

参 考 資 料 2

リハビリテーション関連資料

高齢者リハビリテーション研究会

1. 経緯

- 最近の軽度の要介護者の増加を踏まえ、介護予防・リハビリテーションの確立が急務。
- 平成17年国会提出予定の介護保険法の改正法案及び平成18年4月実施予定の介護報酬改定（診療報酬改定も同時期）において対応すべく、研究会を設置。
- 昨年7月以来、7回にわたり研究会を開催し、本年1月末に中間報告書を取りまとめた。

2. 委員

- 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、利用者、メディアから20名の委員が参画。

3. 中間報告書の位置付け

- 今回の報告書は、これからの高齢者リハビリテーションの方向性を示したものであり、今後、具体化に向けて老健局において、さらに検討する。（研究事業等を実施）

「高齢者リハビリテーション研究会」委員

- 青井 禮子 (社) 日本医師会常任理事 (第4回～第7回)
- 石神 重信 (社) 日本リハビリテーション医学会常任理事
- 上田 敏 (財) 日本障害者リハビリテーション協会顧問
- 大川 弥生 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部部長
- 太田 睦美 (社) 日本作業療法士協会保険部部員
- 越智 隆弘 国立相模原病院院長
- 柏木 知臣 全国脳卒中者友の会連合会副会長
- 川越 雅弘 日本医師会総合政策研究機構主席研究員
- 木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会会長
- 小宮 英美 NHK解説委員
- 齊藤 正身 全国老人デイ・ケア連絡協議会会長
- 坂井 剛 (社) 日本歯科医師会常務理事
- 正林 督章 島根県健康福祉部次長
- 鈴木 隆雄 東京都老人総合研究所副所長
- 西島 英利 (社) 日本医師会常任理事 (第1回～第3回)
- 浜村 明德 日本リハビリテーション病院・施設協会会長、
(社) 全国老人保健施設協会常任理事
- 備酒 伸彦 兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷地域ケア課主査
- 藤田 郁代 日本言語聴覚士協会会長
- 山口 武典 国立循環器病センター名誉総長
- 山崎 摩耶 (社) 日本看護協会常任理事
- 吉尾 雅春 (社) 日本理学療法士協会神経系研究部会部長

(敬称略、五十音順、○は座長)

高齢者リハビリテーション研究会の経緯

2002(平成15)年

7月10日 第1回研究会

- 高齢者リハビリテーションの現状と課題について

8月21日 第2回研究会

- 要介護状態にならないようにする予防的リハビリテーションについて
- 各ステージ毎のリハビリテーション提供体制について
- 地域リハビリテーション提供システムについて

9月18日 第3回研究会

- 福祉用具・住宅改修の提供体制について
- 利用者のニーズに応じた多様なリハビリテーション提供体制について

10月29日 第4回研究会

- 論点整理

11月17日 第5回研究会

- ヒアリング及び報告書骨子討議

ヒアリング実施者：

原寛美(相澤病院リハビリテーション科統括医長)

竹内孝仁(日本医科大学教授)

澤村誠志(兵庫県立総合リハビリテーションセンター顧問)

新井誠四郎(日本歯科医師会専務理事)

松田晋哉(産業医科大学教授)

