

7. 委員意見提出資料

急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

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

- 老人性骨折（大腿骨頸部骨折、上肢・下肢骨折、胸腰椎圧迫骨折）
- 脳卒中
- 痛みが強い疾患（急性腰痛症、関節疾患）
- 転倒等による外傷に起因する脊髄損傷
- 呼吸器疾患（肺炎等）

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

- 日常生活の中に体力を維持し、活動力をおとさないための、健康増進・体力増進施設の整備がなされていない。
- 生活習慣病予防、生活機能病予防対策等が余りなされていない。
- 急性期病院でのリハビリ体制が十分でない。

現状：急性期病院（病棟または前医） → 回復期病棟（リハビリ専門病院、集中的リハビリ） → 維持期リハビリ（関連病医院）

2) 今後のあるべき姿

- 生活習慣病、生活機能病の防止を強化するための具体的方策
- 国民が健康増進施設・野外活動を積極的に行える施設整備
- 維持期リハビリをどうするか。
- リハビリスタッフの充実（リハビリ先進県でも充実していない）

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

2：生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

- 要介護予備軍であるため、介護予防のための具体的取り組みがなされていない。
- 急性期リハビリ施設の不足

2) 今後のあるべき姿

- 急性期病院 → 回復期病院 → 維持期リハビリ病院（施設）の連携が重要
- 介護予防のためのリハビリテーション（パワーリハビリ等）の普及事業を展開する。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

3：急性期のリハビリテーション

1) 現状及び課題

- 急性期リハビリの有効性に対する意識がまだ低いこと。
- 医療保険・医療施設の体制（スタッフ、システム等）が整備されていない。

2) 今後のあるべき姿

- 急性期リハ特に急性期リハ病棟の整備
特にスタッフの充実
集中的リハ体制との連携強化
- 病病連携・病診連携の確立

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- 急性期リハから又、間欠リハへの連携が整備されていない。
- レベルの高いリハ専門職が不足している。
間に合わせ的に各セクションのスタッフに依頼することもある。
- リハ看護等の他職種の意識が低い（格差あり）。

2) 今後のあるべき姿

- スタッフ要請と確保体制の整備
- 機能回復訓練、ADL訓練の重視
- 回復期リハ病棟の充実をはかる。
- 回復期対象患者の拡大（早期の在宅、社会復帰につながる）

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- いわゆる維持期の生活リハビリの充実はなされていない。
特にスタッフ養成、施設整備、自立生活への支援体制等である。

2) 今後のあるべき姿

- 地域リハビリテーションの中心的役割を担う。
- ネットワークの整備が必要である。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

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

- 関節リウマチ
- 退行性関節疾患と退行性脊椎疾患
- パーキンソン病等の神経難病
- 加齢現象による症候群（心、眼、耳、胃、言語）
- 運動器障害による生活機能病（特に痛みを伴う疾病）
- 生活習慣病（糖尿病、心疾患、循環障害、高血圧症等）
- 痴呆症
- 多発性脳梗塞

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

- 難病対策が不備。
- 生活機能病防止のための施策がない。

2) 今後のあるべき姿

- 生活習慣病や生活機能病の予防のための生活の在り方の啓発
- 介護予防を中心としたパワーリハビリの取り入れ
- 介護予防士（仮）の育成

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

2：生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

- 生活習慣病の治療と生活指導と生活機能病の中心的役割をもつ運動器障害予防及び治療体制が不備
- 介護予防体制の確立

2) 今後のあるべき姿

- 生活機能低下予防のために予防的リハビリ体制の整備
特に運動器障害の予防的リハの取り組み強化
- 地域を巻き込んだ健康老人の生活機能レベルを上げるような企画

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- 機能回復を中心として生活機能障害回復への流れが確立されていない。
- 専門職スタッフの絶対的不足。
- 介護保険へのつながりがしっかりしない。

2) 今後のあるべき姿

- 専門職を中心としたスタッフの充実。
- 介護保険への流れをしっかりとシステム化していくこと。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- 生活自立のための地域リハビリテーションの構築。
- 居宅の場合のリハビリテーション（訪問、通所）の連携。
- 福祉施設におけるリハビリテーションが不十分。

