

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

- 脳血管障害→身体機能低下, 知的機能低下
 - 転倒→骨折
- 以後, 脳血管障害のみについて回答

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
 - ・危険因子に関する知識(生活習慣病)及び発症誘引に関する知識の欠如。
 - ・生活習慣(運動, 食事など)に関する知識の欠如*(日本脳卒中協会での調査)。
- 転倒骨折→osteoporosisに関する知識, 予防法の知識欠如。

2) 今後のあるべき姿

- 脳血管障害に関する知識の啓発。
定期的健康診断の強化→危険因子のチェックと同時に血管病変の有無のチェック。
(例えば, 頸動脈超音波検査など←産業医による検診項目に入っている)
- 年齢層別の至適運動法, 運動量に関する指針の策定。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

辻本朋美, 三浦早苗, 中山博文ほか: 一般市民の脳卒中に関する知識. 脳卒中 22 : 79, 2000
(抄録)

2 : 生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

- 生活環境の整備不良(機能改善を図るための機会, 場所)。
- 精神的, 身体的刺激の不足。

2) 今後のあるべき姿

- 運動の機会, 場所の提供。
- 運動・精神機能維持を目的とした運動の必要性の啓発。

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

- 治療体制 (stroke unit の構築, チーム医療) の整備不十分。
- チーム医療への意識 (行政, 医師を含む) の不足。
- 血栓溶解薬 (rt-PA) の認可がなされていない (現在治験進行中・・登録終了)。
- 急性期からのリハ医の関与が不十分かつ脳卒中医との連携が少ない (リハ医の研修期間中に急性期医療の経験をつむ, また急性期の病態生理の研修をするカリキュラムが必要?)。
- 脳卒中診療における 24 時間体制の不備 (リハ医, PT, MRI 放射線技師を含む)。
- 本当の内科系脳卒中専門医が少ない。

2) 今後のあるべき姿

- 上記の体制の整備と確立 (人的資源を含めて) → 専門家によるチーム医療体制。
- rt-PA の早期認可 (ただし, その使用には施設限定など, 安全性に十分な配慮が必要)。
- リハビリテーションの施設間, 地域間格差の是正。
- 脳卒中専門医に関しては, 本年度より日本脳卒中学会認定医制度が発足した (平成 17 年度より認定試験制度)。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

- 山口武典 (主任研究者): 脳梗塞急性期医療の実態に関する研究. 厚生科学研究, 2000
- 数井 誠司, 木村和美, 峰松一夫, 山口武典ほか: 臨床神経 42: 736-744, 2002
- 木村和美, 数井誠司, 峰松一夫, 山口武典ほか: 脳卒中 投稿中

4 : 集中的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

- 入院期間短縮化 (これまでの日本が長すぎたことは十分承知) のため, いわゆる seamless care が行えない傾向あり。
- 恐らく, これは集中的回復期リハ病院の不足 (質の高い) によると思われる。
- 急性期病院と回復期リハ専門施設との連携が不十分な地域が多い。

2) 今後のあるべき姿

- 集中リハ施設の充実化。
- 連携システムの充実化を全国的に展開。
- 早期加算期間の延長?? → 時代に逆行する考えであることは承知。

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

- 介護保険制度で利用可能な社会資源が、十分に活用されていない。
- 外来でのリハ回数が制限されている。

2) 今後のあるべき姿

- 介護保険制度の理解に関する啓発。
- デイサービスなどの施設を増設し、利用しやすくする。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

総合リハ31 (3, 6) : 2003 に特集, 色々な意見が集約

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

- パーキンソン症候群を含む変性疾患
- 多発性脳梗塞（急性発症の形をとらない病態）

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

- (1) これらの疾患に対する知識の欠如（薬物療法開始の遅延）。
- (2) 専門医による適切な早期治療が行われがたい。
- (3) 一般市民の脳血管障害危険因子に関する知識が少ない。
- (4) 特に、無症候性脳梗塞の存在の危険性への知識の不足。
(症候性脳梗塞の大きな危険因子)

