

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

(案)

平成16年1月

高齢者リハビリテーション研究会

目次

I	はじめに	1
II	高齢者リハビリテーションの現状	3
1	高齢者リハビリテーションの歩み	3
(1)	わが国における高齢者リハビリテーションの歩み	3
(2)	国際的な動向	8
2	高齢者の状況	12
3	サービスの実施状況	15
(1)	予防	16
(2)	医療	20
(3)	介護	26
(4)	地域リハビリテーションの支援体制の整備	32
(5)	リハビリテーション専門職等の現状	33
III	介護保険制度施行後見えてきた課題	37
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	37
2	軽度の要介護者が急増している	38
3	介護予防の効果があがっていない	45
4	高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要	47
IV	高齢者リハビリテーションの基本的な考え方	49
1	高齢者の態様に応じた対策が必要	49
2	廃用症候群の対策の重要性	51
3	生活を支えるという目標	52
4	個別的、総合的なサービスの提供	53
5	評価に基づく計画的な提供	53
6	地域で提供できる体制の整備	54
(1)	地域資源の確保	54
(2)	連携、分担	54
(3)	国民にサービスの所在がわかるシステム	55
7	質の確保	56
8	基盤の整備	56

V	現行サービスの見直しへの提案	57
1	生活機能低下の予防	57
2	医療・介護におけるリハビリテーション	59
	（1）急性期・回復期におけるリハビリテーション(医療保険)	59
	（2）医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関係	60
	（3）各種サービスにおけるリハビリテーション	61
3	地域リハビリテーションシステム	65
	（1）情報と連携	65
	（2）システム	66
VI	必要な基盤整備	68
1	目標の設定	68
2	サービス提供拠点の整備	71
	（1）早期リハビリテーション提供体制の拡充	71
	（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	72
3	人材育成	73
4	研究	74
5	その他	74
VII	国民と専門家に求められること	76
1	国民	76
2	かかりつけ医	77
3	介護支援専門員	77
4	専門職	78
VIII	おわりに	80

I はじめに

- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。したがって、介護を要する状態となった高齢者が、全人間的に復権し、新しい生活を支えることは、リハビリテーションの本来の理念である。

- わが国は、世界最長寿を享受し、今後も急速な人口の高齢化が進むことが予測されている。高齢者が最後まで元気で、健康な生涯を送れることが、個人にとっても、社会にとってもきわめて切実な課題である。
可能な限り要介護状態にならないようにする「介護予防」や、要介護になっても自立を促すリハビリテーションの充実は、わが国の高齢者の医療と介護において最重要の課題と言えよう。

- 2000（平成12）年4月から実施された介護保険制度は、在宅重視と自立支援を理念として、要介護状態になることや要介護度の重度化を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態となっても、できる限り在宅生活を継続することができるよう、保健医療サービス及び福祉サービスの提供を行うこととして創設された。それ以降、高齢者へのリハビリテーションは、主に介護保険を通じて提供されてきたが、必ずしも満足すべき状況には至っていない。

- このような中、厚生労働省老健局の求めに応じ、「高齢者介護研究会」（座長：堀田力）が介護保険制度の3年間の検証を踏まえ、2003（平成15）年6月に報告書を取りまとめた。その報告書においては、高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指す必要があるとし、介護予防・リハビリテーションの充実はその重要な柱であり、今後精査・研究が必要であると指摘している。

- この報告を踏まえ、2003（平成15）年7月に老健局内に設置された本研究会には、高齢者のリハビリテーションに関係する各分野の専門家、当事者（利用者）、メディアなどから20人の委員が参画し、2004（平成16）年1月まで7回にわたって保健（予防）、医療、介護、福祉機器、自治体などの関連分野とリハビリテーション医学、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーション専門分野にわたるヒアリングや総合討論を行い、今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向について中間報告をとりまとめた。

- この研究会では、わが国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性についてとりまとめている。また、とりまとめに際しては、超高齢社会でますます重要になるリハビリテーションと介護予防について、広く国民の理解を得るための一助になることを目指して、専門技術的な用語はなるべく避け、分かりやすい記載となるように配慮した。

- 本報告書が、高齢化がさらに進行する21世紀にあって、高齢者リハビリテーションの確立に向けた新たな一歩となるよう期待する。

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 (図表1)

(1940年代～50年代 医療における取組)

- わが国のリハビリテーションは、1945（昭和20）年までは、ポリオ（急性灰白髄炎）の後遺症などの肢体不自由児や、第二次世界大戦等で負傷した傷痍軍人を主たる対象としていた。戦後は、米国から新しいリハビリテーションの思想や技術も導入され、その対象は障害者一般に拡大され、専門的に深く取り組まれるようになった。
- 高齢者に対してリハビリテーションが行われることになった歴史は比較的新しく、1960年代初頭に一部の医療機関で脳卒中患者に対して実施され、その取組はリハビリテーション関係学会・協会や医師会などを通じて次第に全国に広がっていった。

(1960年代～70年代 福祉における取組)

- 1969（昭和44）年に養護老人ホームと特別養護老人ホームに関する基準が制定され、「被收容者に対し、その身体的及び精神的条件に応じ、機能を回復し又は機能の減退を防止するための訓練に参加する機会を与えなければならない」と規定された。また、同年には、高齢者に対する福祉用具を給付・貸与する日常生活用具給付等事業も創設された。
- 1979（昭和54）年には、在宅の要介護高齢者等に対して日帰り介護施設（デイサービスセンター）等に通所させ、入浴や食事、日常動作訓練等を行うデイサービス事業が創設され、1982（昭和57）年からは在宅の寝たきり老人等に対して、居宅まで訪問して入浴・給食等のサービスを提供する訪問サービス事業が開始された。

(1980年代 老人保健法に基づく取組)

- 1982(昭和57)年に制定された老人保健法は、1973(昭和48)年からの老人医療費無料化制度の転換を図るもので、予防から治療、リハビリテーションまで総合的な保健医療サービスを提供することを目指した。このときに創設された保健事業(以下、「老人保健事業」という。)では、壮年期(40歳)からを対象として健康教育、健康診査、機能訓練及び訪問指導などの体系的な予防サービスが市町村で提供されることとなった。特に、機能訓練や訪問指導において、リハビリテーションが施設以外の住みなれた地域で提供されることとなった。

- 1985(昭和60)年8月には、「中間施設に関する懇談会」中間報告において、①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション・生活訓練などを行う、②病院に入院して治療するほどではないが家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し医学的な管理と看護を中心としたサービスを行う、という役割を担う施設の必要性が指摘された。これを受け、1986(昭和61)年に、医療と福祉とが連携した総合的なサービスを提供する施設として、老人保健施設が創設され、モデル事業を経て全国的な整備が図られてきた。

(1990年代 ゴールドプランにおける取組)

- 1990年代には、高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)や老人保健福祉計画に基づき、市町村を中心として高齢者の保健福祉の基盤整備が図られてきた。この中で推進された「寝たきり老人ゼロ作戦」は、1989(平成元)年に公表された在宅・施設で寝たきり状態にある老人比率の国際比較に関する研究(「寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究」班長：竹中浩治)において、わが国の長期ケア施設入所者に寝たきり状態が多く、これは過度の安静によりつくられたものであるという指摘を踏まえて策定された。また併せて、寝たきりを予防するための標語(寝たきりゼロへの10か条)や障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準が作成された。この標語や判定基準は、保健・医療・福祉の各分野において共通の尺度として活用され、高齢者の保健医療福祉サ

ービス提供者の意識の変革を促し、いわゆる「つくられた寝たきり」の予防につながった。

- また、1992（平成4）年には、老人訪問看護制度が創設され、訪問看護ステーションから、看護師、理学療法士、作業療法士などによる在宅での看護・リハビリテーションが実施されることになった。

（2000年以降 介護保険等における取組）

- 2000（平成12）年からは、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みである介護保険制度が施行された。これまで高齢者に提供されてきたリハビリテーションやその関連サービスのほとんどは、そのままの形で介護保険に継承されている。市町村で要介護認定を受けた要介護者に対して、介護支援専門員が作成するケアプランに基づいて、介護保険からリハビリテーションが提供されることとなった。これまでの予算に基づいた措置から社会保険への転換により高齢者に提供されるサービスの量は飛躍的に拡大し、高齢者に対するリハビリテーションはより身近なものとなったと言える。
- また、介護保険制度施行に併せて介護予防事業が創設され、要介護状態にならないための介護予防¹の取組や、同時期に「健康日本21²」が開始され、国民的な生活習慣病予防対策の強化が図られた。さらに医療保険においては、脳卒中等の患者に対して入院中に病棟で集中的にリハビリテーションを提供し、在宅復帰を目的とする「回復期リハビリテーション病棟」も創設された。
- 2002（平成14）年度の診療報酬改定においては、①従来の実施時

¹ 介護予防：高齢者の生活機能の低下を予防するための取組。厚生労働省においては、これまで介護予防事業として、高齢者ができる限り要介護状態となったり、状態が悪化しないようにするために、疾病・事故の予防教育や筋力向上のための訓練、生きがいづくりのためのデイ・サービス、低栄養予防等のための食の自立支援などを実施してきている。

² 健康日本21：生活習慣病の早期発見や早期治療とともに、疾病を予防する健康的な生活習慣を普及・定着させるため、2000（平成12）年から生活習慣病予防として重要な9つの分野について2010（平成22）年までの目標を設定し、その達成に向けた国民運動を展開している。

間を中心とした評価から患者の症状に応じた個別療法を中心とする評価、②病棟等におけるADL³ (Activity of Daily Living) の自立を目的とした理学療法の評価など早期リハビリテーションの評価の充実、③施設要件における訓練室面積要件を緩和し、高い人員配置を要件とした類型の設置、などが行われた。

- 2003 (平成15) 年4月には、介護保険制度施行後、初めてとなる介護保険料の見直しと介護報酬改定が行われ、自立支援の観点から、個々の利用者のニーズに対応した、きめ細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいて個別リハビリテーションが導入された。
- このように、これまでわが国においては、予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、
 - ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと
 - ② 長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること
 - ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
 - ④ リハビリテーションとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること
 - ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないことなどの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。そのため、今後の高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての検証と今後のあるべき姿の検討が求められている。

³ ADL: ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、各人に共通して毎日繰り返される食事、排泄、歩行、更衣、整容、入浴などの一連の身体動作のこと。

図表1 わが国における高齢者のリハビリテーションの主な取組み

年代	主な対策	疾病予防・介護予防	急性期 (1月以内)	回復期 (6～9月以内)	維持期 (10月以上)
1965(S40)	理学療法士及び作業療法士法				
1982(S57)	老人保健法 保健事業第1次計画(～S62)	老人保健事業 機能訓練・訪問指導			
1986(S61)	老人保健施設創設			老人理学療法(I～III)	
1987(S62)	保健事業第2次計画(～H4)				老健デイケア
1989(H元)	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)	寝たきりゼロ作戦			
1990(H2)	福祉関係8法改正(在宅福祉3本柱)				
1991(H3)	老人訪問看護制度創設 障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準				
1992(H4)	保健事業第3次計画(～H11)		老人早期理学療法		老健デイケアII
1993(H5)	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律				すべての老人保健施設デイケア義務化
1994(H6)	高齢者保健福祉推進10か年戦略見直し(新ゴールドプラン)				
1995(H7)	地域保健法 (保健事業第3次計画中間見直し)			老人理学療法I～IV	
1996(H8)					
1997(H9)	言語聴覚士法		老人早期理学療法I,II	老人リハビリテーション総合計画評価料	
1998(H10)	地域リハビリテーション支援体制整備推進事業				
2000(H12)	介護保険法 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向性(ゴールドプラン21)(～H17) 健康日本21(～H22) 保健事業第4次計画(～H16) 国際生活機能分類(ICF)	介護予防・生活支援事業		回復期リハビリテーション病棟	○訪問リハビリテーション ○通所リハビリテーション ○老健リハビリ体制加算 ○療養型特定診療費 ○リハビリテーション総合
2002(H14)	健康増進法			個別リハビリテーション創設	
2003(H15)					○集団リハビリ個別リハビリ ○老人保健施設機能強化加算 ○リハビリテーション実施計画書
2004(H16)	(ゴールドプラン21終了年)	(保健事業第4次計画終了年)			
2005(H17)	(健康日本21中間評価)				

(2) 国際的な動向

(世界の諸国のリハビリテーション)

- リハビリテーションは、地理的、民族的、歴史的、文化的な背景によりそれぞれの国で独自の発展を遂げてきており、その様態もさまざまである。大きく分類すると、米国のようにリハビリテーションの技術(医学、工学、福祉など)を発達させ、それを担う専門職が、それぞれの分野で高度の専門性と独自性を発揮していくような取組と、欧州のように社会保障や地域福祉、住宅政策などの社会的な施策を通じてリハビリテーションを提供していくような取組とに大別できる。
- わが国のリハビリテーションは、戦前はドイツ、戦後は米国の影響を大きく受け、近年は北欧の影響も受けつつ発展してきており、米国的なりハビリテーション技術と欧州的な社会的施策を組み合わせた状況にあるともいえる。世界の諸国は、その背景となる歴史や文化などによりさまざまな試行を繰り返し、その国に相応しいリハビリテーションを作り上げて来ている。わが国も、このような世界の諸国の動向を把握し、その教訓を学びながら、わが国独自のリハビリテーションのあるべき姿に向けて努力することが求められている。

(ノーマライゼーション)

- 1950年代にデンマークにおいて、知的障害者の処遇から端を発し提唱されたノーマライゼーションの理念は、障害を持つ人たちを特殊な施設に隔離してケアするのではなく、できるだけ住み慣れた地域で日常的な生活ができるようにケアすることを原則とするという考えであり、この理念は世界のリハビリテーションの発展にも大きな影響を与えてきた。

(WHOの取組)

- また、世界保健機関(WHO: World Health Organization)においては、障害に関する国際的な共通言語として、国際障害分類と国際生活機能

分類を制定してきた。(図表2)

(国際障害分類)

- 1980(昭和55)年にWHOが発表した国際障害分類(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)と障害モデルは、世界の障害者医療やリハビリテーション、障害者福祉の発展に貢献してきた。このモデルは、疾病から、例えば下肢の麻痺などの「機能障害」が起こり、その機能障害が原因となって歩行障害などの「能力低下」が生じ、疾病と機能障害、能力低下の結果として「社会的不利」(社会生活を送る上での困難・不自由)が生じるというもので、これまでのリハビリテーションの分野で広く普及してきた。

- しかし、このモデルには、①障害というマイナス面しかみていないこと、②人の生活に影響を与える住居や地域社会の交通機関などの社会的環境が考慮されていないこと、③機能障害が改善しなければ能力低下も改善せず結果として社会的不利も改善しない、といった一方向的なものであるとの誤解を生じやすいこと、などの問題点が公表されて以降指摘されてきた。その他に、④専門家中心に作られたものであり当事者の意向の反映が十分ではなかった、⑤社会的不利の分類が不備である、などの問題点もあった。

(国際生活機能分類)

- このような問題点の指摘に応え、2001(平成13)年に、新たに国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)とそのモデルが策定された。

このモデルは、国際障害分類と違って障害というマイナス面だけではなくプラス面を重視することが大きな特徴である。すなわち、人が生きていくための機能全体を「生活機能」⁴としてとらえ、

- ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」、

⁴ 生活機能:生活機能とは、健康・福祉・障害にかかわる人々の共通の言語として、2001年5月、WHOが採択した国際生活機能分類(ICF)の基本概念で、人が有する心身機能(構造)と日常生活の活動、社会への参加を包括的に捉えたもの。言い換えると、その人の有する生命、生活、人生の全体像であり、ひとりひとり異なるものである。

② ADL（日常生活活動）・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、

③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」、

の3つの要素から成るものとした。

そして、このような「心身機能」、「活動」、「参加」という生活機能の三要素が低下した状態をそれぞれ「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」とし、それらを総称して「障害（生活機能低下）」と呼んでいる。

○ このような生活機能の低下を招く原因としては、これまでの国際障害分類の「疾病」に代わって、「健康状態」という、より広い概念が取り入れられた。これは、疾患・外傷に加え、加齢、妊娠、ストレス状況等を含めたものであり、特に高齢者リハビリテーションを考える場合に、加齢が含まれた意義は大きい。

○ また、生活機能の3つの要素の間には相互作用があり、これに対して、上記の「健康状態」や2つの「背景因子」、すなわち、性や年齢、価値観といった「個人」因子と、人を取り巻く物的な環境や人的環境、また、社会的な制度などの「環境」因子が種々の影響を与えるものとされている。これに伴い、これまでの国際障害分類の障害モデルの「機能障害→能力低下→社会的不利」といった一方向的なものであるとの誤解を生みやすかった点は改められている。

