

2014-11-6 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4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4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。

厚生労働省老健局老人保健課長、迫井でございます。

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、大変お忙しいところをお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日の構成員の出欠状況でございます。栗原構成員におかれましては、所用のため御欠席という御連絡を頂いております。堀田聡子構成員におかれましては若干遅れてこられるという御連絡を頂いております。

それでは、続きまして、資料の確認をさせていただきます。

まず、本日の次第がございます。

名簿、次に座席図がございます。

その下に4つほど資料がございます、資料1「第3回検討会の主な意見」ということで、前回の御発言の概略をまとめさせていただいているものでございます。

資料2-1、2-2と2つ分けてございますが、2-1、これは後ほど御説明させていただきますが、「前回の提案に関する主な意見・指摘と対応（案）」でございます。

資料2-2、その対応（案）を踏まえて作成させていただいた、前回、第3回の資料の修正版ということでございます。これも後ほど御説明させていただきます。

最後、1枚紙でございますが、資料3でございます。「今後更に議論すべき課題に関する意見」、これは両面でございますが1枚紙でございます。

もし過不足等ございましたら事務局の方までお知らせいただきたいと思います。

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、御協力方よろしくお願いいたします。

以降の議事進行につきましては、大森座長にお願いいたします。

3. 議 事

○大森座長 どうもおはようございます。議事次第を見ていただきますと、この検討会、集中検討になっていまして、4回で終わるということになっていたのですがけれども、この議事次第を見ると終わらない。終わらない理由は、中間報告という成文の形で今日皆さん方の御了解を得るまでに至っていません、私がお聞きしているところでは、この前、直接に介護給付費分科会に私どもの検討会としてお出しすることはほぼ大体検討の整理でできているのですがけれども、それ以外にいろんな問題が出ていまして、その種のことも全部含めてきちっと文書を練り上げるの

はとても時間が不足してしまっていて、恐縮ですけれども、今日はしたがって介護給付費分科会にぎりぎり間に合うような形で一応皆さん方の御意見のまとめをさせていただいて、最終的というか、中間報告の全体の文章は恐縮ですけれども、もう一回お願いするということをどうも事務局はお考へになっている。私はもう4回限りだと言っていたのですけれども、今回の見直しは前回の見直しに続いて重要な見直しの時期になっていますので、余り拙速にしないで、もう一回御足労願ってまとめたらどうかというような趣旨が、この議事次第の内容ということだと思っています。

今日、局長はお見えではありませんが、今、認知症の国際会議が行われまして、本当は私もそちらの方に出たいのですけれども、そんなことで御了解賜れば大変助かると思っています。

それでは、資料の説明からいたします。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

資料の御説明をさせていただきます。先ほどと若干繰り返しになるかもしれませんが、資料1は前回御意見の概略をまとめさせていただいております。詳細は省略させていただきます。テーマごとに並びかえてございます。

先ほど座長の方から御説明いただきました、そのとおりの認識で私どもでございます。

資料2-1、2-2の御説明をさせていただきますと、資料2-1、資料2-2を最終的に反映させた内容を抜粋してございますが、これまで3回の会で私どもとしては報告書の一番根幹をなす新たな提案につきまして、提案1、提案2というような形で前回資料を提出させていただいて御議論いただきました。そのときに頂いた御指摘を、完全ではないかもしれませんが、主なものということで、テーマごとに並べかえをさせていただいて、それに対する私どもの対応の考え方、これにのっとって、その後の資料2-2、後で御確認いただきますけれども、修正させていただいております。

資料2-1の1枚目だけまず御説明させていただきますと、幾つか御意見いただいた中で大きく分類いたしますと、この5点なのかなということでございます。この5点に必ずしも入りきらないものは、一番最後の資料にまとめてございますが、今回の検討の範囲にはどうしても入りきらない、あるいは積み残しとなったものということもございましたので、最終的にはそちらに入っているものでございます。

2-1の1枚目、1点目でございますが、リハビリテーションカンファレンスに関しまして御指摘を頂いております。そこは多職種の協働を実現するということでございますので、歯科医師の多職種の中で連携ということをしかりと、という話でございました。これは一応確認的に対応の考え方のところにまとめさせていただいておりますけれども、このリハビリテーションカンファレンスは、本人・家族、それから多様な職種が当然参加を頂くということになります。その中に担当される介護支援専門員、ここが重要なのだろーと思っておりますが、本人の支援に関わる他の居宅サービスの担当の方も参加されるということが想定されておりますので、歯科の関係の方々がその中に居宅サービスで関わっておられる方も含めてということになりますので、これ

は念のため記載させていただいておりますけれども、もともとそういう認識を持っていますということでございます。

2点目、これが一番具体的な内容になろうかと思いますが、様式に関しまして幾つかの御指摘をいただいております。4点、○でまとめてございますが、まず書類が非常に多いという御指摘を頂きました。従来の様式以外に様式が追加されているということで、現場はそれだけでなく忙しいのというようなことだろうと思います。そこをもう少し工夫できないのかということでございます。

プロセスの確認に関しまして、これはもう少し具体的な御提案といいますか御指摘ですが、本人家族に関しまして情報共有することがもともと重要だと言っているにもかかわらず、その項目がないということでございますが、これは対応させていただいているということです。

