



リハビリテーション

「リハビリテーションは単なる機能回復訓練ではない。
障害を持つ人々の全人間的復権を理念とする。能力を
発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭・社会への
参加を可能にし自立を促す」

（高齢者リハビリのあるべき方向

平成16年1月）

リハビリテーション

- 1943~経済的に最高度の有用性を獲得させる
- 1969~機能的能力を最高に達せしめる
- 1982~自らの人生を改変していくための手段を提供していくことをめざす

リハビリテーションの理念

- (1) リハビリテーションは、その人にできないことを尋ねるのではなく、できる事を 発見・拡大させることである
- (2) 障害をもっている人間性は傷つけられない
- (3) 障害を受けた人ではなく、障害とともに生きる
あたりまえの人間である
- (4) 障害者を閉め出す社会は弱くもろい社会であり
社会を障害者・老人などにとって利用しやすくすることは社会全体にとっても利益となるものである

国連総会における国際障害者年の勧告より

リハビリテーション

名誉・地位の回復・更生



医学会でも使用

第一次大戦後のアメリカ

- Physical reconstruction
- Rehabilitation (職業、社会復帰)

1942年リハビリ評議会

「身体、精神、社会的、職業的、経済的に回復させる事」

日本のリハビリのあゆみ

大正10年	柏学園(身体障害児施設)
昭和13年	傷兵保護院
昭和17年	整肢療護園(療育施設) 東大初代教授 高木憲次
昭和22年	児童福祉法
昭和24年	身体障害者福祉法 ⇒ 「更生」
昭和38年	日本リハビリテーション医学会

リハビリテーション

康復
再活
更生



自立と参加

WHO 障害の分類 (1980)

ICIDH

Impairment Disability Handicap
病気 → 機能障害 → 能力障害 → 社会的不利



1980:WHO国際障害分類(ICIDH)の 障害モデルの問題点

- ① 障害というマイナス面のみに注目している
- ② 環境が考慮されていない
(住居、交通機関、制度)
- ③ 一方向的であるとの誤解がある
- ④ 専門家の意向のみが反映されている
- ⑤ 社会的不利の分類がなされていない



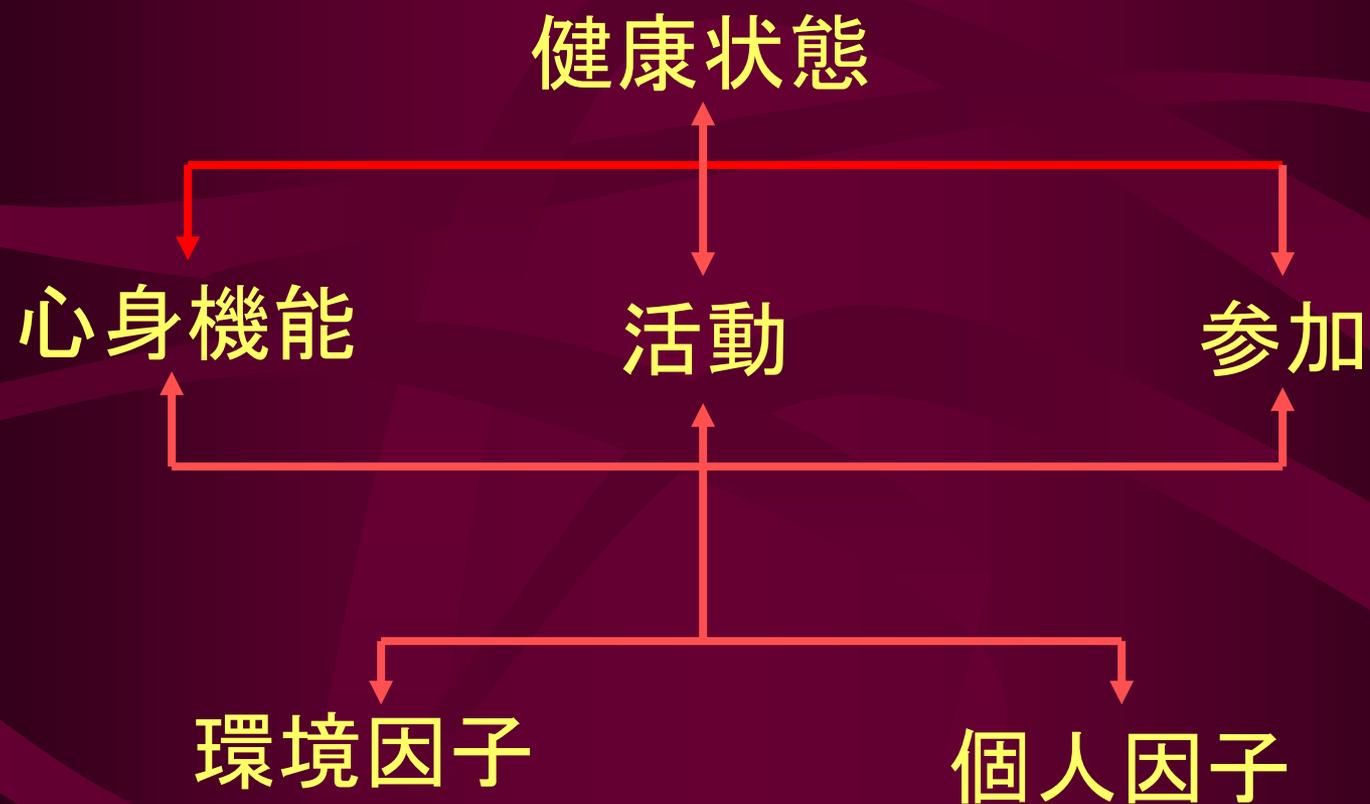
2001:ICFモデル

共通言語(リハビリ実施計画書、医療保険、介護保険)

共通言語 (ICF)

- 本人、家族、専門家、チーム内の共通言語とする
- 医療機関、リハビリを担う機関が相互に利用者の生活機能に関する情報の交換、履歴の共有化を行う  ケア・カンファレンスを促進

ICFの生活機能構造 2001



リハビリの流れ

急性期 → 回復期 → 維持期



急性期 → 集中的リハ → 断続的リハ

「断続的リハ」

- 必要に応じて期間を定めて計画的に行う
- 必要が生じた時に専門的リハ・チームが関与する

リハビリ ≠ 機能回復訓練



人間らしく生きる権利の回復



ICF

「生活機能」(生命・生活・人生)全てに
働きかけ向上を図るもの

リハビリ

機能回復訓練

急性期

回復期

維持期

福祉
(生活維持)



リハビリテーション

更生



自立と参加

A D L



Q O L

保健・医療・福祉

- 保健~不特定集団、健康人とその周辺
集団的対応
- 医療~社会的契約、疾病者、機能障害者
診断、治療
- 福祉~ ?

福祉

人類全体の幸福を意味する

「国民の福祉」

「福祉国家」

「公共の福祉」

保健・医療・「福祉」



リハビリテーション

第三の医学

- └→ ① 予防
② 治療

※ 医学的リハビリは、リハビリの一分野にすぎない

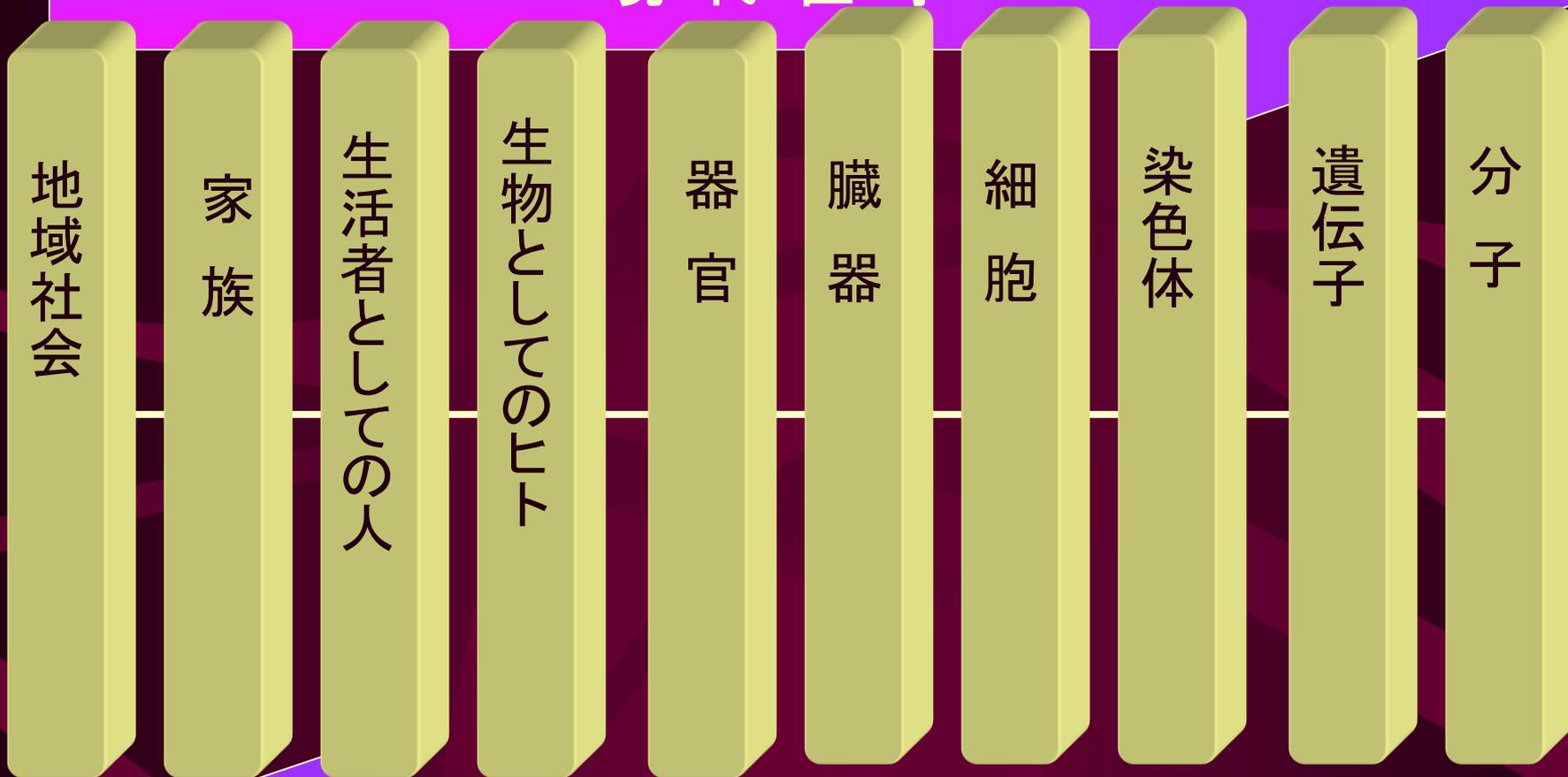
パワーリハビリ

下肢の筋力 → 貯筋



医学の関心のベクトル

現代医学

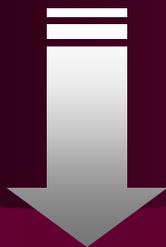


リハビリテーション医療

リハビリテーション医療の流れと終末期I

1

急性期(早期)リハビリテーション
廃用症候群の予防



2

回復期リハビリテーション
ソフトランディングな退院に向けて



急性期病棟

- (1) 体位の変換
- (2) 関節の拘縮予防
- (3) 早期座位保持
- (4) 筋力低下の予防
- (5) できるADLを

リハビリテーション専門病棟

- (1) 基本動作訓練
- (2) ADL等の訓練
- (3) 心のケア
- (4) 家族への対応
- (5) 家屋改造など

リハビリテーション医療の流れと終末期II

3

維持期リハビリテーション

社会的孤立の予防



4

終末期リハビリテーション

最後まで人間らしく

在宅・施設など

(1) 機能維持・改善

(2) 新しい生活の組み立て

(3) QOLの向上

在宅・施設・病院

(1) 清潔の保持

(2) 不動による苦痛の解除

(3) 関節の変形・拘縮の予防

(4) 呼吸の安楽

(5) 経口摂取の確保

(6) 家族へのケア

各種サービスにおけるリハビリテーション

- ① 入院(所)におけるリハビリ
- ② 訪問リハビリ
- ③ 外来・通所リハビリ
- ④ ショートステイ
- ⑤ 環境(福祉用具・住宅改修)

