

2014-10-15 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討（第2回）

1. 開会

○迫井老人保健課長 それでは、定刻より若干早くなっておりますけれども、予定されております委員の方々がそろっておられますので、前回に引き続きまして、第2回「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」を開催させていただきたいと思います。

構成員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

まず、構成員の出欠状況でございます。本日、東構成員、塩澤構成員が御欠席の予定となっております。それから、堀田構成員、齋藤訓子構成員におかれましては、電車の関係で若干遅れられると御連絡をいただいておりますので、予定されております構成員の方々は、現時点ではお三方おられませんけれども、最終的に東構成員、塩澤構成員のみ御欠席の予定となっております。

続きまして、資料の確認をさせていただきたいと思います。お手元の資料でございますが「資料1」と付しておりますが「第1回検討会の主な意見」という資料でございます。これは前回の皆様方の御意見を整理させていただいたものでございまして、事務局で作成をさせていただいております。

それ以外に資料がもう二つございます。資料2-1と資料2-2でございますけれども、資料2-1は「検討の基本方針と課題の整理」でございます。

資料2-2が「資料編」と書いてございますが、表紙には「【課題A】個別性を重視した」と書いてございますが、全体が資料編でございます。

以上が資料でございます。もし、資料の過不足等がございましたら、事務局の方にお知らせいただければと思います。

それでは、恐れ入りますが、冒頭のカメラ撮りはここまでとさせていただきますので、御協力をよろしくお願いしたいと思います。

以降の進行につきましては、大森座長にお願いしたいと思います。

2. 議 事

○大森座長 どうも、おはようございます。よろしくお願いいたします。

12時に終わった後、給付費分科会の方に御出席の方々もおいでになりますので、11時50分で一応この検討会は終了とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

前回、皆様方の御意見を伺いまして、それを踏まえまして、本日は、基本方針（案）、具体的なということが課題で、どういう方向に向かってこれを解決していこうかということについて、事務局が整理をしたものがお手元でございますので、まずその説明を受けまして、検討を行いたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、お願いします。

(1) 高齢者の地域におけるリハビリテーションの現状と課題について

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

先ほど申し遅れましたが、老健局長、高齢者支援課長、認知症・虐待防止対策推進室長につきましては国会対応で、時間に間に合うかどうかわかりませんので、議事をこのまま進めさせていただきたいと思っておりますので、御了承いただきたいと思います。

それでは、資料を通して御説明させていただきます。

まず、資料1でございます。先ほど申し上げましたけれども、前回の検討会の主な意見を事務局でまとめさせていただいております。

めくっていただきまして、前回、基本的には自由な形で意見を表明していただき、御議論も頂きました。事務局の方で整理をさせていただきましたが、もともと掲げておりました課題に基本的に多くの委員の方々が御発言をいただきましたので、発言の順番というよりは、私どもの方でもともと掲げさせていただいた課題ごとに整理をさせていただいております。発言の順番は入れかわっておりますが、基本的にこういった内容をいただいたのかなということでございます。

ごく簡単に御説明しますと、資料1の、めくっていただきまして1ページでございますが、課題1から7に沿って整理をさせていただきました。課題1というのは「個人の状態や希望等に基づく適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視した適時適切なリハビリテーションが、必ずしも計画的に実施できていないのではないか」という課題に関連して、○で7つほど御意見をいただいております。

どなたが発言されたかということは明記しておりませんが、基本的には要約をさせていただいております。文書の作成は事務局の責任でやらせていただいているということでございます。

同じく1ページ、同様に課題2につきまして、このような御意見をいただいております。同様に課題3、課題4と並べさせていただいておりますけれども、最後のページが課題5、6、7と、頂いた意見をまとめさせていただいております。

詳細に御紹介するのを避けておりますのは、実はこれをそのまま次の資料2-1で改めて整理をさせていただいておりますので、そちらで御紹介させていただこうと思っております。

それでは、資料2-1に移らせていただきます。

1回目の会議を開催させていただくに当たりまして、事務局の問題意識といたしましてお話しさせていただきました。

今、見ていただいたような整理、1回目に頂きました御意見、御審議を踏まえまして、残り予定しておりますのはこの2回目を含めまして3回でございますので、時間の短い中で、私どもとしては一定の御審議の成果を得たいと思っておりますので、1ページ目、これはこういう形で進めいただければどうかという「案」ではございますが、「検討の基本方針(案)」ということで、2つ○を書いてございます。

まず、1つ目は、もともとの冒頭の問題意識、介護保険の居宅サービスにおけるリハビリテーションにつきまして、介護報酬改定が目の前に迫っておりますので、必要となるサービスの実施

方法とか具体的な見直し（案）、オペレーションに関して焦点を当てたと前回は御説明させていただきましたけれども、実効性のある形でまとめていただけないかなというのがまず1番目でございます。

2番目は、その他の課題もいろいろ御指摘いただいておりますので、いろいろ御意見いただく中で、高齢者の地域におけるリハビリテーションのあり方に関連する様々な課題については、関連して必要に応じて整理をさせていただいて、その後の改定に限らず、検討する、議論していただくに当たって活用していただくということで整理したらどうかなというのが、大きな基本方針でございます。

「課題の整理（案）」といたしまして、その下に掲げさせていただいておりますのは、先ほど見ていただきました7つの課題はかなり幅広に、もともとのテーマに沿って掲げさせていただいておりますが、これは既に御審議、議論の中でも出ておりますが、相互に当然関連しております。7つに分けて議論するというよりは、7つの課題を最終的にはこの1ページ目の表に関連する形としてはA、B、C、Dと大きく4つに分けて、4つの塊で議論していただく方が、相互に関連することもありますので、議論としては効率的かなと思いました。この4つの形でまとめさせていただくのが、2ページ以降でございます。

この7つの要素を大まかに見ていただきたいのですが、課題1と掲げさせていただいた個別性を重視した適時適切なリハビリテーションを計画的にという課題。これは比較的大きなテーマですので、そのまま課題Aとして御議論いただければと思っております。

それから、課題2、3。基本的にはこれは関連しておりますので、Bとしてまとめさせていただいて、活動や参加などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーション、これは裏返しで言いますと、身体機能に偏ったリハビリテーションを見直す必要があるかなという課題にまとめさせていただいております。

課題Cでございます。もともとの課題番号3、4、6に関連するような話ですけれども、これは居宅サービスをいかに効率的、効果的に連携していくのかという趣旨の内容が相互に関連しておりますので、課題番号3、4、6をまとめさせていただいて、このように整理したらどうか。

もともとの課題5、7につきましては、Dとまとめさせていただいておりますけれども、個人なのか、あるいは広く国民なのかということはあるのですが、基本的には高齢者の気概とか生きがいと意欲とか、そういったものを引き出すことが重要なのではないかというテーマに集約できると考えまして、この4つに沿って御議論いただければと考えております。

これがまず、1枚目のまとめでございます。

めくっていただきまして、具体的に、それではその4つの課題について、先ほど簡単に御紹介しましたけれども、1回目の御意見を引用しながら整理をさせていただいております。

2ページ、3ページで見開きになるようになっていきますけれども、課題Aにつきまして、まず2ページ、上半分でございますが、四角で囲んでおりますのが、もともと課題の1、2、3、4、5、6、7の算用数字の番号で設定した問題意識でございます。

問題意識は個人の状態や希望等に基づく適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視

した適時適切なリハビリテーションが、必ずしも計画的に実施できていないのではないかと。依然として、訓練そのものが目的化しているのではないかとということです。

先ほど申し上げましたとおり、1回目の御意見といたしましては、ここに○7つを掲げてございますが、生活に密着した目標や期間をきちんと定めて、関連職種の合意を得てリハビリテーションサービスを提供していく仕組みの検討が必要であるといった御意見を始めとして、7つ、前回は御指摘をいただいたというように整理をさせていただいております。

その上で、今回、2回目ということなのですが、新たに書き起こしたのが「問題の所在(案)」でございますが、こういったもとの四角で囲っておりますような課題意識、前回いただいたような○7つの御意見を踏まえますと、何が問題なのか、何が課題なのかと、問題の所在は何かということを改めて整理をすると、おおよそこの2つに集約されるのかなということで、○2つを書いてございます。

まず、1つ目は、高齢者の状態はそれぞれの日常生活あるいは長い長い人生を反映して、個別的、個性的だと、ニーズも多様である。しかしながら、結果的には画一的なリハビリテーションが提供されているということが問題なのではないかということでございます。

今回、資料をつけさせていただいております。2ページの○の角括弧で資料の関連する部分を引用してございます。

資料2-2の資料編をめくっていただきまして、構成といたしましては、例えば資料編の2ページ、3ページをめくっていただきまして、左側の頭に「資料A-(マル1)」と書いてございます。あるいはA-(マル1)の中に図がある場合には、枝番でA-(マル1)-1、A-(マル1)-2というように、枝番で図表を引っ張ってございます。

これはそれぞれ様々な調査、中心的には介護報酬の改定検証・研究調査に関する資料でございます。26年度分については、現在、これはまだ実施中でございますので、速報値でございます。ですから、まだこれは分科会始め、検証研究委員会の方での精査をしている段階ではございますが、並行して、これは私どもの方の実施でございますので、事務局の方の理解と責任でこれをお示しをしております。

例えば先ほどのもとの資料2-1に戻っていただきまして、2ページの問題の所在の1つ目の○は、先ほど御説明したような画一的だと。それは例えば資料A-(マル1)について、まず見ていただきたいのは、リハビリテーションをどうして続けているのですか、という理由を本人に聞いたというのがA-(マル1)-1でございます。それを男女別に分けたのがA-(マル1)-2、要介護度別に分けたのがA-(マル1)-3でございます。これはいろいろな見方があると思いますが、基本的には若干高さ、低さの差はありますが、様々な要因、例えばA-(マル1)-1ですが、男女別とか要介護度別に分ける前の全体で見ますと、例えば「痛みを治したい」とか「身体機能を治したい」とか、あるいはADL・IADLについていうと「排泄などの動作ができるようになりたい」と、若干の高低はありますが、様々な理由がありますという話なのです。