先に御指摘だけ御説明しますと、3点目ですが、これもかなり具体的なお話でございますが、外出したいというような具体的な項目が幾つか必要なのではないか。その利用者のニーズに関しましては、そういった具体的な御提案をいただいております。

4点目ですが、これは高齢者、身体の問題、認知症の問題というのは併存し得るということでございまして、特に認知症の評価について計画書にしっかり項目を具体的に盛り込むべきだということで、これも御提案いただきました。

この4点につきまして私どもの方で検討したり、様式を修正したりしたものもございまして、まとめて対応のところに考え方として、これは案でございまして、書いてございます。

まず1点目ですけれども、書式につきましては、これは可能な限り整理をして、我々としても業務の負担にならないようにと考えて今回御提案させていただいておりますけれども、全体像を必ずしも十分御説明できておりませんでしたので、これはおめくりいただきまして、2ページ目、全体像を後で細かく様式についてはざっと見ていただきますが、概略を書いてございます。現行の様式は2つ内容がございまして、計画書に関わる部分、すなわち全体のリハビリテーションの計画の部分と、個々のリハビリテーションを実際に実施される場合のプログラムの実施計画、大きくこの2種類があって、現行では通所・訪問リハビリテーションの計画、実施をする Do の部分、Check、Action の部分について、現行ではこうなっていますということです。

新たな御提案としましてこういうふうに考えていますということなのですが、様式の枚数自体は確かに増えるというところは正直ございますが、もともと記載をされているであろう内容を改めて整理させていただいている部分が、下の新たな様式の提案のところについて言いますと、様式BとCとDと御提案させていただいていますが、これは様式BとCの部分は恐らくもともと記載されることになっている。様式の指定は現行ではないのですが、事実上、上の現行の様式の Do のところでございますが、現行でいうリハビリテーション実施計画の様式を事実上兼ねるという形でやっておりますので、標準化といいますか、様式としてお示ししていますが、情報のボリュームとしては、情報の量といいますか、記載する部分については基本的にはBとCの部分はもともとやっておられる内容であるという理解でございます。

では、何が増えたのかという話ですが、ニーズ把握票の様式Aは確かに新規のものでござい

すので、これについて言いますと、様式は新しくお示しをしています。ただ、一貫して御議論いただいて私どもの問題意識もそうなのですが、やはりニーズをしっかりと把握することが適切なゴール設定につながるのだから、ここの部分は今回の根幹部分だと思っていますので、何とかお願いしたいということです。

同じ欄にあります、様式Dでリハビリテーションカンファレンスの記録の御提案がございました。ただ、これはカンファレンスを開催されている場合には基本的には何らかの形で記録を残されていると思いますので、余り微に細に至りという趣旨での様式ではございませんので、ここも実効上は大きく御負担にならないのではないのかなと理解してございます。

プログラムの実施計画のところ、これはもともと実施計画書で様式が指定されているもの、兼用できるという話でございますが、ここについては、別途様式をお願いしている様式Fというのがございます。ただ、これも御理解をぜひ頂きたいのは、あくまで今回御提案しております包括的な実施のプログラム、最終的には包括的な報酬設定につながる内容でございますので、逆に申し上げますと、かなり自由度が高いものですから、ここについて言えば具体的に御記載いただかないと、どういう形で何を実施されようとしているのかわからないということになりかねませんので、ここはぜひ自由度の高い報酬設定を前提としていますので、お願いしたいという趣旨でございます。

最後、モニタリングのところ、ここについては確かに新しいプロセス管理ということと様式Eを御提案しています。これは新規でございますが、様式AとEは今回いろいろ御提案する中の基本的で重要な部分で、プロセス管理ということで徹底していただきたいという趣旨ですので、これは新規ですが、記載がそんなに御負担のないようにチェック項目を中心にやっておりますので、そこについてはぜひ御理解いただけないかなと思っております。

詳しく目に御説明しましたが、ここは重要なところですので、表紙の1ページに戻っていただきまして、今、お話をさせていただいたようなことが様式のところについて言いますと記載させていただいております。

4つ〇がございしますが、今1点目を御説明しましたけれども、2つ目、あとをざっと見ていただきますと、本人・家族の項目、これは7ページでございしますが、様式Aを見ていただきますと、赤字で書いてございしますが、本人・家族の部分についてチェック項目をつけさせていただいております。

3点目でございます。これは具体的にニーズの把握につきまして御提案をいただきました。3ページでございしますが、様式Aということで、この中には例えば外食、居酒屋に行くとかそういう記載がございしますが、もう少し広い意味で、あるいはもう少し調査の項目として外食をしたいというようなことも重要なのではないかなという御指摘をいただきました。ただ、これは前回もお話をさせていただいたのですが、一定の研究といいますか、老人保健健康増進等事業で既に作成されたものを活用しておりますので、これを活用するという前提で、幾つかの事業が既に参照しております。ですから、これを根っこに書いて今の時点で修正するというのは、少し我々としては難しいかなと思っております。

ただ、赤字でその他と書いてございますが、実際のそれぞれの事業所におかれまして地域性や様々考慮して項目追加自体は可能でございますので、一旦はそういう形で運用していただくことも可能ではないかなと考えております。今の話が3つ目の○でございます。

1 ページ目に戻っていただきまして、様式の4つ目の○でアセスメント項目、これは認知症に関しまして評価をしっかりとという話で、これは4ページの様式Bのところに、少し赤で小さくて見づらいのですけれども、認知症関連の心身機能という表のところに赤字がございますが、幾つかの項目につきまして項目を追加させていただいております。こういった形で御指摘については対応させていただいたらどうかと考えております。

