

5. 委員意見提出資料

高齢者リハビリテーションのあり方（委員意見の要旨）

一急性発症疾患タイプ

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

- 脳血管疾患
- (転倒)骨折（大腿骨頸部骨折（その他下肢の骨折、多肢骨折を含む）、腰椎圧迫骨折）
等骨関節疾患
- 頭部外傷、脊髄損傷、とくに頸髄損傷（不全麻痺も含む）
- 下肢切断（特に糖尿病、血行障害によるもの）
- 痴呆（の一部）
- 外科的手術を受けた高齢者
- 肺炎で入院治療している高齢者
- 数週間以上の臥床を要する疾患

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

(脳血管障害)

- 高齢者のADL低下の原因疾患として重要。
- 高齢者のみでなく、若年層にも増加。
- 危険因子、発症誘引に関する一般市民の知識の不足。

(転倒・骨折予防)

- 高齢者のADLの低下をきたす疾患として骨折が重要。
- 環境要因や歯科保健（咬合の維持・回復等）からの転倒予防への取組。
- 骨粗鬆症に関する知識及び予防法の知識が不足。

(生活機能、生活習慣)

- 生活習慣や生活習慣病への低い認識。
- 国民の価値観の多様化への対応。
- 疾病中心から生活機能重視の対策が必要。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 脳血管障害に関する知識・予防、介護予防に関する住民への教育・啓発等。

(サービス内容)

- 生活機能検診や指導など生活機能と疾病を関連づけた総合的な健康づくりの推進。
- 施策年齢層別の至適運動法等に関する指針や身体機能(筋力強化やバランス・体力増強)強化・向上、介護予防にかかる健康教育ガイドラインの策定。
- 脳卒中危険因子や骨粗鬆症に対する健康診断、生活習慣改善指導の充実強化。
- 歯牙喪失の予防、咬合の維持・回復に必要な歯科治療と歯科保健指導の充実。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供と環境整備。

(サービス提供体制)

- リハビリテーション専門職の積極的な活用や民間活力の利用などによる多様なニーズに対応した健康増進対策の推進。
- 老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業の対象拡大による積極的な予防的リハビリテーションの提供。
- 自治体、NPO等の参加・活用による生活機能向上に向けた働きかけ。
- 生理学的及び生活機能的側面からの健康データの自己管理支援。

2 生活機能低下予防・改善

(1) 現状及び課題

(生活機能低下への取組)

- 生活機能低下の概念が浸透しておらず、早期発見が不十分。
- 「健康増進」と「生活機能低下予防・改善」は、相互の関連が深く、一体的に捉えるべき。
- 一般医療の生活機能向上への積極的関与が不十分。
- 介護予防事業における廃用症候群全体の予防への取組が不十分。

(地域における支援)

- ひとり暮らし高齢者、高齢者の閉じこもり等への対応。
- 生活機能の維持・改善に向けたリハビリテーションへの専門職の関わり。
- 転倒骨折や誤嚥性肺炎、低栄養予防への歯科保健（咬合回復、口腔ケア）からの取組。
- 機能の改善を図るための機会、場所等の生活環境の整備。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 運動・精神機能維持を目的とした運動の必要性。
- 介護予防に関する住民への教育・啓発、住民の認識の向上。
- 低栄養、転倒骨折、気道感染の予防における口腔ケア。

(サービス内容)

- 生活機能の維持・再建、身体機能(筋力強化やバランス・体力増強)強化に関するガイドラインの策定。
- 介護予防事業、機能訓練事業等の再編成・プログラムの充実。
- 民間活力を利用するなど多彩なリハビリテーションプログラムの実施。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供。
- 転倒・骨折予防の観点から、骨粗鬆症予防や睡眠薬等医薬品の服用、適切な履物の選択、ヒッププロテクターの利用等に関する健康教育等の充実。

(サービス提供体制)

- 生活機能低下への適切な対応のあり方、早期発見の仕組み等の検討。
- 一般医療機関の生活機能向上へのプライマリ・ケアの予防機能の充実。
- デイケア、保健センター等における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による専門的サービス機能の充実。
- ADLや生活能力の獲得・向上を支援するリハビリテーション提供体制の整備。
- 住まいの多様化と住み替え。ボランティア活動の充実。

3 急性期のリハビリテーション

(1) 現状及び課題

(脳血管障害)

- 急性期治療体制の整備、急性期からのリハビリテーション医の関与、脳卒中医との連携、内科系脳卒中専門医の不足。

(サービスの質)

