

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

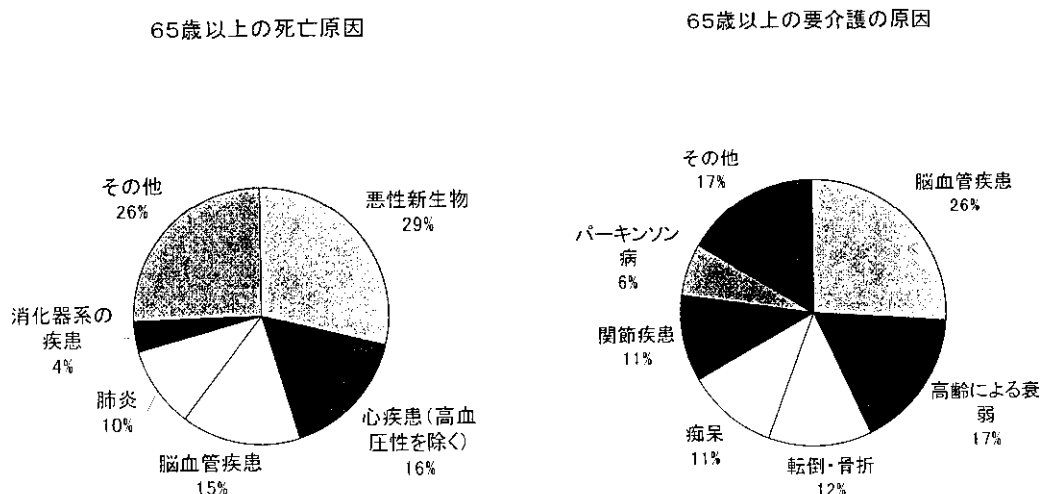
- 介護保険制度は、高齢者のリハビリテーションに大きな転換と変化を与えるものであった。ここでは導入として、介護保険制度が施行され約4年を経過した段階でのさまざまな問題点について述べる。
- 介護保険制度では、全国同一の基準により、高齢者の心身の状態に関する詳細なデータをもとに要介護認定及び要支援認定（以下、要介護認定という。）が行われるため、要介護度の変化や要介護高齢者の心身の状態についてさまざまな分析が可能となっている。

(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%）、第4位肺炎（10.5%）となっており、約70%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。
- これまで予防は、主として死亡の原因となる生活習慣病予防対策が中心で

あったが、今後は、要介護状態の原因となる生活機能低下の予防を強化する必要がある。(図表 26)

図表 26 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) 軽度の要介護者の急増

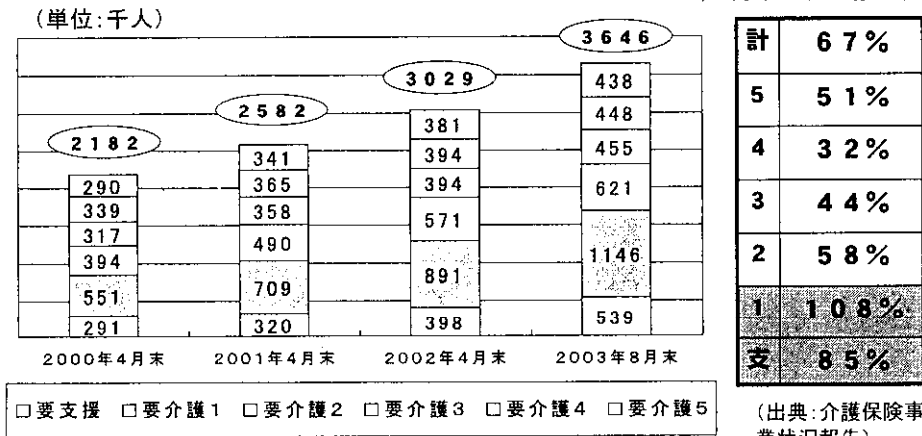
(要介護認定者は増加しているが、軽度の者の増加が著しい)