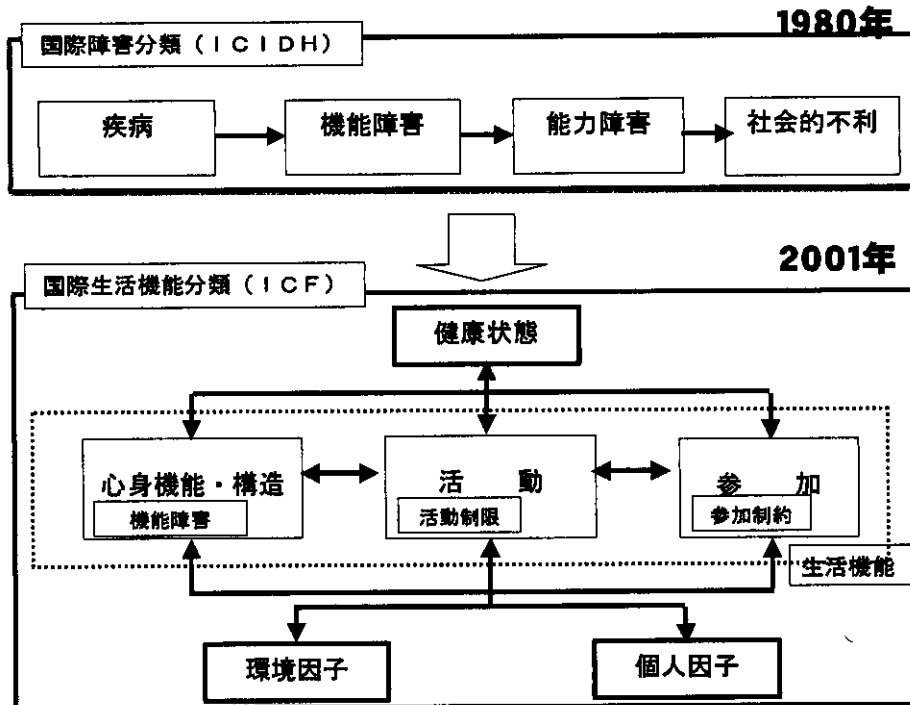
○ 機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方に立っている。

○ とするとこれまででは、例えば、利用者に対して、医療関係者は医療施設での「心身機能」への働きかけを、ホームヘルパーは自宅での「日常生

活活動」への働きかけを、ケースワーカーは地域での「社会参加」への働きかけを、住宅改修事業者は利用者宅の「物的環境」への働きかけを、それぞれが別々に提供することも少なくなかった。

- 今後の高齢者のリハビリテーションは、生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくことが求められている。

図表2 国際障害分類と国際生活機能分類

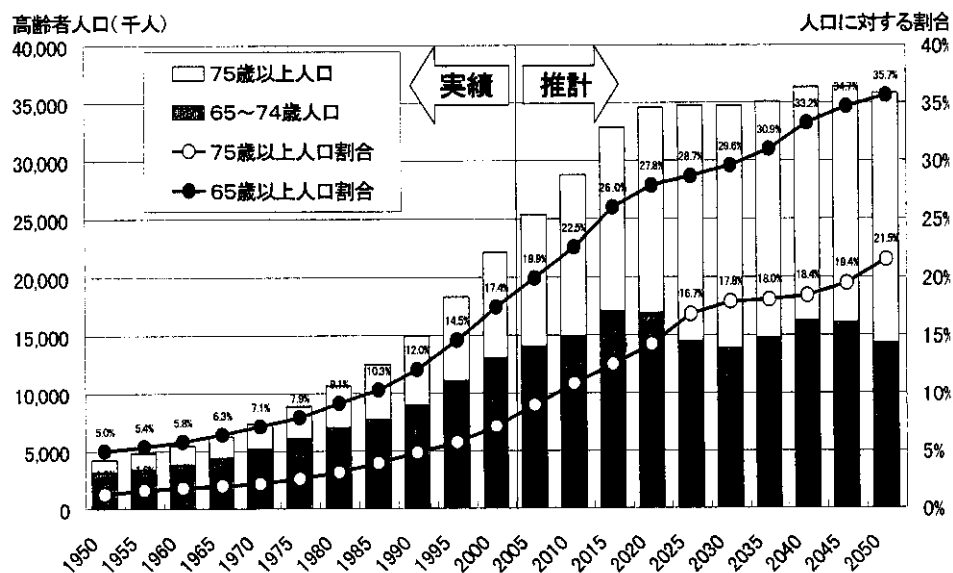


- さらに、国際生活機能分類では、国際的な共通言語に加えて、専門家間及び専門家と利用者本人との共通言語としての面が強調されている。わが国においても、今後これが専門家のチームワーク及び利用者本人の自己決定権の尊重に活用されることが望まれる。

2 高齢者の状況

- 現在、わが国の65歳以上の高齢者の全人口に占める比率は18%を超え（2002（平成14）年10月1日時点）、平均寿命は男性77.7歳、女性84.6歳（2000（平成12）年）となっており、既に5人に1人は高齢者で、長寿を全うできる環境となっている。このように高齢化、長寿化が進行する中で、高齢者の健康状態や生活機能は多様なものになってきている。（図表3）

図表3 高齢者人口（65～74歳、75歳以上）とその割合



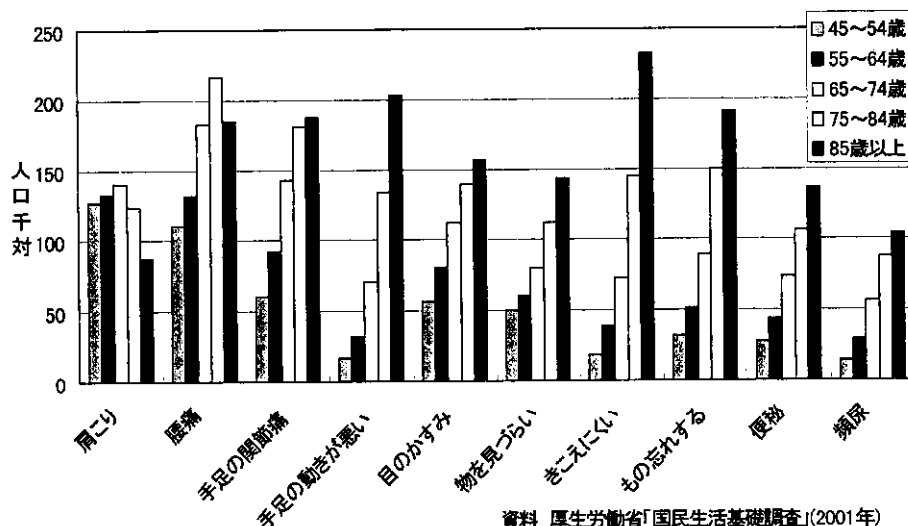
資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」

（高齢者の多くは健康上の問題を有している）

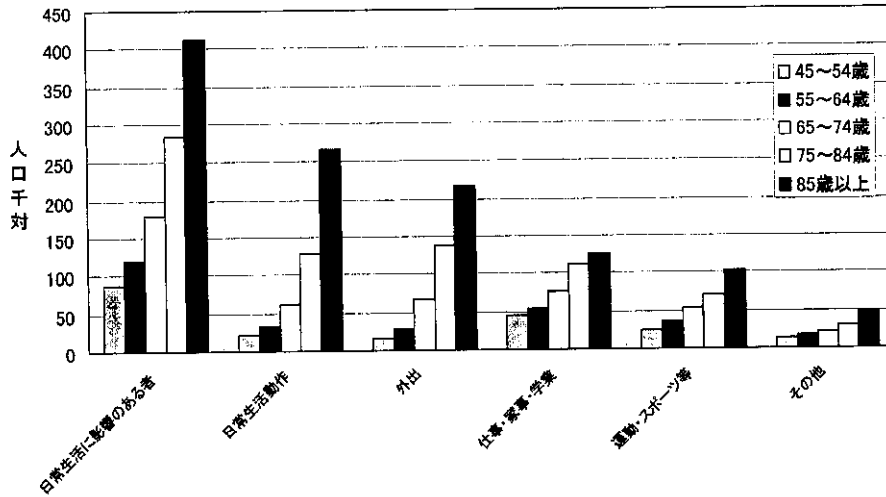
- 65歳以上の高齢者で病気やけが等で自覚症状のある者の状況をみると、「肩こり、腰痛、手足の関節が痛む」「手足の動きが悪い」「目がかすむ」「もの忘れ」「便秘」等の各症状について、約10人に1人が自覚症状があると答えている。（図表4）

- 65歳以上の高齢者で、同様に健康上の問題で日常生活に影響がある者の状況をみると、「日常生活動作」や「外出」への影響は、それぞれの活動の項目について約4人に1人が影響があると答えている。(図表5)
- また、一人当たりの外来受診日数をみると、65歳以上高齢者受診日数は、64歳以下のものと比較して、3～4倍となっている。(図表6)
- 高齢者の多く、特に75歳以上の後期高齢者は、病気やけが等での自覚症状を有していたり、日常生活活動や社会への参加といった生活機能に、健康上の問題が影響を及ぼしていることが分かる。このような高齢者の多様な健康状態や生活機能を良好に保つために、予防から医療、介護にわたる幅広いサービスを検証していくことが求められる。

図表4 病気やけが等で自覚症状のある者（有訴者）の状況



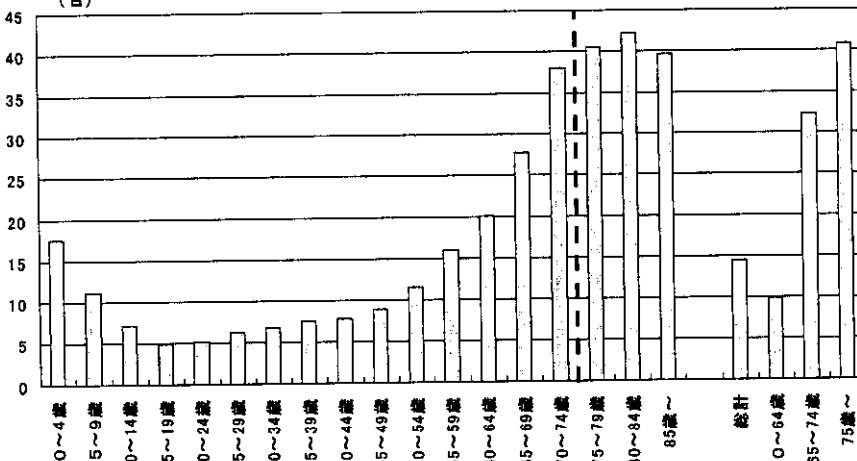
図表5 健康上の問題で日常生活に影響がある者の状況



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図表6 年齢階級別に見た一人当たり外来受診日数

1人当たり外来受診日数
(日)

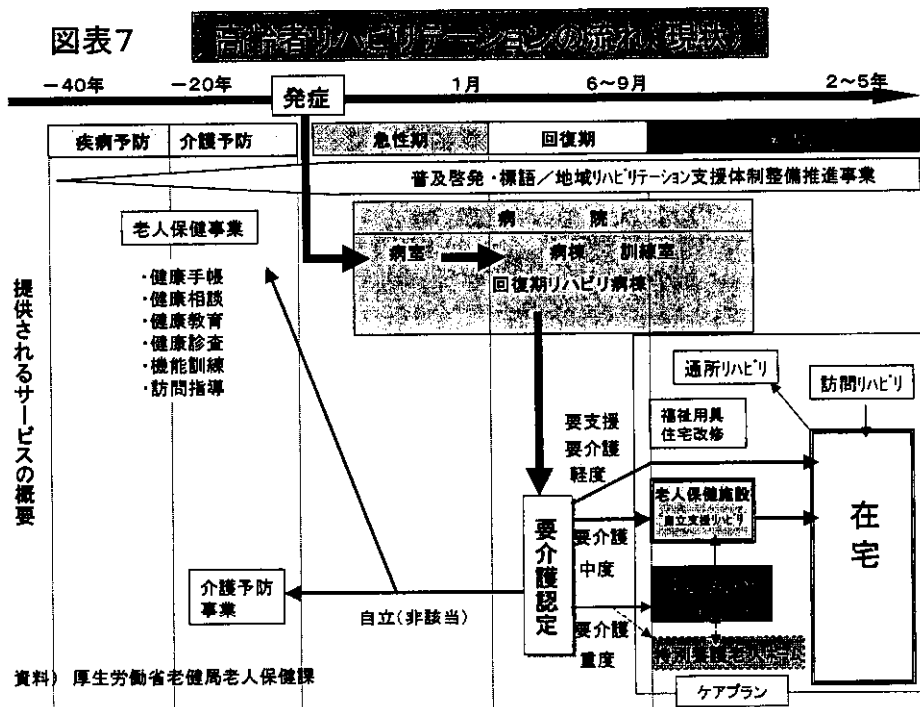


資料出所:平成13年度社会保険庁「事業年報」,「国民健康保険事業年報」等による保険局推計
(注)平成13年度社会保険庁「事業年報」等の被保険者数、被扶養者数及び総受診日数を元に、抽出調査である保険局「健康保険被保険者実態調査」、社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」等の結果を用いて、各年齢階級ごとの被保険者数、被扶養者数及び受診日数を推計。それを用いて各年齢階級別一人当たりの受診日数を算出。

3 サービスの実施状況

わが国においては、これまで高齢者に対して、脳卒中を中心とした枠組みの中で、予防、医療、介護の各分野のリハビリテーション及び関連事業が提供されてきた。

予防分野では主として、「健康日本21」及び老人保健事業や介護予防事業が、医療分野では主として、発症直後の急性期と急性期以降のいわゆる回復期のリハビリテーションが、介護分野では主として、いわゆる維持期のリハビリテーションが提供されてきた。(図表7)



(1) 予防

(「健康日本」21の取組)

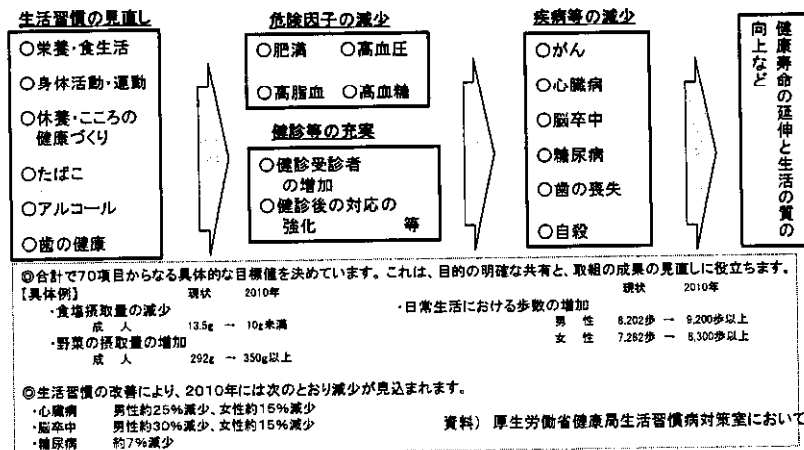
- 介護が必要になった原因の約30%を脳卒中が占めている。脳卒中を含めたいわゆる生活習慣病は、心身機能を脅かすだけでなく、日常生活活動や社会参加などを含めた高齢者の生活機能を低下させる原因となっている。このため、生活習慣病の早期発見や早期治療とともに、疾病を予防する健康的な生活習慣を普及・定着させるための取組が重要であることから、2000(平成12)年から「健康日本21」が推進されている。
- 「健康日本21」は、生活習慣病予防として重要な9つの分野について2010(平成22)年までの目標を設定し、その達成に向けた国民運動を展開している。中でも日常生活における身体活動に対する意識の向上及び運動習慣の普及定着は、重点課題の一つとなっている。特に、栄養・食生活や運動等は、生活習慣病の発症に大きく関与する生活習慣であり、脳卒中の正しい知識や生活習慣の改善による予防の重要性等について健康教育による啓発活動が広く行われている。(図表8、図表9)

図表8 健康日本21の概要

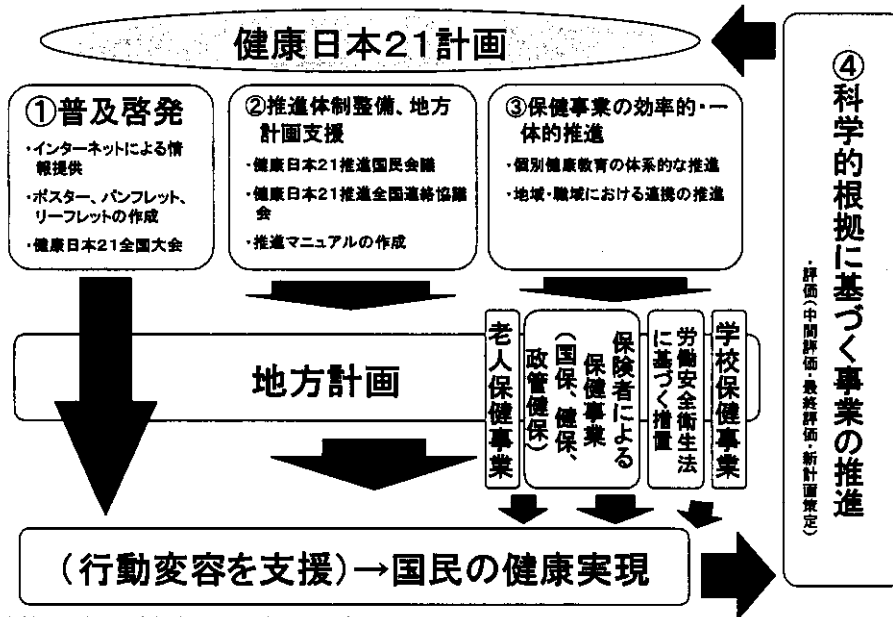
- 基本的な方向
 - (1)一次予防の重視
 - (2)健康づくり支援のための環境整備
 - (3)目標の設定と評価
 - (4)多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

○目標値

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病(心臓病・脳卒中)、がんの9分野にわたり、70項目の目標値を設定