- 急性期病院での急性期リハビリテーションの低い実施率と高い廃用症候群の発生。
- 不十分な、一般医療におけるリハビリテーションの認識や廃用症候群の予防（医療従事者の廃用症候群に対する理解の不足、活動性の低下、療養環境など）、ADL指導。
- 認知・コミュニケーション障害や口腔ケアへの対応。

(機能分担と連携)

- 回復期リハビリテーションとの連携、在宅復帰者（過剰介護、住環境の未整備、参加水準の低下など生活の仕方に問題）への支援。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 一般診療科医師やケアマネジャーのリハビリテーションへの理解。
- 廃用症候群に対する啓発と教育の徹底。

(サービス内容)

- プライマリ・ケアにおけるリハビリテーション機能の重視。
- 急性期の口腔ケアガイドライン等の作成。
- 廃用症候群発生予防や「早期離床（座位）とADLの自立」に特化した急性期（予防的）リハビリテーションの実施の徹底。

(サービス提供体制)

- 専門家による脳卒中チーム医療体制等の整備。
- リハビリテーション専門職の適正な人員配置による施設間、地域間格差の是正。
- 急性期からシームレスに回復期・集中的リハビリテーションにつなぐ地域の医療・福祉施設の連携強化及び紹介率の向上。
- 早期に、かつスムーズに集中的リハビリテーションに移行するシステムの構築と在宅復帰者に対する外来リハビリテーションの充実。

(人材育成)

- 脳卒中専門医の育成。

(調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

4 集中的なリハビリテーション

(1) 現状及び課題

(サービス提供拠点)

- 集中的回復期リハビリテーション病院（回復期リハビリテーション病棟）の不足。
- 継続した集中的外来・通院リハビリテーションを提供できる拠点の不足。

(サービスの質)

- 不十分なチームアプローチ、リハビリテーション専門職と看護職・介護職との連携。
- 個別性重視のリハビリテーション・プログラム、集中的なリハビリテーションの開始の遅れ、「自立生活」、退院後の生活を前提としたアプローチが不十分。
- 認知機能、コミュニケーション機能などの変化への対応、歯科保健からの取組。

(機能分担と連携)

- 急性期病院と回復期リハビリテーション専門施設との連携。
- ケアマネジャーの早期関与とリハビリテーションニーズのケアプランへの反映。
- 外泊時における福祉用具や住宅改修の活用。
- 在宅復帰の自立高齢者とサービス未利用者要介護高齢者への対応。

(疾病管理)

- 脳卒中原因疾患（高血圧症、糖尿病など）の治療や薬剤服用の自己中断。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 治療及び薬物療法の中断することの不利益についての指導。

(サービス内容)

- 在宅生活・社会生活継続を明確に目的としたリハビリテーションの実施、「自立生活」獲得に対するチームアプローチの確立、車椅子偏重からの脱却。
- リハビリテーションに関する多面的な効果測定の実施。
- 在宅復帰高齢者の生活機能チェック、歯科保健医療からの取組。

(サービス提供体制)

- 回復期リハビリテーション病棟等の拡充による集中的リハビリテーションサービス提供体制の構築と連携システムの充実。
- 在宅復帰に向けたケアマネジャー、MSW等の早期関与・連携の促進。
- 入院、外来、通所・訪問の各リハビリテーション及び保健サービスの機能分担（使い分け）とサービスの拡充。

(調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

5 間欠的なリハビリテーション

(1) 現状及び課題

(サービス利用)

- 十分に活用されていない介護保険制度の社会資源。

(サービスの確保)

- リハビリテーション専門職の位置づけ(訪問リハビリテーションに言語聴覚療法の位置づけがない。)や摂食・嚥下障害への対応。
- リハビリテーションとの連携が不十分な福祉用具・住宅改修への対応。

(サービスの質)

- 不十分な生活能力の向上に向けたリハビリテーションサービスの提供、漫然と行われるリハビリテーション。
- 介護療養型医療施設、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等におけるリハビリテーションの考え方や具体的援助内容の普遍化。
- 廃用症候群への対応、生活機能の維持等に不十分な老人保健施設、通所リハビリテーションの人員基準。

(機能分担と連携)

- 通所リハビリテーションと通所介護の機能の明確化。
- 間欠的なリハビリテーションを適切かつ効果的に行なう機関の不足。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 介護保険制度の理解に関する啓発、リハビリテーションへの正しい理解促進。