- 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。

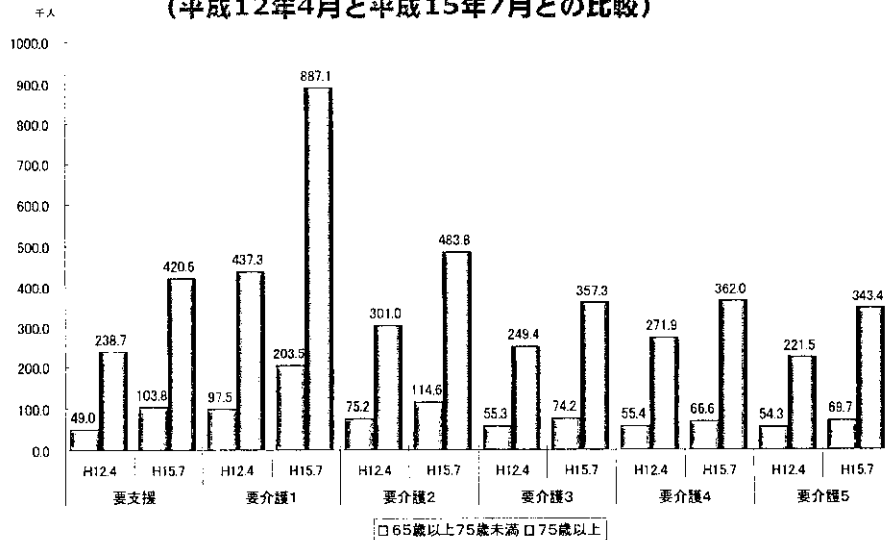
一方、性別では、介護保険の受給者数をみると、約70%が女性となっている。(図表27、図表28、図表29、図表30)

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ヶ月で約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)

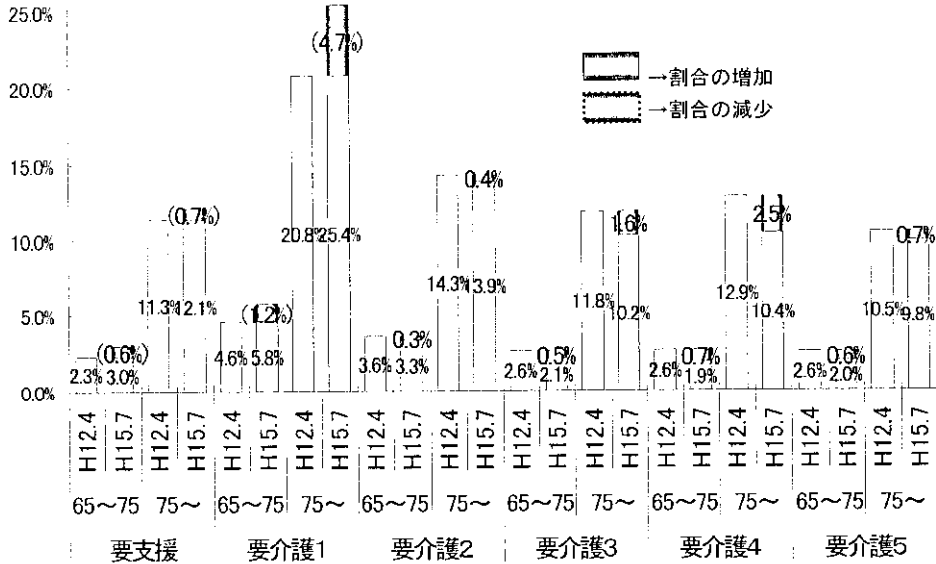


**図表 28 要介護認定者に占める前期高齢者と後期高齢者数
(平成12年4月と平成15年7月との比較)**



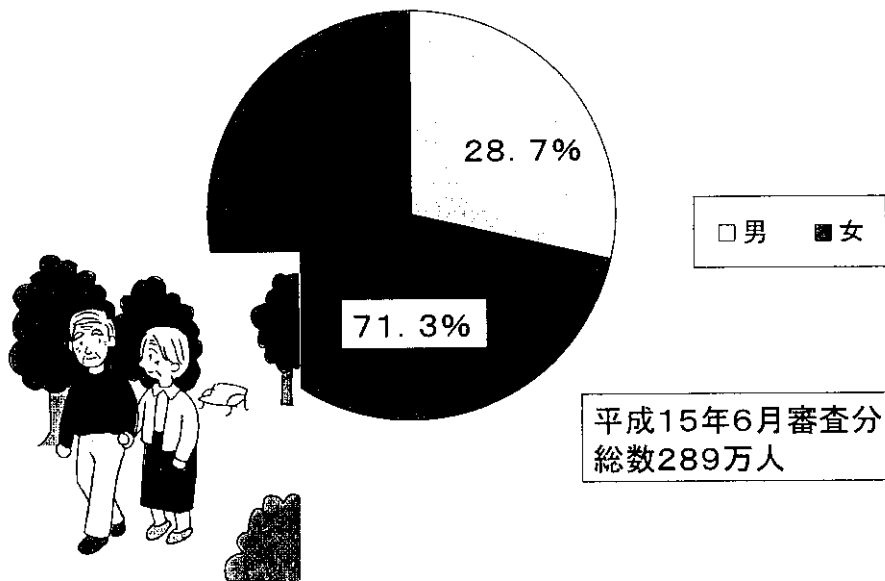
資料 介護保険事業状況報告(2003年12月9日時点集計)

