

2014-10-29 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3回）

## 1. 開 会

## 2. 挨拶

○迫井老人保健課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第3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」を開催いたします。

前回に引き続きまして、構成員の皆様方におかれましては、大変御多忙のところを御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

まず、本日の出欠状況でございます。

本日は、堀田構成員、東内構成員は御欠席の御連絡をいただいております。

それから、齋藤訓子構成員におかれましては、交通事情の関係で若干おくれられるという御連絡をいただいておりますので、その点について御報告をさせていただきます。

それでは、冒頭のカメラ撮り等はここまでとさせていただきますので、御協力方よろしく願いいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

まず本日の次第でございます。

続きまして、検討会の名簿、配置図がございます。

実際の資料でございますが、資料1といたしまして「第2回検討会の主な意見」という冊子がございます。これは前回の御意見等をまとめたものでございます。

次に、資料2といたしまして幾つか枝番がついたものがございます。

まず、資料2-1、これは私ども事務局のほうで作成をいたしました「報告書の作成に向けた議論の整理」がございます。

次に、日本作業療法士協会の中村構成員と、日本理学療法士協会の半田構成員から資料の御提出をいただいておりますので、御提出いただきました資料につきましては、枝番をつけまして2-2-(マル1)～(マル4)の4部、それから2-3がございます。

基本的な資料は以上でございますけれども、もし過不足等ございましたら、事務局のほうにお知らせをいただきたいと思います。

それでは、以降の議事進行につきまして大森座長をお願いをいたします。

## 3. 議 事

○大森座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

きょう、最初にお二方からそれぞれ一番御関係が深いお二人からプレゼンをしていただきまして、多分全体の方向としては取りまとめの方向とそんなに違わないものと資料から推察されますので、まずそれを御報告いただいた上で、事務局が今までの議論を前提にしてとりあえず次回に取りまとめに向かって整理をしたものがございますので、その御報告をいただいて、全体

として議論をするとさせていただければと。

それでは、中村さんから。

○中村構成員 事務局から3分で御説明しなさいということです。

このような機会をいただきまして、本当にありがとうございます。早速資料2-2-(マル1)をお開きください。

これは日本作業療法士協会が「活動と参加」を促進するために取り組んでいる事業の内容のまとめであります。利用者がやりたい、したいと思っている生活行為向上マネジメント、生活行為に焦点を当てて実施する作業療法の内容でありまして、これは全体で用いられるのかなと考えております。

まず、その大きな特徴は、一人一人の高齢者が望む活動と参加の目標を明らかにし、その目標の実現に向かって多職種が協働し、一人の高齢者の自立支援に向けての支援であります。

次のページをお開きください。

この図は、まず「活動と参加」についての捉え方を示した図でございます。「活動と参加」という漠然としたものではなくて、具体的にこういうカテゴリーがあるということを示した図でございます。これら一つ一つを明らかに問題、目標として実施しているということになります。

次のページをお開きください。

これは生活行為向上マネジメントの全体の構成図であります。一番左側、まさに前回ありましたサーベイというところの工程図でありまして、それからプラン、ドゥー、シーというところの説明のところと介入方法と支援計画という構図になっております。一つ一つ簡単に御説明してまいります。

資料2-2-(マル2)をお開きください。

まず、サーベイというところでございますが、多くの利用者の方が活動と心身機能、それからADLというところに希望を持っております。活動と参加に方針を向けるためには、その活動と参加の必要性をどうやって理解していただくかという工程が必要になると考えております。

この資料2-2-(マル2)は、それを聞きとるための、引き出すための手法でございます。生活行為聞き取りシートと書いてあります。これを日常生活でその人が本当にしたい活動と参加を引き出すというところのツールでございます。

次のページをお開きください。

これは前のページとこのページの2つによりまして、なかなか何がしたいということを聞いても具体的に答えられない場合が多いですので、この興味関心チェックリスト等を使いまして、本当に何ができているのか、何がしたいのか、何に興味があるか、具体的なIADL等を参加のところへ引き出す。こういうところで漠然とした大まかなどうい生活を送りたいのだということを引き出すという作業を行っていきます。

その下に実際大体のイメージということが引き出せるわけですが、その中で具体的などういことが目標になるかということを引き出すためのシートが(マル3)と書いてある生活

行為向上マネジメントシート of 生活行為アセスメント表ということになります。この特徴は、生活行為を妨げている要因を心身機能、それから活動と参加、環境因子、それぞれ分けて分析していくことであります。それを分析いたしまして、では自分の能力とどれぐらい開きがあるのかということ を明らかにするために、今、その方が持ってらっしゃる能力をそれぞれの項目に書いていきます。その能力と妨げている要因を把握し、解釈しまして、心身機能の予測はどこにあるのか、活動と参加の予測はどこにあるのかということ をいろいろ分析いたしまして、大まかなイメージ像から具体的な目標の設定というところに落とし込んでいきます。それがアセスメント表の役割です。この段階におきまして、ある利用者の方々、私は家事動作、調理、家で住みたいというところのレベルから、当面は掃除をしよう、当面はお食事をつくることをしようという行為が明らかになってくるということになります。

その行為を明らかにしましたら、それを実現するため、何が理由で調理ができないのか、環境はどうであるかということ をアセスメント表でつかんでおりますので、では、それをできるようにするためにはどういうプランを組んだらいいかということ を組んでいきます。基本的プログラム、応用的プログラム、社会適応的プログラムと分けます。

基本的プログラムは、心身機能に対するアプローチであります。

応用的プログラムは、その要素です。包丁を握ったりとか、野菜を切るための筋力、実際の切り方、スキルというところであります。

社会的適用プログラムは、実際それをつくってみる。通所リハの場面をつくってみる、訪問リハの場面で具体的につくってみる、そういうことを実施するようなプログラムであります。

大切なことは、本人様がどうするのか、御家族がどうするのか、理学療法士、作業療法士がどうするのかということ をこの中で落とし込んでいきますので、前回出ました協働というところでそれぞれの役割がこの中で明らかにできるのではないかなと考えております。

本資料に少し戻っていきまして、話が前後いたすのですが、作業聞き取りシート、実際に把握された具体的に病院、医療機関、入院、通所等に出されました活動と参加に対するこちらの表でございます。聞き出しましたら、こういう具体的な実は項目が上がってきます。ですから、こういうことを実現していくということが1つのツールにしていくためのツールということになります。

本資料の次のページ、最終ページを見ていきますと、これは平成20年から昨年度までいろんな医療、介護施設で実施してありました。時間がなくて申し上げられませんが、病院と介護支援専門員との連携、それから、通所リハビリテーションでの取り組み、それから、訪問介護との連携、通所介護との連携、いろんなパターンでこの考え方に基づいたアプローチをして、いろんな多職種と連携をしてやってきました。いずれもいいという結果が出ております。

具体的には資料2-2-(マル3)、具体的なイメージをつかんでいただこうと思ひまして、事例を(マル1)～(マル7)持ってまいりました。病院の事例、老健の事例、通所リハの事例、訪問リハの事例、回復期の病棟での取り組み事例であります。この中には認知症も入っておりますし、さまざまな重症度の介護度の方も入っております。

最後に、こういうことを全体に広めようと思って今作業療法士協会がやっているわけですが、資料2-2-(マル4)でございます。

平成24年度から25年度の研修と講習をやっている状況で、全体1万590人がこの研修をされ、実際の講習まで行われるのは6,380人となっております。また各県に推進リーダー、これらの熟練者というのを養成いたしまして、全国津々浦々の病院施設でこういうことが実施できるように取り組みをしております。

以上、簡単でございますが、こういうことを取り組みをしております実感としまして、確実に活動と参加というところに焦点を向けたバランスのいいリハビリテーションが実施されるということを実感しております。

以上でございます。

○大森座長 ありがとうございます。

それでは、半田さん、続けてお願いしましょう。

○半田構成員 資料2-3で御説明させていただきます。

バランスがとれた身体機能・活動・参加に向けた理学療法あるいは理学療法士の役割ということで簡単にまとめさせていただきました。

1枚めくっていただきたいのですが、(マル1)、これはただ活動と参加をしていただければ高齢者はどんどん落ちていきますよという具体的なデータであります。何らかの関与が必要。ただ、これ全てを介護保険でかかわる必要があるとは全く考えてはおりません。

(マル2)のところですが、専門的な評価をちゃんとした上で、理学療法の計画を立てて、そして総合的な計画に持っていく、その役割が理学療法士にあるのではないかと考えております。

(マル3)になりますけれども、理学療法計画の中で、まずは評価をし、そして課題を出していく。目標、期間、頻度を設定していく。

4番目に理学療法プログラム、個別あるいは集団、そういう在り方も検討していく。そして、3カ月おきに再評価すべきだろう。始まったらどこまでもいってしまうのではなく、3カ月間で再評価した上でさらに継続あるいは地域支援事業のほうに回すとか、いろんなこともあり得るのではないかなと思っております。

(マル4)になりますけれども、効果的な理学療法士の介入ということで、大体いろんなデータを調べましても3カ月程度の集中的な理学療法あるいはトレーニングで一定の効果は十分得られる。ただ、介入後も継続しなければ効果が維持されないというところをいかなる方法で継続ということを考えていくか、これは幅広い取り組みが必要であろうと考えております。

3目になりますけれども、それでは、専門職はどこまでかかわるのか。そうではなくて、専門職の関与を少しずつ少なくしていった集団的なアプローチあるいは定期的な関与を持っていく、です。ですので定期的なフォローアップ等も必要になるのではないかなと思っております。

