

Ⅱ 高齢者リハビリテーションの現状

1 高齢者リハビリテーションの歩み

(1) わが国における高齢者リハビリテーションの歩み (図表1)

(1940年代～50年代 医療における取組)

- わが国のリハビリテーションは、1945（昭和20）年までは、ポリオ（急性灰白髄炎）の後遺症などの肢体不自由児や、第二次世界大戦等で負傷した傷痍軍人を主たる対象としていた。戦後は、米国から新しいリハビリテーションの思想や技術も導入され、その対象は障害者一般に拡大され、専門的に深く取り組まれるようになった。
- 高齢者に対してリハビリテーションが行われることになった歴史は比較的新しく、1960年代初頭に一部の医療機関で脳卒中患者に対して実施され、その取組はリハビリテーション関係学会・協会や医師会などを通じて次第に全国に広がっていった。

(1960年代～70年代 福祉における取組)

- 1969（昭和44）年に養護老人ホームと特別養護老人ホームに関する基準が制定され、「被收容者に対し、その身体的及び精神的条件に応じ、機能を回復し又は機能の減退を防止するための訓練に参加する機会を与えなければならない」と規定された。また、同年には、高齢者に対する福祉用具を給付・貸与する日常生活用具給付等事業も創設された。
- 1979（昭和54）年には、在宅の要介護高齢者等に対して日帰り介護施設（デイサービスセンター）等に通所させ、入浴や食事、日常動作訓練等を行うデイサービス事業が創設され、1982（昭和57）年からは在宅の寝たきり老人等に対して、居宅まで訪問して入浴・給食等のサービスを提供する訪問サービス事業が開始された。

(1980年代 老人保健法に基づく取組)

- 1982(昭和57)年に制定された老人保健法は、1973(昭和48)年からの老人医療費無料化制度の転換を図るもので、予防から治療、リハビリテーションまで総合的な保健医療サービスを提供することを目指した。このときに創設された保健事業(以下、「老人保健事業」という。)では、壮年期(40歳)からを対象として健康教育、健康診査、機能訓練及び訪問指導などの体系的な予防サービスが市町村で提供されることとなった。特に、機能訓練や訪問指導において、リハビリテーションが施設以外の住みなれた地域で提供されることとなった。

- 1985(昭和60)年8月には、「中間施設に関する懇談会」中間報告において、①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション・生活訓練などを行う、②病院に入院して治療するほどではないが家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し医学的な管理と看護を中心としたサービスを行う、という役割を担う施設の必要性が指摘された。これを受け、1986(昭和61)年に、医療と福祉とが連携した総合的なサービスを提供する施設として、老人保健施設が創設され、モデル事業を経て全国的な整備が図られてきた。

(1990年代 ゴールドプランにおける取組)

- 1990年代には、高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)や老人保健福祉計画に基づき、市町村を中心として高齢者の保健福祉の基盤整備が図られてきた。この中で推進された「寝たきり老人ゼロ作戦」は、1989(平成元)年に公表された在宅・施設で寝たきり状態にある老人比率の国際比較に関する研究(「寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究」班長:竹中浩治)において、わが国の長期ケア施設入所者に寝たきり状態が多く、これは過度の安静によりつくられたものであるという指摘を踏まえて策定された。また併せて、寝たきりを予防するための標語(寝たきりゼロへの10か条)や障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準が作成された。この標語や判定基準は、保健・医療・福祉の各分野において共通の尺度として活用され、高齢者の保健医療福祉サ

ービス提供者の意識の変革を促し、いわゆる「つくられた寝たきり」の予防につながった。

- また、1992（平成4）年には、老人訪問看護制度が創設され、訪問看護ステーションから、看護師、理学療法士、作業療法士などによる在宅での看護・リハビリテーションが実施されることになった。