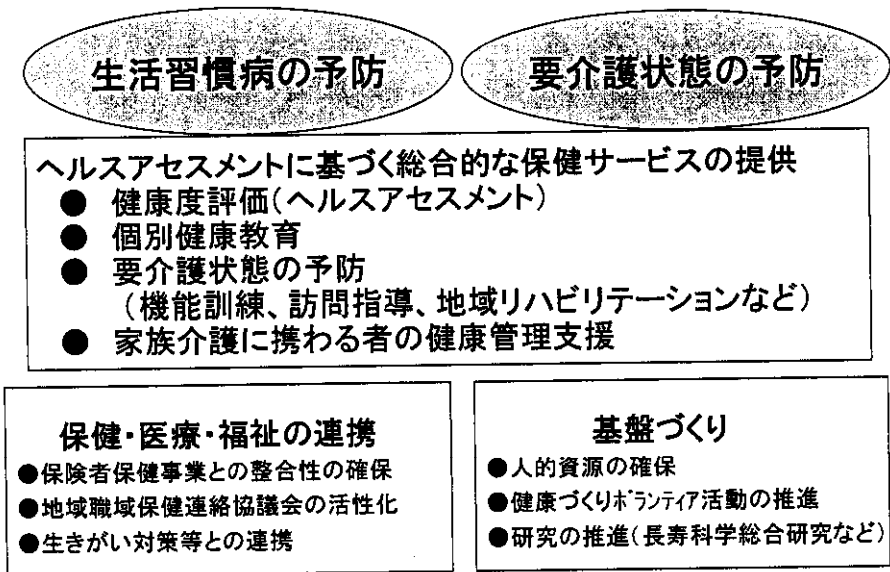
図表9 健康日本21の推進方策



(老人保健事業)

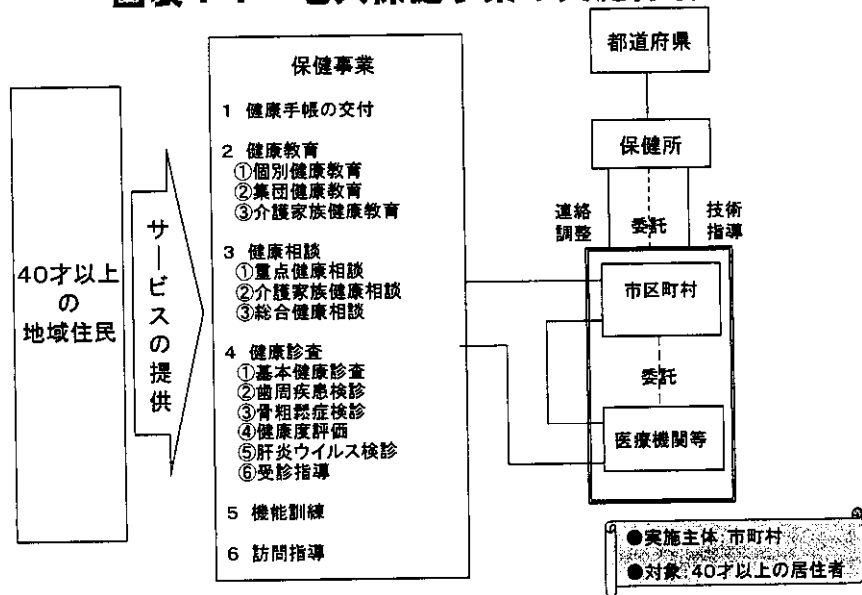
- 老人保健事業は、現在、保健事業第4次計画（計画期間：2000（平成12）年度～2004（平成16）年度）により市町村において推進されている。「健康日本21」に掲げられた重点9分野の目標を実現するため、生活習慣病などの疾病や、介護を要する状態となることをできる限り予防していくことを目標に実施されている。
- 老人保健事業では、疾病の早期発見をめざした健康診査を中心に、生活習慣の改善を通じて疾病を予防するための健康教育、健康相談、訪問指導などが実施されており、また、介護を要する状態となることを予防するための機能訓練、訪問指導なども実施されている。保健事業第4次計画からは、介護保険の施行に併せて疾病や介護を要する状態となる危険度（リスク）を早期に把握し、その予防のためのサービスを選択できるようにする健康度評価が新たに導入されている。しかしながら、老人保健事業は、後期高齢者に多い骨関節疾患などの予防には必ずしも十分な効果をあげているとは言えない。（図表10、図表11）

図表10 保健事業第4次計画の推進の概要



資料) 厚生労働省老健局老人保健課

図表11 老人保健事業の実施体制



※ただし、保健事業に相当する保健サービスを受けることができる場合は対象にならない。
資料) 厚生労働省老健局老人保健課

(新たに設けられた介護予防事業)

- 介護予防事業は、2000（平成12）年度の介護保険制度施行と併せて新しく設けられたものであり、高齢者が要支援・要介護になったり、要介護状態が悪化したりすることを予防するための各市町村が行う各種の事業を国と都道府県で支援する仕組みである。

- 現行の介護予防事業には、転倒骨折予防教室やIADL⁵（日常生活関連動作：instrumental ADL）訓練事業、高齢者筋力向上トレーニング事業などがメニューとして組み込まれ、高齢者の自立を支援する重要な事業として市町村における取組も進められてきている。介護予防事業として実施されている事業の多くは、教室での集団による座学が中心で、個々の利用者を実際に評価して目標を設定し、個別のプログラムを組んでトレーニングなどを実施しているところは少ない。（図表12）

図表12 主な介護予防事業の実施状況

<介護予防関係の主な事業例と実施市町村数(平成15.4月1日現在)>

事業名	市町村数
転倒骨折予防教室	1,968
アクティビティ・痴呆介護教室	1,112
IADL訓練事業	590
足指・爪のケアに関する事業	35
高齢者筋力向上トレーニング事業	175

注)「高齢者筋力向上トレーニング事業」と「足指・爪のケアに関する事業」は、平成15年度予算から新規計上

資料) 厚生労働省老健局

⁵ IADL:生活に関連する、食事の用意、家事一般、金銭管理、買物、交通手段の利用などの動作のこと。

(2) 医療

(医療保険におけるリハビリテーション)

○ 現行の医療保険制度におけるリハビリテーションは、「投薬、処置又は手術によって治療の効果を挙げることが困難な場合であって、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う」(保険医療機関及び保険医療療養担当規則第20条など)という方針に従って行うこととされている。なお、診療報酬においては、リハビリテーションの一般的事項として、「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである」(2002(平成14)年3月8日保医発0308001)とされている。

○ 医療保険のリハビリテーションは、医療機関において入院中に実施されるもの、外来で実施されるもの、訪問リハビリテーションのように在宅で実施されるものがあり、一定の施設基準を満たすものとして届け出た医療機関等において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により行われている。(図表13)

老人医療について、社会医療診療行為別調査(2002(平成14)年)によると、医療保険のリハビリテーションの実施状況は以下のようになっている。

(理学療法、作業療法、言語聴覚療法の実施状況)

○ リハビリテーション(個別療法)の実施状況をみると、理学療法は1か月当たり約82万件で、その内訳は、入院中に実施されるものが約34万6,000件、外来で実施されるものが約47万4,000件となっている。作業療法は1か月当たり約7万3,000件で、その内訳は、入院中に実施されるものが約5万8,000件、外来で実施されるものが約1万

5,000件となっている。言語聴覚療法は1か月当たり約2万8,000件で、その内訳は、入院が約2万3,000件、外来が約5,000件となっている。医療保険では、入院中及び外来において、主として理学療法が中心に行われているが、作業療法と言語聴覚療法についてみると、大部分が入院中に実施されている。なお、利用者の居宅を訪問して行う訪問リハビリテーションは1か月当たり約1,000件となっており、利用はわずかである。(図表14)

**図表13 リハビリテーション関連施設基準等の概要
(医療保険)**

主なリハビリテーション関係施設基準の届出状況
(平成14年7月1日現在)

	病院	診療所
総合リハビリテーション施設A	603	2
総合リハビリテーション施設B	23	0
理学療法Ⅱ	3,678	719
理学療法Ⅲ	746	568
作業療法Ⅱ	1,421	156
言語聴覚療法Ⅰ	250	20
言語聴覚療法Ⅱ	1,400	131

注)平成15年6月4日中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第28回)資料より作成

医科診療報酬における特定入院料関係施設基準の届出状況(抜粋)
(平成14年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料	
医療機関数	232
一般病棟数	93
療養病棟数	178
病床数	12,594
一般病棟数	4,082
療養病棟数	8,512

(回復期リハビリテーション病棟)

- 2000(平成12)年度にADL(Activity of Daily Living)の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的として制度化された回復期リハビリテーション病棟については、2002(平成14)年の社会医療診療行為別調査では、入院患者数が1か月当たり約3,100件となっている。(図表14)
- 回復期リハビリテーション病棟の最近の状況については、日本リハビリ

テーション病院・施設協会によると、現在、400病棟を越え、2万床以上になっており、スタートしてから、いまだ日が浅い状況にあるが、2002年の報告では平均80日の入院期間で、73%の自宅復帰率になっている。自宅復帰率については、今後さらなる向上が期待される。

図表14 リハビリテーション医療の1か月の利用状況

	総数(件数)	入院	入院外(外来)
理学療法 (I)~(IV)個別療法合計	820,433	346,112	474,321
作業療法 (I)~(II)個別療法合計	72,816	57,836	14,980
言語聴覚療法 (I)~(II)個別療法合計	28,272	23,136	5,136
		件数	
リハビリテーション総合計画評価料		10,661	
		件数	
回復期リハビリテーション病棟入院料		3,149	
		件数	回数
訪問リハビリテーション指導管理料		985	3,211

資料 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」(2002年)から老健局老人保健課において、老人医療について特別集計

※件数とは、それぞれの診療行為に記載されている明細書の件数である。

(主な疾患別のリハビリテーション)

- リハビリテーションの1か月当たりの実施件数(個別療法・集団療法)を主な疾患別にみると以下のとおりとなっている。(図表15)

ア 脳血管疾患に対するリハビリテーション

(脳血管疾患では総合的に実施されている)

- 脳血管疾患を対象として行なわれているリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約17万6,000件、作業療法が約4万3,000件、言語聴覚療法が約2万2,000件となっている。脳血管疾患以外の他の傷病と比べると、作業療法や言語聴覚療法の実施割合が高く、総合的に実施されていると言える。

○ 脳血管疾患を対象として行なわれている早期のリハビリテーションの実施状況について、1か月当たりの早期リハビリテーション加算（理学療法及び作業療法のⅠ及びⅡにおいて発症後90日以内に算定可。以下同じ。）の算定状況でみると、理学療法では約3万2,000件で、作業療法では約1万3,000件となっている。理学療法と作業療法の実施状況と比較すると、脳血管疾患に対する早期リハビリテーションは相対的に作業療法での実施割合が高くなっている。

○ 脳血管疾患を対象として病棟等で行なわれているADLの自立を目指したリハビリテーションの実施状況について、早期リハビリテーション加算を算定し、さらに病棟等で早期歩行・ADLの自立等の活動向上訓練を目的としたリハビリテーションを実施した場合に算定する加算（以下「ADL加算」という。）の1か月当たりの算定状況でみると、理学療法では約8,500件で、作業療法では約3,800件となっている。

イ 筋骨格系及び結合組織疾患に対するリハビリテーション

（筋骨格系及び結合組織疾患では外来の理学療法中心）

○ 筋骨格系及び結合組織疾患（運動器疾患）を対象として行なわれているリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約48万2,000件、作業療法が約8,300件となっており、理学療法が大半を占めている。特に、外来で、理学療法士の配置のない理学療法Ⅳで行なわれることが多いと言える。また、早期リハビリテーション加算の状況は、理学療法で約1万件、ADL加算の状況は、理学療法で約1,500件となっている。

ウ 骨折に対するリハビリテーション

（骨折のリハビリテーションは入院中に実施され、早期リハビリテーションが多く実施されている）

- 骨折を対象に行なわれるリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約8万4,000件、作業療法が約5,200件となっており、その大半は入院中に実施されている。早期リハビリテーション加算の状況は、理学療法では約3万2,000件、作業療法では約3,000件となっており、他の傷病と比べると、骨折では早期リハビリテーションが多く実施されていると言える。また、ADL加算の状況は、理学療法では約5,800件、作業療法では約500件となっている。

(リハビリテーション総合実施計画)

- 2002(平成14)年4月の診療報酬改定において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が、利用者の状態を踏まえ、必要なリハビリテーションの目的と内容を定め評価を行うために作成する総合的な計画書(リハビリテーション総合実施計画)に生活機能改善重視の考え方が導入された。リハビリテーション総合実施計画の作成は、1か月当たり1万5,000件となっている。(図表14)

図表15 入院及び入院外のリハビリテーション医療の実施状況（主な疾病別）

	脳血管疾患		筋骨格系及び結合組織		骨折		
	入院	入院外	入院	入院外	入院	入院外	
理学療法	理学療法Ⅰ	20,579	9,942	5,596	12,415	6,246	926
	うち、個別療法	20,059	8,193	5,071	5,972	6,246	748
	うち、集団療法	521	1,749	525	6,443	-	178
	理学療法Ⅱ	62,705	21,720	28,599	81,846	37,177	8,789
	うち、個別療法	60,037	15,519	25,362	42,567	35,032	5,003
	うち、集団療法	2,668	6,200	3,237	39,279	2,145	3,786
	理学療法Ⅰ及び理学療法Ⅱ						
	うち、早期リハビリテーション加算	31,090	560	9,620	578	29,909	1,673
	うち、ADLの自立等	8,522	-	1,454	-	5,830	-
	理学療法Ⅲ	17,912	4,741	5,099	57,239	4,430	3,550
うち、個別療法	17,423	4,134	4,407	38,525	4,338	3,005	
うち、集団療法	490	607	693	18,714	91	545	
理学療法Ⅳ	21,549	17,283	7,981	263,170	8,017	14,913	
うち、個別療法	20,251	13,588	6,997	200,779	6,812	9,569	
うち、集団療法	1,298	3,694	985	82,391	1,205	5,344	
作業療法	作業療法Ⅰ	15,941	4,473	2,512	622	2,123	986
	うち、個別療法	15,093	3,678	2,308	240	1,902	476
	うち、集団療法	848	795	204	382	222	510
	作業療法Ⅱ	18,164	3,993	1,848	3,352	1,147	936
	うち、個別療法	17,141	3,168	1,644	2,248	895	758
うち、集団療法	1,023	825	204	1,104	252	178	
作業療法Ⅰ及び作業療法Ⅱ							
うち、早期リハビリテーション加算	13,187	-	318	-	2,396	478	
うち、ADLの自立等	3,840	-	140	-	508	-	
言語聴覚療法	言語聴覚療法Ⅰ	4,318	948	55	-	204	-
	うち、個別療法	3,885	547	55	-	204	-
	うち、集団療法	433	401	-	-	-	-
	言語聴覚療法Ⅱ	12,258	4,512	-	-	214	-
	うち、個別療法	11,784	3,168	-	-	214	-
うち、集団療法	474	1,344	-	-	-	-	

資料 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」(2002年)から老健局老人保健課において、老人医療について特別集計。

主な疾病とは、最も医療資源を投入した傷病(主病)をいう。

※件数とは、それぞれの診療行為に記載されている明細書の件数である。

(3) 介護

(介護保険におけるリハビリテーション)

- 介護保険法においては、「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」

(介護保険法第4条)とされ、リハビリテーション重視の考え方が示されている。介護保険制度におけるリハビリテーションは、医療保険と同様に一定の基準を満たすものとして届け出たサービス事業者において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により行なわれている。施設サービスとしては、主に介護療養型医療施設及び介護老人保健施設において行われており、居宅サービスとしては、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護によるリハビリテーションが、また、リハビリテーションに関連の深いサービスとして、福祉用具・住宅改修の提供が行われている。また、特別養護老人ホームや通所介護においても、理学療法士、作業療法士等の専門職を配置し、実施しているところもある。

(図表16)

ア 予防給付におけるリハビリテーション

介護保険においては、要支援者については、要介護状態にならないようにするための予防給付のサービスが提供されている。しかしながら、要介護者に対する介護給付と同一のサービスメニューであり、支給限度額に差があるのみである。今後は、要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防を重視したものとすることが求められている。

イ 施設サービスにおけるリハビリテーション

- 介護給付費実態調査(2003(平成15)年7月審査分)により施設サービスにおける1か月当たりのリハビリテーションの実施状況をみると、介護療養型医療施設は、理学療法が約6万3,000件、

作業療法が約1万7,000件、言語聴覚療法が約6,000件実施されている。医療保険による入院者に対するリハビリテーション実施状況と比べると、作業療法と言語聴覚療法の実施の割合が高くなっている。(図表17)

- 介護保険は、医療保険の早期リハビリテーションに相当するものは設定されていない。一方、病棟等におけるADLの自立等を目的としたリハビリテーションを実施した場合のADL加算(理学療法Ⅰ～Ⅲ、作業療法Ⅰ～Ⅱにおいて算定可。)は、1か月当たり、理学療法では約8,900件で、作業療法では約2,900件となっている。(図表17)

- 介護老人保健施設については、2003(平成15)年4月に新設されたリハビリテーション機能強化加算が全入所者の約60%に算定され、施設のリハビリテーション専門職の配置に応じ、理学療法、作業療法、言語聴覚療法が実施されている。なお、特別養護老人ホームについては、看護師、柔道整復師等の常勤専従の機能訓練指導員を配置した場合に算定できる機能訓練体制加算が、1か月当たり全入所者の約50%に算定されている。