ところが、資料A-(マル2)、資料編の3ページを見ていただきまして、実施しているリハ

ビリテーションの内容は何かというと、これは一貫した問題意識のエビデンスにもなるのですが、基本的に山が心身機能、身体機能に偏りがちになっているということでございますので、私どもの問題意識としては、ニーズは個性的、個別的で様々男女差もありますし、要介護度によって様々な差はあるのだけれども、結果的に実施されているのは偏った内容ですということが、事実として見て取れるし、それが問題の所在ではないかという感じでございます。

以降、同様に、適宜資料に簡単に触れつつですが、問題提起をさせていただいております。

2ページの問題の所在の2つ目の○ですが、訓練そのものが目的化しているのではないかと。漫然と続いていると。それは資料編でいきますとA－（マル3）、4ページ、これは、目的のところにも書いてございまして、指示内容のところにも書いてございますけれども、基本的には、目的として心身機能を維持するという目的が多くウエートを占めているということでございます。

それから、資料編5ページ、A－（マル4）でございます。これは以前、関係する審議会でもお示ししておりますし、過去やられた調査ではございますけれども、介護予防の訪問リハビリテーション、介護予防の通所リハビリテーションですが、見ていただくとおり、大きくは心身機能にフォーカスの当たった活動になっているということと、下の円グラフ、これは圧倒的多数が継続をしている、なかなか終了しないという状況になっている。

資料編をめくっていただきまして6ページ、7ページですが、資料番号A－（マル5）、A－（マル6）でございますけれども、A－（マル5）はリハビリテーション、これは通所リハビリテーション、通所介護も一緒に比較になっていますが、平均利用期間が4年近くになっているということで、基本的にかなり長期にわたって実施されている。

それから、7ページ、資料A－（マル6）でございますけれども、終了するというイメージといますか、そういった考え方あるいは前提というのが実態としてどうなっているかということとでございまして、A－

（マル6）－1でございしますが、リハビリの職員自身が終了するというイメージを持っているかということ、持っていないという方がかなりの割合を占めている。

御本人も同様な状況でございます。A－（マル6）－3でございまして、本人がそもそも例えばリハから地域の体操教室などがあるかないかみたいな説明を受けたことがあるかということについては、基本的にはないか、よく覚えていないという方が圧倒的である。あるということを経験した形でもう一回、それを問い返すと、説明を聞いた人は、半分以上の人が利用したいと思ったということなので、説明をすれば、それなりの方が、選択肢として考え得るのですが、基本的に入り口のところで止まっているのではないかと、例えばこんな問題意識でございます。

もともとの資料に戻っていただきまして、資料2－1、2ページが今、お話をしました2つの問題の所在でございます。

その下半分、3ページでございしますが、問題の所在、今、お示したようなことをさらに煎じ詰めると、どうしてそういうことになるのかという問いかけに当然なるわけで、そこで本日、主に御審議いただきたい問題の所在とセットで、何が論点なのかというのを事務局なりにさらにもう一步煎じ詰めて、ここを中心に御議論いただけないかなということなのですが、4つボツに

まとめてございます。

それは何かというと、結局多様な、個別的な目的なり理由なりはあるという中で、画一的な実施になってしまうというのは、そこがうまく引き出せていないのではないかと。

あるいは、計画的に実施をされているのであれば、本来であればずっと継続するということは余りない。あるいは、途中でやり方を変えるということが趣旨であろうはずですが、うまく PDCA サイクルが回っていないのではないかと。俗にいうマネジメントになっていないのではないかと。

あるいは、そもそも目標をうまく設定できていないがために、通うこと自体が目的化しているのではないかと。

それに関連するのですが、終了のイメージがうまくできていないのではないかと。

こういう形で論点としては、問題の所在とともに議論をいただけないかということでございます。

これがまず課題 A の全体の整理でございます。

同様に、資料 2-1 をめくっていただきまして 4 ページ、2 番目の課題 B でございます。

大体今と同様に整理をさせていただいておりまして、もともとの課題が四角で囲ったもので、御意見をいただいて、結局、問題の所在は、下の○3つのところを御説明していますけれども、我々としてはこう考えていますというのは、身体機能に偏ったリハビリテーションが実施されて、活動、参加などの全般を向上させるためのバランスがとれていない。

どういうことかということ、資料編でいきますと 10 ページ、11 ページ、資料 B-（マル 1）、B-（マル 2）に該当する部分があるのかなということでございますが、これは先ほどと同じような資料でございますけれども、分布状況を見ていただきますと、10 ページでいきますと ADL ですし、11 ページでいきますと心身機能に類する部分について、重点的に実施をされていますねという状況でございます。ですから、バランスがとれていないのではないかとというのがもともとの資料 2-1 の 4 ページの 1 つ目の○。

下から 2 つ目の○でございますが、ほとんどのプログラムは 20 分間の個別リハビリテーションとなっているゆえに、実際には活動とか参加という柔軟な対応ができないのではないかとということでございます。

これは資料編でいきますと、めくっていただきまして 12 ページ、B-（マル 3）でございますが、これは過去実施された調査をもう一回集計させていただいて、時間の分布を見ますと、圧倒的多数が 20 分間の個別のリハビリテーションの利用になっています。ですから、20 分間でできることというのは、基本的には一定の限界があるでしょうし、逆に言うと 20 分間実施が前提になっている部分もあるのかなと、そうしますと、柔軟な対応は困難であり、地域との関連でプログラムを実施するのなかなか難しいのかなと。

それから、3 つ目の問題の所在でございますが、高齢者がかつては不自由のない生活を送っておられたということが基本的にあるわけで、それが現時点でリハビリを受けられているというのは何らかの生活機能が低下しているという状況になっている。そうしますと、その差を受けと

めて、一歩前にというか、自分の能力のどこまでできるのか、どこまでできないのかという限界とか可能性とかを理解する。これは括弧で「受容」と書いていますが、受容というのはちょっとわかりにくいかもしれませんが、理解するための働きかけというのができているのか、いないのか、むしろそれは足りないのではないのかというのが、問題のそもそもの所在ではないか。

それが資料編でいきますと、めくっていただいて 13 ページ、B－（マル4）でございます。これはリハビリテーション専門職の分布状況といいますか、配置状況でございます。リハビリテーション専門職、大きくは理学療法士（PT）さん、作業療法士（OT）さん、言語聴覚士（ST）さんということでございますけれども、これは御案内のとおり、それぞれの専門性といいますか、3職種については全く同じ数ということではございませんで、人数的には理学療法士（PT）が圧倒的に多いという状況でございます。

これを施設ごとに見てみましても、若干多い少ないというのはあるのですが、それを表にしたのが 13 ページでございまして、全体的に理学療法士（PT）さんが多いという状況になっているということでございます。

こういったことが、どちらが原因、どちらが結果という議論は当然あるとは思いますが、専門性といいますか、分布の状況がまず違うということと、めくっていただきまして 14 ページ、B－（マル5）、結局身体機能とか ADL の今後の見通しについて、先ほどもちらっと出しましたが、説明がうまくできているか、できていないか、説明の実態、見通しの実態はどうなっているのかというのをまとめてございます。

まず、身体機能や ADL の今後の見通しの説明の有無、これは B－（マル5）－1 でございますが、説明を受けた、あるいは覚えていないはおおむね半々ぐらいになっていますけれども、説明を受けたという方については、どこで受けましたかということなのですが、多くの方は通所リハの利用時であって、医療からの流れで来ている人について言いますと、その時点での説明というより、通所リハ利用時が圧倒的に多いということでございます。

どなたかから聞いたかということ、リハ職の方が半分ぐらいということでございます。

説明を受けていないという方について、今度は、では、受けたかったのかということも含めてお聞きしますと、受けたかったかということ、半分ぐらいの方は受けたかったということでございます。

どこで受けたかったについては、リハビリの利用時がやはり同様に多いということでございます。

どなたからお聞きをしたいのかということについていいますと、やはり医師から聞きたいという方が半分弱ぐらい、その次がリハ職の方、ケアマネジャーさん、こんな状況になっているということでございます。

こういったことを実態として踏まえながら、こういった受容、理解するための働きかけが必ずしも十分ではないのではないのかという問題意識を、我々としては整理しておりまして、踏まえて、資料 2－1 の 5 ページでございますが、検討事項といたしまして、論点に分解をしてポツとして 6 つ掲げてございます。

先ほど見ていただきましたとおり、5 ページの論点の1 番目は、20 分間の個別リハビリテーションが圧倒的多数でございますので、身体機能に関するプログラムが主体になりやすいのではないかと。

そうした実施するプログラムなら、逆に言いますと、それを前提として組まれているから 20 分、20 分ということになるのではないかと、ここは裏表かもしれませんが、そういう2つの問題意識を書いてございます。

それから、生活期のリハビリテーション分野という、言ってみれば身体機能のリハビリテーションのプログラムは、比較的医療との流れからしても捉えやすい、具体化しやすいということだろうと我々としては見ているのですが、それを超えて生活期、特に活動とか参加にフォーカスを当てたようなリハビリテーション分野の具体的なプログラム自体が、言ってみれば十分に開発、普及できていないのではないかと、そういうことに行きつくのではないかとというのが論点の3 目でございます。

5 ページの論点の4 点目でございますけれども、今、少し触れましたが、それは結局のところ病院で実施されているような急性期・回復期リハビリテーションが、そのまま生活期においても継続実施されているということを反映している結果ではないのか。

あるいは、5 点目ですけれども、社会への復帰とか在宅での自立生活を向上させるためということを念頭に置いて、どのようなリハビリテーションをどういう形でやるのかということが、プログラムを開発されていないということとほとんど同じかもしれませんが、どういう効果的なやり方があるのかということが、専門職の間でも共有できていないのではないかと。あるいは、括弧で書いていますが、専門職という言葉でくくりにしておりますが、様々な専門性を持っておられる。代表的なのは PT さん、OT さん、ST さんですけれども、そういった専門性が表面上余り意識されないままくくりでリハ職という捉えられ方がされているのではないかと、というのが、具体的論点ではないかと。

