

## IV 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方

### 1 高齢者の態様に応じた対策が必要

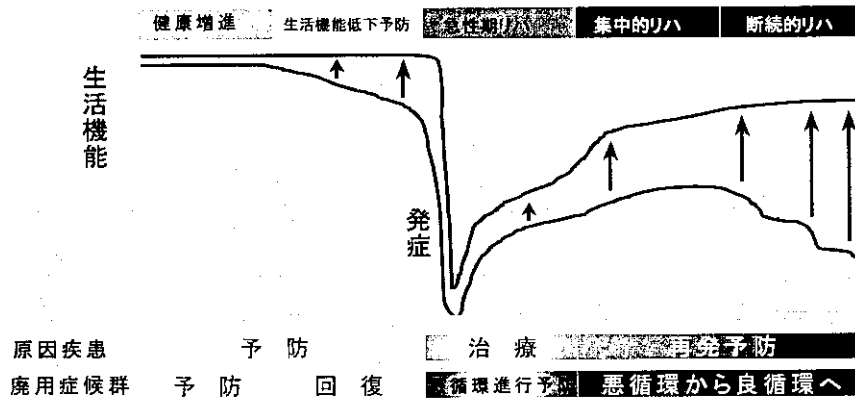
- 脳卒中モデルと廃用症候群モデルとでは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能低下の状況を踏まえ、適切なリハビリテーションを提供する必要がある。(図表39、図表40)
- 脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を限って計画的にリハビリテーションを行なうことが基本となる。
- 廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたっては、必要な時に、期間を限って計画的に行われることが必要である。
- そのいずれのモデルにも属さない痴呆高齢者については、環境の変化に対応することが難しいため、生活の継続性やなじみの人間関係<sup>7</sup>が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で今後、必要な専門医療と連携し適切なリハビリテーションが検討されるべきである。

---

<sup>7</sup>なじみの人間関係：家庭的な雰囲気の小規模な生活空間において、なじみの人間関係をもっている利用者と介護者の集団。周囲の環境の変化に対応することが難しい痴呆高齢者のケアに求められる最も重要な要素の一つである。

図表 3 9 生活機能低下の状態像—①—

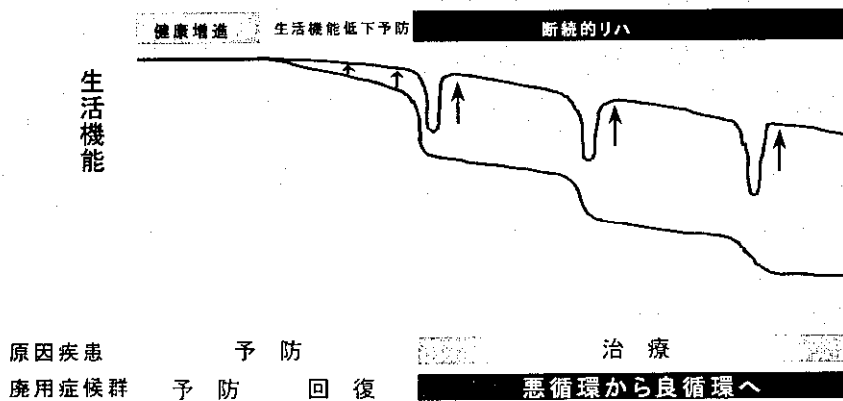
脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

図表 4 0 生活機能低下の状態像—②—

廃用症候群モデル  
(廃用症候群、変形性関節症など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

## 2 廃用症候群の対策の重要性

- 後期高齢者に多い衰弱を含め、高齢者の心身機能の低下は、「年だから仕方がない」などと考えがちであるが、これは、実は廃用症候群であったことが見逃されていたことが少なくない。今後は十分に認識される必要がある。
- 廃用症候群は、在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる治療や療養において、本来必要である以上の安静（過度の安静）の指導がなされたり、また、早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組がなされなかったことなどによって生じる。このためにも廃用症候群の原因となる入院（所）中の「過度の安静」を防止するために、これまで医療機関で日常的に使用されてきた入院者への評価である「安静度」という用語を見直し、「活動度」に変更する必要がある。
- 医療現場に限らず、介護の現場においても、「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」、あるいは「安全第一」という考え方で過剰な介護をして、かえって廃用症候群を惹起する場合がある。

（つくられた寝たきりとつくられた歩行不能）

- 車いすには利用者の参加の拡大につながる一面があることは確かである。しかしながら、訓練のときは歩けるのに、実用歩行訓練が不十分なまま、実生活では車いすを使わせたり、歩行ができるのに車いす介助で移動させるなど不適切かつ尊厳に欠けるような車いすの使用がなされる場合がある。「つくられた寝たきり」「座らせきり」は、多くの高齢者のケアの関係者に理解されているが、このような高齢者の状態像に合わない車いすの使用などによる「つくられた歩行不能」については、いまだその危険度が十分に認識されていない。歩行や、立って活動を行うことが困難になると、在宅での日常生活の活動が低下し、地域社会への参加も難しくなる。今後は、歩行しないことによる廃用症候群の危険性について、予防・医療・介護の関係者はもとより、高齢者自身やその家族は十分に認識する必要がある。

(つくられた家事不能)

- また、例えば、調理などの家事を行なう能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の回りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。

