

高齢者リハビリテーション研究会中間報告(骨子)

目次

1. 検討の視点.....	1
2. 高齢者のリハビリテーションの考え方.....	1
3. 啓発.....	2
(1) 国民.....	2
(2) 専門職.....	2
4. 状態像に応じた適切なリハビリテーション.....	2
(1) 原因疾患に応じた適切なリハビリテーション.....	2
(2) 要介護度に応じた適切なリハビリテーション.....	4
5. 現行サービスの課題と今後の方策.....	5
(1) 施設サービス.....	5
(2) 訪問リハビリテーション.....	5
(3) 通所リハビリテーション・外来リハビリテーション.....	6
(4) ショートステイ(短期入所療養介護).....	6
(5) 福祉用具・住宅改修.....	6
6. 機能分担・連携.....	6
(1) 情報と連携.....	7
(2) システム.....	7
7. その他.....	7
(1) 人材育成.....	7
(2) 研究.....	7
(3) その他.....	8
8. おわりに.....	8
今後の方向性.....	8

1. 検討の視点

- 介護保険が施行されて3年半が経過し、制度の見直し、介護サービスの一層の向上が課題となっている。
- その際、介護保険の理念の一つである自立支援がどの程度達成されたか、検証が求められ、その観点から、介護予防、リハビリテーションの見直しが求められている。
- 2003年6月にとりまとめられた「高齢者介護研究会」の報告は、現行のリハビリテーションについて、
 - ・ 従来のサービスメニューの見直し
 - ・ 真に予防に効果がある新たなプログラムの開発
 - ・ 要介護度のステージ等に応じた要介護状態の悪化の防止や軽減のための施策の体系の構築が必要であると指摘している。
- 本研究会は、この指摘を踏まえ、今後のリハビリテーションのあり方の具体策について、さらに詳細な精査・研究により明らかにしていくため、本年7月に設置されたものであり、委員からの発表・情報提供等を中心に7回にわたって検討・討議を行った。
- 討議にあたっては、次の視点を重視した。
 - ・ リハビリテーションの理念をどのように捉え、広げていくべきかという「啓発」の視点
 - ・ リハビリテーションの効果を「検証」する視点
 - ・ リハビリテーションを進める際の「連携」の視点
 - ・ リハビリテーションの「地域における一体的な提供」をどのように進めていくかという視点

2. 高齢者のリハビリテーションの考え方

- 要介護の高齢者の自立を支援し、可能な限り在宅で暮らし続けることができるよう、保健、医療、介護の領域において、適時・適切なリハビリテーションが提供できるようにしていくことが求められる。
- その際、利用者がリハビリテーションを利用できるような情報の提供、専門職種間の協働・チームアプローチの確立が課題である。
- リハビリテーションは、利用者にとって、最適の個別的・個性的な目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づいて提供されなければならない。

- 個別的な計画は、定期的に評価され、その評価に基づき、必要な場合は修正又は更新されるべきである。また、利用者の状態に応じ、集中的・間欠的に行われ、効果がなく惰性的に実施されることがあってはならない。

3. 啓発

(1) 国民

- 地域社会の構成員である国民ひとりひとりが介護予防・リハビリテーションについて理解を深めることが重要で、また、そのための地域の専門職の役割も重い。
- 自立支援の観点から、リハビリテーションに関する啓発運動を計画的に展開する必要がある。

(2) 専門職

- 利用者本人に直接に接することの多い専門職は、高齢者本人の生きる喜び、生きがいにつながるようなリハビリテーションを提供する必要がある。状態像の異なる多くの高齢者に対して漫然と集団的・画一的に実施するのではなく、個々の利用者との協働して作成した目標に向けて利用者が主体的に取り組めるようにすることが求められている。
- このような専門職向けに共通したリハビリテーションのガイドラインの作成が必要である。
- 地域における医療と介護の中心的な役割を担う、かかりつけ医と介護支援専門員は、リハビリテーションについてより一層の理解を深める必要があり、相互に密接な連携を保ちリハビリテーションの提供を進めることが求められる。

4. 状態像に応じた適切なリハビリテーション

高齢者の状態像は、年齢、性、原因疾患、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって違いがあり、それぞれに適した個別的・個性的なリハビリテーションが提供される必要がある。

(1) 原因疾患に応じた適切なリハビリテーション

予防・医療・介護サービスの流れを川の流れにたとえると、川上の予防・医療から川下の介護まで、本人を中心として切れ目なく流れるようなサービスが提供されることが必要である。