1 ページ目に戻っていただきまして、残り3項目簡単に御説明しますと、医師による説明と同意というところで、1回目、2回目、特に2回目の御議論で、やはり将来的な予後の予測あるいは現在の状態につきまして、一番利用者、家族、御本人がお聞きになりたいということが満たされるのは医師による説明なのではないかという話がございます。前回御提案で医師にやっていただくということを想定しておりましたが、やはり現場の実態から、なかなか医師の負担がという御指摘を頂きました。

一方で、1ページの医師による説明と同意の2つ目の○に凝縮をしておるのですが、やはり一番先に医師にやっていただきたい、医師にお話を頂くことで受容が促されるということでございましたので、対応（案）のところに書いてございますが、やはりこの部分は医師本人にぜひお願いしたいということで整理させていただきたいという趣旨でございます。

4点目、仮の名称でございます。生活行為改善リハビリテーションということでございます。日常生活の中で生活機能が低下した場合、こういったことが個別と短期集中リハも含めまして再度利用できる。一定程度ある程度反復することもあり得るのではないかというお話でございますとか、これはかなり今回の御提案自体御評価いただいていると思うのですが、普及啓発をしないと現場がついていけないのではないかという御指摘も頂きました。

具体的にどのようなプログラムを行うのかということを明確にしなければいけないのではないのかということと、家族の支援方法も明確にすべきだという御指摘を頂きましたので、この点については、先ほどの様式、10ページ、それから8ページでございますけれども、まず10ページ、最終的にまとめたものでもう一回確認していただきますが、資料2-1の10ページ、最後の紙でございます。赤字でいろいろ書いていて見づらいかもしれませんが、肺炎などを契機に生活機能が低下するような場合も想定いたしまして、そのようなことが念頭にこの活用ができるということを明記するために、1つ目の○のところに（マル1）（マル2）ということで、（マル2）に肺炎などを契機にというようなことを明記させていただいて、そういったことも想定できるようにしております。

なかなかこれは相当な労力をかけてという御趣旨で、これはむしろ現場の、あるいは職能団体にもお力添えをいただかなければいけないということだと思いますが、このプログラムの実施に当たりまして適切なスキルといいますか、研修事項を義務づけるようなことを考えてみてはどうかと考えております。

3 点目ですが、これは様式 F のところに記載してございますけれども、具体的なプログラムとか支援方法、特に御家族に関することにつきましても、様式 F、8 ページでございますが、赤字で書いてございますが、家族への指導も含むということで、こういった記載についても明記をさせていただいたかどうかと考えてございます。

1 枚目の最後、5 点目でございますが、口腔機能向上訓練等ということでございまして、その他のことも含めてですが、集団的なアプローチを基本的には推進する場合も必要だということでございますけれども、これは改めて確認事でございますが、リハビリテーションの基本部分。基本部分といいますのは、最後のページの 10 ページの例で見ていただきますと、これは 3 つの類型でお示しし、1 つの例で御説明しますが、最後のところに書いてございますが、リハビリテーションのプログラムをどう評価していくのかという中で、基本的に通所に来ていただくような基本的な部分にマネジメントの部分がありますということです。黄色く載っているのが短期集中個別でございまして、こういう生活行為的な特別な加算を黄色で載せているところですが、その前提となるオレンジの下から 3 段目、そもそもリハビリテーションの基本部分を評価している報酬が当然でございますが、これは理学療法、作業療法、言語聴覚療法もそうですし、個別のアプローチ、集団のアプローチ、あらゆるアプローチを含めて基本的なリハビリテーションをやっているということなので、そもそも個別的にアプローチ、集団のアプローチも含めて可能だということでございます。

そういった誤解とか、もしかしたら御理解いただくためにはもう少し工夫した方がいいかなと思われましたので、括弧書きで 10 ページの例にございます通り、「(個別リハ、集団リハを含む)」ということで明記させていただいて、位置づけとしてはそういうことですよということを明確にさせていただきたいということでございます。

今お話ししたことを大体ざっと見ていただきますと、3 ページ、先ほどの御説明のその他のところの赤字でございます。4 ページ、様式 F のところもそうでございます。5 ページのところ、一貫して様式の中で記載ぶりの中にかかりつけ医とか指導医とかかなりいろいろな表現がございましたので、医師ということで統一させていただいております。そういったことが 7 ページ、8 ページ、先ほど見ていただきましたけれども、修正で反映させていただいております。9 ページのフロー図の中でも医師ということで統一させていただいております。

こういった内容の対応をさせていただいたものをまとめて記載したのが資料 2-2 でございまして、これは前回御提案させていただいた 3 回目の資料の修正を最終的にいまして、今、お話をさせていただいたようなものを、ばらばらめくっていただきますと 2 ページ、3 ページあたりに医師と名称を変えさせていただいております。

4 ページからざっと様式の一覧がございます。8 ページ、9 ページも同様でございます。というように、今お話をさせていただいたような記載の部分につきまして修正をさせていただいております。

細かいことですが、18 ページ、21 ページ、本来、この検討会は報酬の水準とか報酬自体のあり方について御議論いただく場ではございませんで、プログラムの構成や中身についての御議

