歯科診療の必要性」にチェックがはいっているのはわずか1%にすぎないこと。

協力歯科医療機関の設置は努力義務に止まり、歯科健康診査が義務づけられていないこと。

摂食・嚥下障害が生じた場合、流動食、胃漏等による対応が先行し、歯科治療や摂食・嚥下リハビリテーションが行われることが少ないこと。

経口摂取していない場合口腔内は非常に汚れやすいが、口腔清掃の必要性がないと誤解されがちであること。

### 2) 今後のあるべき姿

介護保険施設において高齢者の口腔の健康管理のために定期的な歯科健康診査の義務づけと歯科医師、歯科衛生士による専門的口腔ケアと要介護者および介護職員への歯科保健指導の普及を図る。

口腔ケアにより気道感染予防を図るため、在宅の要介護高齢者と介護者に対する歯科保健指導を必ず受けられるよう体制を整備する。

介護保険においてかかりつけ歯科医意見書を義務づける。

摂食・嚥下障害が生じた場合、歯科治療や摂食・嚥下リハビリテーションによる対応を先行する。人間としての尊厳を保障するため、経口摂取していない場合でも義歯による容貌の回復、口腔ケアによる口臭の予防を行う。

3) 1)及び2)の根拠となるデータ

1. Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H, Ishida M, Sekizawa K, Yamaya M, Sasaki H: Oral hygiene reduces respiratory infection in elderly bed-bound nursing home patients. Arch Gerontol Geriatr 22:11-19, 1966.
2. Takeyoshi Yoneyama, Mitsuyoshi Yoshida, Takashi Ohruai, Hideki Mukaiyama, Hiroshi Okamoto, Kanji Hoshiba, Shinichi Ihara, Shozo Yanagisawa, Shiro Ariumi, Tomonori Morita, Yasuro Mizuno, Takayuki Ohsawa, Yasumasa Akagawa, Kenji Hashimoto, Hidetada Sasaki: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes (口腔ケアは老人ホームにおける高齢患者の肺炎を減少させる)  
Journal of American Geriatrics Society 50:430-433, 2002. (Abstractは別紙に添付)
3. 才藤栄一(主任研究者), 摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究, 植田耕一郎 分担研究: 疾患慢性期, 維持期の要介護高齢者に対する短期, 中期, および長期専門的口腔ケアの効果に関する研究, 平成12年度厚生科学研究, 研究報告書, 109-121, 2000.
4. 植田耕一郎(分担研究): 経管栄養管理者に対する肺炎予防のための摂食機能訓練の効果について, 平成13年度厚生科学研究, 研究報告書, 79-83, 2001.

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 痴呆
- パーキンソン病

いずれの疾患も口腔清掃が不十分となりやすく、誤嚥性肺炎のリスクが高い。

気道感染予防のためには口腔ケアが効果的であるが、本人による口腔清掃では効果的な清掃は困難である。高齢者が口腔清掃を気持ちのよいのであると認識しないと介護担当者による口腔清掃も困難となる。効果的で、痛くない、気持ちのよい口腔清掃には、方法、用具、姿勢等いろいろな工夫が必要であり、歯科医師や歯科衛生士による歯科保健指導を受けることが不可欠である。

歯の喪失は痴呆の危険因子であり、歯の喪失の予防が重要である。

根拠となるデータ

Kondo K, Niino M, Shido K.

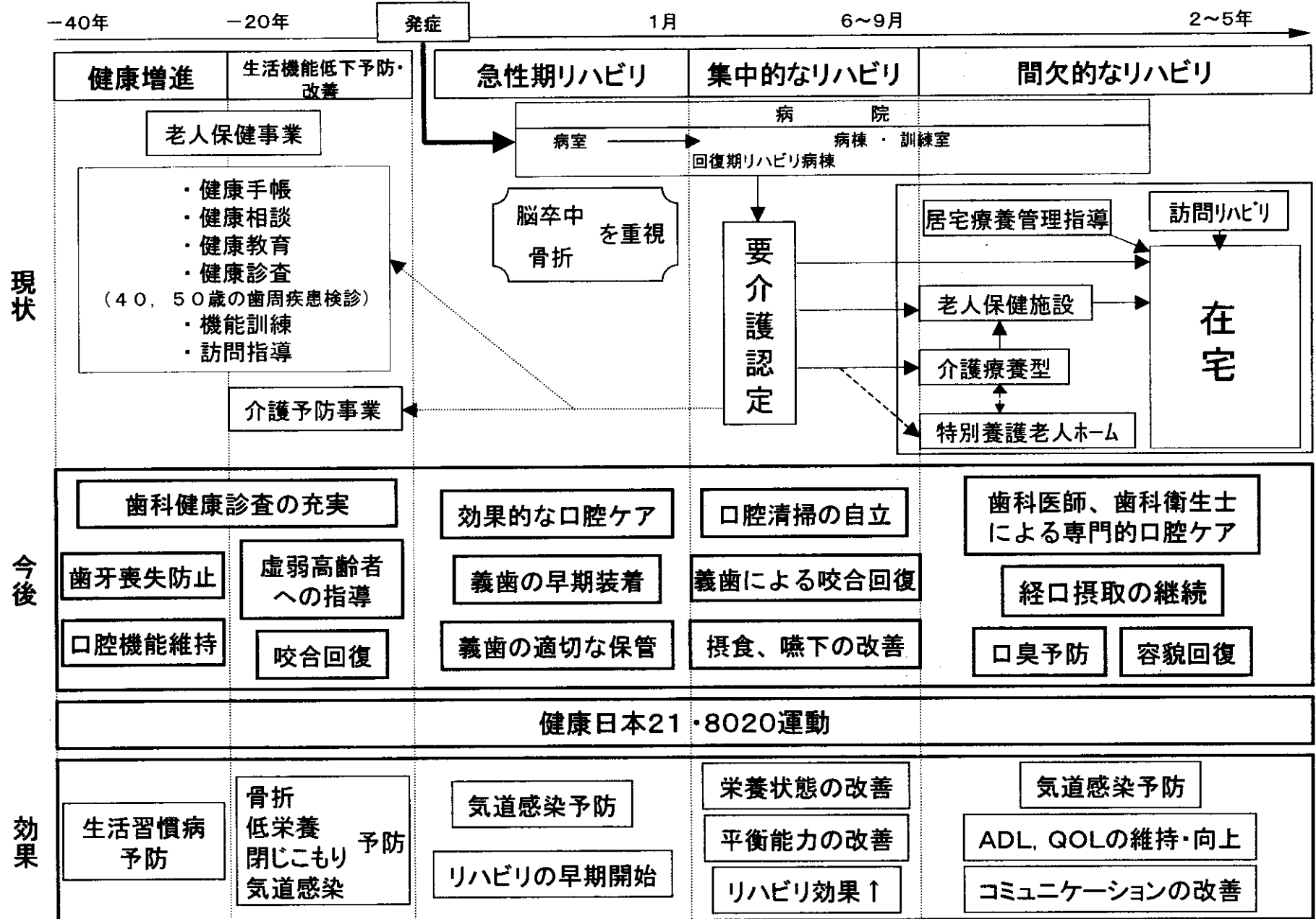
A case-control study of Alzheimer's disease in Japan—significance of life-styles. *Dementia*. 1994 Nov-Dec;5(6):314-26.

