7 Sep. 2023

第３回在宅医療塾

難病・認知症のリハビリテーション

埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会　委員

川越市医師会　会長

（医）真正会　霞ヶ関南病院　理事長

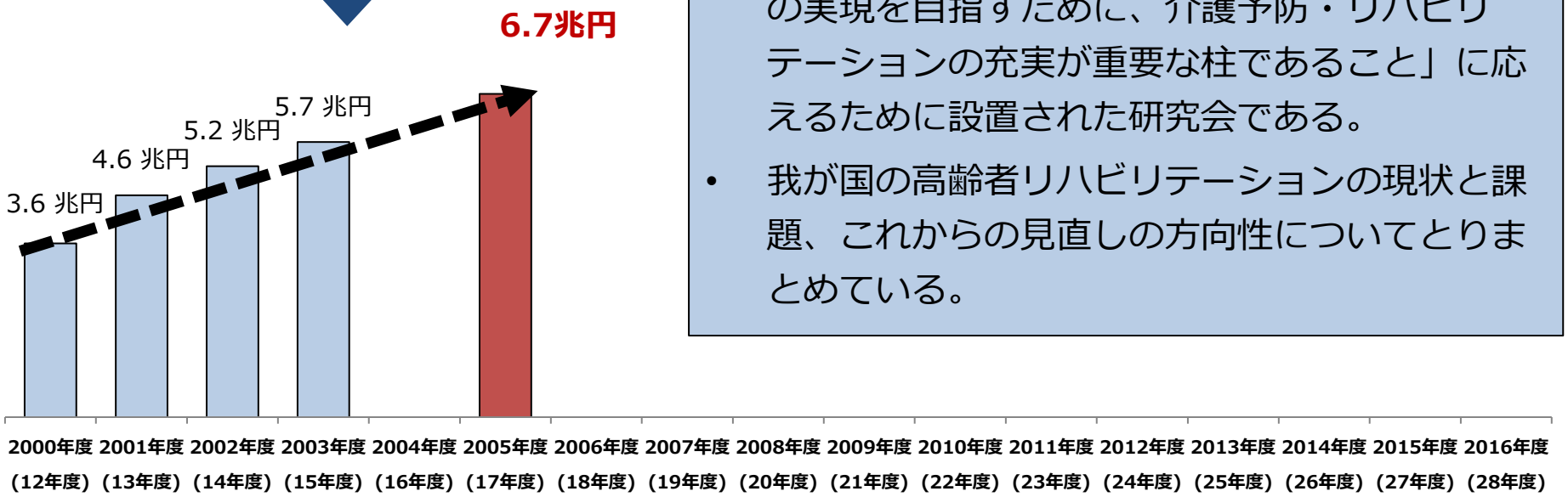
齊藤　正身

２００４.1

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

高齢者リハビリテーション研究会

- 「高齢者介護研究会」のとりまとめで報告された、「高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能にする『高齢者の尊厳を支えるケア』の実現を目指すために、介護予防・リハビリテーションの充実が重要な柱であること」に応えるために設置された研究会である。
- 我が国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性についてとりまとめている。



介護費用の推移

リハビリテーションにおける介護保険導入後に見えてきた課題

- 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる。
- 軽度の要介護者が急増。
- 介護予防の効果があがっていない。
- 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。