論いただいているという認識です。ですので、この資料を分科会にお持ちをして、分科会で報酬に関する御議論を頂くのは基本でございますが、一応 18 ページと 19 ページで前回と少し修正をさせていただいたのは黄色の部分でございまして、3 か月、6 か月と同じような水準で報酬で評価するということは基本的には念頭に置いておりませんので、その部分だけは事務局の問題意識として少し段差をつけさせていただいた、ちょっと芸が細かいですが、そこだけは明記をさせていただいた。一応これを修正させていただいたものを本日御議論、御了解いただいて分科会に提出をして、御審議に資する形で分科会の議論につなげさせていただきたいなということでございます。

長くなりましたが、最後、資料 3 でございます。これは 1 回目から一貫してリハビリテーションにつきましてはさまざまな視点、さまざまな御意見がございました。今回は大森座長がお話しいただきました通り、もう目の前に迫っています分科会の報酬の議論に何を提供できるのかということを優先していただきましたが、やはり幅広い御議論も必要でございますので、資料 3 に今まで頂いたものにつきまして、具体的に指摘いただいたものを抜き書きして項目別に整理させていただきます。

これはいろんな御意見を頂いておりますが、正直しっかり網羅ができていないと思います。今の時点で 1 ポツ、2 ポツというふうに大雑把にといいますか、大まかな項目ごとに、例えば 1 ポツ、通所・リハビリテーションの機能の問題、広い意味でのリハビリテーションというような御議論もございましたし、いわゆるデイサービス、デイケア、通所介護、通所リハビリテーションの違い、あり方、こういったことについて議論していく必要があるのではないのかということも含めまして、通所・リハビリテーションの機能に関する問題提起あるいは問題意識。2 番目で、地域におけるリハビリテーション、サービスの拠点的なものが必要なのではないのかという御指摘、これは複数たしか頂いたと思います。

3 ポツ目ですが、医療と介護の連携に関わる話、これはそもそも全体に関わる話なのかもしれませんが、多職種連携、その 4 ポツと大体連動する形だとは思いますがけれども、医療保険から介護保険への橋渡しの話でございまして、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員との連携について重要だということなのですけれども、医療関係のスタッフとの連携がさらにそこに加わるというなど。

あるいは 4 ポツ目で、多職種連携のむしろ協働という言葉で今回の検討会では強調してお話しいただきましたけれども、いろんなそういった取り組みでございまして、いろんな手法について少しでもすり合わせたらどうか。

あるいは 5 ポツですけれども、そもそも介護保険事業の性質として市町村の役割は非常に重要でございますので、そのあたり、市町村の地域包括ケア、地域包括支援センター、そういった地域ケア会議との連動も考えていくことが必要ではないか。

最後、2 つでございまして、めくっていただきまして 6 ポツ、7 ポツですが、やはり一貫してリハビリテーション専門職の資質の向上、教育の問題、そういったことについて御指摘いただいております。これらにつきましては、今回の先ほどの資料に入っております。

最後、7番目、これも非常に重要ですが、国民へのリハビリテーションの普及啓発、これにつきまして根っこの問題としてどう御理解を得ていくのかということを考えていかなければいけないというのも一貫して御指摘等いただいておりますが、こういったことは先ほどの具体的な提案の中に必ずしも入っておりませんので、こういう形でまとめさせていただいて、本日、本来ですとこういったものを全てまとめた報告書を中間的にまとめさせていただくというつもりで臨みましたが、なかなか作業が追いついておりませんで、余り稚拙な文章をお示しするのはかえってよろしくないかなと思われましたので、座長より冒頭お話しいただきましたとおり、分科会に御提出をさせていただこうという想定で資料2-2につきまして御議論いただきまして、年が明けて適切な、時期にもう一度改めて文書については御確認いただこうかなと考えております。

長くなりましたが、事務局からは以上でございます。

○大森座長 御苦労さまでした。

それでは、主として様式の問題について、この前随分御議論が出まして、少しいろいろお考えになった提案が出ていますので、資料2-2について皆さん方の御意見を伺って、こういう形で分科会の方に提出していいかどうか。

御意見、どうぞ。

○鷺見構成員 ありがとうございます。資料2-2の7ページと8ページについてです。介護支援専門員が開催するサービス担当者会議とリハビリテーションのカンファレンスというものに対しては、主催者が違うということをまず1つ認識をしていただきたいことと、この書式はあくまでも個別サービス計画書に関するカンファレンスであるという認識を整理する必要があると思います。

ですから、8ページ目のリハビリテーションカンファレンス記録というもの（サービス担当者会議記録）になってしまいますと、これは同一のものではないという整理する必要があるのではないかと感じています。

○大森座長 これは大事な話ですね。この7ページの絵の読み方ということになるのですが、課長、何か。

○迫井老人保健課長 ありがとうございます。7ページ、8ページ、むしろ私どもの認識をお伝えした上で、もう少し具体的に御提案なりをいただいた方がいいのかもしれませんが、前回まで一貫して御説明をさせていただいた私どもの趣旨は、リハビリテーションは特に医療系のサービスで専門職が必要あるいは医師の指示等に基づきまして、どういった具体的なリハビリテーションを提供するのかということで意識合わせをする場があり、いろんな評価をする場でもあります。