1枚めくっていただきたいのですけれども、この中で具体的な提案あるいはポイントを3つほどお示しさせていただきたいと思っております。理学療法の開始前に目標期間、頻度及びプログラム、理学療法計画をしっかり専門職として立てていく必要があるだろうなと思っております。その中で計画が決まったら、利用者、家族に説明あるいは同意を含めて作業としてやらなければならないのではないか。終わりを考えるときに一番大事なのは始まりではないかなと思っております。

2番目に、定期的な評価に基づいて理学療法の終了あるいは継続を3カ月おきに検討する必要があるのではないか。スタートどこまでもという在り方はまずいだろう。

ポイントの3になりますけれども、理学療法の終了後も利用者の状態像を定期的にモニタリングする。電話でも何でもいいのでモニタリングすることが必要ではないのか。一定の管理下でそのようなことをやっていく必要があるのではないか。そういうことを下のほうで示させていただいております。

次のページ、参考のところを1枚だけ説明させていただきたいのですけれども、理学療法評価といってもいろんな項目をやっていたら、すごい時間がかかります。実務をやっている方々にお聞きすると、評価はやはり20分ぐらいで終わるようなものでないと臨床的にはなかなか使いづらい。これが30分、40分、1時間かかるような評価ではとてもではないけれども、臨床的に対応できないということで、そのような意見を踏まえて参考資料としてE-SASという、これは本会が老健局の研究事業として開発したものです。できるだけ簡単に状態像を把握して目標設定できる、そして、これが20分以内で完了するということが必要かなと思っております。

早口で申しわけありませんでしたけれども、説明を終わらせていただきます。

○大森座長 ありがとうございます。

それでは、事務局のほうから本日の資料をお願いします。

○迫井老人保健課長 それでは、事務局のほうで用意をさせていただきました資料に関しまして御説明をさせていただきます。

資料はお手元の2-1、横でホチキスでとじてございますけれども、「報告書の作成に向けた議論の整理」という表書きがございます。

資料1にまとめました通り、これは詳細は御説明いたしませんでしたが、前回御検討いただきましてさまざまな御意見を課題4つにつきまして整理をさせていただいた後に御議論いただきました。そのおもだったものを左半分に掲載しております。

1点目、まず御提案させていただきたいのは、今回、非常に短い短期間で集中的な御検討をいただいておりますが、主には介護報酬改定における実務的な改善を目指したいということで急ぎお願いした検討会です。ですので今回の検討会、4回分の成果といたしまして、このような報告書の骨子で構成をさせていただきたいということで案を示させていただいております。それが右側でございます。

内容的にまとめておりますけれども、見ていただくと、コンテンツとしては「はじめに」というところからございまして、事実関係、現状についての資料をつけさせていただいた後に、IIIですが、冒頭、ここの検討会のスタート地点からお話をさせて、御提案といたしますか、前提として御説明しておりますのは、前回の検討といたしまして平成16年の報告書がございまして、そこをスタート時点としてということでIII、これは基本的には事実関係というか記載部分の整理でございまして、主に今回の検討会として実質の検討部分はIVの新たな在り方というタイトルで2つに分けて構成させていただいたらどうか。

1番目が課題の整理、これはIVの1ポツでございまして。これは主には前回御議論いただきましたので、これを整理させていただいたらどうか。きょう御議論いただきたいのは、赤で囲ってございまして、2ポツでございまして、そういった課題を踏まえまして具体的にどんなことが考えられるのかということと前回御議論いただきました内容と、私どものほうでこれまでさまざまな老健事業でございまして、既存の御提案でございまして、そういったものを参考にさせていただきながら、今から御説明するような2つの柱でまとめまして御提案としてさせていただいたらどうか。これをきょう御議論いただくのですけれども、これらをあわせて報告書に記載させていただいたらどうかという、まずこの報告書の内容をイメージしていただいた上で本日御議論いただきたいという趣旨でございまして。

めくっていただきまして、今、御説明させていただきましたとおり、前回の御議論は大きく2つの提案にまとめさせていただいております。2ページでございまして、最初の提案は、これまでさまざまな御議論がございましたし、相互に関連する内容でございましたけれども、基本的にまず最初の御提案としましては、質の高いリハビリテーション、適時適切に、あるいは効果的なということを実現するためには、やはりマネジメントを徹底する必要があるということで、これはリハビリテーションマネジメントという評価の内容もございまして、それを改めて整理をする、強化をする、そういったことをさせていただいたらどうかというのがまず基本的な1つ目の柱の考え方でございまして。

これは2ページの上半分に前回の議論いただいたものをかいつまんでまとめておりますけれども、矢印で下にその提案、1つ目の柱は何かというのを3つのさらに中項目でブレイクダウンしております。それは(1)(2)(3)です。大きく分けまして、利用者の日常生活に注目する、着目する必要があるのだと。その上での目標設定が重要なのだという御指摘をいただいたと理解しておりますので、それを目指して何ができるのかが、2つで書いてありますが、特に目標の設定自体が非常に重要であり、それは利用者の意向に基づくべきである。

2つ目は、以前の高齢者御自身が比較的不自由のない生活を送られていたときと、それから、現にリハビリを受けられることになっている現在との差、違いを受けとめるということが必要で、そのためには特に医師を初めとするさまざまな方のアプローチが必要であろうということで、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明、同意を徹底するという含めまして、そういう利用者に着目した目標設定が必要であろうとそれが(1)でございまして。(2)が2つ目のポイントといたしまして、やはり多職種協働という話でございまして。多職種協働を具

体化するための仕組み、これは連携、連携という話ではなく協働でしょうという話を前回いただきましたので、協働を具体的に実現するための方法として、大きく2つ〇がございますけれども、さまざまな計画とか考え方、指標をまずは共有する必要がありますということと、2つ目の〇ですが、実際に共有するための「場」を工夫する必要があるのではないのか。特に、今回リハビリテーションの議論をしていただいておりますので、リハビリテーションが実際に実施されるに当たってさまざまな関係者が、やはり会議といいますか、意識合わせをしますので、それを名称としては「リハビリテーションカンファレンス」と書いていますが、これは恐らくいろんな場面で既にやっておられることだろうとは思いますが、それを明確にした上で、そこでさまざまな内容を共有していただいたらどうかという、これは言ってみれば実務の上での工夫でございます。

3番目、最後が、こういったことをやはり確実に実施できるようなチェックシートといいますか、そういう工程をしっかりと管理していただくことも実務の上では必要でしょうということで、3番目にそういったプロセスの明確化、共有化ということでございます。

めくっていただきまして、以降、簡単に、資料はそれなりに用意させていただいておりますけれども、時間の関係もございまして簡単に御説明しますと、3ページ、4ページ、これは並行いたしまして、私どもの今回の検討会の予算の中に調査予算を含んでおりましたので、幾つかの事業所にインタビューを実際にさせていただきました。そこで3ページと4ページで、現状等をこういうふうにしたらどうかという御提案が4ページですが、現状の流れは3ページに書いてございますような流れ、フローになってございます。

あえてわかりやすくという意味で赤で「ばってん」を書いてはございますけれども、これは全てだめという趣旨ではなくて、その部分に課題がありますという趣旨でございます。具体的に実際に現場の話をお聞きして、このあたりが難しい、やりづらい、うまくいっていないというような御指摘をいただいたところを書いてございます。

これは前回の御議論とも大体符合しておりますので、そういった何が課題なのかというのを抽出して、今回の御提案を4ページにまとめてございますが、4ページの左側に見直しのポイントとございます。これは先ほど御説明しました(1)(2)(3)でございますが、そういった内容に大体相当するような形で、それから、前回の議論でまずサーベイがあって、次にPDCAだという話もございましたので、初期の段階での把握、プラン、ドゥー、チェック。特にプラン、ドゥー、チェックをした後、さらにそれを改善するのだというアクションの部分、この部分について具体的に先ほどの御説明させていただいたような、例えば情報の共有ですとか、カンファレンスの場をつくって、あるいは実際それがちゃんと進捗しているのかという、実務的に負担とならないように工夫化することが必要なのですけれども、チェックをするような方法を具体的な様式とともに御提案させていただいております。

めくっていただきまして、以降、具体的な御提案でございますけれども、4ページとペアでいいですか、比較をしながら見ていただきたいのですが、様式について言うと5つの情報の共有を目指した具体的な項目、それを紙にしたのが様式でございます、A～Eでございます。それ

をリハビリテーションのカンファレンスの場を中心として活用していただくということなのですが、5ページを見ていただきますと、まず最初に利用者に着目した、利用者の日常生活、それを目的設定として活用していこうということで、様式Aというのをお示ししています。今までの報酬体系の中にはない新規の様式ではございますが、これは平成20年～25年にかけて、老人保健健康増進等事業におきまして、実際にそこでさまざまな検討をしていただいて作成した調査票でございまして、これは今後実施をいたします、介護予防・日常生活総合事業ガイドラインにおいても同じものをお示しして活用することを想定している内容でございます。こういった様式を活用いたしまして利用者のニーズを把握してはどうかというのが様式Aでございます。

様式Bと様式C、これは既存の計画書、現にあるアセスメントに関するもの、あるいはリハビリテーションの計画そのものでございますけれども、ここにつきまして少し工夫をしたらどうかというのがBとCの見直しの御提案でございます。

8ページは先ほど申し上げました、様式とか情報の共有のための書面上の工夫とともに、場の設定が重要だということで8ページでございますが、居宅サービスと具体的にどう協働を促進するのかということで、実際にリハビリテーションが提供される施設、事業所におきましては、カンファレンスを大なり小なりやっておられることは間違いのないと思いますので、むしろその場をうまく活用することで、介護支援専門員の方々の御参画とか、そういったことも含めてうまく効率的に場を活用することを検討してはどうか。