コホート研究により痴呆の危険因子としての歯の喪失はすでに示されている

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 義歯の装着はむし歯、歯周疾患等により歯を失うことによって生じた、咀嚼機能、構音機能、審美機能の障害に対するリハビリテーションと言える。義歯により食事、会話を楽しむことができるようになる。
- 近年、口腔機能の維持・増進が要介護状態に陥ることを防止する効果があることが、科学的な証明を持って明らかになってきたが、認知度は低い。
- 咬合の維持・回復がリハビリテーションの効果を高めることを特にリハビリテーション関係者に広く理解されることが必要。
- リハビリテーションに関するガイドラインやマニュアルを作成する際は必ず歯科関係者をメンバーに入れ、周知を図ることが重要。
- 活力ある超高齢化社会の実現には要介護者を減少させる必要があり、歯科としても力を尽くしたいと考えている。

# 高齢者リハビリでの口腔ケアのイメージ



## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中
- 転倒・骨折

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進及び生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- 高齢者におけるADLの低下をきたす疾患である脳卒中の危険因子として、高血圧、喫煙、耐糖能異常が重要と考える。
- ADLの低下に対する、脳卒中の人口寄与危険度割合は、男性54%、女性22%で、下肢骨折の人口寄与危険度割合は、男性3%、女性30%との報告もある。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 高齢者におけるADLの低下を予防するため、健康日本21等に基づき、脳卒中の危険因子である高血圧、喫煙、耐糖能異常等の生活習慣改善への予防対策を充実すべきである。
- 適度な運動等の生活習慣の普及定着による転倒・骨折予防対策を充実すべきである。

#### 4：集中的及び間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- 第5次循環器疾患基礎調査(H12)によれば、脳卒中既往者の日常生活動作の状況について、「普通の生活」が68.8%、「屋外の歩行可能」12.1%、「屋内の歩行のみ」15.4%、「座位の生活」1.3%、「殆ど寝たきり」2.5%となっている。
- 高齢者のADLの状況を追跡した調査結果(NIPPON DATA及び早川らの報告)によれば、調査開始時にADLが低下していた高齢者の約20%が追跡期間中にADLが自立し、前期高齢群ほど自立に戻った割合が多いと報告されている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ADLが低下した高齢者を、早期に把握し、ADLの自立を目指した集中的及び間欠的なリハビリテーションを提供すべきである。



文献 上記の根拠となるデータ

- 第5次循環器疾患基礎調査報告(平成12)厚生労働省.
- 平成13年国民生活基礎調査 厚生労働省
- 国民の代表集団による高齢者のADL、生活の質低下の予防に関するコホート研究:  
NIPPON DATA研究班:厚生科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業:国民の代表集団による高齢者のADL、生活の質低下の予防に関するコホート研究:NIPPON DATA報告書 2000、2001.
- 早川 岳人、ほか:NIPPON DATAと高齢者のADL. 総合臨床 54:2174-2178 2003.

## **慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

### **第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 老年症候群（転倒・骨折）

### **第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

#### **1：健康増進及び生活機能低下予防・改善**

##### 1) 現状及び課題

- 老年症候群に関連あると思われる症状等については、国民生活基礎調査によれば、病気やけが等で自覚症状のある者（有訴者、複数回答）の状況を見ると、「肩こり、腰痛、手足の関節が痛む」「手足の動きが悪い」「目がかすむ」「もの忘れ」「便秘」等の自覚症状を有する65歳以上の高齢者は、それぞれの症状について約10人に一人となっている。
- また、同様に健康上の問題で日常生活に影響ある者（複数回答）の状況を見ると、「日常生活動作」や「外出」に影響がある65歳以上の高齢者は、それぞれの項目について約10人に一人となっている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 日常生活の活動に影響を及ぼす高齢者に高頻度で見られる症状を有する高齢者への対応（日常生活の自立やQOLを高めることを支援するプログラム等）を検討すべきである。
- 老年症候群への早期対応による転倒・骨折予防対策について検討すべきである。

#### **4：集中的及び間欠的なリハビリテーション**

##### 1) 現状及び課題

- 高齢者のADLの状況を追跡した調査結果（NIPPON DATA及び早川らの報告）によれば、調査開始時にADLが低下していた高齢者の約20%が追跡期間中にADLが自立し、前期高齢群ほど自立に戻った割合が多いと報告されている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ADLが低下した高齢者を、早期に把握し、ADLの自立を目指した集中的及び間欠的なリハビリテーションを提供すべきである。

#### **文献 上記の根拠となるデータ**

- 平成13年国民生活基礎調査 厚生労働省
- 特集 老年症候群. 総合臨床 52 : 2003.

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 高齢者の存在価値そのものに関する議論が欠如しており、医療費、介護費の増大のみが強調される傾向がある。
- 急性発症であれ慢性発症であれ、発症前状態への回復が困難なことが多い前提に対して、悪化や進行を食い止めることに対する評価と対価の視点が確立されていない(漫然とリハを行っている、実施しても改善しないとの評価しか受けない)。
- 間欠的リハを開始、あるいは終了する基準がなく、現行では経済的保証(具体的に実施する場所、手段)がない。
- 痴呆のリハビリテーションのあり方。
- 基礎疾患が重複し、合併症が起こりやすく、急激に重篤化しやすい。  
(高齢者医学、老人病学が十分確立され普及しているとは言えない)
- 医療区分や保険制度がリハビリテーションの円滑な流れを阻害している。  
各ステージで関わるリハスタッフの意識が分断され、現場ではリハビリテーションの全体像が見失われている。
- リハビリテーションにおけるEBMの帰結研究のあり方について、現状と課題、及び今後のあるべき方向性について議論すべきである。

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中
- 下肢の骨折(とくに大腿骨頸部骨折)、多肢骨折
- 脊髄損傷、とくに頸髄損傷(不全麻痺も含む)
- 頭部外傷

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1 : 健康増進

##### 1) 現状及び課題

- 高齢者の健康に関する関心が、「疾病予防」中心になりやすい。
- 疾病のみならず、体力や心理的な状態、活動・社会参加状況など加齢に伴う問題も含めて総合的に捉える視点が重要。
- 予防に関する高齢者個人の取り組みは「通院と内服」になりやすく、食生活、運動、社会活動、住環境の整備(転倒予防)など生活全般への認識や取り組みは不十分。
- とくに環境要因を含めた転倒予防への関心が低い。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 保健の意味を拡大する。
- 介護予防に関する住民への教育・啓発、住民の認識を高める。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(とくに独居の高齢者)。
  - 自己管理が不十分な人、自分で食事が作れない人  
配食サービス、通所介護・通所リハで開放型ランチオンクラブ
  - 自分で食事が作れる人  
保健事業の健康教室などの強化  
ボランティアとしてランチオンクラブに参画
- 身体機能(筋力強化やバランス・体力増強)強化、趣味の開発、文化的活動などを提供。
- 高齢者のボランティア活動・就労などを支援する基盤整備。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

- 「健康増進」と「生活機能低下予防・改善」は、相互の関連が深く、個別に考えないほうがいいのではないか。
- よって、上記「1.健康増進」と同じ。

### 2) 今後のあるべき姿

- 上記「1.健康増進」に同じ。
- 機能訓練事業B型(名称変更を提案「生活機能向上事業」)の発展展開(通所リハへ委託も検討)。
- 付記
  - ボランティア活動の充実。
  - 社会的役割や家庭内での役割や生きがいを、普段から複数実践。
  - 生きがい創りのインストラクターがいても良いのでは。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

### 1) 現状及び課題

- 廃用症候群の予防が不十分な場合がある。
  - 医療従事者の廃用症候群に対する理解が不十分。
  - 活動性の低下(臥床)から生じる廃用症候群も少なくない。
  - 急性期病院に廃用症候群の出現しやすい療養環境(病床の広さなど)がある。
- ADLの指導が不十分な場合がある。
- 急性期医療機関から直接在宅復帰したもののうちに、過介護、住環境の未整備、参加水準の低下など生活の仕方に問題をもつ場合がある。

### 2) 今後のあるべき姿

- 廃用症候群に対する啓発と教育を徹底。
- 「廃用症候群の予防」と「早期離床(座位)とADLの自立」に特化したリハを行い、より早期に、かつスムーズに、次の集中的リハに移行。
- また、それを推進するシステムづくり。
- 在宅復帰群でリハが必要なケースは、充実した外来リハが可能な医療機関につなぐ。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 奈良勲、浜村明德編集、拘縮の予防と治療、医学書院、2003.