2) 今後のあるべき姿

- 地域リハビリテーション体制の構築
(地域リハビリテーション支援センターの充実を)
- 在宅、施設でのリハビリに専門職（PT・OT）の配置

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 痴呆症におけるリハビリテーションの在り方
- 老年症候群における対応、特に医療と介護の連携
- 高齢者リハビリテーションにおいては地域リハビリテーションの確立が必要
特に地域リハビリテーション支援体制の更なる推進
- かかりつけ医における高齢者リハビリテーションの取り組み
地域リハビリテーション広域支援センターとの連携が必要
- 運動器リハビリテーションの構築
- 介護保険への民間参入による介護の掘り起こし
介護不要者まで支援（高齢者の身体機能のさらなる低下）
- 介護保険への誤れる認識（受けなければ損？）
- 高齢者リハビリに十分対応できない健康介護保険制度
- 病病連携・病診連携の充実による一連の一貫したリハビリの確立

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

1) 高齢者の生活機能の向上をめざす多面的なリハビリテーションの実施とその継続的なシステムづくりおよびチームケアがまずは急がれる。

① 社会性拡大と QOL 向上に関するアプローチ

② 在宅での生活機能の維持・低下予防・改善に対するアプローチ

③ リハビリの体制(環境)整備をどのようにしていくのか？

- ・ 入所施設でのリハ＝回復期リハ病院に見るチームによる 24 時間アプローチの普遍化
- ・ 通所でのリハ＝人員配置の問題・プログラムの問題
- ・ 訪問でのリハ＝現在は訪問看護ステーションからの訪問看護師・PT・OT によるリハビリが多くを占めている
- ・ 一般高齢者へのトレーニングセンター的施設・介護予防事業の再考
- ・ 公園など地域の一般市民向けの環境整備
公園・ひろばなどに幼児ではなく高齢者用の簡単なエクササイズの機器設置はよく外国で見る。

2) 痴呆ケア&リハビリテーションの標準化・効果測定などのモデル事業も必要か

以下 3) から 6) は高齢期に多発する障害であり、自立支援からみてもニーズの高い領域としてリハビリテーションの取り組み推進が求められているもの。

3) 摂食・嚥下・口腔など栄養・全身管理に係る機能障害のリハビリテーション

4) 排尿障害リハビリテーションと相談事業

特に排泄の問題はリハビリ全体の予後や療養の場の選択とも関係が深い。

5) 転倒・骨折予防の啓発とリハビリテーション

6) 呼吸機能低下や呼吸障害のリハビリテーション

高齢者リハビリテーションのあり方

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
- 筋骨格系疾患
- 痴呆

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) 現状と課題

<現状>

① 脳卒中

- ・ 寝たきりの原因として上げられた特定の疾患を除去した場合の平均自立期間の伸びは、男性では脳卒中が最も長く、女性では骨運動期疾患に次いで脳卒中が長くなっている。
- ・ 三大生活習慣病（脳血管疾患、悪性新生物、心疾患）が県の総死亡の約6割。
- ・ 脳卒中等情報システム事業により把握したデータ（平成10年～13年）の病型別割合を見ると、脳梗塞 66.4%、脳出血 25.8%、くも膜下出血 7.1%と脳梗塞の占める割合が多い。
- ・ また、発症者の退院時の寝たきり度は初発者では約6割が「自立」「Jランク」であるが、再発者では約4割となり、自立者が減っている。
- ・ 退院時の転帰をみると、約7割が「軽快」であるが、再発者の場合は「軽快」が減る傾向である。年代毎にみると、年代が高くなるにつれ、退院時の寝たきり度の重症化が見られる。
- ・ 平成10年度実施した脳卒中再発予防調査研究事業の結果から、移動、食事、入浴、排泄、着衣のいずれも、初発者より再発者に全介助、部分介助、一部介助の割合が高率であり、かつ高齢になるほど全介助、一部介助の割合が高率となり再発予防が重要である。再発者についてみると、1年未満の死亡が約7割弱ある。
- ・ 死亡までの期間1ヶ月未満では脳血管疾患が約8割を占めているが、期間が長くなると脳血管疾患以外の死因（呼吸器疾患、感染症）が増えている。

② 骨折

- ・ 平成12年度～13年度実施の転倒予防推進モデル事業において、平成12年10月実施の市町村調査では、骨粗鬆症検診を実施しているところは県全体で74.6%。介護予防・地域支え合い事業での転倒予防教室の取り組み状況は23.7%であったが、平

