

第3回検討会の主な意見

構成員の主な発言

【全体】

- 生活期のリハがどうあるべきかということを、利用者及び関係者が具体的に示した画期的な報告である。生活ということをかなり強烈に意識したものになっているという印象を受ける。
- 減り張りの効いたリハビリテーションが練り込まれている。
- コミュニケーション障害のある方たちのリハビリテーションは改善が長期にわたる場合が多い。今回の事務局提案は、そういう場合も視野に入れて、継続できるシステムをある程度用意している。
- 今回の提案は総論的には大変すばらしいものだと思う。マネジメントの徹底と、利用者主体の日常生活に着目するというのも今までになかった視点であり、アセスメントを共有するというのも今後大きな課題になってくると思われる。プロセス表を導入したというのも大変評価できる。
- 利用者のニーズ把握票を新規で提案しているが、これは全国老人保健施設協会で使っている R4システムの ICF ステージングに非常に近い、いわゆる日常行為でしている、してみたいというようなことできちっと評価がなされているという点で、大変すばらしいものだと評価したい。
- 認知症短期集中リハビリテーションについても、それを生活行為向上リハビリテーション（仮称）に移行し、3 カ月を過ぎた後も認知症の方に生活行為を高めるというリハビリテーションの手法を何らかの形で提供できるというのは大変ありがたい。
- 多職種が協働して利用者に対して目標を共有し、実際にどういうようなケアをしていくのかということも一緒に中身が理解できたケアが提供できるような体制やプロセスになっているのではないか。
- 今まで生活期のリハビリテーションということが具体的なイメージとしてなかなか湧いてこなかった。急性期、回復期の延長という感じだったが、それが具体的な中身がはっきり示されてきたということは非常によかった。全体として画期的な内容だと思う。
- 利用者や家族は初回の面接時には機能改善を中心とした目標を希望することが多い。利用者のニーズ把握票を使うことによって、利用者の具体的なニーズを拾い上げて可視化することができるようになる。
- 生活行為向上リハビリテーション（仮）の社会適用訓練期は、通所リハに通ってきている人がこのステージに入ると、セラピストは通所事業所から出て社会適応まで持っていくということであり、画期的だ。
- 初期のサーベイの段階でサービス内容を決めるのではなく、カンファレンスがあり、そこで利用者もふくめた参加者の合意を得て目標に向かっていく、という意味では非常に有効だと思う。
- 通所リハを協働の場に活用するということはとても意味があり、そこでディスカッションしたり、例えば介助の仕方を共有するといった役割もある。

構成員の主な発言

【廃用症候群及び急性増悪に対する対応】

- 通所リハビリテーションのサービス終了後、社会参加の多様なサービスを受けている中で、生活機能が落ちてくるような人たちに対しても短期集中的なアプローチが必要ではないか。また、再度生活機能が落ちてきた人を発見するシステムと、それを迅速に、また生活行為の維持向上に持っていけるような流れがどこかにあってもいいのではないか。
- 高齢者に関しては、熱中症なり、肺炎なり、いろんなことで、一時的に状態が悪化するというのはよくあるため、再度悪化した場合、どのようなものが提供できるのかをぜひ考える必要があるのではないか。
- 短期集中が終わった後のリハビリで、例えば転んで手を折ってしまったというような事象が起こった場合、再度短期集中リハビリテーションを受けることができないか等の検討が必要。

【プログラム】

（個別短期集中リハビリテーション）

- 短期集中は3カ月間でも週何回利用しているかで効果が変わってくる。中には訪問と通所を組み合わせる効果を出すものもある。
- セラピストと1対1で行う機能訓練を指すのであれば、個別、短期集中機能訓練としたほうがむしろ利用者家族にもわかりやすい。リハビリテーションと機能訓練という言葉は区別して使う必要がある
- 急性期からの直後の人もいれば、在宅からの利用者もいるときに、週何単位を3カ月間というより、3カ月間のトータルとしての単位数を設定し、どう使うかというのはマネジメントで出来たらい。