- 福祉用具・住宅改修の不適切な提供。

介護予防の効果があがっていないのでは？

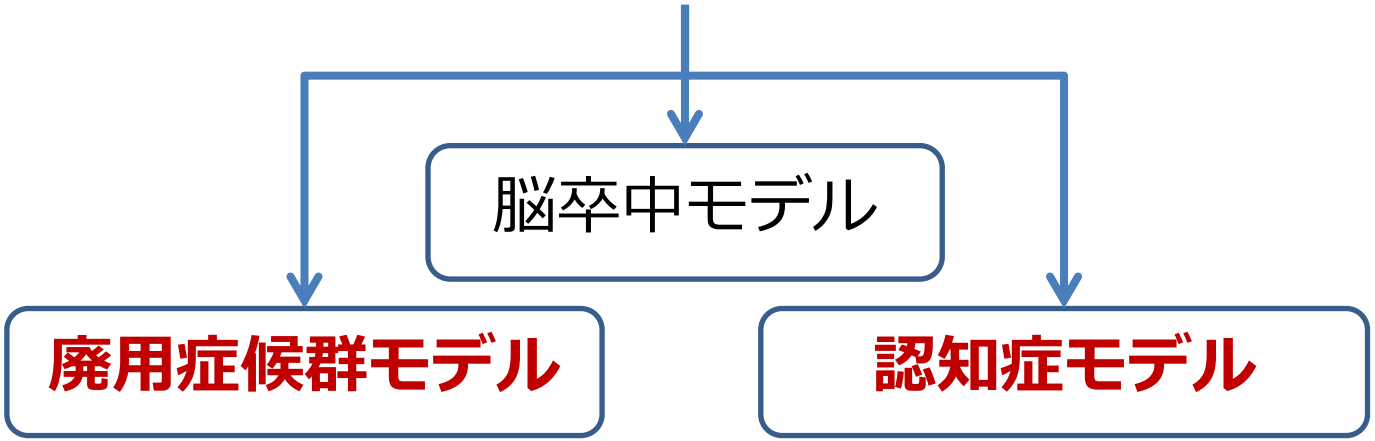
要支援・軽度の要介護者へのサービス

↓

要介護状態改善につながっていない

高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要

従来の「脳卒中モデル」以外の新たなモデルが必要



→ かかりつけ医に求められること

　リハビリテーションを必要とする高齢者の多くは、医療機関において初めて「リハビリテーションが必要です」という説明を受ける。
これは、いわば出発点となるものであり、この時にリハビリテーションに関する正しい方向づけがなされる必要がある。特に、利用者本人に説明することが多いかかりつけ医は、自らリハビリテーションについての認識を深めるとともに、患者・利用者本人や家族がリハビリテーションに主体的に参加できるような働きかけを行う必要がある。また、定期的な疾病管理を通じて生活機能に応じた適切なリハビリテーションの提供が行われるよう、積極的に取り組む必要がある。

2004.1　高齢者リハビリテーションのあるべき方向

難病とは？

- 難病という言葉が使われるようになったのは、昭和４０年代のスモンが契機
- 難病に対する集中審議が国会で行われ、昭和47年に難病対策要綱が策定
- 難病の定義
  - ① 原因不明、治療方針未確定であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病
  - ② 経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず、介護等に等しく人手を要するために家族の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病
- スモン、ベーチェット病、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、サルコイドーシス、再生不良性貧血、多発性硬化症、難治性肝炎が選ばれ、特に前述の4つの病気が医療費助成の対象としてスタート
- 特定疾病の認定は当初、５６疾病だったが、令和３年１１月現在３３８疾病に及ぶ

参考資料

難病の定義

難 病

○発病の機構が明らかでなく
○治療方法が確立していない
○希少な疾病であって
○長期の療養を必要とするもの

患者数等による限定は行わず、
他の施策体系が樹立されていない
疾病を幅広く対象とし、調査研究・
患者支援を推進

例：悪性腫瘍は、がん対策基本法において
体系的な施策の対象となっている

指定難病

医療費助成の対象

難病のうち、以下の要件の全てを満たすものを、
患者の置かれている状況からみて
良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、
厚生科学審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が指定