その際に、さまざまな方針とか目標とか計画を共有できるようにする場、さまざまな意味での時間のアレンジでございますとか、御参加いただくようなさまざまな事務的な負担がむしろ軽減できるのではないかと。そういったことも含めて狙いとしているものでございます。

おめくりいただきまして、9ページ、10ページ、残りの2つの様式でございますけれども、カンファレンスを実際に行っていただくに当たって、記録を残していただきたいという趣旨でございます。9ページ、これは既存のものを活用することを想定しています。

10ページがもともと今お話ししたようなプロセスをしっかりと実行していただくということで、これは新規でございますけれども、あくまでこれはたたき台でございますが、10ページは、さまざまな今お示しをしたようなフローを着実に実行していただくための言ってみればチェックシートでございますので、それほど大きな負担のない形でこういったものをうまく使っていただくことで着実にマネジメントを行っていただきたいという御提案でございます。

11ページ、12ページ以降は、実際の協働の在り方とかそういったものについての例でございます。これは御参考までということでございまして、13ページ、14ページは、今お話ししたことの全体をまとめますと、現状は13ページでこういった内容で、かなりごちゃごちゃ書いてございますけれども、全体像を把握していただくためのフロー図ですが、これを今お話ししたような御提案を生かすとかいうふうな形になりますというのが14ページの図でございます。こういった絵姿に最終的には持っていくことで、リハビリテーションマネジメントがしっかりとできるようになるということを目指してはどうかという御提案でございます。

次に15ページ、16ページをお開きいただきたいと思いますが、時間もございませんので簡単

に御説明しますが、もう一つの御提案でございますけれども、やはり「活動と参加」について、すなわち、生活機能全般について向上させるということがリハビリテーションの本来の在り方である。したがって、そのバランスをとるということをどう考えるのかというのがこれまでの1回、2回、一貫した御議論の大きなテーマでございました。それを15ページ、上半分に書いてございます。今回、御提案させていただきたい提案2というのが15ページの下半分に書いてございますが、リハビリテーションにはさまざまな具体的なプログラム、内容、特性がございますので、むしろそういった特性をしっかりと生かすという形で、今の実施をさらに充実させるにはどうしたらいいのかという視点で3つ御提案させていただこうと思っています。

1番目、2番目、3番目、(1)(2)(3)でございますが、15ページ下半分に書いてございます。これを詳しく御説明しているのが以下の図でございますけれども、16ページ以降の個別の表で御説明させていただきますと、中項目(1)のまず3つあるうちの1つ目の御提案は16ページでございます。これは四角囲いの中に書いてございますけれども、基本的に短期集中の個別リハビリテーションというものが別々の加算で評価するような形で現在実施されております。ですが、基本的にはこれらは本来一体的に提供あるいはデザインされるべき内容だと理解いたしておりますし、実際の問題として、そういった評価が一体的になされているという実態もございましたので、1つ目の○ですが、これまでの個別リハビリテーションについては例えば退院後間もないあるいは退所後間もないような方々を中心として、個別的、短期集中的に実施をされているという実態も踏まえまして、これらは機能的には統合して一体として考えたかどうかということでございます。

具体的にそこに書いてございますけれども、基本的には身体機能の回復に焦点を当てたりハビリテーションでありまして、病院等での訓練、ADLを実際の生活の場で実践するというようなことも含めまして、そういったことを期待するリハビリテーションです。

4つ目の○ですが、40分以上、すなわち現行は20分1単位を1日2単位ということ念頭にデザインされておりますので、その既存の内容を念頭に40分以上と書いてございますけれども、週2回以上を標準というようなことで、基本的には既存の枠組みを踏襲しつつ、実態に合わせた形で整理をさせていただいたらどうかということでございます。

ですから、最後の○に書いてございますが、一定の期間についての限度というような設定がございますけれども、提供後のさらに継続が必要な場合については、そのまま体系的に移行できる、そういうことを念頭に置いた体系でございます。

2点目でございますけれども、認知症短期集中リハビリテーションの見直しということでございます。認知症に関しますリハビリテーション、これは現行の体系を基本的には踏襲をしつつ、四角の○が6つございますけれども、認知症の特徴に合わせてリハビリテーションをさらに充実するにはどうしたらいいのかという視点で見直しの御提案をしています。

2つ目の○に書いてございますけれども、個別のリハビリテーションの場合と同様に、現行の20分を1つの考え方としています。これはこれで基本的には維持しつつも、先ほど申し上げましたように、2つ目の○ですが、認知症の高齢者というのは、認知症ならではの特性がございま

すので、そういったさまざまな特性を生かして、アプローチがしやすい新たな体系として追加をしたらどうか、つまりこれは追加でございます。

ですので、既存の体系を全部こうするという意味ではなく、既存の体系は既存の体系で維持しつつ、新たにこういうふうな比較的自由度の高いリハビリテーションの体系ができるようなプログラムを用意したらどうか。それは3つ目の○に書いてございますが、御案内のとおり、認知症につきましては、手続、記憶などの残存能力、それがあつた場合については引き出すことが必要でございますし、IADL・ADL、自立が継続されるような参加を促すというような特性、これを積極的にやめていくことを重視することが必要ですし、あるいは通所のみならず自宅など実際の場合についてもそういったことを考える必要がありますということですので、4つ目の○ですけれども、例えば通所の間隔が長すぎるという場合に、認知症にとっては必ずしもメリットになりませんし、毎日参加する、実施の頻度につきましても週2回とかそういうことではなくて、その人、その人に合わせたさまざまな時間、あるいは介入頻度があると思われまふけれども、現状、その弾力性が必ずしも十分ではないので、そこは弾力的に選別できるような新しい評価の方法を追加としてオプションとして提示をしたらどうかということでございます。

最後の○に書いてございますが、これも先ほどと同様に、認知症短期集中リハビリテーション提供後も、通常のリハビリテーションを継続することはできますということでございます。

18 ページは事例でございますので、細かい説明は省略をさせていただきます。

3 点目、3 番目の御提案、19 ページでございますけれども、これは新規の御提案で、現行のリハビリテーションのプログラム体系にはないものでございますけれども、これは仮の名称でございますが、生活行為を向上させる、生活の機能に着目したリハビリテーションという新しい体系をつくってみてはどうかということでございます。

これはこれまでの議論でもさまざま御指摘、いろんな角度で御指摘をいただきましたけれども、ADL、IADL、あるいは社会参加などの生活行為の改善に焦点を当てるというリハビリテーションはその前提として、利用者さんが、患者さんがしてみたい、やってみたい、うまくできるようになりたいという生活行為自体を目標とする必要がある。そういった前提で訪問と通所を組み合わせ、少し長い期間ではございますけれども、ただし、6 カ月程度を限度といたしまして、重点的に計画を組む。その前提は、最終的に社会参加に移行するというので、リハビリテーションからは一定の区切りといいますか、卒業といいますか、別のプログラムに移行していくということを目指す内容にしてみてもどうかということでございます。

大きく分けて3 カ月までの部分と3 カ月以降の部分につきましては、主には通所訓練を重点的に行うような時期と、その後のむしろ社会参加への移行を念頭に置いたような訓練の時期というのを大きく前半、後半的に分けて、そういった体系をつくってみてはどうかということでございます。これはさまざまな御意見が多分あると思ひますけれども、あくまでも現時点での例でございますけれども、こういった考え方でプログラムを組んでみてはどうかということでございます。それが20 ページでございますけれども、内容的にはこういった3 つの内容でございます。

21 ページは事例でございますので省略させていただきますと、最後に 22 ページの表で今の 3 つの御提案についてどういう関係になっているかを一覧していただくために用意いたしました。22 ページで、現行ではそれぞれリハビリテーションについてこういう評価がなされていて、念頭に置いているプログラムとしては、脳卒中モデル、それから認知症に対するモデル、それ以外のモデルと申しますか、それ以外に対する評価体系として現行ではこうなっている。それを、今お話をしました 3 つについて柱立てをして組み立てたらどうか。特に脳卒中と認知症につきましては、先ほど申し上げましたとおり、ほぼ既存のプログラムをある程度踏襲できるような形で評価体系を見直しておりますけれども、3 カ月後には継続して実施をすることが可能になっております。

生活機能の向上を目指した新しいモデルといたしましては、先ほど申し上げましたように、特に前半と申しますか、前半分の通所訓練期のような部分と後半の部分とを分けておりますけれども、脳卒中に対しますモデル、それから、認知症に対しますモデルについては、選択によって生活行為向上、つまり、生活機能に着目したリハビリテーションに場合によっては移行することも可能であるといった組み合わせをすることで、幅広いニーズ、それから継続をすることももちろんあり得ましようけれども、もし可能であれば、あるいは目指すところとして社会参加あるいはさまざまな地域の活動に移行していくということを目指すということもオプションとして今回広げていってはどうかと。それを行うことで、最終的にやってみても本人がどうしても継続をしたいということも場合によってはあるでしょうから、そういったことについても道を閉ざさないで残しておく。こういう体系で全体を評価してみてもどうかという御提案でございます。

事務局からは以上です。

○大森座長 御苦労さまです。

最初にお二人からプレゼンがありましたので、今の事務局案について最初に中村さんと半田さんから一言ずつ御発言いただいて議論をしたらどうかと思うのですけれども、どんなものでしょうか。