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

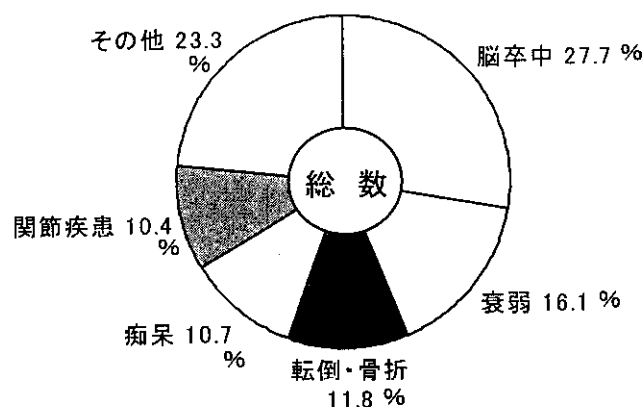


(要介護状態となった原因疾患は脳卒中が第1位)

- 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50%を占めるが、女性の場合は原因が多様で、衰弱、転倒・骨折、関節炎を合わせた割合は約46%となっている。また、年齢階級別に見ると、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)

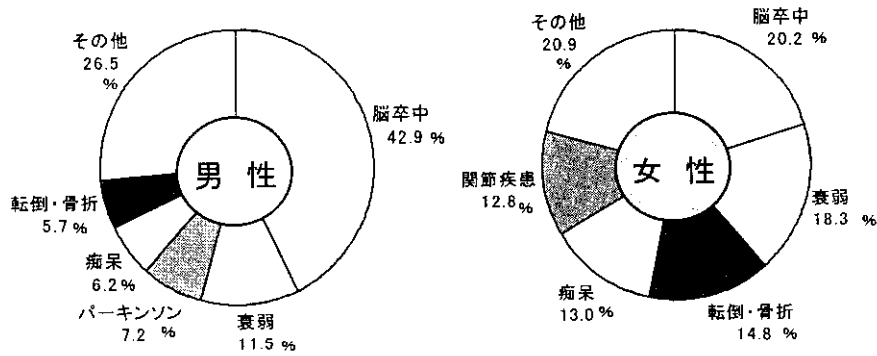
- また、介護が必要になった主な原因を要介護度別にみると、在宅の要支援及び要介護1の者は、高齢による衰弱、骨折・転倒及び関節疾患(リウマチ等)が、要介護度2以上では脳血管疾患と痴呆の割合が高くなっている。(図表34)

図表31 介護が必要となった原因



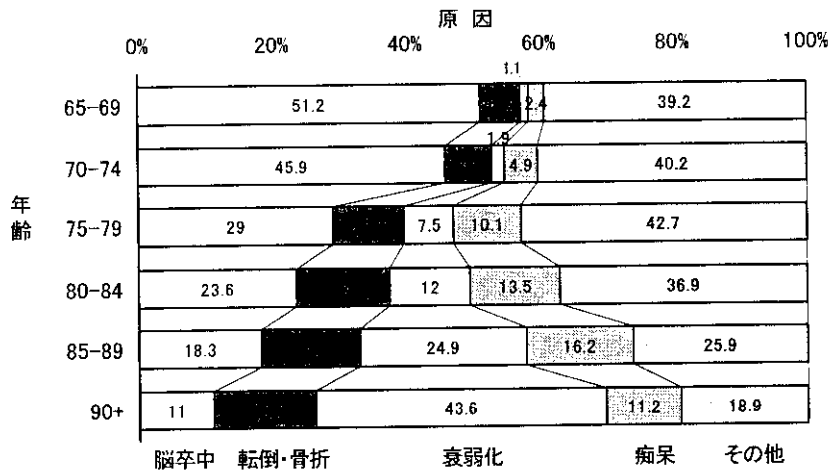
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図表 3 2 介護が必要となった原因（男女別）



