



介護現場における 高齢障害者のリハビリテーション

（「高齢障害者のための介護学」：丸善出版 から抜粋）

令和3年6月26日

医療法人聖生会 理事長 錦見 満

昭和51年 名古屋大学医学部卒業

（名古屋大学第2外科講師、一宮市民病院外科勤務）

平成4年 日進市にて梅森クリニック開設（令和2年閉院）

平成17年 名古屋市天白区にて 介護老人保健施設 リハビリス井の森 開設

令和2年 日進市にて 介護老人保健施設 リハビリス日進
及び なしのきクリニック 開設

本日御出席された方で「高齢障害者のための介護学」：丸善出版 御希望の方には謹呈します。

介護老人保健施設 リハビリス日進 tel 0561-73-5000 事務 藤村まで

基本理念



①要介護高齢者に対する配慮：人が老いるということは、いろいろな能力、権利、財産あるいは家族、友人などの連続的喪失であり、若者と違ってこの様な喪失体験が新しい創造につながりません。また、喪失に対する反応形態として妄想や鬱病という心的過程の異常だけでなく、脳の症状である譫妄を引き起こすのは他の年代にみられない特徴であります。私たちは、要介護高齢者に接するにあたり、医療、看護、介護以前に、連続的喪失環境への配慮と人間の尊厳を遵守することを忘れません。



基本理念

②共感について：私たちは、要介護高齢者と接するにあたり、心性や身体の特徴をふまえ、生活史を知り、更に現在の生活状況进行分析することで、従来の要介護者と援助者の関係とは違った視点を得ることが出来ると考えています。それは、知識技術の方法論ではなく、何らかの治療や訓練という解決を求められていた視点を、角度を変えて要介護者の側からみる作業に切り替えるということです。こうした視点の切り替えにより、これまでとは違ったものが認識できると同時に、要介護者と私たちの間に共感が生まれます。この共感を得ることが私たちの専門的技術の第一歩と考えています。

基本理念



③相互性について：援助に対する要介護者の満足度及び要介護者が援助者に援助を返す程度の評価が必要と考えています。要介護者に一方的に援助をするのではなく、要介護者から何らかの反応（例えば、介助したときにニコッと笑って頂く、握手をしたり、言葉を交わすなど、援助者と要介護者との間でコミュニケーションを持つ事）を得る事をいいます。相互性は安定した健全な関係には欠くことのできない特質であると思います。援助を返す能力がないと抑鬱や依存感情に襲われ、自尊感情の低下をきたします。さらに一方からだけの提供」は、援助者らのburn out（燃え尽き症候群）の原因にもなります。要介護者が相互性を発揮できるように援助する必要があると考えます。相互性を得る為には、専門的には、いろいろな知識、技術が必要です。特に認知症にたいしては、バリデーション、認知療法などいろいろな相互性獲得の為の治療やリハビリテーション、レクリエーションがあります。私共は、相互性を大事にして要介護者との関係、或いは要介護者同士の関係を築くことを大切にし、施設における穏やかな社会生活を目指します。



用語の説明

QOL : Quolity Of Life 人生の質、人として生きる質

ADL : Activity Of Daily Living 日常生活動作

- 1 身体的ADL : (1)寝返り (2)起き上がり (3)座位保持 (4)両足立位保持 (5)歩行 (6)移乗 (7)移動 (8)立ち上がり (9)片足立位保持 (10)入浴洗身
- 2 日課的ADL : (1)嚥下 (2)食事 (3)飲水 (4)排尿 (5)排便 (6)歯磨き (7)洗顔 (8)整髪 (9)爪切り (10)上半身衣着脱 (11)下半身衣着脱
- 3 C (コミュニケーション) ADL : (1)挨拶 (2)活動状況 (3)対人関係 (4)意思決定 (5)視力 (6)聴力 (7)意思伝達 (8)介護者の指示
- 4 記憶理解 : (1)日課の理解 (2)生年月日 (3)面接調査直前事項 (4)自分の名前 (5)季節の理解 (6)月日の把握 (7)曜日の把握 (8)時間の把握 (9)自分のいる場所 (10)服薬 (11)失語 (12)失行失認
- 5 **BPSD**
(認知症行動心理症状) (1)物盗られ妄想 (2)作話 (3)幻視、幻聴 (4)感情不安定 (5)夜間譫妄、夜間不眠、昼夜逆転 (6)暴言、暴行 (7)しつこく同じ話、不快な音を立てる (8)大声を出す (9)徘徊 (10)助言や介護に抵抗 (11)家に帰る」等と言い落ち着きがない (12)一人で部屋まで戻れない (13)一人で外に出たがり目が離せない (14)色々な物を集めたり、無断で持ってくる (15)抑鬱状態 (16)物や衣類を壊したり破いたりする (17)不潔行為、弄便、放尿 (18)異食、過食 (19)極端な記名力低下

身体的ADL、日課的ADL 及び CADL の評価項目



表1-1: 身体的ADL 10項目、満点は40点

項目	レベル1:1点	レベル2:2点	レベル3:3点	レベル4:4点
寝返り	できない	少し介助すればできる	何かに捕まればできる	できる
起き上がり	できない	少し介助すればできる	何かに捕まればできる	できる
座位保持	できない	支えてもらえばできる	自分の手で支えればできる	できる
両足立位保持	できない	少し介助すればできる	何か支えがあればできる	できる
歩行	できない	少し介助すればできる	何かに捕まればできる	できる
移乗	全介助	一部介助	見守り等	自立
移動	全介助	一部介助	見守り等	自立
立ち上がり	できない	少し介助すればできる	何かに捕まればできる	できる
片足立位保持	できない	少し介助すればできる	何か支えがあればできる	できる
入浴洗身	施行なし	全介助	一部介助	自立

表1-2: 日課的ADL 11項目、満点は41点

項目	レベル1:1点	レベル2:2点	レベル3:3点	レベル4:4点
嚥下	できない	見守り等	できる	自立
食事	全介助	一部介助	見守り等	自立
飲水	全介助	一部介助	見守り等	自立
排尿	全介助	一部介助	見守り等	自立
排便	全介助	一部介助	見守り等	自立
歯磨き	口すすぎ	全介助	一部介助	自立
洗顔	全介助	一部介助	自立	
整髪	全介助	一部介助	自立	
爪切り	全介助	一部介助	自立	
上半身衣着脱	全介助	一部介助	見守り等	自立
下半身衣着脱	全介助	一部介助	見守り等	自立

表1-3 CADL 20項目、満点30点

項目	レベル1:1点	レベル2:2点	レベル3:3点	レベル4:4点
挨拶	できない	少しできる	できる	
活動状況	個別不可	個別可	集団部分的可	集団可
対人関係	無反応	攻撃的	介入必要	自立
意思決定	できない	日常的に困難	特別な場合を聞いてできる	できる
視力	判読不能	ほとんど見えない	視力障害あり	普通
聴力	判読不能	ほとんど聞こえない	聴力障害あり	普通
意思伝達	できない	ほとんどできない	時々できる	できる
介護者の指示	通じない	時々通じる	通じる	

統計処理につきましては名古屋大学大学院医学系研究科生物統計学分野、松井茂之教授及び高橋邦彦准教授に御指導を頂きました。

記憶理解、BPSD の評価項目 及び 各群の合計点の内訳

表1-4 記憶理解 20項目、満点36点

項目	レベル1:1点	レベル2:2点	レベル3:3点
日課の理解	できない	少しできる	できる
生年月日を言える	できない	少しできる	できる
面接調査直前事項が思い出せる	できない	少しできる	できる
自分の名前を言える	できない	少しできる	できる
季節の理解	できない	少しできる	できる
月日の把握	できない	少しできる	できる
曜日の把握	できない	少しできる	できる
時間の把握	できない	少しできる	できる
自分のいる場所の把握	できない	少しできる	できる
服薬	全介助	一部介助	自立
失語	ある	少しある	ない
失行失認	ある	少しある	ない

表1-6 各ADL群合計点のLevel分類

レベル	身外的ADL合計点	日課的ADL合計点	CADL合計点	記憶理解合計点	BPSD合計点
レベル1	<18	<17	<17	<20	<50
レベル2	18=< & <25	17=< & <25	17=< & <21	20=< & <25	50=< & <53
レベル3	25=< & <32	25=< & <33	21=< & <25	25=< & <30	53=< & <56
レベル4	32=<	33=<	25=<	30=<	56=<

表1-5 BPSD 19項目、満点57点

項目	レベル1:1点	レベル2:2点	レベル3:3点
物盗られ妄想	ある	時々ある	ない
作話	ある	時々ある	ない
幻視、幻聴	ある	時々ある	ない
泣いたり笑ったり感情不安定	ある	時々ある	ない
夜間不安、夜間不眠、昼夜逆転	ある	時々ある	ない
暴言、暴行	ある	時々ある	ない
しつこく同じ話、不快な音を立てる	ある	時々ある	ない
大声を出す	ある	時々ある	ない
徘徊	ある	時々ある	ない
助言や介護に抵抗	ある	時々ある	ない
「家に帰る」等と言いつち着きがない	ある	時々ある	ない
一人で部屋まで戻れない	ある	時々ある	ない
一人で外に出たがり目が離せない	ある	時々ある	ない
色々な物を集めたり、無断で持ってくる	ある	時々ある	ない
抑鬱状態	ある	時々ある	ない
物や衣類を壊したり喰いたりする	ある	時々ある	ない
不潔行為、弄便、放尿	ある	時々ある	ない
異食、過食	ある	時々ある	ない
極端な記名力低下	ある	時々ある	ない



はじめに:私共の施設運営目的は「ADLの改善」及び「ADLの低下の予防」です。ケアプランに沿った基本介護を中心とした日常業務を遂行することにより利用者の「ADLの改善」「ADLの低下の予防」を得てQOLを高めることを我々の仕事としています。我々の仕事は、利用者の現在の状況を、未来の改善された状況に移すことです。現状の把握の積み重ねこそが、言い換えれば、現状の把握を形に残す事こそ我々の業務の基本です。高齢障害者のケアプランを立てる時の基準は各ADLの評価であり、これを把握しないと現状を形にすることはできません。私共は、平成9年より、エビデンスに基づいた介護を推進してきました（「高齢障害者のための介護学」（丸善出版））