そこに御家族、御利用者さんはもちろんなのですが、介護支援専門員の方が参加されればケアプラン自体の作成も含めて意識合わせが非常に効率的にできますし、重ねてサービス担当者会議を開かないこともあり得るということであって、全く同じ機能を持った会議だという認識で必ずしも私どもでは捉えているわけではございません。ですから、ある意味、可能な範囲でといいますか、できるだけそういったことを協働して実施をしていただいて、書類については共有し得るという理解でおります。ですから、繰り返しになりますが、全く同じものであるとか、全く同じ機能を持った会議であるという前提でお話をしているつもりではございませんが、基本的に可能な限りシェアでき得るのではないかという問題意識で記載してございます。

○大森座長 どうぞ。

○鷺見構成員 この場に参加して、利用者にとって生活を意識したリハビリができるように皆さんを巻き込んで開催するということは本当にいいことだと思いますし賛同しますが、実際にケアプランを作成するうえで、このリハビリテーションカンファレンス記録がなし崩し的にサービス担当者会議記録になっていってしまっていて、サービスの決定にまで及ぶような流れが出てくることを非常に懸念するわけです。

現在、退院時カンファレンス等でも、そのカンファレンスの中でサービスを決定されてしまうような場面が結構あるのです。それに関して、やはりもうちょっと広い範囲(生活全般に関する)の計画を我々は作っていくわけですので、そこについての整理が必要だと感じています。

○大森座長 これは兼ねることができるというのですね。兼ねて仮にやると今のような心配が出てくるのですか。要するにそちらのリハビリテーションのようなカンファレンスになる方へ引きつけられていってしまうと。本来のサービス担当者会議とずれるような話、そのことが心配だとおっしゃっているのですか。そんな心配は出てきますか。何が心配なのか私は理解できない。どうぞ。

○斉藤正身構成員 今のお話の私の認識、これはきっと通所リハ、訪問リハを利用されている方の場合にその場をこういう使い方をしてもいいよと、全てここでやれというわけではなく、そういうときには兼ねるということでもいいかと思ったのです。

○大森座長 私はそういう理解をしているのです。それでも何か御心配なのですか。御心配だそうですので、どうぞ。

○迫井老人保健課長 ありがとうございます。私自身、先ほど御説明させていただいた内容と今大森座長、斉藤正身構成員がおっしゃったことは、基本認識は合っていると思います。一方で、繰り返しになりますが、これは全く同じ機能として、同じ会議ですと言うつもりはもちろんござ

いません。ですので、驚見構成員の御懸念もわかりますので、これを実際に活用していただくに当たっての留意事項といいますか、前提を幾つか、これはかなり行政的な実務の話になりますが、そこで工夫させていただくというようなことでいかがかなと考えます。

○大森座長 留意事項だそうです。それに対応したい。

では、先生、どうぞ。

○鈴木構成員 それでは、資料2-2と3について何点か意見を述べさせていただきたいと思っています。

まず、資料2-2の3ページでございます。右側の3番目の青い四角の下のところに、医師による本人と家族への説明・同意とあります。これについては前回も申し上げておりますけれども、医師の関与は必要ではありますが、過大な負担は避けるべきでありますので、初回など一度は医師が説明を行う必要はあると思いますが、その後は必要に応じて多職種協働の中で対応するなど、柔軟に対応すべきであると考えます。

6ページでございます。この通所・訪問リハビリテーション計画書における具体的な支援内容というところに理学療法以下いろいろ記載がございますが、集団の組み合わせが必要な場合もあると考えられますので、集団という言葉も入れておいた方がいいのではないかと考えます。

16ページでございます。4つ目の○の文章が、言いたいことはわかるのですが、文章としては通所の間隔が長すぎると拒否につながったり、一方、毎日参加するなどというところでつながりが悪い気がします。趣旨はわかるのですが、もう少し文章をわかりやすくされた方がいいのではないかと思います。

21ページでございます。右下の【参加へ】の中に地域の社会資源が記載されておりますが、現状ではまだ社会資源が乏しい地域も存在すると考えられます。中小病院とか有床診療所、診療所あるいは老健などは地域包括ケアシステムの中で重要な地域資源であります。そうした医療機関や介護施設からも新たな社会資源を創出していくような取り組みも必要であると考えます。そして、そのためには、医療、介護との連携に限らず、地域社会との連携も評価することも考えるべきであると思います。

次に、資料3についてでございます。

○大森座長 恐縮ですけれども、資料2で解決してしまいませんか。

1点目はどうでしょうか。

○迫井老人保健課長 皆様の御意見もぜひ伺いしたいと思っています。これは冒頭御説明させていただきました資料に、私どもの認識を再度記載させていただいております。現場で特に病院医療についてそういう御指摘を受けるケースは非常に多いと思います。一般の方も御認識は十分深まっていると思いますが、確かに医療機関、医療の現場は非常に厳しい状況だということを理

解した上で、繰り返しになるかもしれませんが、今回リハビリテーションの方向といいますか、地域における、介護におけるリハビリテーションをしっかりと見直していく、大げさにいえば再構築をさせていただきたいという趣旨の中の1つは、適切なゴール設定を利用者さんや家族の方にしていただくというのが大きな柱だと理解しています。そのときに、ふだんからそういったことをやろうと思っても、なかなか利用者の方、御本人がそれを受け入れてくれるかどうかは鍵であって、データを見ますと、やはり実はちゃんと説明を受けたいと、しかも誰から受けたいかというとお医者さんから聞きたいと。御意見の中でも実際にそういう御指摘を複数の構成員の方から頂きました。