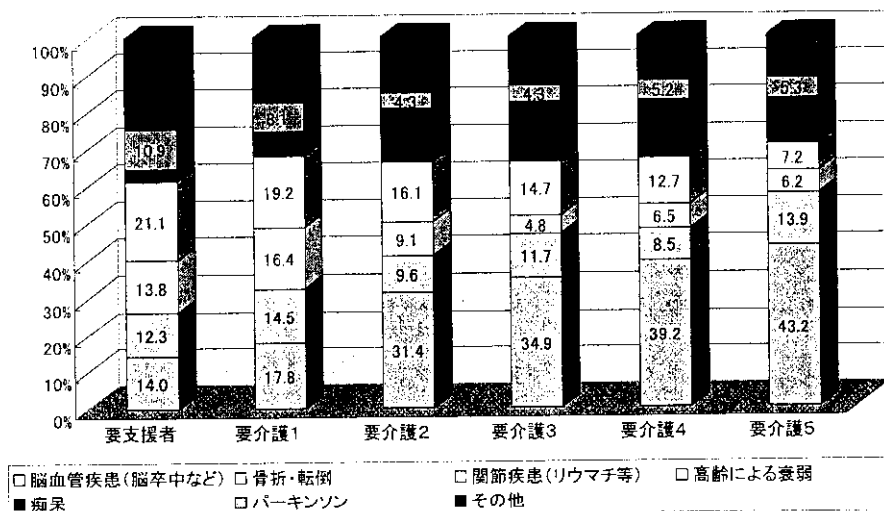
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

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

(在宅と施設の要介護者の原因疾患は異なっている)

- 在宅と施設の要介護者の原因疾患については、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、在宅の軽度の要介護高齢者の多くは、関節症などの筋骨格系の疾患が、在宅の要介護2以上及び施設サービス利用者では、脳卒中や痴呆が、介護が必要となった原因疾患となっており、国民生活基礎調査と同様な結果を示している。

(図表 3 5)

- 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、北九州市の調査を支持するような結果となっている。(図表 3 6)

- これらの結果から、在宅の要支援～要介護1の群と、在宅の要介護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。現在、増加の著しい在宅の要支援～要介護1については、後期高齢者に多く、このような後期高齢者の軽度の要介護認定者の増加は、骨関

節疾患や腰痛症、廃用症候群⁴などさまざまな症状を有する高齢者に対する生活機能低下への予防や運動器のリハビリテーションなどの早期からの適切な対応がなされていないことが要因と考えられる。

⁴ 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。

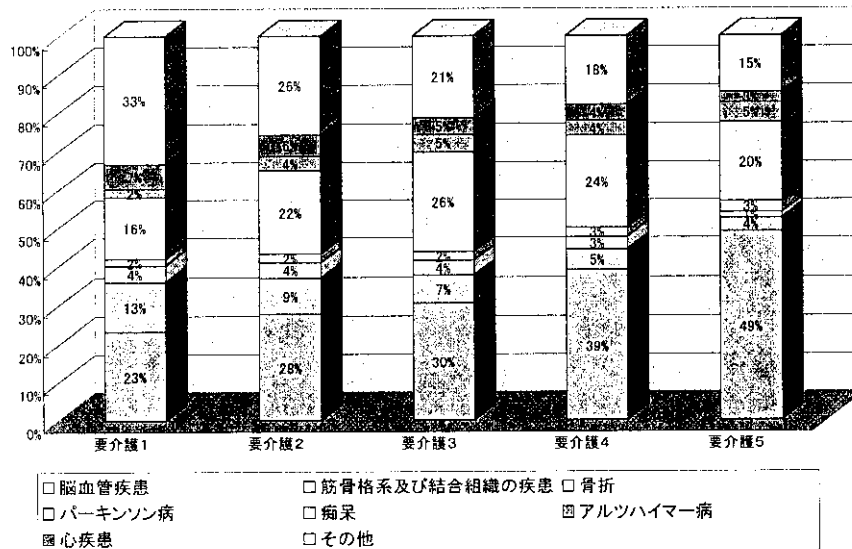
図表 3 5 主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

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。

- 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見ると、2000（平成12）年に要支援者のうち、2001（平成13）年度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、要介護度の改善はみられず、介護予防の効果が乏しいという傾向が示されている。（図表37）
- 特に、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も示しており、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）

図表37 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) 脳卒中モデルでは対応しきれていない

- 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。かつて脳卒中は死因の第1位を占めていたが、現在も代表的な主要死因であり、要介護状態となる原因の第1位の疾患であり、その約30%を占めている。

(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・食生活や運動の健康教育、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ヶ月以内を目安に急性期の治療や併行してのリハビリテーション、急性期以降の9ヶ月までを目安に回復期のリハビリテーション、9ヶ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)

- 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。

2 3つのモデル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、廃用症候群を予防するとともに、短期的・集中的なリハビリテーションを行った後に、日常的には適切な自己訓練を行うと