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- 全体として、集中的なリハの開始が遅い。
  - 入院までに発症後平均 42.6 日（脳卒中の場合は 46.8 日）を要している。
- 「自立生活」に対するアプローチが不十分。
  - 訓練室と病棟での生活の仕方に乖離がある。
  - 心理的問題への対応が不十分である。
  - 多職種がかかわってはいるが、役割分担と連携が不十分で、チームアプローチが十分に機能していない。
- 入院中の生活が中心で、退院後の生活を前提としたアプローチが不十分。
  - 在宅生活を視点に据えたリハが不十分。
    - ・ 在宅生活の予測が立てられない、在宅生活を想定した具体的援助に乏しい。
    - ・ MSW の配置が基準化されていない。
  - 病棟生活と在宅生活との能力に乖離。
    - ・ 退院後、自発性・活動性の低い生活になるものもある。
- 入院期間の長期化。
  - 早期の在宅復帰が可能でも、継続した集中的通院リハを提供できる拠点が各地域に不足。

### 2) 今後のあるべき姿

- 待機期間の短い受け入れ体制。
  - 発症後、平均 30 日以内に開始できる体制の整備。
- 「自立生活」獲得に対するアプローチの確立。
  - 病棟看護・介護のマンパワー強化とリハ看護・介護の確立。
  - 病棟リハのあり方(ADL～IADL 自立のアプローチ(場所、頻度、方法、協業等))。
  - 予後予測能力の向上。
  - チームアプローチの強化(専門性の確立など)。
  - 心理的問題への対応(臨床心理士などの参画も)。
- 在宅・施設との連携。
  - MSW の配置を必須に。
  - ケアマネジャーの早期関与。
  - 回復期リハ病棟から、直接、家庭復帰を目指す(課題を先送りしない)。

### 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

- 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 国立保健医療科学院施設科学部、2003.

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- 集中的なリハ実施後の生活状況に関する予測が不十分。
- 間欠的なリハに関する問題が発生した時の判断と対応が遅れることが多い。
- 間欠的なリハを適切かつ効果的に行なう機関が不足している。
- 介護療養型医療施設、老人保健施設、通所リハ、訪問リハ等におけるリハの考え方や具体的援助内容が普遍化していない。
  - リハ専門職の関与が乏しい。
  - ADL への関わりもケアとしての関与にとどまる傾向。
  - 体力維持や廃用性症候群の予防もグループ対応、全ての援助に個別性や具体性が乏しい。
- 老人保健施設、通所リハにおいて、廃用症候群の悪循環を断ち切り、生活機能を維持し社会参加を推進するリハを積極的に行うには、基準通りのマンパワーでは不十分。

### 2) 今後のあるべき姿

- 間欠的なリハを担うべき施設、拠点の機能を明確化して、利用者に選択しやすい環境を作る。
- それにより職種の配置を見直し、リハが担うべき役割も明確化する。
- 問題発生時に、ケアマネジャー等がリハニーズを的確に判断し、適切にマネジメントする。
- 短中期入所によるリハ（とくに介護老人保健施設のリハ機能）を充実させる。
- 外来リハ、訪問リハの機能を充実させる。
- 介護老人福祉施設でも、在宅同様に訪問リハの提供を検討する。

### 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

## 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 痴呆
- 骨折を除く骨関節疾患（とくに疼痛を伴う変形性関節症、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症など）
- 循環器障害に伴う四肢の切断
- 下肢の閉塞性動脈硬化症
- パーキンソン病・症候群
- 慢性呼吸不全
- 白内障、網膜症など視力低下をきたす疾患
- 糖尿病、肥満などで活動の低下した状態

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状と課題

- 疾病特性はあるが、予防的な活動の課題などに大きな差異はないと考えられ、したがって、別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様。
- 検診や人間ドックの充実（検診などに眼科医や整形外科医が関わっていない）。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様。
- 外来診療の中に短時間で侵襲の少ないスクリーニングシステム（検診）を充実させる。（物忘れ、骨粗しょう症などへの対応）。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 2：生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- 別紙1（「急性発症疾患タイプ」）と同様。
- 地域保健活動が、生活機能低下の予防や改善に重点を置いていないのでは。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 別紙1と同様。
- 生活機能の低下とはどのような状態なのか判断基準と対策のマニュアルを作成。
- 生活機能の低下を日常的に観察できる職種・機関をはっきりさせ、定期的に判定でき



るシステムの検討。

- 現在各地域にあるボランティア組織を見直す。  
民生委員や老人会の活動に、生活機能低下に対する予防や改善策も含める。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 4 : 集中的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- 基本的には、別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様の課題がある。
- 基礎疾患が根治することは稀、徐々に生活機能は低下する。とくに、増悪時は「急性発症疾患タイプ」と同様のリハの適応となる。
- 目に見えて機能水準が改善することは少ない。
- 予後予測が困難な場合が多く、長期に漫然としたリハが行なわれがちである。
- 慢性進行性疾患や廃用症候群に対する取り組み、指導体制が不十分。
- ケアマネジャーの質の向上。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 基本的には、別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様の対応が必要である。
- 機能水準の改善にとらわれず、能力水準や参加水準の向上、介護負担の軽減を図る。
- 疾患の特性や経過等を踏まえ、能力水準や参加水準に関する方針とゴールを明確にしながリハを進める。
- とくに、整形外科疾患には機能訓練事業が効果的。
- 地域リハ支援体制の充実を図る。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 5 : 間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- 基本的には、別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様の課題がある。
- なかでも、基礎体力が低い患者が多いために、新たな問題発生や急性増悪時の対応が遅れると、それ以前のレベルに回復することが困難である。
- 在宅生活での活動量を測定する有効な手法がない。在宅生活状況の把握が不十分。
- ケアマネジャーに、機能低下を判断する指標がない。
- ケアマネジャーの質の向上が不可欠。医療との連携が不十分。
- 長期におよぶ経過に伴い、家族の介護力に余裕がない場合が多い。
- 地域の趣味的な活動や運動活動の主催者側に、障害に対応できるノウハウがなく、社会参加を促進しにくい。(たとえば、クラフトの会に片麻痺の人が参加しようとするとう未経験なので困る。)

2) 今後のあるべき姿

- 基本的には、別紙1「急性発症疾患タイプ」と同様の対応が必要である。
- 基礎疾患を管理するかかりつけ医が、間欠的なリハの意義を理解し、紹介や処方などかかわりを強化する。
- ケアマネジャーは、かかりつけ医と連携しながら、家族を含めた生活の支援を続け、必要があれば、適時、間欠的なリハを勧める。
- ケアマネジャーは医療との連携に努め、サービスの質の向上を図る。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 一連の時期を「急性期」「集中的」「間歇的」と続けるには、日本語として、少々無理があるのではないか。時期としての日本語は、「急性期」「亜急性期（回復期）」「慢性期（維持期）」が馴染むか。「回復期リハ病棟」という制度がスタートしている。回復期リハ病棟の内容は、集中的リハをすることではあるが。
- 「介護の社会化」というコンセプトの中で、家族の役割や責任などをもう少し明確にする必要がある。
- 「自立支援」の具体的内容について整理が必要。
- かかりつけ医のリハ理解と関与をどのように進めるかが要点の1つ。
- 訪問看護・介護におけるリハ技術の向上に関する研修体制作りが重要。
- ケアマネジャーのリハ的かわりが可能となるような長期的研修体制が不可欠。
- 福祉用具と住宅改修に関して、必要なケースにリハ専門職がかかわれる体制の整備が必要。住宅改修に関しては、建築業界等と医療福祉関係者が意見交換、情報の共有をする拠点を作るのも有効。