そういったことから、あくまで今回は現場のそういう多忙な状況には御配慮させていただきつつも、基本的なところ、微に細に至り変わったところで事務的な御説明までドクターに求めるという趣旨ではございませんので、そういった運用面での工夫は余地があると思うのですが、あくまで大きな状態像とかリスクに関する説明については、やはり医師が基本的にやっていくということをむしろ明記させていただくことで、現場にも徹底をしていただけないかなというのが、私どもの再度の提案の趣旨でございます。

○大森座長 先生、その趣旨で御了解いただけますか。

○鈴木構成員 医師の関与が必要なのは間違いないのですが、一般的には医師の過度な勤務の緩和という流れで来ていますので、そういう意味では逆行するような部分もあるのではないかなという懸念がございます。

○大森座長 今の問題について、では、この問題。

○東構成員 質問になるのですが、私も老健課長や、鈴木構成員と同様に、医師の関与は必要不可欠だと考えておりますが、具体的にどれぐらいの頻度でどれぐらいの関与を想定されているのか。例えば老健施設の医師は、ご存じのように100床に1人の配置であり、その老健施設で提供している通所リハビリにおいて、どれぐらいの頻度で、利用者等に対して医師の説明が求められるようになるのか。そこが先ほど鈴木構成員のおっしゃった医師の過剰な負担というところにつながるとは思いますが、その辺はまだこれからの検討ということでしょうか。それとも大体想定されているのでしょうか。そこを教えてくださいと思います。

○大森座長 想定されているのですか。

○迫井老人保健課長 むしろ私どもでは、必要性も含めて本来、その指示をされる医師の方が御判断いただくべき内容に入るのではないかと思います。ですから、繰り返しになりますが、事務的に微に細に至り、形式的に変わったことをいちいち御多忙で人件費の高いドクターにそうい

うことをやっていただくのは全くもって本末転倒だという理解をしておりますが、一方で、これは本当に繰り返しになって申しわけないのですが、予後に係る話でございますとか、健康管理に係るような話で利用者さん、高齢者にとって重要だと思われるような大方針については御説明をいただきたい。その大方針が何かというのは、そこも含めて本来ドクターに御判断いただくべき話であって、そこも含めてコミットメントいただけませんかというお願いでございます。

○大森座長 水間さん、御意見どうぞ。

○水間構成員 基本的に課長がおっしゃられた目標設定をしてそこへの達成に向けて実施していくわけですが、やはり達成できたのか、できないのかというのはある一定期間のところ
で判断して、できていない場合に変更するのか、そこで終了にするのかを決定する必要があります。その場合には十分な説明ももちろん必要になるでしょうし、変更の場合には新しいプランを立てなければいけない。それは一定の頻度でこのような形で本人、家族への説明、そして同意を得る、終了の場合でも当然同意ということがあります。それに変わる方法をまた提示するというようなことまでやるべきだと思います。確かに時間は一定の時間が必要ですが、頻度としてはそれほど多くなくてもできるのではないかと思います。

○大森座長 どうぞ。

○鈴木構成員 リハビリ専門医の先生は少しゆとりがあるのかもしれませんが、老健の医師の配置は 100 人に 1 名で、しかも今後、中重度の方の在宅復帰をさらに推進していく必要がある中で、医療の負担が今後かなり重くなってくると思います。あらかじめ過重な負担になることが想定されるものをそのまま認めるのは問題があると思います。

○大森座長 今の問題をやります。水間さん、もう一言ありますか。では、お先に水間さん、どうぞ。

○水間構成員 基本は、こういう対応する医師を増やすということを考えるべきと私は思っているのです。対応するのは老健だけではないですね。

○斉藤正身構成員 現場の医者立場でいいですか。

○大森座長 そちらが先。どうぞ。

○東内構成員 リハと限定しないで、和光市とかで行っている要支援 1 と 2 の関係の例えば要望とかリハの関与というのは、基本的に初期段階のときにお医者さんに 1 回、6 か月のモニタリ

ングに1回といったところの関与です。そこから例えば何かの外来とか通っているならまた別の話として、プラン上の評価だとかアセスメントに関わっていただいた方針、治療方針と例えば介護計画とのすり合わせをするのは、6か月目の最初と最後、その2回です。

それで、その方針を受けて今回様式の精査をきちんとやって、会議をやり、その情報は先生に持って行って何か変わるようなことがあったら説明をする、だから多職種協働の場をきちんとして、ドクターの方も暮らしの場の情報を見て、そこから指示を頂くということが重要で、先生が言われたところでいくと、例えば今回のところでいくと、私からいうと地域ケア会議という書きぶりが少し弱いのです。今日の論点の最後に出てきた地域ケア会議などでは、Aさんの担当医ではなくて、例えばケア会議でリハを応援するような場には職能団体として医師が助言するような場面というのはリハのお医者さんが出てくるというのはあってもいいと思いますけれども、Aさん、Bさんに関しては、基本的には生活期、維持期のところだから、前と後といったところに関与していただければ、鈴木先生の言っていることはごもっともだと思うので、そういう感じでいいのではないかなと私は思います。