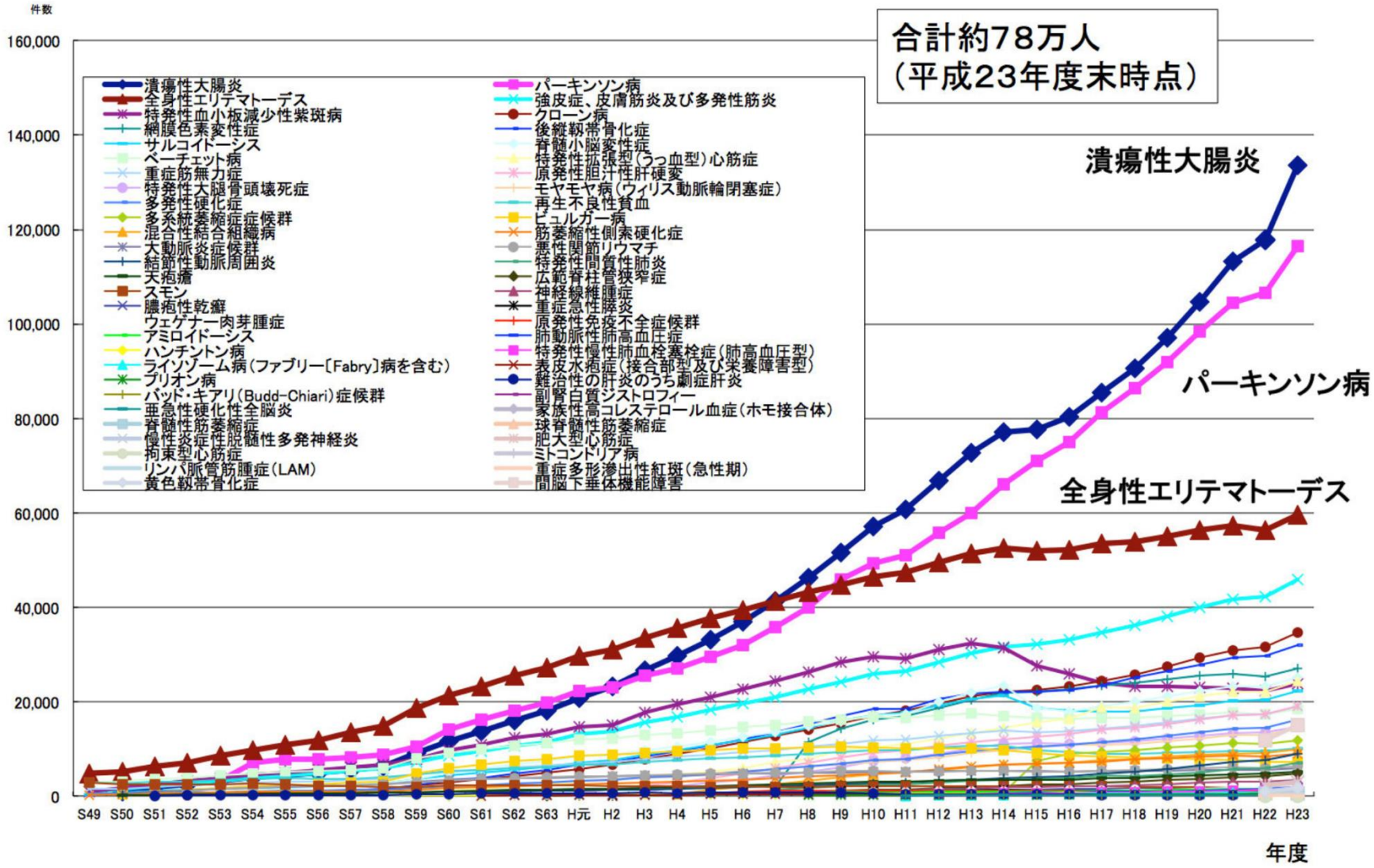
○患者数が本邦において一定の人数(注)に達しないこと

○客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が確立していること

（注）人口の0.1%程度であることを厚生労働省令において規定。

公益財団法人　難病医学研究財団/難病情報センター　HPより

特定疾患治療研究事業疾患別受給者件数の推移



公益財団法人　難病医学研究財団/難病情報センター　HPより

難病のリハビリテーション
～特に神経難病について～

- 進行性の疾患であることから、病期に応じた対応が求められ、身体機能へのアプローチのみならず、環境調整が重要である。
- 加えて、運動障害だけでなく、自律神経症状や精神的なダメージ？に対するアプローチも肝要である。
- できるだけ早い時期から進行具合に合わせたリハビリテーションの提供が求められる。

パーキンソン病(PD)

- 重症度によって、リハビリテーションやケアの内容が変わる。
- すくみ足や小刻み歩行、前傾・前屈、突進現象、加速歩行などのために、転倒の危険性が高い。
- 心気的になったり、抑うつなどの精神症状があるため、精神的なケアが必要になる。
- 嚥下障害や末梢循環不全、自律神経障害などにも注意が必要。
- 病状の進行に伴い、廃用症候群に対するリハビリテーションが中心になる。

＜Hoen-Yahrの重症度分類＞

Ⅰ　一側性のみ

Ⅱ　両側性の障害を示すが、立ち直り反射の障害（突進現象）はみられない。

Ⅲ　両側性障害があり、歩行障害および立ち直り反射の障害がみられる。
　　しかし、日常生活動作は介助を必要としない。

Ⅳ　介助なしで起立・歩行ができるが、日常生活動作では介助を要する。

Ⅴ　車いす生活または寝たきり

廃用症候群

1950年代に提唱された概念

・病気やけがなどによる安静を含む不活発な生活（不動）により、全身又は身体の局所に生じる機能の低下
・安静臥床の継続、早期離床しないこと、生活の不活発化により生じる。

・皮膚　　：褥瘡・白癬症
・運動機能　関節：関節拘縮（関節が固くなる）
　　骨　　：骨粗鬆症（骨がもろくなる）
　　筋　　：筋萎縮　（筋力が減少する）
・心肺機能：心拍出量低下・肺活量減少 → 易疲労性
・自律神経機能：起立性低血圧
・下肢静脈：深部静脈血栓症 → 肺梗塞
・摂食機能：低栄養 → 免疫機能低下
・排泄機能：便秘・残尿・尿路感染症・尿路結石
・知的活動：低下（認知症）

新たな疾患の発症早期に生じる「廃用症候群」

疾病の急性発症

↓

＊持続点滴・膀胱留置カテーテル・気管内挿管・酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養 等の処置
＊手術 等の治療