2) 今後のあるべき姿

- (1) 上記疾患に関する市民の啓発→早期受診のすすめ。
- (2) 危険因子の治療と予防的投薬（抗血小板薬など）←特に無症候性脳梗塞。
- (3) 健康な時期にも健康診断（危険因子の発見と血管病変の検出）。

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

- (1) 自己管理（家族を含めて）に関する知識不足。
- (2) 自己管理の機関はリハなどの指導は受けられない。

2) 今後のあるべき姿

自己管理の時点から、通所リハなどの有効性が提唱され、広く受療できることが望ましい。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4：集中的なりハビリテーション

1) 現状及び課題

- 慢性進行性疾患に関しては診療報酬が低く、実施頻度の増加に伴ってさらに安くなるため、実施回数が制限されているのではないか？

2) 今後のあるべき姿

- 維持目的でのリハが慢性進行性疾患には必要であることを明らかにし、医療制度に反映させるべく努力する。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5：間欠的なりハビリテーション

1) 現状及び課題

- 介護制度で利用可能な社会資源の活用不十分。
- 外来リハの回数制限がある。

2) 今後のあるべき姿

- 介護保険制度に関する知識の周知徹底。
- デイサービスなどの施設の充実と増加。

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

○リハビリテーションに対する患者、家族の期待が大きすぎる(機能回復に対する過剰の期待)ため、PT, OT, ST がエンドレスになりがち。

○さまざまな理由で、家庭への退院が制限されている。

○ 家庭への退院が長期予後にも良い影響を与えること*。

*Kimura K, Minematsu K, Kazui S, Yamaguchi T: Mortality and cause of death after ischemic stroke or TIA: A hospital-based prospective registration study of 10,981 patients in Japan. In submission to *Stroke*

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

- 脳血管障害
- 骨折

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

2に記載

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

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 および

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

1. 介護予防・リハビリテーションの充実

対象者は幅広い（具体的に整理をすすめることが必要）

要介護者（重度）	～悪化予防、介護軽減（医療転換の防止） 褥創・拘縮予防・改善、呼吸理学療法、座位獲得、食事動作獲得、生活の質向上等
要介護者（中度・軽度）	～介護度の維持・軽減 活動性向上、自立支援、移動能力の獲得、転倒予防、趣味活動、介護指導等
要支援者	～転倒予防（筋力・バランス向上）、社会参加等
65歳以上の高齢者	～介護予防、転倒予防

2. リハビリテーション機能が充実している地域とそうでない地域の格差

介護サービス事業所の地域格差と同様、リハビリテーション機能が充実している地域とそうでない地域の格差は歴然としており、リハビリテーションの拠点となる大規模な施設ばかりでなく、過疎地等でも柔軟な提供ができるよう、新たな提供体制を作る必要がある。

2) 今後のあるべき姿

①すべての対象者において体力低下(廃用)と痴呆を予防・改善する視点が重要

*リハビリテーション重視の介護予防事業の研究

*痴呆予防・改善のリハビリテーション効果を研究

②高齢者の複雑な状態、多様なニーズに合わせた多様なリハビリの検討

*動作や移動やADLばかりでなく、むしろ関節、筋力、心肺機能、疼痛、慢性疾患などへの配慮も重要。

③地域密着の小規模多機能型リハビリテーション事業所の設置 リハビリテーション提供を目的とした訪問、通所、介護予防の拠点(PT・OT・ST等)