最後の6 点目も同様でございますけれども、理解、受容を促すような技術はまだ十分に具体化・体系化されていないのではないかと。

というのが論点に当たるのではないかとというのが、2 つ目の課題でございます。

ちょっと長くなってしまいましたが、残りの C、D も説明させていただきます。

めくっていただきまして6 ページ、7 ページでございますが、3 点目の課題 C でございます。

同様の整理で、前回の課題を四角で整理しまして、前回こういった御意見をいただきましたということでございますが、これも煎じ詰めますと、問題の所在のところで2 つの○を書かせていただいておりますけれども、在宅の高齢者が住みなれた自宅で生活できるということであれば、そもそも通所リハビリ、訪問リハビリ、そういった居宅サービスを一体的に組み合わせることが望まれるのではないかと。逆に言いますと、それが余り一体的に、総合的に提供できていないのではないかとという問題意識を持ってございます。

これは資料編でいきますと、16 ページ、資料 C－（マル1）でございます。

今の提供状況につきまして、併設をしている、つまり、同一の事業所が同じような併設で同時

に訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションが提供できるような形としての形態を、どの程度の施設が持っているかということでございますけれども、例えば通所リハビリテーションを 100 としますと、そのうち訪問リハビリテーションを提供しているところは全体の 5 分の 1、20%です。その 20%は、これはリハビリテーションですので医療関連施設でございますが、そのうち 4 分の 3、75%は医療機関、病院、診療所でありますということです。

請求状況を見ますと、両方の請求を行っているところは基本的にはほとんどでございますので、リハビリテーションを併設しているところは、基本的にはほぼ全てのところが両方のサービスを、当然と言えば当然かもしれませんが、実施をしておられるということです。基本的には通所、訪問両方を組み合わせたリハビリテーションの提供がほぼ前提といたしますか、併設をされているところについては実施をされているということでございます。そこがうまく連携できているかも含めて、これが実態ということになるということでございます。

資料 2-1 に戻っていただきまして、6 ページ、問題の所在の 2 番目でございますけれども、リハビリテーションは、1 回目の議論でもかなり幅広い、様々な概念、様々な捉え方があるということでございます。今回は一定の範囲で御議論いただこうと思っておりますが、リハビリテーションの関連についていうと、医療と介護の連携というものがありますし、介護保険の中でも、今、申し上げましたようなサービスの連携があります。

それから今度は、同じサービスといっても、専門職間の連携と、様々な連携がございます。

これを資料編で見ていただきまして、例えば資料 C- (マル 2)、17 ページですけれども、よくある議論でございますが、通所リハビリテーションと通所介護、俗に言うデイケア、デイサービス、これは一般に、その違いが非常にわかりにくいと利用者の方から言われて、私どもの方にも問い合わせがそれなりにございます。

実態の数字を見ていただきますと、先ほど同じような表をお見せしましたが、ちょっと強調の仕方が違いますので別掲になっていますが、赤く塗ったところが特にそうですが、利用者の属性とか、提供の内容が非常に似通ってきているということなのでございます。例えば要介護度というのはほとんど同じ。利用期間も、先ほど出しましたが、ほぼ同じようにかなり長期である。サービスの提供時間が圧倒的に 6～8 時間に集中している。1 人当たりの平均個別リハビリテーションの時間、これは 16 分と 22 分というのは数字的には違うと思われませんが、そもそも 20 分を前後にほぼ集中をしているという状況ではほとんど同じと言ってよろしいのではないかと。

サービスの提供形態、利用者属性が非常に似通っていて、どういう違いがあるのかかわりにくい。逆に言いますと、ここはもう少し体系化するとか、様々な特徴について整理が可能なのではないのか。

同様に、めくっていただきまして 18 ページ、C- (マル 3) でございますけれども、居宅介護のサービスは色々ございます。この表で何を我々として提示させていただきたいかというのと、ある審査月で居宅系のサービスがどのように提供されているのかというのを必ずしも請求事業所の番号で全部がきれいに捕捉できるということではないのですが、ある審査月で事業者番号が同一であるものを整理いたしました。

C－（マル3）の表の左側、それから右側は、事業所の数と利用者の受給者数とで分けた表でございしますが、7つ行がございします。これは言ってみれば、ベン図が3つ重なるようなイメージなのですが、居宅のサービスにはリハビリテーション、介護、看護がありますということです。その下に、組み合わせがあります。つまり、そのうちの2つを組み合わせるパターンが3つあり、3つともやりますというのが最後の組み合わせです。ですから都合7行ございしますということです。

訪問リハビリテーションだけ、訪問看護だけ、訪問介護だけ、両方、3つともという請求事業所があるという場合がどれぐらいあるか。それを頻度で100%のうち占めるシェアを見てみますということです。ですから、事業所について言うと、3つとも同じ事業所が提供しているというのは、そんなに数は多くありません。13しかありません。しかし、2つとも提供しているというのは、全体から見ると少ないですが、それなりにありますということです。

実際問題、今度は受給者数で見てみますとどうなるか。これは割り切りですが、イメージとして持っていただきたいという趣旨で、得られたデータが下2桁が丸まって四捨五入していますので、下2桁が100人単位になっていますが、同様に、受給者で整理をしますと、リハビリテーションだけを受けた人、訪問看護だけを受けた人、訪問介護だけを受けた人、両方2つが並びまして、3つともが最後です。

これで申し上げたいのは何かといいますと、右側の表で見ると、複数のサービスを受けている人はそれなりにいる。左側の施設併設サービス、同じサービスを提供している施設の数をみていただくと、その割合がかなり薄くなっているということなのでございします。ですから、実際にはいろいろなサービスを別々の事業所で受けている人は結構おられる。

しかし、それらを統合的に同じ事業所で受けている方はそれほど多くないということなので。ですから、これが実態でありますし、異なる事業所から複数のサービスを受けてこられる場合の連携をうまくとれていけばもちろん問題ないのですが、そこにも課題があるとししますと、まだまだこういう連携とか改善の余地があるのではないのかと、そういう問題意識で整理させていただいた表でございします。

それから、同様に、下の19ページ、C－（マル4）でございしますが、先ほどとちょっと似ていますが、訪問リハビリテーションから提供されるリハビリテーションと、訪問看護ステーションも訪問看護の一環でリハビリテーション専門職によるサービスがございまして、この訪問リハビリテーションと訪問看護におけるリハ職、理学療法士等の訪問の内容について調査をしたことがございしました。これは昨年度でございします。

結論から言うと、ほとんど変わらない状況になっております。年齢とか性別がほとんど変わりません。利用者の疾患等については若干違いがあるのかなと思いますけれども、要介護度とかプログラム内容についてはほとんど同じであるということなのでございします。ですから、このあたりにしても、違いがよく見えてこないという話の1つかなと感じております。

そこで、資料2－1にまた戻っていただきますと、今もお話をさせていただいたような問題の所在から見て、論点としては、ここに6つ掲げさせていただいておりますけれども、制度上、別々

の事業所になっているということは、逆に言うと、別々の計画を策定しなければいけないということになりますので、一体的な提供はそもそも制度上なかなか難しいのではないかと。この点についてはぜひ、現場の御意見を踏まえて御議論いただけないかなと考えております。

それから、組み合わせが基本的には効果的・効率的な自立支援につながると我々としては理解しているのですが、そのことが様々な関係者に理解されているのか、浸透しているのかということが、2つ目、3つ目の問題意識でございます。

4つ目の問題意識は、その2つを合わせたような格好になっているのですが、そうしますと、リハビリテーションの目標とか具体的な取組あるいはどういう内容かということが共有化されないと、一体的・総合的・効果的な提供に当然ならないわけですが、なかなかそういう環境になっていないのではないかと。あるいは、そういったことをやっていかなければいけないという認識が十分ではないのではないかとということでございます。

それから、利用者の日常生活に着目したアセスメントや支援方針、こういったものが共有できることは必要なのですが、特に、訪問を実施しないような形で通所だけにする場合に、こういったことが本当にできるのかということも含めて、そこにまた課題があり得るのではないかとという論点。

最後ですけれども、そもそも論になってしまうのですが、様々な連携をする前提は、視点とか着眼点、アセスメントの項目が共有・共通化されることが当然前提になるはずなのですが、実際問題としては、そういったことが必ずしもできていないのではないかと御指摘があり得ると理解していますので、そういった論点があり得るということでございます。

長くなりまして済みません。最後でございますが、めくっていただきまして、課題Dでございます。資料2-1の8ページ、同様に、問題の所在につきまして、私どもとしては3つ掲げさせていただきます。3つ〇でございます。

まず、問題の所在の1番目は、高齢者の方々が、気概でございますとか、より楽しく生きたい、豊かに生きたいといった思い、あるいはそういったものを引き出して適切に支えることが当然前提になるのですが、そういったことが本当に把握できているのか。これは既に先ほどお示しをしましたA-（マル1）、A-（マル2）、A-（マル3）の再掲になりますけれども、多様なニーズがあるということを見ていただきましたし、実態としてそれが必ずしも十分反映できてなくて、偏ったサービス、偏った取り組みになっているということを、裏返して言いますと、十分にもとものニーズを引き出せていないのではないかとというのが、1つ目の〇でございます。

2つ目の〇は、これも先ほど似たような話が1つ出ましたけれども、生活機能というのが一定程度低下してリハビリテーションを受けておられるということなのですが、限界とか可能性を受容する働きかけ、これが十分に本当にできているのかなということが1つ大きな課題になる。

これは資料編の24ページ、D-（マル1）でございますが、リハビリテーションの効果につきまして、御本人が思っておられる認識とリハビリテーション専門職、24ページの左側で、例えば身体機能、日常生活動作、社会的活動の3つについて、リハビリテーションはどのように効