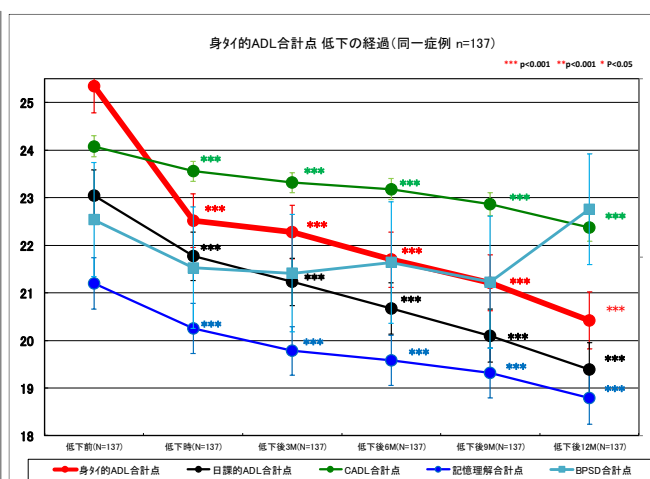
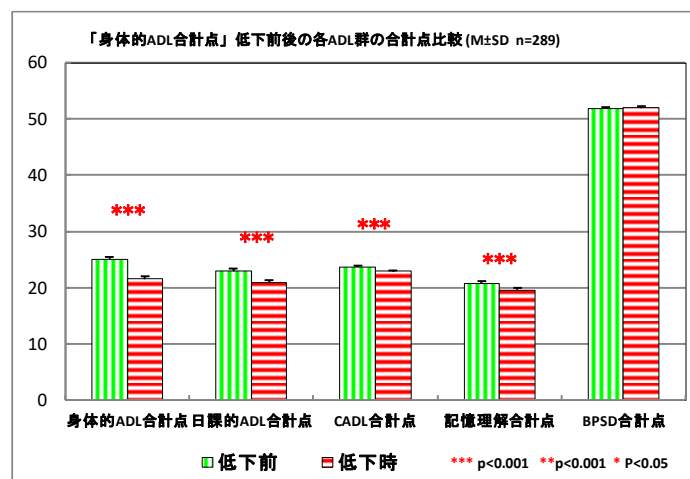
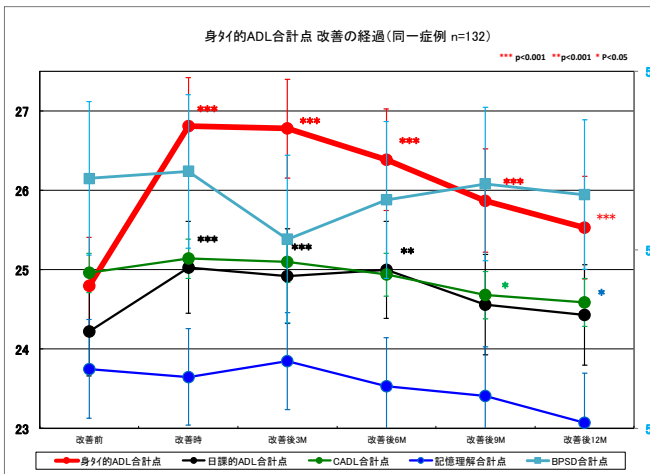
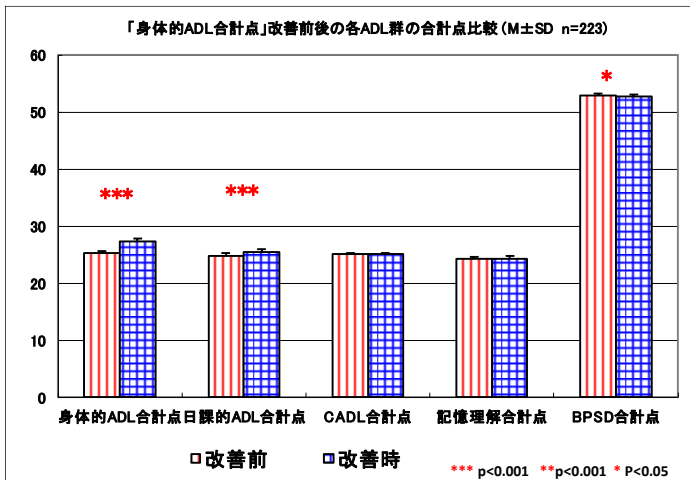
令和3年、厚生労働省は科学的介護情報システム(LIFE)を提唱しました。エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、① エビデンスに基づいた介護の実践 ② 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析 ③ 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進する。

このLIFEシステムは、ADL評価においては私共とほぼ同一であり、エビデンスに基づいた現場の考え方も同じです。異なるのは、各種ADL等の評価をすると介護保険点数が加算されるということです。しかし、厚生労働省が介護保険において、学問的要素に保険点数を加算するのは画期的なことと思います。私共の「高齢障害者のための介護学」は、厚労省始め全国に数百冊謹呈しており、お役に立てたことは間違いないと思います。しかし、LIFEシステムの、具体的分析方法、具体的目的等ははっきりしません。一般には、現場のDATAを統計学的分析をする場合は、医学的論文と同様、研究の責任者、統計の責任者を明確にして我々の同意もとる必要があります。またDATA取得を安定させるためには、各施設での評価の平均化及び現場の技術的能力を一定にする必要があります。私共も評価及び現場の能力を安定したものにするのに数年かかりました。こういった事に関して、評価をする我々に具体的な説明が必要、また学問的妥当性を証明する必要があると考えます。厚労省、宜しく願います。



身体的ADL の改善低下

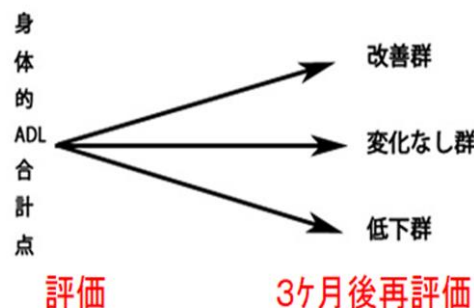
低下は289例、改善は223例でした。低下は大きく広く、改善は小さく狭い範囲です。身体的ADLが改善した場合、改善後1年の時点でも改善された状態は継続しています。



身体的ADL合計点改善前後の各ADL群合計点との相関係数				
	日課的ADL合計点	CADL合計点	記憶理解合計点	BPSD合計点
改善前相関係数	0.806	0.457	0.47	0.026
改善時相関係数	0.817	0.489	0.479	-0.06

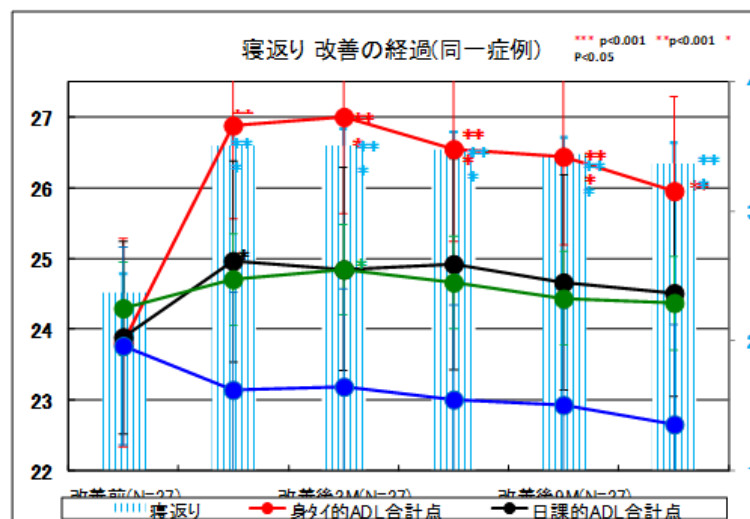
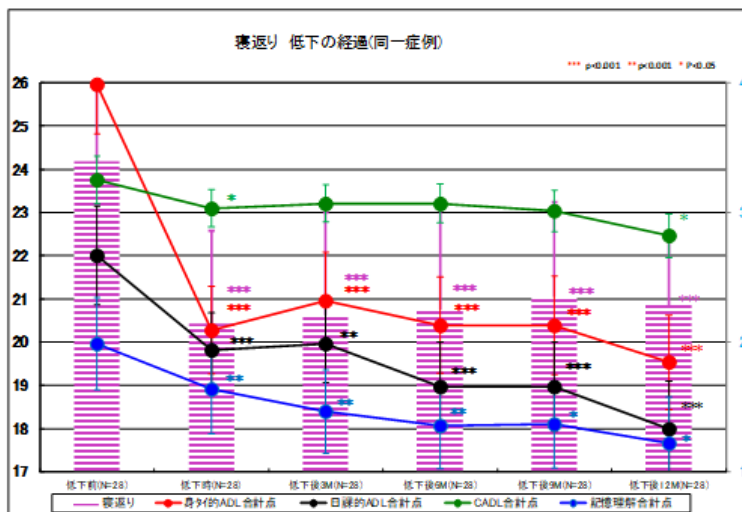
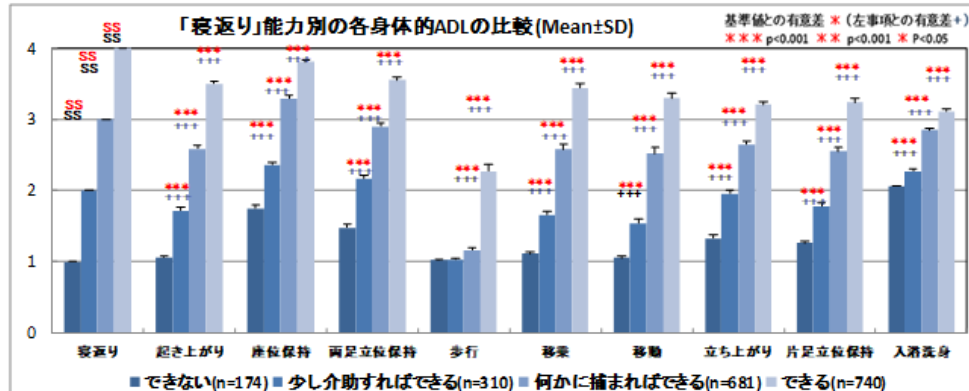
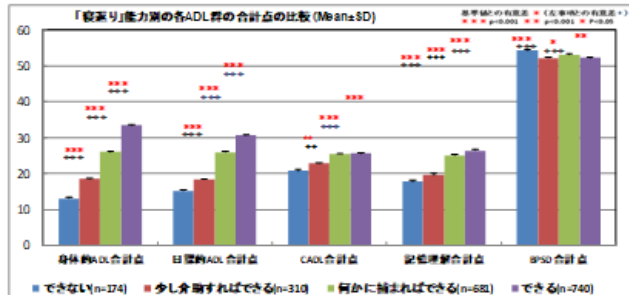
身体的ADL合計点低下前後の各ADL群合計点との相関係数				
	日課的ADL合計点	CADL合計点	記憶理解合計点	BPSD合計点
低下前相関係数	0.822	0.429	0.463	-0.04
低下時相関係数	0.821	0.456	0.453	-0.073