（2000年以降 介護保険等における取組）

- 2000（平成12）年からは、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みである介護保険制度が施行された。これまで高齢者に提供されてきたリハビリテーションやその関連サービスのほとんどは、そのままの形で介護保険に継承されている。市町村で要介護認定を受けた要介護者に対して、介護支援専門員が作成するケアプランに基づいて、介護保険からリハビリテーションが提供されることとなった。これまでの予算に基づいた措置から社会保険への転換により高齢者に提供されるサービスの量は飛躍的に拡大し、高齢者に対するリハビリテーションはより身近なものとなったと言える。

- また、介護保険制度施行に併せて介護予防事業が創設され、要介護状態にならないための介護予防¹の取組や、同時期に「健康日本21²」が開始され、国民的な生活習慣病予防対策の強化が図られた。さらに医療保険においては、脳卒中等の患者に対して入院中に病棟で集中的にリハビリテーションを提供し、在宅復帰を目的とする「回復期リハビリテーション病棟」も創設された。

- 2002（平成14）年度の診療報酬改定においては、①従来の実施時

¹ 介護予防：高齢者の生活機能の低下を予防するための取組。厚生労働省においては、これまで介護予防事業として、高齢者ができる限り要介護状態となったり、状態が悪化しないようにするために、疾病・事故の予防教育や筋力向上のための訓練、生きがいづくりのためのデイ・サービス、低栄養予防等のための食の自立支援などを実施してきている。

² 健康日本21：生活習慣病の早期発見や早期治療とともに、疾病を予防する健康的な生活習慣を普及・定着させるため、2000（平成12）年から生活習慣病予防として重要な9つの分野について2010（平成22）年までの目標を設定し、その達成に向けた国民運動を展開している。

間を中心とした評価から患者の症状に応じた個別療法を中心とする評価、②病棟等におけるADL³ (Activity of Daily Living) の自立を目的とした理学療法の評価など早期リハビリテーションの評価の充実、③施設要件における訓練室面積要件を緩和し、高い人員配置を要件とした類型の設置、などが行われた。

- 2003 (平成15) 年4月には、介護保険制度施行後、初めてとなる介護保険料の見直しと介護報酬改定が行われ、自立支援の観点から、個々の利用者のニーズに対応した、きめ細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいて個別リハビリテーションが導入された。
- このように、これまでわが国においては、予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、
 - ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと
 - ② 長期間にわたって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場合があること
 - ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
 - ④ 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とが混同して提供されているものがあること
 - ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないことなどの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。そのため、今後の高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての検証と今後のあるべき姿の検討が求められている。

³ ADL:ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、各人に共通して毎日繰り返される食事、排泄、歩行、更衣、整容、入浴などの一連の身体動作のこと。

図表1 わが国における高齢者のリハビリテーションの主な取組み

年代	主な対策	疾病予防・介護予防	急性期 (1月以内)	回復期 (6～9月以内)	維持期 (10月以上)
1965(S40)	理学療法士及び作業療法士法				
1982(S57)	老人保健法 保健事業第1次計画(～S62)	老人保健事業 機能訓練・訪問指導			
1986(S61)	老人保健施設創設			老人理学療法(I～III)	
1987(S62)	保健事業第2次計画(～H4)				老健デイケア
1989(H元)	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)	寝たきりゼロ作戦			
1990(H2)	福祉関係8法改正(在宅福祉3本柱)				
1991(H3)	老人訪問看護制度創設 障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準				
1992(H4)	保健事業第3次計画(～H11)		老人早期理学療法		老健デイケアII
1993(H5)	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律				すべての老人保健施設デイケア義務化
1994(H6)	高齢者保健福祉推進10か年戦略見直し(新ゴールドプラン)				
1995(H7)	地域保健法 (保健事業第3次計画中間見直し)			老人理学療法I～IV	
1996(H8)					
1997(H9)	言語聴覚士法		老人早期理学療法I, II	老人リハビリテーション総合計画評価料	
1998(H10)	地域リハビリテーション支援体制整備推進事業				
2000(H12)	介護保険法 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向性(ゴールドプラン21)(～H17) 健康日本21(～H22) 保健事業第4次計画(～H16) 国際生活機能分類(ICF)	介護予防・生活支援事業		回復期リハビリテーション病棟	○訪問リハビリテーション ○通所リハビリテーション ○老健リハビリ体制加算 ○療養型特定診療費 ○リハビリテーション総合
2002(H14)	健康増進法			個別リハビリテーション創設	
2003(H15)					○集団リハビリ個別リハビリ ○老人保健施設機能強化加算 ○リハビリテーション実施計画書
2004(H16)	(ゴールドプラン21終了年)	(保健事業第4次計画終了年)			
2005(H17)	(健康日本21中間評価)				

