

高齢者リハビリテーション研究会中間報告書案の概要

I はじめに

- 今後の高齢者のくらしを支えるリハビリテーションの在り方について中間報告をとりまとめ。

II 高齢者リハビリテーションの現状

1 高齢者リハビリテーションの歩み

(1) わが国における高齢者リハビリテーションの歩み

- 高齢者リハビリテーション提供体制が、リハビリテーション本来の理念の実現には必ずしも至っていない。

(2) 国際的な動向

2 高齢者の状況

- 世界に先駆けて進行する高齢化・長寿化は、多様な高齢者像を形成。

3 サービスの実施状況

- 予防、医療、介護の各分野においてリハビリテーション及び関連事業を提供。

III 高齢者リハビリテーションの課題と目指すべき方向

1 介護保険制度施行後見えてきた課題

(1) 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる

(2) 軽度の要介護者の急増

- 増加の著しい軽度の要介護者は後期高齢者に多く、骨関節疾患や廃用症候群などに対する早期からの適切な対応がなされていないことが要因。

(3) 介護予防の効果があがっていない

- 軽度の要介護者の要介護度が一定期間後に重度化する割合が高く、現行の予防給付や介護保険の給付が、要介護度の改善につながっていない。

(4) 脳卒中モデルでは対応しきれていない

- 廃用症候群のように徐々に生活機能が低下するものについて、脳卒中モデルと並ぶ新たな枠組みとして取り上げる必要。

- いずれのモデルにも属さないが痴呆に対しては、今後、生活機能向上の視点からの取組が重要。

2 3つのモデルに応じた対策が必要

3 廃用症候群の対策の重要性

4 生活を支えるという目標

- 生活機能を向上させるリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されることによりより高い効果が期待。

5 個別的、総合的なサービスの提供

- 個別性や個性を的確に把握したうえで、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必要。

6 評価に基づく計画的な提供

7 地域で提供できる体制の整備

(1) 地域資源の確保

(2) 連携、分担

- 個々の利用者の生活機能に関する情報の交換、履歴の共有化による連携、利用者のケアの現場

を通じて、関係者が具体的な取組・技術を共有化するチームアプローチが必要。

(3) 国民にサービスの所在がわかるシステム

- 適切なリハビリテーションをどこの医療機関で受ければよいのかといった情報など国民にサービスの所在がわかるシステムを構築する必要。

8 質の確保

9 基盤の整備

IV 現行サービスの見直しへの提案

1 予防

- これまで要介護状態の予防のために行なわれた老人保健事業や介護予防事業、介護保険の予防給付については、その予防効果が必ずしも十分ではないため、適切なサービスのあり方について見直す必要。

2 医療・介護におけるリハビリテーション

(1) 医療保険におけるリハビリテーション

- リハビリテーションは、一般の医療機関の医師・看護師などが実際の生活の場に近い環境で行うことが基本。

(2) 介護保険におけるリハビリテーション

- 理念及び具体的技術は医療と同じで、ひとりひとりの利用者の生活機能向上、要介護度の軽減が図られる必要。

(3) 入院（所）におけるリハビリテーション

- これまでの訓練室中心のプログラムから病棟（室）・居室中心のプログラムの充実を図る。
- 今後は早期の在宅復帰の促進を図るために、病棟・病（居）室等の設備は、通常の在宅生活・社会生活に近い多様なものが望ましい。

(4) 訪問リハビリテーション

- 退院（所）直後や生活機能が低下した時に、間欠的に、集中して実施するサービスとして位置づけ、拡充。

(5) 外来・通所リハビリテーション

- 通所介護とあわせて、その機能を見直して、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能を重視して、再構築する必要。

(6) ショートステイ（短期入所療養介護）

- 生活機能が低下しないような機能強化が必要。

(7) 環境

- 福祉用具・住宅改修の導入のプロセスに専門職が関与し、日常生活活動の向上にむけた指導・訓練を積極的に行う。

(8) 各種サービスの総合的な提供

3 地域リハビリテーションシステム

(1) 情報と連携

- 各事業者間の情報の流れや連携が重要。

(2) システム

- 従来の地域リハビリテーション支援体制を見直し、再構築する必要。
- 地域住民（ボランティアや地区組織など）、専門職や関係機関・団体、行政が一体となって地域づくり、まちづくりとしての取組も重要。

V 必要な基盤整備

1 目標の設定

- 具体的な目標を設定が必要。

2 サービス提供拠点の整備

(1) 早期リハビリテーション提供体制の拡充

(2) 早期リハビリテーションに続くリハビリテーション提供体制

- 回復期リハビリテーション病棟の整備。
- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅支援機能の強化と専門職の充実。
- 在宅サービスは、利用者を中心に生活機能の向上と疾病管理を一体的、連続的に提供される必要。

3 人材育成

4 研究

5 その他

- 痴呆性高齢者等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、排泄障害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や高齢者リハビリテーションの効果を高める専門的口腔ケアの普及を図る必要。

VI 国民と専門家に求められること

1 かかりつけ医

- 自らリハビリテーションについて認識を深め、本人や家族がリハビリテーションに主体的に参加できるような働きかけを行う必要。

2 介護支援専門員

- 適切なリハビリテーションを積極的に組み込み継続的に利用者の状態の変化を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図るようにする必要。

3 専門職

- リハビリテーションの考え方を基本的知識として保有すべき。

4 国民

- 地域社会の構成員である国民ひとりひとりがリハビリテーションについて理解を深めることが重要。

VII おわりに

- 本報告書の内容は、今後の介護保険制度の見直しやゴールドプラン2 1の後継プランや老人保健事業の第5次計画の策定や2005（平成18）年度に予定されている介護報酬改定等において、検討されることを期待。
- 本報告書を契機として、ひとりひとり違う価値観を持っている高齢者のくらしを支えるリハビリテーションについての理解が国民及び専門家の間で深く浸透することを期待。