3ヶ月毎の各ADL群の評価





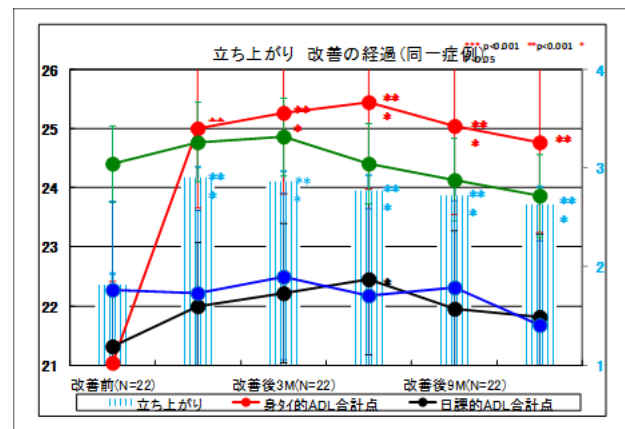
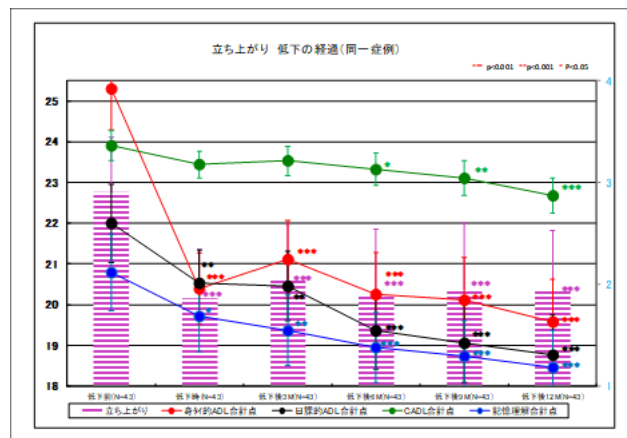
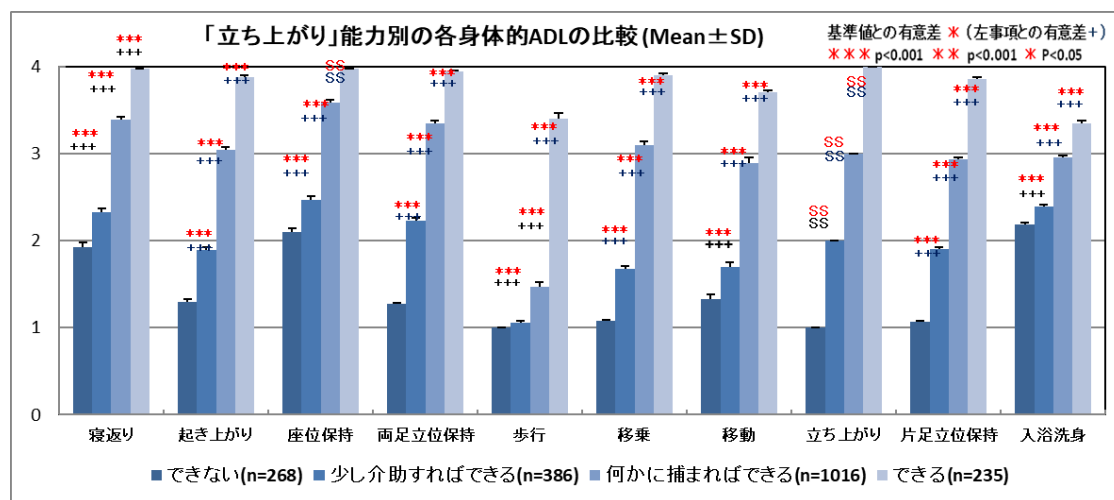
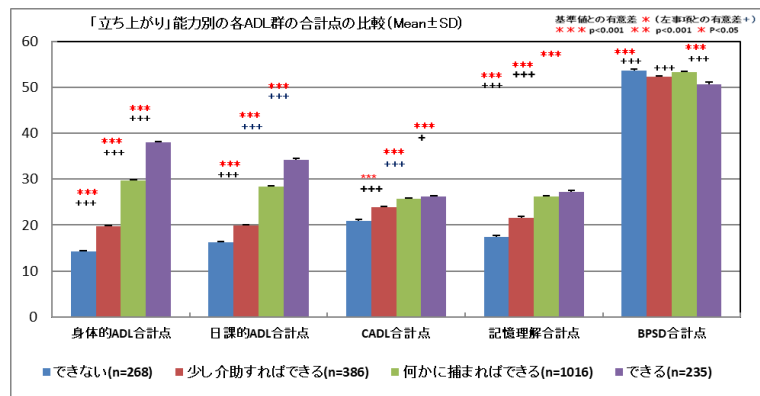
寝返り



利用者の寝返り時の観察ポイント

- ①頭を持ち上げ(頭位で動作始動)、膝を立てて保持することができるか？
- ②頭を持ち上げ、寝返る方向に顔を動かすことができるか？
- ③身体をひねる動作ができるか？
- ④(肩を浮かす)腕を伸ばし、柵を掴むことができるか？ この時に患側の方が前に出ているかどうか？

立ち上がり



立ち上がりでは

- ・ 始動作で、頭部前屈ができていないか？
- ・ 両足に体重を乗せているか（腕の力だけに頼っていないか）？
- ・ 前傾姿勢はとれているか？
- ・ 殿部を浮かす事ができるか？
- ・ 背すじは伸びているか？
- ・ 体を斜めに使えるかどうか？

座り込み（着座）では...

- ・ 頸部を前屈、体幹を前傾させ、ゆっくりと行なえるか？
- （勢いよく座っていないか）
- ・ 体幹の働き、体幹前傾、姿勢保持はできているか？
- ・ 体を斜めに使えるかどうか？



各身体的ADLの改善

身体的ADL合計点の改善した例数の順位					身体的ADL合計点の改善した値の順位						
順位	項目		各ADL改善例数	左の内身体的ADL合計点の改善した例数	身体的ADL合計点の改善値	順位	項目		各ADL改善例数	左の内身体的ADL合計点の改善した例数	身体的ADL合計点の改善値
1	移動改善		71	66	2.36	1	立ち上がり改善		42	39	3.88
2	座位保持改善		65	64	2.79	2	片足立位保持改善		35	31	3.86
3	移乗改善		55	51	3.11	3	両足立位保持改善		47	45	3.72
4	起き上がり改善		47	45	2.91	4	入浴洗身改善		20	19	3.55
5	両足立位保持改善		47	45	3.72	5	歩行改善		18	18	3.55
6	立ち上がり改善		42	39	3.88	6	寝返り改善		38	36	3.18
7	寝返り改善		38	36	3.18	7	移乗改善		55	51	3.11
8	排尿改善		51	32	1.52	8	服薬改善		10	6	3
9	片足立位保持改善		35	31	3.86	9	起き上がり改善		47	45	2.91
10	排便改善		47	31	1.62	10	座位保持改善		65	64	2.79
11	下半身衣着脱改善		61	30	1.13	11	移動改善		71	66	2.36
12	上半身衣着脱改善		49	26	1.12	12	洗顔改善		14	8	1.72
13	活動状況改善		70	24	0.57	13	排便改善		47	31	1.62
14	入浴洗身改善		20	19	3.55	14	排尿改善		51	32	1.52
15	歩行改善		18	18	3.55	15	意思伝達改善		28	11	1.5
16	食事改善		44	17	0.97	16	飲水改善		36	16	1.28
17	飲水改善		36	16	1.28	17	失語改善		11	6	1.27
18	意思決定改善		48	15	-0.04	18	下半身衣着脱改善		61	30	1.13
19	夜間譫妄、夜間不眠		67	15	-0.83	19	上半身衣着脱改善		49	26	1.12
20	月日の把握改善		42	14	0.33	20	介護者の指示改善		18	11	1
21	曜日の把握改善		44	14	0.68	21	食事改善		44	17	0.97
22	助言や介護に抵抗改善		74	14	-1.57	22	生年月日改善		27	12	0.89
23	日課の理解改善		45	13	0.05	23	対人関係改善		30	12	0.73
24	時間の把握改善		35	13	0.15	24	曜日の把握改善		44	14	0.68
25	対人関係改善		30	12	0.73	25	自分の名前改善		13	3	0.61
26	生年月日改善		27	12	0.89	26	活動状況改善		70	24	0.57
27	面接調査直前事項改善		39	12	0.49	27	爪切り改善		9	3	0.56
28	季節の理解改善		39	12	-0.18	28	面接調査直前事項改善		39	12	0.49
29	意思伝達改善		28	11	1.5	29	月日の把握改善		42	14	0.33
30	介護者の指示改善		18	11	1	30	整髪改善		19	7	0.32



各身体的ADLの低下

身体的ADL合計点の低下した例数の順位

順位	項目	各ADL低下例数	左の内身体的ADL合計点の低下した例数	身体的ADL合計点の低下値
1	立ち上がり低下	106	102	-6.15
2	座位保持低下	99	93	-5.08
3	片足立位保持低下	94	91	-6.71
4	移乗低下	93	90	-6.58
5	起き上がり低下	94	89	-5.93
6	両足立位保持低下	89	87	-6.83
7	移動低下	83	78	-6.13
8	食事低下	123	77	-3.28
9	寝返り低下	75	73	-6.6
10	上半身衣着脱低下	87	63	-4.85
11	下半身衣着脱低下	94	62	-4.62
12	入浴洗身低下	61	60	-6.59
13	飲水低下	88	56	-3.42
14	活動状況低下	112	53	-1.98
15	失語低下	75	47	-2.83
16	意思伝達低下	83	46	-2.74
17	排尿低下	69	41	-4.19
18	整髪低下	53	40	-5.13
19	洗顔低下	56	39	-4.28
20	歩行低下	39	38	-7.75
21	排便低下	59	38	-4.96
22	意思決定低下	99	36	-1.73
23	歯磨き低下	58	34	-3.67
24	生年月日低下	68	30	-1.69
25	時間の把握低下	77	30	-2.32
26	介護者の指示低下	56	29	-2.71
27	嚥下低下	48	27	-3.89
28	対人関係低下	55	27	-2.78
29	季節の理解低下	75	26	-1.85
30	夜間譫妄、夜間不眠	62	26	-1.72

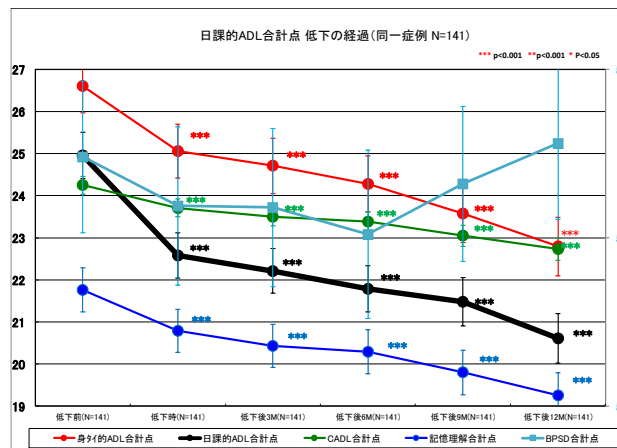
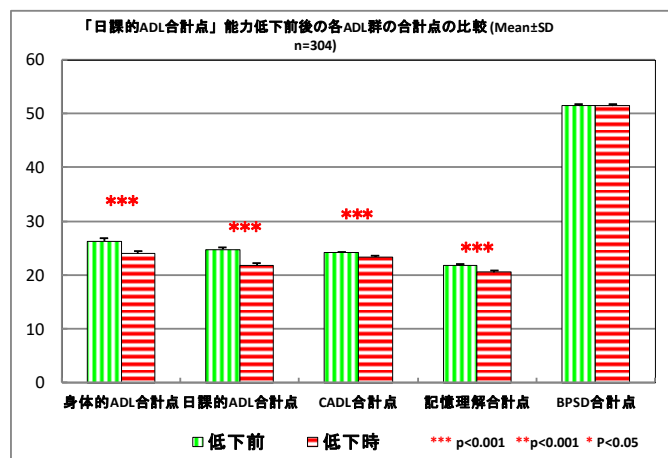
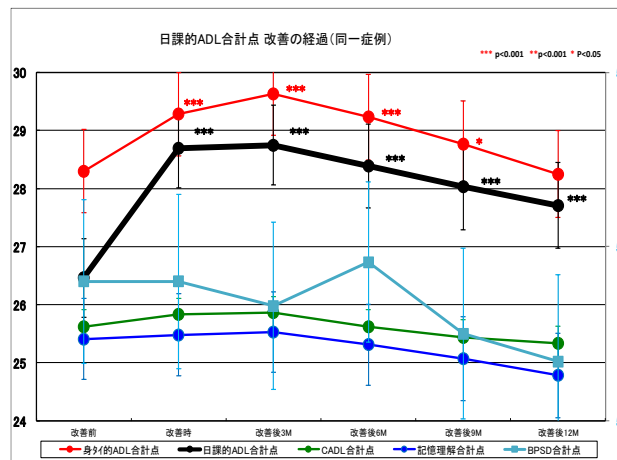
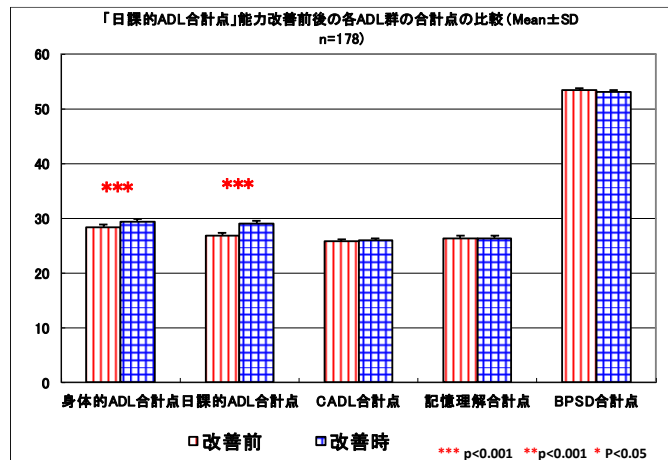
身体的ADL合計点の低下した値の順位

