

## IV 現行サービスの見直しへの提案

- これまで述べてきたように、高齢者リハビリテーションの一層の向上を図っていくためには、乗り越えなければならないいくつかの課題が存在する。これらを着実に解決し、高齢者の生活機能を向上させるリハビリテーションを実現させるためには、現行サービスを見直すとともに、新たな施策の体系を構築することが必要である。

### 1 予防

(介護予防・予防給付のサービスのあり方について見直しが必要)

- リハビリテーションの対象は、生活機能の低下であり、その予防を十分に図る必要がある。従来、生活習慣病を中心に、原因疾患の予防は行なわれてきたが、今後は、それに加え、生活機能低下の予防にも積極的に取り組む必要がある。
- これまで行なわれた老人保健事業や介護予防事業、介護保険の予防給付については、その予防効果が必ずしも十分ではない面があったため、適切なサービスの在り方について見直す必要がある。

(生活習慣病予防の強化と生活機能低下予防の体系化)

- わが国の疾病構造等から見ると、今後とも、成壮年以降の生活習慣病対策は重要であり、「健康日本21」に基づき、老人保健事業をさらに推し進めていく必要がある。
- このため、地域における栄養・食生活、禁煙などのたばこ対策や運動を中心とした健康教育などの強化や、高血圧、糖尿病、高脂血症、多量飲酒、喫煙などといった危険因子を持つ人々に対して重点的に行う個別健康教育などの取組をより一層強化する必要がある。また、かかりつけ医や専門医によ

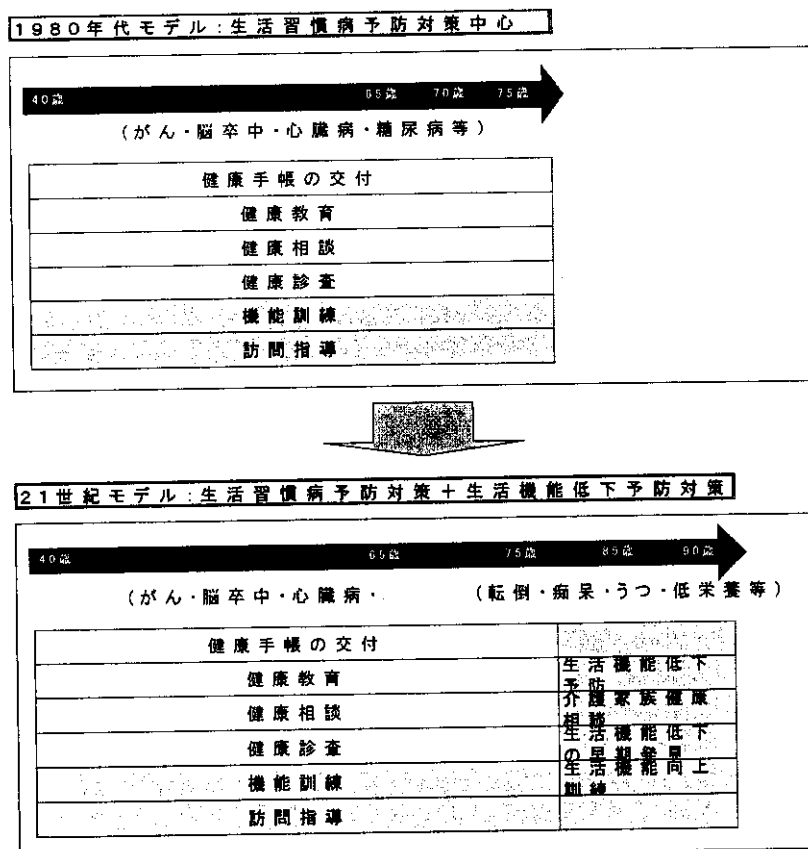
る適切な疾患管理等により脳卒中の発症・再発を予防することが重要である。

○ 一方で、加齢や高齢者の有する基礎疾患を背景として生じ、高齢者の生活機能を低下させる廃用症候群や骨関節症、腰痛症などへの対応は、今後、これらのハイリスク集団を特定し、生活機能低下の予防のための体系的な教育・訓練が実施できるようにすべきである。

○ 特に問題となる転倒・骨折については、75歳以上の女性、歩行速度が落ちた高齢者、最近転倒した経験のある高齢者、ふらつき等の原因となる薬剤を服用している高齢者などの危険因子を持つ人々に対し早期に介入することにより予防効果があることから、今後は、地域において危険因子を持つ人々に対し転倒・骨折予防の取組を体系的に進める必要がある。

(図表4-1)