リハビリの現状と課題

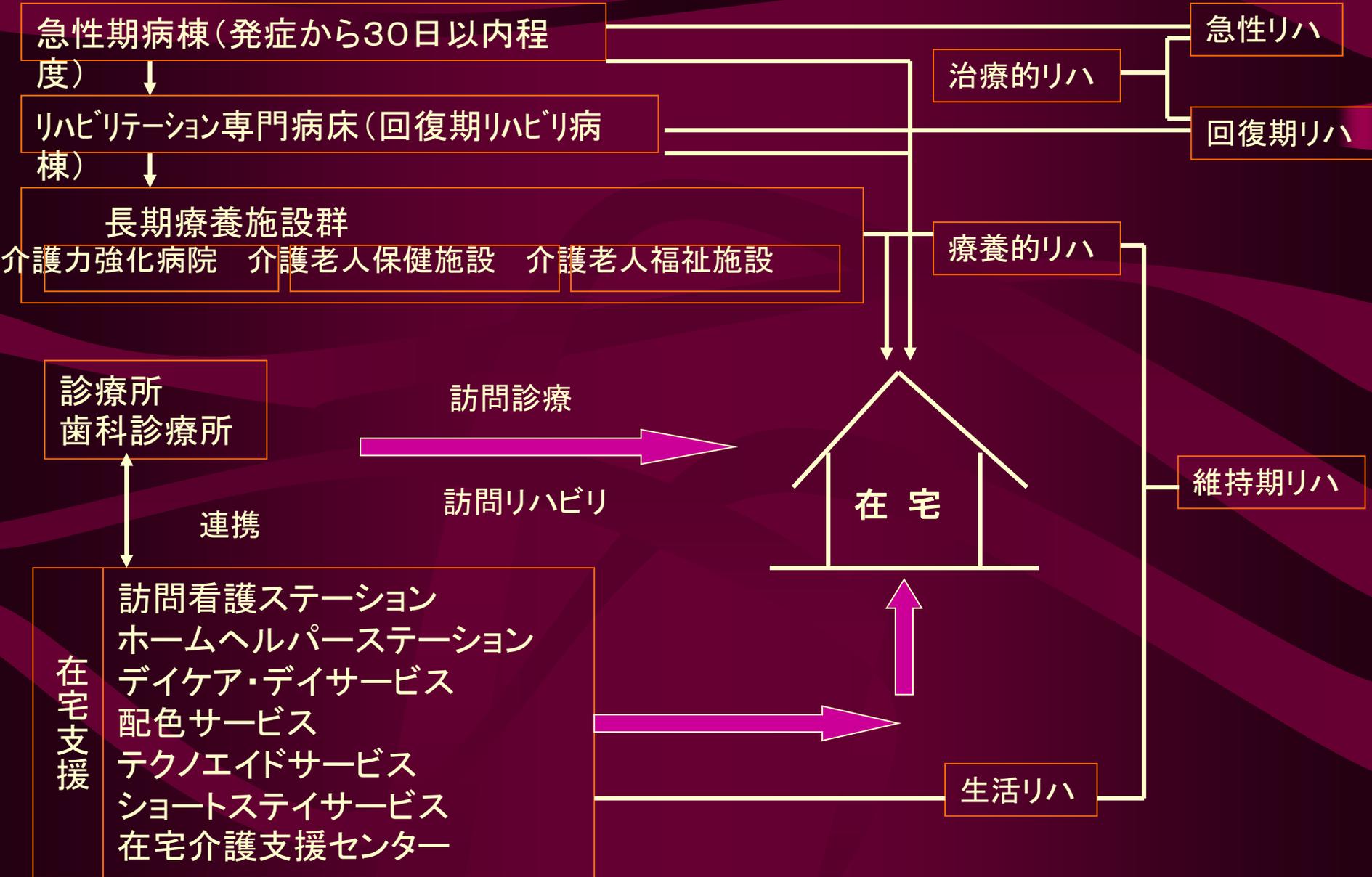
- ① 年齢
- ② 医療保険、介護保険
- ③ 介護予防（筋力向上、転倒予防）

リハビリの主体は医師、介護支援専門員、PT・OT等の専門家ではなく「利用者・患者本人」である

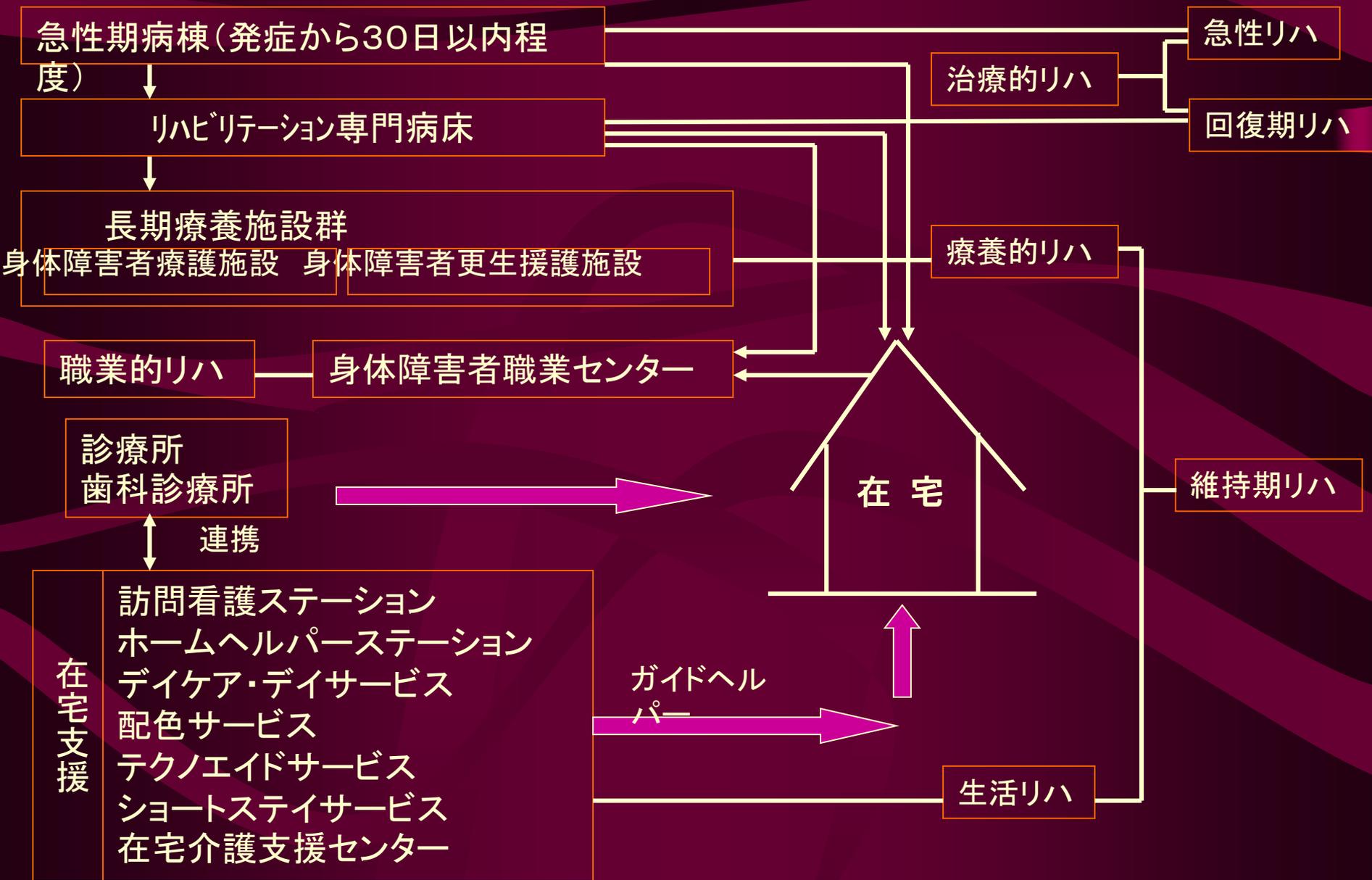


訓練そのものが目的ではない

◆老人のリハビリテーション医療の流れ



◆成人のリハビリテーション医療の流れ



WHO 障害の分類 (1980)

ICIDH



1980:WHO国際障害分類(ICIDH)の 障害モデルの問題点

- ① 障害というマイナス面のみに注目している
- ② 環境が考慮されていない
(住居、交通機関、制度)
- ③ 一方向的であるとの誤解がある
- ④ 専門家の意向のみが反映されている
- ⑤ 社会的不利の分類がなされていない

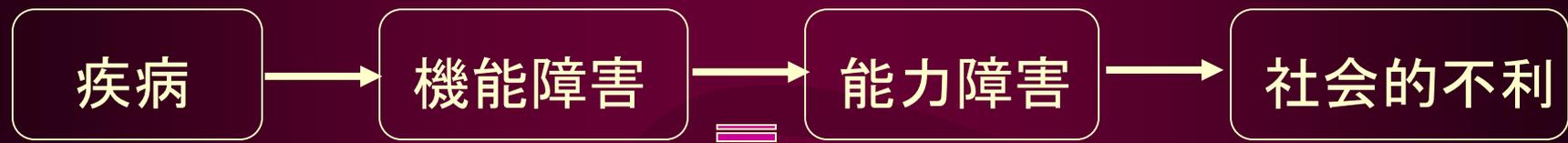


2001:ICFモデル

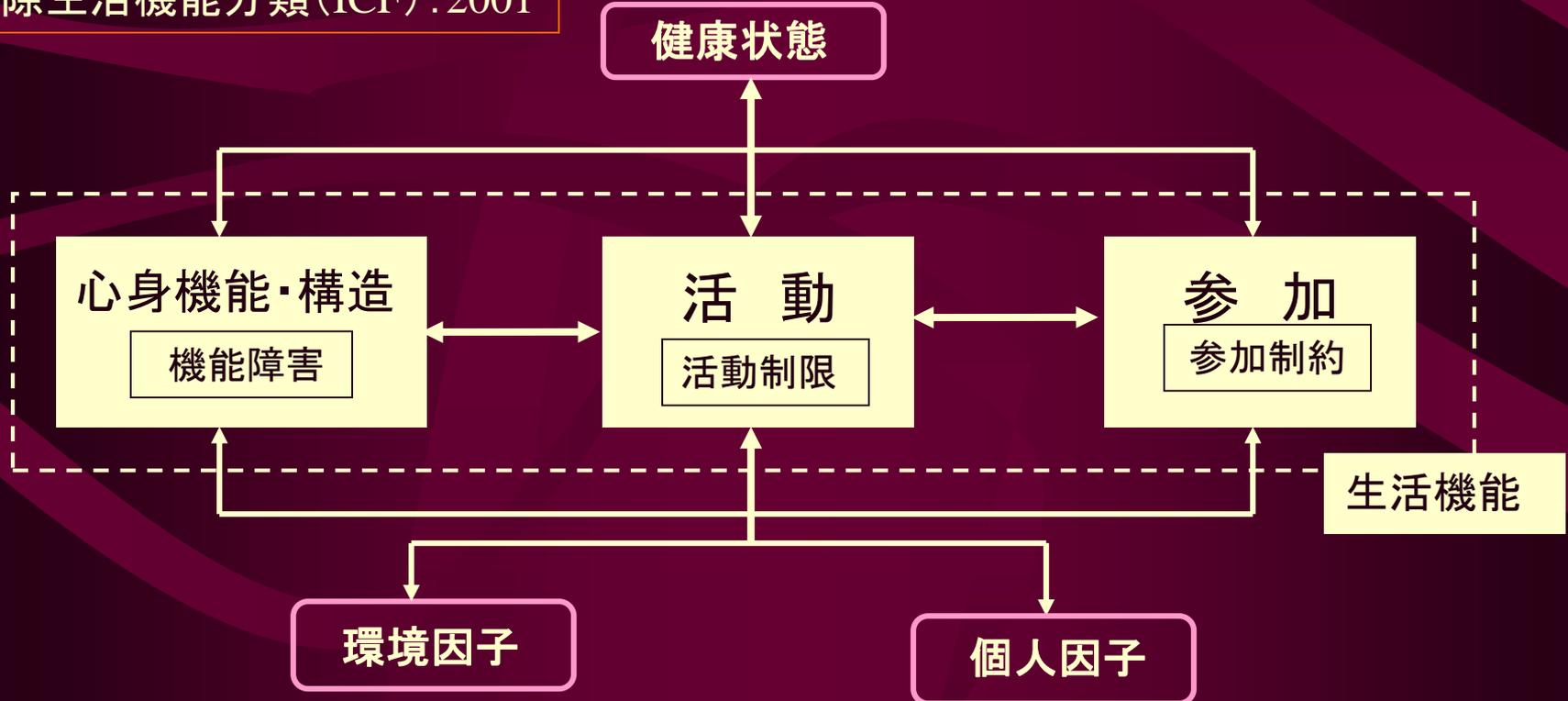
共通言語(リハビリ実施計画書、医療保険、介護保険)