順位	項目	各ADL低下例数	左の内身体的ADL合計点の低下した例数	身体的ADL合計点の低下値
1	歩行低下	39	38	-7.75
2	両足立位保持低下	89	87	-6.83
3	片足立位保持低下	94	91	-6.71
4	寝返り低下	75	73	-6.6
5	入浴洗身低下	61	60	-6.59
6	移乗低下	93	90	-6.58
7	立ち上がり低下	106	102	-6.15
8	移動低下	83	78	-6.13
9	起き上がり低下	94	89	-5.93
10	整髪低下	53	40	-5.13
11	座位保持低下	99	93	-5.08
12	爪切り低下	9	5	-5
13	排便低下	59	38	-4.96
14	上半身衣着脱低下	87	63	-4.85
15	下半身衣着脱低下	94	62	-4.62
16	洗顔低下	56	39	-4.28
17	排尿低下	69	41	-4.19
18	嚥下低下	48	27	-3.89
19	歯磨き低下	58	34	-3.67
20	服薬低下	30	21	-3.5
21	飲水低下	88	56	-3.42
22	食事低下	123	77	-3.28
23	日課の理解低下	49	17	-2.92
24	失語低下	75	47	-2.83
25	対人関係低下	55	27	-2.78
26	意思伝達低下	83	46	-2.74
27	介護者の指示低下	56	29	-2.71
28	幻視、幻聴低下	16	9	-2.56
29	面接調査直前事項低下	56	23	-2.54
30	自分のいる場所低下	53	22	-2.34

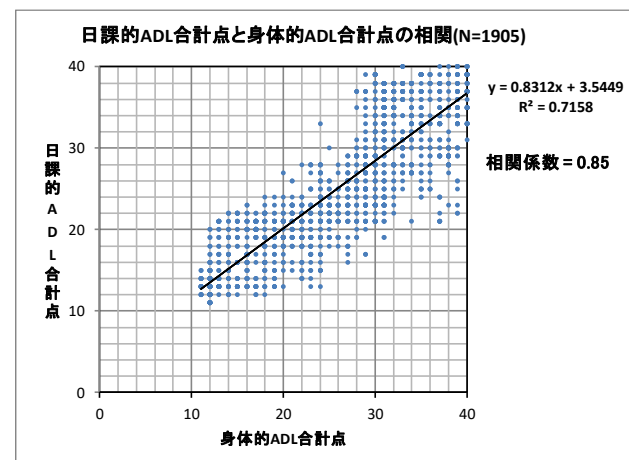
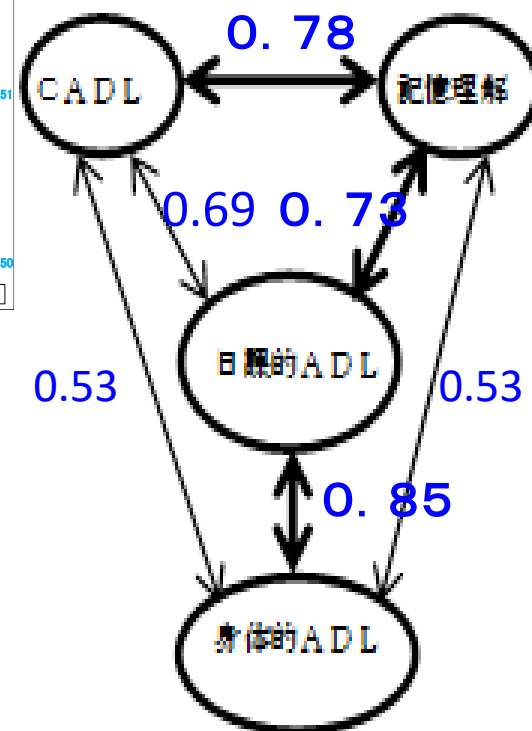




日課的ADLの改善と低下



各ADL群間の相関



低下は大きく広く、改善は小さく狭い。低下の予防は重要。日課的ADL合計点は、身体的ADL合計点及び記憶理解合計点と強い相関があります。日課的ADLは、各ADL群を結び付ける役目があります。

日課的ADL合計点の改善



日課的ADL合計点の改善した例数の順位				
順位	項目	各ADL改善例数	左の内日課的ADL合計点の改善した例数	日課的ADL合計点の改善値
1	下半身衣着脱改善	61	58	2.44
2	排尿改善	51	50	3.22
3	排便改善	47	46	3.22
4	上半身衣着脱改善	49	42	2.76
5	移動改善	71	37	1.24
6	食事改善	44	37	2.03
7	飲水改善	36	34	2.2
8	移乗改善	55	30	1.46
9	座位保持改善	65	25	0.83
10	歯磨き改善	23	20	2.48
11	両足立位保持改善	47	18	0.55
12	日課の理解改善	45	18	0.51
13	整髪改善	19	18	2.48
14	立ち上がり改善	42	16	0.79
15	寝返り改善	38	16	0.76
16	活動状況改善	70	16	0.16
17	起き上がり改善	47	15	0.66
18	意思決定改善	48	15	0.22
19	時間の把握改善	35	15	0.2
20	対人関係改善	30	15	1.2
21	面接調査直前事項改善	39	14	0.56
22	洗顔改善	14	14	3.35
23	助言や介護に抵抗改善	74	13	-1.11
24	季節の理解改善	39	13	0.23
25	片足立位保持改善	35	12	0.4
26	入浴洗身改善	20	11	1.25
27	歩行改善	18	11	1.5
28	曜日の把握改善	44	11	0.14
29	月日の把握改善	42	10	-0.02
30	生年月日改善	27	10	0.49

日課的ADL合計点の改善した値の順位				
順位	項目	各ADL改善例数	左の内日課的ADL合計点の改善した例数	日課的ADL合計点の改善値
1	嚥下改善	11	10	3.36
2	洗顔改善	14	14	3.35
3	排尿改善	51	50	3.22
4	排便改善	47	46	3.22
5	上半身衣着脱改善	49	42	2.76
6	整髪改善	19	18	2.48
7	歯磨き改善	23	20	2.48
8	下半身衣着脱改善	61	58	2.44
9	飲水改善	36	34	2.2
10	食事改善	44	37	2.03
11	歩行改善	18	11	1.5
12	聴力改善	4	2	1.5
13	移乗改善	55	30	1.46
14	爪切り改善	9	9	1.34
15	入浴洗身改善	20	11	1.25
16	移動改善	71	37	1.24
17	対人関係改善	30	15	1.2
18	服薬改善	10	6	1
19	座位保持改善	65	25	0.83
20	立ち上がり改善	42	16	0.79
21	寝返り改善	38	16	0.76
22	起き上がり改善	47	15	0.66
23	面接調査直前事項改善	39	14	0.56
24	両足立位保持改善	47	18	0.55
25	日課の理解改善	45	18	0.51
26	生年月日改善	27	10	0.49
27	抑鬱状態改善	17	5	0.41
28	片足立位保持改善	35	12	0.4
29	自分のいる場所改善	25	7	0.32
30	自分の名前改善	13	3	0.31

日課的ADL合計点の低下



日課的ADL合計点の低下した例数の順位					日課的ADL合計点の低下した値の順位				
順位	項目	各ADL低下例数	左の内日課的ADL合計点の低下した例数	日課的ADL合計点の低下値	順位	項目	各ADL低下例数	左の内日課的ADL合計点の低下した例数	日課的ADL合計点の低下値
1	食事低下	123	119	-3.9	1	排便低下	59	58	-6.67
2	下半身衣着脱低下	94	92	-5.27	2	爪切り低下	9	9	-6.45
3	飲水低下	88	87	-4.49	3	整髪低下	53	50	-6.29
4	上半身衣着脱低下	87	82	-5.41	4	排尿低下	69	68	-5.87
5	排尿低下	69	68	-5.87	5	洗顔低下	56	54	-5.82
6	移乗低下	93	66	-4.3	6	上半身衣着脱低下	87	82	-5.41
7	片足立位保持低下	94	65	-3.97	7	下半身衣着脱低下	94	92	-5.27
8	立ち上がり低下	106	63	-3.39	8	歩行低下	39	27	-4.87
9	起き上がり低下	94	62	-3.48	9	歯磨き低下	58	56	-4.83
10	両足立位保持低下	89	60	-3.9	10	飲水低下	88	87	-4.49
11	移動低下	83	58	-4.13	11	嚥下低下	48	43	-4.39
12	排便低下	59	58	-6.67	12	移乗低下	93	66	-4.3
13	座位保持低下	99	56	-3.05	13	移動低下	83	58	-4.13
14	歯磨き低下	58	56	-4.83	14	片足立位保持低下	94	65	-3.97
15	活動状況低下	112	55	-1.97	15	入浴洗身低下	61	49	-3.9
16	意思伝達低下	83	54	-2.8	16	食事低下	123	119	-3.9
17	洗顔低下	56	54	-5.82	17	両足立位保持低下	89	60	-3.9
18	整髪低下	53	50	-6.29	18	服薬低下	30	24	-3.8
19	寝返り低下	75	49	-3.74	19	寝返り低下	75	49	-3.74
20	入浴洗身低下	61	49	-3.9	20	日課の理解低下	49	23	-3.71
21	失語低下	75	48	-2.11	21	起き上がり低下	94	62	-3.48
22	意思決定低下	99	44	-1.98	22	立ち上がり低下	106	63	-3.39
23	嚥下低下	48	43	-4.39	23	自分のいる場所低下	53	27	-3.17
24	時間の把握低下	77	38	-2.59	24	座位保持低下	99	56	-3.05
25	生年月日低下	68	35	-2.33	25	介護者の指示低下	56	30	-2.85
26	季節の理解低下	75	32	-2	26	対人関係低下	55	29	-2.82
27	月日の把握低下	78	32	-2.18	27	意思伝達低下	83	54	-2.8
28	介護者の指示低下	56	30	-2.85	28	曜日の把握低下	66	30	-2.63
29	助言や介護に抵抗低下	84	30	-0.85	29	時間の把握低下	77	38	-2.59
30	面接調査直前事項低下	56	30	-2.52	30	面接調査直前事項低下	56	30	-2.52

PCR(polymerase chain reaction)は、核酸サンプルの特定領域を数百万～数十億倍に増幅させる反応技術です。新型コロナウイルスの同定検査にも使われています。PCRは30年以上前からある検査方法で、ヨーロッパの各国では1日20～50万件されています。PCR検査機器はフランスの会社が販売していますが、製造は日本の会社です。made in Japanの検査機器は、全自動で1日1000件の測定が可能です。プール検査を導入すれば1日5000人の検査が可能です。新型コロナウイルス感染症も含め、疾患の検査にはその精度を検証する必要があります。その指標として感度、特異度、陽性的中率などがあります。感度はその病気に罹患している人の中で、検査で陽性になった人の割合、特異度は病気に罹患していない人の中で、検査で陰性になった人の割合、陽性的中率は検査で陽性の人の中で実際にその病気に罹患している人の割合です。以下の仮想例(罹患率10%、感度70%、特異度99%)を想定して、具体的な計算法を記載します。