(在宅復帰の状況)

- 2002(平成14)年の介護サービス施設・事業所調査によれば、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所したものの退所後の行き先をみると、介護老人保健施設では「家庭」が54.1%となっており、介護療養型医療施設では「病院・診療所」が31.6%、「家庭」が30.6%となっている。利用者の家庭復帰を支援する観点から、介護保険施設におけるリハビリテーションの充実が求められている。

ウ 居宅サービスにおけるリハビリテーション

(居宅サービスの状況)

- 居宅サービスにおけるリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、通所リハビリテーションについては、約41万1,000件で、約298万7,000回となっている。このうち、医師または理学療法士、作業療法士等の専門職が利用者に個別計画に基づき活動向上訓練を中心に行なう場合に算定するもので、2003(平成15)年に創設された個別リハビリテーション加算は約86万9,000回となっている。

- 訪問リハビリテーションは、1か月当たり約2万件で、約8万5,000回が実施されているが、現行の介護保険サービスの中で最も利用が少ないサービスとなっている。このうち、ADL訓練等の活動向上訓練を中心に行なう場合に算定するもので、2003(平成15)年に新設された日常生活活動訓練加算は約9,300回が算定されている。一方、訪問看護のうち理学療法士及び作業療法士が行ったものは、約3万5,000件で13万2,000回となっており、訪問リハビリテーションより多くなっている。(図表17)

(在宅と施設で共通のリハビリテーション(総合)実施計画書)

- 2003(平成15)年4月の介護報酬改定において、介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいて個別リハビリテーションを行う際には共通の様式でその実施内容等の基本的事項を評価・計画するリハビリテーション実施計画書を作成することが新たに導入された。この計画書は、医療と同様に生活機能改善重視の考え方にに基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が、利用者の状態を踏まえ必要なリハビリテーションの目的と内容を定め評価を行うために作成される。

- 介護保険制度施行時から導入され、リハビリテーションの実施内容

等を多角的、総合的に評価・計画する場合にリハビリテーションそのものの実施とは別に算定する介護療養型医療施設のリハビリテーション総合実施計画も同様の趣旨に基づき変更がなされている。介護療養型医療施設でのリハビリテーション総合実施計画の作成状況は、1か月当たり、理学療法では約6,000件、作業療法では約1,200件となっている。(図表17)

**図表16 リハビリテーション関連施設基準等の概要
(介護保険)**

指定事業者数

区分	事業者数
通所リハビリテーション	5,828
介護老人保健施設	2,942
介護療養型医療施設	4,007

注)厚生労働省老健局振興課調べ(平成15年4月1日現在)

介護報酬請求事業者数

区分	事業者数
訪問看護	8,849
訪問リハビリテーション	2,042
通所リハビリテーション	5,680
福祉用具貸与	5,352
介護保険施設サービス	2,918
介護療養施設サービス	3,451

注)介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

介護療養型医療施設におけるリハビリテーション提供体制別の請求状況

区分	請求事業者数	
	病院療養型	診療所療養型
総合リハビリテーション	132	3
理学療法Ⅱ	1,198	65
理学療法Ⅲ	432	62
作業療法Ⅱ	530	15

注)介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

図表17 介護保険におけるリハビリテーションの実施状況

介護老人保健施設

	日数
介護保険施設サービス費	7,248,248
リハビリテーション機能強化加算	4,386,871

介護療養型医療施設(病院)

	件数	回数
理学療法(Ⅰ)	7,609	86,840
理学療法(Ⅱ)	29,266	318,268
理学療法(Ⅲ)	11,027	145,073
ADL加算	8,992	90,810
リハビリテーション計画加算	5,954	-
理学療法(Ⅳ)	14,680	270,647
作業療法(Ⅰ)	5628	64,548
作業療法(Ⅱ)	11,418	119,030
ADL加算	2,888	25,462
リハビリテーション計画加算	1,202	-
言語聴覚療法(Ⅰ)	1,738	18,653
言語聴覚療法(Ⅱ)	4,641	49,703

居宅サービス

	件数	回数
通所リハビリテーション	434,615	2,987,487
個別リハビリテーション加算	150,170	869,763
訪問看護(PT、OT実施)	34,827	132,366
訪問リハビリテーション	20,812	85,378
日常生活活動訓練加算	2,306	9,323

資料)介護給付費実態調査(平成15年7月審査分)

※回数は、介護給付費明細書に記載された介護給付費単位数サービスコードごとのサービス提供回数であり、件数は、サービス種類ごとの請求件数であり、介護給付費明細書の件数枚数とは異なる。

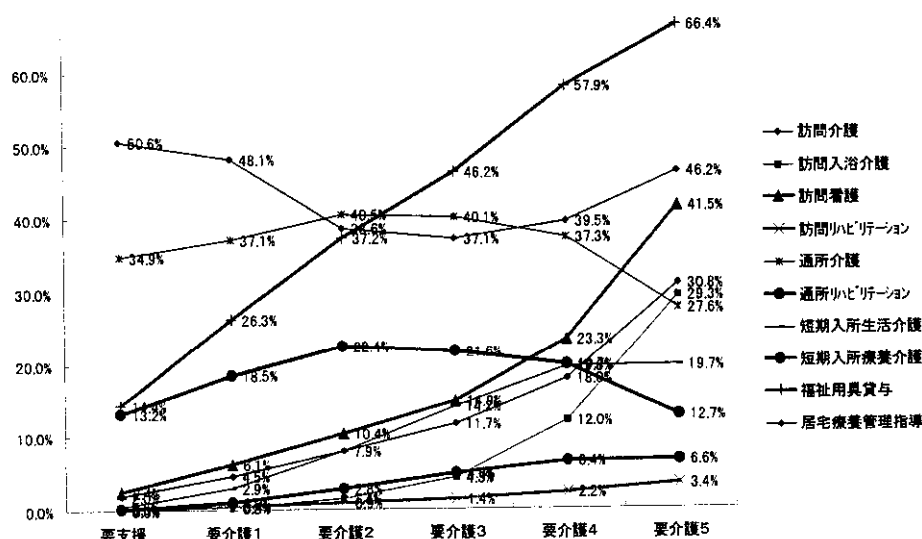
(福祉用具の状況)

- 要介護者の自立の促進や介助者の負担軽減を目的として設けられた福祉用具についてみると、介護保険による居宅サービスの利用者の3人に1人の34.7%（2003（平成15）年7月審査分）が福祉用具貸与を受けている。また、福祉用具貸与事業者への介護給付費支給額は制度当初の2000（平成12）年4月分では4億円であったが、2003（平成15）年5月分では100億円に達しているなど、福祉用具の普及は急速に進んでいる。（図表18、図表19）

(福祉用具の給付は車いすと特殊寝台が多い)

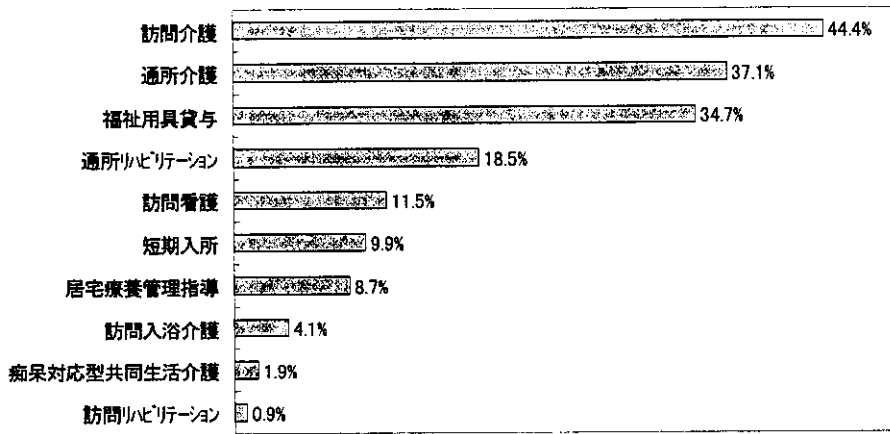
- 福祉用具の給付の内容をみると、車いすと特殊寝台及びそれらの付属品で、給付費の約80%を占めている。また、要介護度ごとの給付状況では、要介護1に最も多く給付されており、中には要支援者に対して電動車いすや移動用リフトといった、実際の状態像からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もみられている。（図表20）

図表18 要介護度別にみた居宅サービス利用者総数に対するサービス別利用者の割合



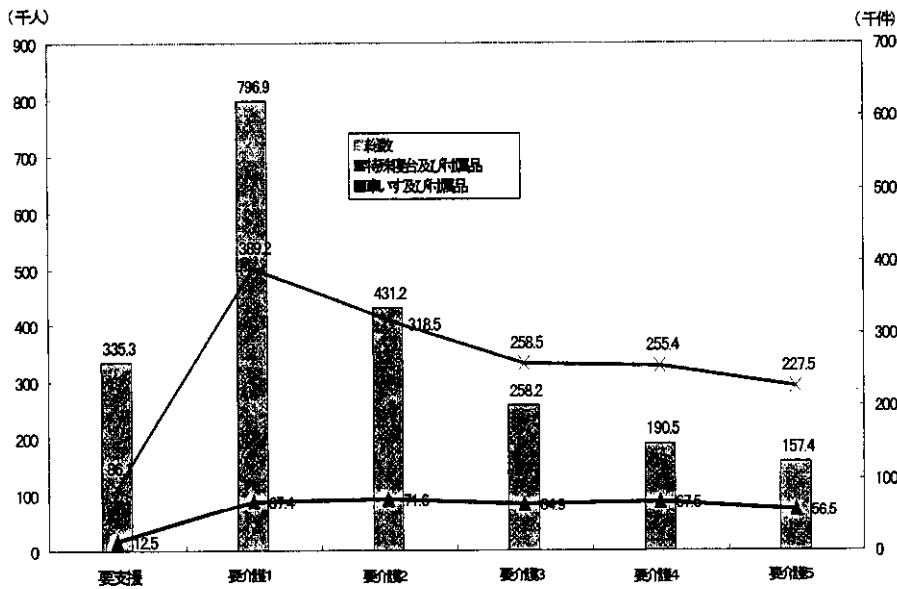
資料 介護給付費実態調査(平成15年7月審査分)

図表 19 居宅サービスの利用状況



資料 介護給付実態調査(平成15年7月審査分)

図表 20 在宅サービス受給者数と福祉用具貸与の件数



資料 介護給付実態調査(平成15年7月審査分)

(住宅改修の状況)

- 住宅改修の介護給付費支給額は、制度当初の2000（平成12）年4、5月の約1億8千万円から2003（平成15）年8、9月の約34億2千万円となり、同年3月末までの延べ支給件数が約79万件となるなど、福祉用具と同様に普及が進んでいる。

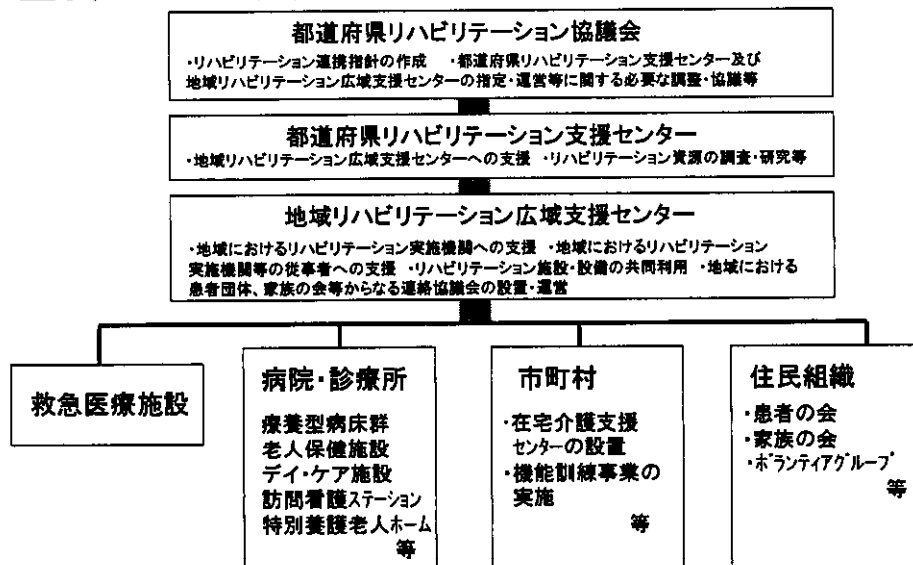
住宅改修の給付の内容をみると、住宅内の安全な確保のために「手すりの取付け」と「段差の解消」で、給付費の約70%を占めている。また、要介護度ごとの給付状況では、要支援、要介護1の者に多く給付されており、伸び率も高くなっている。

(4) 地域リハビリテーションの支援体制の整備

(地域リハビリテーション支援体制整備推進事業)

- 高齢者が寝たきり状態になることを予防し、高齢者それぞれの状態に応じたリハビリテーションが適切かつ円滑に提供されるためには、それを支援する体制を整備することが重要である。このようなことから、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が、介護保険制度が施行される前の1998（平成10）年度から実施されている。本事業は、老人保健福祉圏（2次医療圏）ごとにリハビリテーションを提供する体制の整備、リハビリテーション従事者に対する研修、保健・医療・福祉の関係者やボランティア等の地域における住民への普及啓発などを目的とするものである。（図表21）
- 2003（平成15）年度には、42都道府県において実施されているが、自治体間の取組の格差があることなどが指摘されている。

図表 2 1 地域リハビリテーションの推進体制



* 都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターは既存の施設等を指定。

(5) リハビリテーション専門職等の現状

- 質の高いリハビリテーションが提供されるためには、それを担うリハビリテーション専門職の養成・確保と資質の向上が重要である。リハビリテーション専門医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成確保等の現状は、以下のとおりである。

(少ないリハビリテーション専門医)

- リハビリテーション医学会によれば、リハビリテーション医学会の認定による専門医数は全国で813人（2002（平成14）年11月時点）で、年間に合格する専門医数は30～40人と少ない状況にあり、リハビリテーション医学の進歩と施設あるいは地域でのリハビリテーション医療の発展を担う職種として、その養成を図っていくことが求められている。

(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成は伸びている)

- 一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成の状況をみると、養成所数及び入学定員の増加もあり、その養成数は着実に伸びている。

(図表 2 2)

- 理学療法士及び作業療法士については、医療関係者審議会（２０００（平成１２）年）が２００４（平成１６）年を目途とした理学療法士及び作業療法士の需給の推計を行なっている。これによれば、２００４（平成１６）年には、理学療法士は約４万６千人の需要に対して約３万７千人の供給、作業療法士は約３万３千人の需要に対して約２万４千人の供給と見込まれている。（言語聴覚士法は１９９７（平成９）年１２月に制定。）

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が所属する分野は、各療法士協会の調査によれば、保健、医療、福祉等さまざまな領域において活動を行なっているものの、三者とも医療（病院・診療所）に所属する割合がおよそ６０～７０％となっている。今後は予防や介護分野への活動の参入が課題である。（図表２３、図表２４、図表２５）

（市町村保健師の役割は変化してきている）

- 在宅の患者あるいは利用者と身近な存在である市町村の保健師は、老人保健事業の機能訓練や訪問指導で、地域においてリハビリテーション等を実施する役割を果たしてきた。

近年は、医療保険におけるリハビリテーションの充実、介護保険制度の導入により、リハビリテーションそのものを実施する役割に加え、要介護状態になることの予防活動の強化やケアのコーディネート及びシステムづくりの役割がより重視されてきており、今後、その養成を図る必要がある。

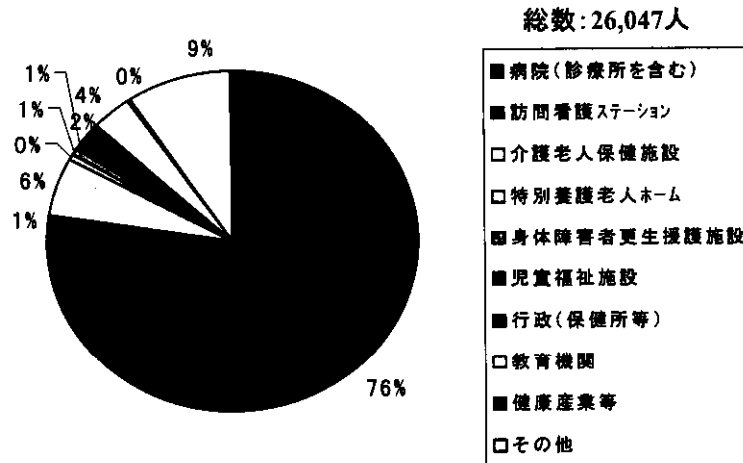
図表 2 2 リハビリテーション専門職の養成所数等の年次推移

	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員
昭和50年	11	200	5	100	—	—
55年	22	435	13	270	—	—
60年	43	980	28	585	—	—
平成2年	48	1,115	33	700	—	—
7年	80	2,640	58	1,690	—	—
11年	107	3,631	97	3,113	27	920
12年	118	4,231	107	3,593	32	1,125
13年	134	4,964	122	4,283	41	1,445
14年	153	6,249	136	5,096	48	1,765

参考) 平成14年12月31日現在の各名簿登録者数は、理学療法士:33,439人、作業療法士:19,817人、言語聴覚士:6,723人(厚生労働省医政局医事課調べ(言語聴覚士は(財)医療研修推進財団調べ))