中村さんからお願いします。

○中村構成員 きょう、事務局から御報告を受けまして、利用者及び関係者が生活期のリハをどうあるべきかということを大きく方向を示したある種画期的な報告ではないのかなと思います。「活動と参加」ということは前からずっと言われていますけれども、具体的にどういうふうにしたらそれが実現できるのかということです。具体的な提案をしていただきましたので、私は大変評価できるものではないかなと考えております。

以上です。

○大森座長 半田さん、お願いできますか。

○半田構成員 先ほどめり張りのきいたリハビリテーションをということで提案させていただきましたけれども、そういう点ではかなり練り込まれているのかなと思っております。

ただ、個別的には何点か意見がありますけれども、全体としてはめり張りのきいたものになったかなと思っています。

○大森座長 それでは、いろんな方々、御意見がおありでしょうから、どうぞオープンでいたします。どなたか御発言いただけますか。

どうぞ。

○深浦構成員 最後の22ページにさまざまなリハビリテーションを提供するオプションが提起されているというのは非常に私もよろしいかなと思います。と申しますのは、前から申し上げているように、コミュニケーション障害のある方たちはリハビリテーションによつての改善が長期にわたる方たちが多くございます。そういう方たちもある程度視野に入れて、こういう継続できるシステムを用意していただくということが1つ重要なことであろうと思います。最初の集中的なりハとこれがあるということが重要なことかと思っております。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○鈴木構成員 まず、この検討会のタイトルが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ということですので、広範なりハビリテーションに対する議論をするのではないのかと思っていたのですが、3回目の資料を見ますと、結局、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションに関する話のみということになっているようです。

前回までの議論を見ますと、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ありましたし、もっと広い意味でのリハビリテーションをどうするかという話になるのかなと思ったのですが、かなりそういう意味では限定されているような気がします。4回で終わりということなのですが、残った議論についてどのように考えていらっしゃるのか、それを教えていただけますでしょうか。

○大森座長 私の感じですが、私「はじめに」のところ書き込まれることと、最後のところで今後さらに議論すべき課題で今のような御議論も多分どこかで整理されて、今回はこれで終わりかもしれませんが、まだ継続して議論する場が将来あり得ると、そういう感じではないかと思っていますので、課長さん。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

座長のまとめていただいた認識と私ども同じでございます。まず、今回介護報酬改定の議論を分科会で進めさせていただいておりますので、そこに事務局としての御提案をさせていただくに当たって、やはりなかなか分科会では専門的な議論をさせていただくには時間の限りもございませんし、幅広い御意見もいただきたかったので今回させていただきます。

いみじくも、本日の報告書の骨子の案の中に示していただいているところを座長も引用していただきましたけれども、まずはまとめていただく内容と、それとは別にさまざまな御指摘もいただいておりますので、それらにつきましては事務局のほうで整理させていただいて、将来的なそういった検討も含めてどう考えていくのかということは改めて整理させていただきたいと思っております。

○大森座長 先生、よろしいでしょうか。

どうぞ。

○鈴木構成員 わかりました。要するに今回は全体の中の一部の議論で終えるということですね。ありがとうございました。

○大森座長 どうぞ。

○水間構成員 医学学会の水間です。

今、お示しいただいた 22 ページの右側のところ、本当にいい形をつくっていただけていると思っております。ただ、お伺いしたいのは、実際の問題として、これはある程度一方通行というか、実際に生活機能向上モデルの部分では社会参加に流れていきますけれども、そこで生活機能が落ちてくるような人たちの流れは破線のところのイメージなのでしょうか。

そのフィードバックというか、場合によっては短期集中みたいな形もあり得るのかなということを感じるので、そこをどういうふうに発見するかというシステムと、それを迅速に、また生活行為の維持向上のほうに持っていけるかという、そういう流れがどこかに少しあってもいいのかなと感じました。

○大森座長 それは事務方、どうですか。1つは多分この破線でしょう。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

御指摘のとおり、これはプログラムの体系の整理でございますけれども、個々の当然利用者さん、患者さんによってニーズはかなり違うと思っておりますので、実際に実施をしてみて、そのバリエーションをどう整理するかというのは、さらにこれを運用面でどうするかという話とセットでございますので、今いただいたことも含めて現実的に対応できるようにしっかり整理をさせていただきたいと思っております。

○大森座長 どうぞ。

○東構成員 全老健会長の東でございます。

先ほど鈴木構成員もおっしゃいましたが、通所介護においてリハビリという名称の使用が今問題になっておりますので、次の機会にぜひ議論をしていただきたいと重ねてお願いを申し上げます。

これも鈴木構成員の御発言と一緒なのですが、今回の議論は地域におけるリハビリテーションということで、施設ではなく居宅（在宅）のリハビリの検討という整理でよいのか確認でございます。

さて、今回の御提案でございますが、総論的には大変すばらしいものだと思います。

資料 2-1 の 2 ページ目「質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底」にありますように、「マネジメントの徹底」、それから「利用者主体の日常生活に着目した目標設定」という今までになかったすばらしい視点ですし、アセスメントを共有することも今後大きな課題になってくると思います。また、プロセス票を導入するというのも大変評価できると思います。

同資料の 5 ページ目に「様式 A 利用者のニーズ把握票」が新規に出されていますが、これも、全老健で推奨している R4 システムの ICF ステージングと同様の考え方で、いわゆる日常行為を「している」、「してみたい」等の分類で評価されているという面では、ニーズ把握票も大変すばらしいものだと評価したいと思います。

同資料の 17 ページ「認知症短期集中リハビリテーションの見直し」でございますが、御存じのようにこれは全老健で試行をして確立したのですが、この認知症短期集中リハビリテーションは現在は 3 カ月のみ実施期間となっており、現場からは 3 カ月実施した後をどうするのかという問題が多数あげられており、それをこのように生活行為向上リハビリテーション（仮称）という形で、3 カ月過ぎた後も認知症の方にリハビリテーションの手法を何らかの形で提供できるのは大変ありがたいことで、これに対しても高い評価をしたいと思っております。

次に同資料の 19 ページ及び 22 ページの生活行為向上リハビリテーション（仮称）ですが、短期集中リハの実施後で、(仮)生活行為向上リハビリテーションへ移行した場合、「社会適応訓練期」の 3 カ月間という期間設定がございます。生活行為を向上するためにリハビリテーションを行うことはいい考え方だと思いますが、生活行為を向上をした上で、その生活行為を維持するリハビリテーションをどのように考えるのか。資料では社会参加へ移行とありますが、22 ページには生活行為向上が終わった後、本人が希望した場合にはリハアビテーションが継続できるとなっております。利用者は一定によくなって、そのまま維持ができるわけではございません。高齢者に関しましては、熱中症や肺炎等、様々なことで一時的に状態が悪化するのはよくあることですので、このリハビリテーションを継続している最中にまた再度悪化した場合にどのようなものが提供できるのか。要するに再度状況が変化した場合の想定というものをぜひお考えいただきたいと思っております。

以上でございます。

○大森座長 御意見として伺っておきましょう。悪化した場合。  
ほかの方、どうぞ。

○栗原構成員 かなり生活ということ意識したものになっているという印象を受けますが、社会参加というのが単に料理を何とかつくりことができましたよで終わるのでは社会参加にならない。そここのところの議論は、恐らく我々リハビリテーション関連の人間がもっとホットにしていけないといけない部分だろうと反省しております。

OT協会が、とても頑張られてこられたのはよく認識しておりますが、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、さらに相当な馬力をかけて普及啓発をやっていたかないとなかなか現場がついていけないだろうというのが1つ心配ごとでございます。

もう一点は、より現場サイドで見ますと、書類がめちゃくちゃ多過ぎることになって来ざるを得ない格好になっている。ある意味での管理というところにどうしても落ちてしまいますので、そこは恐らく今後の課題だろうとは思っています。リハマネジメント、それから、また生活向上リハの部分でのマネジメントもついています。本来マネジメントというのは多くの専門職が1つの目標に向かっていくことそのものをマネジメントせねばいけないでしょうから、種々のマネジメント表などで、共通部分を統一化させるといいですか、もう少しシンプルにしていくという大きな課題が残るのだらうと思えます。ぜひそれは検証をしっかりとやっていく中でお願いしたいと思っています。

もう一点は、水間先生が言われましたように、あるいは老健協会のほうからも提案されましたが、生活の中でちょっとしたレベルの低下等は、恐らく私のイメージとしては、破線が上に上がっていついていますが、これがぐるぐる回る場を、あるいはリハが受けられるチャンスを常に提示していく。つまり特に個別短期リハも含めてチャンスがあるのですよという前提を回してあげないと、恐らく安心した生活になっていけないし、社会参加というのは物すごく大きな課題がまだ見えていますので、ぜひそこら辺と課題、ないしは今回の新たな展開の中に可能性を入れていただければと思っております。

以上です。

○大森座長 中村さん、力を入れてやらないとこれはなかなか進みにくいところがあります。

○中村構成員 現場に定着させるために、初めは時間がかかりますけれども、経験を積んで来たら時間的には随分短縮しますので、しっかり研修をやらなければいけないと思っています。

○栗原構成員 OT協会は頑張っているのですが、これは現場サイドを申しますと、OTだけでは済まない世界になりますので、特にケアマネジャーのマネジメントの機能というのを含めながらのことですから、大変でしょうけれども、よろしく願いますということでございます。

