

第2回検討会の主な意見

委員の主な発言

【課題A】

- 介護支援専門員を中心に、セラピストなど多職種が連携してカンファレンスを開催し、個別に利用者の意向を踏まえて目標を設定した計画を立て、定期的に評価しながらPDCAサイクルを回して改善していくことが必要であり、その際、機能訓練と活動参加の包括的アセスメントができることが重要である。
- 日常生活や人生の過ごし方という視点で、意欲とか趣味活動などPDCAの前に、surveyアセスメント調査を行うSPDCAが大切である。
- 在宅の生活をいかにイメージするかという視点であり、対策が必要で、どうしたら在宅の生活が把握できるかという方法論、具体的な手法が必要である。
- リハビリテーション計画はオーダーメイドで策定する。そこにケアマネジャーとか訪問介護サービスとかとの連動性が出てくる。意欲と身体、生活の予後予測ときちんとした目標設定があれば、終了後のフォローもきちんとできる。
- 患者さんが利用する際に予後予測を理解することが一番大切な仕事であり、それは医師の役割だと思う。
- 利用者の積極的な関与とは、目標を利用者と合意形成して策定することである。
- 集中的な提供が必要な時、例えば転倒、ふらつき、風邪などで自宅での生活機能が低下してしまった時に、ケアマネとか訪問サービスの提供者から情報をもらって、適時適切な通所サービスを集中的に実施する。
- リハビリテーションは、退院直後には、訪問と通所サービスを同時に利用しながら、徐々に訪問を減らして通所にしていく。
- 退院初期は訪問と通所を同時並行的に行い、活性化すること生活と活動につながる。高齢者なので途中で体調が悪くなって、トイレが自立できなくなったと言えば、そのときは訪問に切りかえて、あるいは同時並行的に居宅の課題を解決するなど柔軟に対応できれば利用者さんにとってはいいサービスとなる
- 利用時間内に専門職が評価の目を忘れずに個別に限らず関わっていくという、チームによるアプローチが必要である。
- 日常生活、これはADLだけでなく、住民が在宅でいかに生活をするかという視点がリハビリテーション専門職には絶対的に不足している。また、それを把握するための、評価の体制が整っていない。

委員の主な発言

【課題 B】

- 個別の集中的なリハビリテーションは必要だが、それをエンドレスに提供してしまうのはよくないことで、活動や参加にどう結びつけるかという方向性を持って進めていくことが必要。
- 加齢で機能が低下していくことは避けられないが、それは受容した上で、できるだけ楽しく前向きで緩く長い下り坂になるように、身体機能をベースとして活動や参加を組み合わせていくことが必要である。
- 医療保険と同じような形の報酬設定、何分何単位というような報酬のあり方だけでは、生活期に本来求められるサポートが提供されにくい。
- 診療報酬も介護報酬も、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が患者さんとマンツーマンで何かすることを評価している。
- 1単位20分間の個別リハビリは身体機能のリハビリテーションの一形態としては必要だが、リハビリテーションはそれだけではなく、PT以外のセラピストの関与も重要であり、より柔軟な対応が必要である。
- 現行の報酬は、時間、方法、場所別になっているが、参加と活動に焦点を置きながら少し弾力的な報酬のあり方というのは、そういった垂直水平の統合ができてきて初めてある程度検討することができる。
- リハビリテーションという言葉で報酬をつけずに移動練習を行う理学療法とか、活動参加を高める作業療法とか、嚥下を改善する言語聴覚療法とか、個別に報酬をつけることも考えたらどうか。
- 家族を指導することが非常に重要だが、なかなかできない状況が制度的にはある。
- 活動と参加というところを目標に置いて、それをどう利用者の方と目標を合意して、具体的にどう実施していくかというツールが生活行為向上マネジメントという方法である。急性期でも、回復期でも、通所リハでも、訪問リハでも、生活というところに具体的な目標を置いたら、その生活が改善したらそこがある種ゴールになるというものである。
- セラピストが指導をして、自主トレーニング的なことを家で行うと日常の活動量がふえるので、そういう視点も機能訓練という視点では意識する必要がある。
- 実際の居宅での生活の様子がわかった上で訪問・通所の一体的な提供というのはとても有効である。
- 利用できる社会資源、そういうものがどこにどれだけあるのかということが重要であり、これは地域によっても異なる。それを具体的に、セラピストや介護支援専門員がどれだけ把握しているかということが社会参加の大きな要因になる。