注)施設数、入学定員数は、厚生労働省医政局医事課調べ(各年4月、平成14年度を除く。)

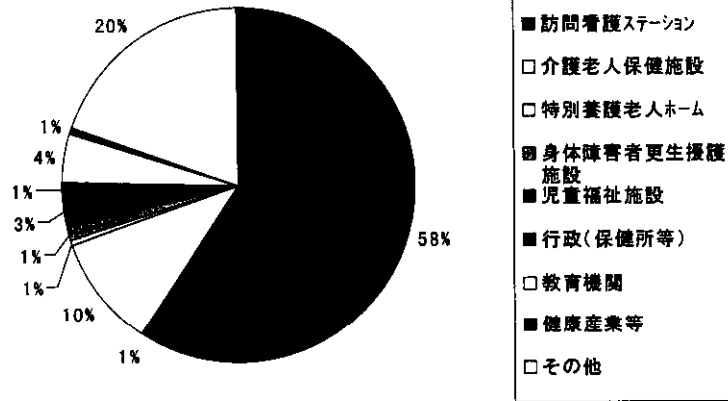
図表 2 3 所属別PT割合



注) (社)日本理学療法士協会に所属している会員の平成14年3月31日現在のデータ

図表 2 4 所属別 O T 割合

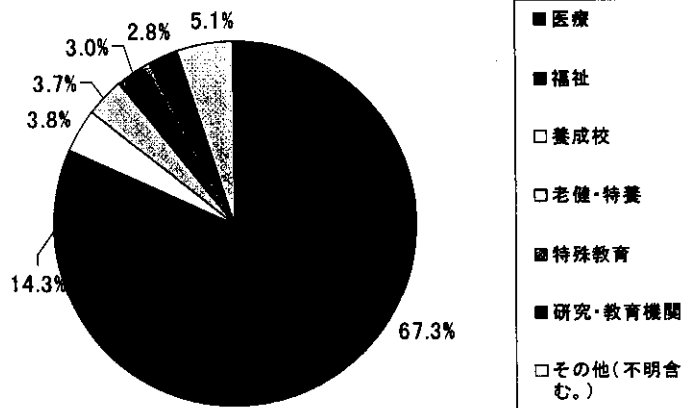
総数: 15,193人



注) (社)日本作業療法士協会に所属している会員の平成13年3月31日現在のデータ

図表 2 5 所属別 S T 割合

総数: 3,030人



注) 日本言語聴覚士協会に所属している会員の平成13年12月16日現在のデータ

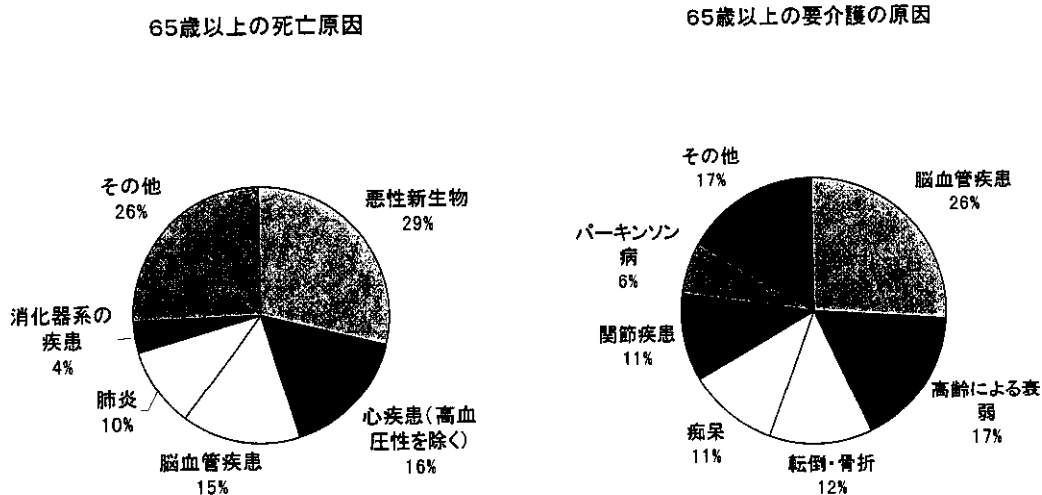
Ⅲ 介護保険制度施行後見えてきた課題

- 介護保険制度は、高齢者のリハビリテーションに大きな転換と変化を与えるものであった。ここでは導入として、介護保険制度が施行され約4年を経過した段階で見えてきたさまざまな課題について述べる。
- 介護保険制度では、全国同一の基準により、高齢者の心身の状態に関する詳細なデータをもとに要介護認定及び要支援認定（以下、要介護認定という。）が行われるため、要介護度の変化や要介護高齢者の心身の状態についてさまざまな分析が可能となっている。

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

- 65歳以上の死亡原因は、2001（平成13）年人口動態統計によれば、第1位悪性新生物（28.9%）、第2位心疾患（16.4%）、第3位脳血管疾患（14.9%）となっており、約60%が生活習慣病となっている。
- 一方、65歳以上の要介護の原因は、2001（平成13）年国民生活基礎調査によれば、第1位脳血管疾患（26.1%）、第2位高齢による衰弱（17.0%）、第3位転倒骨折（12.4%）、第4位痴呆（11.2%）、第5位関節疾患（10.6%）となっている。
- このように要介護の原因と死亡の原因を比較すると、脳血管疾患は共通だが、要介護の原因としては高齢による衰弱、転倒骨折、痴呆、関節疾患といった生活機能の低下を来す疾患・状態が重きを占めている。
- これまで行政施策として行われてきた予防対策は、主として死亡の原因となる生活習慣病の予防が中心として取り組まれ、現在「健康日本21」により推進されている。今後、介護の問題を考える場合は、死亡の原因と要介護状態の原因とが異なることを踏まえた予防対策が必要である。（図表26）

図表 2 6 65歳以上の死亡原因と要介護の原因



資料 人口動態統計及び国民生活基礎調査(2001年)から65歳以上高齢者について作成

2 軽度の要介護者が急増している

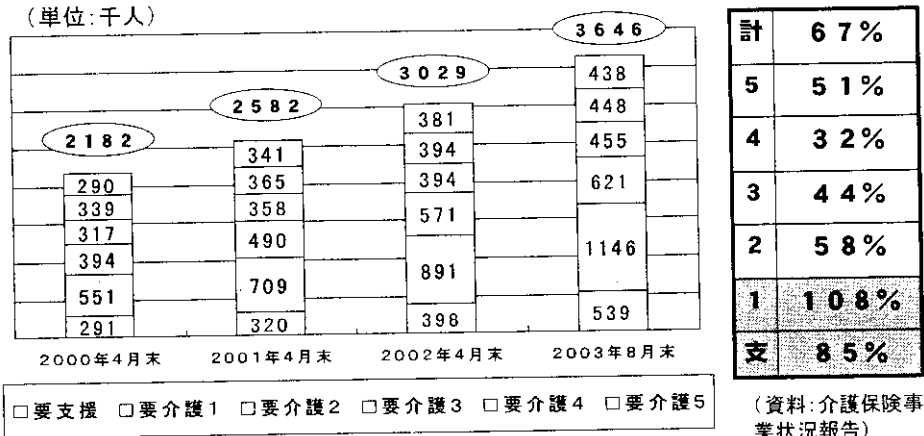
(要介護認定者は増加しているが、軽度の者の増加が著しい)

- 介護保険施行後3年間の状況を見ると、要介護認定者数は、65歳以上の高齢者数の伸びを上回る勢いで増加している。年齢階級別では、要介護認定者の約80%が75歳以上の後期高齢者となっている。その中でも、要支援・要介護1という軽度の者の増加が著しい。

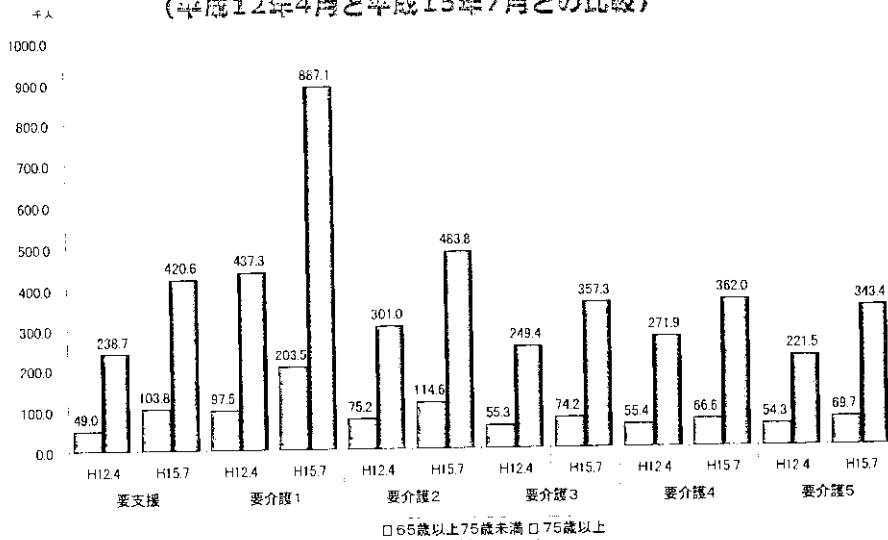
一方、性別では、介護保険の受給者数をみると、約70%が女性となっている。(図表27、図表28、図表29、図表30)

図表 27 要支援・要介護1の高齢者の増加

- 要介護認定を受けた人は3年4か月で約147万人増加(67%)
- 特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加(100%)
(要介護度別認定者数の推移)

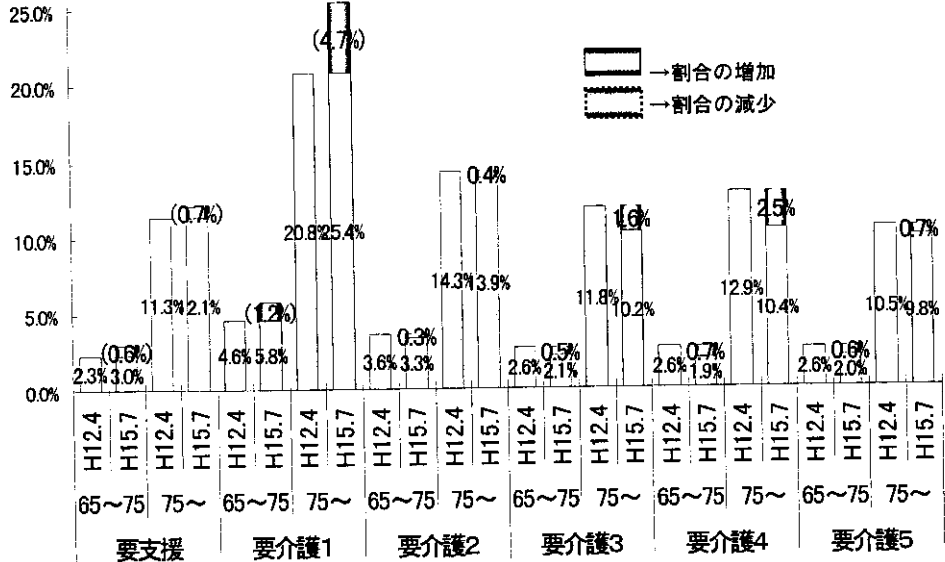


図表 28 要介護認定者に占める前期高齢者と後期高齢者数
(平成12年4月と平成15年7月との比較)



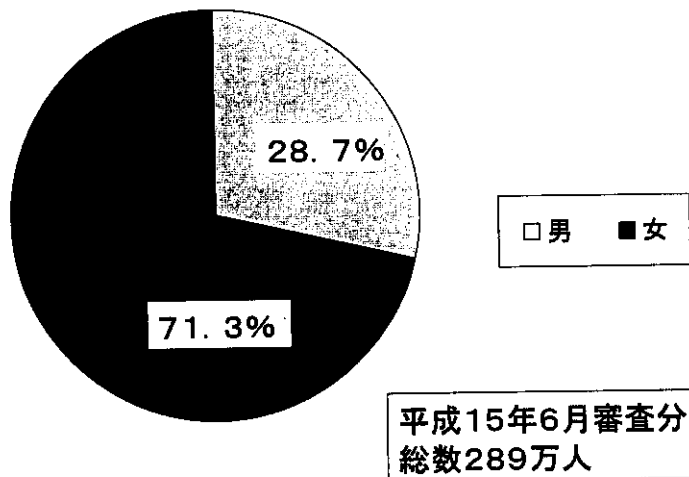
資料 介護保険事業状況報告(2003年12月9日時点集計)

図表 2 9 要介護認定者に占める前期高齢者と後期高齢者の割合の変化 (平成12年4月と平成15年7月との比較)



資料 介護保険事業状況報告(2003年12月9日時点集計)

図表 3 0 性別受給者数



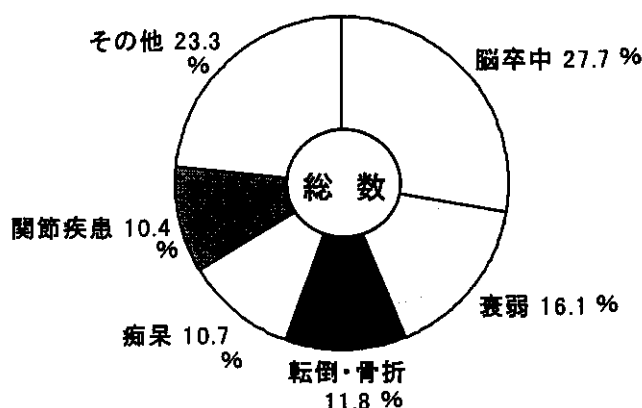
(要介護状態となった原因疾患は性別や年齢によって異なる)

- 2001(平成13)年国民生活基礎調査によれば、介護が必要になった主な原因は、第1位が脳卒中であり、第2位が衰弱、第3位が転倒・骨折となっている。性別にみると、男性の場合は脳卒中が約43%を占めるが、女性の場合は原因が多様で、衰弱、転倒・骨折、関節疾患を合わせた割合は約46%となっている。また、年齢階級別にみると、65歳以上75歳未満の前期高齢期は脳卒中が多いが、後期高齢期は転倒・骨折、衰弱が多くなっている。(図表31、図表32、図表33)

(要介護度別にみても原因疾患が異なる)

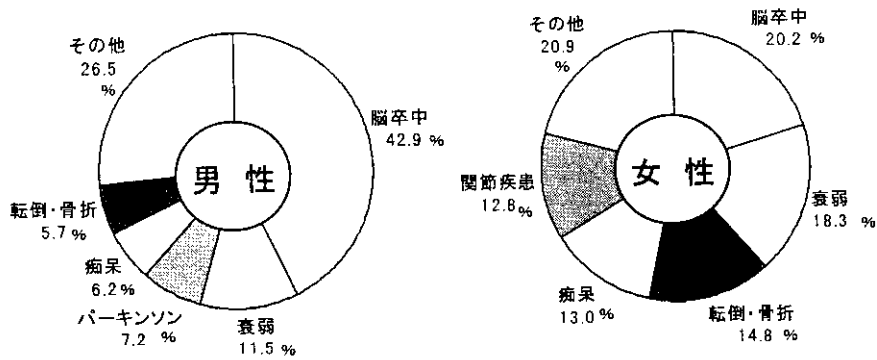
- また、介護が必要になった主な原因を要介護度別にみると、要支援及び要介護1の者は、高齢による衰弱、骨折・転倒及び関節疾患(リウマチ等)が、要介護2以上では脳血管疾患と痴呆の割合が高くなっている。(図表34)

図表31 介護が必要となった原因



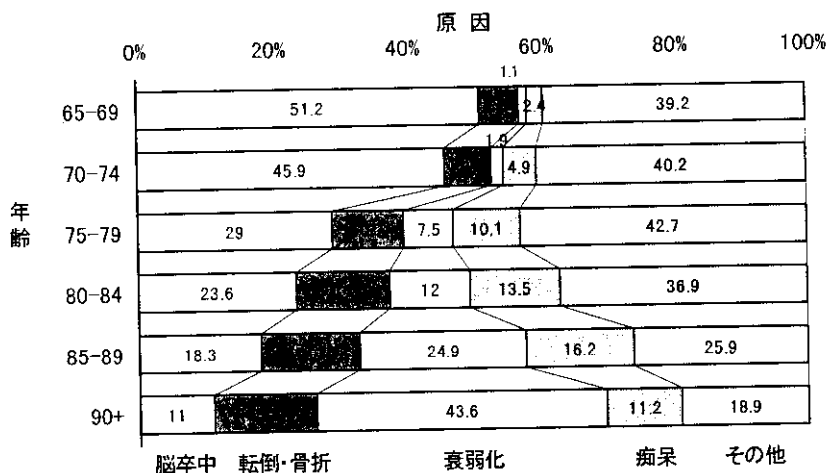
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図表 3 2 介護が必要となった原因（男女別）