○大森座長 私もケアマネのほうをお聞きしたかった。今回はカンファレンスが入っていますので、どうぞ。

○鷺見構成員 ありがとうございます。本当に今回の流れというのは非常にきちんとできていて、多職種が参加できるという場面は重要です。課題は、導入する場面なのではないかと思います。1つの大きなここうまくスムーズに入って行けるかどうかといったときに、実際にはさまざまな方々がいらっしゃいますので、生活の場面になったときにリハビリが必要だという認識は誰もが持っていてそこにたどりつけない人たちというのがたくさんいるということと、退院といったときに、もう既に利用者さんからは、患者さんから生活者になっていってしまいますので、その生活者になったときのこの人にとっての優先順位というものがあるのかとなると、実は生活をするという経済面であるとか、自分のお仕事に対することであるとか、もっともっと深くいったところで必要性というものに向き合っ初めて、利用者さんであったり、患者さんは受けとめていく。ですから、導入のところの整理をしっかりする必要があるのかなと。そうしますと、そこには生活の情報も我々もきちんと反映していくということを努力していきたいと考えます。

○大森座長 8ページのここはよろしいのでしょうか。

○鷺見構成員 はい。この点については大丈夫です。

○大森座長 これはケアマネさんが相当頑張ってください話になりますので、いろんな意味で試されることにも今後なり得ると私は理解しているのです。

○鷺見構成員 ありがとうございます。

○大森座長 どうぞ。

○田辺構成員 整形外科の田辺でございます。

非常にめり張りのきいた計画で非常にいいと思っています。幾つか問題点というか提起をしたいのですが、例えば短期集中が終わった後にリハビリをやっている間に例えば新たな事象が起こった場合です。脳卒中のリハビリをやっている間に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の対処の仕方、それが1つ。

半田先生がおっしゃっていたように、身体機能に特化したというのは個別指導。個別でリハビリをやっているということが一番問題なのではないかなというのが議論であったと思うのですが、先生、先ほどお示ししたような集団的なリハビリというのはどうなのかということをお聞きしたいかなと思っています。

以上です。

○大森座長 今回の御質問は事務局でいいのでしょうか。

では、事務局、どうぞ。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。ありがとうございます。

16 ページにお示ししている部分を中心に御指摘、御質問があったように思います。まず、事象が変わったらという話は、例えば実際にこのプログラムが終わった後、次に少し悪くなる、低下するということが起きるといふ先ほどの水間先生あるいは栗原先生のお話と共通する部分もございます。

田辺委員が改めて御指摘いただき経過の途中で新たな事象、これは改めてどういうふうな形で介入をしていくのか、サービスを提供するのかが当然検討すべきだと考えていますので、その中にはむしろ生活期、介護のリハビリの一定程度事象が継続するという前提の内容以外に、新たな骨折とか、医療のほうが関与すべき内容も含まれると思いますので、そのバリエーションも含めて適切に対応できるようなことをちゃんと整理させていただきたいと思っております。

集団的なアプローチはもともとリハビリテーションのプログラムの中で想定されておりますので、16 ページの特に個別短期集中というのは短期集中、個別リハというのを事実上セットで、個別的に短期集中にやられているので、それであればむしろごちゃごちゃして複雑になっているけれども、実態としては一体だよなということで、そこはシンプルにという趣旨です。ですから、もともと集団的なアプローチは本来のリハビリ、この16 ページでいうところのオレンジのところにもそもそも含まれていて、もともと想定されているので、それを排除したり否定しているものではないということでございます。

○大森座長 今回のことあるのだったら、そこは何か注ぐらいあるとわかりやすいですね。排除していませんよという。

ほかの方、どうぞ。

○半田構成員 2 ページのところは質の高いリハビリテーションの実現とありますが、現在の PT、OT、ST の状況を言いますと、大体平均年齢が 32 歳ぐらいのスタッフです。かかわる人たちは 20 代がほとんどのわけですね。そういう中で個別の質をどう担保するかということを考えていないと、ここは幾つか提案があるのですけれども、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かなと。

もう一つは、現場での指導者がいない状況があるわけで、指導者を置くことを条件をつけるのか、あるいは指導者を育てることがないと、なかなかうまくいかない気がしますので、質の高いところで、個別の能力をどう引き上げるのか。あるいはそこをチームとしてどう引き上げるのかということももう一つ、つけ加える必要があるのかなと思っております。それをぜひ

御検討願いたいのと、ついでにもう一つ言わせていただくと、中村会長のほうから農作業ができたとか、旅行ができたという話ですが、できたというのはリハでよくあるのです。だから、できたのが継続できたのかどうなのかがこれから生活するということで重要になります。できたというのは割とあるのですけれども、では、それがその後どうなっていくのかということも含めて、それと個々に写真を載せてもらったのを見たときに、余りにもレアケースではないのかなという気がして、本当にこういうふうによくいくのか、私は写真を見たときにそういう心配があって、生活行為をやっているとこういくぞというようなイメージが先走っていないかなと懸念しております。いかがでしょうか。

○大森座長 心配すると切りがないので、その方向に向かって着実に一步一步前に進んでいくという全体の構想になっていますので、私もおっしゃるとおりだと思います。そんな一挙にいかない可能性もあるのですけれども、その方向を目指していきたいというのが今回の全体の趣旨ではないかと思っています。御心配は共有しているのです。

○半田構成員 今度、介護報酬に盛り込もうという前提なので、そこが本当に来年4月からすぐどう回るのか、そこが心配なところがある。心配しないでいいということなのでしょうけれども。

○大森座長 課長さん、どうぞ。

○迫井老人保健課長 この点、大事ですので、基本的には私どもの意識をお伝えしなければいけないと思っているのですが、本当に御心配いただいて、私どももちろん心配をするべき立場でございまして、実務がちゃんと回ることが保険のサービス前提でございまして。ですから、御提案させていただいている各3つのモデルについていいますと、1番目、2番目は既存のものを排除ということではなく、既存のものは基本的には踏襲をしつつ、さらに追加あるいは1番目の身体機能の部分については現にそういうふうの実態としては動いているのでそういうふう整理させていただく。ですから、そこには余り大きな影響はないようにしつつ、意欲的に、あるいはもっとやってみよう、あるいはこちらのほうがうまくいくという場合のオプションとして提示をさせていただいています。

3番目は確かに全く新しい提案ですが、これもこれをやらなければいけないとか、これを選ばなければいけないのではなく、事業者でこういうことをやってみたいということであれば、今は全くそういうオプションがないので、オプションを提示させていただくというのが今回の御提案の一番の基本的な考え方でございます。

ですから、非常にありかだい御指摘をいただいております、現場を大混乱に陥れることは全く避けなければいけないというのは一番プライオリティの高いミッションですので、もしそういう御懸念がありましたら、忌憚のない御意見をいただければと思っております。

○大森座長 宮田さん、どうぞ。

○宮田構成員 ありがとうございます。気になっているところを中心にお話ししたいと思います。

総論としてメリハリの利いたリハビリテーションプログラムを提供する仕組みという部分では私も異存はございません。今、半田構成員もおっしゃっていましたが、1つは従事者の教育の問題を私たちも多分PT、OT、STの協会も一生懸命考え研修を立てているわけであるところがございますけれども、かかわる団体が力を合わせて質を上げつめの教育を行っていくことに関してご理解・御協力いただきたい、そのように思うところです。

個別の話になりますがお手元資料の8ページの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についてです。こちらについては一緒に行うということでもありますね。しかし実際行っている現場ではなかなかカンファレンスでまとまらない、目標の方向を決めきれない、そういうことが実際の場面で結構起こりますので、もっともっと参加者、ケアマネさんをも含めて、カンファレンスを行って一つの方向に持っていくという、そういうトレーニングをもっともっとしないと、ここで提案されていることはできないのかなど。時間は皆さん限られて忙しい身ですから、そういうことも考えていくべきだと思います。

さて、別の話です。通所リハの流れ、訪問リハの流れの前に、サーベイという言葉を今回入れていただきました。これはすごくありがたいというか、いいことなのだろうと思っています。なぜかという、初期に情報収集して訪問するのですけれども、そのままどんどんサービスに入り込んでいき目標がきちんと立てられない現状があります。ですから、やはり初期の段階、サーベイという段階があって、カンファレンスに入っていく。それでもって参加者の合意を利用者さんもふくめてとり、目標に向かっていく、そういう意味では非常によろしいかなと思っています。ひとまず意見でした。

○東構成員 1つ問題提起をしたいと思います。それは認知症のことでございます。

今回の報告書の原案にどれくらい認知症のことが盛り込まれるかわかりませんが、先ほど認知症短期集中リハビリテーションのことは大変高く評価したいと申し上げましたけれども、認知症短期集中リハビリテーションを提供する利用者は身体能力が問題ないとか、身体のリハビリを必要とする利用者は認知症がないということではありません。むしろほとんどの高齢者は両方を合併していることが多いのです。認知症のことは認知症短期集中リハビリテーションのみでよいとか、そういう問題ではございませんので、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報告書には認知症ということをもう少し各所に盛り込んでいくべきだと思います。

例えば、身体のリハビリを提供するときでも認知症の方の認知症の症状がどの程度なのかをきちんと把握した上で身体のリハビリもやらなければいけないと思いますし、医療機関では治療なりリハビリをするときに、どうしても認知症のことがおざなりになって拘束等につながっ

ておりますが、居宅においてはもちろんそういうことがあってはならないわけで、認知症というものをもう少し意識をして様々なリハビリをやっていくということをどこかに盛り込んでいたきたいと思います。

最後に一点、先ほど栗原構成員からも出ておりましたが、アセスメントの件でございますが、今回の資料でも半田構成員（PT 協会）からは E-SAS という非常に簡便でわかりやすいアセスメント指標が出ておりますし、中村構成員（OT 協会）からは生活行為聞き取りシートが出されております。また、資料 2-1 の 5 ページには利用者のニーズ把握票というものが出ております。本日の検討会だけでも 3 種類のアセスメントシートがございますし、全老健でも ICF ステージングというアセスメントシートでやっております。このアセスメントシートにつきましては、ケアマネ協会を含め関係団体が刷り合わせて、現場が少しでも使いやすいアセスメントの手法をつくっていくことが今後の課題と思っております。