↓

ベッド上安静臥床

↓

数日～数週で生じる廃用症候群

↓

寝たきり

発症早期における「廃用症候群」の予防

数日～数週で生じる廃用症候群の予防

↓

早期離床と早期リハビリテーション

集中的リハ必要例は早期に回復期リハ病棟へ

とにかく早期離床！！

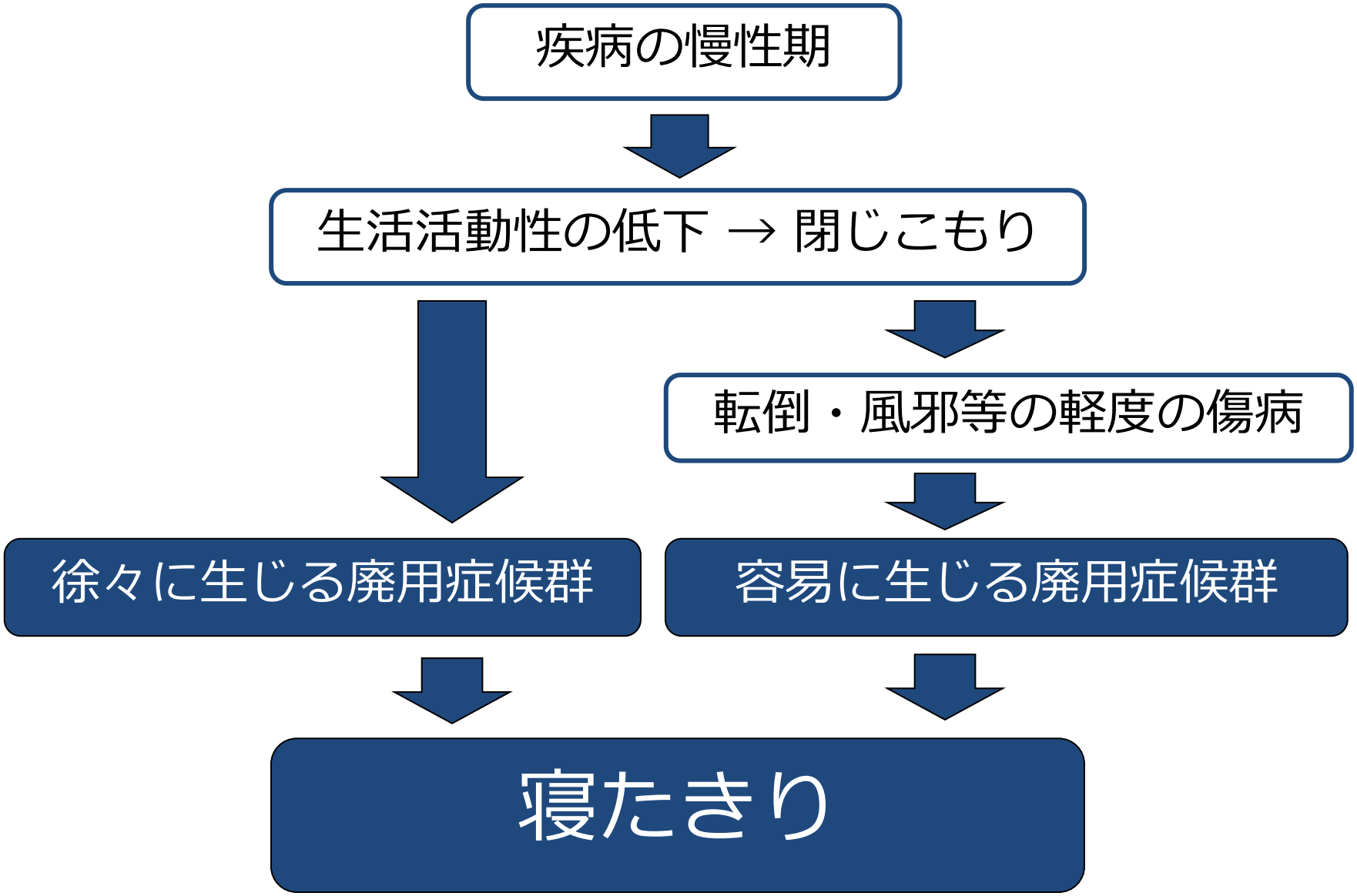
かつては、「寝・食 分離」

現在は、「寝・食・排泄・清潔 分離」

・寝る所　　：寝室（ベッド）
・食べる所　　：食堂（椅子と食卓）
・排泄する所　：トイレ
・清潔にする所：浴室・洗面所

可能な限り発症早期から離床時間を増やし、普通の日常生活（寝・食・排泄・清潔の場は異なる）に近づけること。

疾病の慢性期に生じる「廃用症候群」



慢性期における「寝たきり」の予防

徐々に生じる
廃用症候群の予防

↓

ケアプランに基づき計画的
に実施する適切な
維持期リハサービス

↓

軽度の傷病で容易に生じる
廃用症候群の予防

↓

早期に発見し迅速に対応する
適切なリハサービス
（短期間に集中的に実施）

↓

定期的なリハビリ評価が必須！

脊髄小脳変性症(SCD)

- 運動失調を主症状とする変性疾患の総称

主な病型は以下の通り

＊ 晩発性小脳皮質萎縮症
＊ オリーブ橋小脳萎縮症
＊ Joseph病
＊ 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症
＊ Friedreich病
＊ 家族性痙性対麻痺

- 共通しているのは、運動失調が主であることであり、有効な治療法がないことから、リハビリテーション、特に社会性の維持・回復を考えれば通院・通所によるリハビリテーションが勧められる。

グループ訓練の正しい理解

グループとは、

集団でリハビリやアクティビティを実施するのではなく、

多職種協働で、同じ目標を持ったグループが、お互いの体験を語り合い、励まし合い、個別のプログラムを実施すること。

筋萎縮性側索硬化症(ALS)

- 進行性の疾患であることがポイントである。
- 進行状況に応じた補装具の選択が重要である。
- 廃用性の筋力低下に対するリハビリテーションは対象者の状態に応じた内容・量で行うことが肝要である。
- 精神的なケアが最も重要であり、コミュニケーションをとる手段をいつも数種類用意しておく必要がある。

平成１５年度の高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題

- 身体機能に偏ったリハビリテーションの実施
- 個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施
- 居宅サービスの効果的・効率的な連携
- 高齢者の気概や意欲を引き出す取組

認知症のリハビリテーション

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、 有する認知機能等の能力をしっかり見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排 泄等)や IADL(掃除、趣味活動、社会参加等)を自立し、日常生活が継続できるよう推進することが大切である。
- このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、この分野での研究開発を推進することが必要である。
- 今後増加する認知症高齢者に対するリハビリテーションの在り方を議論していくことが必要である。

「認知症施策推進大綱（令和元年６月18日閣議決定）」において、
実際に生活する場面を念頭に置きつつ、認知症の方の生活機能の改善を目的とした認知症に対するリハビリテーションを推進することが求められている。

