

## 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、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점에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。