2004(平成16)年

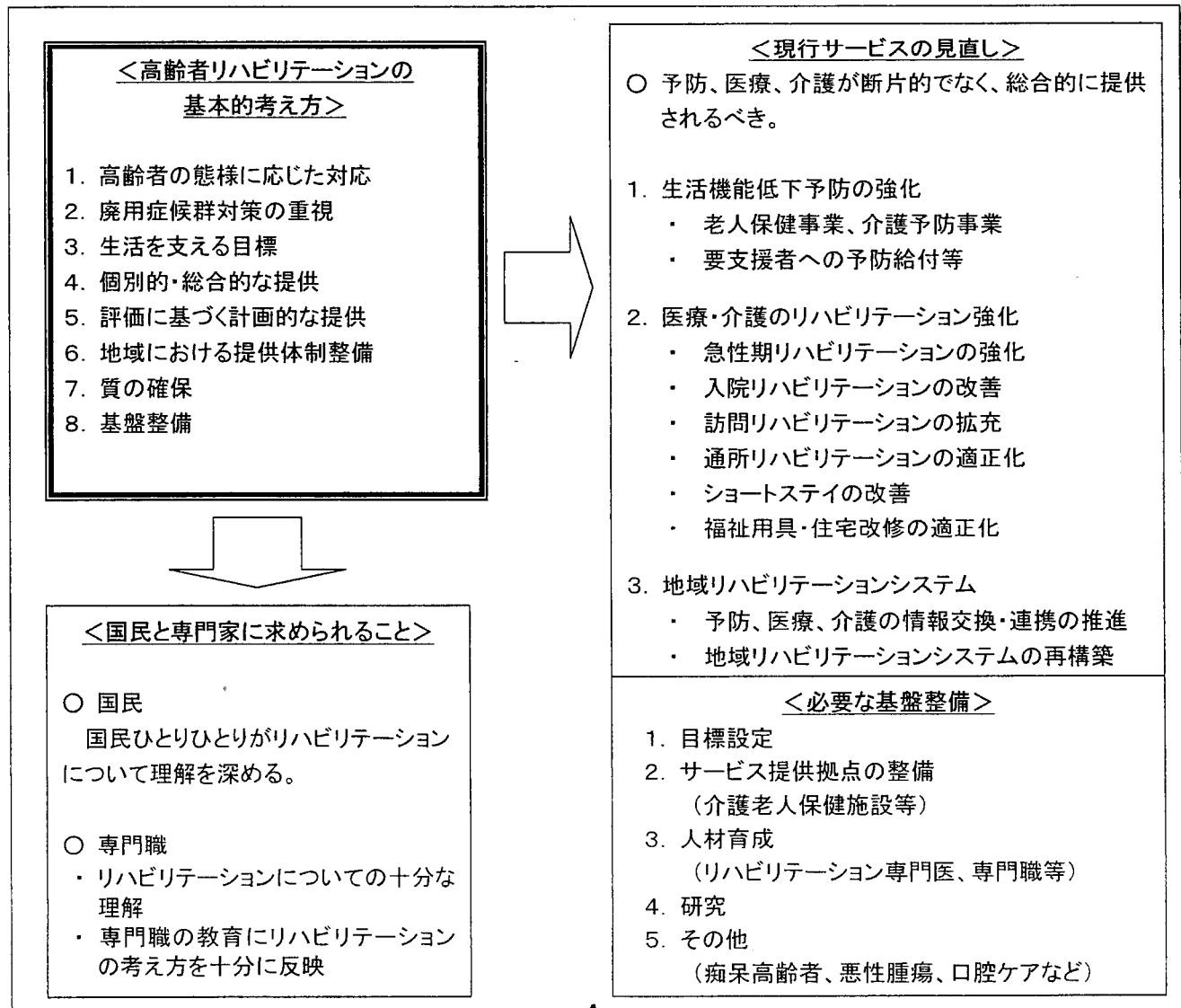
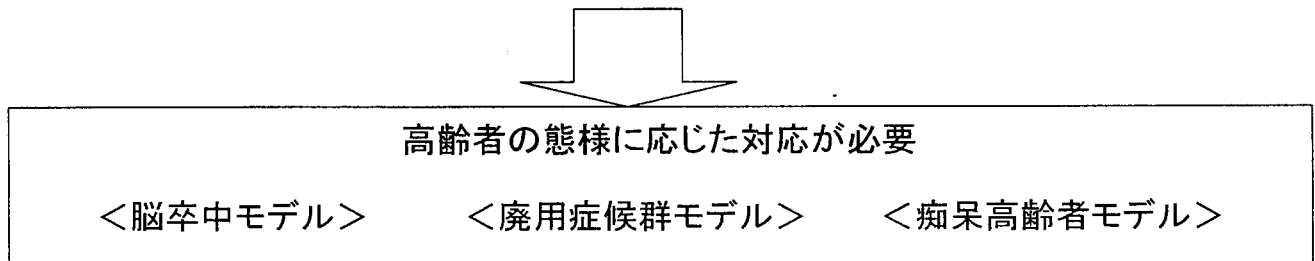
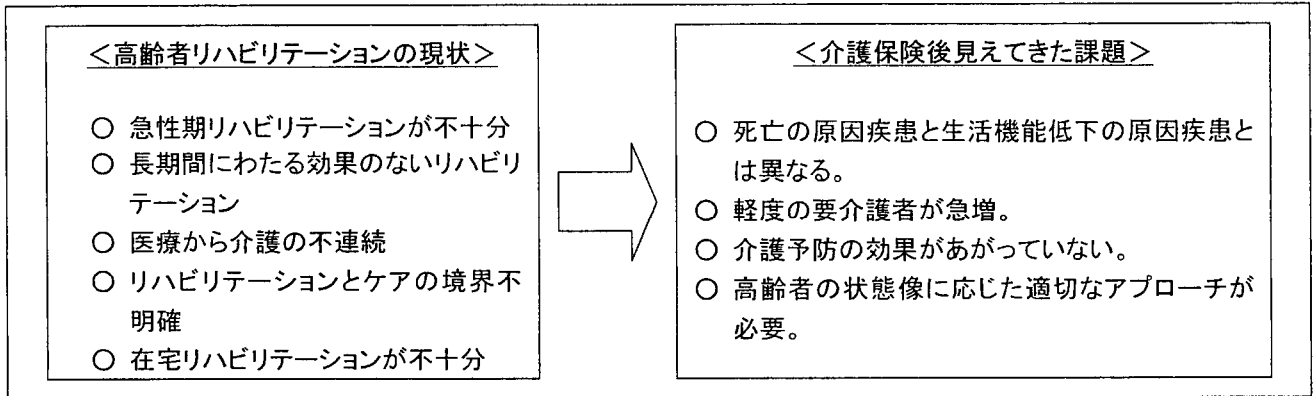
1月15日 第6回研究会