**図表4-1 生活習慣病予防対策と生活機能低下予防対策**



資料「高齢者に対する老人保健事業の在り方に関する調査研究事業報告書」(2003年3月)より作成

(老人保健事業・介護予防事業の見直し)

- 老人保健事業については健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の6事業が実施されているが、これらの6事業に生活機能低下の予防を図るための取組を盛り込むべきである。例えば、生活機能に関する情報を健康手帳に加えることや、健康教育・健康相談への生活機能の導入、健康診査に生活機能低下のスクリーニング、生活機能低下の予防のための適切なプログラムの開発などが考えられる。
  
- 介護予防事業については、集団による座学中心形式ではなく、個々の利用者について、要介護状態に陥らないこと、又は要介護度が重度化しないこと、さらに生活機能を向上させることを明確な目標として設定し、適切なサービス内容の検討や、サービス提供の効果の把握・評価を行っていくことが必要である。そのため、高齢者の個々の生活機能を個別に評価した上で、介護予防プログラムの作成・管理を行い、適切な介護予防サービスの利用につなげるようなシステムを検討すべきである。その際には、民間事業者や地域の社会資源を活用した多様なサービス提供に努めるべきである。
  
- 老人保健事業と介護予防事業については、市町村において生活習慣病予防と生活機能低下予防を効果的に進めていく観点から総合的なシステム・体制づくりを検討すべきである。

(介護保険の予防給付等の在り方の見直し)

- 介護保険については、要支援者や軽度の要介護者の要介護度を積極的に改善させるという観点から軽度の要介護者に対するサービス内容とそのためのマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。

## 2 医療・介護におけるリハビリテーション

### (1) 医療保険におけるリハビリテーション

- リハビリテーションは、リハビリテーション専門の医療機関のリハビリテーション専門職だけが訓練室で実施するものではなく、一般の医療機関の医師・看護師などが日常の医療や看護業務の中で実際の生活の場に近い環境で行うことが基本である。
- 疾患治療を担う医療機関は、疾病の治療や合併症のコントロールと並行して、早い時期から、病態に応じてリハビリテーションを実施し、廃用症候群の予防と早期離床、ADLの早期自立・向上を図る必要がある。このようなことから、前述した保険医療機関療養担当規則の理学的療法の従来の考え方については、再検討する必要があると思われる。
- また、医療機関のリハビリテーションは、入院後早期から、患者が在宅でどのような活動・生活を送るのかを具体的に想定した活動向上訓練など自立支援に向けて集中的に行う必要がある。

### (2) 介護保険におけるリハビリテーション

- 介護のリハビリテーションは、その理念及び具体的技術において、医療のリハビリテーションと同じである。ひとりひとりの利用者の生活機能向上、要介護度の軽減が図られる必要がある。
- 軽度の要介護者のリハビリテーションは、早期から生活機能の向上を目指した実生活に役に立つ、社会参加の向上のための屋外歩行能力や家事能力の向上にむけた活動向上訓練などの取組が重要である。
- 重度の要介護者に対しては、その状態像を適切に把握した上で、個々の障

害に対するリハビリテーションを提供するとともに、生活機能の向上に向けて必要な活動向上訓練に取り組むべきである。

- また、要介護度が重度化したり、生活機能が低下する要因として、高齢者の有する基礎疾患の増悪や新たな疾患の関与があるため、リハビリテーションの提供に当たっては、これらの疾患の早期診断と適切な医学的管理を行うかかりつけ医やかかりつけ歯科医との密接な連携が必要である。

### (3) 入院（所）におけるリハビリテーション

- 入院（所）リハビリテーションについては、これまでの訓練室中心のプログラムから病棟（室）・居室中心のプログラムの充実を図る必要がある。入院（所）直後からの日常生活の活動向上訓練、福祉用具の適切な選択と使用方法や使い分けの指導が、病棟・居室等の実生活の場で在宅生活と同じような環境の中で行われる必要がある。それに加え、必要に応じて、入院（所）中からも、患者・利用者が外泊したり、看護師、理学療法士、作業療法士などが患者の自宅を時々訪問し、在宅生活の場での活動向上訓練を行うことも考えられる。
- 早期の在宅復帰の促進を図るために、病棟・病（居）室等の設備については、車いす用設備に偏らない、通常の在宅生活・社会生活に近い多様なものが望ましい。

### (4) 訪問リハビリテーション

- 訪問リハビリテーションの目的は、在宅という現実の生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである。
- 現行の訪問リハビリテーションは、通所が困難な重度の要介護者に対して時期を限定せず実施されているが、退院（所）直後や生活機能が低下した時