- ・ 訪問サービス
- ・ 通所サービス
- ・ 介護予防サービス(転倒予防、口腔ケア、その他)
- ・ 福祉用具・住宅改修相談の拠点

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

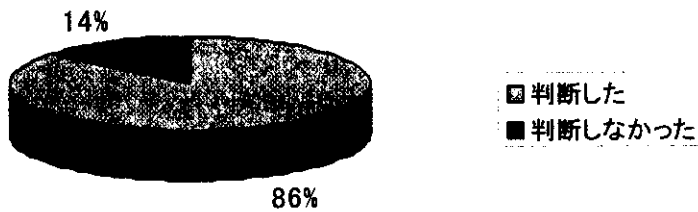
日本理学療法士協会保健福祉部東北ブロック

訪問リハビリテーションアンケート調査結果

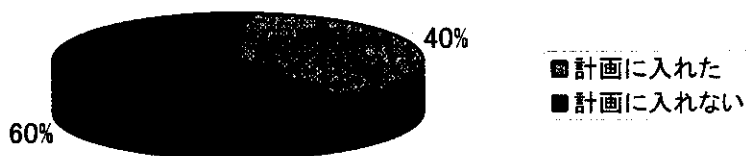
対象 東北地方ケアマネジャー202名

2002年

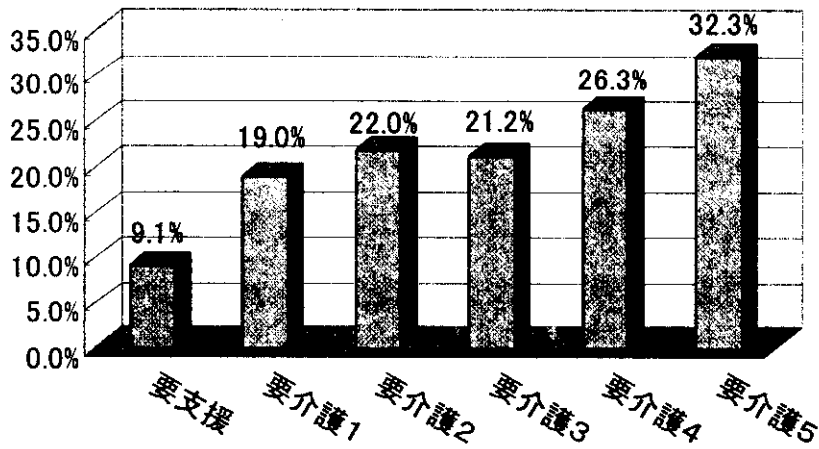
訪問リハを必要と判断



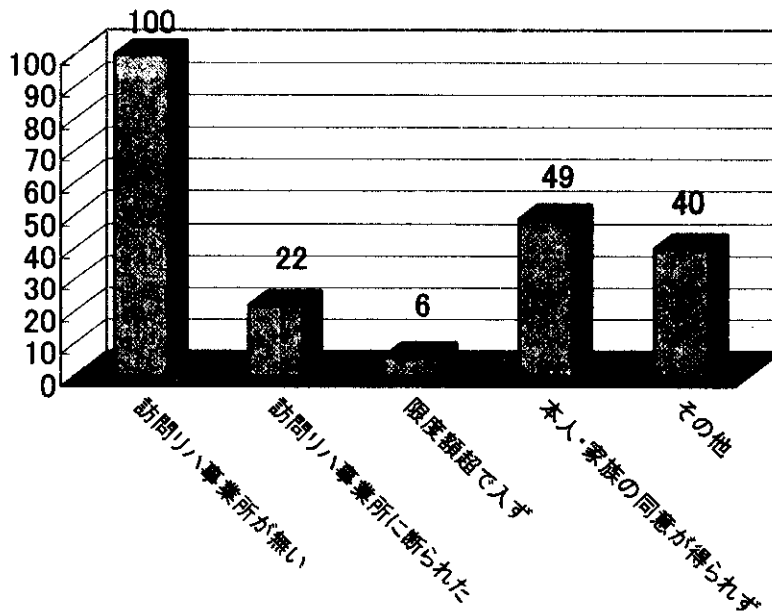
訪問リハを計画に入れた



訪問リハを計画に入れた数/訪問リハを必要と判断した数



計画通りに入れなかった理由



3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

1) 現状及び課題

脳血管障害患者の急性期病院から回復期リハビリテーション病棟（病院）への移動の遅延
人工呼吸管理下の患者等、内科的治療を要する患者の受け入れ側の問題
急性期病院におけるPT、OT、ST数