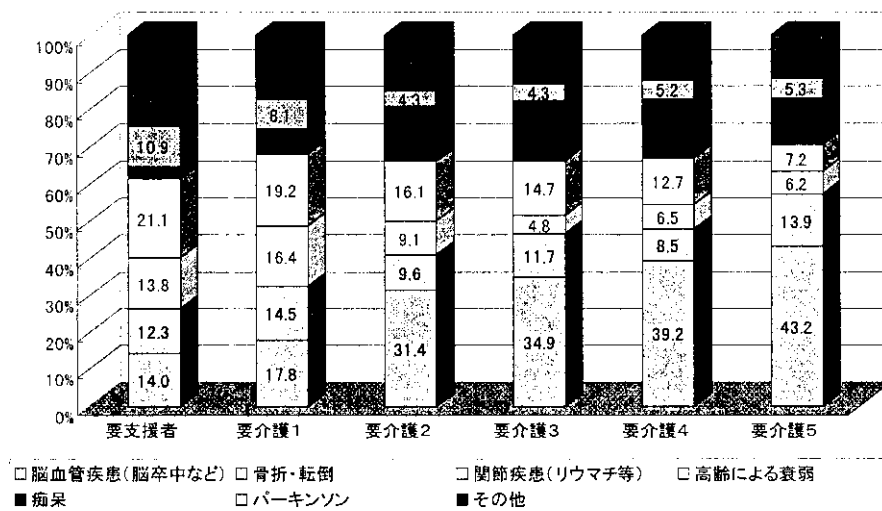
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

図表 3 3 介護が必要となった主な原因（年齢別）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

図表 3 4 要介護度別介護が必要となった原因割合



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計

(軽度の要介護者と重度の要介護者の有する疾患は異なる)

- 要介護者が有する疾患については、要介護認定に必要な主治医意見書を分析した北九州市の調査(2000(平成12)年)によると、要支援及び要介護1の軽度の要介護者の多くは、高血圧性疾患、関節症、骨の密度及び骨の構造の障害などを、要介護2以上の中度から重度の要介護者は、脳梗塞や痴呆などを有している。
- この北九州市の調査結果は、前述した国民生活基礎調査と本質的には同様な結果を示すものと解釈できる。すなわち、北九州市の調査における軽度の要介護者が有する高血圧性疾患や骨の密度及び骨の構造の障害は廃用症候群⁶のきっかけとなり、国民生活基礎調査における軽度の要介護者の原因として見られる衰弱は、その多くが廃用症候群に起因すると考えるこ

⁶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動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、高齢者の寝たきり発生の重要な原因とされている。全身性の廃用症候には心肺機能低下、起立性低血圧、静脈血栓などがあり、局所性廃用症候には拘縮、廃用性筋萎縮、廃用性骨萎縮などがある。

とができるからである。(図表35)

- 一方、2001(平成13)年介護サービス施設・事業所調査により、介護保険三施設入所者の主たる傷病を要介護度別にみると、脳血管疾患と痴呆の割合が高くなっており、北九州市の調査に近い結果となっている。(図表36)

- これらの結果から、要支援～要介護1の群と、要介護2以上と施設入所者の群で介護を要する状態に至る原因疾患が異なっていることがわかる。

(前期高齢者からの対応が必要)

- 現在、増加の著しい要支援～要介護1は、後期高齢者に多い。これは、骨関節疾患や腰痛症、廃用症候群などを有する高齢者に対して、いわゆる「前期高齢者時代」からの生活機能低下の予防や運動器疾患のリハビリテーションなどによる適切な対応がなされていないことが要因の一つと考えられる。

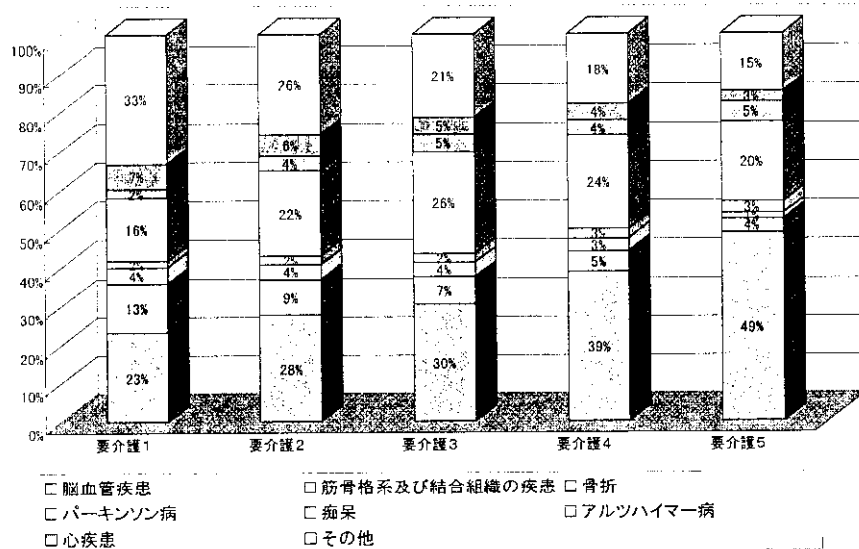
図表35 主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	脳梗塞
2位	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

出典：北九州市(2002)

図表 3 6 介護保険施設入所者の主な傷病割合



資料 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2001年)

3 介護予防の効果があがっていない

(重度化する要介護度)

- 日本医師会総合政策研究機構(以下、「日医総研」という。)の島根県の2000(平成12)年度から2年間の要介護認定のデータを分析すると、要介護2以上に比べて、要支援・要介護1の者は要介護度が重度化した割合が多くなっている。(図表37)
- 一方、2001(平成13)年国民生活基礎調査による要介護度のデータを分析した結果をみると、2000(平成12)年に要支援者のうち、2001(平成13)年に要介護度が重度化した者の割合は約34%であり、日医総研の調査と同様に、要支援者を含めた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いことを示している。これは、現行の要支援者への予防給付や軽度の要介護者への給付が、必ずしも要介護度の改善につながっていないと言える。(図表38)

- この要因の一つとして、高齢者の生活機能の低下の早期把握と早期対応などがなされていないことが考えられる。

図表 3 7 要介護度認定の変化

2002.10 2000.10	認定あり						認定なし 小計 (2,150)	死亡 (再掲) (1,830)
	要支援 (439)	要介護1 (1,316)	要介護2 (1,010)	要介護3 (855)	要介護4 (957)	要介護5 (1,151)		
要支援 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
要介護1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
要介護2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
要介護3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
要介護4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5 (1,208)	0.0%	0.1%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
縦計(7,878)	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

注1. () 内はN数 注2. 構成割合は、2000年10月時点の要介護度別認定者に対するもの。
日医総研 川越雅弘主任研究員の調査研究。松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者を対象に分析。

図表 3 8 要介護認定の状況変化の割合
(2001年6月の要介護度と1年前の要介護度との比較)

	2001年6月							
	総数	要支援者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護度不詳
2000年6月								
総数	100.0	13.5	27.2	20.6	12.9	11.5	11.0	3.3
要支援者	100.0	66.3	25.6	4.0	1.9	0.3	0.9	1.0
要介護1	100.0	3.5	68.1	20.6	4.5	1.7	1.0	0.5
要介護2	100.0	1.2	14.4	61.6	16.0	4.3	2.1	0.3
要介護3	100.0	0.6	4.5	17.9	47.1	24.7	5.1	0.2
要介護4	100.0	-	1.3	1.1	11.6	61.4	23.8	0.7
要介護5	100.0	0.3	-	-	1.9	11.1	85.4	1.4
自立	100.0	31.3	21.8	17.7	13.9	1.6	9.1	4.6
申請中	100.0	25.3	36.3	15.7	8.0	6.7	2.4	5.5
申請ない	100.0	18.7	27.9	16.7	14.0	7.3	8.0	7.5
不詳	100.0	7.8	17.0	10.6	11.4	6.4	2.8	44.1

資料)厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計

4 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要

- これまで、わが国の予防や医療・介護のリハビリテーションは、歴史的にも脳卒中を主要な対象（脳卒中モデル）として形成されてきた。その理由としては、脳卒中は、かつて死因の第1位を占め、また、現在でも、要介護状態となる原因の第1位の疾患であることから、リハビリテーションの対象として重きがおかれ、モデルとして発展してきたことによる。今日においても、脳卒中は代表的な死因であり、また、要介護2以上の原因疾患は脳卒中が多いことから、このモデルが重要であることには変わりはない。

（脳卒中モデル）

- 脳卒中の発症予防においては、市町村保健師等による過剰な塩分摂取習慣の是正など栄養・食生活や運動に関する健康教育、健康診査の実施と保健指導を中心とした対策が行われてきた。また、医療においては、かかりつけ医による高血圧症の管理などの日常的な治療や薬剤師による服薬指導などが行われてきた。
- 脳卒中発症後の対応としては、発症後1か月以内を目安に急性期の治療や並行してのリハビリテーション、急性期以降の9か月までを目安に回復期のリハビリテーション、9か月以降を目安に維持期のリハビリテーションを提供する体制が構築されてきた。急性期と回復期は主として医療保険で、維持期は主として介護保険で行われてきた。
- このように脳卒中モデルにおいては、これまでリハビリテーションを「急性期」、「回復期」、「維持期」の3つの時期に分けて、それぞれに応じたプログラムやシステムが整備されてきた。このモデルは、転倒による大腿骨頸部骨折などのように、生活機能の低下が急性に生じるものについては、時期区分の経過は共通していたことから、一定の効果を上げてきている。

(廃用症候群モデル)

- 一方、廃用症候群や変形性骨関節症のように徐々に生活機能が低下するものも多く、これらは脳卒中モデルのような時期区分の経過はたどらない。これらには早期から予防とリハビリテーションを行うことが効果的であるが、従来は、その重要性に対する認識が不十分であった。このようなことから、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は、これを第2のモデル（廃用症候群モデル）として、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がある。

(痴呆高齢者モデル)

- 以上のいずれのモデルにも属さないが、重度の要介護者の代表的な原因疾患として、痴呆がある。これに対しては、今後、生活機能向上の視点からの取組が重要である。

IV 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方

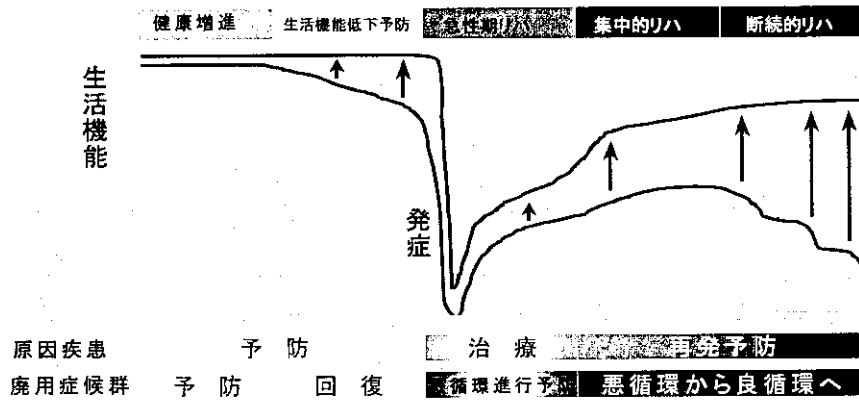
1 高齢者の態様に応じた対策が必要

- 脳卒中モデルと廃用症候群モデルとでは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能低下の状況を踏まえ、適切なリハビリテーションを提供する必要がある。(図表39、図表40)
- 脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を限って計画的にリハビリテーションを行なうことが基本となる。
- 廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたっては、必要な時に、期間を限って計画的に行われることが必要である。
- そのいずれのモデルにも属さない痴呆高齢者については、環境の変化に対応することが難しいため、生活の継続性やなじみの人間関係⁷が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で今後、必要な専門医療と連携し適切なリハビリテーションが検討されるべきである。

⁷なじみの人間関係：家庭的な雰囲気の小規模な生活空間において、なじみの人間関係をもっている利用者と介護者の集団。周囲の環境の変化に対応することが難しい痴呆高齢者のケアに求められる最も重要な要素の一つである。

図表 3 9 生活機能低下の状態像—①—

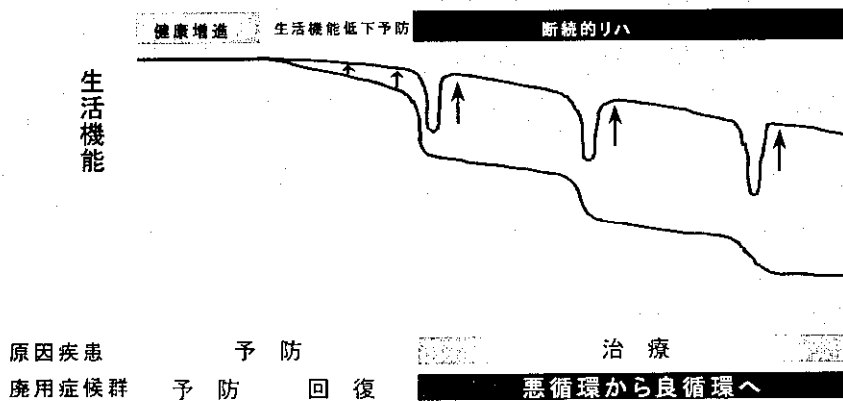
脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

図表 4 0 生活機能低下の状態像—②—

廃用症候群モデル
(廃用症候群、変形性関節症など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

2 廃用症候群の対策の重要性

- 後期高齢者に多い衰弱を含め、高齢者の心身機能の低下は、「年だから仕方がない」などと考えがちであるが、これは、実は廃用症候群であったことが見逃されていたことが少なくない。今後は十分に認識される必要がある。
- 廃用症候群は、在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる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。このためにも廃用症候群の原因となる入院（所）中の「過度の安静」を防止するために、これまで医療機関で日常的に使用されてきた入院者への評価である「安静度」という用語を見直し、「活動度」に変更する必要がある。
- 医療現場に限らず、介護の現場においても、「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」、あるいは「安全第一」という考え方で過剰な介護をして、かえって廃用症候群を惹起する場合がある。

（つくられた寝たきりとつくられた歩行不能）

- 車いすには利用者の参加の拡大につながる一面があることは確かである。しかしながら、訓練のときは歩けるのに、実用歩行訓練が不十分なまま、実生活では車いすを使わせたり、歩行ができるのに車いす介助で移動させるなど不適切かつ尊厳に欠けるような車いすの使用がなされる場合がある。「つくられた寝たきり」「座らせきり」は、多くの高齢者のケアの関係者に理解されているが、このような高齢者の状態像に合わない車いすの使用などによる「つくられた歩行不能」については、いまだその危険度が十分に認識されていない。歩行や、立って活動を行うことが困難になると、在宅での日常生活の活動が低下し、地域社会への参加も難しくなる。今後は、歩行しないことによる廃用症候群の危険性について、予防・医療・介護の関係者はもとより、高齢者自身やその家族は十分に認識する必要がある。

(つくられた家事不能)

- また、例えば、調理などの家事を行なう能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の回りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。

3 生活を支えるという目標

- これまでは、入院（所）中は、訓練室での歩行訓練といった心身機能の回復訓練が中心になりがちで、実際の生活の場で歩行し、例えば、台所に立って家事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、買い物を想定して屋外で歩行を行うなどの日常生活のさまざまな活動をどのように高めるのか、という観点からの取組が必ずしも十分ではなかった。
- 高齢者の生活機能は、これまで生活してきた家庭、地域の環境で培われてきており、生活機能を向上させるためのリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されることによってより高い効果が期待できる。このため、施設におけるリハビリテーションは、入院（所）しなければ受けられないプログラムを実施する場合に限って利用することが基本であり、入院（所）した場合においても、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本となる。
- 在宅の高齢者については、できるだけ長く住み慣れた自宅で生活を送れるよう、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの居宅サービスを一体的に提供していくことが基本となる。
- 施設の訓練室、病棟・居室や通所サービスの訓練室などの設備をできるだけ実生活に近い環境で提供していくことが基本となる。

4 個別的、総合的なサービスの提供

- 高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なものである。しかし従来は、画一的なプログラムが提供されがちであった。これによって、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。
- 今後は、個別性を重視したリハビリテーションを提供するために、本人の積極的参加を促し自己決定権を尊重することが必要である。
- また、高齢者に対し、リハビリテーションを提供する場合には、生活機能低下を克服し、新たな生活を踏み出そうとする高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする思いを引き出し、これを適切に支えることが重要である。
- 生活機能の低下をきたした高齢者は、健康な時の自己の姿と現状を比較してうつ状態に陥ったり、その受容が困難になることがある。このため、生活を再構築するためのリハビリテーションを継続するための心のケア、精神的な支えも重要である。
- 高齢者のリハビリテーションは、このような個別性や個性を的確に把握した上で、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である。

5 評価に基づく計画的な提供

- リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の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き、期間を設定して、行われるべきものである。計画は、定期的に評価され、

必要に応じて修正又は更新される。

- このような目標や計画は、利用者が主体となって専門職がこれを支援するような取組で設定・作成されるものである。このような過程を経ないで設定された目標や、計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。これは訓練そのものが目的化することになり、いわゆる「訓練人生」を生むことになる。

6 地域で提供できる体制の整備

(1) 地域資源の確保

- 地域によっては、リハビリテーションを提供するような医療施設がなく、住み慣れた地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを終了し、在宅復帰する場合に、自宅に戻った際に連続してリハビリテーションが利用できず、または利用しようとしても地域にリハビリテーション提供体制が整備されていないといった状況がある。
- 今後は、住みなれた地域において一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続を支援できるようなリハビリテーション提供体制を計画的に確保していく必要がある。

(2) 連携、分担

- リハビリテーションは連携が必須にもかかわらず、これまでの取組は必ずしも十分とは言えなかった。特に、医療と介護の連携、入院中や外来で行われる通常の一般医療とリハビリテーションの連携、また、介護保険の中での各サービス間の連携や、専門職種間の連携が不足していたと言える。