に、間欠的に、集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。

- なお、訪問リハビリテーションは、外来リハビリテーションや通所リハビリテーションと有機的に連携して行なわれることが望ましい。

#### (5) 外来・通所リハビリテーション

- 外来リハビリテーション・通所リハビリテーションは、高齢者が住み慣れた地域で、在宅での日常生活活動と社会参加の向上のために行われるものであり、今後のリハビリテーションの柱となるべきものである。
- 現行の通所リハビリテーションは、利用者の年齢層や介護を必要とする原因疾患、生活機能低下の状態がさまざまであるなど幅広いニーズに対応しているため、①日常の継続した健康管理（医学的管理）、②リハビリテーションそのものの提供、③介護者の休息、④閉じこもり対策、として行われている。
- 一方、2003（平成15）年4月の介護報酬改定で新設された個別リハビリテーションへの利用者のニーズは高く、このような専門職によるリハビリテーションのみを求める利用者が増えている。
- このため、通所リハビリテーションについては、介護者の休息や閉じこもり対策において同様の機能を有する通所介護とあわせて、その機能を見直して、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能を重視して、再構築する必要がある。

- なお、リハビリテーション以外の通所機能については、少人数でなじみの集団<sup>5</sup>で行う場合は痴呆ケアとして、大人数で多様な集団で行う場合は閉じこもり対策として位置づけることも考えられる。

## (6) ショートステイ（短期入所療養介護）

（生活機能が低下しないショートステイへ）

- ショートステイについては、介護家族の支援の観点から実施されている場合が多いが、ショートステイ利用後に利用者の状態が悪化する例も指摘されている。
- このため、ショートステイについては、ショートステイ利用中に必要に応じ、在宅生活が継続できるよう生活機能の評価を行い、生活機能が低下しないようリハビリテーションを提供し、または、適切なサービスにつなげる機能の強化が必要である。

## (7) 環境<sup>6</sup>

（福祉用具には専門職の関与と訓練が必要）

- 介護保険施行後、福祉用具・住宅改修の利用は大幅に増加したが、要支援者に対して、電動車いすや移動用リフトといった実際の状態像からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もある。
- 本来、福祉用具や住宅改修の導入は、その必要性の判断、取り付け・調整、使い方指導、モニタリング等の過程で行われるものである。これに照らしてみた現状は、福祉用具の種目・機能情報の不足による必要性の判断の誤り、

---

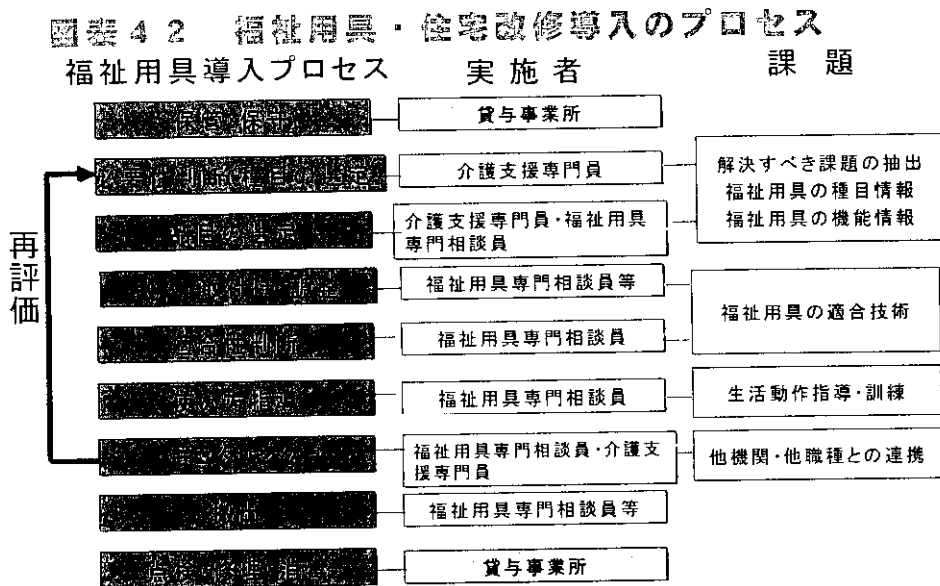
<sup>5</sup> 少人数でなじみの集団：家庭的な雰囲気の小規模な生活空間において、なじみの人間関係をもっている利用者と介護者の集団。周囲の環境の変化に対応することが難しい痴呆性高齢者のケアに求められる最も重要な要素の一つである。