ICIDHからICF

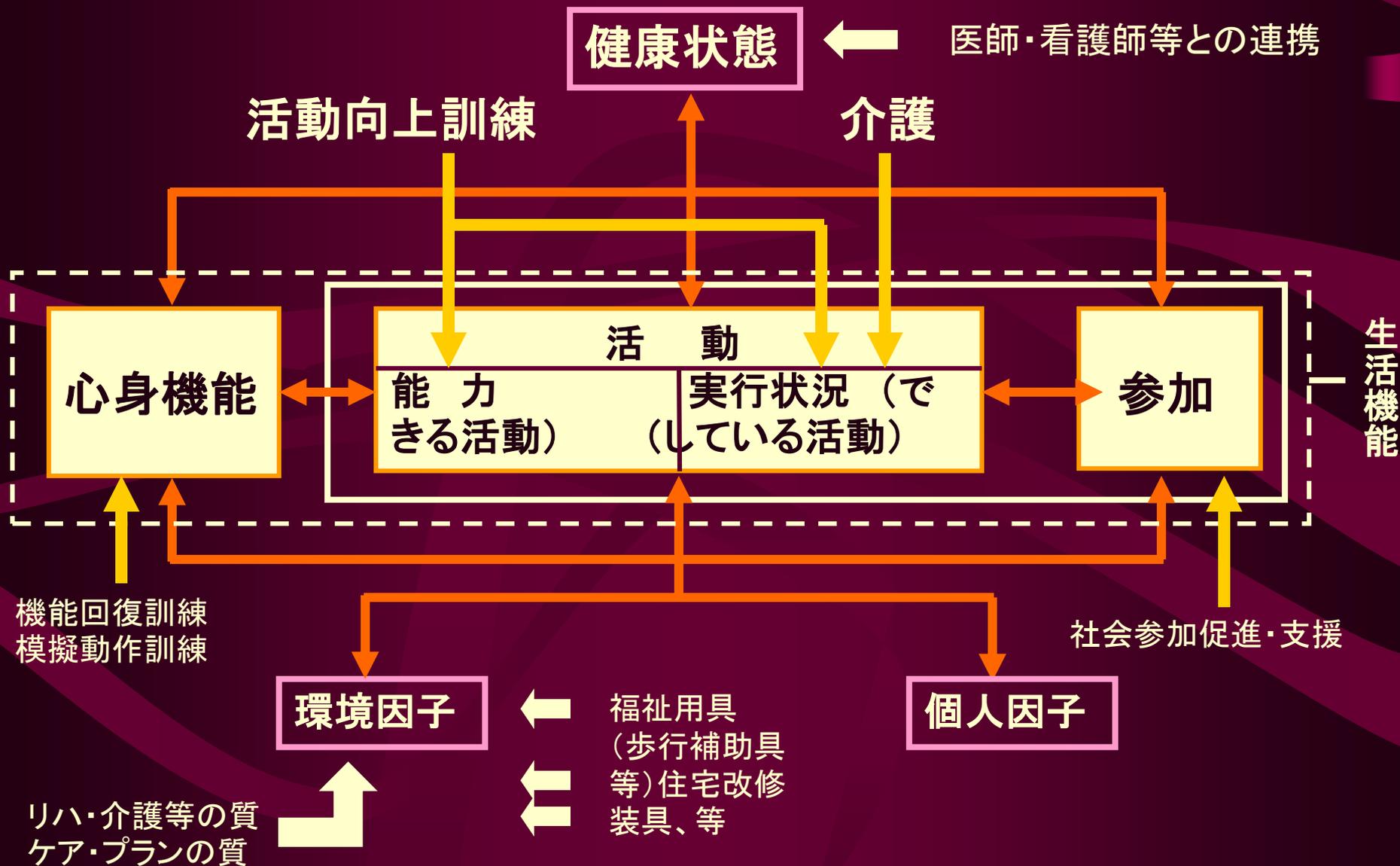
国際障害分類 (ICIDH) : 1980



国際生活機能分類 (ICF) : 2001



ICFモデルで見たリハビリテーション・サービス

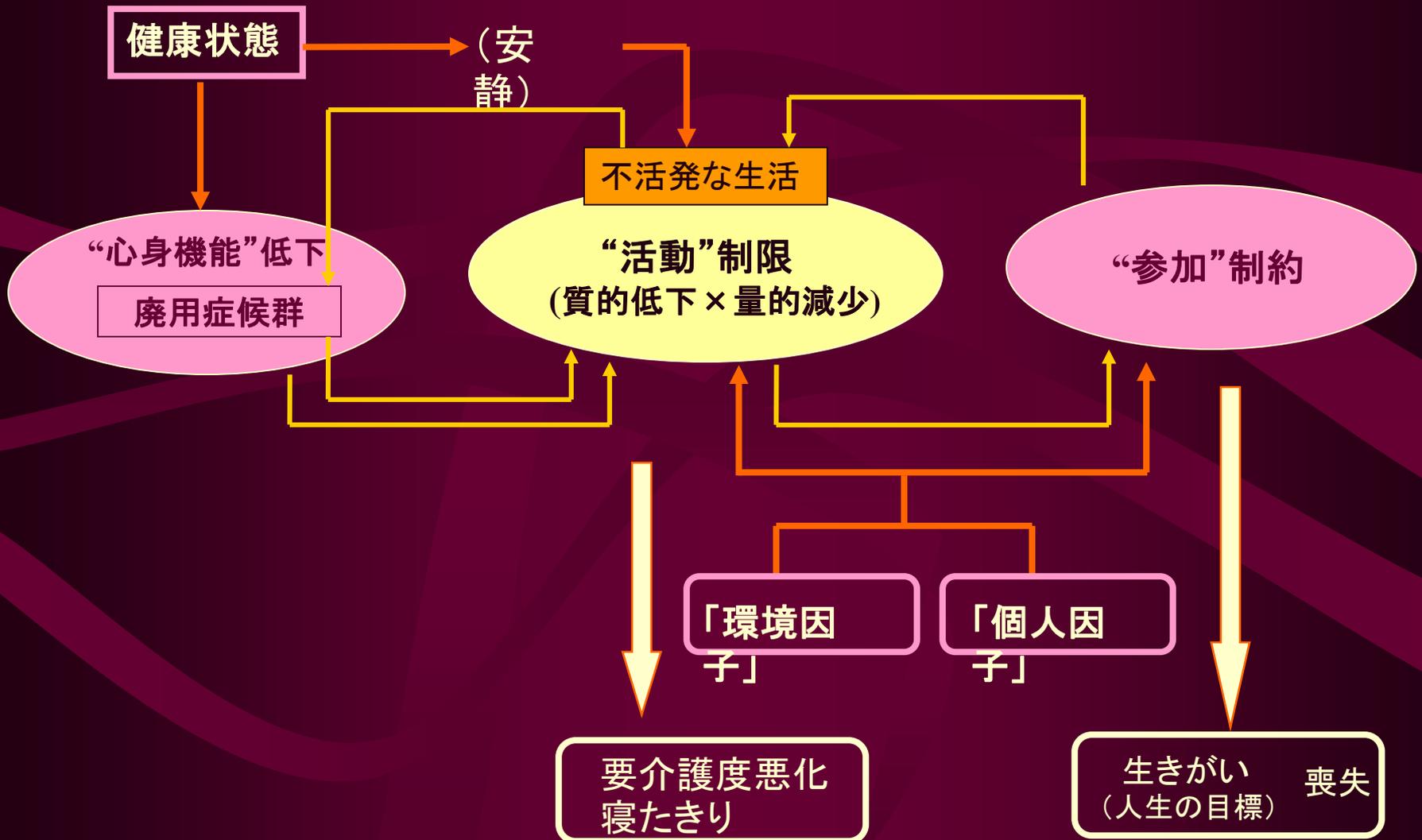


生活機能低下の悪循環

「心身機能」レベル

「活動」レベル

「参加」レベル

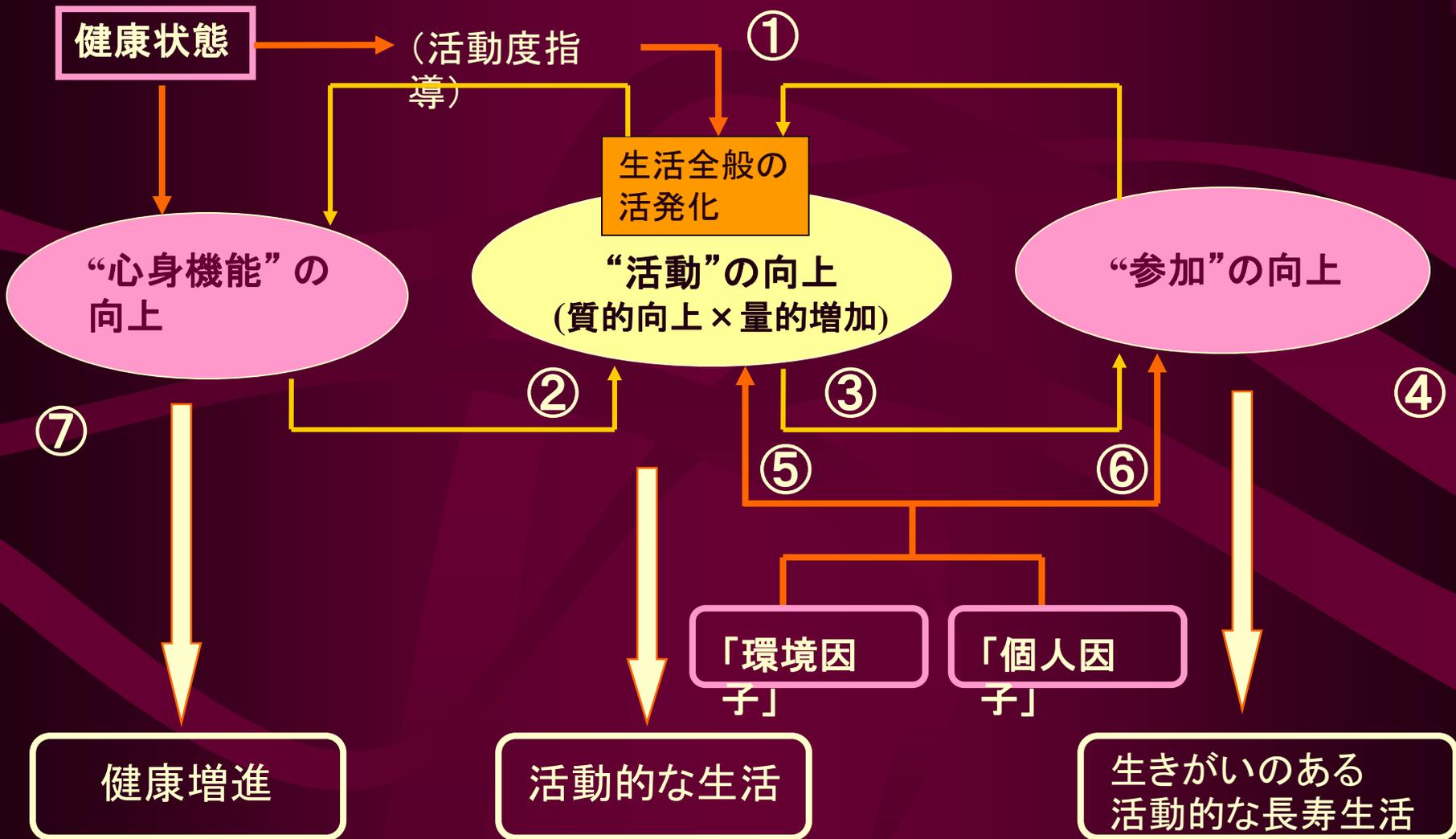


生活機能向上の良循環(介護予防の基礎)

