

第2回国際医療福祉大学学会学術大会 シンポジウムⅡ

「超高齢社会におけるリハビリテーションの問題点」

高橋 陽介\*

【はじめに】

これからの日本は、世界のどこも経験したことのない高齢社会へと突入していく。2015年には戦後ベビーブームの世代が前期高齢者となり、2025年には高齢者が3500万人(全人口の約30%)になると推計されている。少子化も重要な課題であり将来的に2055年には1.2人の生産年齢人口で1人の高齢者を支えなくてはいけない肩車型の社会になっていくと予想されている。このように日本の少子高齢化は世界でもトップであり、注目されている。

このような状況の中でリハビリテーションは何をすべきなのか。これまでとは異なる視点でのアプローチが必要になるかもしれない。今回は現場での実践を紹介し、フロアの参加者とともに各職種、各現場の役割を確認しながらディスカッションをしていく。

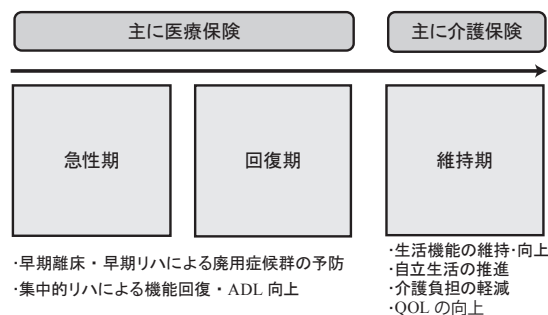
【各職種の実践】

理学療法士(PT) 上田清史 氏 国際医療福祉大学病院

- これからの高齢者のリハビリテーション医療には、
- 1) 急性期～回復期～維持期に対して総合的で一貫したリハビリテーションの提供
  - 2) 急性期病院におけるリハビリテーション機能の強化
  - 3) 発症早期に開始して入院期間を短縮
  - 4) 各地域における回復期リハビリテーション病棟の整備
  - 5) 在宅における維持期リハビリテーションの提供体制の整備
  - 6) 十分なリハビリテーション科医およびPT・OT・STの配置

- 7) リハビリテーションを専門とする看護・介護職の配置
  - 8) ADLを重視したリハビリテーションの提供
  - 9) チームアプローチの成熟化
- などが求められる。

リハビリテーションの役割分担



日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」より

現在の医療制度は急性期、回復期、維持期と医療機能分化が進み、地域完結型医療システムが推進されている。急性期病院ではDPCの導入で在院日数が短縮しており、リハビリテーションは早期に介入を開始し、短期間で患者の中長期的なリハビリテーション計画を立案する必要が生じている。また疾患別リハビリテーション診療報酬体系が導入され、高齢者の多様な病態像に疾患一つ一つを該当させる困難さを感じる人が多い。

当院に脳卒中や大腿骨頸部骨折で入院する患者の多くが高齢者である。すでに超高齢社会に突入している現在、入院後に自宅復帰に困窮する患者を取り巻く問題は、将来の問題を表している。機能障害の程度

\* 国際医療福祉大学塩谷病院 リハビリテーション室 主任

だけではなく、併存疾患の問題、高齢者の単身世帯や夫婦世帯の家族構成の問題、地域生活環境の問題などに臨床現場ではいろいろな角度からの対応を迫られている。一方で現在の診療体制では他施設・事業者間で連携を行うための時間が少ないのが現状である。かつ患者や家族に制度の理解や今後の不安の解消を得ながら、リハビリテーション計画を説明するためには多くの時間を要する。

また急性期での理学療法の観点からは加齢による老年症候群に目を向けながら、早期離床を進め、廃用症候群を予防することは近年の診療報酬の改定もあり、積極的に実施されつつある。一方で重症化している患者や認知症を併せた患者などへの個別的な理学療法の進め方も課題である。

作業療法士(OT) 佐々木由佳 氏 にしなすの総合在宅ケアセンター 通所リハビリテーション

介護保険制度における通所リハビリテーション(以下通所リハ)サービスは高齢者の在宅生活を支えるサービスの一つとして介護保険開始時から運営されている。高齢化が進むにつれ独居高齢者や老々介護といった生活背景をもつ対象者が多くみられるようになっており、その生活を支えるにはケアマネジャーを中心とした事業者間の連携が必要になっている。その中で通所リハは家庭で低下する介護力を補うこと、高齢者自身の自立度を保つことが重要な役割である。通所リハにおいて作業療法士が担う役割は社会資源を活用しながら日常生活動作の自立支援や家族指導、加齢により低下しやすい心身の維持に努めることが挙げられるが、もう一つ重要な事は高齢者自身が自分らしく生きていけるための支援である。通所リハでは利用者が世間話に花を咲かせ大笑いし、ケンカし、時には涙を見せながらもたくましく生活している姿を見ることが出来る。高齢者の生き生きとした気持ちを引き出すことは、より自身が主体性を持って活動できることに繋がり、施設内の活動に留まらず在宅生活に還元される。このように高齢者自身を主役とした支援を行うにあた