（（仮）生活行為向上リハビリテーション）

- （仮）生活行為向上リハビリテーションという仮称のものを導入するに当たっては、さらに相当な労力をかけて普及啓発をやっていかないとなかなか現場がついていかないのではない
- 生活の中でちょっとしたレベルが低下した場合、再度、個別短期集中リハも含めて利用できる、という前提を周知しないと、サービス終了後、恐らく安心した生活になっていかない。
- いつ、どこで、どの職種が、あるいは本人、家族が何をするのか、そういうものを明確にする必要がある。また、機能訓練レベル、活動レベル、参加レベルのどの段階でどのようなプログラムを行うのかを明確にする必要もある。さらに自宅で継続してプログラムに取り組めるように、家族が行う支援方法も明確にすべきだ。

構成員の主な発言

- （仮）生活行為向上リハビリテーションについて、本人のやりたいこと、してみたいこと、うまくできるようになりたいことなど当事者が主体的に参加できるツールである。また、機能訓練にかかわらず、ADL・IADL、そして社会的プログラムなど段階的に社会参加に移行する仕組みとなっているのがいいと思う。活動や参加につなげることで、生きがいや役割づくりにも貢献できるし、具体的な目標を掲げることで本人のモチベーションの維持にも役立つ可能性がある。

（認知症短期集中リハビリテーション）

- 認知症高齢者は個別よりも集団活動を通したほうが活動参加レベルの介入の導入が容易。集団という環境で高齢者同志の言動に影響されて、セラピストとの1対1のかかわりでは得られないものが引き出せるという効果が期待できる。

（口腔機能向上訓練等その他）

- 嚥下や調理など集団で行うほうが高齢者が安心して活動参加できる環境となるため、個別に限らず集団での取り組みも推進すべきである。
- 言語聴覚士の摂食嚥下の機能訓練を実施しているが、やはりしっかり口腔の中を見られる専門職は歯科医師であり、そういった形で、言語聴覚士と協働して活動ができればと思っている。

【リハビリテーションマネジメント】

（医師による説明と同意）

- 医師による本人と家族への説明というのが本当に果たしてこんなにうまくいくかどうかというのは少し考えたほうがよい。
- お医者さんによる本人の家族への説明、同意は一番先にやってもらわないと困るのではないかな。
- 医師による本人や家族への説明、同意について、医師が医師がと書いていただくのはありがたいが、中医協では医師の負担をどう軽減するかという話も出ているぐらいであり、今度は通所、生活期のリハにおいての医師の負担が、過度にならないような柔軟な対応が必要だ。

（リハビリテーションカンファレンス）

- どういうような生活をしていきたいのかという今回書かれているような利用者主体の目標を多職種が共有することによって、それぞれの職種がどのような役割を担ってサービスを提供していくのかということもお互いに共有できるような形が仕組みとしては必要である。
- 多職種協働を実現するための具体的な仕組みを導入するという視点から、歯科医も多職種の中で連携をするものの一員としてはそこにしっかりとかかわっていきたい。ケアマネジメントの枠組みの中に協働の場というものをを用いて、サービス担当者会議あるいはリハビリテーションカンファレンスというところに、ぜひ歯科専門職を参画させることを示してほしい。
- リハビリテーションマネジメントにおいて本人、家族とプロセスを共有することにより、機能訓練のみにこだわらない意識づけをもたらすことが可能になる。

構成員の主な発言

- カンファレンスの進行については、実際にいろんな活動領域で見ると、特定の職種がカンファレンスをやらなければいけないと決めてしまわないで、そこに集まってくる人の中である種の関係ができ上がると考える。

(様式に関すること)

- 介護支援専門員のケアプランが各サービス事業所の計画書と連動されていない。今回の通所リハビリテーションで活用される様式が各サービスで共通する計画書に位置づけられれば、各サービスで作成する計画書の様式を減らすとこともできるのではないか。
- 様式Eに本人、家族との情報共有に関する項目がないが、単なる目標の共有にとどまらず、プロセスの段階からの共有化も必要と考える。
- 書類が非常に多い。共通部分を統一して、もう少しシンプルにしてはどうか。
- 従来の様式のBとCのほかに、AとかDとかEとかが出てきて、現場が大変だなというのが実感。いろんなことを兼ねられるようなもう一工夫をしていただきたい。
- 利用者のニーズ把握票について、例えば先ほど、食事のことがあったが、嚥下摂食がうまくできない方は外食したいと思ってもなかなかできないという状況がある。言語聴覚士の立場から、外食をしたいとか、具体的項目でいくつか提案したい。