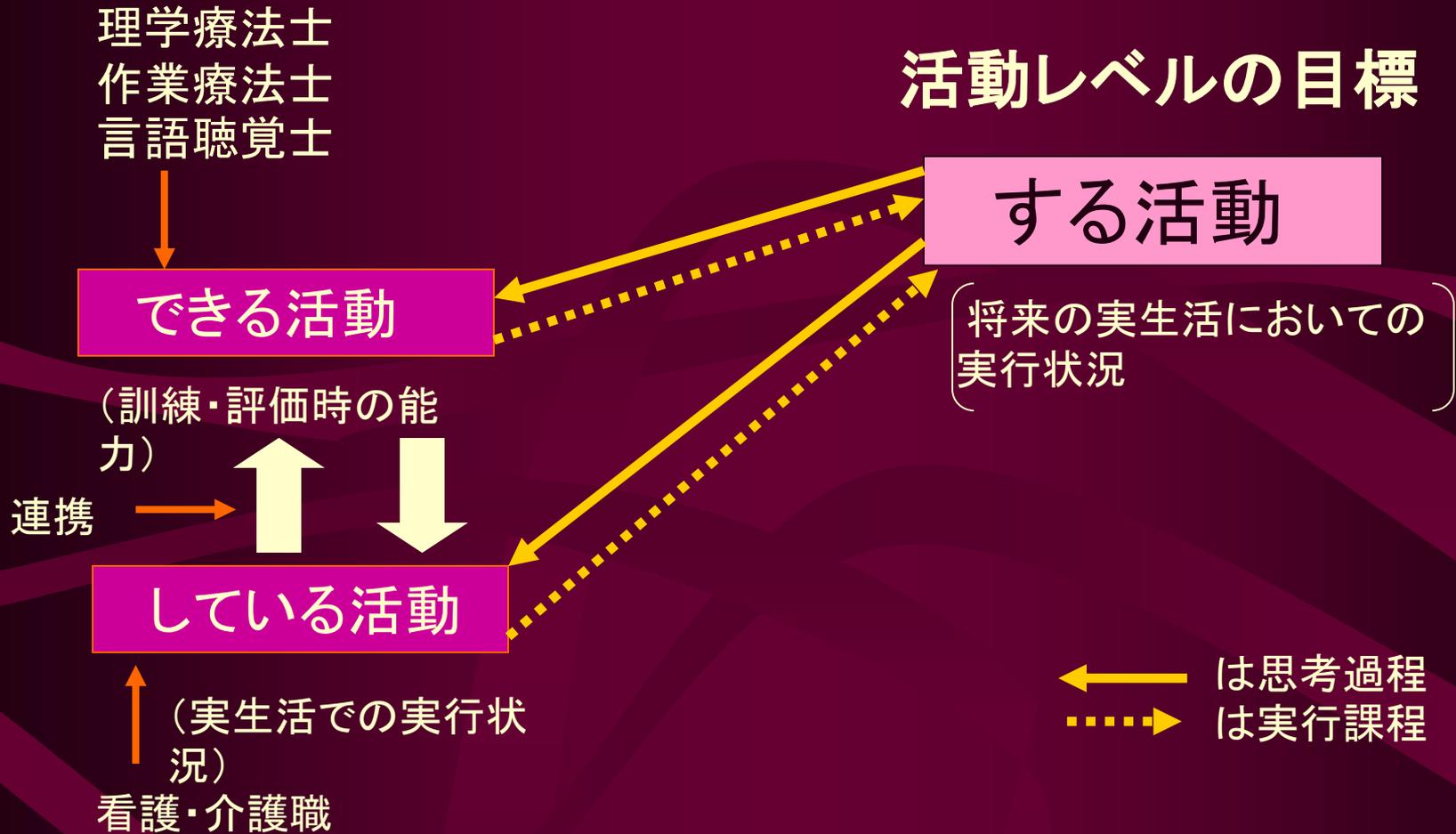
「心身機能」レベル

「活動」レベル

「参加」レベル

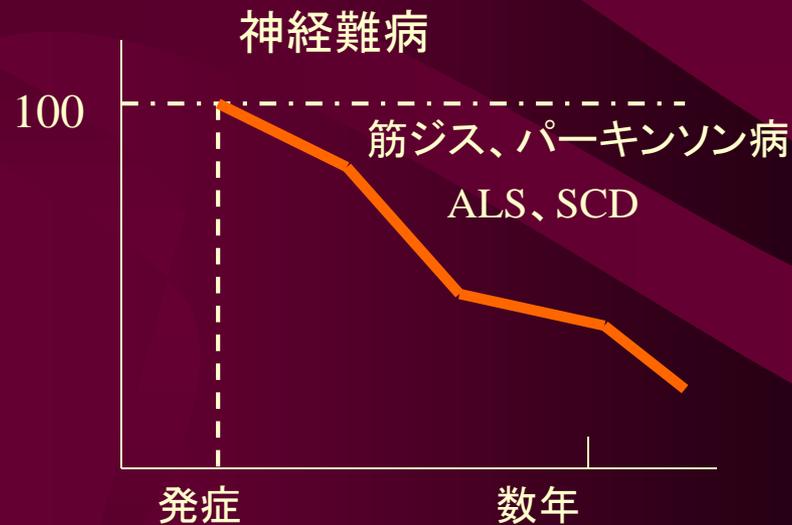
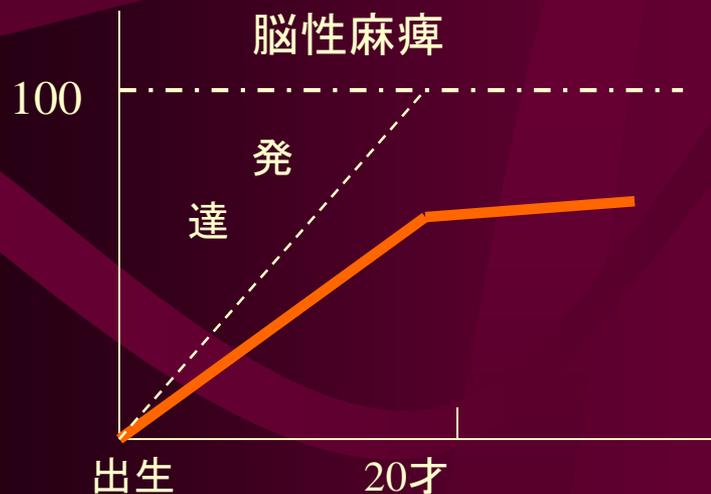
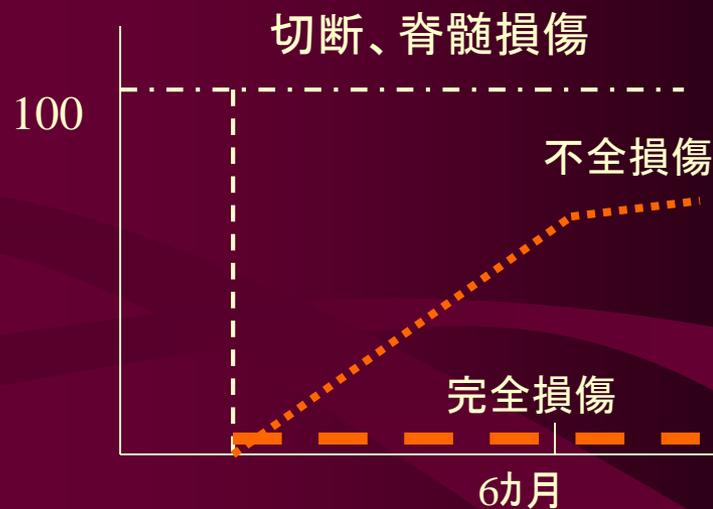
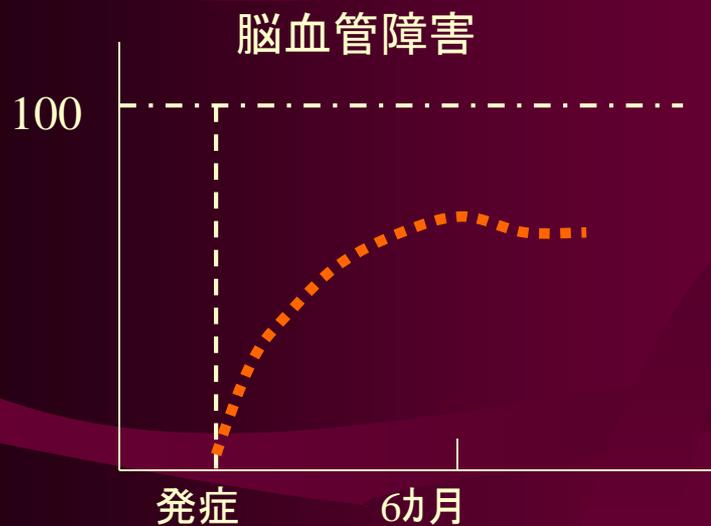


活動向上訓練



※思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。実行課程の矢印は、この目標に向けて“活動”向上訓練を行っていくという意味。

◆各疾患と病気の経過(時間経過)



生活機能低下の2つの経過(1)

脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)

生活機能(生命・生活・人生)

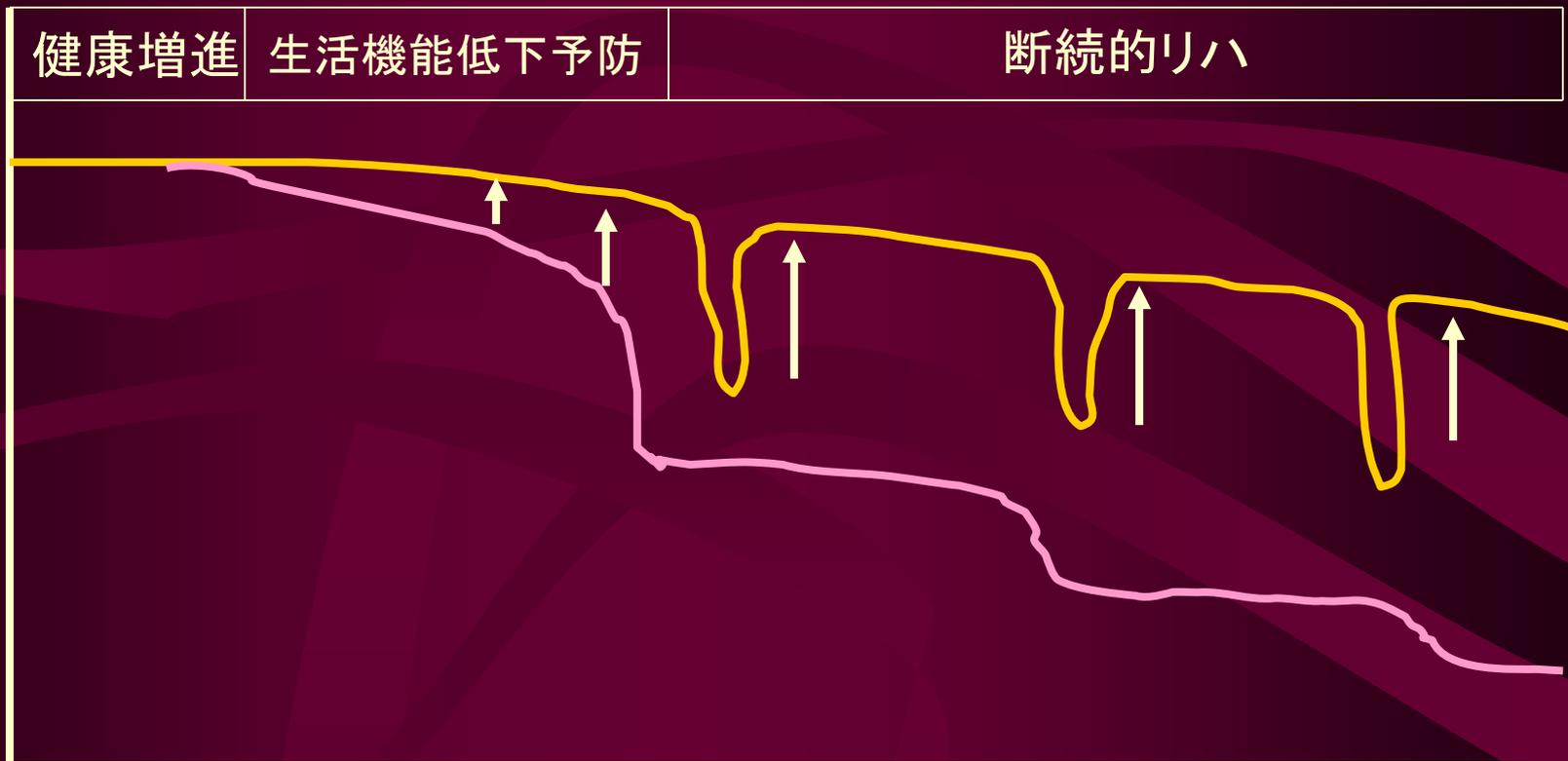


原因疾患	予 防		治 療	再発予防
廃用症候群	予 防	回 復	悪循環進行予防	悪循環から良循環へ

生活機能低下の2つの経過(2)

廃用症候群モデル(廃用症候群・変形性関節症など)

生活機能(生命・生活・人生)



原因疾患

予 防

治 療

廃用症候群

予 防

回 復

悪循環から良循環へ

生活機能低下の悪循環



高齢者の尊厳を支えるケアの確立

ケアモデルの
転換

新しいケアモデルの確立
痴呆性高齢者ケア

要介護高齢者の約半数、施設入所者の
8割に痴呆の影響あり



生活の継続性を維持するための
新しい介護サービス体系

地方性高齢者にも対応した体系

新しいサービス
体系の確立

・生活の継続性を
維持し、可能な限
り在宅で暮らすこ
とを目指す

在宅で365日・24時間の安心を提供す
る

・切れ目のない在宅サービスの提供

(小規模・多機能サービス拠点の整備)