- 今後、リハビリテーションが、患者・利用者を中心として、予防、医療と介護の多くの施設や事業者、職種により切れ目なく、一体的に提供されるためには、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不可欠である。
- 高齢者のリハビリテーションに関わる多職種が利用者の生活機能を踏まえたリハビリテーション計画の作成に参画するとともに、リハビリテーション専門職が訓練を行い向上させた高齢者の活動能力を、看護職・介護職が日常でのケアを通じ、実生活で実行できるように定着させるような連携が重要である。

(3) 国民にサービスの所在がわかるシステム

- 高齢者に対して適切な介護予防サービスやリハビリテーションが提供され、必要なときにいつでも利用できるようにするためには、まず、地域社会の構成員である国民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である。また、地域の専門職もそのための役割を十分に果たしているとは言い難い状況である。このため、リハビリテーションに関する普及啓発は大きな課題である。
- 脳卒中は緊急対応が必要な疾患であるが、国民の多くは脳卒中の症状についての知識が十分ではないため、脳卒中の初期症状が現れているにもかかわらず早期に医療機関を受診することにつながらず、重症化する場合も多いとされている。また、脳卒中を発症した場合に、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、といった情報も十分ではないとの指摘もあることから、今後は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がある。

7 質の確保

- 高齢者のリハビリテーションは、プログラムや技術の質によって成果が大きく左右されるものである。その質的向上を図るために、これまで述べた内容を行うことが必要である。
- また、リハビリテーションの質の確保・向上や効率化を促進させる観点から、リハビリテーション技術の研究についても積極的に取り組む必要がある。

8 基盤の整備

- これまで述べたように予防、施設サービス、訪問、通所（外来）、ショートステイ、福祉用具・住宅改修といった在宅サービスは、利用者を中心として総合的に提供されるべきであり、そのために住み慣れた地域での基盤整備がなされる必要がある。
- 人材の育成については、高齢者の状態像が多様化し、リハビリテーションに対する要請も多様化、高度化しており、これに対応したリハビリテーション専門職の養成が必要である。リハビリテーション技術は、その専門性から、理学療法、作業療法、言語聴覚療法など個々のサービス分野の分化が進んでいるが、反面、連携が困難になるといった弊害も生み出しており、連携を重視した教育が重要である。今後は、高齢者の生活機能を総合的に見ていけるような教育・訓練が必要である。

V 現行サービスの見直しへの提案

- 高齢者には、生活機能の原因疾患の予防サービスや、発症直後の治療と並行して早期から行うリハビリテーション、在宅に復帰してからの在宅支援のためのリハビリテーションが断片的でなく総合的に提供されなければならない。
- これまで述べてきた「IV 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方」に沿って、リハビリテーションの一層の向上を図っていくため、ここでは、予防、医療・介護のリハビリテーション、地域リハビリテーションの3つの項目について提言を行う。

1 生活機能低下の予防

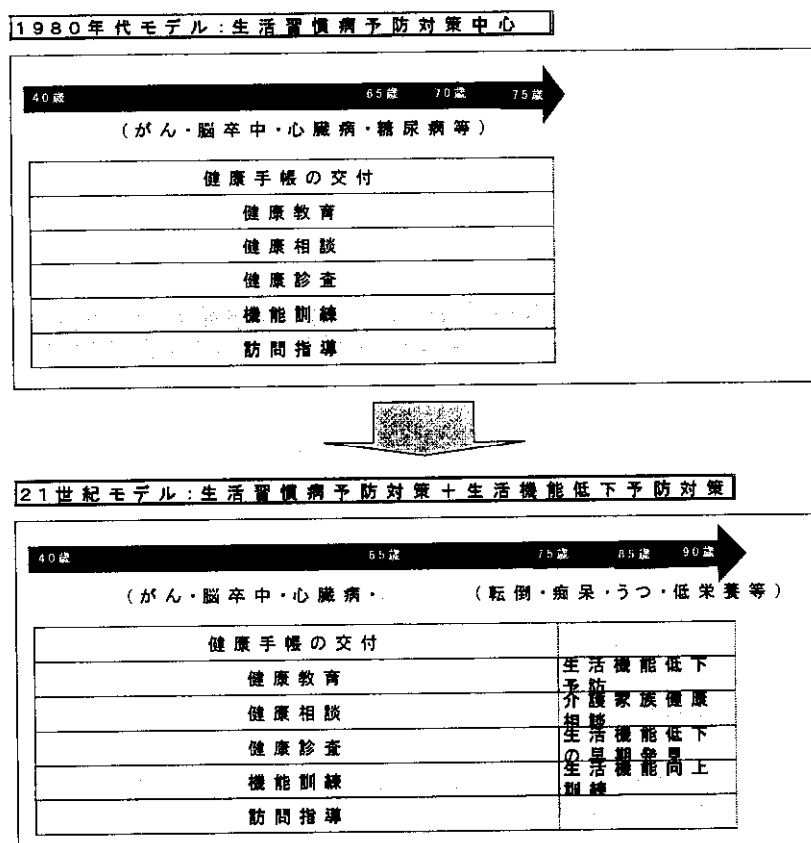
- これまで予防対策は、疾病そのものを予防する観点から、生活習慣病の予防を中心に取られてきたが、今後は、新たに要介護状態や要介護度の重度化を予防する観点から、生活機能低下の予防対策に取り組む必要がある。
- 生活習慣病の予防は、要介護状態の予防の観点からも重要であり、従来から実施されている「健康日本21」に基づく、生活習慣病の予防対策をさらに推進していくべきである。
- 「健康日本21」における生活習慣病の予防や生活習慣の改善の取組については、高齢者の虚弱の原因とされている高血圧症や低栄養の予防、転倒・骨折の要因とされている高齢者の身体活動・運動能力の低下の予防について、介護予防といった別の観点からも、進めていく必要がある。
- 脳卒中をはじめとした要介護状態となる原因疾患の発症予防は、今後とも生活習慣病予防対策としても強化する必要がある。特に女性の要介護状態の

原因となっている転倒・骨折については、75歳以上、歩行速度が落ちた高齢者、最近転倒した経験のある高齢者、ふらつき等の原因となる薬剤を服用している高齢者などの危険因子を持つ人々に対し早期に介入することにより予防効果があることから、今後は、地域において危険因子を持つ人々に対し転倒・骨折予防の取組を体系的に進める必要がある。

(老人保健事業・介護予防事業の見直し)

- 老人保健事業については健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の6事業が実施されているが、これらの6事業に生活機能低下の予防を図るための取組を盛り込むべきである。例えば、生活機能に関する情報を健康手帳に加えることや、健康教育・健康相談への生活機能の考え方の導入、健康診査への生活機能低下のスクリーニングの導入など、生活機能低下の予防のための適切なプログラムの開発などが考えられる。(図表41)

図表41 生活習慣病予防対策と生活機能低下予防対策



資料「高齢者に対する老人保健事業の在り方に関する調査研究事業報告書」(2003年3月)より引用

- 介護予防事業については、個々の利用者毎に、生活機能を向上させるといった目標を明らかにし、ひとりひとりについて適切なアセスメントを踏まえたサービス内容の検討や、サービス提供の効果の把握・評価を行っていくことが必要である。このため、高齢者の生活機能を個別に評価した上で、介護予防プログラムの作成・管理を行い、これに基づき、提供する介護予防サービスの内容を決定するシステムとすべきである。その際、民間事業者や地域の社会資源の活用に努めるべきである。
- 老人保健事業と介護予防事業については、市町村において生活習慣病予防と生活機能低下予防を効果的に進めていく観点から、総合的なシステム・体制づくりを検討すべきである。

(介護保険の予防給付等の在り方の見直し)

- 介護保険においては、要支援者や軽度の要介護者の生活機能を向上させ、要介護度を積極的に改善させるという観点から軽度の要介護者に対するサービス内容とそのためのマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。

2 医療・介護におけるリハビリテーション

(1) 急性期・回復期におけるリハビリテーション（医療保険）

- 疾患治療を担う医療機関においては、急性期・回復期のリハビリテーションが行われる。このリハビリテーションは、全身的な疾病の治療や合併症のコントロールと並行して、生活機能の低下の早い時期から、病態に応じて実施され、廃用症候群の予防と早期離床、ADLの早期自立・向上を図る必要がある。
- また、医療におけるリハビリテーションは、疾患の発症や手術の直後か

ら、患者が在宅でどのような活動・生活を送るのかを具体的に想定した活動向上訓練など自立支援に向けて集中的に行うことが必要である。

- 医療保険制度におけるリハビリテーションについては、リハビリテーションの計画的実施、早期のリハビリテーションの重点評価、病棟等における早期歩行・ADLの自立等を目的とした理学療法の重点評価、在宅でのリハビリテーションの評価等が行なわれているところであるが、今後とも以上のような観点から、充実を図っていく必要がある。この趣旨を踏まえれば、前述した保険医療機関及び保険医療養担当規則の表現は、実際の診療報酬上の評価にそぐわないものとなっているため、見直しを検討する必要がある。
- リハビリテーションは、ともするとリハビリテーション専門の医療機関のリハビリテーション専門職だけが訓練室で実施するものであるというような誤解が生じがちである。しかし、リハビリテーション専門医療機関あるいは専門職のみならず、身近な医療機関において医師・看護師などが日常の医療や看護業務の中で実際の生活の場に近い環境で行うことが重要である。
- リハビリテーションが急性期から回復期、その後の介護保険施設、在宅復帰へ至るまで一貫した淀みないサービスが提供されるような体制を地域に整備していく必要がある。

(2) 医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関係

- ひとりの人間の、要介護状態となる原因疾患の発症、疾患の治療と並行したリハビリテーション、そして退院・在宅復帰するまでの過程をみると、制度上は医療保険と介護保険のリハビリテーションが提供されることになるが、これらのリハビリテーションは連続性が確保される必要がある。医療保険と介護保険の制度に分かれることによって、それぞれ提供されるリハビリテーションに制度上の差異があるかのごとく考えられやすいが、リハビリテ

ーションの目的や目標に差異があってはならない。

(3) 各種サービスにおけるリハビリテーション

医療保険と介護保険で提供されるリハビリテーションについて、入院(所)、訪問、外来・通所、ショートステイ、環境の5種類について記載した。

ア 入院(所)におけるリハビリテーション

- 入院(所)リハビリテーションについては、これまでの訓練室中心のプログラムから病棟・居室中心のプログラムの充実を図る必要がある。入院(所)直後からの日常生活の活動向上訓練、福祉用具の適切な選択と使用方法や使い分けの指導が、病棟・居室等の実生活の場で在宅生活と同じような環境の中で行われる必要がある。それに加え、必要に応じて、入院(所)中からも、患者・利用者が外泊したり、看護師、理学療法士、作業療法士などが患者の自宅を時々訪問し、在宅生活の場での活動向上訓練を行うことも考えられる。
- 早期の在宅復帰の促進を図るために、病棟・居室等の設備については、車いす用設備に偏らない、通常の在宅生活・社会生活に近い多様なものが望ましい。

イ 訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーションの目的は、在宅という現実の生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである。
- このように考えると、訪問リハビリテーションは、在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護において有効なサービスであるが、現状では最も

利用が進んでいないサービスとなっており、今後、拡充していく必要がある。また、脳卒中による失語症の患者が在宅に多いにもかかわらず言語聴覚士がサービス提供者として位置づけられていないといった問題も指摘されている。

- 現行の訪問リハビリテーションは、退院（所）直後や生活機能が低下した時に、計画的に、集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。

ウ 外来・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は、高齢者が住み慣れた地域で、在宅での日常生活活動と社会参加の向上のために行われるものであり、今後のリハビリテーションの柱となるべきものである。

- 現行の通所リハビリテーションは、利用者の年齢層や介護が必要となった原因疾患、生活機能低下の状態がさまざまであるなど幅広いニーズに対応しているため、①日常の継続した健康管理（医学的管理）、②リハビリテーションそのものの提供、③介護者の休息、④閉じこもり対策、として行われている。

- 一方、2003（平成15）年4月の介護報酬改定で新設された個別リハビリテーションへの利用者のニーズは高く、このような専門職によるリハビリテーションのみを求める利用者が増えている。

- 通所リハビリテーションについては、これまで必ずしもその効果について十分に評価がなされないまま実施されてきたという側面がある。今後は、真に有効なリハビリテーションを提供していく観点から、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能そのものについては強化するとともに、必要な時期に期間を定めて提供するなど、その

機能の在り方を検討する必要がある。

- 通所サービスには、通所リハビリテーションと通所介護があるが、介護者の休息や閉じこもり対策などの通所介護と同様の機能の提供に留まっている通所リハビリテーションについては、見直しを検討する必要がある。
- なお、少人数でなじみの集団で行う場合は、痴呆ケアとして通所リハビリテーションを位置づけることを考えていくことも必要である。

エ 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ショートステイへ）

- 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が悪化する例も指摘されている。
- このため、ショートステイについては、ショートステイ利用中に必要に応じ、在宅生活が継続できるよう生活機能の評価を行い、生活機能が低下しないようリハビリテーションの提供、または、適切なサービスにつなげる機能の強化が必要である。

オ 環境⁹

（福祉用具には専門職の関与と訓練が必要）

- 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、要支援者に対して、電動車いすや移動用リフトといった実際の状態像からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もある。

⁹ 環境：ICFでは、福祉用具・住宅改修を含む物的環境、家族等の人的環境、各種社会的制度などの社会的環境のすべてを環境因子としている。

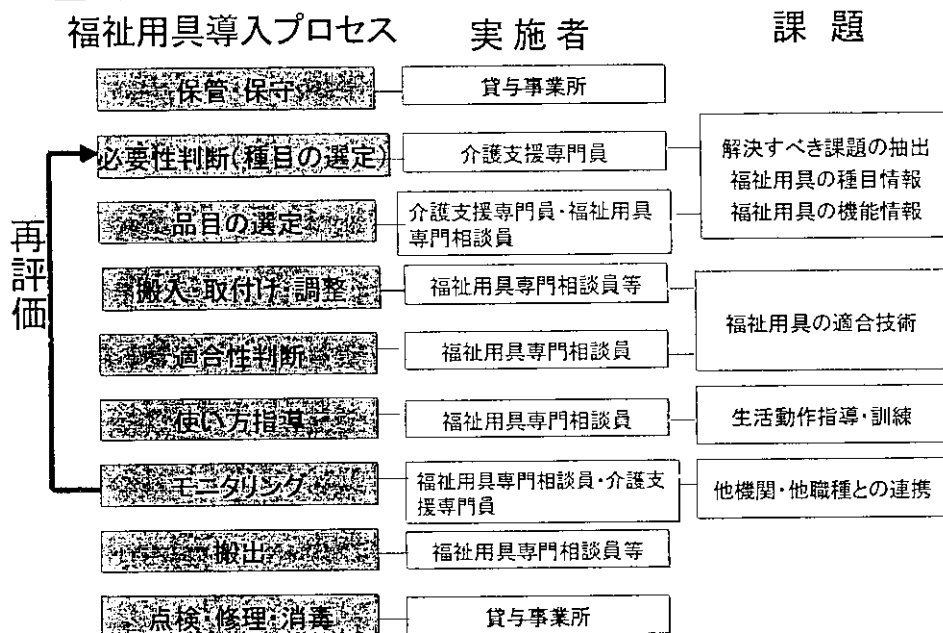
- 本来、福祉用具や住宅改修の導入は、その必要性の判断、適切な福祉用具・住宅改修内容の決定、取り付け・調整、使い方指導、モニタリング等の過程で行われるものである。これに照らしてみた現状は、福祉用具の種目・機能情報の不足による必要性の判断の誤り、個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導の未実施などが想定される。このような状況では、福祉用具・住宅改修の目的である要介護者等の自立支援に十分な効果を上げることは困難と考えられる。

- 今後は、福祉用具・住宅改修を日常生活活動上の重要な手段と位置づけ、その導入のプロセスにリハビリテーション専門職が関与すべきである。さらに、このような福祉用具・住宅改修の導入や指導・訓練が適切に行われるためには、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、施設の入所やショートステイの場において、これらのサービスと一体的に、在宅で使用する福祉用具を用いた日常生活活動の向上に向けた指導・訓練や、住宅改修を具体的に想定した日常生活活動向上訓練を積極的に行う必要がある。

- さらに、福祉用具・住宅改修が適切に提供・実施されるためには、①福祉用具・住宅改修の開発・適合に関する最新の情報が幅広く収集・加工され、利用者、家族、介護支援専門員、専門職等の関係者に対して提供されること、②さまざまな福祉用具・住宅改修について、これらの関係者が試すことができること、③高度な適合・調整技術を必要とする福祉用具・住宅改修に関し、これらの関係者が必要な助言を受けられることができる人的・物的資源を備えたテクノエイド支援機能が、できる限り利用者の身近で確保されることが重要である。

- このためには、現在実施している「福祉用具等情報化推進事業」により開発中の福祉用具・住宅改修情報検索システムを活用し、積極的な情報の収集・加工・発信を進めるとともに、介護実習・普及センターや在宅介護支援センターにおける福祉用具・住宅改修に係る支援機能の強化を含め、テクノエイド支援機能の充実のための新たな取組を進める必要がある。

図表4-2 福祉用具・住宅改修導入のプロセス



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第3回)老健局振興課報告資料より作成

3 地域リハビリテーションシステム

現在、地域においては、予防には、老人保健事業と介護予防事業が、リハビリテーションには、医療保険によるものと介護保険によるものがあり、これらの事業間の連携や一体的な提供が重要である。