平成１８年　介護老人保健施設　「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」
平成２１年　通所リハビリテーション　「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」

平成27年　介護報酬改定において、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系が追加

認知症のリハビリテーション

【現状と課題】

- 認知症リハビリテーションにおいて、集団リハビリテーションの効果についても今後検討が必要であるとの指摘があった。
- 制度導入時においては、利用者の状態像に応じ、身体機能と認知機能のリハビリテーションについて、その必要性を検討した上で実施することが推奨されていたとの指摘があった。
- 現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘もあった。

認知症のリハビリテーション

【今後に向けた提言】

- 認知症を有する高齢者に対するリハビリテーションについて、認知症施策推進大綱に基づき、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、活用できる能力を最大限に活かしながら日常の生活を継続できるよう、現行で認知症に対する短期集中リハビリテーションがない訪問リハビリテーションについて、介入すべき時期や方法について検討を進め、有効性を認めた場合は評価について検討を行う必要がある。

- 入所系・通所系の施設においては、これまで認知症に対するリハビリテーションにかかる取組が進められてきており、リハビリテーションを必要とする認知症を有する高齢者へのケアの提供にあたり、医療機関からの早期退院の促進も含め、介護施設がより積極的に関与する体制を構築する必要がある。

- また、その際、活動・参加という目的を明確化したうえで、集団リハビリテーションも含め、個々にふさわしいプログラム、サービス提供のあり方の検討が必要である。

リハビリテーション提供の目的は…

機能障害の改善

ADLの自立
家庭復帰

生活機能の向上
社会参加

その人らしい暮らしの再構築と支援

Psychogeriatric Care Facility Mariënhave/Mariënstaete.

重度認知症のための施設
→古い重厚なチャペルがシンボル

アルツハイマー・カフェ発祥の地
デイケア施設の夜間利用

プロモートはアルツハイマー協会
2006年　全国6ヶ所でスタート

アルツハイマー・カフェ

本当のカフェ（アルコールOK！）
週1回金曜の夜

義務的な場所ではなく誰でもOK

楽しめる
認める
自分自身でいられる

認知症の本人・家族に対する支援の取り組みについて

～埼玉県川越市地域包括支援センターにおける認知症カフェ（オレンジカフェ）の事例より～

取り組み

○開催頻度　・・・　１か所あたり１～２回／月

○場所　・・・　通所介護施設や公民館を利用

○開催時間　・・・　２時間程度

○利用料　・・・　１００円／回
（１回につき5,000円程度のコストがかかるが市より月7,350円の助成）

○スタッフ　・・・　地域包括支援センターおよび併設事業所
（看護師、理学療法士、ケアマネ、社会福祉士等）

○内容　・・・　特別なプログラムは用意されていない。
利用者が主体的となって、自由に過ごしている。
話題がない場合は、スタッフが支援。

オレンジカフェの様子

夜のカフェの様子

効果

○認知症の人にとって ➡ 自ら活動し、楽しめる場

・昔遊びや歌を口ずさみ、自ら楽しんでいる姿が見受けられる。
・わざわざ歩いて出かけるようになった。
・他者に得意の編み物を教える場となった。
・同郷の人と昔話を楽しめていた。

○家族にとって ➡ わかり合える人と出会う場

・本人を連れて行ける場が増えた。
・相談の場、愚痴をこぼせる場、情報交換できる場となっている。

○専門職にとって ➡ 人としてふれあえる場

・認知症の人の体調把握ができる。
・地域で暮らす姿に、改めてふれあえた。

○認知症の人と地域住民にとって ➡ つながりの再構築の場

・住民同士として交流できる場になっている。
・認知症に対する理解を深め、認知症の人を地域で支える基盤作りを担う場となっている。

注）地域の実情として、従来から介護者交流会や教室を実施、民生委員が認知症カフェの周知や活動について協力、ボランティアによる支援があるため、活発に活動できている。

埼玉県川越市地域包括支援センター（オレンジカフェ）の資料をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策室が作成

認知症になっても

住み慣れた地域で

暮らし続けることができるように

回復期リハ病棟

表4． 認知症の重症度別の FIM 利得・効率

FIM		認知症なし群 (n=102)	II (n=43)	III (n=54)	IV (n=26)	p	認知症なし群 vs II	認知症なし群 vs III	認知症なし群 vs IV	II vs III	II vs IV	III vs IV
利得 (点)	合計	21.8 (13.7)	23.0 (15.0)	18.4 (16.5)	7.1 (15.0)	<0.001	ns	ns	**	ns	**	*
	認知	2.0 (3.4)	2.5 (4.4)	2.4 (3.7)	1.8 (3.9)	0.422	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	運動	19.8 (12.5)	20.5 (12.5)	16.1 (14.0)	5.4 (11.6)	<0.001	ns	*	**	ns	**	**
効率 (点/日)	合計	0.44 (0.39)	0.39 (0.40)	0.27 (0.33)	0.09 (0.25)	<0.001	ns	**	**	*	**	*
	認知	0.04 (0.07)	0.02 (0.22)	0.03 (0.06)	0.02 (0.07)	0.398	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	運動	0.39 (0.38)	0.37 (0.25)	0.24 (0.29)	0.06 (0.17)	<0.001	ns	**	**	*	**	*

mean（SD）
Kruskal-Wallis 検定，Bonferroni 補正．**：$p<0.01$，*：$p<0.05$，ns: not significant
ランク M は人数が少ないため表から削除