新しい「住ま
い」

・自宅、施設

以外の多様な「住まい方」の実現

高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役
割

・施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施

設の機能再整理

地域包括
ケアシステムの確立

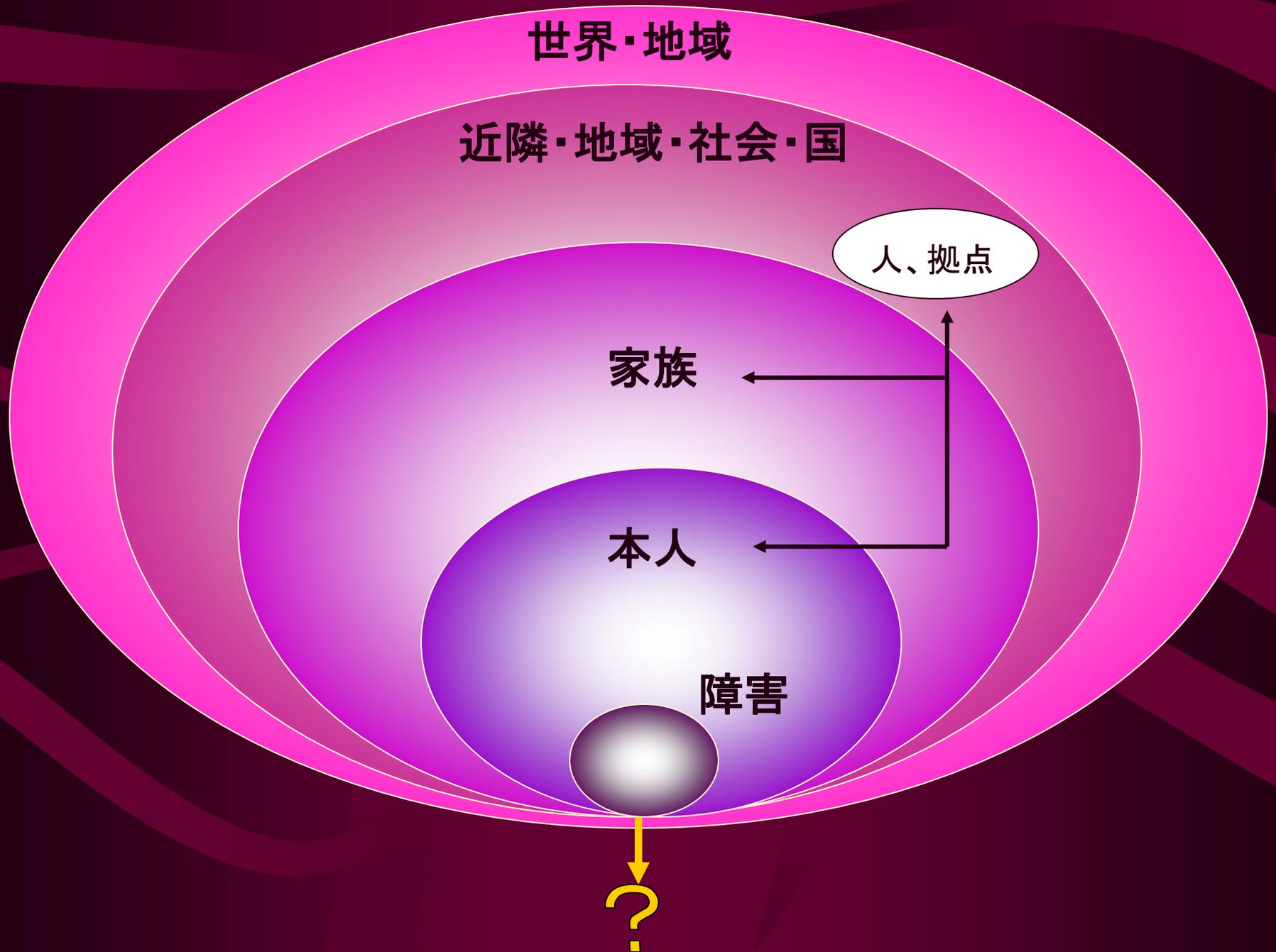
その実現に向けて

サービスの質の確保と向上

活力ある高齢社会
づくりの基盤

介護予防・リハビリテーションの充実

地域リハビリテーションの概念



ノーマライゼーション (Normalization)

*1959年デンマークのバンク・ミケルセン

*Normalcyではない

*ノーマルな生活条件を提供

1日、1週間、1年間ノーマルなリズムを地域
社会の人々と共に送ることを意味する

地域 リハビリテーション(CBR) Community-Based Rehabilitation

*1991年 日本リハ病院協会

障害のある人々、老人が住み慣れたところで、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう医療・保健・福祉にかかわる人々がリハビリの立場で行う活動のすべてをいう

地域 リハビリテーション (CBR)

Community-Based Rehabilitation

* 1950～1970年代

先進国では施設リハ

(Institution-Based Reha)

*1978年 WHO

発展途上国

(60か国でフィールド調査)

日本でのCBRの流れ

第1期(～昭和58年頃)＝個別活動期

- ・保健婦の訪問活動のなかのリハビリケア
- ・個別に地方で通所リハビリ活動
- ・在宅者にボランティアでサービス提供
- ・昭和53年 デイサービス、ショートステイ

日本でのCBRの流れ

第2期(～平成11年頃)＝全国展開期

- ・昭和58年 老人保健法で機能訓練事業が義務
- ・通所リハビリの全国展開
- ・昭和61年老人保健施設

日本でのCBRの流れ

第3期(～現在)＝再編・混乱期

- ・平成11年3月に厚生省より地域リハビリテーション支援制度マニュアル
- ・平成12年(2000)からの介護保険
- ・介護保険認定者は老人保健法の機能訓練事業から排除
- ・介護予防

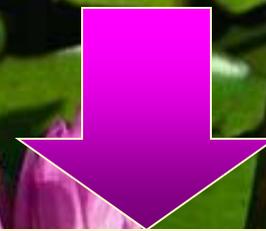
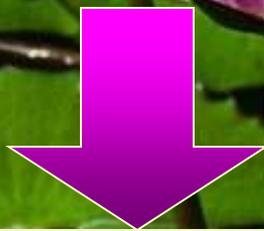
<地域>

集落・大都市

県・国

アジア地域

施設
病院



在宅高齢者、在宅障害者にとって必要なサービス機能を持った組織体、共通の利害を有する
共同体

地域リハビリテーション支援体制について

都道府県リハビリテーション協議会

都道府県リハビリテーション支援センター

地域リハビリテーション広域支援センター
(二次医療圏の中核的リハビリテーション医療機関など)

地域のリハビリ
テーション実施
機関への支援

リハビリ
テーション
資源の協同
利用

地域のリハビリ
テーション施設
等における従事
者の援助・研修

連絡協議会の
設置・運営

救急医
療施設

病院・診療
所
床群
施設
施設
護ステーション
養護老人ホーム等

・療養型病
・老人保健
・デイケア
・訪問看
・特別

市町
村
護支援センターの
機能強化
機能訓練事業の実施 等

住民組
織会
の会
ンティア
グループ 等

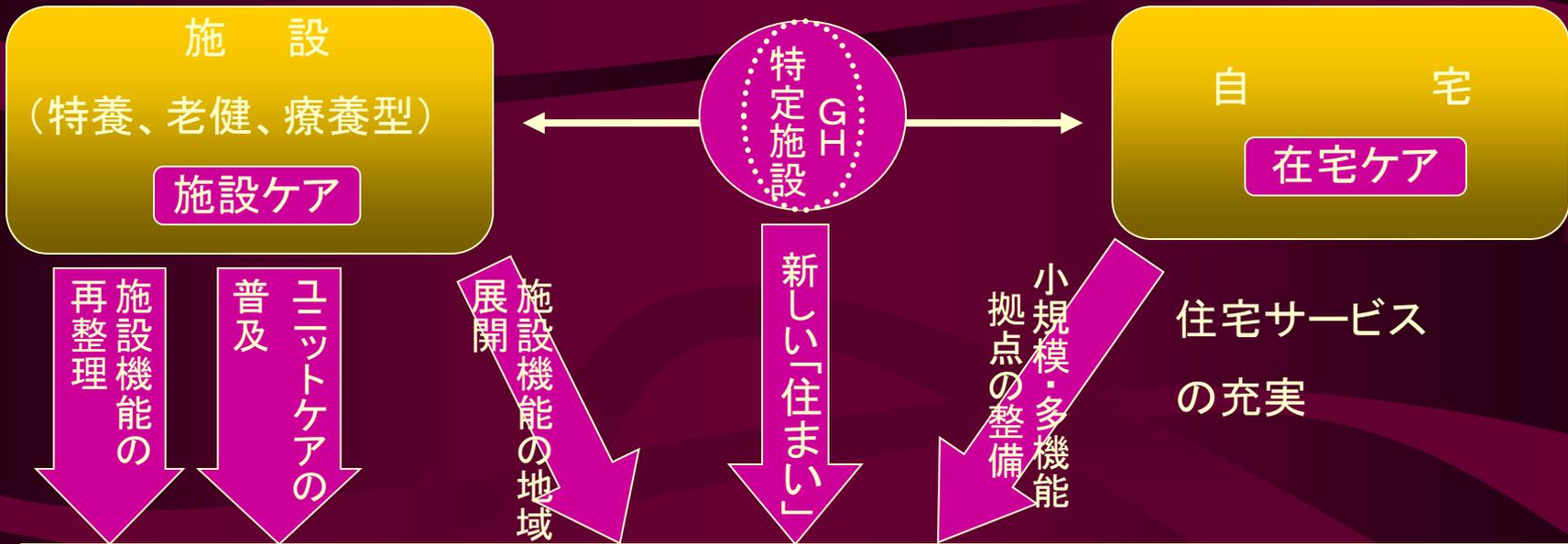
・患者
・家族
・ボラ
グ

介護予防・リハビリテーションの充実

	介護予防	リハビリテーション
視点と意義	<ul style="list-style-type: none">・より自分らしく生きがいのある充実した人生を送ること・高齢者自身が地域社会での助け合いの仕組みの主体となること	<ul style="list-style-type: none">・過去の生活への復帰ではなく、将来に向かって新しい人生を創造していく・潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高め、豊かな人生を可能とする
検証と対応	<ul style="list-style-type: none">・介護予防を広い概念としてとらえ、社会参加・社会貢献・就労・生きがいづくり・健康づくりなどの活動を社会全体の取り組みとして進める・老人保健事業や介護予防事業におけるサービスの検証、真に予防に効果がある新たなプログラムの開発	<ul style="list-style-type: none">・要支援者に対する予防給付、医療保険・介護保険におけるリハビリの検証、真に予防に効果がある新たなプログラムの開発・要介護度のステージ等に応じた要介護状態の悪化の防止・軽減のための施策の体系の構築・急性期から回復期の医療分野と維持期での介護分野とが、川上・川下の関係で相互に連携しあう体制の構築
介護サービス提供における留意点	<ul style="list-style-type: none">・高齢者自らが健康づくりや介護予防に取り組む・高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていく	<ul style="list-style-type: none">・心身機能や日常生活自立度を高めてから他の介護サービス等で補う「リハビリテーション前置」の考え方に立つ必要・日常生活における活動の自立度向上を重視した個別プログラム・施設のリハビリは自宅復帰の可能性を常に考えたものでなければならない

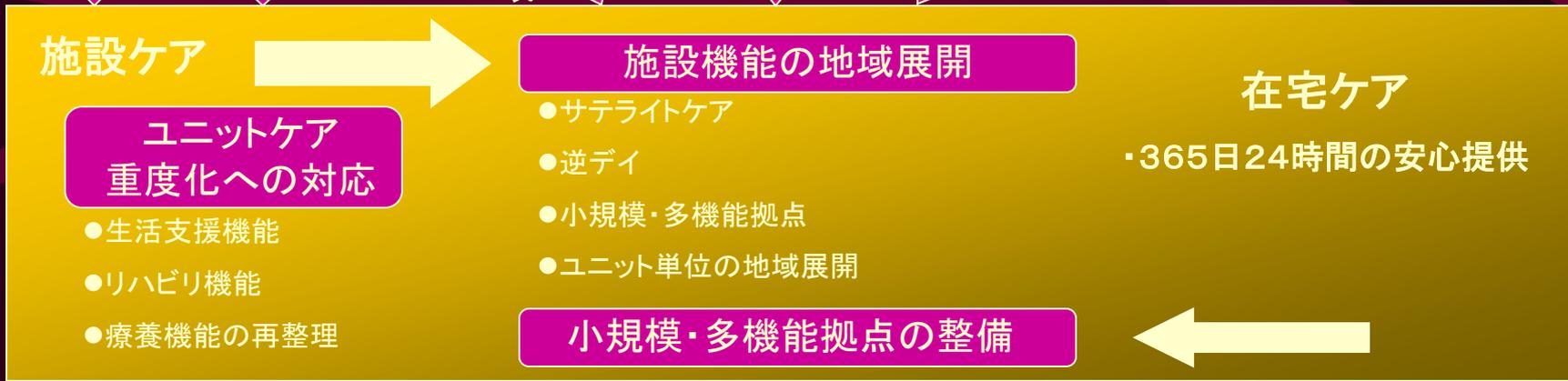
介護サービス体系の見直し

現状



目指すべき方向

ケアの機能
住まいの機能



施設
(在宅との負担の均衡)

新しい「住まい」
GH・特定施設→対象拡大、弾力化
*早めの住み替え
*介護が必要になってからの住み替え

自宅

訪問リハビリ実施機関

- ① 病院
 - ② 診療所
 - ③ 訪問看護ステーション
 - ④ 介護老人保健施設
- * 訪問リハビリステーション(?)