成15年度では55.9%に増加している。

- ・ 平成12年度当時、骨折・転倒予防事業実施市町村の約8割が、教室の評価、内容、専門職の確保・保健福祉の連携などで困っており、また、実施状況も対象者選定から体力テスト、評価、教室内容など細かく分析してあるところと、従来のサービスを移行し、転倒予防の話を数回入れたり、簡単な体操をしたりしているところと様々であった。
- ・ 12年度調査の結果から、アセスメント方法、評価方法、具体的内容、対象者選定、事例集についての要望が多くあり、具体的な事業の運営方法について求められていた。

<課題>

- ・ 従来重点的に進めてきていた高血圧等脳卒中発症のハイリスク者管理（基本的な2次予防対策）や健診後のフォローシステムが充分になされていない。
- ・ 脳卒中再発者は初発に比し生活自立度が低くなっている。発症者への退院時指導や地域でのフォローなど、医療と保健の連携による再発予防対策が徹底される必要がある。
- ・ 発症後の「感染予防、肺炎防止」などの気道感染予防、口腔ケアが必要であるため、予防方法について対策を更に進める必要がある。
- ・ 平成14年度実施の老人保健健康増進等事業で、発症者の追跡調査の結果、発症前1年間の健診未受診者や基礎疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症）のある人が治療中断や放置して発症するケースがあった。そのため、健康診断の重要性や脳卒中の病気の特徴や危険因子、予防が可能な病気であることの啓発強化が必要である。また、ハイリスク者の発症予防や再発予防へつなげるため、市町村や医療機関、介護保険サービス事業者が連携して日常の管理や予防に取り組む必要がある。
- ・ 年齢が若いほど、自立と判定される状態であっても、仕事への復帰は困難な状態の人が少なくなかった。このような状態の人は、介護保険や保健福祉サービスの対象となりにくいため、自宅に閉じこもる状態に陥りやすい。地域に今あるサービスは高齢者が対象であり、壮年期のニーズを支援する体制やサービスがないという現状がある。趣味活動や社会活動へと生活の幅を広げるような機会や場作りが必要。
- ・ 退院直後の患者からは身体機能向上を中心とした訓練の要望が多いが、精神的な活動性を高める支援が重要である。
- ・ 転倒予防事業を効果的な事業展開にしていくためにも、事業実施する市町村等へ転倒予防アセスメント票や他の市町村での事業の企画・運営方法など活用できるように冊子や事例集を配布し、効果的な事業運営ができるようさらに支援をしていく必要がある。

2) 今後のあるべき姿

- ・ 圏域や市町村ごとに、医療と保健の連携、地域と職域の連携により、基本健診、職場検診の事後フォロー体制の再構築を図る（脳卒中予防の視点から、各種老人保健事業や労働局サイドの取り組みを総合的に展開する必要がある、保健所の企画調整機能）
- ・ 圏域や市町村ごとに、脳卒中発症者への退院時指導の充実、地域でのフォローのあり方等、医療と保健の連携による再発防止システムを確立する（保健所の企画調整機能）
- ・ 脳卒中予防対策と地域リハビリテーションの充実について検討する場として圏域内

で医療機関、市町村保健師等で実施している脳卒中等事業検討会を福祉関係者の参画を得て、更に発展的に機能させていく。

- ・ 脳卒中の最新の治療、予防、再発予防について意識啓発をする。
- ・ 介護予防事業をヘルス事業として位置づけるなど、老人保健事業と介護予防事業の一体的な推進体制を構築する

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ (別紙)

- 脳卒中再発予防調査研究事業 (地域保健特別対策事業) の結果
- 島根県転倒予防アセスメント票、転倒予防教室等の実施状況
- 島根県の介護予防・地域支え合い事業の取り組み状況の推移