り通所リハにおける作業療法士は取り組んでいる。現状の問題点として、

- ・高齢者増加に伴い、通所リハ利用の希望が増えているが、利用人数が満員の日もあり利用制限が生じている。

→長期に通所リハサービスに留まるのではなく、目標の達成に合わせて、利用の終了や通所介護への移行などサービスの流れを作ることが必要

- ・病院の入院期間が短縮傾向にあるため回復途上の利用者が増加している。

→限られた介入時間で効果的に回復を促し、在宅生活を送れるようにするために他事業所、多職種との連携が重要

言語聴覚士(ST) 川俣悠平 氏 にしなすの総合在宅ケアセンター 訪問リハビリテーション

全国の訪問リハビリ事業所は、H18年～23年の5年間で、1.5倍の3240事業所の増加であるのに対し、訪問リハビリ利用者は、5年間で3倍の7.3万人に達する。介護サービス受給者数の内訳では、訪問リハビリ利用者は訪問通所サービスの利用者全体の2.5%にとどまる。このように、全国的にはニーズがあるにもかかわらず、訪問リハビリ事業者が増えていない現状があり、更には地域間格差が大きい。

当ステーションは、Ns4名・PT4名・OT4名・ST1名体制であり、栃木県北の数少ない事業所の1つである。H18年～23年の5年間で、利用者数は1.5倍、訪問件数は1.7倍に増加しており、全国の傾向と同様である。利用者の疾患別内訳は、CVA30～40%、神経筋疾患30%、整形疾患15%となっている。

訪問ST領域の対象者は約40名、障害別では摂食・嚥下領域の利用者が84%を占め、在宅での嚥下リハの需要が非常に大きい。在宅でのリハビリは、セラピストのみでは成り立たず、家族の理解と協力が不可欠である。病院での指導が継続的に実践されているか、嚥下状態の変化等の確認を行い、その場の状況に対して早急に対応し、介護力に合わせた対応を提案しなくてはならない。また、利用者本人同様に家族への評価も繰

り返し行い、必要な介護量と可能な介護力を常に把握しながら生活の場で介護指導していく難しさがある。

また、摂食・嚥下機能の詳細な評価を機器の揃っている病院で行い、その結果を訪問リハビリスタッフにフィードバックする仕組みによって実践に厚みを持たせている。

視能訓練士(ORT) 飯田麻由佳 氏 国際医療福祉大学病院

視能訓練士の外来における主な業務は眼科一般検査や斜視・弱視の患者さんに対する訓練がほとんどだが、他にも専門性を生かし患者さん個々の視機能を評価し、視覚をサポートする補助具の紹介をすることも出来る。視能訓練士は眼科医の指示の下に業務を行っているが、現在の視能訓練士の総数はおよそ10,000名であり、まだ数が足りていない現状である。

一方、超高齢社会では、高齢者に特有な白内障や緑内障、加齢黄斑変性症などの疾患もますます増加していくと予想される。視覚に問題が生じるとQOV(Quality of Vision)が低下し日常生活において様々な問題が生じてくる。そのため見えにくさから日常生活に支障を来す高齢者は多くなるのではないかと考えられる。日常生活上でのアドバイスやより見やすくなるための眼鏡・ルーペといった拡大鏡の処方など、視能訓練士の業務はその範囲を広げようとしている。今後視能訓練士のニーズはさらに増えていくと予想される。

眼科に来る患者さんは、何かしら見えにくさや不自由を訴えている人が殆どである。情報化社会の現代は視覚から得られる情報に溢れており、高齢者においても、見えにくさは患者さんのQOLに多大な影響を与える。日常生活の不便さを少しでも楽にする手伝いをするのがORTに求められてくる。しかし、外来での検査に追われ、なかなか患者さんの話をゆっくりと聞きケアできていない現状もある。患者さん本人はもちろん、家族や周りの人にも見え方を理解していただき、日常生活を補助してもらうことも必要である。

**【ディスカッション】**

・(超)高齢者の特徴

脳血管障害、大腿骨頸部骨折、認知症だけではなく、がん、心疾患、呼吸器疾患など合併症が多く、様々な機能低下を持っている。少しのきっかけで廃用症候群になりやすい。

・全体的な課題

都市部の高齢化、家族構造の変化、早期退院が進んでいるためリハビリテーションの仕上がりは在宅復帰後になることが多い。しかし、介護保険領域での通所、訪問リハビリテーションは十分とは言えず、必要なサービスを受けられない人もいる。

・方向性

在宅復帰後の介護度の進行を予防する。

・連携の実践はどうか。

決して十分とは言えない。各職種が得意としていること、どのような情報を持っているのかがわかること、その病院、施設がどういう役割を持つかわかることが重要である。

・PT・OT・ST・ORTがそれぞれどの時期にどれくらい介入するのが良いのかだれがどのように判断しているのかあいまい。指示が正確なのか。

我々から見て必ずしも指示が正確とは言えないケースもある。その場合は我々から医師に進言することもある。

・超高齢者へのリハビリテーションの特徴は何か。対象者が違うはず。機能向上は一般的なのか。

確かに機能の向上は年齢が高くなるほどその幅は少ない。合併症を伴うことも原因しているものと思われる。

**【超高齢社会におけるリハビリテーションの課題】**

一つの疾患の治療を目的にした従来のリハビリテーションではなく複数の疾患を同時に持つことに対する視点が必要。

些細なきっかけから廃用症候群へ移行しないように早くから手を打たなくてはいけない。そのように考えるともっと潜在的な対象者がいるはず。そこへ予防

的なアプローチが必要となってくる。

在宅復帰後の生活期ではリハビリテーション職種の個別的介入のみならずケアマネージャー、看護師、介護士、ヘルパー、家族などを含めたチームでの介入が重要。そこでリハビリテーション職種は中長期的なプランをはっきりさせ、それを他者に伝えなくてはならない。

医師が中心であるということは忘れてはいけないが、リハビリテーション職種からのより積極的な医療・介護への参加が必要と感じられた。