当院の訪問リハビリテーション

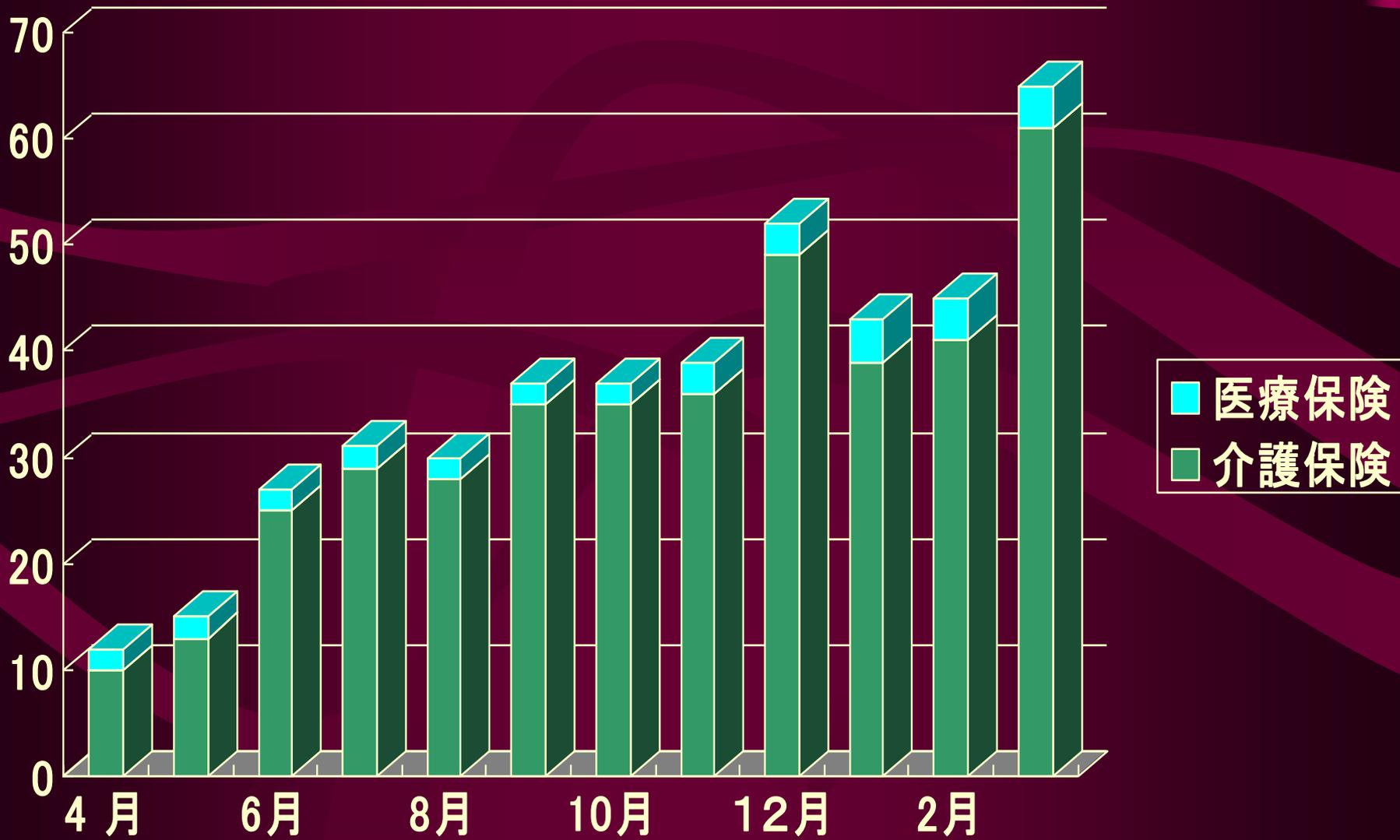
現状

理学療法士 5名

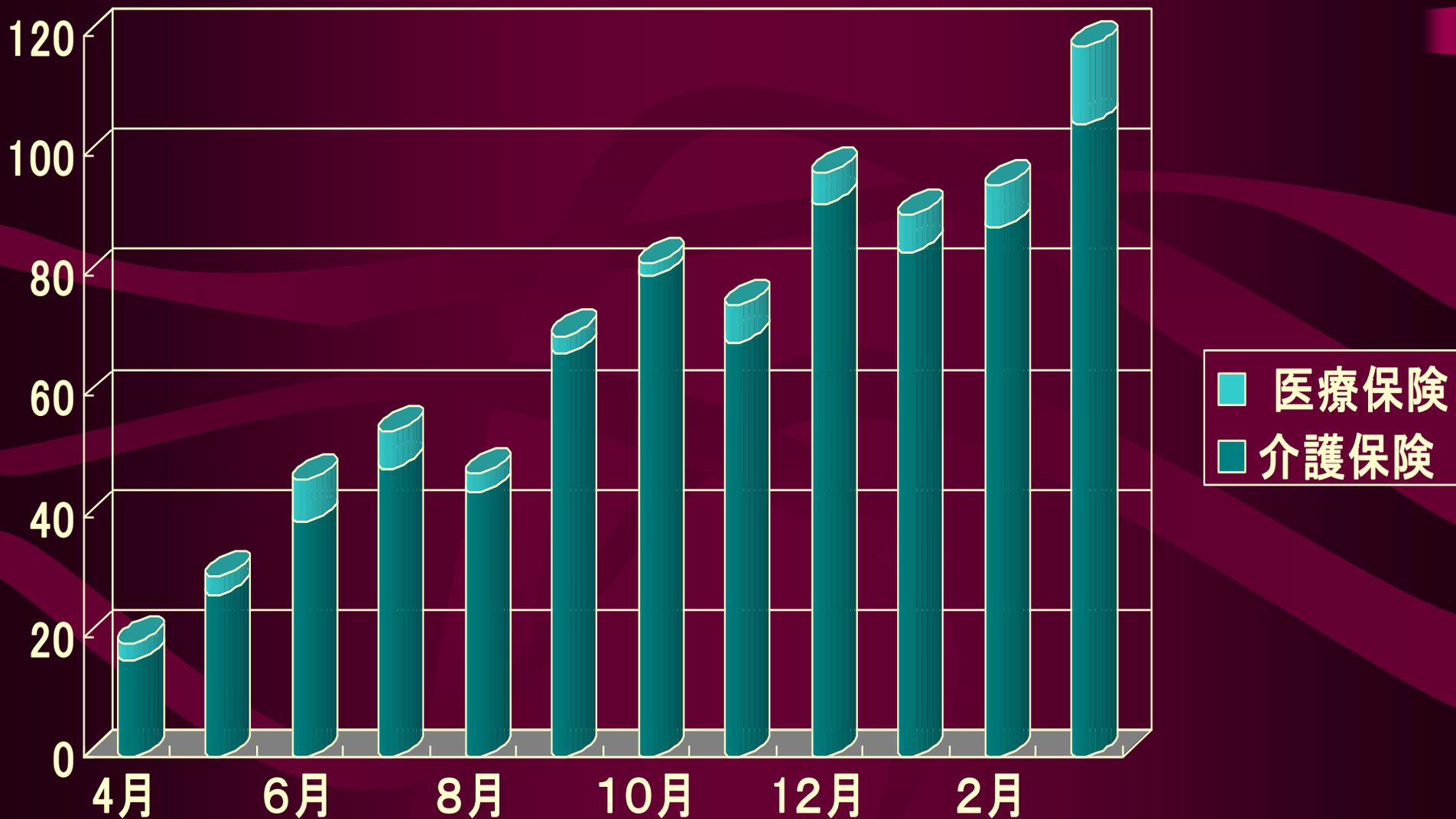
作業療法士 3名



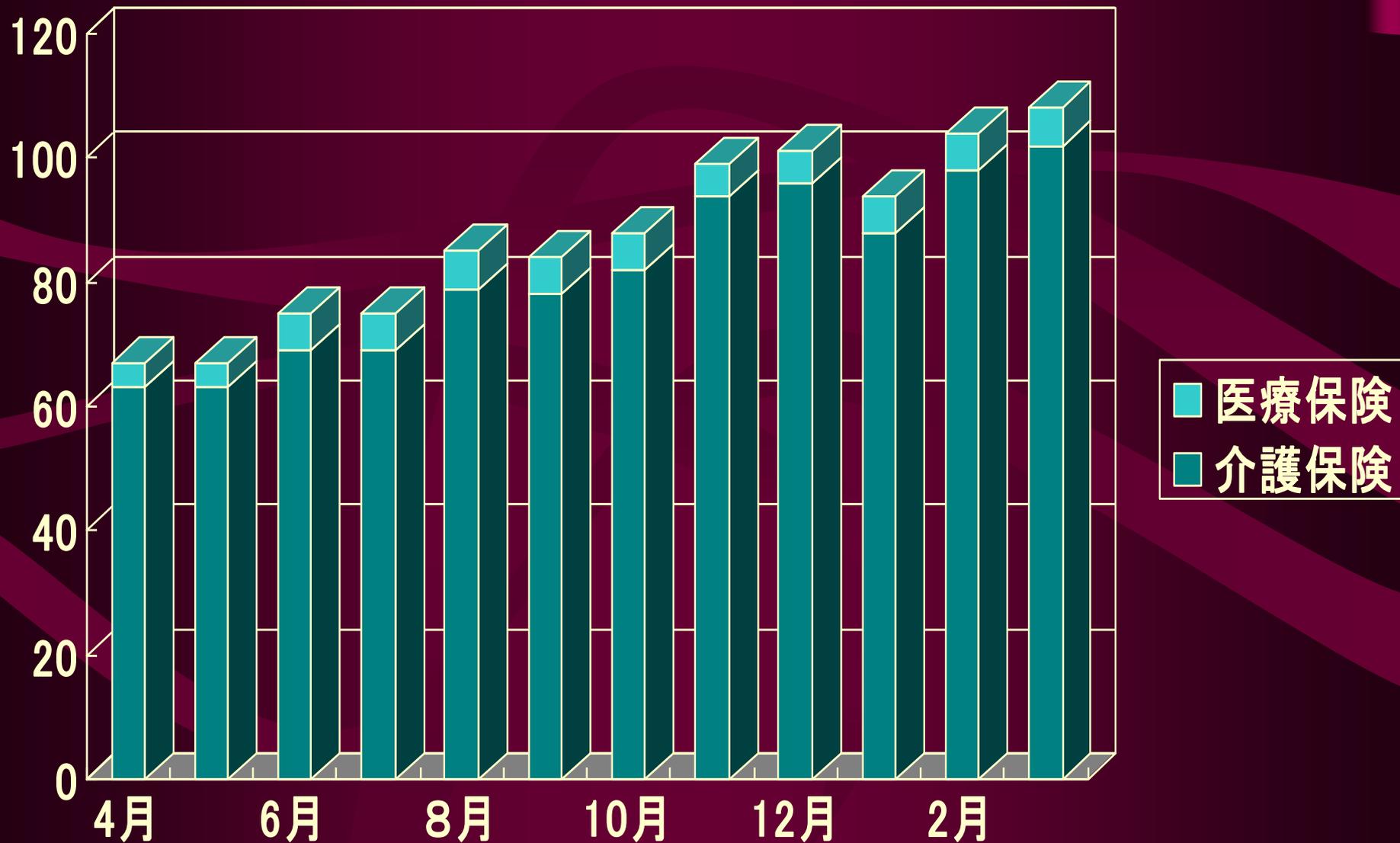
平成12年度(人数)