果があるのかと、御本人は3つともよくなると思っている方の割合が半分、社会活動については3分の1ぐらいである。

リハビリテーション専門職について、リハビリテーションの効果を見てみますと、どちらかというと維持するという認識が主要になっているということでございますので、ここには実はある一定の乖離といたしますか、ギャップがあるとデータ上は見て取れるということでございます。

資料2-1に戻っていただきまして、8ページの最後の○でございますが、リハビリテーションの理解を深めることは重要なのですけれども、そのことが十分できているのかなと。1つのエビデンスといたしますか、データの言いますと、資料編の最後の25ページでございますが、リハビリテーションを導入するのに当たりまして、ケアプランにリハビリテーションサービスを導入しなかった理由、その理由をお聞きした場合に、いろいろな理由があるのですが、どちらかというと上位に来るのが利用者・家族の要望・希望がないとか、報酬単価、経済的な理由とか、そういったものが上位に来ているということでございます。

これは裏返しで言いますと、リハビリテーションの本当の必要性とかそういったものがうまく伝わっていないのではないかなと、すなわち、リハビリテーションの意義というものが十分理解していただけていないのではないかなといったことも、こういったデータから伺えるのかなと。

都合それを合わせますと、資料2-1の最後の9ページになりますが、論点としましては、高齢者の思い、御本人のニーズが引き出せていない、そういう技術が具体化・体系化されていない。

同様に、理解を促すための技術についても同様になっている。

個人に対するアプローチもそうですし、広く国民全体についても同様のことが言えるとも理解できますので、どうしていったら具体的に変えていけるのか。こういったことが論点になり得る。

説明が長くなり恐縮ですが、こういったことをぜひ御議論いただきたいと思って、整理をさせていただきました。

長くなりましたが、事務局からは以上でございます。

(2) 意見交換

○大森座長 御苦労さまでした。ありがとうございます。

以上が全体の構成といたしますか、論点の整理になっていますけれども、今回の課題は4つに区分されていますが、大筋私はこれでわかりやすくなったのではないかと考えていますが、この4つに一応区分されて、御意見あるかもしれません、Aから4つそれぞれについて伺いたいというやり方をとりたいのですが、よろしいでしょうか。

80分ぐらいしかありませんので、1の課題について15分ぐらい御意見を出していただいて、若干残ったら全体の総括をするようにさせていただければと思っていますけれども、そういう運びでよろしゅうございましょうか。

それでは、課題Aから参りますので、御意見があればどうぞ。

どうぞ。

○鈴木構成員 リハビリテーションは、通所介護においても必要ですし、存在しています。介護報酬上のリハビリテーションは、セラピストなど関わる職種を限定しているにすぎませんが、それは評価上反映させるべきものであり、リハビリテーションの有無を意味するものではありません。

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となります。

また、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を中心にしていくことは日常行われておりますし、また、要介護認定で自立に改善して終了するということはありますが、在宅での生活を維持するためには通所サービスの継続的な利用が必要であると考えます。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

ほかの方。主として課題Aについて御意見があれば、どうぞ。

検討事項で整理されているところについて、大筋こういう方向でよろしゅうございましょうか。

どうぞ。

○中村構成員 作業療法士協会の中村です。課題Aの画一的なリハビリテーションというところで、1つ掘り下げなければいけないのは、利用者の方は、前回もリハビリテーション前置ということがありましたけれども、医療から介護に流れてくるときに、心身機能に偏ったリハビリテーションという概念がありますので、画一的なリハビリテーションが提供されている背景にはそれが1つあると考えております。

では、どうしたらいいかということですが、論点のところにも書いてありますが、まず、日常生活、これはADLだけでなく、住む人が在宅に変えていかに生活をするかという視点がまず絶対的に不足しているし、それを把握するため、評価するための体制が整っていないのではないのかなと考えます。

ですから、在宅での生活をイメージしないところでプログラム、メニュー中心で今、実際は進んでいるということですので、在宅の生活をいかにイメージするかというところで、対策がここに必要ではないのかなと思います。

そのために、どうやっ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はないのかなと思いますが、いかがでしょうか。

○大森座長 お願いします。

○佐藤構成員 前回のところでも少し予防の大切さをお話ししたと思うのですが、介護予防を中心として物事を考えていくというときに、病院からの流れというのは当然、あるわけですが、そういったことよりは、それ以前の要介護度が低い方々の重度化をいかに予防するか。あるいは、要介護になることを防ぐような取り組みということを考えたときに、今の仕組みから今後、総合事業ということで介護予防部分は地域、つまり市町村に移っていく流れがあるわけですが、そのときに、やはり市町村には十分な体制が今のところは整っていない。これからもなかなか難しいだろうという中で、どうしても都道府県の役割が重要になってくるだろう。

そのようなときに、都道府県の広域的であり、かつ専門的な役割があって、市町村をしっかりと支援することが求められるわけで、そういったところにしっかりと、いわばスーパーコーディネーターなり、スーパーマネジャーと言っているのかどうかわかりませんが、そういった方々がおられれば、総合事業をしっかりと管理計画のもとに進めるようなことが地域によって行われるようになるのではないかと考えています。

以上でございます。

○大森座長 直接こことどう関係するか、すぐには思いつかないのですが、わかりました。御意見として伺います。

どうぞ。

○深浦構成員 前回、お話ししましたが、個別に評価をして、目標設定をするときに、どのような場で、どのような活動をするのかということが必要ですが、ここに掲げてあるように、終了後の利用者の生活のイメージができていないということであれば目標が具象化できないであろうと思います。

どのような場であるというところで、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1つ重要であるし、これは地域によって異なると思います。それを具体的に、セラピストや介護支援専門員の方々がどれだけ把握しているかということが大きな要因になるのかなと考えております。

以上でございます。

○大森座長 地域包括支援センターの役割の一部ですね。

東内さん、どうぞ。

○東内構成員 まず、課題Aの論点(案)で、いいのかどうかといったところなのですが、大きく4つに分かれていて、私の方では1つ目と3つ目は基本的に同じで、何が言いたいかというと、いわゆるアセスメントの部分も、本当にあったときのアセスメントと、生活を洞察したアセスメントがあって、そのときに、一番上のところは日常生活や人生の過ごし方なので、意欲だとか趣味活動にどうだと。3番目のところは身体機能とか生活機能、両方に目標設定がちゃんと

今、なっていないから必要ではないかと言っているの、これは私は妥当かなと思います。

2 番目のリハビリテーション計画のところでは、いわゆるパッケージ化してしまっている身体機能、医療モデルをオーダーメイドにしていくということが、本来ケアマネジメントなので、そこにケアマネジャーとか訪問介護とか、そういうものの連動性のところが出てくるのかなと。PDCA の前に、最近私は SPDCA、survey というか、ただ PDCA だとアセスメント調査がなくプランを立てるとなってしまうのです。だから SPDCA なのかなと最近部下等には教えています。

最後のところは、いわゆる終了期の話なので、例えば要支援 1～2 から二次予防対象に卒業していくのかとか、それとも、介護 1 から完全に非該当となっていくのか。繰り返しですけども、意欲と身体、生活の予後予測をきちんとした目標設定のあり方があれば、終了後のフォローもきちんとしていくのではないかなと思います。

以上です。

○大森座長 ちょっと今の、もともと PDS だったのだけれども、S を CA に分解したのね。

○東内構成員 PDCA の plan の前に survey がないことが、市役所でも大問題かなと思っています。

○大森座長 あなたのところではそういう言い方をとり始めているの。

○東内構成員 やっています。調査で課題を明らかにしないでプランを立てるものはあり得ないと。

○大森座長 そうだね。これはいいね。新しい。通常こういう言い方しかとっていないから。評価の方は少し分けたのね。だけれども、頭のところが今のように考えられると、非常にわかりやすくなるね。これはいいのではないの。事務局、どうですか。これはなかなかわかりやすいと思う。

ありがとうございます。

できるだけいろんな人の御意見を聞きますが、どうぞ、お願いします。

○田辺構成員 整形外科の田辺ですが、利用者のイメージができていないというのは確かにそうなのですが、運動器というか、脳血管もそうですけれども、最終的には動くことが必要で運動器のリハビリテーションになるわけですね。そうすると、運動器のリハビリテーションというのは特徴がありまして、調べたところでは要支援では立つ、座るなど姿勢を変えるというのが一番困ることです。それから、要支援 1 では移動する、歩くことが非常に問題になる。要支援 2 以上は日常生活、例えばズボンが履けないとか、何かができないというようなことが問題になってい

く。

その立つとか歩くとかはベースにあるところであって、そこができないと後のリハビリが進んでいけないわけですね。ですから、基本的には身体機能のリハビリは最終的には必要であって、その上に生活機能がかぶっていくのだと思っています。

ですから、全体的にはベースのところ、軽度の要介護者が今、非常に多いわけですが、移動する能力が非常に落ちていて、そこが問題になっていくというのが現状であると思いますので、全体的な生活のイメージができていないというのは、そうではないかなと私は思っているのです。

○大森座長 そうではないと。論点1の一番上の括弧の中を、例えばどのようにお考えくださっているのですか。

○田辺構成員 基本的には移動能力をしっかりさせた上での話になるわけですね。

○大森座長 わかりました。
どうぞ。

○水間構成員 リハビリ学会の水間です。

今の論点の1のところなのですが、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というのは、我々の経験上でも患者さんは経過をみている間にいろいろと積極的なものを見出す、逆に、非常に病気の再発等を恐れて抑制的になるような方もいらっしゃいます。そういう中で見出していくもので、それが確かにふだんの生活の中に反映されてくると感じております。

そういう意味では、そういうこと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。その変化を見出すということです。

また、これは後のテーマのところでもお話ししようとは思いますが、その中に機能を維持するという意義もあるかもしれませんし、いろいろな指導というのが出てくると思います。

患者さんが自ら新たなものを見出すというのは、亜急性期以降、経過をみていく中で、そういう患者さんが見られますので、やはり継続だけではなくて、一貫した視点で見ていく人間が必要であると思っています。