(2) 国際的な動向

(世界の諸国のリハビリテーション)

- リハビリテーションは、地理的、民族的、歴史的、文化的な背景によりそれぞれの国で独自の発展を遂げてきており、その様態もさまざまである。大きく分類すると、米国のようにリハビリテーションの技術(医学、工学、福祉など)を発達させ、それを担う専門職が、それぞれの分野で高度の専門性と独自性を発揮していくような取組と、欧州のように社会保障や地域福祉、住宅政策などの社会的な施策を通じてリハビリテーションを提供していくような取組とに大別できる。

- わが国のリハビリテーションは、戦前はドイツ、戦後は米国の影響を大きく受け、近年は北欧の影響も受けつつ発展してきており、米国的なりハビリテーション技術と欧州的な社会的施策を組み合わせた状況にあるともいえる。世界の諸国は、その背景となる歴史や文化などによりさまざまな試行を繰り返し、その国に相応しいリハビリテーションを作り上げて来ている。わが国も、このような世界の諸国の動向を把握し、その教訓を学びながら、わが国独自のリハビリテーションのあるべき姿に向けて努力することが求められている。

(ノーマライゼーション)

- 1950年代にデンマークにおいて、知的障害者の処遇から端を発し提唱されたノーマライゼーションの理念は、障害を持つ人たちを特殊な施設に隔離してケアするのではなく、できるだけ住み慣れた地域で日常的な生活ができるようにケアすることを原則とするという考えであり、この理念は世界のリハビリテーションの発展にも大きな影響を与えてきた。

(WHOの取組)

- また、世界保健機関(WHO: World Health Organization)においては、障害に関する国際的な共通言語として、国際障害分類と国際生活機能

分類を制定してきた。(図表2)

(国際障害分類)

- 1980(昭和55)年にWHOが発表した国際障害分類(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)と障害モデルは、世界の障害者医療やリハビリテーション、障害者福祉の発展に貢献してきた。このモデルは、疾病から、例えば下肢の麻痺などの「機能障害」が起こり、その機能障害が原因となって歩行障害などの「能力低下」が生じ、疾病と機能障害、能力低下の結果として「社会的不利」(社会生活を送る上での困難・不自由)が生じるというもので、これまでのリハビリテーションの分野で広く普及してきた。

- しかし、このモデルには、①障害というマイナス面しかみていないこと、②人の生活に影響を与える住居や地域社会の交通機関などの社会的環境が考慮されていないこと、③機能障害が改善しなければ能力低下も改善せず結果として社会的不利も改善しない、といった一方向的なものであるとの誤解を生じやすいこと、などの問題点が公表されて以降指摘されてきた。その他に、④専門家中心に作られたものであり当事者の意向の反映が十分ではなかった、⑤社会的不利の分類が不備である、などの問題点もあった。

(国際生活機能分類)

- このような問題点の指摘に応え、2001(平成13)年に、新たに国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)とそのモデルが策定された。

このモデルは、国際障害分類と違って障害というマイナス面だけではなくプラス面を重視することが大きな特徴である。すなわち、人が生きていくための機能全体を「生活機能」⁴としてとらえ、

- ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」、

⁴ 生活機能:生活機能とは、健康・福祉・障害にかかわる人々の共通の言語として、2001年5月、WHOが採択した国際生活機能分類(ICF)の基本概念で、人が有する心身機能(構造)と日常生活の活動、社会への参加を包括的に捉えたもの。言い換えると、その人の有する生命、生活、人生の全体像であり、ひとりひとり異なるものである。