(1) 情報と連携

- 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。このための各事業者間の情報の流れや連携が重要である。
- 近年、医療機関で急性期医療、長期療養などの機能分化の取組が進められ

ているが、リハビリテーションを担う医療機関のみならず一般医療機関においても、利用者の在宅復帰を共通の目的として、それぞれの時期において担っている役割・機能を自覚し、その責任を果たしていくことが求められる。

- 例えば、一般医療機関とリハビリテーションを担う機関が相互に、患者・利用者の生活機能に関する情報の交換や履歴の共有化を行うことが、リハビリテーションの内容とその効果を確認することを可能とし、地域におけるリハビリテーションの質の向上につながる。このような取組を円滑に進めるツールとしてリハビリテーション実施計画書の普及・活用や、関係職種間の連絡会議（ケア会議）の開催を促進すべきである。
- 入院医療から介護保険サービスへの移行に際しては、医療機関が、退院前の早期から介護支援専門員や訪問看護等居宅サービス事業者、在宅介護支援センターと十分な情報交換を行い、利用者が退院した際に迅速な初期対応がなされ、必要なサービスを切れ目なく利用できるようにすべきである。
- このような情報の共有化や、利用者と専門職の連携を図るためには、地域における拠点が必要であり、市町村や在宅介護支援センター、都道府県の保健所など、その地域の実情に合った機関の機能強化を検討する必要がある。特に、在宅介護支援センターについては、地域包括ケアのコーディネーションを担う上での機能強化が必要である。

（２） システム

- これまで、高齢者の状態に応じたリハビリテーションが、適切かつ円滑に提供される体制を整備するため、地域住民への普及啓発なども含めた、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の取組を進めてきた。この事業は、リハビリテーション実施施設への支援や従事者への研修・情報提供など専門的な機能については、一定の成果をあげてきた。
- 現行のシステムは、基本的に脳卒中モデルに立ったものであり、また、当

時のリハビリテーションの提供量が少ない中で、早急に提供システムを構築していく必要があり、市町村圏域である一次、2次医療圏（老人保健福祉圏）である二次、都道府県圏域である三次の各圏域において整備していく医療提供体制整備にあわせて構築されてきたものである。

- 介護保険制度施行後のリハビリテーションが身近になった状況でも継続していくかという指摘や、システムが廃用症候群モデルに対応していないこと、かかりつけ医との関係が明確でないこと、市町村の行う保健事業や介護予防事業などの予防対策との関係が明確でないことなど、適切なサービスの質の確保の面についての課題が指摘されている。
- 今後は、老人保健事業や介護予防事業など高齢者の生活習慣病や生活機能低下の予防と早期発見して対応するシステムや、徐々に生活機能が低下するものへの対応を積極的に行い、急性期の医療やプライマリケアを担うかかりつけ医などの医療との関係、市町村との関係などを明確にして、従来の地域リハビリテーション支援体制を見直し、再構築する必要がある。
- また、地域におけるリハビリテーションシステムの構築にあたっては、当事者である高齢者、家族を中心に、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、まちづくりとして取り組むことも重要である。

VI 必要な基盤整備

1 目標の設定

- 現在、「健康日本21」においては、生活習慣病予防対策を推進するにあたり、一次予防や健康づくり支援のための環境整備に係る目標が設定され、また、老人保健事業における保健事業第4次計画においても目標が設定され、さまざまな施策が展開されている。
- 今後、高齢者のリハビリテーションを計画的・効果的に推進していくためには、これらの計画と同様に、その取組の成果を検証していくことができるよう具体的な目標を設定していくことが必要である。
- 例えば、リハビリテーションを必要とする各種疾患の中で、脳卒中については、1999（平成11）年の厚生省「脳卒中対策に関する検討会中間報告（座長：山口武典）」によると、脳卒中を発症した1年後の状態は、回復又は自立（一部不自由）している者の割合が約53%に止まり、施設や在宅での介護が必要となる者の割合は、全体の約25%と推計されている。また、（社）日本整形外科学会の調査によれば、「大腿骨頸部骨折発症前の日常生活自立度¹⁰（寝たきり度）がJランク又はAランクであった割合が、約88%であったのに、発症後1年後のそれは約65%に低下していた」ことが報告されている。また、大腿骨頸部骨折は、2000（平成12）年には年間約8万件であったが、2020（平成22）年には年間16万件に増加すると推計されている。（図表43、図表44、図表45、図表46）
- このような調査研究の結果等を踏まえ、例えば、脳卒中を発症した1年後

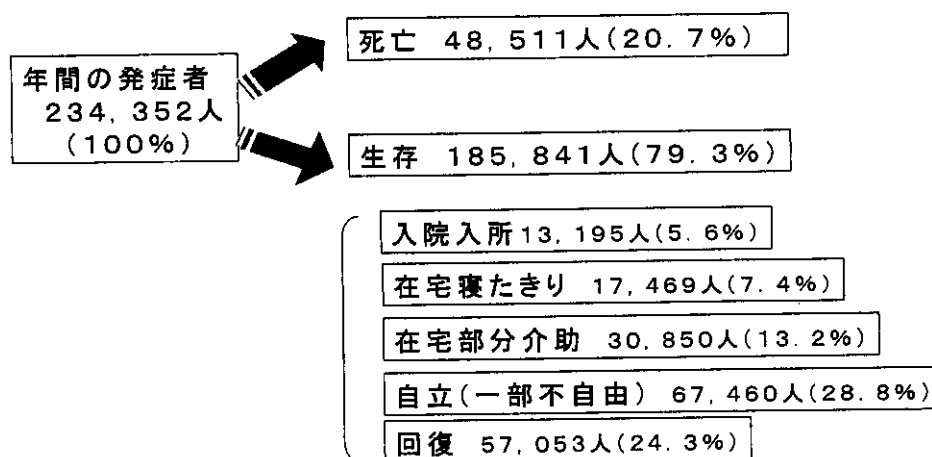
¹⁰ **日常生活自立度**：障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準。地域や施設等で何らかの傷害を有する高齢者の日常生活自立を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されている。判定はJ：何らかの身体的障害等を有するが日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる、A：屋内での生活はおおむね自立している介助なしに外出できない、B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ、C：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介護を要する、に区分されている。

に回復又は自立（一部不自由）している者の割合、大腿骨頸部骨折発症後の1年後の寝たきり度J、Aである割合、大腿骨頸部骨折の年間発症数などについて目標を設定することを検討する必要がある。

- 今後、リハビリテーションの直接的な対象である生活機能に関する指標、要介護度改善の観点からの指標、在宅復帰に関する指標、その他人材育成や施設整備などの目標などを設定する必要がある。

このような目標が設定されると、その実現に向けてリハビリテーションを担う機関における取組が促進されることが期待される。目標の設定は、利用者のサービス選択に資する情報提供を促進する観点からも重要であると考えられる。

図表 4 3 わが国における脳卒中発症一年後の姿



資料 厚生省「脳卒中対策に関する検討会中間報告書」(1999年)より老健局老人保健課において作成

図表 4 4 わが国の骨折発症後の一年後の姿

寝たきり老人日常生活自立度*	骨折前のADL自立度	1年後のADL自立度
ランクJ	2,317人(56.2%)	1,378人(38.9%)
ランクA	1,327人(32.2%)	937人(26.5%)
ランクB	388人(9.4%)	721人(20.4%)
ランクC	47人(1.2%)	135人(3.8%)
その他・不明	40人(1.0%)	374人(10.5%)
計	4,119人(100%)	3,545人(100%)

※ 参考1 大腿骨頭部骨折に関する定点観測調査において、4,119人の骨折前ADL自立度と1年後のADL

※ 参考2 年間大腿骨頭部骨折手術件数:約85,000件(推計)

(厚生科学研究 主任研究者: 萩野 浩 「大腿骨頭部骨折の発生頻度および受傷状況に関する全国調査」結果より老健局老人保健課において作成)

※ 寝たきり老人日常生活自立度

ランクJ…何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

1 : 交通機関等を利用して外出する

2 : 隣近所へなら外出する

ランクA…屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

1 : 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する

2 : 外出する頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている

ランクB…屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが産位を保つ

1 : 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う

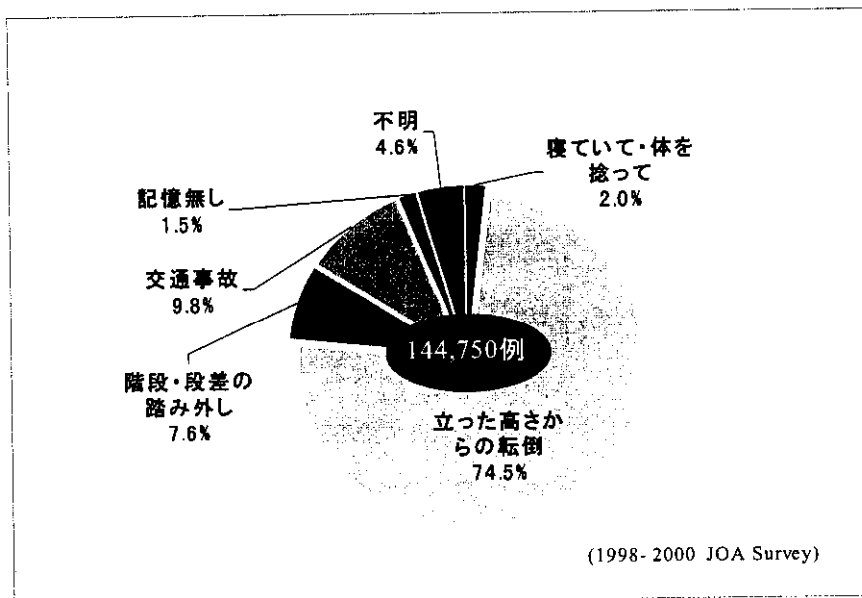
2 : 介助により車椅子に移乗する

ランクC…1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する

1 : 自力で寝返りをうつ

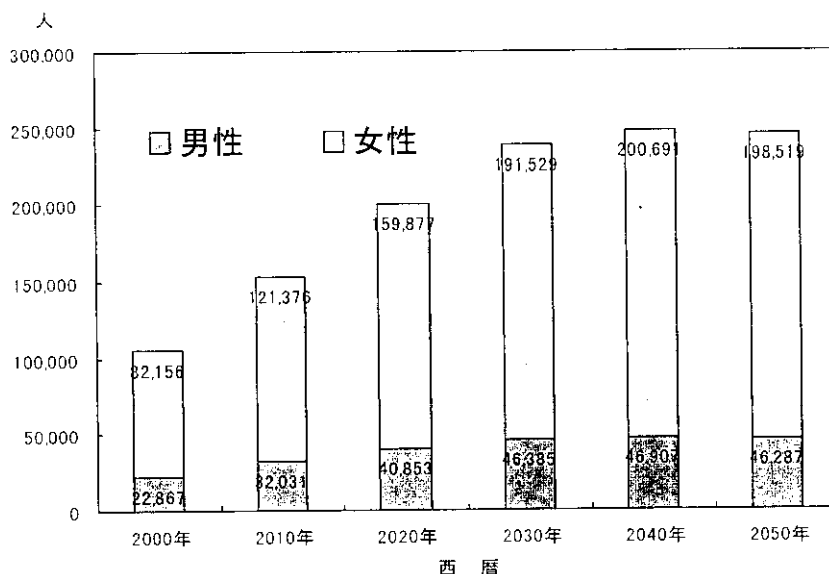
2 : 自力では寝返りもうたない

図表 4 5 骨折受傷の原因



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第3回)越智委員プレゼンテーション資料より作成

図表 4-6 わが国における大腿骨頸部骨折患者の予測



資料 厚生労働科学研究「長寿科学総合研究事業—大腿骨頸部骨折の発生頻度及び受傷状況に関する全国調査」(主任研究者 荻野浩 鳥取大医学部整形外科)より老健局老人保健課において作成

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

- 脳卒中や骨折に代表される急性に生活機能が低下するものは、発症後から治療までに要する時間と、治療と同時に早期から提供される適切なリハビリテーションの有無で生活機能の低下の程度が大きく左右される。
- 特に、脳卒中については、欧米では、発症後直ちに医療機関に搬送して画像診断によって梗塞の位置や範囲を確認し、3時間以内に血栓溶解剤を投与する治療や血栓除去などの脳外科的治療といった脳卒中の早期の総合的な治療と並行したリハビリテーションを実施するケア・ユニット（ストローク・ケア・ユニット）での取組により、死亡率の減少や在宅復帰率が向上することが確認されている。

○ このような諸外国の成果も踏まえ、わが国においても、総合的な救急医療体制を整備するとともに、急性期の医療と並行して適切な早期リハビリテーションが提供できる体制の整備を促進する必要がある。

○ また、早期リハビリテーションにおけるクリティカルパスの利用とチームケアの標準化を図る必要がある。

(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)

○ 回復期リハビリテーション病棟は、今後、在宅復帰を目的とする施設として、活動向上訓練など自立支援に向けたリハビリテーション機能の充実を一層図るとともに、地域的に偏りなく整備される必要がある。

(介護老人保健施設)

○ 制度創設時には医療機関と在宅の中間施設として整備された介護老人保健施設は、回復期リハビリテーション病棟が急性期の医療機関から在宅復帰を目的とした「通過型」としての役割を担いつつある現状を踏まえ、在宅の高齢者で徐々に生活機能が低下した際に介護老人保健施設のリハビリテーションを利用し、生活機能を向上させて再び在宅へ復帰することを支援するような「往復型」としての位置づけも検討する必要がある。

○ 今後の介護老人保健施設は、その有する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を組み合わせた在宅復帰・在宅支援機能や、短期間に集中して入所リハビリテーションを提供する機能の強化を図る必要がある、そのための専門職の充実が求められる。

(介護療養型医療施設)

○ 介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比較して重介護・重医療が必要な高齢者が入院してきており、今後その傾向はさらに進んでいくものと考え

えられる。また、在院患者の平均入院期間は長期間にわたり、これまでの生活の継続性を重視する観点から、日常生活に近い療養環境の一層の向上を進めるとともに、生活機能の向上のためのリハビリテーション機能の充実・向上を図る必要がある。

(特別養護老人ホーム)

- 特別養護老人ホームの実態をみると、入居者の70%近くが死亡退所であり、家庭への復帰は約3%にとどまっている。このことは、現在の特別養護老人ホームが事実上「終の棲家」となっていることを意味している。そうであるならば、特別養護老人ホームは入居者にとってまさに人生の最後の生活の場であり、入居者の自立を支援し、生活の質を確保することによって、ひとりひとりが尊厳をもって生きられるように配慮していくことが必要である。

こうした観点から見れば、これまで述べてきたリハビリテーションの考え方を、特別養護老人ホームにおけるケアにあたって十分に踏まえる必要がある。すなわち、現在、特別養護老人ホームにおいて実施することとされている機能訓練については、施設が定めた日課の中で訓練室を用いて行うのではなく、ひとりひとりの日常生活の中で、できるだけ実生活に近い居住環境の下、例えば、食事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、居室からトイレに歩行したりといった活動を高めていく取組が重要である。

なお、新たに制度化されたユニットケアは、入居者の生活そのものをケアとして組み立てる手法であり、こうした取組に最も適したものと考えられる。

3 人材育成

- リハビリテーションを担う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、施設あるいは地域でのリハビリテーションチームの推進役としてのリハビリテーション専門医の確保が必要である。また、生活機能を高める看護業務の推進役としてのリハビリテーション専門看護師の育成も進める必要がある。

4 研究

(リハビリテーション研究の困難性)

- 近年、急速に根拠に基づく医療（EBM: Evidence-based Medicine）¹¹が普及しているが、リハビリテーションについては、利用者の状態やリハビリテーション提供の条件が複雑であることなどの理由から、十分な科学的根拠を得られにくい状況にあった。

- 例えば、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、入院（所）時のリハビリテーションなどについて、最も効果的で適切なリハビリテーションプログラムがどのようなものであるかという点は、必ずしも十分に明確とはなっておらず、経験に基づき判断と対応が行われてきたという側面もある。また、高齢者筋力向上トレーニングは、介護予防の観点から有効であるとの報告がなされており介護予防事業などで実施されているが、その適応などについては今後検証が必要であると指摘されている。

- このため、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、疾患の治療と並行した、早期リハビリテーションを安全に行うための基準や、各時期に行われるリハビリテーションの効果、高次脳機能障害へのリハビリテーションなどの分野に実際に活用できるようにする必要がある。特に、高齢者の生活機能の実態について調査研究を行う必要がある。

5 その他

- 痴呆高齢者、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、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生活機能低下に効果的なリハビリテーションの開発を進

¹¹ 根拠に基づく医療(EBM): 診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと。

める必要がある。

- 80歳になっても20本以上自分の歯を保とうという「8020運動」が1989（平成元）年より実施され、いわゆる「8020」達成者率の増加等の成果をあげているが、現在までの高齢者に対するアプローチは不十分であった。特に、専門的口腔ケア（歯科治療、歯科保健指導、専門的口腔清掃、摂食機能訓練）は、低栄養、転倒骨折、気道感染、閉じこもりに対する介護予防効果があり、高齢者リハビリテーションの効果を高めることが確認されているにもかかわらず、このような専門的な口腔ケアを受けている高齢者は少数であった。今後、高齢者に対する歯科医師による歯科健康診査を推進するとともに歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔ケアを充実させ、高齢者の健康と生活機能の向上を図る必要がある。

（図表47）