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管障害
- 大腿骨頸部骨折（その他下肢の骨折を含む）
- 痴呆症の一部

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ① 老人保健法による健康増進策や介護予防・地域支え合い事業が、人々の健康増進（介護予防）に資するほど整備されている一方で、一般市民にとってそのような事業が未だ身近なものになっていない。
- ② 健康教育として実施される内容が時代に即したものになっていない。例えば、医療機関がこれほど整備された今、断片的な医療情報を提供するような健康教育よりも、体力の向上や、介護予防の具体的方法を知ることができるようなものが望まれている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ① 老人保健法や介護予防・地域支え合い事業が対象とする枠を健常者の側に広げ、健常者に対して積極的な予防的リハビリテーションの提供を実現する。
- ② 医療機関に委ねるべき内容と、保健分野で担うべき内容を精査して、体力向上や介護予防に資する健康教育のガイドラインを整備する。
- ③ ①、②共に、多様な個人に対する専門的な対応が必要であるので、従前から保健行政を中心的に担ってきた職種に加えて、歯科医師、理学療法士、作業療法士といった専門職種を積極的に活用する。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

- ① 障害のある高齢者のADL（日常生活動作能力）は、在宅で向上することも多々ある。ところが今のリハビリテーションの流れでは、医療機関で完成されたADLを在宅に持ち帰るという形になっており、実際の在宅生活にうまく適応できないケースも多い。
- ② 福祉用具や住宅といった環境整備と、それらに習熟するトレーニングが適切に行われることによって障害のある高齢者のADLは大きく向上する。介護保険によってこれらの下支えはできたが、高い質が保障されるにまでは至っていない。
- ③ 在宅生活の中で日々変化する身体機能やADLに適切に対応するリハビリテーションが行われることによって、障害のある高齢者のADLは維持されあるいは向上するが、このような変化に対応するリハビリテーションの提供体制が十分でない。
- ④ 従来の医療的リハビリテーションでは、「生活機能」についての対応は傍流に位置づけられていた感があり、生活機能の維持・改善に向けたリハビリテーションが確立されていない状況にある。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 在宅で暮らしながら、ADLや生活能力の獲得や向上に資するリハビリテーションサービスを受け得るような体制整備。ディケア、保健センターの専門的人材（理学療法士・作業療法士）の配置を含む機能の充実が適当と考えられる。
- ② ディケア、保健センターからの訪問リハビリテーションサービスの充実。
- ③ ディケア、保健センターにおける、通所サービス・訪問サービスの相乗効果を高めるような仕掛けの整備。
- ④ 生活機能の維持・再建に関するガイドラインの整備。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 3：急性期のリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

この項、記載無し。

### 2) 今後のあるべき姿

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ① 医療機関でのリハビリテーションが重視され、その内容が整備されることは望ましいことであるが、患者（サービス利用者）はあくまでも在宅生活を目指しているわけで、場合にはよっては医療機関よりも在宅で行われる濃厚なリハビリテーションが適当なこともある。
- ② 障害のある高齢者を医療機関が在宅に返すという流れが一般的であるが、合わせて、在宅サービス側が入院中の患者に対して、「家出の暮らしは大丈夫」という具体的なプランをリハビリテーションのメニューも含めて提示することが、在宅生活への復帰に向けて有効である。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 在宅リハビリテーションの強化。介護保険によるリハビリテーションサービスに加えて、保健サービスとしてのリハビリテーション機会の提供。特に退院時や、あらたな環境整備を行ったとき、あるいは身体機能の変化が見られたときなどは、より専門的で濃厚なリハビリテーションが必要で、この部分を保健サービスとして担うことのできる仕組みの整備。
- ② 医療と在宅が協調してリハビリテーションメニューを作成する仕組みの整備。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ① 介護保険による継続的なリハビリテーションの提供に加えて、福祉用具の導入や住宅改修、あるいはそのような新たな環境に慣熟するために必要なリハビリテーションサービスの提供は、生活能力の維持改善に有効であるが、未だこれらが実現できていない。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 保健サービスによる遊撃的なリハビリテーションサービスの提供を実現する。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 多発性脳梗塞
- 変形性関節症
- 痴呆症の一部

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ① 急性発症タイプと同じように、多様な個人の嗜好性に対応できる健康教育メニューが求められている。
- ② 高齢者の多くは、入院を必要とするような疾病を経験しない限り、自ら障害を自覚することは少ない。したがって、老人クラブやその他趣味的集まりの機会にも、健康増進や障害予防のメニューに触れることができる仕組みが必要である。
- ③ 転ばぬ先の杖的な役割を果たす環境整備の重要性を痛感するが、これに関する啓発、あるいは具体的な相談に応えることができていない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ① 健康教育に係るガイドラインの整備。
- ② 老人保健事業、社会教育、介護予防・地域支え合い事業、介護保険など高齢者の周辺にある様々なサービスを具体的に連携して、相乗り事業を積極的に展開し、予防的リハビリテーションを推進する。
- ③ 老人保健法の対象を積極的に健常者側に拡大し、元気なままの長寿を推進する。当然、元気な高齢者向けの健康教育を再検討し①のガイドラインに盛り込むことが重要。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 2：生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- ① 徐々に進行する障害によって、本人が気づかないうちに生活機能の低下が大きく進んでいることに出会うことも多い。これを予防するには、身体機能や生活機能に対する定期診断と、それに基づく予防的リハビリテーションの実施が有効である。ところが現状では、定期診断、リハビリテーションサービスの提供とも未だ不十分な状況にある。
- ② 本人や家族が生活機能の低下に気づいても、明確な疾病や障害がないと、相談をしようという行動をとりにくい。また、相談に応えることのできる専門的機関が極めて少ない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 保健サービスによる、身体機能・生活能力に関する定期診断の実施とそれに基づく予防的個別リハビリテーションメニューの提供。
- ② ディケア、保健センターによる専門的相談機能の強化（専門的人材の配置を含む）。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

#### 4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ① 身体障害のリハビリテーションに関する専門機関はあっても、生活機能の低下に専門的に関わることのできる機関が身近に無い。
- ② 特に在宅の環境に即した生活機能の支援・再建に関わることのできる専門的施設は極めて少ない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 生活能力の維持・改善に関するガイドラインの整備。
- ② ディケア、保健センターが、生活能力の向上を企図して、関連する機関を活用しながら宿泊を伴うようなトレーニングを実施できるような機能整備。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

#### 5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ① 先述したように、定期的な生活機能のチェックは予防的リハビリテーションの立場から重要である。しかし現状ではそれらが十分行われていない。
- ② 高齢者の場合、少しの体調変化によって生活機能の大きな低下を招きやすい。また、それが永続的なものになりやすい危険性を併せ持っている。そこで、適時適切な濃淡のあるリハビリテーションサービスの提供が必要であるが、現状ではこれに対応できていない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 身体機能・生活機能に関する定期診断の仕組みづくり。
- ② 保健サービスによる高度専門的な遊撃的リハビリテーションサービスの実現。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ



## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管障害
- 大腿骨頸部骨折（その他下肢の骨折を含む）
- 痴呆症の一部