○大森座長 正身さん、どうぞ。

○斉藤正身構成員 デイケアの医師の立場でいうと、やはり初めに必ず説明をしていますし、同意も得ています。将来的なことを考えると、重度の方がかなり増えてくると思うのです。通所リハが担っていかなければならない。そうすると、やはりリスクの問題というのはかなり大きく、リハビリ的なこともそうなのですが、全身管理のことも含め、こういうことをするとこういうことが起こる可能性もあるというような話は、医師の立場でしておくことは、初回は必ず必要だと思いますし、途中で状態が変化したときに集中的にリハビリをしましょうとか、今の段階はどうしましょうかという相談をしたりするときにも医師は必要だと思います。適時適切に医師がかかわるというような表現の仕方が、初回は鈴木先生もきっと納得されていると思いますが、初回は必ず医師が説明をしていこうと。その後は適時適切な時期に説明をするということはいかなのかなと。現場ではそうしています。

○大森座長 そういう理解でよろしいでしょうか。もういっぱい論点がありますので、これでおわりにいたします。

○東構成員 今の斉藤構成員や東内構成員の御意見と一緒に、老健施設の医師が1人だから何もできないと言っているのではなくて、初回のサービス利用時、リスクのある方、医療的なニーズのある方に対してきちんと説明はしておりますし、一応、ケアカンファレンスには医師が参加して、多職種協働の役割もしております。

ただ、例えば3か月に1回必ずケアカンファレンスの内容を全員の利用者に医師から説明するように義務づけられると、とてもではないですが負担がかかるので、変化があったときや、今

回の提案にもありますが、短期集中リハビリから、生活機能行為向上に移るとき、もしくはリハビリを終了するとき等は、利用者の御家族は大変不安に思われますので、そのようなときにはきちんと説明をするというように適時適切ということであれば十分対応できると思います。定期的に必ず何か月ごと何回とか頻度を義務づけるのは避けていただきたいという意味で、先程頻度について質問させて頂いたところでございます。

○大森座長 先生、最後に一言。

○鈴木構成員 私は初回と言ってもそれを待っている間にサービスを始めた方がいい場合もあるという気がするので、初回を基本にということであれば、その方がいいと思いますし、水間先生がおっしゃったように、医師を増やすことも1つの方法だと思います。老健の先生がひとりで通所から入所まで全部担当するのは大変ですから、通所はほかの先生に手伝ってもらうことを考えると、あるいはいろいろなカンファレンスが開かれておりますので、通常はそこで対応していくとか、そういう柔軟な対応が必要だと思います。現場の医師の負担への配慮をお願いします。

○大森座長 ありがとうございます。

では、第2点をいきましょう。済みません、まだ2点目が残っているので。

○迫井老人保健課長 それから、集団の組み合わせも可能なようにということで、様式上の話も含めてということだと思います。集団的なアプローチはもちろん可能だということは先ほど御説明をさせていただきましたけれども、様式の記載上、それが必要でということですので、少し検討させていただきたいと思っています。

3点目、日本語の記載、これは稚拙かもしれませんが、もう一回練り直させていただきます。文章の問題です。

それから、地域の社会資源、御指摘のとおり、これは今から地域作りということで、むしろ国を挙げてといいますか、各自治体に御協力いただいて進めていこうという内容そのものでございますので、それはおっしゃるとおりだと思います。

以上でございます。

○大森座長 では、次の方いきましょう。

○佐藤構成員 ありがとうございます。資料2-1の一番上のところのリハビリテーションカンファレンスのこと、資料2-2の9ページのところでございます。

主な意見・指摘のところの対応として歯科医師も含まれるということでの案を出していただきまして、ありがとうございます。

そこで、9 ページのところの参加者の部分に関して、やはりそうであるならば歯科医師という職種をしっかりと位置づけていただきたい。そうでないと、ここにはなかなか出ていくきっかけも取りつく島もないということに恐らくなるのだらうと、そう感じるわけです。一言ここに入れていただきたい。

○大森座長 このその他というところでしょうか。

○佐藤構成員 その他であるという回答なのかもしれませんが、しかし、それはその他のところの矢印が本人・家族のところに行くということで理解はできるのですけれども、やはり明記を要望したいということでございます。

○大森座長 入れても差し支えないのではないですか。
どうぞ。

○迫井老人保健課長 この点は、9 ページの様式E、プロセス確認票、これは全てのリハビリテーションでマネジメントの強化をしていただきたいという趣旨で、通所リハビリテーションに必置の職種を中心に記載してございます。歯科の関与を否定するつもりは全くございませんし、居宅サービスで歯科が関与されているケースについては当然入られるということですが、ただ、逆に言いますと、全ての居宅サービスに歯科の方が必ず入るとするのは、逆にいうとそれは行き過ぎですので、したがいまして、この中にチェックを入れるということはそういうメッセージになってしまいますので、そこは申しわけございませんが、整理させていただくという趣旨でございます。

○大森座長 いいでしょうか。
どうぞ。

○佐藤構成員 そこも理解できなくはないのです。ですから、そういうことであれば、しっかり参加を促すような留意事項等で記載をお願いしたいということが最低ラインであろうかなとも思います。