2) 今後のあるべき姿

回復期リハビリテーション病棟に必要な内科的治療の診療報酬
急性期病院におけるPT、OT、STの配置増による適正なアプローチ

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

日本理学療法士協会理学療法効果検討委員会報告書 2001年

1 施設だけで調査を終了した患者と2施設以上で入院を経験した患者との比較

発症から最初の理学療法を開始するまでの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=569	7.6± 7.4 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=228	13.2±17.8 日

発症からあなたが理学療法を開始するまでの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=574	8.0± 8.4 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=251	43.1±33.2 日

発症から離床までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=549	14.2±13.1 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=218	15.1±14.2 日

4 : 集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

1) 現状及び課題

1 施設だけで調査を終了した患者と2施設以上で入院を経験した患者との比較

発症からあなたが理学療法を開始するまでの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=574	8.0± 8.4 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=251	43.1±33.2 日

発症から歩行練習までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=456	22.3±18.6 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=202	36.2±29.2 日

発症から理学療法室内10m近位監視歩行までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=338	38.3±32.2 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=158	61.5±43.0 日

発症から院内自立歩行までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=202	45.3±36.3 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=91	69.1±47.3 日

発症から屋外歩行自立までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=149	48.0±33.5 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=53	81.3±51.6 日

発症から退院までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=438	75.8±45.6 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=180	129.9±57.0 日

退院時のADLレベル

	1 施設だけで調査を終了した患者 n=422	2 施設以上で入院を経験した患者 n=180
屋内歩行 (%)		
全介助	14.0	17.8
最大介助	3.8	2.2
中等度介助	5.7	8.3
最小介助	9.5	9.4
監視・準備	19.9	16.7
修正自立	15.9	13.3
完全自立	31.3	32.2

退院先

	1 施設だけで調査を終了した患者 n=422 (%)	2 施設以上で入院を経験した患者 n=180 (%)
自宅	60.4	56.7
他の医療機関	29.4	36.1
老人保健施設	6.9	3.9
その他の施設	1.6	1.7
その他	1.6	1.7

発症後3か月以上1施設だけに入院して理学療法を受けた患者と2施設以上入院を経験した患者との比較(同レベルの障害をもつ患者の比較)

発症から退院までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=222	104.1±45.2 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=129	143.6±49.3 日

あなたが担当してから退院までの期間

1 施設だけで調査を終了した患者	n=221	96.2±43.8 日
2 施設以上で入院を経験した患者	n=127	95.4±36.8 日

発症からリハビリテーション病院でPTを開始するまでの期間が1か月半
環境調整等含めた入院リハビリテーションに概ね3か月必要
急性期病院での入院期間が 発症から退院までの期間にそのまま反映

2) 今後のあるべき姿

急性期病院における入院期間の短縮を目指すために、より集中したリハビリテーションサービスを行い、円滑な転院が実現できるようにする。また、退院後に適切で細やかなリハビリテーションサービスを提供できるように、地域密着型の小規模多機能リハビリテーション事業所を設け、途切れのない地域社会への誘導を積極的に行う。

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

日本理学療法士協会理学療法効果検討委員会報告書 2001年

日本理学療法士協会保健福祉部東北ブロック

訪問リハビリテーションアンケート調査結果

対象 東北地方ケアマネジャー202名 2002年

介護保険情報8 : p55 「表1 トラブルがあった住宅改修の種類と件数」

「表2 何をめぐってトラブルとなったか」吉川和徳

5 : 間欠的なリハビリテーション

2に記載

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

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

- 神経難病（パーキンソン病、脊髄小脳変性症など）
- 骨関節疾患（OA、RAなど）
- 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

急性発症疾患タイプにまとめて記載

1：健康増進

- 1) 現状及び課題
- 2) 今後のあるべき姿
- 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
- 2) 今後のあるべき姿
- 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

政策誘導としてあげられた対象疾患あるいは障害だけで十分か

2) 今後のあるべき姿

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

2) 今後のあるべき姿

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

- 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

- 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

- かゆいところに手が届く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