以上でございます。

○大森座長 大変重要な問題提起でした。認知症のことも、大変重要だと思います。

最初の発言で行きましょう。最初は齋藤さん、お願いします。

○齋藤訓子構成員 3 ページと 4 ページ目のところなのですが、私はなかなか理解が進まなくて申しわけないのですが、紫とブルーの違いは事業所の違いなのか、この紫とブルーの色の違いの御説明をお願いしたいのと、4 ページ目のサーベイのところなのですが、紫とブルーの両方にかかっていますね。ということは、これはリハ専門職がやっても、ケアマネジャーがやっても、どちらでもいいのだけれども、こういうところが重要ですよということだと理解していたのです。

アセスメントツールがさまざまな団体から出ているので、そこは刷り合わせようということですが、私はこのサーベイの情報がケアプランをつくる時に非常に重要な情報になると思うので、訪問リハの事業所でこのことがプランニングされるのではなくて、ケアプランの策定にしっかりこの情報が反映されてすぐサービスが始まるというようなことが非常に重要ではないかと思います。そのことが実現可能なように、いつのタイミングでどうするのかということがもう少し明確になるともっと使いやすくなるのかなと感じました。

○大森座長 今のこと。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

活用のタイミング、どういうふうな場であるということは御指摘のとおり、これは全体のマネジメントを効果が高くということもさることながら、なるべく効率的に書類の数が多過ぎるということも含めて、あるいは会議の場が多過ぎる、忙しいのということも含めて私どもで捉えておりますので、例えば 8 ページでお示しをさせていただいているのは、むしろ趣旨もあらためまし

て言い方が本当はいいのか悪いのかというのがあるのですが、効率化というなるべくなら同じような場で検討、議論することで、情報や書類を単純に共有するという意味ではなく、目標設定とかプランをつくる過程自体を共有できればもっとも効率的に意識合わせができるという趣旨でございます。

図の見方、少し御説明が足らなかったかもしれません。3ページ、4ページ、これは紫のところとブルーのところ、ブルーのところはリハビリテーションが提供される事業所の中で実施される部分を認識して色を塗り分けておりまして、その内、外の問題、厳密には言えないかもしれませんが、そのプロセスの外と中と最初の部分とアウトプットの部分について紫で色を分けたという、それだけのことでございます。

○大森座長 齋藤さんはよろしいですか。

○齋藤訓子構成員 はい。

○大森座長 では、どうぞ。

○斉藤正身構成員 この2週間でここまで話を進めてくださり、その中で本日のように訪問や通所のリハをこれだけ時間をかけて話し合うことは恐らく初めてかもしれないので、それについては感謝申し上げます。

もう来週には報告書ですから、具体的にいろいろ考えていかなければいけないのだろうと思うのですが、幾つか気になることをお話しさせていただいて、それにお答え、あるいは、御検討いただければと思います。

まず、4ページにある医師による本人と家族への説明というのが実際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いいと思います。様式に関しては、提案1は、これまでの議論にも出てきたことですから、プロセスは十分理解ができます。資料2-1のほうというか、提案2に関しては、今、課長さんもお答えになりましたが、従来の様式BとCのほか、A、D、Eといっぱい出てきて、減らそうという話が増えてしまい大変だなというのが実感です。現場はそういうことに一番目がいくと思うので、いろんなことを兼ねられるような様式について、この1週間でぜひもう一工夫していただければと思います。

というのは、このような書類を本人家族はもとより、関係した人たちに説明するときはどういうふうによく説明していくのか、その書類を使っていったときに非常に見えにくい、わかりにくいのではないかとということも感じました。

次に、短期集中の話ですが、3カ月というような切り方をしていますが、これは従来から持論ではあるのですが、3カ月でも週何回利用しているかで回数が変わってくるということがあります。ですから、月ではなく、回数的なことでは言えないのだろうかと思います。中には訪問と通所を組み合わせながら短期集中的にやるケースが出てくるので、それが3カ月

とポンと出されて、収入が上がればいいということでとられるよりは、本来あるべき姿にできないだろうかと思いました。

関連ですけれども、今まである短時間通所リハと従来型の通所リハの分類のようなものは今後どうになってしまうのか。今回は話が出ていないので、それをどう整理をされるのかということが少し気になりました。

認知症に関しても何分何単位ではなくなるということはとてもよいと思いますが、3カ月で切りがつくことでもないのです、これも東先生が言われるとおりがなと思います。

これもお話が出ていましたが、レベル低下時にはどうするのかということは従来からの課題で、それについての答えが今回出ていないというのは考えなければいけない。それと脳卒中モデルと22ページにあります、脳卒中以外はこれに当てはまらないのか。そうではなくて、脳卒中のようなモデルというか、退院退所直後はこういう形とイメージされているのかということ。22ページのリハビリテーションと書かれている色の部分がありますね。このイメージでいうと、包括的なイメージでとらえていらっしゃるのかということが知りたかったです。

あと8ページは大変ありがたいというか、通所リハの立場からいえば、通所リハを協働の場にしていただけるということはとてもうれしく、通所リハの場所に皆さんが集まってきてくださって、そこでディスカッションしたり、例えば介助の仕方を共通なものにするとかそういう役割を担っていく、そういう通所リハの役割もあると思っていたので、これは非常に協働の場を通所リハでということはいえなく思っています。

個別リハに関してもう一つ、集中的にかかわるだけではなく、間欠的に個別リハをするという考え方もとても大事なことで、もう延々集中的にやったらもう個別はやらないではなく、月に1回は個別にかかわろうとか、そこら辺のイメージがこの絵の中では見えてこない気がしています。

ぜひ最後のところは生活機能を向上するモデルも含めて、こういうことはもうオプションではなく初めから当たり前のことだろうと。通所リハを使い始めたときからそれを意識してやっていくことではないかと。ですから、オレンジのラインで移行可能と書いてありますが、これは移行しなくてははいけないことかなと理解をしました。済みません、雑駁ですが、いただいた資料をもらってから余り時間がないので、思いつくままにざっと挙げてみましたが、そのようなことを御検討あるいはお答えいただければと思います。

以上です。

○大森座長 答えられることがあればどうぞ。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

これは委員の皆様共通でございますが、確かに私どもかなり短期間で作業をさせていただいて、短期間で検討いただいておりますので、初見に事実上近い形できょう御議論をいただいております。その点について重ねておわびを申し上げますなければいけないと思っております。

かなりいろいろと御意見をいただいたように思います。個別的に修正をしたり、それから、御

意見をある程度反映させていただく余地のあるものはまだまだあると思いますので、今の段階では御意見いただいたものを可能な限り次の最終報告に向けてどういう形で対応できるかぜひ検討させていただきたいと考えております。

○大森座長 それで終わりですか。

一番先にお医者さんによる本人の家族への説明、同意はうまくいくのかなど。これはやってもらわないと困るのです。これがうまくいくのかなという疑問が起こるのは困るので、うまくいきますとおっしゃっていただきたいと思います。

今のところですか。では、お二人から御発言をお願いします。

○鈴木構成員 医師が医師がと書いていただくのはありがたいのですが、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すから、今度は通所や生活期のリハにおける医師の負担が過度にならないように、柔軟な対応が必要だと思います。

○大森座長 お隣にいつからお願いします。

○鷺見構成員 このサービスを動かすときに、介護保険の中では、必ず医師の指示書によるのです。そうしますと、「医師による同意と説明の徹底」のところをぜひケアマネジャーを活用させていただいて、そこで一緒にできるだけ効率的な連携がとれると進むというイメージを持ちました。

○大森座長 一生懸命働きたいとおっしゃっている。

○鷺見構成員 はい。ケアマネジャーは一生懸命働きたい。

○大森座長 では、佐藤さん、どうぞ。

○佐藤構成員 歯科医師会の佐藤です。

我々も口腔の問題あるいは接触嚥下のことに関して真剣に取り組んできてはいるのですが、やはり実情としては、地域においては診療所機能は非常に零細でありまして、1人歯科診療所は全体の8割を占めるのが今の状況です。そういう中で、いかにこれからリハビリ、あるいは介護にかかわっていくかということになるときに、4ページのところの見直しのポイントの中に、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のだということがございます。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という意思は強く持っている。そのための取り組みも研修会等をやりながら行ってきてはいるのですが、残念ながら、それはまだ途上であるということは認めざるを得ない。

その中で、私どもの歯科医師会も3層構造となっていて、しっかり郡市歯科医師会組織が750以上ございますので、そこにしっかりつなげていただくことが大事だろう。その初回調査、サーベイというところがその取っかかりになる部分であるならば、そこからつなげていただきたいということと、8ページには具体的な御提案がございます。非常にすばらしい提案だと思うのです。ケアマネジャーさん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に、ぜひ歯科専門職をしっかりと参画をさせるという意味を厚労省として示していただければ、現場でごく控えめな歯科専門職も引っ張り出せるのではないかと。我々日本歯科医師会の組織としてはそうあるべきだと言いつつも、これはお風呂の上だけ熱くても底のほうはまだ冷たいという現実のほかの組織も似たようなところがあるかもしれませんが、そういうことを抱えている。現場で対応できる数や質の担保には、私ども努力をしまいつつという覚悟も示すとともに、郡市歯科医師会組織をしっかりと活用することが現状ではいいやり方なのだろうと、そのように思っています。