ア 急性疾患

- 急激に要介護状態となる疾患については、脳卒中と転倒骨折があるが、その発症の予防や治療、その後のリハビリテーションなどそれぞれ対策の強化が必要となる。

(ア) 脳卒中

- 脳卒中により、さまざまな障害が惹起される。上肢や下肢などの運動機能の障害や構音障害、認知障害、嚥下障害などが生じ、これらは高齢者の日常生活の活動に著しい影響を与え、また社会参加を制限する。
- 今後も脳卒中对策の強化は重要な課題であり、特に、川上にあたる、予防、発症直後の急性期における医療に重点を置いて強化する必要がある。
- 栄養・食生活や運動を中心とした健康教育などの強化や、高血圧、喫煙者などといったハイリスクグループに対して重点的に行う個別健康教育などの取組をより一層強化する必要がある。
- 脳卒中は、たとえ発症したとしても、早期に診断がなされ、適切に治療やリハビリテーションが始められれば回復率が高まることが指摘されている。医療機関においては、ごく早期から個々の利用者の在宅生活を想定したリハビリテーションを提供することが重要である。

(イ) 転倒骨折

- 転倒骨折で重要なのは、予防である。特に、80歳以上の女性、歩行速度が落ちた高齢者、最近転倒をした経験のある高齢者などのハイリスク者をスクリーニングし、プログラムに基づく歩行訓練や筋力増強訓練の実施、保護具であるヒップ・プロテクターの使用など早期に介入することにより予防効果があることが確認されている。今後は、地域においてハイリスク者に対する転倒骨折の予防の取組を体系的に進める必要がある。

イ 慢性疾患

(ア) 変形性関節症

- 変形性関節症については、疼痛管理を含めた病態像に応じた適切な治療を行うこととあわせて運動器を中心とした外来や通所によるリハビリテーションを行う必要がある。

(イ) 廃用症候群

- 廃用症候群は、1950年代に提唱された概念で、病気やけがによる安静を含む不活発さによって全身又は身体の局所に生じる機能の低下であり、代表的なものとしては寝たきりがあげられる。
- 在宅や施設での原疾患の治療や療養において、本来必要である以上の安静(過度の安静)の指導がなされたり、また、早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組がなされなかったことなどによって生じる。
- 在宅生活の基本は、歩行と立って日常生活活動を行うことである。歩行不能で、立って活動を行うことが困難になると、在宅での日常生活の活動が低下し、地域社会への参加も難しくなり、最終的には閉じこもりの原因ともなる。今後は、歩行不能という廃用症候群の危険性について、高齢者自身や高齢者のケアの関係者は十分に認識する必要がある。

(2) 要介護度に応じた適切なリハビリテーション

- ある地域における要介護認定のデータからは、在宅の軽度の要介護者の原因疾患は主として骨関節疾患であり、在宅の比較的重度の要介護者と施設入所者の原因疾患は、脳血管疾患と痴呆が中心となっている。
- 一方、他の地域における要介護認定のデータからは、要介護度に応じ、自立できない項目に変化があることが示されている。すなわち、軽度の要介護者は歩行から障害が始まり、重度になると排泄や嚥下機能に問題が生じること、また、痴呆がある要介護者は要介護度が重度化しやすいことである。また、軽度の要介護者の要介護度が、一定期間後に悪化する割合が高いことが示されており、軽度の要介護者へ給付されている現行の介護保険のサービスが、必ずしも要介護度の改善につながっていないことを物語っている。
- このため、介護予防の観点から、軽度の要介護者に対するサービス・プログラムの見直しを行うとともに、軽度の要介護者に対して他の介護保険のサービスを使う前に有効なリハビリテーションが提供されるよう、具体的なサービス・プログラムを検討すべきである。
- なお、今後、要介護状態となるリスクが高い集団を特定し、生活機能向上に向けた体系的な予防・教育訓練が実施できるよう老人保健法の保健事業や介護予防事業についても検討すべきである。

5. 現行サービスの課題と今後の方策

急性期及び回復期のリハビリテーションは主として医療保険で、維持期のリハビリテーションは主として介護保険により提供されている。

ここでは、高齢者のリハビリテーションと関係の深い施設サービス、在宅サービス及び福祉用具・住宅改修について整理した。

(1) 施設サービス

- リハビリテーションは、高齢者自身が住み慣れた地域の中で提供され利用できることが基本であり、施設におけるリハビリテーションは、入院(所)しなければ受けられないプログラムを実施する場合に限って利用することが原則である。
- このため、施設においては、在宅生活への復帰に向けたリハビリテーションが集中的に行われる必要がある。そのために在宅での生活を具体的に想定して、早期からの日常生活の活動訓練、福祉用具の適切な選択と使用方法や使い分けの指導が、在宅生活の環境と同じような環境の中で行われる必要がある。
- 早期の在宅復帰を目指して、施設が、退所前から介護支援専門員との十分な情報交換をしておく必要がある。
- このような十分なリハビリテーションを提供するための専門職の配置、看護職、介護職等を含めたチームとしての連携が必要である。病棟や病室でリハビリテーション専門職が活動向上訓練を行うとともに、看護職・介護職が、病棟・病室での日常生活の活動の向上に向けた看護・介護に積極的に取り組むことが求められる。
- 今後は、介護老人保健施設については、通所リハビリテーション機能及び訪問リハビリテーション機能も組み合わせ、在宅復帰・在宅支援機能の充実強化を図るとともに、短期間に集中した入所リハビリテーションの提供を図ることも考えられる。そのためのリハビリテーション専門職のマンパワーの強化が求められる。