【介護支援専門員との連携】

- 生活の場面になったときにリハビリテーションが必要だという認識は誰もが持っていてそこにとどりつけない人たちというのがたくさんいる。そこに介護支援専門員は生活の情報をきちんと反映し、リハビリテーションを導入していくということを努力していきたい。
- 問題は、今リハビリ関係のサービスを利用していない方についても、常に認知症などによってレベルがダウンしないようなリハビリテーションというものを介護支援専門員が意識したケアマネジメントができることが必要ということである。
- 介護支援専門員が介護保険の医療系サービスの導入に関して、意識していないということではなくて、指示書が必要になるということと、利用者家族が必要を感じていないこと、の両方が導入する上で難しいのだということを御理解していただきたい。そういう意味で、今回カンファレンスの時間がつくられることは一番重要であると考えます。

【医療との連携】

- 医療保険から介護保険に変わるとき、ケアマネジャーあるいはサービス提供者、病院のスタッフたちが一堂に会して、自宅での暮らしというのをどのようにサポートできるのかということと話し合う協働の場が、利用者・家族へのリハビリテーションに対する意識づけや介護保険でのリハビリテーションをシームレスに提供していく上で重要である。

構成員の主な発言

【人材育成】

- 現在のPT、OT、STの状況は、大体平均年齢が32歳ぐらいのスタッフで、セラピストの質の向上をどうやって図るのかということが抜けている。指導者を置くこと等の何らかの条件をつけるとか、あるいは指導者を育てるということがないと、機能的にはできたとしても質は向上しない。あるいはチームとしてどのように質を高めていくのかを考える必要がある。
- サービス担当者会議とリハビリテーションカンファレンス、これを一緒にするということだとは思いますが、なかなかカンファレンスでまとまらないとか、あるいは目標の方向に行かないとか、そういうことが実際の場面で結構起こる。介護支援専門員を含め、参加者がカンファレンスにより、ある方向に意見を集約していくという、そういうトレーニングが必要。
- ケアマネジャーだけではなく、医師やPT、OT、STも教育の問題としてマネジメントに関する教育をほとんど受けていない。この点はとても大事なところなので、教育のプロセスの見直し、あるいはマネジメント教育の支援が大切である。

【今後の課題】

- 通所リハビリテーションと通所介護の再整理などの話も含めて、もっと広い意味でのリハビリテーションをどうするか。
- 通所介護とリハビリテーションの関係というテーマを是非次の機会に議論していただきたい。
- 高齢者においては、認知症リハビリテーションを提供する人で身体能力に問題がないとか、身体のリハビリテーションを必要とする人で認知症がない、というようなことは現実にはない。今後、この「高齢者の地域におけるリハビリテーションの在り方」の中に認知症ということをもう少し広範に盛り込んでいくべきだと思う。認知症というものをもう少し意識をしているんなリハビリテーションをやっていくということはどこかに盛り込んでいただきたい。
- PT協会からはE-SASというような非常に簡便でわかりやすいアセスメント指標が出ている。OT協会からは生活行為聞き取りシートというものが出ている。また、5ページには利用者のニーズ把握票というようなものが出ている。これらと少しでも擦り合わせて、現場が使いやすいアセスメント手法をつくっていくことが今後の課題かなと思う。
- 3カ月または半年に1回、通所リハビリテーションを利用することで、利用者の生活機能の評価やリハビリテーションについてのアドバイス機能をもたせてはどうか。
- 少し状態が変わっていったといったときにスムーズにケアプランに反映するために、例えば介護支援専門員がケアプランを変えなければいけないときや、自分たちのプランニングで悩むといったときに、医師やリハビリテーション専門職、看護師にアクセスできるといった仕組みが報酬上で評価されるとよいのではないかな。