認知症度Ⅱまでは、FIM利得・効率・在宅復帰率とも
認知症なし群と同等の効果が見られた。

たとえ認知症があっても、回復をあきらめない！

家族にとっては・・・

もし歩けるようになったらどうしよう・・・

歩けるようになったら・・・

退院後、不安を解消する有効な介護サービスの活用！

→　地域のサービス整備状況は？

→　地域の認知症に対する理解は？行政の取り組みは？

→　住民主体の支え合う体制は？

家族に対する認知症ケア指導も！

この取り組みが「地域リハビリテーション活動」！！

地域包括ケアシステムの構築について

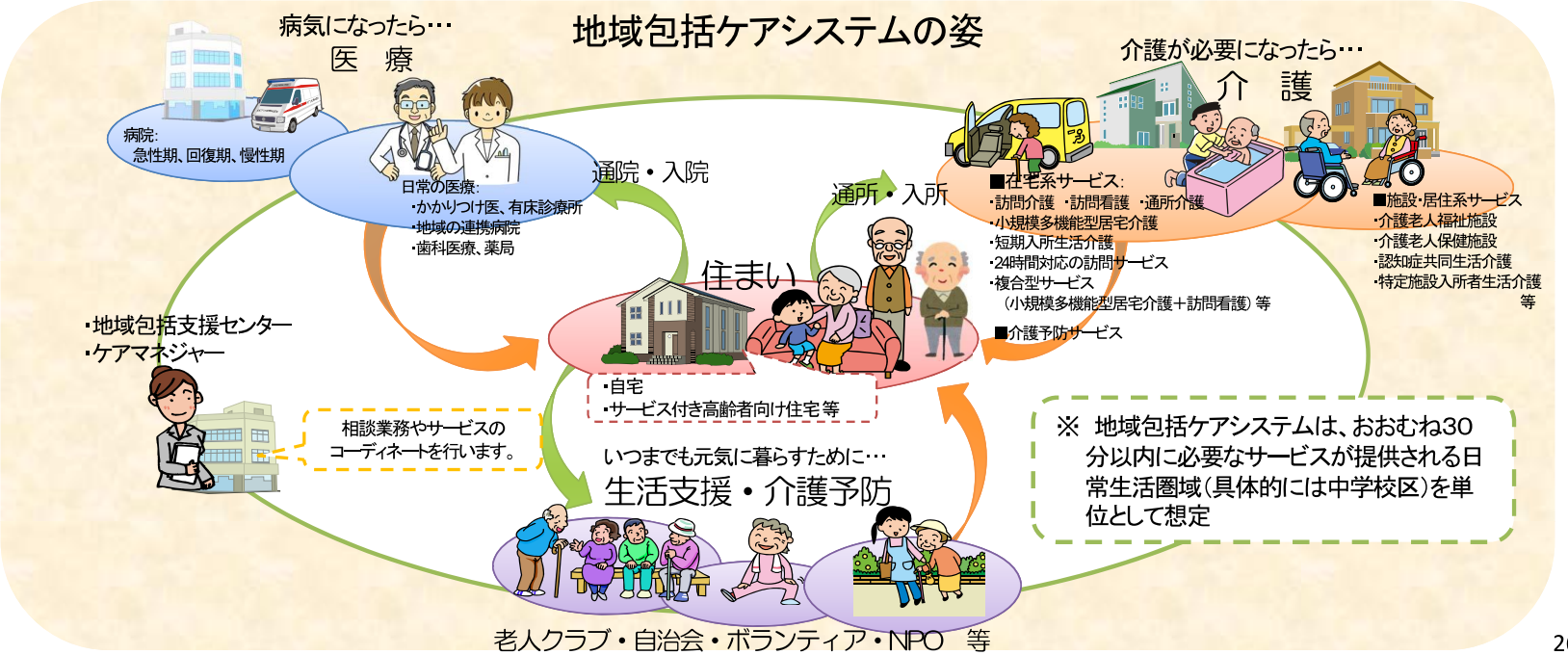
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

○　地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



地域包括ケアシステムとは？

たとえ病気や要介護であっても、

個々人の心身状態にふさわしいシームレスなサービスの利用により、

できる限り住みなれた地域や故郷での在宅生活を継続し、

人の世話にならずに、豊かな人生を送っていきたいから…

2025年までの達成を目指す ！

- 生活上の安全・安心・健康を確保
- できる限り住みなれた地域や故郷での在宅生活継続

Ageing In Place

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム
（費用負担による区分）

自助
- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理（セルフケア）
- 市場サービスの購入

互助
- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・生きがい就労
- ボランティア活動
- 住民組織の活動