(2) 訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーションは、高齢者本人と環境との適合を調整する役割を持っており、自宅での自立支援の最も効果的なサービスである。
- 現行の訪問リハビリテーションは、通所が困難な要介護者に対して時期を限定せず実施しているが、むしろ、退院(所)直後の生活機能が不安定な時期に

集中してサービスを実施する方が効果的であり、その後は、外来リハビリテーションや通所リハビリテーションにつなぎ、必要に応じて訪問リハビリテーション等で利用者の生活機能を評価するしくみを検討すべきである。

(3) 通所リハビリテーション・外来リハビリテーション

- 通所リハビリテーション・外来リハビリテーションは、地域で生活しつつ、適切なリハビリテーションが受けられるものであり、高齢者が住み慣れた地域で過ごすためにも、リハビリテーションの柱となるべきものである。
- 現行の通所リハビリテーション・外来リハビリテーションには、①日常の継続した健康管理(医学的管理)、②リハビリテーションそのものの提供、③介護者の休息、④閉じこもり予防(活動性向上)として行われている現状がある。通所リハビリテーションについては、介護者の休息や閉じこもり予防において同様の機能を有する通所介護とあわせて、その機能を見直して、リハビリテーション機能への評価を中心として、再構築する必要がある。

(4) ショートステイ(短期入所療養介護)

- ショートステイについては、介護家族の支援の観点から実施されている場合が多いが、ショートステイ利用後に利用者の状態の悪化する例が指摘されているので、ショートステイ利用中にリハビリテーションを提供し、生活機能を向上させ在宅に復帰できるようにする機能の強化が必要である。

(5) 福祉用具・住宅改修

- 介護保険施行後、福祉用具・住宅改修の利用は大幅に増加したが、自立支援のための効果について精査が必要である。
- 福祉用具・住宅改修の導入のプロセスに専門職の関与が不可欠である。
- また、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、施設の入院(所)やショートステイを利用して、在宅で使用する福祉用具を使った日常生活活動の向上にむけた指導・訓練や住宅改修を具体的に想定した日常生活活動訓練を積極的に行う必要がある。

6. 機能分担・連携

介護予防については老人保健法の保健事業と介護予防事業があり、リハビリテーションについては、医療保険と介護保険のリハビリテーションがあり、これらの事業の連携が重要である。

(1) 情報と連携

- リハビリテーションは、個別的・個性的なものであるべきである。そのため、利用者本人の選択や自己決定が重要であり、利用者がリハビリテーションに関する理解を深め、日頃より情報収集などを進めておく必要がある。
- 地域において利用者や専門職の連携が図れるような体制の構築が必要であり、市町村や在宅介護支援センター、都道府県の保健所など、その地域に応じた協力連携機関の利用や機能強化を検討する必要がある。

(2) システム

- 高齢者へのリハビリテーションの提供にあたっては、利用者を中心に、地域において予防・医療・介護サービスが切れ目なく流れるような体制をつくりあげる必要がある。
- 高齢者の生活機能の低下を早期に発見し、対応するシステムを構築していくことが必要であり、あわせて、慢性疾患対策や市町村が実施主体である予防活動、急性期の医療などの位置づけや、地域において、高齢者個人の包括的なケアを担うかかりつけ医と市町村の関わりを明確化する観点からも、地域リハビリテーション支援体制の見直しを検討する必要がある。

7. その他

(1) 人材育成

- リハビリテーション専門職については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の養成・確保に着実に取り組むとともに、リハビリテーションの技術の開発・普及とその効果を明らかにしていく役割を担うリハビリテーション専門医の確保が必要である。
- また、上記の専門職や地域医療機関のかかりつけ医は、看護職・介護職、介護支援専門員等のリハビリテーションへの意識を率先して高めていくとともに、リハビリテーションの普及と充実に、その役割を果たすことが必要である。

(2) 研究

- 近年、急速に根拠に基づく医療（EBM）が普及しつつあるなかで、リハビリテーションの分野においても、これまで蓄積された根拠を整理し、実際に活用できるようにするとともに、要介護状態に着目した長期にわたる前向き研究やサービスの提供による要介護状態の改善及び効果測定に関する研究など新しい科

学的根拠の探求に取り組む必要がある。

(3) その他

- 痴呆性高齢者、認知障害者のリハビリテーションを中心とするケアの確立に向けた取組や摂食・嚥下障害、口腔ケア、排泄障害、慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍など高齢者に多発する障害に効果的なリハビリテーションの開発を進める必要がある。

8. おわりに

今後の方向性