- 中間報告書(案)討議

1月29日 第7回研究会

- 中間報告書まとめ

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」構成



ポイント 1

高齢者リハビリテーションの現状と課題

<高齢者リハビリテーションの現状>

以下の課題があり、満足すべき状況には至っていない。

- 最も重点的に行われるべき急性期リハビリテーション医療が不十分である。
- 長期間にわたる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。
- 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- 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が混同して提供されている。
- 在宅リハビリテーションが不十分である。

<介護保険施行後に見えてきた課題>

- 死亡の原因と要介護状態の原因疾患とは異なる。
 - 死亡の原因:がん、心臓病、脳卒中
 - 要介護状態の原因:脳卒中、衰弱、転倒・骨折、痴呆、関節疾患
- 軽度の要介護者が増加している。
 - 女性、75歳以上の後期高齢者、原因疾患は筋骨格系疾患が主要。
- 介護予防の効果があがっていない。
 - 要支援・軽度の要介護者のサービスが要介護状態改善につながっていない。
- 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。
 - 従来の「脳卒中モデル」以外の新たなモデルが必要

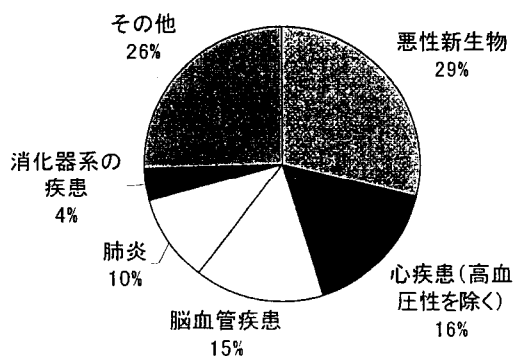
ポイント 2

要介護状態の原因疾患

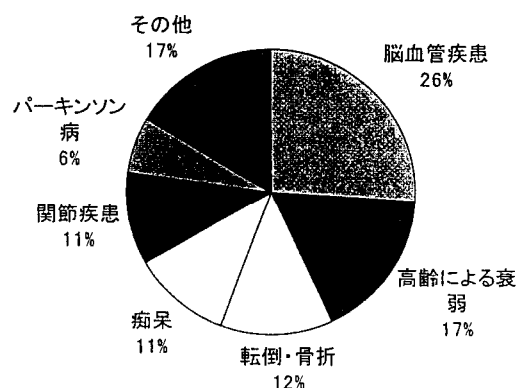
- これまでの予防対策は主として、がん、心疾患などの死亡の原因となる生活習慣病の予防が中心。
- 今後、介護の問題を考える場合は、死亡の原因と要介護状態の原因が異なることを踏まえた予防対策が必要。