○大森座長 ありがとうございます。
お願いします。

○鷺見構成員 先ほど来、田辺先生などもおっしゃられた基本動作の訓練などリハビリテーションを実施している姿を、ケアマネジャーや家族が、本人も周りも努力している姿を見ることに

よって、おうちで頑張ったね、我々も頑張ろうねと支える気持ちも生まれてくると思います。

ですから、これは課題Dにもかかわる話だろうと思いますが、意欲を引き出すためにということにつながるのには、医療の方でやっているところから在宅に戻るところの重なり合う部分をきちっと持つ時間が必要なのではないかと考えます。

○東内構成員 田辺先生と鷺見ケアマネジャーも言ってくれましたが、確かに何も目標がなく身体機能を高めていく、これもあると思います。でも、それはそもそももう一度何かやっていた仕事に復帰したいとか、そういう人があります。ただ、高齢者の場合で言ったら、例えば生活歴だとか動作アセスメントをやって、1か月に一遍、池袋まで映画を見に行っていたおばあちゃんが大腿部頸部骨折したと。そうすると、もう私は年寄りだからいいやという感覚ですね。そのときに、私たちはもう一回1か月に一遍映画に行けるようにさせてあげるといえるか、そういうことを手伝わしてくれと、そういうことを踏まえて医療リハだとか介護のリハだとかということで、意欲目標と身体機能が重なり合っているのが大切なのです。そういう意味で、この論点の1の日常生活という部分は欠かせない部分の検討かなといったことです。

○田辺構成員 医療のリハも同じことで、最終目標が映画に行きたいということであれば、それに関しての目標で医療のリハも計画しているわけです。だから同じことだと思います。

○大森座長 Bの方に行きます。戻ってくださって結構ですけども、Bの方に重ねて御議論を。齊藤正身さん、どうぞ。

○齊藤正身構成員 お願いします。

課題の分け方に関しては、非常にきれいにまとめてくださったので、議論しやすくなりました。

その中で、AとBと重なってくるかもしれませんが、今の議論のところに限っては、もちろん身体機能や、移動能力が大切だということは重々承知で、今までもやってきたのだと思っています。

しかし、それだけにとどまっていることに課題があるので、ここでもう一步踏み出さないといけないだろうと思うのです。それが生活や人生の過ごし方を見据えてということにつながるのだろうと思うので、課題Aの出し方はいいのではないかと私は理解しています。

それから、Bの方にかかわってくるのですが、医療保険と同じような形の、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のではないかと常々感じています。

だからといって、今までも手をこまねいていたわけではなく、リハビリテーションマネジメントや、開始時の自宅訪問など、それなりに工夫をしてきましたが、医療保険からつながって介護保険がある、あるいは通所リハがある、訪問リハがあるという位置づけでは、例えば典型的な例で言えば、回復期リハ病棟で提供されているリハビリが1日200分とか300分という個別訓練

に継続して、リハビリを利用する側、利用者の方もそれを求めてしまっているような体制があって、私たち通所リハに来たときには、ここでは一体何分やってくれるんだと、個別の訓練、平行棒みたいな話になってくる。きっと通所に限らず訪問リハでも同じだと思うのですが、そこに携わるスタッフたちが最も苦慮しているのは、実は意識がないわけではなくて、意識を変えていくところで非常に苦労しているということをよく聞きます。

確かに個別の集中的なリハは必要ですし、それをエンドレスに提供してしまうことに陥るのはよくないことで、活動や参加に的確に結びつける方向性を持って進めていくという事業所もないわけではないのですが、単位制というのはもちろん必要な時もあるのだと思うのです。集中的な提供が必要なときや、自宅で生活レベルダウンしてしまって、そういうときに転倒、ふらつき、風邪などでレベルが下がったときに、ケアマネや訪問サービスの提供者から情報をもらって、適時適切にデイサービスを提供、集中的にやるということもあるのでしょうか、それだけではなく、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、そういうことがきっと必要なのではないかと考えています。

○大森座長 ありがとうございます。
どうぞ。

○半田構成員 今、斉藤委員が発言された件とかぶるところもあるのですけれども、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されています。具体的にスキルを提供することが報酬に結びつくようになっている。それを補完するような形で先ほどのマネジメントがあるのですが、どうしても直接的な技術提供そのものが評価される。例えば家族とお話をするとか、家族を指導するとか、非常に大事なのですが、そういうことが評価されない状況が制度的にあることが課題だと思っております。

どうしても医療から出発してきたリハビリテーションなので、そのまま介護保険にも移行してしまっていることが、大きな課題だと思っております。

○大森座長 ちょっと事務局、今のことはコメントが欲しいのですが。

○迫井老人保健課長 今の半田構成員の話についてということですね。コメントといいますか、私どもの受けとめとしては、今回、これは報酬の議論に結びつけるという意味では、非常に有益な御指摘をいただいていると思っています。

報酬、特に医療、介護の両方ともとおっしゃられましたので、医療は特にそうだと思いますが、介護についてもリハビリテーションがどのような評価体系になっているかということ、もちろん基本的なリハビリテーションの部分の評価以外に、いろいろなことを改定ごとに重視をしてくれて、加算を設定してくれています。特に、個別のリハビリとか、マネジメント加算とかを設定していますが、そのときには半田構成員がおっしゃったように、個別に提供するサービスに少し重き

を置いてきたその経緯があって、どうしてもその評価体系がつくり込まれてきた。ですから今、そこをもう一回、過去 12 年に制度をつくってから何回か改定を経て、今の評価の体系が絵姿としてどうなのかということが、むしろ問われて来ているのかなと、問題意識として受けとめております。

○大森座長　ありがとうございます。

先生、どうぞ。

○鈴木構成員　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ですが、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となります。

ただし、身体機能のリハビリテーションはベースとして必要であり、活動や参加を重視する余り、逆に身体機能のリハビリテーションが軽視されて、バランスを崩してはなりません。

加齢は下り坂であることは避けられませんが、それは受容した上でも、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る必要があります。

リハビリテーションの理念が共有化されていないのであれば、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など、個別に報酬をつけることも考えられます。

以上です。

○大森座長　ここは、ちょっと今までは身体機能に少し偏っていたので、全体のバランスをとるべきではないかという問題設定になっているのですね。ですから、元の方に戻ってはならないので、現状がこうなっていて、少し全体としてバランスをとるような考え方と報酬の方へ向かうべきではないか。先生も多分そういう御趣旨での御発言だったと思っています。

齋藤さん、お手が挙がって。

○齋藤訓子構成員　何人もの委員の方々がおっしゃっているように、結局手段が目的化しているというのが今、一番問題だと思います。歩いて何をするのか、この訓練をしたら何を実現するのかという、目的がはっきり御本人にも、サービスを提供する我々にも、みんなそこが一貫してわかることが重要。この方は、池袋に映画を見に行くのだとか、あるいは嚥下の訓練で口から食べることを実現するのだということを、サービス提供者が一貫して共有している状況が非常に重要なのだと思っています。

検討課題の B の論点のところ、医療機関で行われていたリハビリがそのまま生活期においても実施されているという指摘ですが、確かにこの論点のとおりだろうなと思っています。

入院の環境と、御自宅で暮らす、自宅を中心としたところで暮らしていくということでは、環

境の持つ力が全然違ってきます。私は大変重要だと思っているのは、医療保険から介護保険に変わるといったときに、そこで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いうのをどのようにサポートできるのかということを一度きっちり話し合うことです。これは訪問看護が導入される場合とか、あるいは病院から退院される際には、退院調整のナースの方々が関係者を集めて、きちんと話し合う場を持っています。そこにリハビリも参加して、この人の在宅の暮らしの何を実現するのかということの話し合いを一回きっちり持つということを、何か報酬上にでも組み入れていただければ、おのずと進むのではないのかなと感じています。

○大森座長 栗原さん、どうぞ。

○栗原構成員 もう皆さん、お話しになったとおりだと思うのですが、何よりも機能訓練そのものに終始せざるを得ない構造というのは、ある意味では場所と時間が設定された状況の中でかかわるという条件になってしまっていますので、生活の再建あるいは社会参加というところまで持っていくためには、場所は違いますね。訪問リハビリは限定として家でやらなくてはいけないみたいな錯覚を持っているというのが現実だと思うのです。そういった面では、社会参加に持っていける方向性にはなっていなかったというのが現実にあるのではないかと思います。

そういった意味で、どうしても何がしかの成果を目に見えた形で出そうとすると、身体機能に行ってしまうというのは必然の結果ではないかと思う次第です。

我々は、歩くために生活しているわけではなくて、歩く練習をやったことによって満足度が得られるかという、それは恐らく6割方だとある意味では思うわけですね。何かができたから初めてそこに満足度があるわけで、それは映画に行くという話と全く同じ話です。

私は主に、セラピストにとっての対案がないことを取り上げたいのです。つまり、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、高齢者が社会参加に持っていけるかという社会参加の対案を現場のスタッフたちにどう提示できるかというのは、構造的な問題としてとても大事だと思うのですが、これを少し整理していかないと、身体機能で終わってしまわざるを得ないということもあるのではないかと思う次第です。

○大森座長 そちらからいきましょうか。どうぞ。

○中村構成員 鈴木構成員が言われた PT、OT、ST、それぞれ専門性があるので、それに基づいてサービスをすべきではないかというのは、本当にそのとおりだと思うのです。作業療法士は応用的動作能力、社会的適応能力を治療の目的とします。作業の活動と参加というところに対応しているわけです。

先ほどの栗原先生は対案がないというお話ですが、実は OT 協会が平成 20 年からやっている生活行為向上マネジメントという方法があります。これは今、まさに話題になっている活動と参

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であります。

そういうことを6年間やってまいりましたら、結果としまして、いつ、誰が、どこで、何をどうするというところを利用者の方と合意できて、卒業させられるという成果を得ています。それは急性期でも、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わけです。その生活というところにゴールを置いてこなかったというのが1つ、根本的な問題がありますので、そのような生活行為向上マネジメントを用いた作業療法を実施していきましたら、ここに書かれております課題のAとBは、幾つか多くのものが改善されている実績があります。