共助
- 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス

公助
- ボランティア・住民組織の活動への公的支援
- 一般財源による高齢者福祉事業等
- 生活保護
- 人権擁護・虐待対策

引用：厚生労働省老健局「地域包括ケアシステムについて」平成25年6月13日資料　一部抜粋

地域包括ケアを支えるリハビリテーション

自助

自助力の向上・維持

リハ※の成果は「自助力」の
向上・維持につながる

互助

インフォーマルサービスの育成とサポート

住民の支えあい活動を
リハ※の立場から促す

リハビリテーション

共助

地域包括ケアを支えるリハ※提供

急性期・回復期・生活期リハ※により
自立生活を獲得・維持する

公助

公の機関と積極的に協働

公共的なリハ※施策が自立を
促すものとなるように関わる

※ リハ：リハビリテーションの略

地域リハビリテーションとは？

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

日本リハビリテーション病院・施設協会
２０１６

地域包括ケアシステムとは？

地域の実情に応じて
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した生活を送ることができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制

（地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム法）

地域リハビリテーション

定義・推進課題・活動指針

2016 年版

日本リハビリテーション病院・施設協会

発　行：1991

改　定：2001・2016

地域リハビリテーション

定　義

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう 、保健 ・ 医療・ 福祉・ 介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