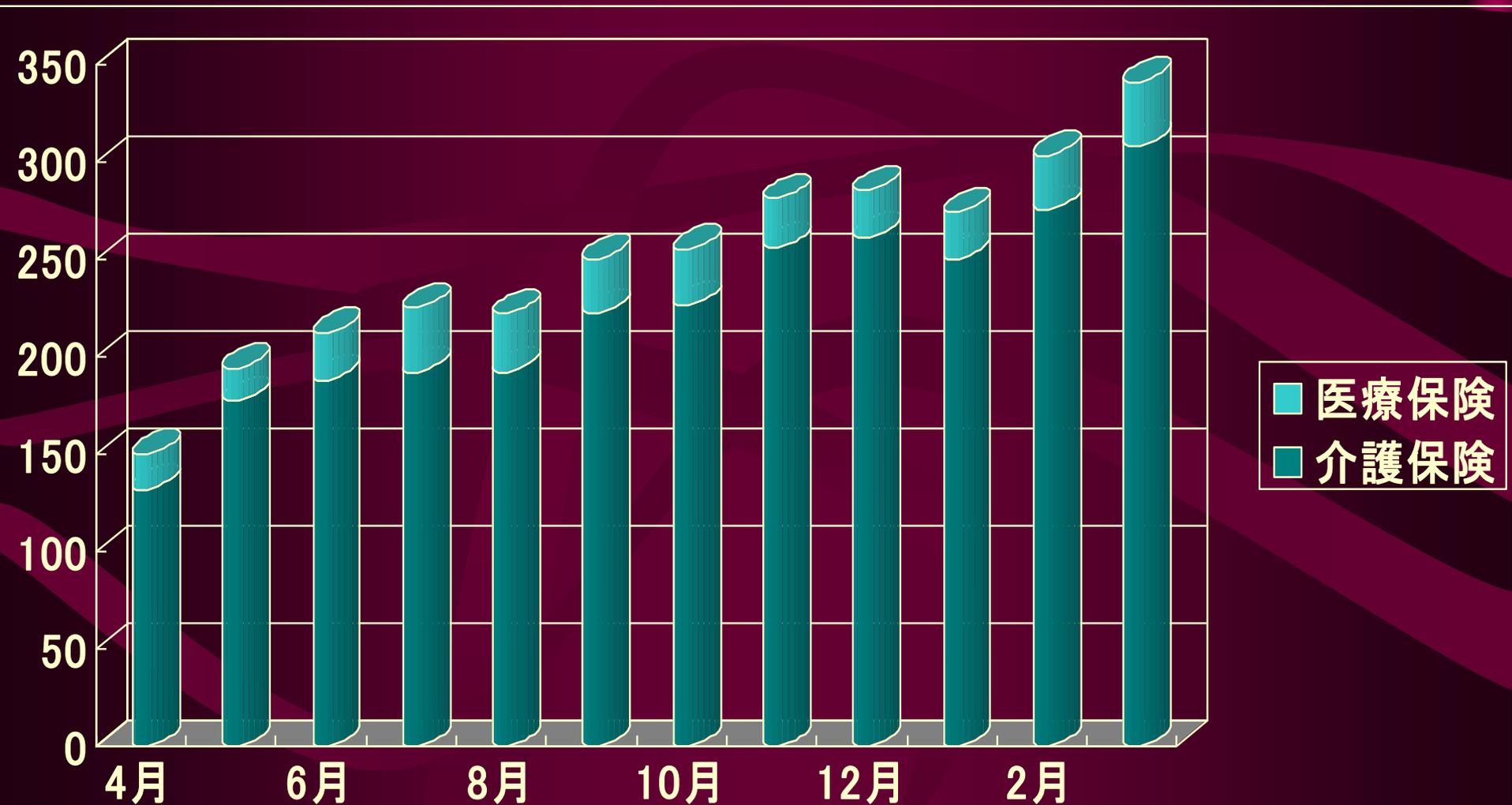
平成12年度(回数)



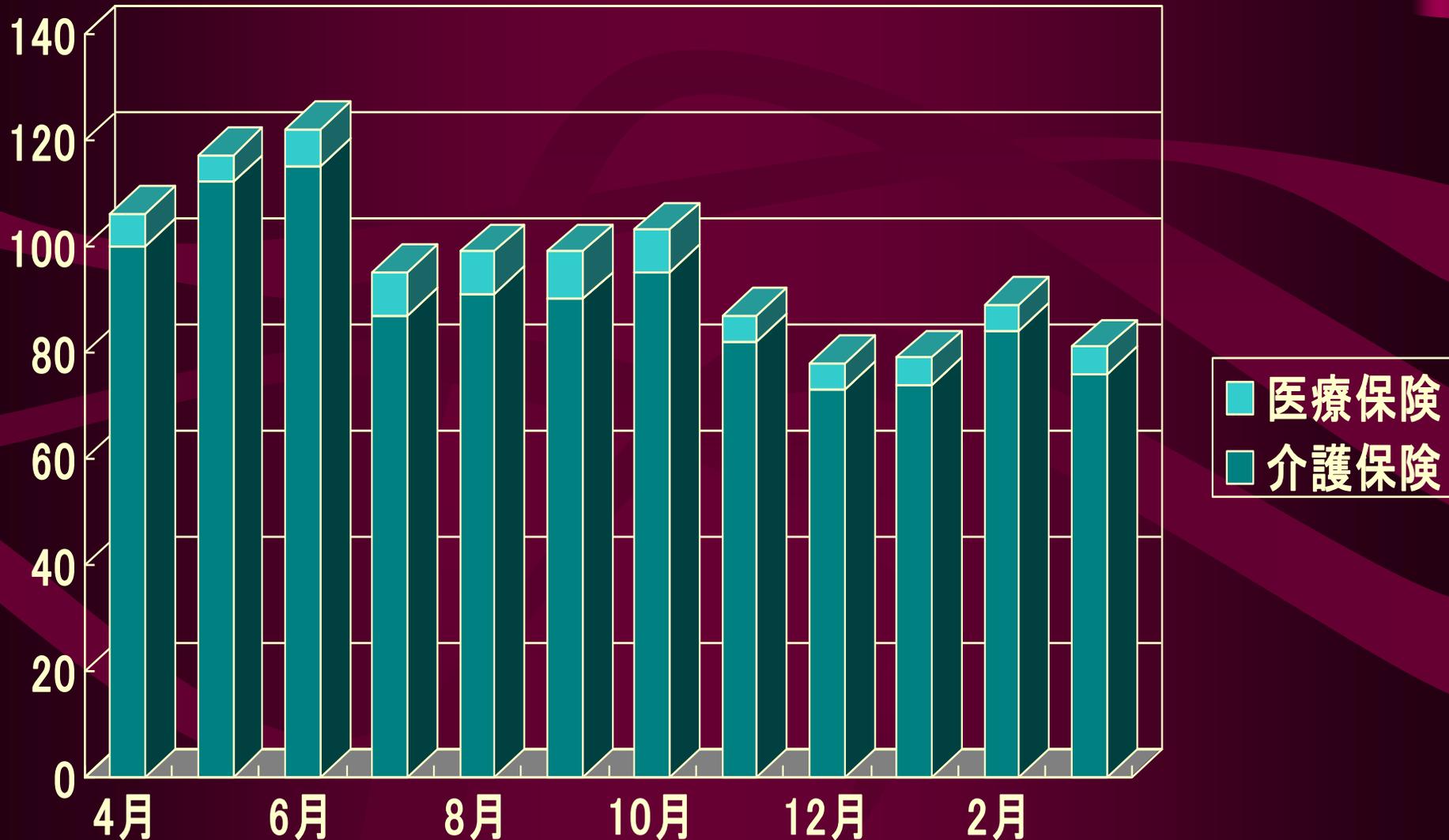
平成13年度(人数)



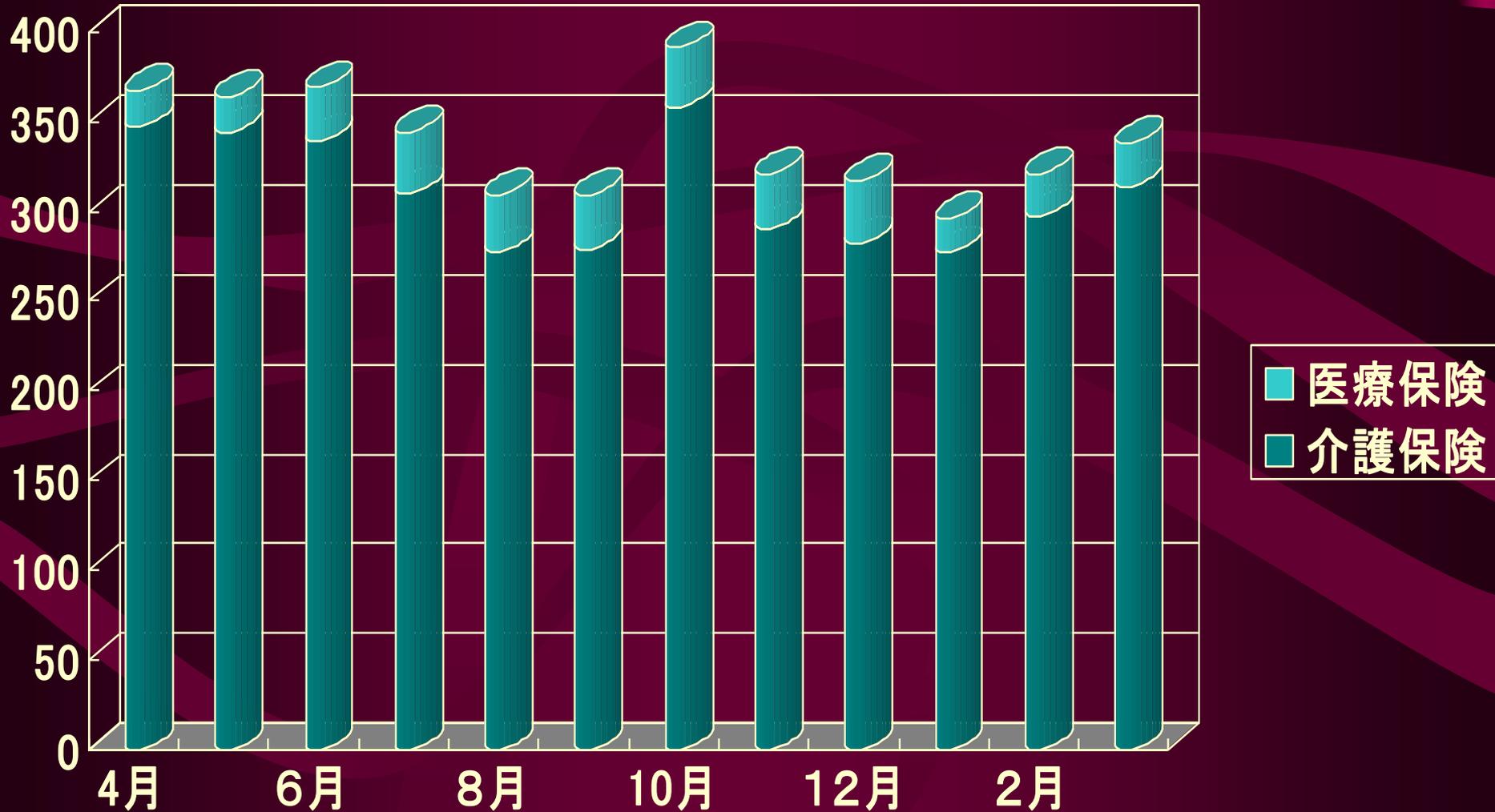
平成13年度(回数)



