

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、また可能であるので、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（無駄なだけでなく）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