推　進　課　題

1. リハビリテーションサービスの整備と充実

① 介護予防、障害の発生・ 進行予防の推進

② 急性期・ 回復期・ 生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備

③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

2. 連携活動の強化とネットワークの構築

① 医療介護・ 施設間連携の強化

② 多職種協働体制の強化

③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築

3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進

② 介護予防にかかわる諸活動を通した支えあいづくりの強化

③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

推　進　課　題

1. リハビリテーションサービスの整備と充実

① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進

② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備

③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

2. 連携活動の強化とネットワークの構築

① 医療介護・施設間連携の強化

② 多職種協働体制の強化

③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築

3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進

② 介護予防にかかわる諸活動を通した支えあいづくりの強化

③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

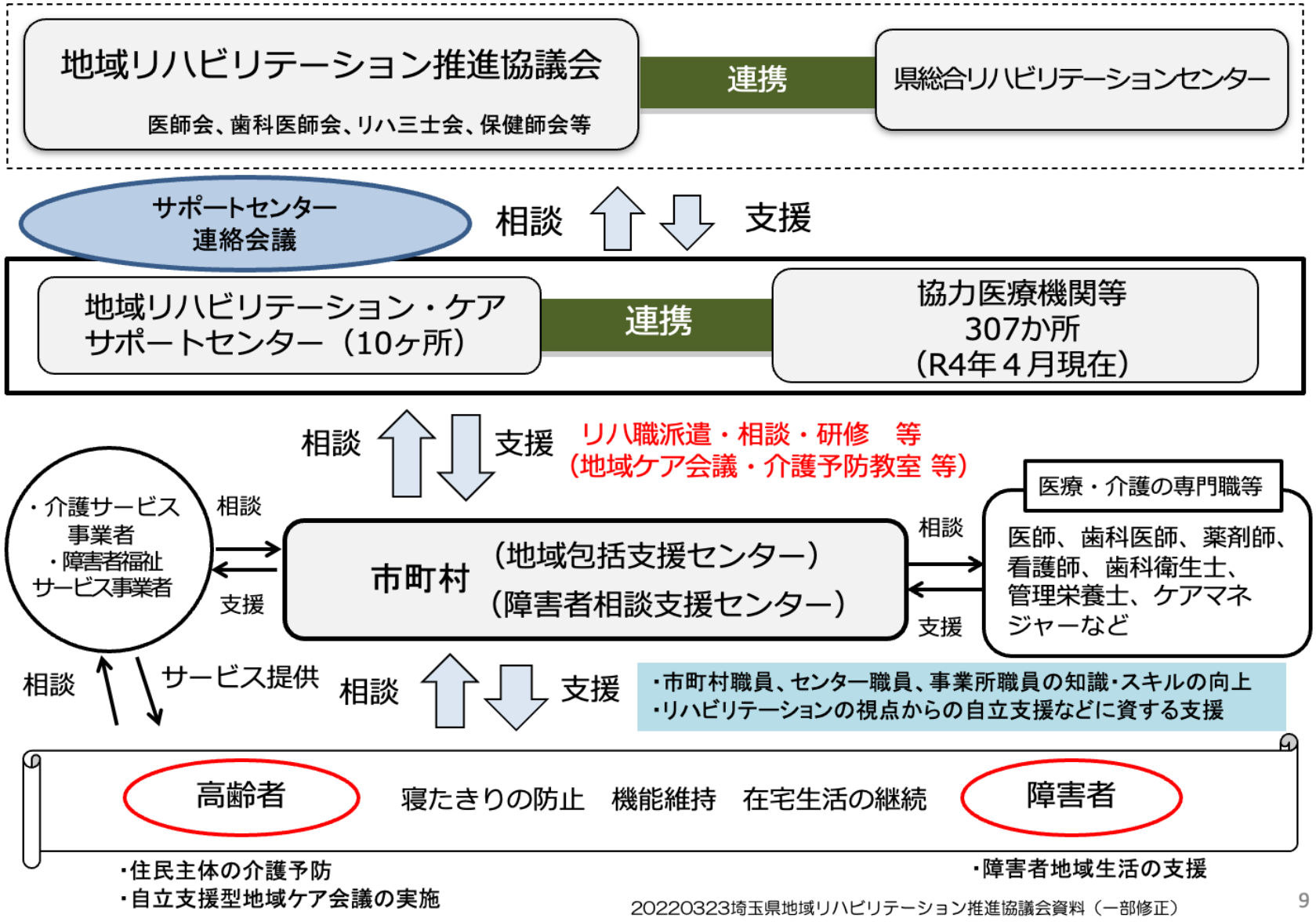
（新）埼玉県地域リハビリテーション支援体制整備事業　再構築のきっかけ

・平成23年3月11日：　東日本大震災　発災
・平成23年3月15日：　原発事故によりさいたまスーパーアリーナへ避難
・平成23年3月22日：　県医師会長の要請により、ボランティア活動開始
・平成23年4月15日：　震災対応廃用予防ボランティアミーティング（250名）
・平成23年4月20日：　埼玉県（旧騎西高校）に避難された、福島県双葉郡双葉町に対し、県の医師会、理学療法士会、作業療法士会および言語聴覚士会で、4団体合同リハビリボランティア組織「CBR-Saitama Med.」を結団し、廃用予防を目的としたボランティア活動を開始。

・平成25年2月　：県議会で質問「埼玉県のリハビリテーション体制を問う」
↓
地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制の相談が始まる。

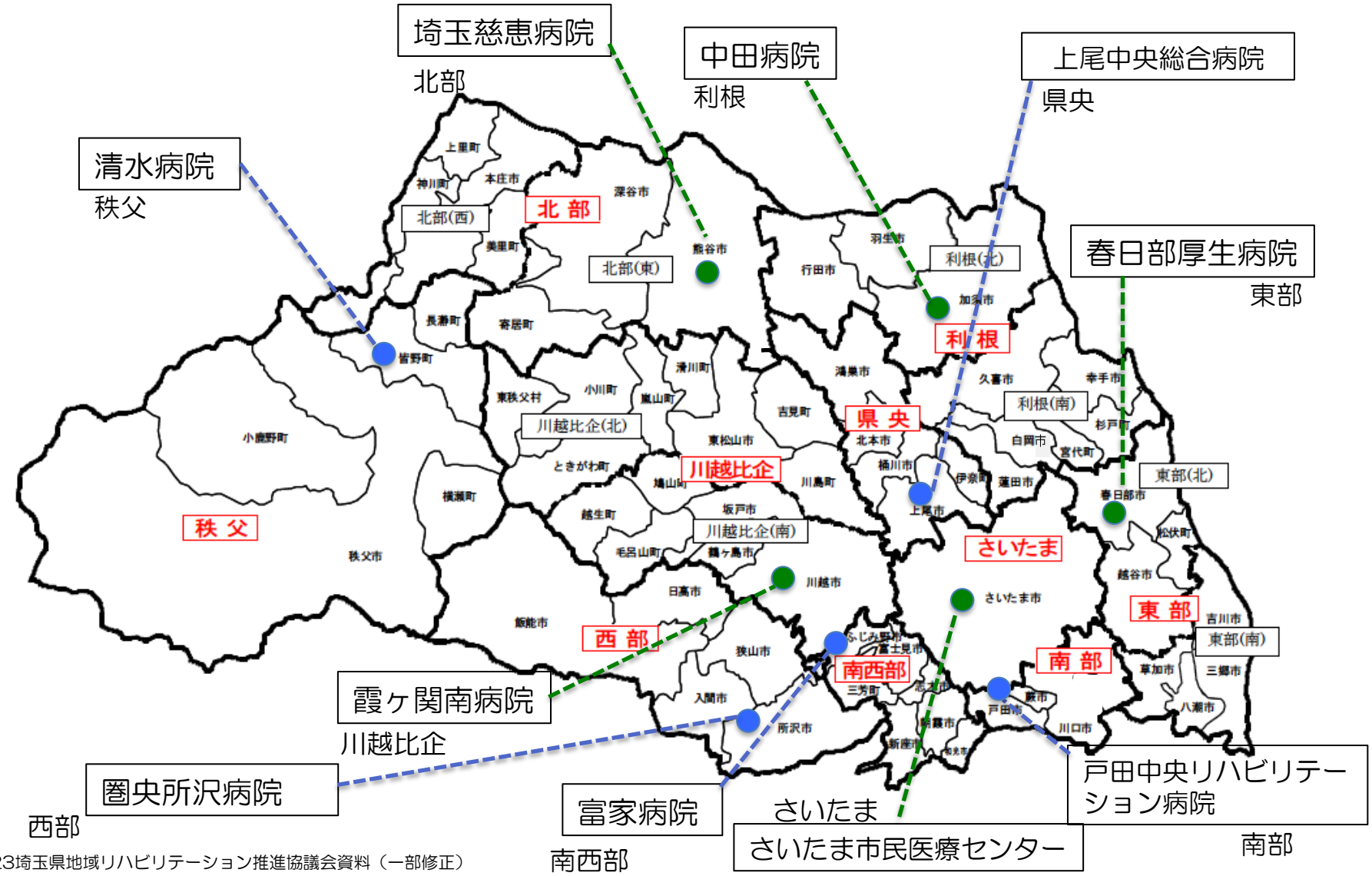
リハビリテーション職を派遣するスキームと多団体での協力体制が原点に

埼玉県における地域リハビリテーション支援体制



20220323埼玉県地域リハビリテーション推進協議会資料（一部修正）

地域リハビリテーション・ケア サポートセンター　地区割り



20220323埼玉県地域リハビリテーション推進協議会資料（一部修正）