	罹患している人	罹患していない人
検査で陽性(+)	70人	9人
検査で陰性(?)	30人	891人
合計	100人	900人

検査を受けた人1000人あたりの罹患者を100人(罹患率10%)とした場合、罹患している人のうち検査で陽性となるのは、 $100 \times 0.7 = 70$ 人、罹患していない人で検査が陽性となるのは、 $900 \times (1 - 0.99) = 9$ 人、となります。この場合、陽性的中率は、 $70 / (70 + 9) = 0.89$ となります。つまり、検査を受けた人のうち、真の罹患者は、89%ということになります。

新型コロナウイルス対策ー開業医の立場から



行政：感染初期から隔離までの日数を極力減らす

市民：Social Distance ＋ マスク使用 ＋

アルコールによる手洗（＋3蜜の禁）

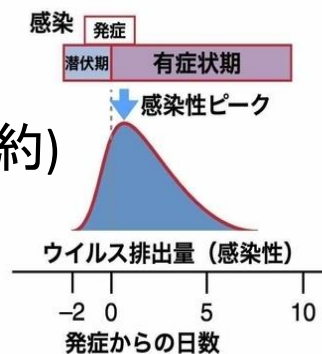
指定医療機関には医療用マスクの供給（SIOSH規約）

Rt(実効再生算数)：1以下ならば感染は収束する

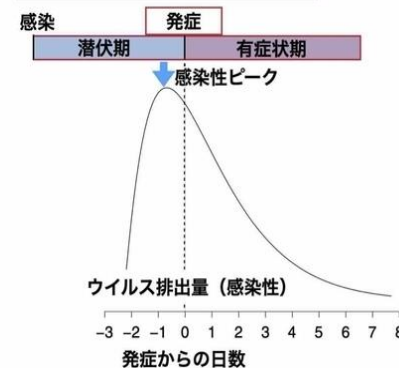
$$R = K^2(L \times D) + K(L + D) + 1,$$

where L is the average latent period, D the average latent infectious period, K the logarithmic growth rate of the case counts as reported by China CDC. This form of R is appropriate

季節性インフルエンザ



新型コロナウイルス感染症



①新型コロナウイルス感染状況を評価して対策を立てる（リスク評価→リスク対策→結果分析及び再評価 の繰り返し）。評価するのに最適な指標の一つは実効再生算数で、これを利用すれば、少なくとも2週間後の感染状況を想定できます。また対策の目標を設定することで、次の評価が容易になり、より具体的対応をとる事が出来ます。評価、それに基づく予測及び対応を国民に説明して協力を要請すべきと考えます。

②PCRを誰にするのか、そのシステムを国民に説明して協力を要請する。濃厚接触者の定義、接触期間、管理システム等の説明情報を国民にすべきです。判断基準を国民におくべきです。

③重傷者入院、中軽症者入院、隔離施設及び自宅隔離について：自宅隔離を明確な規則に基づいて施行すれば入院を守る大きな余力になります。隔離施設及び自宅隔離に医療を導入すれば極めて効果的と考えます。保健所中心から開業医中心に転換すべきと考えます。

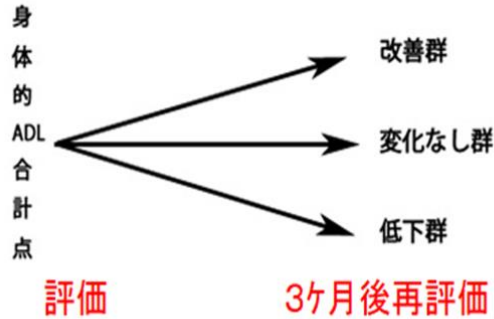
④医療専門分科会は、覚悟を持って、医療についての評価対応を国民に知らせるべきです。

⑤ダイヤモンドプリンセスの一件も含めて新型コロナウイルス感染対策は、誰が責任者か不明瞭です。責任者誰ですかと言いたいのです。これは、責任を追及するためではなくリスク評価→リスク対策→結果分析及び再評価 を明確にし、国民に情報提供するためです。

⑥命のpriorityは、年齢で決めるものでもなく、医師が決めるものでもない。

改善前群 + 変化無前群(1群) と低下前群(2群) の評価前の分析(線形判別分析による多変量解析)

3ヶ月毎の各ADL群の評価



例数一覧(判別クロス表)

判別式の値	1群例数	2群例数	全体例数
0以上	P1	N1	P1+N1
0未満	P2	N2	P2+N2
全体例数	P1+P2	N1+N2	

$$1群的中率 = (P1 \div (P1+N1)) \times 100$$

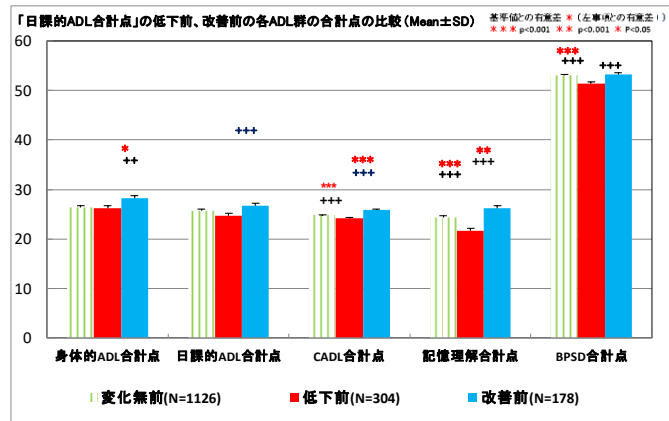
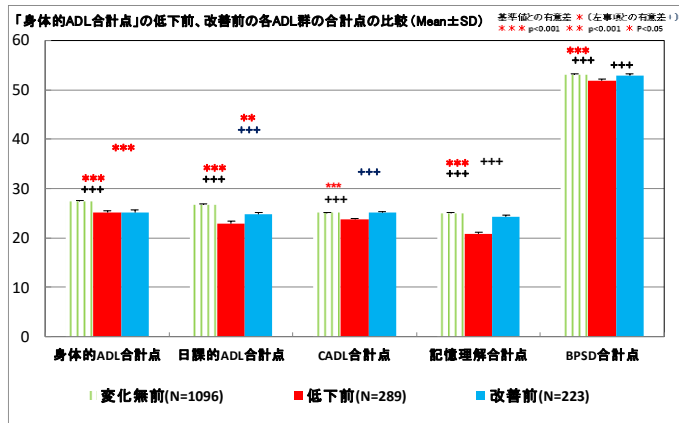
$$2群的中率 = (N2 \div (P2+N2)) \times 100$$

$$1群予測度 = (P1 \div (P1+P2)) \times 100$$

$$2群予測度 = (N2 \div (N1+N2)) \times 100$$

$Y = -0.281 \times [\text{対人関係}] + 0.601 \times [\text{介護者の指示}] - 0.152 \times [\text{生年月日}] + 0.332 \times [\text{面接調査直前事項}] + 0.259 \times [\text{月日の把握}] + 0.17 \times [\text{極端な記名力低下}] - 1.603$

 (上記の式の値が、+であれば1群、-であれば2群と判別できる)



的中度

1群	90.2%
2群	27.2%

予測度

1群	58.2%
2群	71.3%

$Y = 0.127 \times [\text{移動}] - 0.352 \times [\text{食事}] - 0.182 \times [\text{歯磨き}] + 0.492 \times [\text{介護者の指示}] + 0.373 \times [\text{日課の理解}] + 0.283 \times [\text{季節の理解}] - 1.089$

 (上記の式の値が、+であれば1群、-であれば2群と判別できる)

的中度

1群	88.2%
2群	26.0%

予測度

1群	54.4%
2群	68.8%

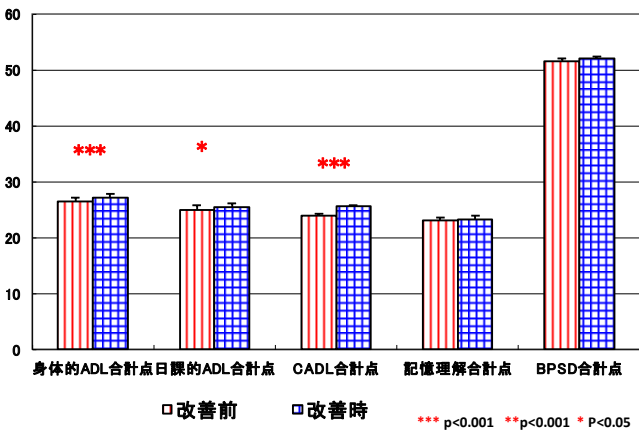




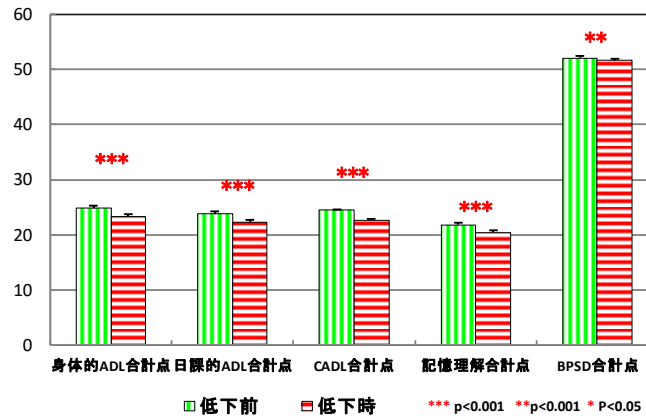
CADLの 改善と低下

CADLが改善すると
身体的ADL及び日課
的ADLも改善するの
は興味深い。また
CADLが低下すると
全てのADL群が低下
する。CADLの低下
は影響力が極めて
大きく、CADLの低下
予防は重要。

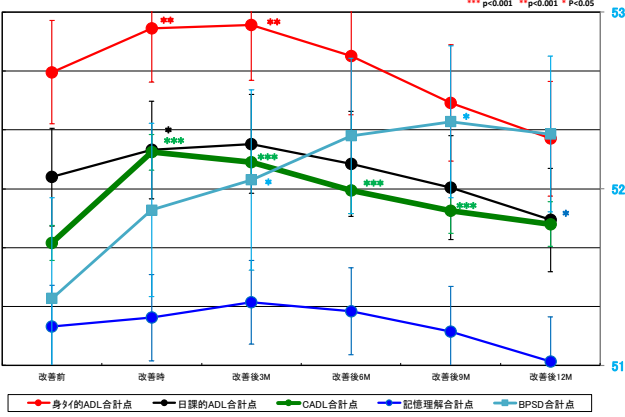
「CADL合計点」能力改善前後の各ADL群の合計点の比較 (Mean±SD n=124)



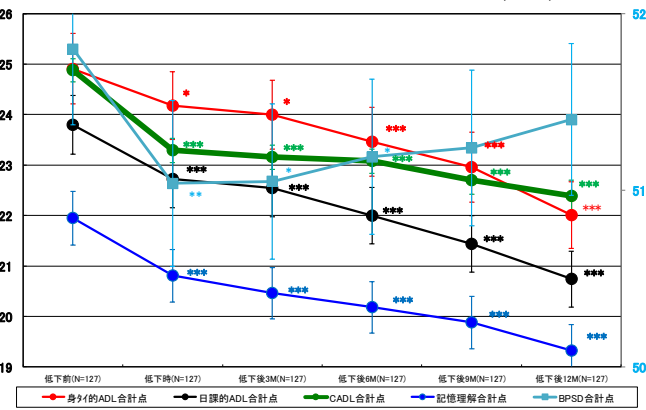
「CADL合計点」能力低下前後の各ADL群の合計点の比較 (Mean±SD n=280)