そこら辺についてはもし機会がありましたら、ぜひプレゼンさせていただける時間をいただいたらいいと思うのですが、要は、根本は利用者の方と、具体的なイメージ像ができていないというところで、そのイメージ像を生活の中でつくるという具体的な手法をこの中で提案できたら、実際、いろいろな物事が進むのではないかと思います。もし、機会をいただければ、具体的な取り組みを、少ない時間でいいですからプレゼンさせていただけたらありがたいと思います。

○大森座長 可能性を探りますので。

先生、どうぞ。

○水間構成員 1つは、先ほどの4番目のことなのですが、前回もお話ししましたが、急性期もしくは回復期から地域生活期に戻ってこられる方というのは、かなりいろいろな機能や能力の状況で来られるということで、生活期リハの目的もかなり多様化してくると思います。つまり、機能回復をまだやらなければいけない。それから、能力、参加向上を目指すことが必要となる方もいらっしゃると思います。

まず、そういうことの背景を理解して、目標を、医療機関側と介護側とでそういう情報をしっかりと共有する、提供すること、それがまず1つ大事だと思います。

それから、2番目のところにあります機能訓練を中心ということですが、これは私たちが品川区でデータを取ったのですが、セラピストの方が指導をして、自主トレーニング的なことを家で行うということを一定期間続けるという、それでどういう効果があるかということですが、日常の活動量がふえるということ、問題にもなっております障害者の生活習慣病の予防、そのような効果もありますので、やはりそういう視点も機能訓練ということでは片隅には入れておく必要があるだろうと思っております。

○大森座長 ありがとうございます。

○鷺見構成員 Bの論点の一番下の理解を促すプログラムという点ですが、実は利用者さん等

は、セラピストの方々がその方の持っている能力ではここまでだと思っていらっしゃる能力のゴールと、多分求めているところの違いが結構大きかったりすることが、リハビリそのものに向かっていく姿勢に関係しているような気がして仕方がないのです。

といいますのは、よくできました、これで十分ですねとほめられていることが、本人にとって見ると全然ほめられていないということは結構多くて、これだったら全然物になっていないのだという思いという、このギャップに対して、私はもう少し何かしら、このあたりがプログラムの中にしっかり段階的に組み込まれることが必要なのではないかということを感じています。

○大森座長　お願いします。

○宮田構成員　今の点に関してなのですけども、例えば病院で回復期でリハビリテーションを受けて、退院してこられる。当然、病院でも身体機能はこれぐらいで、生活としてはこれぐらいという予後説明を医学的見地からになされると思うのです。

ですけども、皆さん御存じだと思うのですが、利用者さんというのは説明されても十分納得するまでにかなり時間がかかるのです。ですから、在宅においてもセラピストだけではなくて、全ての職種、特にドクターとケアマネさんを含めて、これこれこういう生活になるのだという説明は、参加職種が一体となって取り組まないと、理解していただくのは難しいかなという部分が実感としてはあります。

また、言葉の説明だけではなくて、障害を持たれた方が、デイサービスで一緒になった方が、実は車椅子でも旅行できているんだとか、先ほどの話ではないのですが、こんな趣味を楽しんでいるんだと、そういうピアカウンセリングのような体験の中で少しずつ障害受容というのは、なされると思うので、まさにどの職種だけがこうだと言ったからといって受容できるものではないのかなというのは実感しているところであります。

これに対して言えば、体系化はなされているかもしれないが、実際の適応に関する習得が現場で十分なされていないというのはそのとおりであると感じるところです。

○大森座長　そろそろCに行きたいのですけれども、どうぞ。

○半田構成員　この論点の中に、理解あるいは受容ということを入れていただいて、私はありがたく思っておりますけれども、これは、医師の役割が大きいと思っております。医学的リハビリテーションの場合は、病院の中で医師が予後を予測して、これをやっていくわけです。

ところが、介護保険になったときに、医師のかかわりがそこまでなくなってしまったときに、どういう形でこれをやって行くのか。セラピストからすると、私が予後を言っているのかということがどうしても引っかかってくるのです。我々がそこまで決めていいのか、言っているのかということが引っかかってきて、どうしてもそこで医師との接合点が不十分なところがあって、なかなか説明を積極的にやれないという環境が介護保険下ではある。そのところをどうするの

かというところを、もう一度、制度的に考えるべきだと思っておりますので、ぜひ検討の方をよろしくお願ひしたいと思ひます。

○東内構成員 今、半田会長が言ったことがすごく重要で、例えば医療側のお医者さんというのは生活の場というのは見られなくて当たり前なのかなと思ひています。だけれども、今、言った予後予測は出さなくてははいけない。だからこそ、医療と介護の連携で、在宅側のケアマネジャーだとかセラピストの関係と、それをお医者さんの方に情報をきちんと伝えて、その形の予後予測の意見をいただくと、基本は在宅側のチームが決定していくべきところだと私は思ひますので、そこについて御意見をいただく。これがまた、お医者さんが最終的には決めるのだと言ったら、在宅は動かないですね。それが医療と介護の重要な連携の視点だと思ひます。

そこが受容できない方にはドクターから言ひていただくケース、受容ができる方にはケアマネジャーや在宅チームがやれるケース、それは様々ですから、その都度、そういうことの客体を地域ケア会議とかを使ひてやると、縦割りと、垂直統合の切れてしまひているのがきちんとできるのかと、その辺を論点に加えていただくといいのかなと思ひます。

○大森座長 ありがとうございます。

○田辺構成員 最後に医師の立場から一言いいですか。

確かに医師の説明不足は痛感してはいますが、説明の仕方によって全然違ひわけですね。例えば開眼片脚起立、片足で立つ訓練というのがあります。これはあなたが移動したり、いろいろなことをやるときに転ばなくなるのですよという説明をしてやっていけば、非常に患者さんは協力してくれますし、うちの病院ではそれを表にして、今月はあなたが一番改善しましたよみたいなことを言うとしてすごく張り切つてやってくれるわけですね。

そういう医師の努力が少ないのかもしれない。それはちょっと反省してはいますが、その辺をやっていきたいと思ひます。

忙しいところ、済みません。

○大森座長 では、次に行きます。

居宅サービスにおけるリハビリを考えると、訪問と通所をどうやって一体的にやるか、非常に大きな課題ですので、Cのところでは少し御意見を伺ひたいと思ひます。この論点は幾つか出てはいますが、これについて御意見を伺ひます。

先生、どうぞ。

○鈴木構成員 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ことが必要となります。

それぞれの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、重医療や重介護の方の在宅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・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必要です。

高齢者が住みなれた地域で暮らし続けるためには、医療と介護が一体化した地域包括ケアシステムの構築が必要です。医療と介護をつなぐには、かかりつけ医やメディカルソーシャルワーカーと介護支援専門員との連携が重要となりますが、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となります。

要介護状態になる原因には、高齢による衰弱や骨折、転倒が多く、転倒回数がふえることによって外出への不安が高まり、活動、参加の能力の低下につながるため、生活期リハビリテーションにも機能訓練は重要となります。

以上です。

○大森座長 ありがとうございました。

それでは、堀田さん、どうぞ。

○堀田構成員 BとCがセットのところもあるのではないかなと思うのですが、先ほどの東内さんがおっしゃったことと一部重なるのですけれども、今のCの置き方というのは、居宅サービスの通所と訪問という、水平の統合という話だと思うのですが、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をしっかり書き込むことがとても大事で、急性期から生活期、生活期に来た後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、これは多分前回お話ししたのではないかと思います。リハのみならず、そういった形を考えていく必要があって、そのことをいかに、先ほど地域ケア会議というお話もありました。この職種がこのことをというような固定的なことではなくて、かなりオーバーラップもあると思いますので、それぞれの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とか、そういうこともあると思いますので、柔軟な役割分担ができるような場としてもうまく地域ケア会議を使っていくことが重要ではないかと思います。

多分、そのことがあって初めてBに向かうような報酬の設定もできるのでないかなと思ひまして、Bのところでは発言しませんでした。参加と活動に焦点を置きながら、今、時間、方法、場所別になっていますが、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初めてある程度検討していけることではないかと思ひます。

以上です。

○大森座長 齊藤正身さん、どうぞ。

○齊藤正身構成員 課題のCなのですが、今、堀田さんも言っていたらいいんですが、「居宅サービスの効果的・効率的連携」で終わっているのですが、できたら「協働」も加えてほしい。「連携・協働」。大森座長さんが前回も言われたように、連携と言われ続けているのは連携がうまくいっていないからだという、そのとおりだと思います。協働が入った方が一歩進んだ形になるかなと思います。

それから、訪問、通所の一体的な提供というのはとても有効だと最近実感していて、通所リハの場合、開始時に御自宅に訪問できるようになりましたが、スタッフたちの話を聞くと、今まで玄関までしか迎えに行けなかったのが、実際に御自宅の生活の様子がわかった上で、通所リハのサービスが提供できる。もちろん、ほかのサービスが入っていれば、そのサービスからの情報でもいいのですが、実際に見ることの大事さ。

そうすると、プログラムの内容も実生活に合わせたアプローチに大分変わってきているということ。その方がやっていた趣味等がデイケアの中でも発揮できるようになると、本人のモチベーションも変わってくる。

そういう意味では、自宅を切り離さない。通所系はどうしてもそこが弱いところがあるので、御自宅の生活と密着するためにも一体的な提供が必要なのではないかと思います。

以上です。

○大森座長 ちょっと私、しゃべっていいですか。

堀田さんがおっしゃってくださって、協働を打ち出すということになる。連携はみんな言っていてよくわからない。協働は一般的に言うと、活動主体が複数あって、それぞれの役割とか機能とか立場が違う。それが前提になっている。しかし、共通の目的を力を出し合って実現していくという人の組み方のことを意味するのです。だから、堀田さんでいうと一種の水平連携、連携というとみんな言っているから、今回は新機軸として協働を打ち出しませんか。その方が明確で新しいことに乗り出すとイメージが伝わるので、せっかくアイデアが出たのでそれはどうかと思っているのですが。検討しましょうか。

