

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

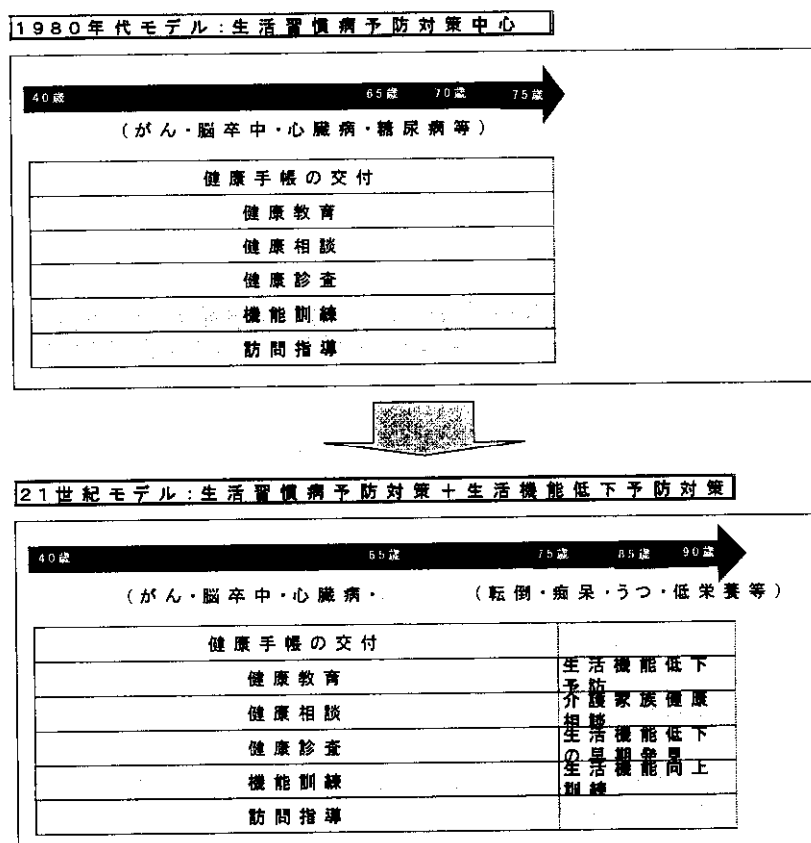
- これまで予防対策は、疾病そのものを予防する観点から、生活習慣病の予防を中心に取られてきたが、今後は、新たに要介護状態や要介護度の重度化を予防する観点から、生活機能低下の予防対策に取り組む必要がある。
- 生活習慣病の予防は、要介護状態の予防の観点からも重要であり、従来から実施されている「健康日本21」に基づく、生活習慣病の予防対策をさらに推進していくべきである。
- 「健康日本21」における生活習慣病の予防や生活習慣の改善の取組については、高齢者の虚弱の原因とされている高血圧症や低栄養の予防、転倒・骨折の要因とされている高齢者の身体活動・運動能力の低下の予防について、介護予防といった別の観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

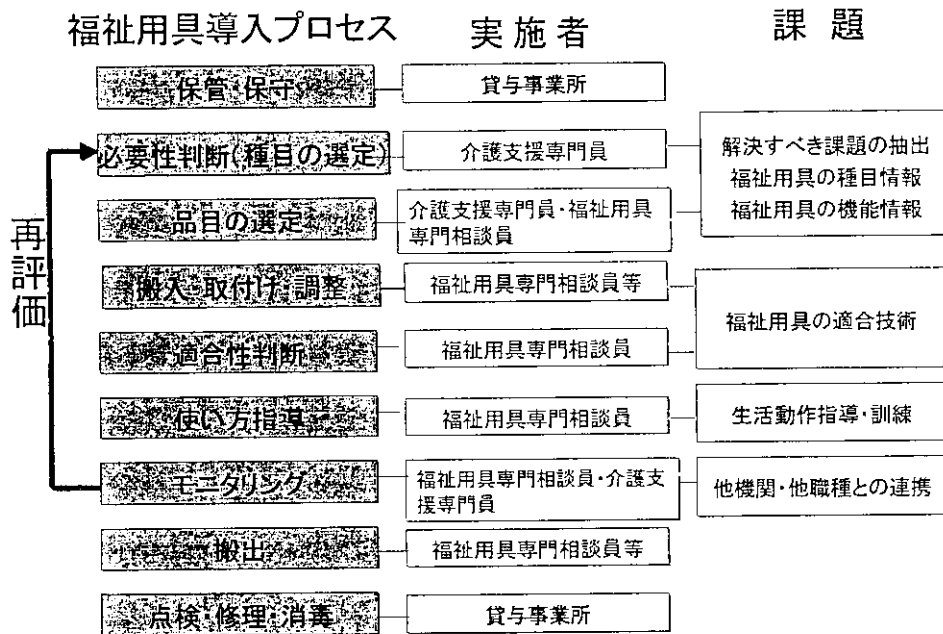
- 本来、福祉用具や住宅改修の導入は、その必要性の判断、適切な福祉用具・住宅改修内容の決定、取り付け・調整、使い方指導、モニタリング等の過程で行われるものである。これに照らしてみた現状は、福祉用具の種目・機能情報の不足による必要性の判断の誤り、個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導の未実施などが想定される。このような状況では、福祉用具・住宅改修の目的である要介護者等の自立支援に十分な効果を上げることは困難と考えられる。

- 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。