委員の主な発言

【課題 C】

- 医療と介護の連携で、在宅側のケアマネジャーやセラピストからの情報を、医師に情報をきちんと伝えて、その予後予測の意見を聴いた上で、基本は在宅側のチームが方針を決定していくべきである。
- 在宅においてもセラピストだけではなく、全ての職種、特に医師とケアマネジャーを含めて、このような生活になるということを、一体となって取り組まないと、なかなか難しい
- 通所リハビリテーションと通所介護という分け方ではなく、医師を含む各専門職の役割とかかわり方によって再整理をし、両者を含めて通所と訪問の一体的提供など、居宅サービスを一体的かつ総合的に提供する必要がある。
- 居宅サービスを別々の事業者がばらばらに提供するのではなく、在宅の重医療や重介護の方が増加することを考えれば、かかりつけ医機能を持つ中小病院、有床診療所や老人保健施設が可能な範囲でできるだけ総合的に居宅サービスを提供することが望まれる。
- 急性期から生活期まで垂直の統合と、居宅の水平の統合の両方がとても大事で、急性期から生活期、生活期での通所と訪問の目標を共有しながら、しっかりとマネジメントができるような多職種協働のケアマネジメントのあり方が重要である。
- 新機軸として協働を打ち出してはどうか。
- どうすれば多職種で統合的に必要な機能を提供していけるのかということがやりやすくなるようなチームのあり方を誘導するような対応を考えてはどうか。
- 地域ケア会議とかサービス担当者会議、もしくは地域内事業者全体の様式が統一され、例えばケアプランとか個別計画書の様式、リハビリ計画が医療側も介護側も様式が統一され、さらには、評価尺度が市町村内で統一されている、そういうことがあって初めて医療とか介護の同じ土俵にたった生活の場を視点に置いた目標設定が可能になる。
- しっかりとした情報の共有化が必要だが、その前に目標がちゃんと共有できているかという確認が必要で、そういう書式を定める必要がある。
- 目標設定をしっかりと共有するための情報を出して、それに向かって取り組むというルールを地域の中でしっかりと実施することが必要。
- サービス提供者が一貫して目的を共有しているということが非常に重要である。
- 医療と介護をつなぐには、かかりつけ医とメディカルソーシャルワーカーや介護支援専門員との連携が重要であり、急性期から生活期まで一貫したリハビリテーションを提供するためには、そこにセラピストが加わって目標を設定し、課題を共有することが必要。

委員の主な発言

【課題 D】

- 機能訓練と活動参加が包括的に評価できるツールが必要であり、医師が本人や家族に対して何のために機能訓練を行うのかなどの説明を行い、理解と同意を得るとともに、中長期的な目標の共有が必要である。
- 病気をして障害を持って、患者さん、利用者さんが自らの生活、人生に新たな過ごし方を見出すためには、ある程度一貫して医療者側が経過をきちっと見ていけることが重要である。
- 意欲を引き出すためには、医療から在宅生活の重なり合う部分できちっとした働きかけを持つ時間が必要である。
- ピアあるいは、要するに仲間や、体験の中で、少しずつ障害受容というのはなされる。
- 国民の理解の前に、まず医療従事者がリハビリテーションと機能訓練の違いを理解すべきであり、理学療法や作業療法などの手段に対する教育が重視され、リハビリテーションの理念に関する教育が希薄化していることを反省することが必要である。
- 今の介護保険や一部医療についても、どうしてもやってもら、やってあげるの世界に結果的になってしまった、というところから、いかに脱却するかということではないか。やはりそれは地域住民に対する啓発あるいはリハ職そのものも内部的な啓発、教育が必要だろう
- リハビリづけを反省し、運動することがイコールリハビリという考え方もそうではないということ、もちろん国民にも大事なのですが、医療、介護や行政の関係者にもしっかりと伝えていかなければいけない
- リハ職がいて、具体的に個別のサービスも提供できるが、地域に対する啓発もする在宅支援リハビリテーションセンターを提案したい。
- 新たに何かをつくるとかということばかりではなくて、今あるデイケアの機能が、要介護の人が来るところだけではなくて、住民に対する啓発活動を行う役割を担っていけるような位置づけもあるのではないか。
- 生活期リハビリでは、目標、QOL に向かって生活をどう支えるかということのリハビリの場でリハビリ専門職がどのようにこのような認識をつくっていくかということが非常に重要である。
- 日ごろから継続的に地域と協働するリハの姿をつくっていくことが重要。リハというのは悪くなった人がよくなっていくということだけではなくて、地域の中であって、最終的には命、健康、暮らしを支えていくのだということをより見せていくことが重要。

委員の主な発言

【その他の課題】

- 卒業であれ、何であれ、その人がどうしたときにどういう方向に、即ち高齢者の社会参加へ持っていけるかという対案を現場のスタッフたちにどう提示できるかということが、構造的な問題としてとても大事である。
- 地域の実情によって、それこそリハの職種が必ずしも全部そろっていないこともあるので、柔軟な役割分担ができるような場としてうまく地域ケア会議を使っていくことが重要である。
- 包括支援センターの保険者が一体になって医療と介護の連携を推進していくことが大切である。
- 医療保険から介護保険が変わるときに、ケアマネジャーあるいはサービス提供者、病院のスタッフ、そういった人たちが一堂に会して、この人の自宅での暮らしとこの人をどのようにサポートできるのかということ一度きっちり話し合うことが重要。
- リハビリテーションの観点から、社会資源の創出、発掘を行うことが必要。地域のイベントや祭りに高齢者が参加できるような仕組みづくりや、まちづくりや地域活性化の観点から、地域の商店街と連携する医商連携、耕作放棄地を利用した野菜づくりなどを行う医農連携など、他産業との協働を推進する取り組みを評価することも考えられる。