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ① 老人保健法による健康増進策や介護予防・地域支え合い事業が、人々の健康増進（介護予防）に資するほど整備されている一方で、一般市民にとってそのような事業が未だ身近なものになっていない。
- ② 健康教育として実施される内容が時代に即したものになっていない。例えば、医療機関がこれほど整備された今、断片的な医療情報を提供するような健康教育よりも、体力の向上や、介護予防の具体的方法を知ることができるようなものが望まれている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ① 老人保健法や介護予防・地域支え合い事業が対象とする枠を健常者の側に広げ、健常者に対して積極的な予防的リハビリテーションの提供を実現する。
- ② 医療機関に委ねるべき内容と、保健分野で担うべき内容を精査して、体力向上や介護予防に資する健康教育のガイドラインを整備する。
- ③ ①、②共に、多様な個人に対する専門的な対応が必要であるので、従前から保健行政を中心的に担ってきた職種に加えて、歯科医師、理学療法士、作業療法士といった専門職種を積極的に活用する。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

- ① 障害のある高齢者のADL（日常生活動作能力）は、在宅で向上することも多々ある。ところが今のリハビリテーションの流れでは、医療機関で完成されたADLを在宅に持ち帰るという形になっており、実際の在宅生活にうまく適応できないケースも多い。
- ② 福祉用具や住宅といった環境整備と、それらに習熟するトレーニングが適切に行われることによって障害のある高齢者のADLは大きく向上する。介護保険によってこれらの下支えはできたが、高い質が保障されるにまでは至っていない。
- ③ 在宅生活の中で日々変化する身体機能やADLに適切に対応するリハビリテーションが行われることによって、障害のある高齢者のADLは維持されあるいは向上するが、このような変化に対応するリハビリテーションの提供体制が十分でない。
- ④ 従来の医療的リハビリテーションでは、「生活機能」についての対応は傍流に位置づけられていた感があり、生活機能の維持・改善に向けたリハビリテーションが確立されていない状況にある。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 在宅で暮らしながら、ADLや生活能力の獲得や向上に資するリハビリテーションサービスを受け得るような体制整備。ディケア、保健センターの専門的人材（理学療法士・作業療法士）の配置を含む機能の充実が適当と考えられる。
- ② ディケア、保健センターからの訪問リハビリテーションサービスの充実。
- ③ ディケア、保健センターにおける、通所サービス・訪問サービスの相乗効果を高めるような仕掛けの整備。
- ④ 生活機能の維持・再建に関するガイドラインの整備。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 3：急性期のリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

この項、記載無し。

### 2) 今後のあるべき姿

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ① 医療機関でのリハビリテーションが重視され、その内容が整備されることは望ましいことであるが、患者（サービス利用者）はあくまでも在宅生活を目指しているわけで、場合にはよっては医療機関よりも在宅で行われる濃厚なリハビリテーションが適当なこともある。
- ② 障害のある高齢者を医療機関が在宅に戻すという流れが一般的であるが、合わせて、在宅サービス側が入院中の患者に対して、「家出の暮らしは大丈夫」という具体的なプランをリハビリテーションのメニューも含めて提示することが、在宅生活への復帰に向けて有効である。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 在宅リハビリテーションの強化。介護保険によるリハビリテーションサービスに加えて、保健サービスとしてのリハビリテーション機会の提供。特に退院時や、あらたな環境整備を行ったとき、あるいは身体機能の変化が見られたときなどは、より専門的で濃厚なリハビリテーションが必要で、この部分を保健サービスとして担うことのできる仕組みの整備。
- ② 医療と在宅が協調してリハビリテーションメニューを作成する仕組みの整備。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ① 介護保険による継続的なリハビリテーションの提供に加えて、福祉用具の導入や住宅改修、あるいはそのような新たな環境に慣熟するために必要なリハビリテーションサービスの提供は、生活能力の維持改善に有効であるが、未だこれらが実現できていない。

### 2) 今後のあるべき姿

- ① 保健サービスによる遊撃的なリハビリテーションサービスの提供を実現する。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 多発性脳梗塞
- 変形性関節症
- 痴呆症の一部

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ① 急性発症タイプと同じように、多様な個人の嗜好性に対応できる健康教育メニューが求められている。
- ② 高齢者の多くは、入院を必要とするような疾病を経験しない限り、自ら障害を自覚することは少ない。したがって、老人クラブやその他趣味的集まりの機会にも、健康増進や障害予防のメニューに触れることができる仕組みが必要である。
- ③ 転ばぬ先の杖的な役割を果たす環境整備の重要性を痛感するが、これに関する啓発、あるいは具体的な相談に応えることができていない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ① 健康教育に係るガイドラインの整備。
- ② 老人保健事業、社会教育、介護予防・地域支え合い事業、介護保険など高齢者の周辺にある様々なサービスを具体的に連携して、相乗り事業を積極的に展開し、予防的リハビリテーションを推進する。
- ③ 老人保健法の対象を積極的に健常者側に拡大し、元気なままの長寿を推進する。当然、元気な高齢者向けの健康教育を再検討し①のガイドラインに盛り込むことが重要。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 2：生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- ① 徐々に進行する障害によって、本人が気づかないうちに生活機能の低下が大きく進んでいることに出合うことも多い。これを予防するには、身体機能や生活機能に対する定期診断と、それに基づく予防的リハビリテーションの実施が有効である。ところが現状では、定期診断、リハビリテーションサービスの提供とも未だ不十分な状況にある。
- ② 本人や家族が生活機能の低下に気づいても、明確な疾病や障害がないと、相談をしようという行動をとりにくい。また、相談に応えることのできる専門的機関が極めて少ない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 保健サービスによる、身体機能・生活能力に関する定期診断の実施とそれに基づく予防的個別リハビリテーションメニューの提供。
- ② デイケア、保健センターによる専門的相談機能の強化（専門的人材の配置を含む）。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4 : 集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ① 身体障害のリハビリテーションに関する専門機関はあっても、生活機能の低下に専門的に関わることのできる機関が身近に無い。
- ② 特に在宅の環境に即した生活機能の支援・再建に関わることのできる専門的施設は極めて少ない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 生活能力の維持・改善に関するガイドラインの整備。
- ② デイケア、保健センターが、生活能力の向上を企図して、関連する機関を活用しながら宿泊を伴うようなトレーニングを実施できるような機能整備。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5 : 間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ① 先述したように、定期的な生活機能のチェックは予防的リハビリテーションの立場から重要である。しかし現状ではそれらが十分行われていない。
- ② 高齢者の場合、少しの体調変化によって生活機能の大きな低下を招きやすい。また、それが永続的なものになりやすい危険性を併せ持っている。そこで、適時適切な濃淡のあるリハビリテーションサービスの提供が必要であるが、現状ではこれに対応できていない。

2) 今後のあるべき姿

- ① 身体機能・生活機能に関する定期診断の仕組みづくり。
- ② 保健サービスによる高度専門的な遊撃的リハビリテーションサービスの実現。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管疾患
- 骨折

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ・ 健康増進への取り組みが国民の価値観の多様化に対応できていない。
- ・ 「こころの健康」への関心が低い。こころの健康は精神科領域の問題としてとらえられる傾向にあり、記憶、遂行機能、コミュニケーションなどの認知活動を含むものであるという認識が低い。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 健常高齢者のこころの健康および体力向上に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハビリテーション専門職が関わる。
- ・ 認知活動を含むこころの健康への国民の関心を高める（健康診査の対象にこころの健康を入れる等）
- ・ 健常高齢者の層別化と各層に対応した健康増進対策の推進（民活利用）