(サービス内容)

- 短・中期入所によるリハビリテーション(とくに介護老人保健施設のリハビリテーション機能)や外来リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの機能等の充実。
- 専門的技術としての介護の重視。

(サービス提供体制)

- デイサービスなどの施設の増設と利用促進。
- 間欠的なリハビリテーションを担うべき施設・拠点の機能の明確化等。
- 保健サービスとしてのリハビリ提供やボランティア、ピアグループ活動との連携を強化。

(人材育成)

- 専門職への教育及び研修の充実によるリハビリテーションの質の担保。
- リハビリテーションに関するケアマネジャー等の適切なマネジメント能力の確保。

高齢者リハビリテーションのあり方（委員意見の要旨）

一慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプ

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（必要以上の安静が契機）
 - ・ 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等
 - ・ 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
 - ・ 小疾患続発型：軽症疾患、眼科・耳鼻科等の手術後等
- 痴呆（の一部）
- パーキンソン病・パーキンソン症候群、ALS等の神経系疾患
- 脳血管疾患（多発性脳梗塞（急性発症の形をとらない病態）、脳卒中（再発防止））
- 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、腰痛症、RA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
- 慢性呼吸不全
- 白内障、網膜症など視力低下をきたす疾患、視覚障害
- 内部障害（心疾患、腎疾患、肺疾患、糖尿病等）
- 難病、末期がん
- うつ的傾向、心気症
- 失語症や構音障害
- 若年期発症の障害者の加齢変化
- 在宅要介護高齢者、虚弱高齢者
- 糖尿病、肥満などで活動の低下した状態
- 独居高齢者並びに高齢者2人暮らし
- 閉じこもり高齢者、活動性の低い高齢者
- 精神科病棟に長期入院中の生活機能障害を主問題とする高齢者

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

(脳血管障害)

- 危険因子（特に、無症候性脳梗塞）など疾患に対する一般市民の知識の不足。
- 行われがたい専門医による適切な早期治療。

(生活機能、生活習慣)

- 多様な個人の嗜好に対応できる健康教育メニュー。
- 高齢者個人の生活全般への認識や取組が不十分。
- 加齢に伴う認知・コミュニケーション機能の変化に対する社会の認識とその予防。
- 検診などに眼科医や整形外科医が関わっていないこと。
- 疾病中心から生活機能重視の対策が必要。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 早期受診や疾患、加齢変化に関する知識の市民への啓発。
- 介護予防に関する住民への教育・啓発、住民の認識の向上。

(サービス内容)

- 脳卒中危険因子の治療と予防的投薬（特に無症候性脳梗塞）。
- 生活機能検診や指導など生活機能と疾病を関連づけた総合的な健康づくりの推進。
- 身体機能（筋力強化やバランス・体力増強）強化・向上にかかる健康教育ガイドラインの策定等。
- 物忘れ、骨粗鬆症への対応など検診の充実。
- 日常生活の活動に影響を及ぼす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）の検討。
- 趣味の開発、文化的活動などの提供と環境整備。

(サービス提供体制)

- 老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業の対象拡大による積極的な予防的リハビリテーションの提供。
- 自治体、NPO等の参加・活用による生活機能向上に向けた働きかけ等。

2 生活機能低下予防・改善

(1) 現状及び課題

(障害の受容)

- 患者としての(障害)受容と克服。

(生活機能低下への早期対応等)

- 生活機能低下に対する認識が不十分。
- 一般医療の生活機能向上への積極的関与が不十分。
- 介護予防事業における廃用症候群全体の予防への取組が不十分。
- 生活機能に関する診断・相談等に対応する専門的機関の確保。
- 軽度認知障害(MCI)や痴呆の初期段階にある者を早期発見する体制と地域における支援体制。失語症への対応。
- 精神科病棟入院中の高齢者、神経難病患者への支援。

(疾患管理)

- 疾患の自己管理に関する知識の不足や治療薬剤の副作用のADLへの影響。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 生活機能(定期的チェック)に関する普及啓発。

(サービス内容)

- 生活機能の維持・再建、身体機能強化に関するガイドラインの策定。
- 介護予防事業、機能訓練事業等の再編成・プログラムの充実。
- 食生活と社会生活改善のためのサービス強化(特に独居の高齢者)や、趣味の開発、文化的活動などの提供。
- 民生委員や老人会の活動における生活機能低下に対する予防や改善策への取組。
- 医薬品の副作用等によるADL低下への影響チェックと必要な対応。