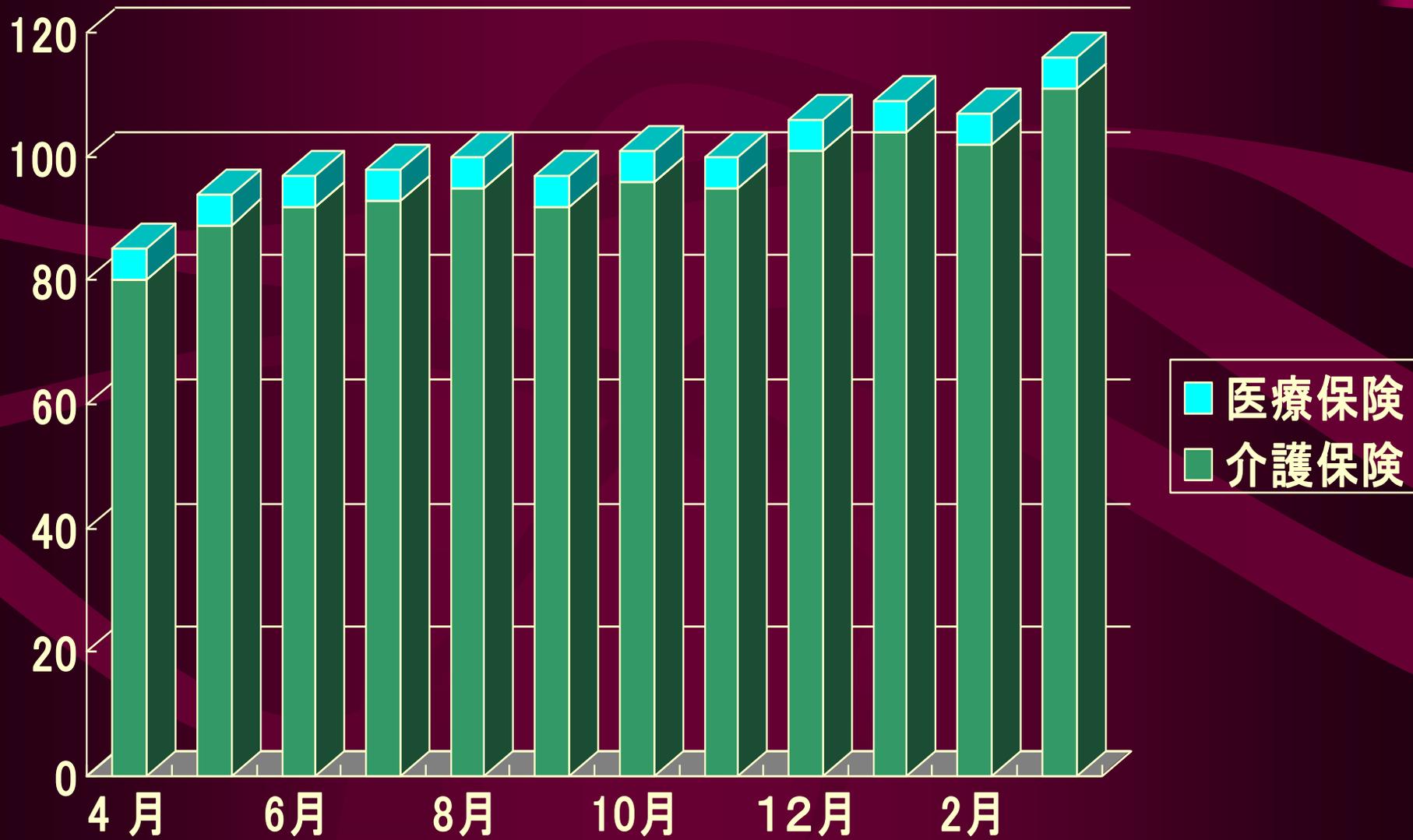
平成14年度(人数)



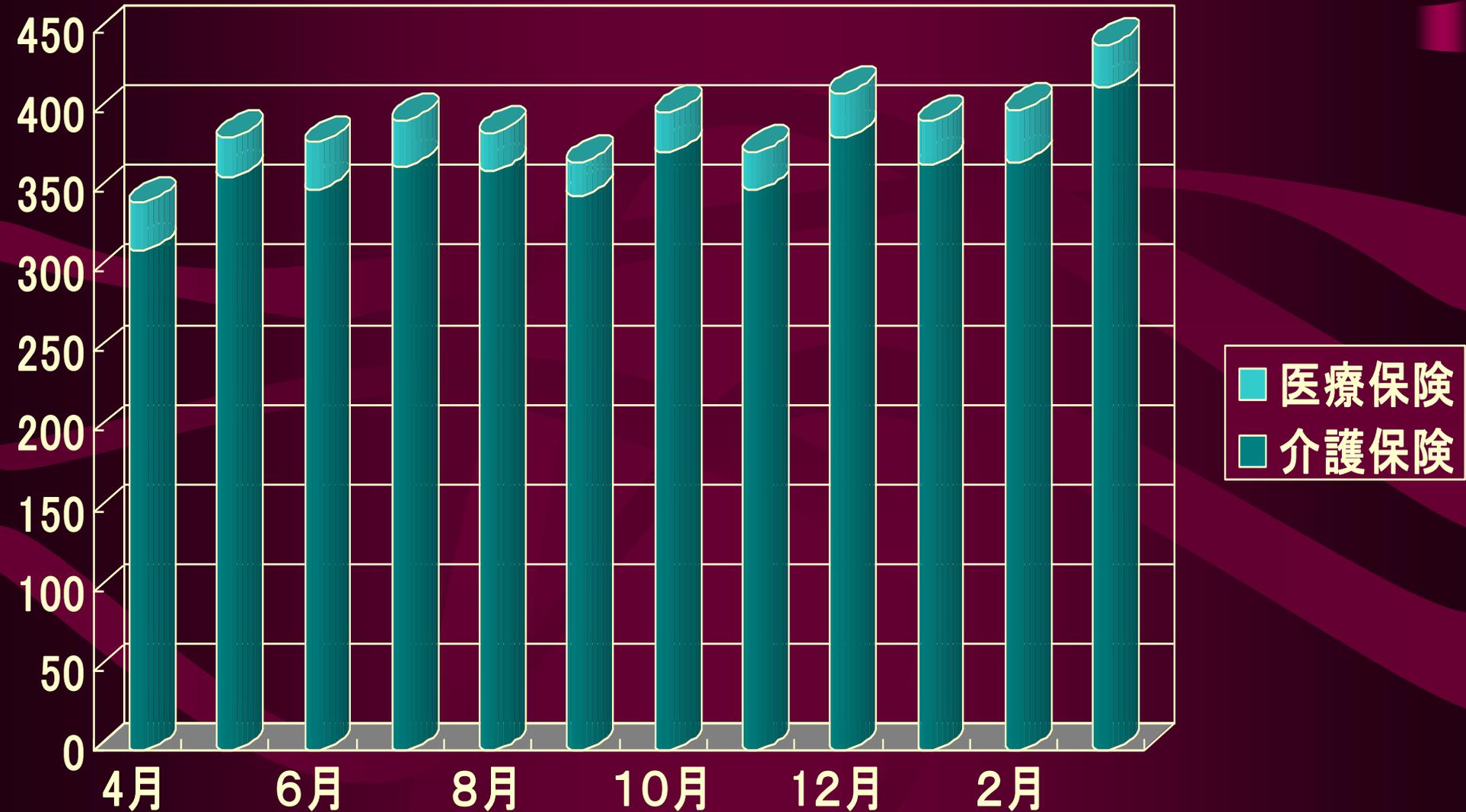
平成14年度(回数)



平成15年度(人数)



平成15年度(回数)



訪問看護統計

PT, OTによる訪問回数は

看護職のその約25分の1

疾患(介護保険)

1. 脳血管障害	93名	7. 廃用性筋萎縮	2名
2. 神経難病	27名	8. 痴呆	2名
3. 変形性関節症	9名	9. 脊損	2名
4. 変形性脊椎症	9名	10. 脳挫傷	1名
5. 骨折後	8名	11. 水俣病	1名
6. RA	4名		

疾患（医療保険）

- | | |
|------------------------|-----|
| 1. 頸損 | 3名 |
| 2. ALS | 3名 |
| 3. 筋ジス | 3名 |
| 4. 糖尿病、小児マヒ
脳挫傷、SCD | 各1名 |

訪問リハビリで何を行うのか？

維持期リハビリ → 生活全般のコーディネート

1. 環境整備、生活空間の拡大
 - ・福祉用具、家屋改造
2. 意欲向上、動機づけ
 - ・介護者も含めたQOLの改善
3. 機能訓練（狭義のリハビリ）
4. 他業種への啓蒙





維持期リハビリ

1. 在宅

- 通院
- 通所リハビリ(診療所、病院、老健)
- 訪問リハビリ
- 短期入所

2. 施設

- 入院(介護療養型医療施設)
- 入所(介護老人保健施設)

維持期リハビリの効果判定

- ADL改善、維持率
- QOLの改善
- 体力、歩行能力
- 障害受容、生活への意欲、
生活の活動性、社会参加

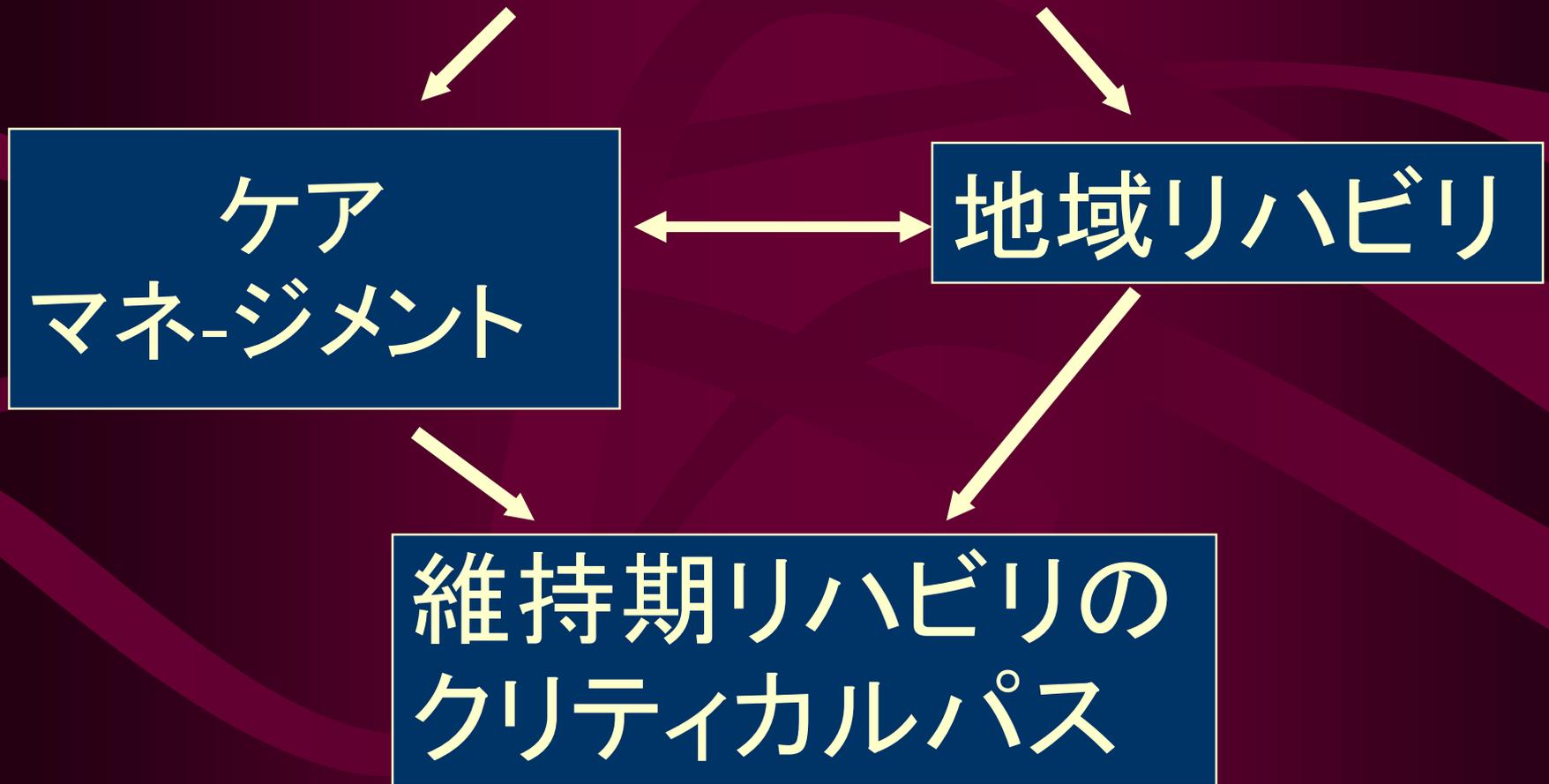
維持期リハビリに終わりはない

- 評価は何を目標におくのか？
- 訪問リハビリから通所リハビリへ
- 訪問リハビリから入院へ

訪問リハビリにおける問題点

- ① アナウンスメント
- ② リハビリ専門職の意識改革と教育
- ③ STによる訪問
- ④ 単価の引き上げと一元化
- ⑤ 医療機関からの指示(書)の一元化
- ⑥ 特定疾患であるが特定疾病ではない疾患(MS, MG, 筋ジス)に対する問題

More For Less



医療の原点は在宅診療である



診療所単独から

在宅チーム医療

医師とケアマネの二重支配

Successful Aging

- 単に寿命を延ばすのではない
- いかに上手に年齢を重ね
- 健康寿命を延ばしQOLを高く保つか