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 2：生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- ・ 生活機能低下の概念が浸透しておらず、早期発見が不十分である。
- ・ 生活機能低下予防に対する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職の関わりが少ない。
- ・ 認知・コミュニケーション機能低下への関心が低く、問題が複雑化、重度化する傾向がある。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 生活機能低下の早期発見と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの専門的対応
- ・ 生活機能低下への地域活動をベースにした多彩なリハビリテーションプログラムの実施（民活の利用）

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

3 : 急性期のリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ・ 急性期リハビリテーションの人員配置が不十分（言語聴覚療法は早期リハ加算の対象になっていない）
- ・ リハビリテーションの対象が運動機能中心で認知・コミュニケーション障害への対応が遅れる傾向にある。
- ・ 一般診療科医師のリハビリテーションへの理解が低く、機能回復が期待できるにも関わらず回復期リハビリテーションに紹介されない患者がいる。

2) 今後のあるべき姿

- ・ リハビリテーション専門職の適正な人員配置
- ・ リハビリテーションのゴールを明確にし、シームレスに回復期リハビリテーションにつなぐ。
- ・ 地域の医療・福祉施設の連携強化、紹介率向上
- ・ 一般診療科医師やケアマネジャーのリハビリテーションへの理解を深める。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4 : 集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ・ 回復期リハビリテーション病棟をもつ施設が不足していると同時に、人員配置が不十分であり、必要とするサービスを受けられない者がいる。（回復期リハ病棟には言語聴覚士の位置付けがない）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟の効果測定がBIで行われており、認知機能、コミュニケーション機能などの変化がとらえきれていない。
- ・ 介護保険の通所リハビリテーションに機能回復が期待できる高齢者がきており、医療保険施設との機能分担が曖昧になっている。
- ・ ケアマネジャーのリハビリテーションに対する理解が低く、ケアプランにリハビリテーションサービスが含まれないことがある。

2) 今後のあるべき姿

- ・ 回復期リハビリテーション病棟の増加と適正な人員配置
- ・ リハビリテーションの効果測定を多面的に行い、全人間的な側面からサービスを提供する。
- ・ 介護保険通所施設と医療保険施設におけるリハビリテーションの機能分担

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ・ 在宅生活を支援するリハビリテーション専門職の人員配置が不十分（訪問リハビリテーションに言語聴覚療法の位置付けはない）
- ・ リハビリテーション専門職でない者がリハビリテーション様の対応をしており、問題を複雑化、重度化させることがある。
- ・ 介護保険における個別のリハビリテーションの質が低い。
- ・ ボランティア、ピアグループの活動との連携が不十分

### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 在宅生活を支援するリハビリテーション専門職の適正な人員配置  
訪問看護ステーションにリハビリテーション専門職の適正な人員配置  
訪問リハビリテーションステーションの設置
- ・ 介護保険における個別のリハビリテーションの質の担保（専門職の教育・研修の充実）
- ・ ボランティア、ピアグループの活動との連携強化

### 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ



## **慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

### **第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 痴呆
- パーキンソン病, ALS等の神経難病

### **第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

#### **1 : 健康増進**

##### 1) 現状及び課題

- ・ 「加齢に伴う認知・コミュニケーション機能の変化」に対する社会の認識が進んでおらず、その予防を目指した活動が少ない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 加齢による認知・コミュニケーション機能の変化に対する啓発活動の充実。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### **2 : 生活機能低下予防・改善**

##### 1) 現状及び課題

- ・ 軽度認知障害(MCI)や痴呆の初期段階にある者を早期発見する体制が整っていない。
- ・ 脳ドックなどでMCIや初期痴呆がある者が発見されても、経過観察が主でリハビリテーション的対応がほとんどなされていない。
- ・ 初期の痴呆やMCIに言語聴覚士などのリハビリテーション専門職が対応する体制が医療保険においては整っていない。初期の神経難病患者の在宅生活支援体制が整っていない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ MCIおよび初期痴呆を早期発見する機能を地域の保健センター、リハビリセンター等がもつ。
- ・ 精神科領域と連携して、MCIおよび初期痴呆のリハビリテーション・ケアに言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等のリハビリテーション専門職が対応できる体制を整える。
- ・ 初期の神経難病患者の生活支援体制を地域で整える。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 4：集中的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- ・ 痴呆に対する質の高い、個別的なケアプログラムが実施されていない。
- ・ 痴呆の認知機能の評価・ケア方法の研究開発が進んでいない。
- ・ 痴呆のケアに言語聴覚士等の専門職が参加することが少なく、生活介護が中心となっている。神経難病に対しターミナルケアまでを視野に入れて質の高いリハビリテーションを行う施設が少ない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 痴呆患者に質の高いケアプログラムを提供する痴呆基幹施設の設置。
- ・ 痴呆のケアに言語聴覚士等のリハビリテーション専門職が参加する
- ・ 在宅支援、ターミナルケアを視野に入れた、神経難病リハビリテーション施設の増加。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 5：間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- ・ 痴呆患者の在宅生活支援に対するリハビリテーション専門職の関わりが少ない。
- ・ 神経難病患者の在宅支援・ターミナルケアへのリハビリテーション専門職の関わりが少ない（訪問リハビリテーションに言語聴覚療士は位置付けられていない）

##### 2) 今後のあるべき姿

- ・ 神経難病患者や痴呆患者の在宅生活をリハビリテーション専門職が支援する体制の充実

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 認知機能を含む「こころの健康」の啓発活動推進
- 障害予防およびリハビリテーション重視の介護保険へ
- 介護保険におけるリハビリテーションの質の担保(効果の測定とエビデンスにもとづくサービス)
- 軽度認知障害(MCI)・初期痴呆への個別的リハビリテーションの充実
- 質の高い地域リハビリテーションを行う専門職の育成

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管障害→身体機能低下, 知的機能低下
  - 転倒→骨折
- 以後, 脳血管障害のみについて回答

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1 : 健康増進

##### 1) 現状及び課題

- 脳血管障害
  - ・危険因子に関する知識(生活習慣病)及び発症誘引に関する知識の欠如。
  - ・生活習慣(運動, 食事など)に関する知識の欠如\*(日本脳卒中協会での調査)。
- 転倒骨折→osteoporosisに関する知識, 予防法の知識欠如。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 脳血管障害に関する知識の啓発。  
定期的健康診断の強化→危険因子のチェックと同時に血管病変の有無のチェック。  
(例えば, 頸動脈超音波検査など←産業医による検診項目に入っている)
- 年齢層別の至適運動法, 運動量に関する指針の策定。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

辻本朋美, 三浦早苗, 中山博文ほか: 一般市民の脳卒中に関する知識. 脳卒中 22 : 79, 2000  
(抄録)

#### 2 : 生活機能低下予防・改善

##### 1) 現状及び課題

- 生活環境の整備不良(機能改善を図るための機会, 場所)。
- 精神的, 身体的刺激の不足。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 運動の機会, 場所の提供。
- 運動・精神機能維持を目的とした運動の必要性の啓発。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

### 3 : 急性期のリハビリテーション

#### 1) 現状及び課題

- 治療体制 (stroke unit の構築, チーム医療) の整備不十分。
- チーム医療への意識 (行政, 医師を含む) の不足。
- 血栓溶解薬 (rt-PA) の認可がなされていない (現在治験進行中・・登録終了)。
- 急性期からのリハ医の関与が不十分かつ脳卒中医との連携が少ない (リハ医の研修期間中に急性期医療の経験をつむ, また急性期の病態生理の研修をするカリキュラムが必要?)。
- 脳卒中診療における 24 時間体制の不備 (リハ医, PT, MRI 放射線技師を含む)。
- 本当の内科系脳卒中専門医が少ない。