② ADL（日常生活活動）・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、

③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」、

の3つの要素から成るものとした。

そして、このような「心身機能」、「活動」、「参加」という生活機能の三要素が低下した状態をそれぞれ「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」とし、それらを総称して「障害（生活機能低下）」と呼んでいる。

○ このような生活機能の低下を招く原因としては、これまでの国際障害分類の「疾病」に代わって、「健康状態」という、より広い概念が取り入れられた。これは、疾患・外傷に加え、加齢、妊娠、ストレス状況等を含めたものであり、特に高齢者リハビリテーションを考える場合に、加齢が含まれた意義は大きい。

○ また、生活機能の3つの要素の間には相互作用があり、これに対して、上記の「健康状態」や2つの「背景因子」、すなわち、性や年齢、価値観といった「個人」因子と、人を取り巻く物的な環境や人的環境、また、社会的な制度などの「環境」因子が種々の影響を与えるものとされている。これに伴い、これまでの国際障害分類の障害モデルの「機能障害→能力低下→社会的不利」といった一方向的なものであるとの誤解を生みやすかった点は改められている。

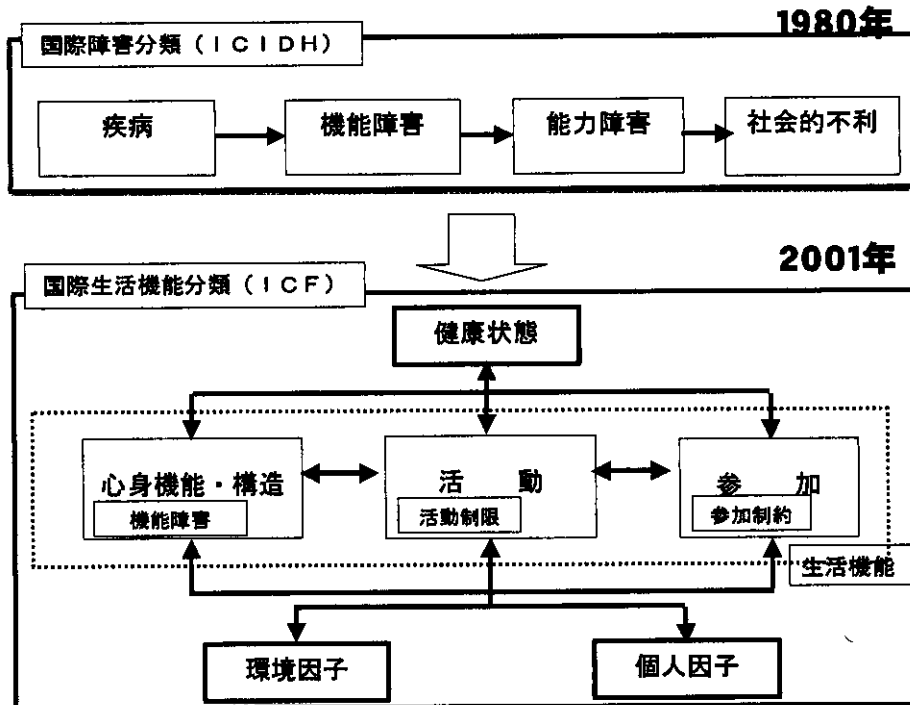
○ 機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方に立っている。

○ とするとこれまででは、例えば、利用者に対して、医療関係者は医療施設での「心身機能」への働きかけを、ホームヘルパーは自宅での「日常生活

活活動」への働きかけを、ケースワーカーは地域での「社会参加」への働きかけを、住宅改修事業者は利用者宅の「物的環境」への働きかけを、それぞれが別々に提供することも少なくなかった。

- 今後の高齢者のリハビリテーションは、生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくことが求められている。

図表2 国際障害分類と国際生活機能分類



- さらに、国際生活機能分類では、国際的な共通言語に加えて、専門家間及び専門家と利用者本人との共通言語としての面が強調されている。わが国においても、今後これが専門家のチームワーク及び利用者本人の自己決定権の尊重に活用されることが望まれる。