2 : 生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

- ・ 市町村では基本健康診査時に「健康度評価 (ヘルスアセスメント)」票のA票 (生活習慣予防) を使用し、生活習慣の改善を導き出すための手法を最近取り入れている。
- ・ しかし、B票 (高齢者の生活機能の評価) を使用しているところは少ない。
- ・ 大田市は、閉じこもり要因を持っている人を少しでも早い段階で、かつ、より多くの人にチェックをかけ、意識付けと介護予防教室や保健指導の対象とする目的で14年度70歳以上の健康診査受診者全員に実施している。
- ・ 従来の基本健康診査の場を生活習慣病の予防としてだけではなく、高齢者には、老年症候群の予防を目的に生活の不具合を早期発見し、早期対処する目的で展開することが必要である。
- ・ 各地のイベント (健康祭り) の場を活用し、閉じこもりアセスメント票を用い、閉じこもりについての意識啓発をしたり、危険因子のある人には在宅介護支援センター等を中心に個別フォローに活用している地域もある。
- ・ 脳卒中発症者の把握は、脳卒中情報システムにて可能であり、介護保険対象外であっても退院後の地域での生活機能低下予防施策へつなげることが出来るが、骨折については、地域で把握が出来ず、タイムリーな生活機能低下予防サービスを提供出来る状況にない。
- ・ 全体的に今までの地域保健活動は生活習慣病予防が中心となり、生活機能の低下や予防に力を入れた取り組みが弱かったのが老年期や中年期の特徴を考えた取り組みの展開が必要である。
- ・ 事業の運営企画は事業主催者中心から住民主体へと少しずつ移行してきているが、「住民主体」で「より身近な地域」で事業展開していけるよう更に支援していく必要がある。

2) 今後のあるべき姿

- ・ 高齢者への老人保健事業を生活機能低下予防・改善のツールとして位置づける。例えば、基本健康診査でのB票系アセスメントの活用や生活機能チェック項目の追加、チェックに基づく保健指導や健康教育内容として生活機能低下予防を盛り込む。
- ・ 脳卒中情報システムの充実活用にあわせ、骨折情報システムを構築し、タイムリーな生活機能低下予防サービスを提供できるようにする。
- ・ 住民主体の活動の場が増えていくことと、より身近な地域で (生活基盤で) 身体機能

中心の事業ばかりではなく、生活機能低下予防や生きがい支援や社会参加（交流）などができる場が拡大されることが必要。

- 3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ（健康増進の欄で記載）

3：急性期のリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ・ 総合リハビリテーション機能を持つ医療機関の施設数、従事者数、リハ専門医数、リハ専門職種（PT・OT・ST）等に圏域間格差がある。

2) 今後のあるべき姿

- ・ 総合リハビリテーション機能を持つ施設数の圏域間格差をなくす。
- ・ 理学療法や作業療法、言語聴覚療法などが県内どこでも同じように提供できるようにする。特に言語聴覚療法については更に充実させていく必要がある。
- ・ 脳卒中など早期から専門的リハビリテーションが受けられるような体制づくりが必要である。

4：集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ・ 入院中の生活が中心となり、退院後「在宅」での「生活」を前提としたアプローチが不足している。（生活環境、住居環境、地理的条件など）
- ・ ある程度機能障害があると、自宅で生活することに対して家族が不安に思う（介護への負担・不安）。生活機能や精神活動への対応が不十分なため、悪循環が生じ廃用症候群を起こしやすく、在宅生活が困難となっている。
- ・ 疾患の急性期治療が終了した段階で在宅ではなく、疾患の管理もでき、かつ医療関係者が管理できるような施設で将来の在宅生活に向けての準備をするが、家族も本人も特養への待機場所的な利用となってしまう、施設職員も家族も生活機能を高めるという点が弱いこともあり、なかなか成果が上がりにくい。

2) 今後のあるべき姿

- ・ 老人保健施設でのリハビリテーション機能の質を充実させていく必要がある。

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- ・ 居宅系サービスに従事するスタッフに「リハビリテーション」が、身体機能向上を中心とした機能訓練というイメージが強く、生活をよくするという視点が弱い。そのため、ケアプランに盛り込まれにくい。
- ・ 訪問リハビリテーションの絶対数の不足。
- ・ 訪問看護での介護報酬単価と訪問リハ単価の矛盾。

(正林委員意見提出資料)

- ・ 平成10年度再発予防調査で脳卒中再発者の退院時寝たきり度と現在の療養場所別寝たきり度の変化を分析した結果(122例)、自宅にいる人で約6割が機能を維持できていたが、施設入所群では半数に寝たきり度の悪化が見られた。
- ・ 地域におけるPT・OT・ST等専門職が不足している。(医療機関での配置がほとんどである。)

2) 今後のあるべき姿

- ・ 社会との交流、廃用症候群予防について在宅のみならず、施設入所者にも取り組みを展開する必要がある。
- ・ 専門職確保対策(養成校における教育等)
- ・ リハビリテーション職種が施設内だけでなく、在宅者にも支援できるような体制作りが必要。