### 3 生活を支えるという目標

- これまでは、入院(所)中は、訓練室での歩行訓練といった心身機能の回復訓練が中心になりがちで、実際の生活の場で歩行し、例えば、台所に立って家事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、買い物を想定して屋外で歩行を行うなどの日常生活のさまざまな活動をどのように高めるのか、という観点からの取組が必ずしも十分ではなかった。
- 高齢者の生活機能は、これまで生活してきた家庭、地域の環境で培われてきており、生活機能を向上させるためのリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されることによってより高い効果が期待できる。このため、施設におけるリハビリテーションは、入院(所)しなければ受けられないプログラムを実施する場合に限って利用することが基本であり、入院(所)した場合においても、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本となる。
- 在宅の高齢者については、できるだけ長く住み慣れた自宅で生活を送れるよう、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの居宅サービスを一体的に提供していくことが基本となる。
- 施設の訓練室、病棟・居室や通所サービスの訓練室などの設備をできるだけ実生活に近い環境で提供していくことが基本となる。

#### 4 個別的、総合的なサービスの提供

- 高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なものである。しかし従来は、画一的なプログラムが提供されがちであった。これによって、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。
- 今後は、個別性を重視したリハビリテーションを提供するために、本人の積極的参加を促し自己決定権を尊重することが必要である。
- また、高齢者に対し、リハビリテーションを提供する場合には、生活機能低下を克服し、新たな生活を踏み出そうとする高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする思いを引き出し、これを適切に支えることが重要である。
- 生活機能の低下をきたした高齢者は、健康な時の自己の姿と現状を比較してうつ状態に陥ったり、その受容が困難になることがある。このため、生活を再構築するためのリハビリテーションを継続するための心のケア、精神的な支えも重要である。
- 高齢者のリハビリテーションは、このような個別性や個性を的確に把握した上で、適時・適切なリハビリテーションが提供できるようにしていくことが必要である。

#### 5 評価に基づく計画的な提供

- リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して、行われるべきものである。計画は、定期的に評価され、

必要に応じて修正又は更新される。

- このような目標や計画は、利用者が主体となって専門職がこれを支援するような取組で設定・作成されるものである。このような過程を経ないで設定された目標や、計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。これは訓練そのものが目的化することになり、いわゆる「訓練人生」を生むことになる。

## 6 地域で提供できる体制の整備

### (1) 地域資源の確保

- 地域によっては、リハビリテーションを提供するような医療施設がなく、住み慣れた地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを終了し、在宅復帰する場合に、自宅に戻った際に連続してリハビリテーションが利用できず、または利用しようとしても地域にリハビリテーション提供体制が整備されていないといった状況がある。
- 今後は、住みなれた地域において一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続を支援できるようなリハビリテーション提供体制を計画的に確保していく必要がある。

### (2) 連携、分担

- リハビリテーションは連携が必須にもかかわらず、これまでの取組は必ずしも十分とは言えなかった。特に、医療と介護の連携、入院中や外来で行われる通常の一般医療とリハビリテーションの連携、また、介護保険の中での各サービス間の連携や、専門職種間の連携が不足していたと言える。

- 今後、リハビリテーションが、患者・利用者を中心として、予防、医療と介護の多くの施設や事業者、職種により切れ目なく、一体的に提供されるためには、個々の利用者の生活機能に関する情報の交換、履歴の共有化による連携、利用者のケアの現場を通じて、関係者が具体的な取組・技術を共有化するチームアプローチが不可欠である。
- 高齢者のリハビリテーションに関わる多職種が利用者の生活機能を踏まえたリハビリテーション計画の作成に参画するとともに、リハビリテーション専門職が訓練を行い向上させた高齢者の活動能力を、看護職・介護職が日常でのケアを通じ、実生活で実行できるように定着させるような連携が重要である。

### (3) 国民にサービスの所在がわかるシステム

- 高齢者に対して適切な介護予防サービスやリハビリテーションが提供され、必要なときにいつでも利用できるようにするためには、まず、地域社会の構成員である国民ひとりひとりがリハビリテーションについて理解を深めることが重要である。また、地域の専門職もそのための役割を十分に果たしているとは言い難い状況である。このため、リハビリテーションに関する普及啓発は大きな課題である。
- 脳卒中は緊急対応が必要な疾患であるが、国民の多くは脳卒中の症状についての知識が十分ではないため、脳卒中の初期症状が現れているにもかかわらず早期に医療機関を受診することにつながらず、重症化する場合も多いとされている。また、脳卒中を発症した場合に、適切なリハビリテーションをどこの医療機関で受ければよいのか、といった情報も十分ではないとの指摘もあることから、今後は国民にサービスの所在がわかるシステムを構築する必要がある。

## 7 質の確保

- 高齢者のリハビリテーションは、プログラムや技術の質によって成果が大きく左右されるものである。その質的向上を図るために、これまで述べた内容を行うことが必要である。
- また、リハビリテーションの質の確保・向上や効率化を促進させる観点から、リハビリテーション技術の研究についても積極的に取り組む必要がある。

## 8 基盤の整備

- これまで述べたように予防、施設サービス、訪問、通所（外来）、ショートステイ、福祉用具・住宅改修といった在宅サービスは、利用者を中心として総合的に提供されるべきであり、そのために住み慣れた地域での基盤整備がなされる必要がある。
- 人材の育成については、高齢者の状態像が多様化し、リハビリテーションに対する要請も多様化、高度化しており、これに対応したリハビリテーション専門職の養成が必要である。リハビリテーション技術は、その専門性から、理学療法、作業療法、言語聴覚療法など個々のサービス分野の分化が進んでいるが、反面、連携が困難になるといった弊害も生み出しており、連携を重視した教育が重要である。今後は、高齢者の生活機能を総合的に見ていけるような教育・訓練が必要である。