#### 2) 今後のあるべき姿

- 上記の体制の整備と確立 (人的資源を含めて) → 専門家によるチーム医療体制。
- rt-PA の早期認可 (ただし, その使用には施設限定など, 安全性に十分な配慮が必要)。
- リハビリテーションの施設間, 地域間格差の是正。
- 脳卒中専門医に関しては, 本年度より日本脳卒中学会認定医制度が発足した (平成 17 年度より認定試験制度)。

#### 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

- 山口武典 (主任研究者) : 脳梗塞急性期医療の実態に関する研究. 厚生科学研究, 2000
- 数井 誠司, 木村和美, 峰松一夫, 山口武典ほか : 臨床神経 42 : 736-744, 2002
- 木村和美, 数井誠司, 峰松一夫, 山口武典ほか : 脳卒中 投稿中

### 4 : 集中的なリハビリテーション

#### 1) 現状及び課題

- 入院期間短縮化 (これまでの日本が長すぎたことは十分承知) のため, いわゆる seamless care が行えない傾向あり。
- 恐らく, これは集中的回復期リハ病院の不足 (質の高い) によると思われる。
- 急性期病院と回復期リハ専門施設との連携が不十分な地域が多い。

#### 2) 今後のあるべき姿

- 集中リハ施設の充実化。
- 連携システムの充実化を全国的に展開。
- 早期加算期間の延長?? → 時代に逆行する考えであることは承知。

#### 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

## 5 : 間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- 介護保険制度で利用可能な社会資源が、十分に活用されていない。
- 外来でのリハ回数が制限されている。

### 2) 今後のあるべき姿

- 介護保険制度の理解に関する啓発。
- デイサービスなどの施設を増設し、利用しやすくする。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

総合リハ31 (3, 6) : 2003 に特集, 色々な意見が集約

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- パーキンソン症候群を含む変性疾患
- 多発性脳梗塞（急性発症の形をとらない病態）

**第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

**1：健康増進**

1) 現状及び課題

- (1) これらの疾患に対する知識の欠如（薬物療法開始の遅延）。
- (2) 専門医による適切な早期治療が行われがたい。
- (3) 一般市民の脳血管障害危険因子に関する知識が少ない。
- (4) 特に、無症候性脳梗塞の存在の危険性への知識の不足。  
(症候性脳梗塞の大きな危険因子)

2) 今後のあるべき姿

- (1) 上記疾患に関する市民の啓発→早期受診のすすめ。
- (2) 危険因子の治療と予防的投薬（抗血小板薬など）←特に無症候性脳梗塞。
- (3) 健康な時期にも健康診断（危険因子の発見と血管病変の検出）。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**2：生活機能低下予防・改善**

1) 現状及び課題

- (1) 自己管理（家族を含めて）に関する知識不足。
- (2) 自己管理の機関はリハなどの指導は受けられない。

2) 今後のあるべき姿

自己管理の時点から、通所リハなどの有効性が提唱され、広く受療できることが望ましい。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 4：集中的なりハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- 慢性進行性疾患に関しては診療報酬が低く、実施頻度の増加に伴ってさらに安くなるため、実施回数が制限されているのではないか？

##### 2) 今後のあるべき姿

- 維持目的でのリハが慢性進行性疾患には必要であることを明らかにし、医療制度に反映させるべく努力する。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 5：間欠的なりハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- 介護制度で利用可能な社会資源の活用不十分。
- 外来リハの回数制限がある。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 介護保険制度に関する知識の周知徹底。
- デイサービスなどの施設の充実と増加。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ



## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

○リハビリテーションに対する患者、家族の期待が大きすぎる(機能回復に対する過剰の期待)ため、PT, OT, ST がエンドレスになりがち。

○さまざまな理由で、家庭への退院が制限されている。

○ 家庭への退院が長期予後にも良い影響を与えること\*。

\*Kimura K, Minematsu K, Kazui S, Yamaguchi T: Mortality and cause of death after ischemic stroke or TIA; A hospital-based prospective registration study of 10,981 patients in Japan. In submission to *Stroke*

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳血管障害
- 骨折

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

2に記載

##### 1) 現状及び課題

##### 2) 今後のあるべき姿

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 2：生活機能低下予防・改善 および

#### 5：間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

#### 1. 介護予防・リハビリテーションの充実

対象者は幅広い（具体的に整理をすすめることが必要）

|             |  |
|-------------|--|
| 要介護者（重度）    | ～悪化予防、介護軽減（医療転換の防止）<br>褥創・拘縮予防・改善、呼吸理学療法、座位獲得、食事動作獲得、生活の質向上等 |
| 要介護者（中度・軽度） | ～介護度の維持・軽減<br>活動性向上、自立支援、移動能力の獲得、転倒予防、趣味活動、介護指導等             |
| 要支援者        | ～転倒予防（筋力・バランス向上）、社会参加等                                       |
| 65歳以上の高齢者   | ～介護予防、転倒予防   |

#### 2. リハビリテーション機能が充実している地域とそうでない地域の格差

介護サービス事業所の地域格差と同様、リハビリテーション機能が充実している地域とそうでない地域の格差は歴然としており、リハビリテーションの拠点となる大規模な施設ばかりでなく、過疎地等でも柔軟な提供ができるよう、新たな提供体制を作る必要がある。

2) 今後のあるべき姿

①すべての対象者において体力低下(廃用)と痴呆を予防・改善する視点が重要

\*リハビリテーション重視の介護予防事業の研究

\*痴呆予防・改善のリハビリテーション効果を研究

②高齢者の複雑な状態、多様なニーズに合わせた多様なリハビリの検討

\*動作や移動やADLばかりでなく、むしろ関節、筋力、心肺機能、疼痛、慢性疾患などへの配慮も重要。

③地域密着の小規模多機能型リハビリテーション事業所の設置 リハビリテーション提供を目的とした訪問、通所、介護予防の拠点(PT・OT・ST等)