(サービス提供体制)

- 生活機能の定期的なチェックと予防的個別リハビリテーションメニューの提供。
- 一般医療機関の生活機能向上へのプライマリ・ケアの予防機能の充実。
- 地域における交流の場の提供と活動、支援体制の整備。
- 精神科病棟に入院中の高齢者に対する生活機能障害の発生・悪化を予防する体制の確保と初期神経難病患者への地域支援体制。
- MCIおよび初期痴呆を早期発見する機能など、専門的相談機能等の地域の保健センター、リハビリセンター等への付加又は強化(専門的人材の配置を含む)。

(調査研究)

- 生活機能疾患への明確なエビデンスに基づく対応。

5 (4) 間欠的・集中的なリハビリテーション

(1) 現状及び課題

(保険診療)

- 慢性進行性疾患に関する診療報酬上の評価等。
- 対象が限定されるリハビリテーション処方。

(生活機能低下への対応等)

- 不十分な生活機能低下への認識。
- 在宅の生活機能低下者への生活再構築のための集中的リハビリテーションの提供。
- 生活機能の低下に関与できる専門的機関、施設の確保。
- 定期的な生活機能のチェックのための予防的リハビリテーション等の提供。

(痴呆への対応)

- 痴呆の認知機能の評価や質の高いケアプログラムの研究開発等。
- 生活介護が中心になっていることが多い痴呆ケア。

(サービスの質)

- 外来、訪問での集中的なリハビリテーションの開始の遅れ、「自立生活」、退院後の生活を前提としたアプローチやチームアプローチが不十分。
- ターミナルケアを含めた神経難病への質の高いリハビリテーションの提供。
- 長期に漫然として行われがちなりハビリテーション。
- 増悪時に必要となる「急性発症疾患タイプ」と同様の対応。
- 介護療養型医療施設、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等におけるリハビリテーションの考え方や具体的援助内容の普遍化。
- 廃用症候群への対応、生活機能の維持等に不十分な老人保健施設、通所リハビリテーションの人員基準。

(機能分担と連携等)

- 間欠的なリハビリテーションを適切かつ効果的に行なう機関の不足。
- ケアマネジャーの質の向上。
- 在宅生活状況を把握するための活動量を測定する有効な手法の確立。

(ピアカウンセリング)

- 悩んでいるのは一人ではないことを普及するために、集中的な「明るさと楽しさ」を取り入れたリハビリテーションが必要。

(2) 今後のあるべき姿

(普及啓発)

- 介護保険制度の理解を促進する啓発。
- 患者活動としての「脳卒中予防」への積極的参加。

(サービス内容)

- 生活機能低下へのリハビリテーションの必要性の普及。
- 生活能力の維持・改善等に関するガイドライン等の整備。
- 短期的・集中的リハビリテーションの提供。
- 痴呆のケアへの言語聴覚士等リハビリテーション専門職の参加。
- 退院後の不安を解消するため(社会復帰と閉じこもりの解消)の情報提供の促進。
- チームアプローチ、整形外科疾患への機能訓練事業による対応。
- 難病や末期がん等(症状)進行に伴う福祉用具の提供やA D L、介助方法等の指導、援助。
- リハビリテーションドクターを中心とする「リハ健診」の実施。
- 身体機能・生活機能に関する定期診断を実施。

(サービス提供体制)

- 生活機能向上プログラムによる訪問・通所・外来リハビリテーションの提供。
- 一般医療機関の生活機能向上への積極的関与。
- 慢性進行性疾患におけるリハビリテーションの医療制度への位置づけ。
- 短・中期入所によるリハビリテーション(とくに介護老人保健施設のリハビリテーション機能や外来リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの機能等の充実)。
- ディケア、保健センターへの生活機能の向上のための宿泊機能付きトレーニング機能の整備。
- 痴呆患者に質の高いケアプログラムを提供する痴呆基幹施設の設置。
- 在宅支援、ターミナルケアを視野に入れた神経難病リハビリテーション施設の拡充。
- 神経難病患者や痴呆患者の在宅生活をリハビリテーション専門職が支援する体制の充実。
- 間欠的なリハビリテーションを担うべき施設、拠点の機能を明確化と専門職の適正な人員配置。
- かかりつけ医とリハビリテーション専門医、ケアマネジャー等との連携強化。
- 地域リハビリテーション支援体制の充実。