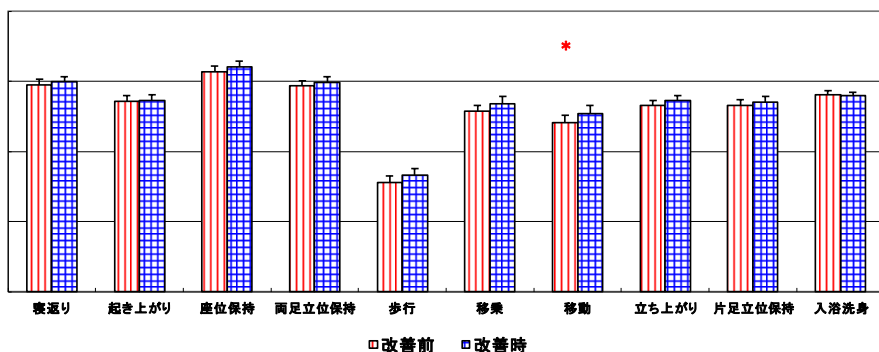
CADL合計点 改善の経過 (同一症例 N=80)



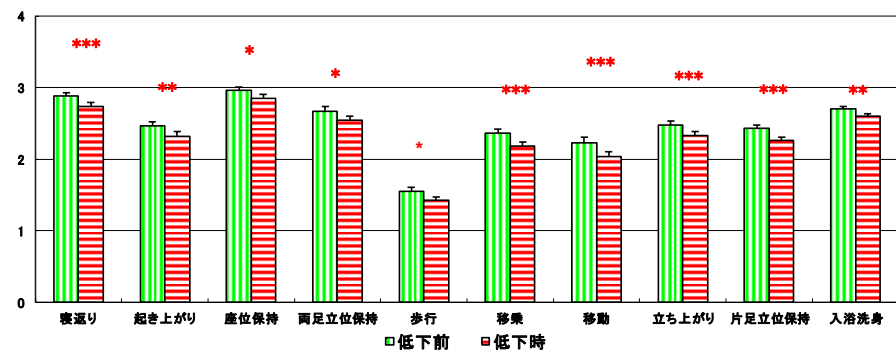
CADL合計点 低下の経過 (同一症例 N=127)



「CADL合計点」能力改善前後の各身体的ADLの比較 (Mean±SD n=124)



「CADL合計点」能力低下前後の各身体的ADLの比較 (Mean±SD n=280)

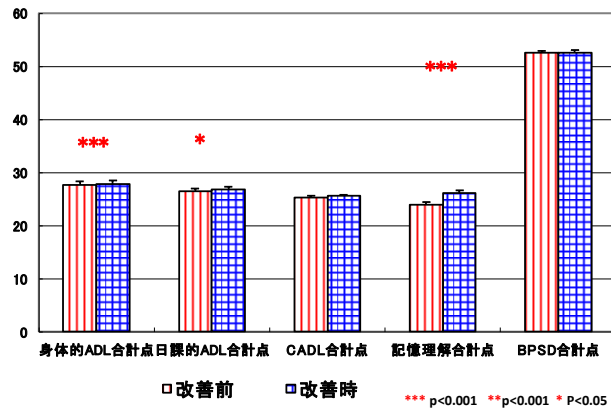




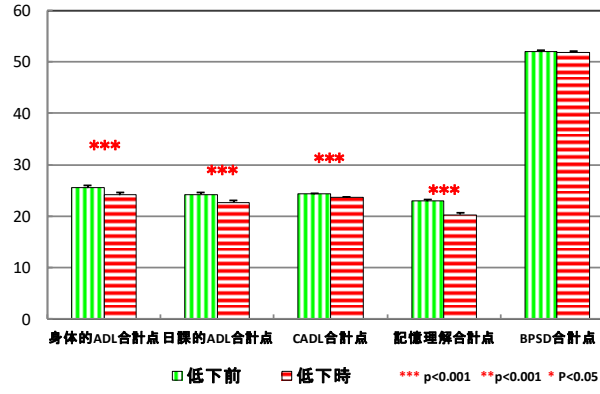
記憶理解の改善低下

記憶理解とCADLは強い相関があります。また、HDS-Rと記憶理解合計点は強く相関しています。HDS-Rはある程度の認知症の方には施行不可ですので、記憶理解合計点は良い指標になると考えます。HDS-Rの20点は、記憶理解合計点の32点に相当します。質問形式ではなく、客観的な認知症の診断及び程度の把握ができるのは価値があると思います。

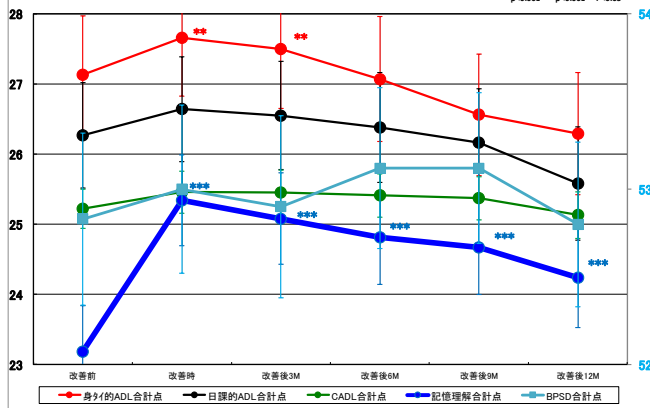
「記憶理解合計点」能力改善前後の各ADL群の合計点の比較 (Mean±SD n=135)



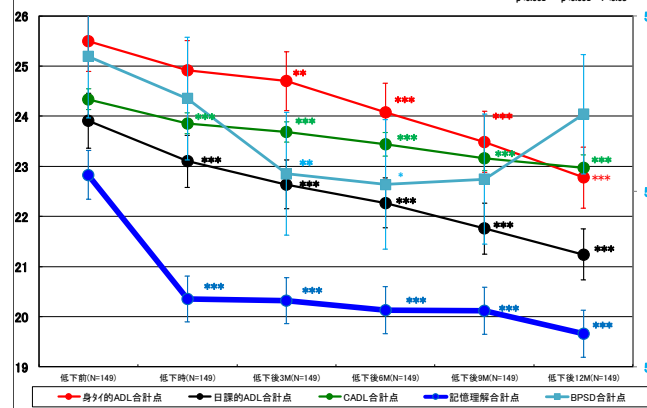
「記憶理解合計点」能力低下前後の各ADL群の合計点の比較 (Mean±SD n=304)



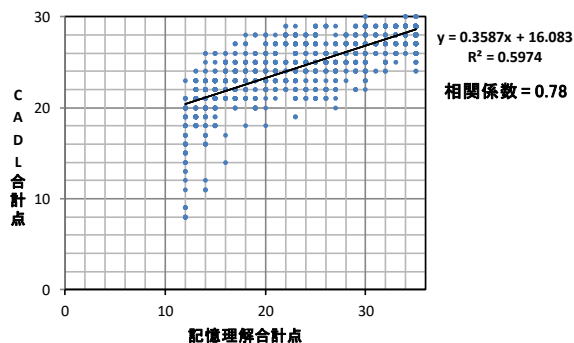
記憶理解合計点 改善の経過 (同一症例 N=81)



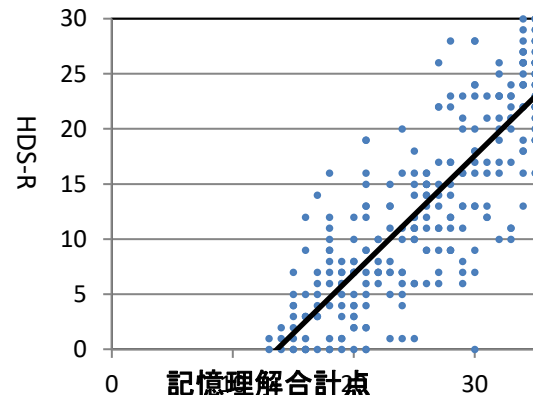
記憶理解合計点 低下の経過 (同一症例 N=149)



CADL合計点と記憶理解合計点の相関(N=1905)



HDS-R と 記憶理解合計点 の相関(n=307)

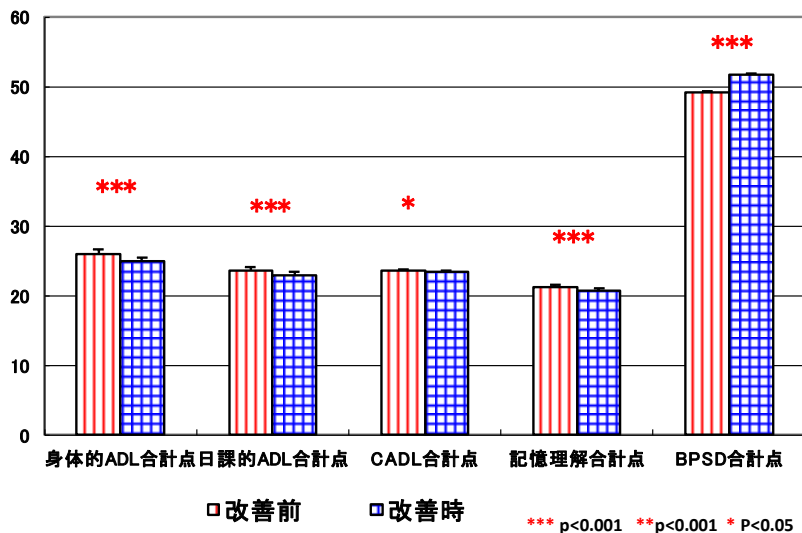


認知段階	反省的思考期		象徴期	感覚運動期	反射期	
思考	思考の柔軟性 複数の刺激を同時に処理 演繹的推論 流暢な言葉		具体的思考 一度に一刺激を処理 思考の方向性の欠如 言語障害		論理的思考の欠如	
					言語の喪失 象徴の使用の消失	
活動	計画的活動	探索的活動	目標指向的活動	手を使う活動	姿勢に関する活動	自動的行為
当施設の見解：認知症の病期をおおよそ掴んで頂けたら幸いです	日常生活に支障はないが、社会生活や対人関係で問題が出てくる。物盗られ妄想などの軽い象徴依存が見られる場合がある。CDTの異常が見られるが、数字などは扱える。課題やきっかけを与えれば一連の動作を行うことができる。HDS-Rも20点以上。記憶理解合計点も32点以上維持している場合が多い。		日常生活に支障がでるような、社会生活や対人関係で問題が出てくる。妄想、幻視幻聴など象徴依存が増加する。BPSDが出始めるのもこの時期。象徴期中期から末期ではCDTはほぼ不可。記憶理解能力も低下するが、CADLは比較的保たれている。立ち上がりなどの一連の動作も、指示を出せば理解できる。HDS-Rも20点以下。記憶理解合計点も32点以下が多い。ストレスに対するコーピングが始まり、認知症の中核症状が顕著になる。	介入なくしては、社会生活や対人関係が維持できない。心の理論が崩壊。CADLの低下を認め、言語以外のコミュニケーションが必要になる。日課的ADLや記憶理解個別項目も多くで障害が見られる。立ち上がりなどの一連の動作では、立ち上がりや指示するのではなく、一つ一つの動作を個別に指示する。明らかな認知機能障害。BPSDも極めて多くなる。CDTは不可。	認知機能レベルが極端に低下して、人や物の区別がなくなる。CADLも極端に低下して、生命維持に関する機能も積極的に介入が必要になる場合がある。BPSD自体は改善していく。立ち上がりなどの一連の動作では、立ち上がりでは、一つ一つの動作を介助しながら一連の動作を完結する。個別ADLも介助は、可能な限り反復し、五感に響くようにして習慣づけることが大切。	