65歳以上の死亡原因と要介護の原因

死亡原因

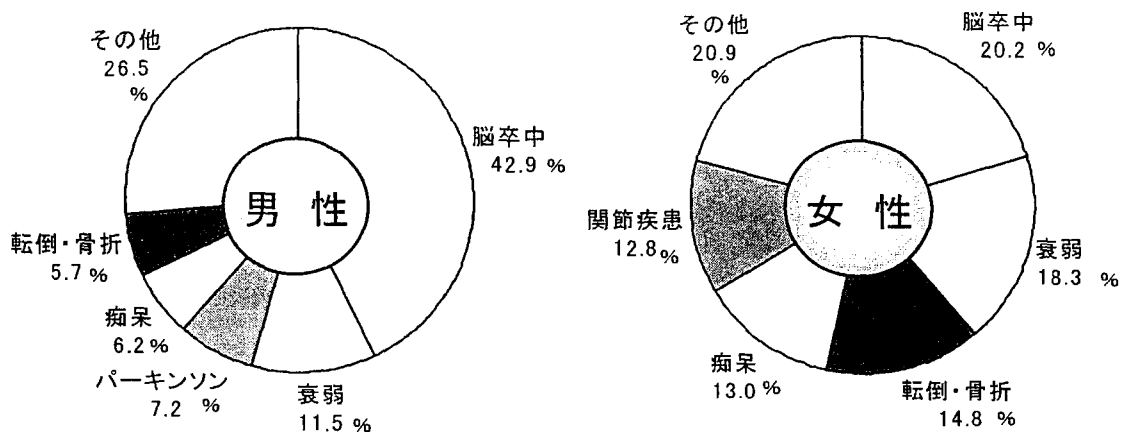


要介護の原因



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

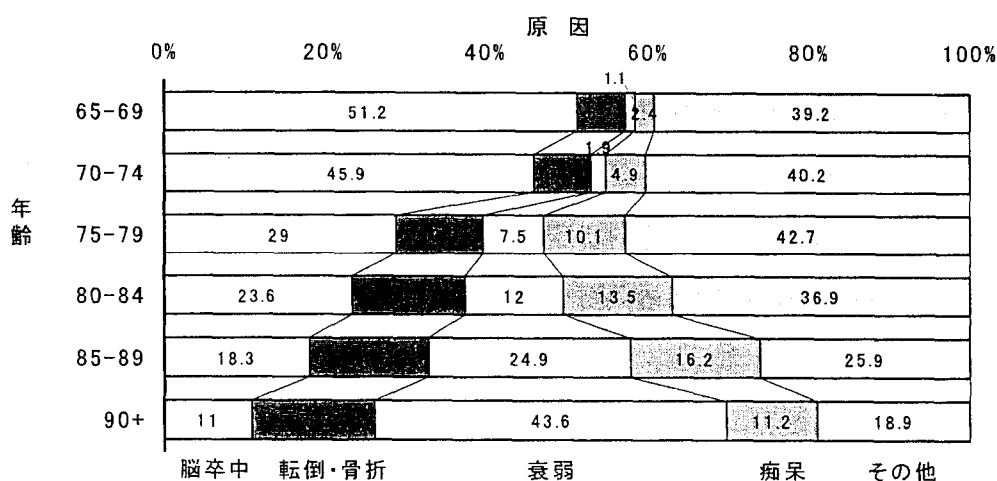
介護が必要となった原因（男女別）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

男女別にみると、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、関節疾患を併せた割合は約46%となっている。

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）

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、75歳以上の後期高齢期は、衰弱、転倒・骨折が多くなっている。

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)

- 在宅の要支援、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、骨の密度及び構造の障害が多い。
- 在宅の要介護3以上の要介護者は、脳梗塞(脳卒中)、痴呆が多い。
- 施設入所者は、脳梗塞(脳卒中)、痴呆が多い。