その上で、きょうは言語聴覚士さんの会もおられますので、私ども現場の実情、その状況に応じて、歯科専門職が直接やらなければいけないというところもある。しかしながら、言語聴覚士さんがしっかりと摂食嚥下の機能訓練をしていただけるということに関しては、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ますので、そういった評価は口腔期というステージの部分の踏まえて対応ができるような形で、ぜひ強調して活動ができればと思っていますので、どうかよろしく願いいたしたいと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○大森座長 ありがとうございます。

初めての方、どうぞ。

○塩澤構成員 セントケアの塩澤です。ありがとうございます。

この4ページ、8ページ、こちらの資料を見ながら、とても多職種の者が協働して御利用者様に対しての取り組み目標と、あとは実際にどういうケアをしていくのかということも一緒に中身がわかったケアというようなものができるような体制のプロセスになっているのではないかと考えております。

ただ、帳票等を見ていきますと、確かに帳票は少し多いかなと思う部分のところはございますが、ただ、実際に今現場のほうでリハビリテーションに対しての目標設定であるとかといったときに、先日も現場に行って帳票とかも見てきたのですけれども、歩けるようになりたいというような目標設定なのです。歩けるようになってどういうようなことをしていきたいのかとか、どういうような生活をしていきたいのかというようなところまで掘り下げた目標設定になっていないところで、現場でリハビリテーションが行われているというような現状の課題というのが多くあるなと思います。

ですので、しっかりと、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、それぞれの職種の者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役割もお互いに共有できるような形が仕組みとしては必要なのではないかなと考えております。

その中で、多分私の中では重要になっていくと思うのは、7ページ目の様式Cのところの通所・訪問リハビリテーションの計画書案がありますが、現状の介護計画というのは、訪問リハビリテーションでは、その訪問リハビリテーションとしての介護計画、通所介護は通所介護の計画書を作成し、訪問介護は訪問介護で計画書を作成し、1人のお客様に対してケアマネジャーさんが立ててくれているケアプランに対して各それぞれのものが計画書を作成はしているのですが、それが共有されていないといったところが、1人の御利用者様に対して協働したケアができていないということが1つの原因要素としてはあると思いますので、この例えばリハビリテーションの計画書というようなものをいろんなサービス各所のものでもつくり上げて、それぞれのものが1つの計画書をもとにそれぞれが役割を遂行し、例えば3カ月後の評価見直しをあわせてサービス担当者会議とか、例えばリハビリテーションのカンファレンスとか、そういうような中で、この様式のもの各それぞれのサービスで共通する計画書というような位置づけにしていくと、各サービスでつくる計画書の様式を減らすということもできるのではないかなとは感じました。

以上となります。

○大森座長 マイナンバーに対してマイ計画が一方である。でないとな今のようなことで大変なのだ。それが可能ならばその方向を目指してもいいと思うのです。これは少しずつでしょう。すぐには一本化しにくい。

お手が挙がっていた。鈴木さん、どうぞ。

○鈴木構成員 全体として画期的な内容だと思います。今まで生活期のリハビリテーションと言っても具体的にイメージがなかなか湧いてこなくて、急性期、回復期の延長という感じだったのですけれども、生活期の期間は長いですから、その具体的な中身がはっきりと示されたことは非常に良かったと思います。これを通所リハとか訪問リハだけではなくて、ほかにも広げていくということが次の課題だと思いますし、それに対しても機能訓練と活動・参加が必要になると思います。但し、機能訓練はあくまでもベースとして必要であるとした上での活動・参加という視点が必要だと思います。

その上で、具体的に内容について意見を述べさせていただきます。2ページの提案1の(1)の1つ目の○でございますけれども、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ということがあるわけですが、この中の様式A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ということはよいと思います。

(2)でございますが、多職種間の情報共有は重要です。いつ、どこで、どの職種が、あるい

は本人、家族が何をやるのか、それらを明確にする必要があると思います。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と思います。

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と思います。

(3)のところでございますが、様式Eに本人、家族との情報共有に関する項目がありません。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ます。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と思います。

15 ページの提案2でございますが、その(1)につきましては、個別リハビリテーションという言葉の定義が曖昧に感じます。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のではないのでしょうか。以前にもお話ししましたが、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と思います。

(2)につきましては、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が導入しやすいと思います。集団という環境により高齢者同士の言動に影響されて、セラピストとの1対1の関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と思います。

また、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に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と考えます。

最後の(3)でございますが、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が当事者が主体的に参加できるツールと言えらると思います。また、機能訓練に偏らず、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もよいと思います。

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ますし、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と思います。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

栗原さん、お手が挙がっていた。

○栗原構成員 確認ですけれども、とても大事なことです、いろんなスタッフがそれぞれの専門職としての評価、アセスメントを行ってプログラムをつくってというところで、次のチームをつくったときに運営がおかしくなるということのイメージを何人かの先生が言われました。決定的なことは、ケアマネジャーがチームマネジメントをできるようにするというを明確にしないと、ここはうまくいかない部分だと思います。果たしてそれで頑張っただけですかということが第1点です。ケアマネジャーだけではないかもしれませんが、なかなかドクターもそ

こまでは、つまり、教育の問題として我々マネジメント教育というのはほとんど受けていない。PT、OT、ST もそうだと思います。そういった意味ではとても大事なところなので、教育のプロセスの後押し、あるいはマネジメント教育を少し押さないといけない部分があるのだろうと思うのです。

もう一点だけあるのですけれども、私、確認したいことですが、生活期の向上のところの社会適用訓練期、生活行為向上リハビリテーションのここ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、かかわっている職種、特にセラピストは通所事業所から出ていかないとなかなか適用まで持っていけないということで、とても画期的だと思うのですが、訪問リハもいろいろやって在宅、家からも外に出て行ってやりますね。そうすると、訪問リハも通所リハもどんどん地域に出ていくということはとても素敵なことになると思うのですが、いかがでしょうか。

通所に通ってきている人に関しては、もうその従事するセラピストは訪問も含めて、積極的に出ていけるというシステムにしてしまうというのを少し思ったのですけれども、恐らく検討課題になるかなと思って提案させていただきます。

以上です。

○大森座長 課長、お願いします。

○迫井老人保健課長 後段、マネジメントの課題、それから、これは半田構成員が先ほどおっしゃいました教育人材育成の話、概して報酬の議論でこの部分については十分に触れていけない限界なところもございます。これは人材育成、職種の資格や職能教育となつてまいりますと、必ずしも給付のサービスの評価の範囲を超える部分もありますので、課題として認識はいたしますし、そういったこととセットでやらなければいけないよねというのはそのとおりだと思いますので、今回、まとめ方としては、今後の課題の部分もうまく使いながら、そこは仕分けをさせていただいて、報酬で教育的な部分について十分にというのはなかなか難しいのかなというのは一応申しわけございませんが、あらかじめ申し上げておきます。

その上で、先ほどの訪問との関係については、御指摘のとおり、通所と訪問をそもそも分断したり分けたりということがそろそろ実態としていかがかと。あるいはより効果的な運用をする場合に、やはり考えていかなければいけないというのは分科会でもそもそも御指摘いただいておりますので、我々としてもそういったことを可能な限り対応しようと思っておりますので、きょう具体的に細かいところまで含めて、何が現状でできる、できないの話は、整理が必ずしも資料の上でできておりませんので、実際にこの報告書をまとめるに当たって、具体的に今できることとしてはこんなこと、あるいは何が課題なのかというのは少し整理をした上でまとめていく作業で明らかにしていきたいなと考えています。

○大森座長 どうぞ。

○栗原構成員 私が申しましたケアマネジャーのマネジメントの件についての教育という意味では、もちろん報酬等々の関連ではなくて、文章の中にケアカンファレンスあるいはリハビリテーションカンファレンス等のまとめ役にはケアマネジャーが望ましいとか、ケアマネジャーは当たり前だと私は思うのですけれども、その1文が要るのではなからうかと思えます。つまり、物事がまとまらない混沌というのは、現場ではへそがないからなのです。いろんな人たちがいろんなことを言ってしまうとまとめ切れない、マネージャーがいないということなので、その提案です。

○大森座長 それが可能になるためには、ケアマネジャーさんがマネジメントの力があるということが前提になっている。ない人がまとめ役になったら、ほかの専門士はみんなそっぽを向いてしまうので、そこは慎重に組んでいかなければいけなくて、全てのケアマネさんがその役割を果たし得るかどうか、それはそちらの御意見があると思うのだけれども、今までの経験でいうと、すぐに全面信頼してそれで動けるかということになると難しいというのが私の従来の方見方ですけれども、もしかしたら、もう相当改善された可能性もあるのです。

実は実際にいろんな活動領域で見ると、特定の職種がマネジメントをやらなければいけないと決めてしまわないで、実際に運用していったら本当はそこに集まってくる人の中である種の関係ができてくるのでしょ。やはりどなたがどんなふうに物を言うかによって全体の動向が決まったりするものでね。だから、一応実務的に全体をおまとめになる場合と、カンファレンス全体をうまく仕切っていくというのは現場では違う話をしているので、実務的なおまとめをケアマネさんにおやりくださるのはいいのだけれども、マネジメント全部をケアマネさんに委ねるような話になるかどうかというのは一考を要するのではないかという偏見を持っているのです。