(人材育成)

- リハビリテーションに関するケアマネジャー等の適切なマネジメント能力の確保。

(調査研究)

- 明確なエビデンスに基づく対応。

高齢者リハビリテーションのあり方(委員意見の要旨)

—その他、高齢者リハビリテーション全般について—

(ステージの捉え方)

- 「急性期」「集中的」「間歇的」とすることについては、「急性期」「亜急性期(回復期)」「慢性期(維持期)」とする考え方も含め検討が必要。

(健康増進、介護予防等)

- 疾患の発症前の予防が重要。
- 生活機能健診を実施すべき。
- 寝たきりと痴呆を回避するために健康増進が重要。
- 介護保険制度において、障害予防およびリハビリテーション重視が重要。

(普及啓発)

- 患者・利用者・一般社会へのリハビリテーションについての啓発が必要(標語等)。
- 認知機能を含む「こころの健康」の啓発活動の推進。
- 口腔機能の維持・増進が要介護状態となることを防止すること、咬合の維持・回復によるリハビリテーションの効果について、普及すべき。
- 市町村の健康増進・生活機能低下予防・改善のため健康日本21、老人保健事業、介護保険事業の充実・住民PRが必要。
- リハビリテーションに対する過度な期待。

(サービス内容)

- 「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ことが必要。
- 高齢者の尊厳を尊重するリハビリテーションの提供、生活機能全体の総合的な把握、患者・利用者中心のシステムが重要。
- 保健・医療は疾病中心、介護はADL中心、リハビリテーションは機能障害中心になりがちであり、生活機能重視、「活動」全般を重視すべき。
- 生活機能障害の程度によるリハビリテーションの必要性の判断を行

っていくことが重要。

- ケアプランでの生活機能全体の重視による介護保険におけるリハビリテーション機能の向上。
- 心身機能 \leftrightarrow 活動 \leftrightarrow 参加という双方向モデルが重要。
- 高齢者の主観的QOLの尊重と個別的支援が重要。
- 「自立支援」の具体的内容について整理が必要。
- 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応の視点が未確立（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）。
- リハビリテーションの効果の測定と効果のあるサービスを提供することが必要。
- 入院前の同じ状態での在宅復帰のために、慢性疾患タイプへの急性期リハビリテーションを導入すべき。
- 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。
- 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）。
- 軽度認知障害（MCI）・初期痴呆への個別的リハビリテーションの充実が必要。
- 失語症患者への理解とそのリハビリテーションが重要。
- リハビリテーションのガイドライン、マニュアル作成において、歯科の観点も重要。
- リハビリテーション（総合）実施計画作成時に、医薬品のADLへの影響のアセスメントをすべき。
- 高齢者の存在価値そのものに関する議論の欠如と医療費、介護費の増大のみが強調される傾向。

（サービス提供体制）

- 在宅復帰が長期予後にもよい影響を与えるのではないか。
- 通所介護、通所リハビリテーションの役割分担が必要。
- 通所リハビリテーションと外来リハビリテーションの役割分担が必要。
- 退院当日から訪問リハビリテーションが実施できるようにすべき。
- 地域密着型の小規模多機能型リハビリテーション事業所の展開が必要。
- ターミナル期のリハビリテーションが必要。

- 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。各ステージで関わるリハスタッフの意識の分断、見失われている現場でのリハビリテーションの全体像。
- 生活機能向上に向けたリハビリテーション・システムの質的向上と一貫性の確保が重要。
- 環境変化による痴呆の発生防止のため、在宅ケア提供体制の構築が重要。
- いわゆる“川下”にはいろいろな障害をもつケースがいる。それぞれに見合ったサービスの充実が必要。
- 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。

(地域リハビリテーションシステム)

- 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重要。
- 健康づくり、介護予防、医療保険、介護保険と連続的・継続的なサービスの利用のため地域包括ケアシステムの構築と推進が必要。
- 保健センター、在宅介護支援センターの機能の再徹底および保健師、相談員の教育徹底。特に基幹型在宅介護支援センターの機能の検討。
- 医療から介護へ、高齢者へのサービスは途切れのないものであること。

(人材育成、資質の向上)

- 質の高い地域リハビリテーションを行う専門職の育成が必要。
- 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。

(調査研究)

- 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。
- 「自立支援」を具現化するための機能であるケアマネジメントについて、アウトカムの観点から十分機能しているか、検証が必要。