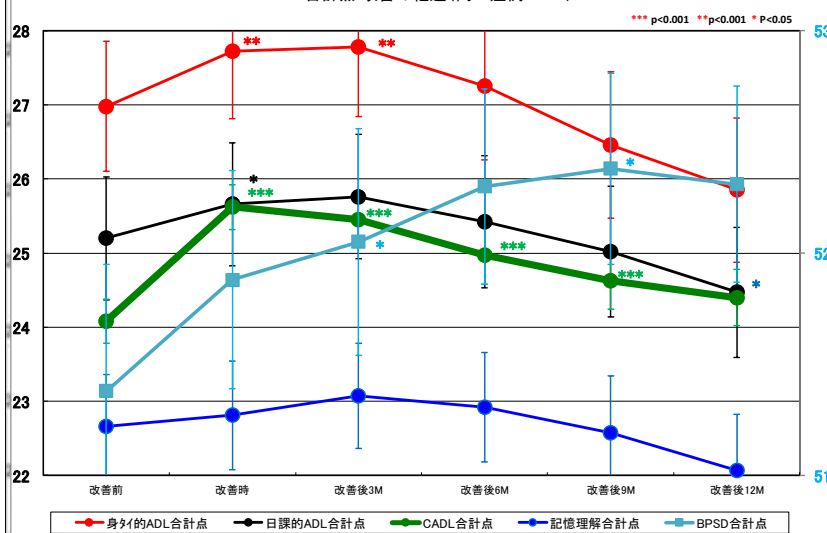
BPSDの改善とCADLの関係



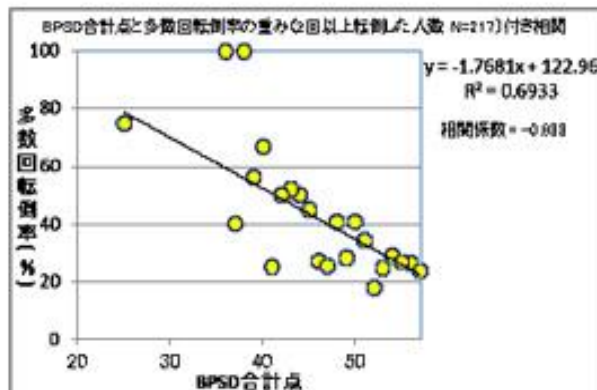
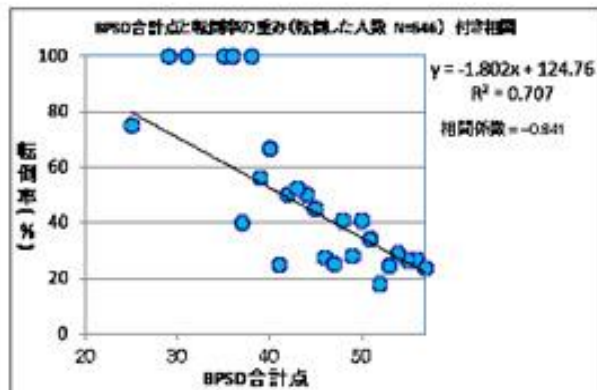
「BPSD合計点」能力改善前後の各ADL群の合計点の比較 (Mean±SD n=244)



CADL合計点 改善の経過 (同一症例 N=80)



BPSDと転倒



BPSD合計点低下前後改善前後の転倒回数

BPSDレベル	L1	L2	L3	L4	転倒回数	総数
低下前	53	29	51	52	185	289
低下時	93	25	58	8	184	289
改善前	128	32	37	6	203	244
改善時	73	27	36	20	156	244
変更無前	83	49	134	106	371	1075
変更無時	90	47	160	158	455	1075

転倒と各ADLのレベル



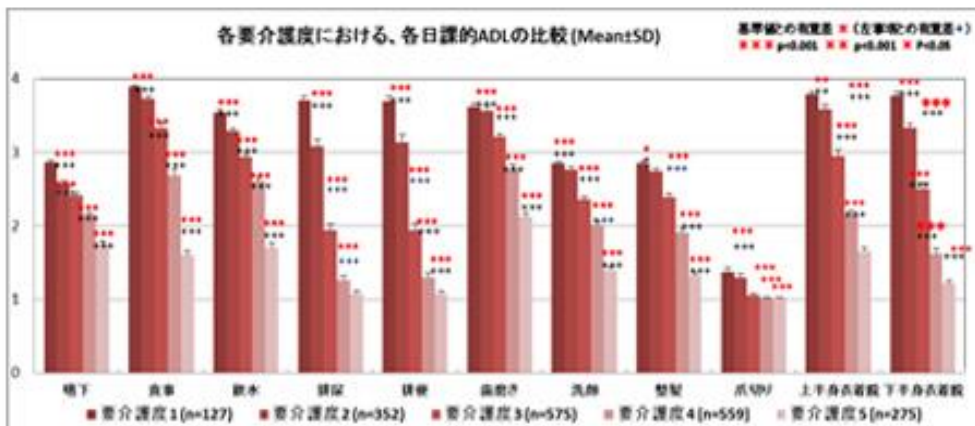
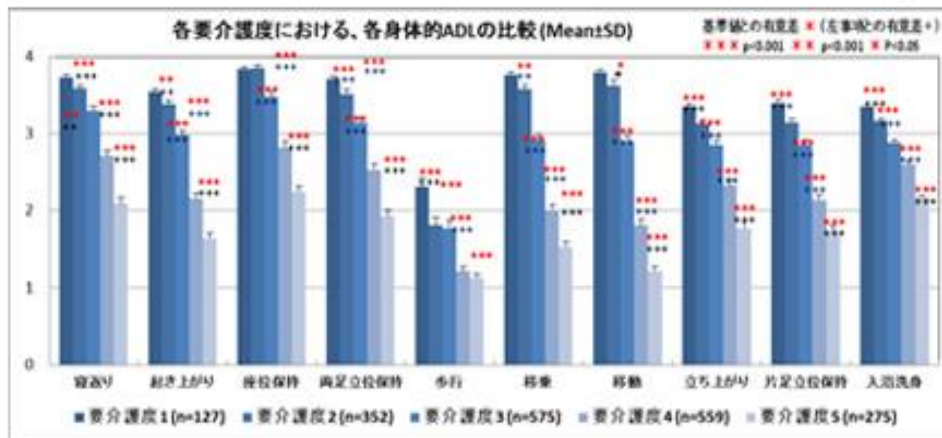
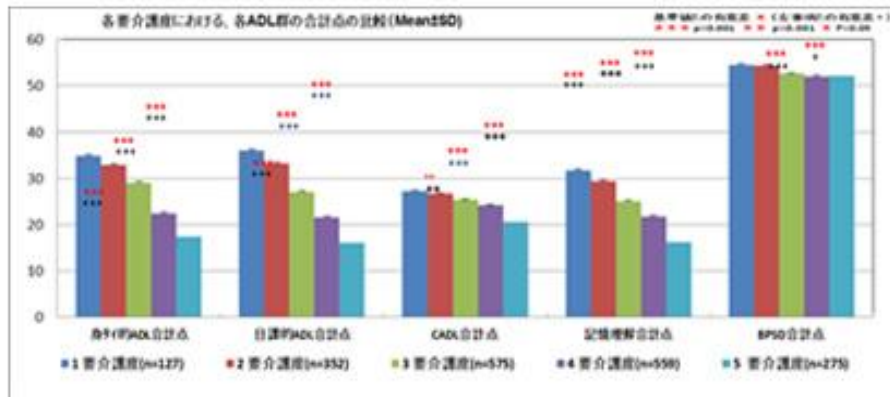
赤>=27%	転倒(+)者数／全体数 の%(平均22.0%)			
青<=17%	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
寝返り	8.1	17.6	24.4	24.8
起き上がり	17.8	21.9	23.6	22
座位保持	11.7	19.8	21.9	23.7
両足立位保持	14.6	16.3	29.2	18.4
歩行	21.2	46.4	25	18.4
移乗	15.5	27.2	26.8	18.6
移動	20.5	30.5	29.4	15.9
立ち上がり	12.3	19.2	26.5	16.2
片足立位保持	15.6	22.8	25.1	17.4
入浴洗身	0	15.2	26.4	14.9
上半身衣着脱	13.7	24.4	32.4	16.5
下半身衣着脱	17.7	29.3	24	18
物盗られ妄想	26.6	37.5	21.5	
作話	27.7	58.8	21.3	
幻視幻聴	26	42.8	21.3	
感情不安定	18	37.7	21.3	
夜間譫妄不眠	25.6	29.1	20.3	
暴言暴行	17.9	35.1	21.5	
同じ話不快な音	25.2	21.5	21.5	
大声	27.1	32.1	20.8	
徘徊	35.5	20.4	20.8	
介護に抵抗	27.7	27.1	19.1	
落ち着きがない	37.2	26.9	19.9	
部屋まで戻れない	28.7	36.8	20.6	
外に出たがる	62.5	32	20.8	
収集癖盗癖	20.6	25.6	21.9	
抑鬱状態	25	15.3	21.9	
物品破損	23.5	40	21.7	
不潔行為	27.5	21.8	21.6	
異食過食	29.7	26.9	21.5	

赤>=13%	多数回転倒者数／全体数 の%(平均7.2%)			
青<=3%	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
寝返り	1.8	6.5	6.9	9
起き上がり	5.1	7.8	6.3	9.6
座位保持	1.9	4.7	5.3	9.3
両足立位保持	3.1	3.1	9.2	8.2
歩行	6.6	17.8	9.1	7
移乗	3.2	9.7	7.3	7.3
移動	6.1	11.9	11.1	4.3
立ち上がり	2.9	4.8	8.8	8.1
片足立位保持	3.1	7.4	8.2	8.3
入浴洗身	0	3.3	9.2	6.1
上半身衣着脱	3.2	8.1	10.2	5.7
下半身衣着脱	6.3	7.5	6.4	7.9
物盗られ妄想	20	33.3	6.4	
作話	16.6	52.9	6.3	
幻視幻聴	4.3	17.8	6.9	
感情不安定	3.2	3.7	7.5	
夜間譫妄不眠	11.1	10.4	6.1	
暴言暴行	5.1	12.9	7	
同じ話不快な音	9.7	3.7	7.1	
大声	9.3	10.7	6.7	
徘徊	12.2	12.2	6.5	
介護に抵抗	10.1	8	6.1	
落ち着きがない	17.2	6.3	6.1	
部屋まで戻れない	13.8	2.6	6.6	
外に出たがる	41.6	8	6.4	
収集癖盗癖	9.1	12.8	6.7	
抑鬱状態	3.5	5.1	7.5	
物品破損	5.8	10	7.1	
不潔行為	17.2	9.3	6.5	
異食過食	18.9	0	6.9	

要介護度別、各ADLの能力

CADL合計点は要介護1から要介護5まであまり大きな差はありません。CADLの能力は介護量及びスタッフの精神的な負担に直結しています。介護の量的質的問題を追及するならば、介護保険の認定においてCADLに適切な重きを置くべきと考えます。BP SDについては、要介護認定において個別の対応がとられていますが、現状CADLには個別対応はないと思います。現場に携わる者としては、要介護認定にCADLの能力を反映させて頂けたらと思います。