- ・ 訪問サービス
- ・ 通所サービス
- ・ 介護予防サービス(転倒予防、口腔ケア、その他)
- ・ 福祉用具・住宅改修相談の拠点

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

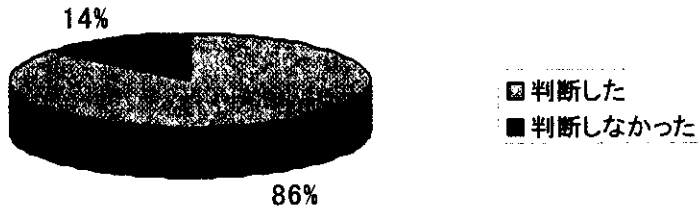
日本理学療法士協会保健福祉部東北ブロック

訪問リハビリテーションアンケート調査結果

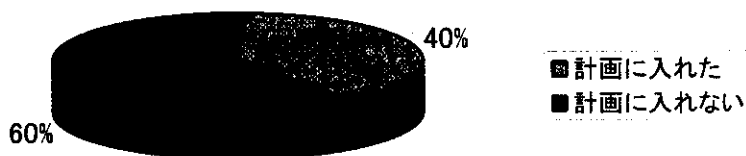
対象 東北地方ケアマネジャー202名

2002年

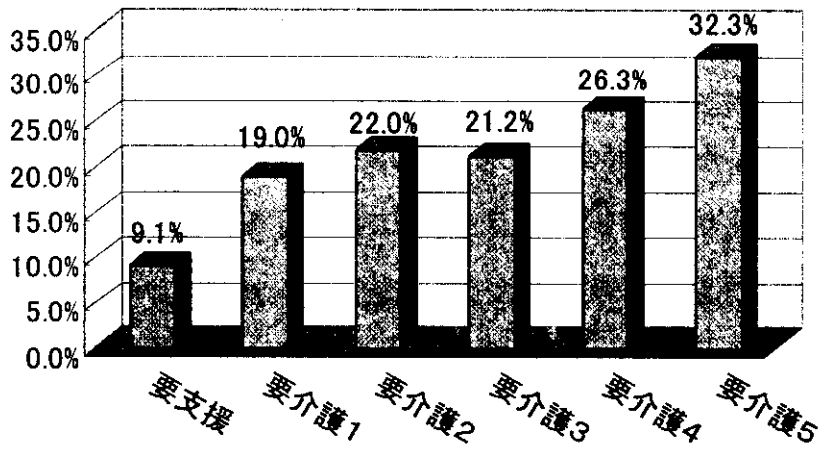
訪問リハを必要と判断



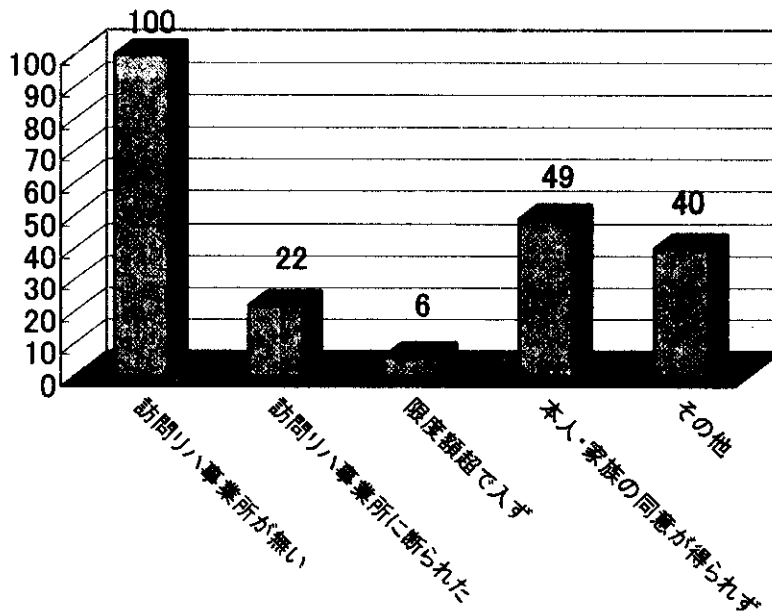
訪問リハを計画に入れた



訪問リハを計画に入れた数/訪問リハを必要と判断した数



計画通りに入れなかった理由



### 3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

#### 1) 現状及び課題

脳血管障害患者の急性期病院から回復期リハビリテーション病棟（病院）への移動の遅延  
人工呼吸管理下の患者等、内科的治療を要する患者の受け入れ側の問題  
急性期病院におけるPT、OT、ST数

2) 今後のあるべき姿

回復期リハビリテーション病棟に必要な内科的治療の診療報酬  
急性期病院におけるPT、OT、STの配置増による適正なアプローチ

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

日本理学療法士協会理学療法効果検討委員会報告書 2001年

1 施設だけで調査を終了した患者と2施設以上で入院を経験した患者との比較

発症から最初の理学療法を開始するまでの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=569 | 7.6± 7.4 日  |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=228 | 13.2±17.8 日 |

発症からあなたが理学療法を開始するまでの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=574 | 8.0± 8.4 日  |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=251 | 43.1±33.2 日 |

発症から離床までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=549 | 14.2±13.1 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=218 | 15.1±14.2 日 |

4 : 集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

1) 現状及び課題

1 施設だけで調査を終了した患者と2施設以上で入院を経験した患者との比較

発症からあなたが理学療法を開始するまでの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=574 | 8.0± 8.4 日  |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=251 | 43.1±33.2 日 |

発症から歩行練習までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=456 | 22.3±18.6 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=202 | 36.2±29.2 日 |

発症から理学療法室内10m近位監視歩行までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=338 | 38.3±32.2 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=158 | 61.5±43.0 日 |

発症から院内自立歩行までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=202 | 45.3±36.3 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=91  | 69.1±47.3 日 |

発症から屋外歩行自立までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=149 | 48.0±33.5 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=53  | 81.3±51.6 日 |

## 発症から退院までの期間

|                  |       |              |
|------------------|-------|--------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=438 | 75.8±45.6 日  |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=180 | 129.9±57.0 日 |

## 退院時のADLレベル

|          | 1 施設だけで調査を終了した患者<br>n=422 | 2 施設以上で入院を経験した患者<br>n=180 |
|----------|---------------------------|---------------------------|
| 屋内歩行 (%) |                           |                           |
| 全介助      | 14.0                      | 17.8                      |
| 最大介助     | 3.8                       | 2.2                       |
| 中等度介助    | 5.7                       | 8.3                       |
| 最小介助     | 9.5                       | 9.4                       |
| 監視・準備    | 19.9                      | 16.7                      |
| 修正自立     | 15.9                      | 13.3                      |
| 完全自立     | 31.3                      | 32.2                      |

## 退院先

|        | 1 施設だけで調査を終了した患者<br>n=422 (%) | 2 施設以上で入院を経験した患者<br>n=180 (%) |
|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| 自宅     | 60.4                          | 56.7                          |
| 他の医療機関 | 29.4                          | 36.1                          |
| 老人保健施設 | 6.9                           | 3.9                           |
| その他の施設 | 1.6                           | 1.7                           |
| その他    | 1.6                           | 1.7                           |

発症後3か月以上1施設だけに入院して理学療法を受けた患者と2施設以上入院を経験した患者との比較(同レベルの障害をもつ患者の比較)

## 発症から退院までの期間

|                  |       |              |
|------------------|-------|--------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=222 | 104.1±45.2 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=129 | 143.6±49.3 日 |

## あなたが担当してから退院までの期間

|                  |       |             |
|------------------|-------|-------------|
| 1 施設だけで調査を終了した患者 | n=221 | 96.2±43.8 日 |
| 2 施設以上で入院を経験した患者 | n=127 | 95.4±36.8 日 |

発症からリハビリテーション病院でPTを開始するまでの期間が1か月半  
環境調整等含めた入院リハビリテーションに概ね3か月必要  
急性期病院での入院期間が 発症から退院までの期間にそのまま反映

2) 今後のあるべき姿

急性期病院における入院期間の短縮を目指すために、より集中したリハビリテーションサービスを行い、円滑な転院が実現できるようにする。また、退院後に適切で細やかなリハビリテーションサービスを提供できるように、地域密着型の小規模多機能リハビリテーション事業所を設け、途切れのない地域社会への誘導を積極的に行う。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

日本理学療法士協会理学療法効果検討委員会報告書 2001年

日本理学療法士協会保健福祉部東北ブロック

訪問リハビリテーションアンケート調査結果

対象 東北地方ケアマネジャー202名 2002年

介護保険情報8 : p55 「表1 トラブルがあった住宅改修の種類と件数」

「表2 何をめぐってトラブルとなったか」吉川和徳

## 5 : 間欠的なリハビリテーション

### 2に記載

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方**

**第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態**

- 神経難病（パーキンソン病、脊髄小脳変性症など）
- 骨関節疾患（OA、RAなど）
- 痴呆

**第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等**

急性発症疾患タイプにまとめて記載

**1：健康増進**

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**2：生活機能低下予防・改善**

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ



#### 4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

政策誘導としてあげられた対象疾患あるいは障害だけで十分か

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

#### 5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 医療から介護へ、高齢者へのサービスは途切れのないものであること
  
- いわゆる“川下”にはいろいろな障害をもつケースがいる。それぞれに見合ったサービスの充実が必要
  
- かゆいところに手が届く地域密着型の小規模多機能型リハビリテーション事業所の展開が必要