私がそういうことを言っているかわからないのだけれども、連携ばかり言っているから、思い切って協働とちょっと意味を付与して、新しいことに乗り出していきたいというイメージを打ち出した方がわかりやすいかもしれません。

ほかの御意見は。

○宮田構成員 ほかの意見というよりは、齊藤委員の補足の様な形ですけども、論点のところで通所と訪問を組み合わせた方が効果的な実施につながるのではないかなということなのですが、これは先ほどの論点に重ね合わせて言うと、双方とも機能訓練だけだと思っているから、無駄と捉えて両方必要ないのであると、認識される場合が多いのではないかと思います。在宅での生活上の課題と、集団で行って、さらに活動につなげていく場合とは、全く違うものだと認識しています。

ですから、あるときは、例えば退院初期は双方のサービスを同時並行的に行い、活動が活性化して来たら通所リハにしぼり、高齢者ですから途中期間に体調が悪くなって、なかなかどうもトイレが自立ができなくなったと言え、そのときは訪問リハだけに切りかえ、あるいは同時並行的に家庭生活での課題を解決する。そういったように、柔軟に使えると非常に利用者さんにとってはいいいサービスなのではないかなと。ただ、柔軟に切り替えるという評価・判断をきちんとできないと今までと同じ機能訓練だけだと言われてしまう可能性もありますので、そこは気を付けるべきだと考えます。

以上です。

○大森座長 どうぞ。

○鷺見構成員 今回の協働であるとか水平的統合ということは、本当に重要なことだと思います。

しかしながら、制度上で実際には、例えば集中減算ということが介護保険の中にはありまして、例えば併設の事業所でリハと訪問介護とっていたときに、訪問介護の場合ですと、当該事業所が9割以上になると減算になってしまうという実態があるので、実際にはそこで切り離すというようなことをしていたり、または、今までずっと使っていたサービス事業者さんとの関係性を切ることを懸念したりして、もともとのサービス事業者さんを使っていくという、マネジメントをする側からすると、そういった事情もこの中には入ってくると思いますので、そのあたりの制度上の中の整合性もつけていく必要があるのではないかとということを1つ感じました。

もう一つは、特に対象者像で、使うことを、限定までしていませんが、少し厳し目になってくる場合があります。例えば訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時期に移行してちょっと重なって使いたいと思っても、実地指導上の指摘があったりします。訪問リハビリテーションなどは、対象者像として「通うことができない人」となると、必要な時にリハビリテーションが本来の目的で利用できないようなことも出てくることはあると思います。

○大森座長 東内さん、どうぞ。

○東内構成員 まさに今、鷺見構成員が言ったようなところというのは、この制度改正の中に課題として上げるべき論点で言えいいと思いますね。

私がちょっと思ったこととしまして、先ほど堀田構成員であるとか、大森会長が言われたとおり、課題のBの4番目のところだとか、今回のCの一番最後とかその上の部分です。何が言いたいかというと、連携という言葉はあいまいで私も大嫌いです。連携の尺度に、これは筒井さんに教わったからですけれども、リンケージとかインテグレーションとかというのがあって、今回、斉藤先生も堀田先生も言っているのは統合というか、それを協働という言葉で打ち出していく。

では、連携と統合とか協働の何が違うかといったら、私がやってきた経験値では、例えば地域ケア会議とかサービス担当者会議、もしくは市内事業者全体の様式が統一されている。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ている。さらには、評価尺度が市町村内部で統一されている。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わけです。

そういうことも考えないで、世の中の的には、それもやりもしないで共通言語がないとか、そういう議論にひた走って、全くフォーマットを開発するところに力を入れてこなかった。これがCの一番の論点だと私は思います。

特に、リハビリだけを専門に当てるならば、きょうは理学療法、作業療法、言語聴覚の方がいらっしゃるんで、その間でも、例えば通所のリハだけで家族がしっかりしていて訪問は要らないケースもあれば、ひとり暮らしで通所と訪問にしっかり入れなければいけない部分もある。さらには、身体機能だけではなくて、お料理をつくるだとか、洗濯補佐とかとやっていたときには作業療法が絶対に入らなければいけないケースがある。あとは構音障害を含めてコミュニケーション能力が低い場合には、言語療法が入らなければいけないケースもある。

そういうことが包括ケアシステムという地域全体のものと、一個人のケアマネジメントを包括マネジメントと和光市では呼んでいます。それがいわゆる世の中で言われている多制度多職種協働のことですね。本来、それをケアマネジャーが推奨できれば一番いいのしょうけれども、和光市はやっています。ただ、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そのようにしているといったところなので、この論点は重要なと思います。

以上です。

○大森座長 今回の様式の話はどのように受けとめておけばいいのかな。

課長、お願いします。

○迫井老人保健課長 私どもの理解は、従来からこのことは指摘されておりましたが、現実的には、例えばケアマネジメントにおける評価項目が幾つか並立している。分科会での御議論でも、先進国でそういった評価項目が一定程度共有化されていないというのは極めて珍しいという御指摘もありました。

それから、介護サービスの質的な評価を行っていくべきだと、報酬体系にそういったことも入っていくべきだと、近年、継続してずっと言われていますが、そこを突き詰めていくと、評価の項目、評価の視点が必ずしも十分共有ができていないという壁にぶち当たっていったら、事務局としてそこは1歩でも2歩でも進めたいということで、研究をやらせていただいたり、分科会でそういう御指摘を受けて、具体的に、統一という言葉がややかたい感じがしますが、少しずつそういった共通の認識に足るような手法がどんなことがあるかというのは継続して取り組むべき課題だと受けとめております。

○大森座長 わかりました。

どうぞ。

○中村構成員 先ほど東内さんが言われたように、共通言語がないというところが1つ大きな課題だと思いますが、その内容を見ますと、心身機能と基本的な ADL に偏った評価なのです。

今、話題になっている活動と参加について、活動が非常に少ない。これが現状でありますので、一歩進める検討の中に、そこら辺を含めた書式をつくるべきだと思います。

それと、利用者の方、通所、訪問の方も含めてですが、活動と参加について、どういうことをしたいですとかいうことを作業療法の中で聞き取りました。活動と参加を対象に作業療法をやっておりますので、聞き取ってみますと、多い方で9～10、少ない方でも3～4つ、実際にいろいろな活動と参加に対する要望を出しております。ですから、ぜひそのことを含めた書式というのを踏み込んで提案していただけるようになったらいいのかなと思っております。

○大森座長 大事な問題です。

どうぞ。

○半田構成員 連携という言葉から、先ほど東内さんの方からインテグレーションという言葉がありましたけれども、極めてここが問題だと思います。地域ケア会議の目的は何かといたら、まずインテグレーション、統合するという機能を持っておかないと、漠然としたアセスメントになってしまう気がします。

特に、地域においてもチーム医療になってきていますので、それぞれの情報をどう統合するのかという機能がしっかりとないと、ばらばらになってしまいますし、非効率になってしまいます。この統合をどういう形でなしていくのか。ぜひインテグレーションというところについては、今後の連携という言葉とともに御検討いただければと思います。

○大森座長 機能そのものは統合できないのですね。何のレベルの何の統合の状態をつくり出すかという御議論でしょう。

○半田構成員 そうです。

○大森座長 そうでないと、それぞれ専門の方々が全部一体になってしまうなどという話はないので、そういう意味ではないと思うのです。そうしたら、それぞれの方々が頑張りにくくなる。誰か指揮官がいて、このとおりにやれなんて話になって、それは統合ではない。この場合、そういうこともあり得ますけれどもね。

○半田構成員 もともとリハビリテーションは分業の意味合いが強いです。それをただ分業しただけではばらばらになってしまうので、どこかでまとめるという作業が必要です。

○大森座長 おっしゃるとおり。そういう意味です。

どうぞ。

○栗原構成員 連携と協働という非常に我々医療の中でも言われている話で、とても大事なのですが、決定的な問題は、情報が共有できないというのがまず第1点。それは連携でもそうですが、協働、つまり多職種が1つの目標に向かってかかわるという意味では、しっかりとした情報の共有化が必要ですから、その前に目標がちゃんと共有できているかという確認事項が要りますので、そういう書式をつくる必要があるだろうと思っています。

そういう意味では、それをもとにしたマネジメントがもう一点、非常に重要課題になってまいります。では、誰がマネジメントできるかということに関して、本来であればケアマネジャーが理想的な形でしょうけれども、マネジメントはなかなかどの職種も教育のプロセスの中で習っていないのです。それで回復期の中でもマネジメントはものすごく大きな問題になっています。

そういった意味では、互いにそういう教育をし合うことの前提のもとで、少なくともゴール設定をしっかりと共有化するための情報をしっかり出して、それに向かうというルールづけを地域の中でちゃんとやっていくというのが、恐らく東内先生が言われているケアマネジメントあるいはケア会議の有意義な点ではないかと思う次第です。

○大森座長 情報共有から始まって、書式の問題が出ましたので、そこが1つのこの領域のポイントになる。

最後の課題に入りたいのですが、堀田さん、短めにどうぞ。

○堀田構成員 Cのところ、先ほどのお話のどのレベルの統合かというときに、臨床専門職・組織統合、そしてシステムの統合があると思うのですが、将来的には必要な機能をどうやって統合的に提供していくのか、そのマネジメントがどうあるべきか、それをどうしていける制度ということを考えていくと、前回の介護給付費分科会のヒアリングの中でも、リハビリ関係の団体は、在宅リハビリ総合ステーションみたいなことをおっしゃっていて、それぞれの観点からそんなことをおっしゃっていたのだと思うのですが、地域包括ケアステーションとか、多職種でどうやって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模索することを誘導するような形が入っていくといいなと思います。