課長、どうですか。

○迫井老人保健課長 大変重要な御指摘、重要なテーマだと思ってお聞きしています。

8ページの御提案の趣旨は、ケアマネジメントにおけるケアマネジャーさんの役割というのは、大森座長の今の話も含めて、基本的に介護サービス全体をどう運用していくかの中では、ある程度明確であり、また実態論として現場の役割分担もさまざまあるだろうと思えます。ただ、私どもの今回の提案は、あくまで趣旨としては、リハビリテーションについてはそれぞれの事業所の中で形態とかメンバーとかさまざまバリエーションは多分あると思えますし、規模によっても違うと思えますが、こうやっていろんな協働をやって進めていこうと、同じような目標で特に生活を意識してという話をしていくのであれば、やはり介護支援専門員さんのレベルから目標を共有していきたい。

したがって、斉藤正身構成員の話にもありましたが、せっかくそういう場が通所、これは通所リハを念頭に置いていますけれども、通所リハの事業所の中でリハビリテーションカンファレンスとしてあるのだから、そこに参加をしていただくことで、紙が、書類が単に節約できるとい

う趣旨ではなくてと申し上げましたが、場として活用していただきたいと。それは恐らく介護支援専門員さんのほうでも、可能であればそういうことをやっていくことは非常に重要だし、より効果的、効率であると御理解いただけていると認識しているのです。ですから、そこが前提なのですけれども、その中でさらに誰がまとめるのだとか、どの職種が議長を務めるのだとか、そういうことまで微に細に至り決めてしまうと、それはかえって現場の自由度が落ちますし、現場実態がさまざまある中でいかがかと思って、そこまでは微に細に至りということは適切ではないかなというのが現時点での私どもの理解でございます。

○大森座長 どうぞ。

○鷺見構成員 今回の迫井課長のお話の趣旨というのはよく理解していますし、私どももそういうことになろうかと思えます。ただ、どの職種も先ほど来お話がありましたように、ケアマネジメントということはなさっていらっしゃるわけですね。利用者さん、御本人さんにあわせて誰がリードしていくかということも多分その場で決まっていくことだろうと思えます。ただ、最終的な取りまとめであるとか、実務上の運営であるとか、その他最終的にこの人にとってみてどういふところなのだという落としどころをつけていくというあたりに関しては、ケアマネジャーも力をつけて頑張っていきたいと思っています。

○大森座長 ありがとうございます。  
どうぞ。

○東構成員 今回の意見ですが、資料 2-1 の 8 ページ「居宅サービスの具体的協働方法の提案」については、現在通所リハビリステーションを利用されている方において、先ほど齊藤正身構成員もおっしゃったように通所リハビリステーションの場でケアマネジャーが入って議論するこのような形は大変素晴らしいことで全然異論はないのですが、実際現場でケアマネジャーと話すと、現在リハビリ関係のサービスを利用していない高齢者に対してケアマネジャーがリハビリが必要だとか、そういう視点がまだ不足しているので、ぜひ報告書の中には、現在リハビリ関連のサービスを利用していない方についてもケアマネジャーが常にその利用者の方の認知症を含めたレベルがダウンしないようなリハビリというものを意識したケアマネジメントが必要だということを盛り込んでいただくと、ケアマネジャーもそういう意識を持って今後も研鑽されると思えますし、そういうことも今から必要ではないかなと思っております。

○大森座長 どうぞ。

○鷺見構成員 ケアマネジャーの医療サービス導入に関して先生方からの御指摘は多数あります。ただ、ケアマネジャーが意識していないということではなくて、導入が難しいということ

御理解していただきたいということと、今回の先生方と御利用者さんとの時間をきちんとつくりましょうというお話は、私は一番重要だと考えます。ケアマネジャーが、導入しにくい点は、1つは指示書がないということと、それから、利用者家族が必要ないとおっしゃられることが一番大きな要因になっているのです。ここを何とかきちんとつなぐという仕組みが必要だと思います。

○大森座長 では、正身さん。

○齊藤正身構成員 関連ですけれども、今、東構成員からお話があったとおり、使っていない方、利用されていない方がレベルを低下したときとか、リハビリが必要だという判断をするのは、確かなかなか難しいのです。それがケアマネジャーの方に全部一任されるというのは、ケアマネの方にとっても実は重荷の部分もあると思うので、やはり相談する場所が必要なのだと思うのです。そうすると、8ページに書いてあるような場所が相談の場所になると考えれば、非常に有効なのではないかと私は思います。結果的にそれがケアプランにフィードバックされる形になれば、誰が仕切るかというよりは、有用な意味合いのあることかと思えます。

あとは、通所リハの使い方が、リハビリの訓練を提供する場所というイメージから評価をする場所という考え方もぜひ取り入れていただき、例えばリハビリのサービスは使っていないのだけれども、3カ月なり、半年なり、一度通所リハを使って評価だけしてもらおう。このままでいいよというアドバイスであったり、あるいは継続してちょっと集中的にやろうかと、それがきっとレベル低下を拾う1つのコツではないかと思うので、上手に通所リハを使ってもらえたらと思います。

○大森座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○齋藤訓子構成員 今回の御相談ということなのですけれども、確かにケアマネジャーの役割は非常に重要で、しかしながら、力のある人もいればそうでない方もあって、これはどの職種でも力のある人とそうでない人はいますから、それはある意味しようがないとは考えておりますけれども、今回の協働の場については2つ申し上げたいことがあって、1つは、これから地域で通所や訪問を利用するといったときに、恐らく医療での治療が終わってこれから家ですよと、サービスが医療から介護に切りかわる重なり部分のところにこういう協働の場をがちり持ってきて、これからどういう暮らしをしていくかということとを共有することがうまくいくかいかないかの重要なポイントになるのかなというのが1つあります。ですので、介護報酬の検討事項ではないのかもしれませんが、課題としてそのあたりの医療保険との調整をどうするのかを少し考えないといけないのかなと思っています。

もう一点は、少し状態が変わっていったときにスムーズにケアプランに反映するために、いち

いち会議を参集することは非常に時間のコスト、それから必要な情報源にたどりつくコストがかかりますので、例えばケアマネジャーがケアプランを変えなければいけないとか、プランニングで悩むといったときに、ドクターやリハ職、ナースにアクセスして相談できるといったような仕組みを報酬上で設けるということも1つ方法としてはあるかなと思っています。

○大森座長 時間が押してきたのですけれども、そろそろ本日終わりにしたいのです。もう一点、どうぞ。

○半田構成員 22 ページの絵柄なのですけれども、短期集中リハというところ、やはりリハを効果的にやるというのはいかに早期に集中してやるかということだと思うのですけれども、3カ月間にわたって1週間何単位というくくりは、短期集中になっているのか疑問を感じます。これからは急性期から直接サービスにつながる人もいれば、在宅から来る人もいらっしゃるときに、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はこうで、どう使うかというのはマネジメントで決めていけたらと思うのですが、可能かどうか。ただ、短期集中ということで、非常にその後に大きな影響を与えますと思いますので、そこは週に何単位、3カ月というのは短期集中としてどうかなと思っています。

○大森座長 御意見とうかがいます。では、これで最後にいたします。どうぞ。

○深浦構成員 利用者のニーズ把握表についてなのですが、先ほど提案があった幾つかの評価表があるので、その検討の中でなのでしょうが、ここに提示されている項目がリハの実施計画を決定してくるような気がするので、お聞きしたいと思います。これらの項目、非常に細かくわかりやすい項目になっているのですが、例えば先ほど食事のことがありましたが、摂食嚥下に困難のある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と思います。居酒屋に行くという項目があるのですけれども、外食をしたいとか、そういう幾つかの項目をもう少し整理した形でやられるのか、あるいはこういう具体的項目を追加していかれるのか、こちら辺はどうなのですか。

○迫井老人保健課長 これは先ほども御説明をする中で触れさせていただいたのですが、これは実は長い時間をかけて検討を進めてきて、最終的にこれをまとめさせていただいているものです。平成20~25年と申し上げましたが、いわゆる老健事業の中で検討を進めてきて得られているもので、これはあわせて制度改正で今度新しく介護予防・日常生活総合事業を行うわけですが、そのガイドラインでも引用させていただいているものです。ですから、基本的にはある程度それなりに熟度の持ったものという理解でお示しはしておりますけれども、きょう、さまざま御意見をいただくことで、どこまでできるか当方としても検討しなければいけません、これは私

どもの今回御提案のリハビリのスキームだけではなくて、介護事業全体に活用させていただくような調票でございますので、そこについて私どものほうでまた一旦受けとめさせていただいてどこまでできるかというところではあります。もし具体的に御指摘なり御提案なりがございましたらお伝えいただくということが基本かなと思います。

○大森座長 ありがとうございます。

とりあえず本日の議論は以上とさせていただきます。次回が最終回でございますので、次回についてアナウンスメント。

#### 4. 閉 会

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

次回でございますけれども、今回の御議論と前回までの御議論、これをあわせまして冒頭お示しをしましたけれども、構成といたしましては報告書の基本的な案をお示しして、最終的に御確認をいただきたいと思っております。本日御指摘をいただいたものを含めて反映をさせていただいた上で、少し時間がないのですけれども、連休も挟んでしまいますので時間もないのですが、なるべく迅速に作業をさせていただきたいと思っております。

今回は11月6日の木曜日、午前10時からとなっている。場所は後ほど事務局のほうからさらに御説明をさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○大森座長 以上で、短期集中ですので、介護給付費分科会に役立ち得るような内容のものと、少し中長期的にまだ残した課題もありますし、皆さん方多様な御意見が出ていますので、それを上手にまとめたものを次回にお出しして、大筋として皆さん方の御了解を得られるものにしたいて、多分事務局もそう思っていますし、私もそうしたいと思っておりますので、その方向で取りまとめいただくということでよろしゅうございましょうか。

(「異議なし」と声あり)

○大森座長 ではありがとうございます。

以上でございます。