<sup>6</sup> 環境：ICFでは、福祉用具・住宅改修を含む物的環境、家族等の人的環境、各種社会的制度などの社会的環境のすべてを環境因子としている。

個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導の未実施などが想定される。このような状況では、福祉用具・住宅改修の目的である要介護者等の自立支援に十分な効果を上げることは困難と考えられる。

- 今後は、福祉用具・住宅改修の導入のプロセスに専門職が関与するべきである。さらに訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、施設の入院（所）やショートステイを利用して、在宅で使用する福祉用具を用いた日常生活活動の向上にむけた指導・訓練や、住宅改修を具体的に想定した日常生活向上訓練を積極的に行う必要がある。
- また、福祉用具・住宅改修について身近なところでの相談できるテクノロジー機能の充実も図るべきである。

(図表 4 2)





## (8) 各種サービスの総合的な提供

(患者・利用者を中心とした切れ目ないサービス)

- 以上に述べてきた、各種サービスが、時間経過において分断されずに提供され、相互の連携が密になる必要がある。利用者の状態の変化に応じて、機動性のある機敏な対応ができるような各サービス間の協働が重要である。
- 各種サービスを一体的に提供できる形態のものが、住み慣れた地域に存在し、それが、在宅生活の継続と自立支援のための拠点となるような形が検討されるべきである。

## 3 地域リハビリテーションシステム

現在、地域においては、予防には、老人保健法の保健事業と介護予防事業が、リハビリテーションには、医療保険によるものと介護保険によるものがあり、これらの事業間の連携や一体的な提供が重要である。

### (1) 情報と連携

- 高齢者へのリハビリテーションの提供にあたっては、利用者を中心に、地域において予防・医療・介護サービスが切れ目なく流れるような体制をつくりあげる必要がある。このための各事業者間の情報の流れや連携が重要である。
- 近年、医療機関で急性期と慢性期の機能分化の取組が進められているが、リハビリテーションを担う医療機関のみならず一般医療機関においても、利用者の在宅復帰を共通の目的として、それぞれの時期において担っている役割・機能を自覚し、その責任を果たしていくことが求められる。
- 例えば、一般医療機関とリハビリテーションを担う機関が相互に、患者・

利用者の生活機能に関する情報の交換や履歴の共有化を行うことにより、リハビリテーションの内容とその効果を確認することが可能となり、地域におけるリハビリテーションの質の向上につながるものと考えられる。このような取組を円滑に進めるツールとしてリハビリテーション実施計画書の普及・活用や、関係職種間の連絡会議の開催を促進すべきである。

- 入院医療から介護保険サービスの移行に際しては、医療機関が、退院前の早期から介護支援専門員や訪問看護等居宅サービス事業者、在宅介護支援センターと十分な情報交換を行い、利用者が退院した際に迅速な初期対応がなされ、必要なサービスを切れ目なく利用できるようにすべきである。
- このような情報の共有化や、利用者と専門職の連携を図るためには、地域における拠点が必要であり、市町村や在宅介護支援センター、都道府県の保健所など、その地域の実情に合った機関の機能強化を検討する必要がある。特に、在宅介護支援センターについては、地域包括ケアのコーディネーションを担う上での機能強化が必要である。

## (2) システム

- これまで、高齢者の状態に応じたリハビリテーションが、適切かつ円滑に提供される体制を整備するため、地域リハビリテーション支援体制推進事業の取組を進めてきた。リハビリテーション実施施設への支援や従事者への研修・情報提供など専門的な機能については、一定の成果をあげてきた。
- しかし、現行のシステムは、脳卒中モデルに立っており、リハビリテーションの提供システムとしては、一次、二次、三次といった救急医療体制のモデルであることが課題との指摘がなされている。
- また、介護保険制度施行後のサービスが身近になったものの、このシステムは、廃用症候群モデルに対応していないこと、かかりつけ医との関係が明確でないこと、市町村の行う保健事業や介護予防事業との関係が明確でない

ことなど、適切なサービスの質・量の確保の面について課題との指摘もなされている。

- 今後は、老人保健事業や介護予防事業など高齢者の生活習慣病や生活機能低下の予防と早期発見して対応するシステムや、徐々に生活機能が低下するものへの対応を積極的に行い、急性期の医療やプライマリケアを担うかかりつけ医などの医療との関係、市町村との関係などを明確にして、従来の地域リハビリテーション支援体制を見直し、再構築する必要がある。
  
- また、地域におけるリハビリテーションシステムの構築にあたっては、当事者である高齢者、家族を中心に、地域住民（ボランティアや地区組織など）、専門職や関係機関・団体、行政が一体となって地域づくり、まちづくりとして取り組むことも重要である。