以上です。

○大森座長 それでは、最後のDの論点に入ります。

どうぞ。

○鈴木構成員 活動や参加を支える基盤としての機能訓練は重要です。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化が必要となります。

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です。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ことも考えられますが、そういった取り組みを評価することが必要です。

国民に受容を迫り、リハビリテーションの限界を示すのではなく、リハビリテーションは生活期から介護期、さらに終末期と生涯にわたって継続されるべきものであることを確認する必要があります。

国民の前に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必要があります。

以上です。

○大森座長 介護保険法を改めてタベ見たのですけれども、第4条はすばらしいことが書いてあって、これは国民なのですが、国民は自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に健康の保持、推進に努めるとともに、要介護状態にあった場合においても、進んでリハビリテーションその他のサービスを利用すると書いてあります。

リハビリテーションが先頭に出てくる。まず国民に促しているのです。これが本当に徹底しているかどうかということになりますが、もう理念は4条に明確に書いてあるのです。それを具体的にどうすればいいかというのはこの論点Dでありまして、今、御意見出しましたけれども、ほかの方、どうぞ。

お願いします。

○栗原構成員 トータルで考えてもそうなのですが、やはり今の介護保険、一部医療もそうかもしれないませんが、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ころからいかに脱却するかということですから、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には啓発、教育が必要だろうと思います。

そういった意味で、先ほどの議論の統合等を含めて考えていきますと、やはりある部分は地域に拠点となる総合的なサービス機関というイメージをどうしても持たざるを得ない。そういった意味で、私どもは在宅支援リハビリテーションセンターとして、リハ職がちゃんとして、具体的に個別のサービスも提供できるけれども、地域に対する啓発もまたやっていこうというものの設定を提案しているわけです。

何がしかの具体的な目に見える形での啓発の拠点というものがないと、どうもメディアだけ

では済まないだろうし、公的な文書でも済まないところまで行ってしまうのではないかという危機感を持っております。

○大森座長 どうぞ。

○斉藤正身構成員 今、栗原委員が言われたことにもつながるかもしれませんが、従来から言われているリハビリテーションということでいうと、リハビリ漬けにしているのではないかというのが今回、反省点だと思うのです。

そのことを考えると、やはり運動することがイコールリハビリという考え方もちょっとそうではないのだよということを、その意識を、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と思うのです。

わかっていないと言ったら怒られてしまいますが、なかなか御理解いただけない。東内さんみたいな方ばかりならいいですが、なかなかそうはいかなかったりしますので、それが必要なのではないか。

そういう意味で、きっと栗原さんが言われた在宅支援リハセンターというのはそういう意味合いもあるのですが、通所リハに関して言えば、デイケアの場所が、せめて何箇所かでもそういう役割を担っていけるようになっていけば、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、ある機能に、例えば通所リハは介護保険サービス利用者が来るところだけではなくて、地域に対して啓蒙啓発活動もできるのだと、そういう役割も担うためにリハ職が必要なのだという位置づけもあるのではないかと思います。

私は今回の4回で話が済むことではないとは思いますが、大事なことは、生活期のリハビリテーションのスタンダードを変えなければいけないというのが今回の大きなテーマだと思うので、この4回に限らず、生活期リハのスタンダード、これはどの国にもないと思うので、ぜひ我が国でそれが実現できたらいいなと思って、この課題Dを拝見していました。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

ほかの方、どうぞ。

○半田構成員 課題Dの論点の2番目、3番目にかかわるのですが、リハビリテーションの役割と限界を国民に理解してもらうとともに、介護保険というものがどういうものを国民がまずわかっていないのではないのか。医療保険の高齢者版的な捉え方をそのまましているのではないか。あるいは本会の調査結果にもあるのですが、急性期の医療関係者の多くが介護保険のことを十分に理解できていないのではないか。

そういう中であって、利用者にリハビリテーションのことを知ってもらうだけでなく、介護保険というのが国の中でどういう役割を果たしているのか、先ほど座長がお読みになったところ

をもう一度、国民的なコンセンサスを得るようなことがあった上で、リハビリテーションの役割が出てくるのかなと感じております。

○大森座長 私は相当程度定着していると理解していたのですが、必ずしも現場におられる方はそう見ておられないということがある。

○半田構成員 昨年調査させていただいたのですが、急性期病院の医療関係者の介護保険の理解度は、十分とは言えない状況です。

○大森座長 そこは問題ですね。若干コメントありますか。

○栗原構成員 医者としてはちょっとだけ言わせていただきますけれども、御存じだと思いますが、急性期の医療はとんでもなく忙しくなっていますので、聞き方の問題として、細かいところまでわかれというのは無理な話です。ただ、私どもは現場で回復期をやっていますが、介護保険の部分の主だったところはこちらでやるから、自分たちの任務を適切に果たしてくれというぐらいに言わないと、急性期は大変な状況になっているということをご理解ください。

○半田構成員 急性期だけの方々を批判するつもりではなくて、なかなか理解できていない状況が現にあるということを認識する必要があると感じております。であれば、利用者の方々がどこまで理解しているのだろうか。介護保険そのものの意味、あるいはあり方というところ、そこがあって初めてリハビリテーションの持つ意味はこういうことですよと、つながるのではないかと。

○斉藤正身構成員 そこは、介護保険の理解については介護給付費分科会等で話し合っていくと思うのですが、この会では、それがないとリハビリのことが伝えられないのではなく、リハビリはリハビリでちゃんと伝えていかないといけないのです。リハビリはリハビリでわかってもらう努力が足りないと思うのです。そのところをこれからもっとやっていこうということではないかと。

○大森座長 先に手が挙がっていた、堀田さん、どうぞ。

○堀田構成員 それでは、1つ目は、継続的には保険者が第4条の理解を進めるということはもちろん重要だと思います。

他方で、斉藤委員もおっしゃったように、せっかくリハビリの場でリハビリの方々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、そのときに生活期リハビリの話が大きく取り上げられていますし、目標、QOLに向かって生活をどう支えるかというところ

に向かってという話も前回から継続していると思うのですが、今、多分リハビリもですけども、ほかの看護とかもそうだと思うのですが、生活を支えていくと言われながら、結局何か病気や障害が起きてから出会っているという形なので、なかなか御本人の置かれた環境、家族や地域の状況が十分にわからずに生活期に突如何とかしようということになっていて、いかに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か。それが今、既存のところでも、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というのは、非常に求められているところではないかと思います。

つけ加えると、恐らくそういうことというのは、全国を歩いていると、各リハビリの専門職の方々が、個別には結構小さなイニシアチブをやっているように拝見していますが、そのことの効果が十分に、あの方のすばらしい取り組みという単発的なものとどまっていて、十分にアウトカムがエビデンスに基づいた形で出されていないというのはもったいないことだと思いますので、日ごろから地域と協働するリハの姿ということと、恐らくそれをやっている方々が結構いらっしゃると思うので、それをいかにエビデンスをつくっていくかということは、リハビリに対して期待したいところだと思います。

以上です。

○大森座長 どうしても御発言したい人。

では、これで最後です

○中村構成員 Dの論点のところですが、高齢者の思いに焦点を当てた、活動と参加に焦点を当てたということだと理解しております。

積極的な関与、これは目標を利用者の方と合意形成して実施するということだと思います。その技術を具体化ということですが、これは先ほど言っていますように、具体化はできていると私は思っています。

ただ、作業療法士協会が取り組んだ結果からいいますと、ただ体系化するというところになっていないと思います。その意味で、体系化は必要だったと思っています。

2番目の、高齢者自身の生活機能、この生活機能はまさに心身機能、活動と参加を含めた生活機能だと理解しておりまして、それを実施していくという技術が既に作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、それぞれ専門性をどう使うかというところで固定化しておりますが、これを介護保険の中で生かすというところの工夫はこの委員会で提案することも必要だと思っています。

そういう意味では、それぞれの専門性は、作業療法は活動と参加を専門といたしますし、理学療法は基本動作能力というところを担当いたしますし、言語療法はコミュニケーションと嚥下等をするわけですから、これをうまくどう使うかという切り分けを実施していったらいいのではないかと思います。

とりわけ、作業療法は活動、参加というところを専門といたしますので、ぜひ次回、その具体

化というところで、こういう取り組み事例を御報告させていただいて、また具体的にどうということが具体化につながるのか、体系化につながるのかということをコメントしていただけたらありがたいなと思っております。

以上です。

3. 閉 会

○大森座長 最初にお願いしました時間でございますので、本日は以上にいたしますけれども、大筋としては、きょう出た4つの大きな区分の課題とその問題点とどのように考えていけばいいかということは、いろいろ細やかな御議論もございましたけれども、大筋はこの方向で取りまとめが可能になるのではないかと私自身は理解しているのですが、そういう理解でよろしゅうございましょうか。

次回は、これを踏まえまして、少し具体的に、まとめていかなければいけませんので、最終的には文章決着ですので、文章上どのように表現するかということになると思いますけれども、次回はその準備を事務局をお願いするということでよろしいでしょうか。

では、事務局の方で何かあれば。

○迫井老人保健課長 今、座長がおっしゃったようなイメージを持っておりますので、座長と少し御相談をしながら、次回、今までの御議論をまとめる形で何らかの資料を御提示して、御議論いただければと考えております。準備をさせていただきます。

○大森座長 では、本日は以上でございます。ありがとうございました。

○迫井老人保健課長 それでは、連絡事項が運営事務局からございますので、お願いいたします。

○事務局 本日は、お忙しい中ありがとうございました。

次回第3回は、10月29日水曜日の、本日と同じ午前10時より、海運クラブ303・304会議室で行われます。

また、続きましてそのほぼ1週間後、第4回は、11月6日木曜日の同じく午前10時より、第1回と建物は同じなのですが、都市センターホテルの「コスモスホール（英数字2）」にて開催の予定となっております。

構成員の皆様方には、3回、4回と開催間隔が短くございますので、一度に出欠の調査をさせていただくという形で御連絡をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

○大森座長 それでよろしいですか。

ありがとうございました。