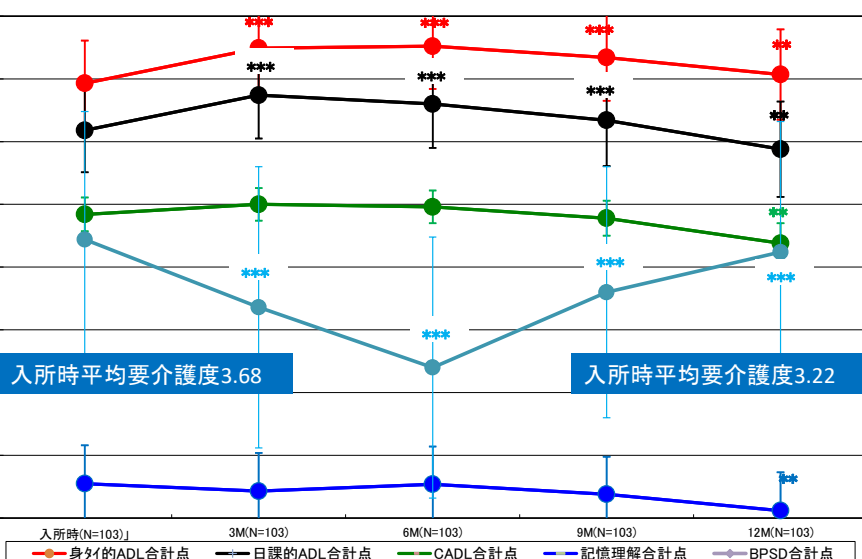
各身体的ADLの項目をまとめると、要介護度3でレベル3(見守り)をクリアできるのは、寝返り・起き上がり・座位保持・両足立位保持の4項目で、残りの項目は要介護度3レベルでは、直接介助が必要となっています。各日課的ADLの項目をまとめると、要介護度3でレベル3(見守り)をクリアしているのは、食事・歯磨きの2項目のみで、飲水・排尿・排便・洗顔・整髪・更衣の他の多くの項目は、要介護度3レベルでは、なんらかの介助が必要です。



北欧では、aging in place が目標となり、住居とケアの分離が政策として勧められています。自立もしくは軽度の高齢障害者は住居とケアの分離が可能です。週28時間以上のケアを必要とする中等度以上の高齢障害者は住居とケアを分離するには無理があります。実際デンマークでは、重度障害者の入所施設は全く空きがなく、入所不可能の状況であり社会問題です。日本は古来より、aging in place with family の制度を持ち、高齢障害者を支えてきましたが、最近はこの制度が破綻を来しています。私共は、地域において、在宅及び施設ケアを通じて高齢障害者や介護者を支えて、aging in place with familyの支えの一端になればと考えています。

入所後1年間追跡できた同一症例の各ADL群の経過 (N=103)

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05



入所後1年の身体的ADL及び日課的ADLの推移 (Mean ± SE)

合計点

32
30
28
26
24
22
20

身体的ADL

日課的ADL

■ 入所時: N=149
■ 入所後3ヶ月: N=149
■ 入所後6ヶ月: N=110
■ 入所後9ヶ月: N=99
■ 入所後12ヶ月: N=82

2006~2007

日常業務のリハビリ化の原点

入所時平均要介護度 3.68

入所1年後平均要介護度 3.22

高齢障害者リハビリテーション のまとめ



1 日常業務のリハビリ化: 日常業務そのものをリハビリの訓練の場とする 日常業務そのものをコミュニケーションツールとする

ケアプラン作成

ADL改善を目標にする患者: 個々のできるADLレベルを1段階挙げる

ADL低下の予防を目標にする患者: 現在できる個々のADLをいついかなる場所でも
しているADLにする

病名ではなく、病態によってケアプランを立てる。例えば、種々の原因による片麻痺を区別する必要はなく、片麻痺を一病態にとらえるべきと考えています。認知症においても、ADのような原発性認知症、動脈硬化などによる二次的認知症あるいは老化による認知症を区別する必要はなく、病態として把握すべきと考えています。要介護2以上では、認知症の領域になります。認知症も含めた複雑な一連の病態に対して、そのレベルにおいて、代表的な包括的リハビリテーションモデルを作成して対応すべきと考えています。病態に焦点を当てることで、課題の選択が単純になります。Well-being の認知症分類によるモデルケースは代表例です。個々の症例に対しては、モデルケースに多少の変更を加えることで対応できると考えています。**日常業務のリハビリ化**の主役は、人数及び患者と接する時間からいっても介護スタッフです。介護スタッフがリハビリや認知症に対する知識技術を習得し、コミュニケーション能力を持つことが極めて重要です。医師、看護師、PT, OTは介護スタッフの指導と支援をする側に回ります。日常業務そのものをリハビリテーションの舞台とすることで高齢障害者のリハビリテーションの大切な課題である「継続」が極めて容易になります。全てのスタッフがリハビリ指導、特に介護スタッフがリハビリテーションの概念を持つことが重要なkeyになります。

高齢障害者 のリハビリテーション のまとめ



2 個々のADLのリハビリテーション: 頭位始動による体幹誘導と重心移動

体幹強化をして動作の起点を体幹にする体幹誘導、徹底した重心移動を中心に動作指導を行う。決して四肢誘導による動作指導を行わない。例えば痙縮や共同運動は体幹誘導が十分できていない証拠と考えています。体幹を強化して、動作の起点(頭位で始動)を体幹に誘導することで痙縮を防ぎ、重心移動を効果的に行うことができます。動作の課題を明確にして、動作のきっかけをあたえる(頭位始動による体幹誘導)、一連の動作がスムーズにできない場合は、動作を細分化して指導する。四肢の筋力に頼らず徹底した重心移動で各動作を行う。一連の動作が完了した場合は、必ず happy end で締めくくる。訓練性の強いリハビリテーションは、PTやOTが、専用の rehabilitation areaで行い、療養棟では、訓練性の低い自然な形で、日常業務のリハビリ化の一環として行うべきと考えます。この自然な形でのリハビリテーションが中心と考えています。

従来、洗顔、整髪、歯磨きはリハビリテーションの中心ではありませんでしたが、私たちのDATAでは、リハビリテーションの重要な要素です。全ての日常業務がリハビリテーションに繋がります。日常業務の中では、食事、衣の着脱なども非常に良い、リハビリテーションツールでありコミュニケーションツールであると言えます。ADLを維持改善するには、患者とのコミュニケーションが必要です。患者とのコミュニケーションを確保することで、患者のCADLを維持改善して、結果としてBPSDの対策になります。

ADLを改善すべきか、低下の予防に徹するべきかは重要な選択です。この2者択一は、リハビリテーションの着目すべき焦点が異なります。認知症のStageに合わせた対応も含めて、ケアプランの根幹と考えています。



3 高齢障害者のリハビリテーション計画(ケアプラン)は、評価に基づいて行うのが原則です。過去の評価法を見ますと、Barthel index、frailty index、FIM等、また認知症についてもHDS-R等多くの評価が出ていますが、現在日本で一番多く使用されているのは、要介護認定の評価項目です。この評価は身体的あるいは日課的ADL、CADL、認知症の中核、周辺症状を含んでいます。私共の評価項目とほぼ同じです。介護現場から医療に近づくのは極めて困難ですが、医療側から介護現場に近づくのは容易ですし、要介護認定の評価項目自体も評価されてよい評価法と考えています。今回のDATA分析でも、要介護度の1から5までの評価はCADLを除けば極めて正確と考えます。医療側がこの評価法を利用することにより介護を高齢障害者の御世話ではなく、医療の一環にすることが可能と考えます。

4 転倒は、BPSDと強い相関があります。我々は、誰が転倒するのかを見つけることができます。転倒する理由を追求するのではなく、転倒する人に着目ことで、転倒予防に費やす介護を削減できます。又、活動性の追求は必ずしも歩行にこだわる必要はなく、車椅子でも活動範囲は保たれますし、安全に移動が可能です。活動性の原点は、動きの制限ではなく人との交流と考えています。

5 今後の課題: 今回私たちは、高齢障害者の介護と各種医学的リハビリテーションを強く結びつけました。私どもが出版した「高齢障害者のための介護学」が少しでも皆様方のお役に立てれば嬉しい限りです。今後の課題としては、医療、看護と高齢障害者のケアを今以上に結び付けたいと考えています。特に脳神経や認知症、呼吸循環機能との結びつきを重要視しています。高齢障害者のQOLについても、認知症を踏まえて上で、客観的に追及できればと考えています。



高齢障害者の医療看護介護の費用対効果についての私見 1

1 ドイツでは、介護保険の要介護者の8割が、介護保険を利用しても、国民の負担は変わらないように設計されています(現実には、想定外の移民の流入等で値上がりしていますが、原則保険料だけで運営されています)。要介護者の8割は介護保険を利用し、そのうち75%は在宅介護で、その2/3は現金給付を選択しています。在宅の場合は、現物給付(専門職によるケア)と現金給付(要介護5で11万円～要介護2で4万円、レスパイト含)家庭収入の平均は15万円位)を選択できます。家族介護を労働と認め、要介護者の年齢制限はありません。介護者(主として家族)に対する配慮も重要な点です。介護者への配慮、介護保険の利用割合や介護保険の個人負担はドイツが優れていると思います。税金の増加は日本が上でしょうが、日本では、国民の介護保険の負担が徐々に大きくなります。日本の介護保険は、要介護者家族への配慮及び経済的運営に大きな問題を抱えています。

2 在宅ケアと入所どちらが、経済的効果があるか ? 基本的に介護保険の要介護点数は、在宅でも施設でも変わりません。在宅では1日4時間介護スタッフを出す事が出来ませんが、残り20時間は通常家族介護になります。要介護者を擁する家族は、老々介護か、子供が介護することになります。一般的には、親を介護する年齢は、自分の子供に一番資金がかかる年代です。介護で働けないのは、家庭の経済的問題を提起しています。基本的に在宅で介護するには、経済的にも、時間的にも、人材的にもまた精神的にも余裕が必要です。要介護者本人が在宅を望んでも、受け皿の家族が崩壊するようでは困ります。行政は政治的あるいは経済的に在宅を勧めています、判断基準を国民におくべきではないでしょうか ?

高齢障害者の医療看護介護の費用対効果についての私見 2

3 高齢障害者が急変して病院に搬送されると、ICU入院がかなり多いです。私共は入所時、「高度医療を望むか」の希望を確認します。望まない方は、施設で看取るのもありかと考えています。現状では在宅非支援型老健の保険点数は低く、在宅支援型老健の保険点数は高く設定されています。医療費の節約等を考慮すれば見直しもありと考えています。

4 介護保険でADLが改善すれば、保険点数の御褒美が出ます。私たちのDATA分析では、改善と低下の条件要素は認知症と強い相関があります。また、現状の介護保険点数も評価に問題があります。LIFEシステムは、非常に良いシステムと思いますが、利用方法や目的が具体化されてませんし、評価や現場の均一化についての説明がないので早急に我々現場に説明して協力を仰ぐべきです。始めに述べましたが、学問的にLIFEシステムが現状妥当であることを明示すべきと考えます。

5 要介護2のレベルでは、認知症があると判断されます。高齢障害者施設、一般病院とも認知症に対するケアを確立する必要があります。認知症ケアを持たないと非常に効率が悪い医療提供になります。脳梗塞や脳出血の発作後早期に、ADLのリハビリのみならず、認知症対応リハビリが必要と考えます。認知症対応を確保するだけでリハビリテーション効率が上がると思います。

6 LIFEシステムは、高齢障害者のリハビリテーション、認知症のリハビリテーションあるいは認知症の薬効効果の判定等に有用な判定方法になりますが、学問的な妥当性と我々の協力が必要です。厚労省は、点数の加算でシステムを施行するのではなく、これらの点に関して、我々に説明する必要があると考えます。