もう一点、この資料2-1の一番下のところ、その他というところで口腔機能向上訓練等ということがございますけれども、このことも今の話に関わるかもしれませんが、この口腔機能向上の中には、やはり摂食嚥下のリハビリテーションという、摂食嚥下機能回復という目的もある。当然、そのプロセスの中には一連のものとして咀嚼機能というものが位置づけられるということですので、これはむしろ咀嚼嚥下訓練とかそういう形にさせていただく中で、もちろん集団でも実施はするけれども、咀嚼の機能の評価については、やはり個別に行っていくことも重要であろうと。咀嚼と嚥下というのは一連のプロセスであるという概念は持っておくことが必要である

うかと思っております。

以上です。

○大森座長 資料2-1の一番下の箱の表記の仕方について工夫が要するという御主張ですから、そこは工夫してよろしいのではないですか。どうですか。

○迫井老人保健課長 これは基本指針の書きぶりの中で、どういう工夫ができるか少し検討したいと思います。

○大森座長 次の方、先生、お願いします。

○田辺構成員 整形外科の田辺です。

2点確認したいことがございます。

1つは、一番最後、21ページの図ですが、生活行為改善リハビリテーションという言葉がここに出ていて、今回、その下の基本部分（集団、個別を含む）という形に今回なりましたが、例えば身体機能のリハビリテーションというのは下に含まれていて、上の生活リハということは様式Aのような、何か本当に目標を持ったことだけを示唆しているということなののでしょうか。それが1点。

もう一つ、前回にも私発言させていただいたのですが、例えば脳卒中のリハでずっと行っていたときに、途中で手を骨折したという医療が必要になるわけですね。そのときに、今の制度では脳卒中のリハを一旦やめて医療の方に持ってこなくてはできないという状態になっています。そうすると、例えば脳卒中のリハが一旦中断になるということになるので、ダブルで重なった事象に関してどう考えていらっしゃるのかお聞きしたいと思います。

○大森座長 御質問です。

○迫井老人保健課長 まず、1点目でございます。

様式Aも含めまして、リハビリテーションのマネジメントをしっかりとやっていきたいと思いますという御提案でございますが、この修正させていただいた資料2-2、前回御提案して修正させていただいて、この提案1に係るマネジメント、リハビリテーションの種別に関わらず、マネジメントをしっかりとやっていきたいと思いますというプロセス管理的なものの中に、ちゃんと利用者さんの御意向をとというのが様式Aです。ですから、これは今の御指摘をもし具体的にお答えするとしますと、3つのモデルについて全て共通のリハビリテーションマネジメントを強化しようという中の様式Aは関与でございます。

多分関連しての御質問だと思いますが、もしかしたらお聞きになっていない内容かもしれませんが、あくまでリハビリテーションの報酬的な評価、考え方は、そもそもリハビリテーション

を実施するという前提の基本部分があります。基本部分はいろんな療法、いろんなアプローチ、これが全て自由にできて、頻度も含めて基本的には自由にできて、その部分も基本部分というところで評価していますというのが前提です。その上で、この3つにそれぞれ特徴的なアプローチについて、さらに加算をオンしましょうということになっておりますので、集団的あるいは個別的なことも基本的にはリハビリテーションで自由にやっていただくという内容に本来は入っているということを明記させていただいた、そういう趣旨でございます。

脳卒中等のリハビリテーションを生活期でやっていて、特に骨折の事例、これは明らかに医療だと思いますが、実は医療との併給の話になりまして、私どもの理解は、医療の方の必要性があった場合には、一般的に介護保険優先という言い方をするのは、医療の方の必要性がない場合には介護保険が自動的に適用になりますという趣旨でございますので、医療の必要性があった場合には、逆に言いますと医療優先になりますので、その際にどういう形で併給できるかという、多分個別の事例とかによって違いますので、一概に両方できますという話には、原則として制度上はならないということだと思います。

○大森座長 どうでしょうか。

どうぞ。

○田辺構成員 もう一点なのですけれども、例えば生活期リハを6か月と区切ってやるわけですが、その後に必要な人がもしいたとしたら、これは継続という、上に継続となっていますけれども、それができるのかどうかということと、今おっしゃった、脳卒中から骨折に起こした事例に対しては、例えば脳卒中のリハがずっと必要であるという、患者さんに対して例えば骨折を起こした人に対しての併給、その辺は何か考えていらっしゃるのか。これは實際上非常に多いことであって、現場では困っていることなのです。

○大森座長 どうぞ。

○迫井老人保健課長 忘れないうちに、最後の方の質問、もう一回繰り返してしまうかもしれませんが、脳卒中のリハビリテーションを実施されていて骨折ということになりますと、明らかに脳卒中のリハビリテーションを生活期で実施されていた身体状況が大きく変わったこととなりますので、介護の制度のサービス給付と医療の制度のサービス給付が別々に同じ体といえますか、同じ被保険者に対して提供されるということになると、当然全体的な調整が必要で、それは制度上の給付という意味ではなくて、医学的にプライオリティとしてまずどうするのですかと、同じ方に、これは介護のリハですと、これは医療のリハですとって別々に提供するということは基本的には余りあってはならないと思いますので、主治医の方なり、リハビリのドクターなり、スタッフなりを中心に、ではどうしますかという話が本来あるので、その考え方、医学的考え方にのっとって給付が後付けで整理をされると私どもでは理解しておりますので、制度がどちら

かという実態の必要性についていくということでございます。ですので、個別の事例によって当然医学的必要性も違いますので、一概に語るのは難しいのかなというのが私どもの繰り返しの理解です。

○田辺構成員 それは同時給付ということもあり得るということでしょうか。

○迫井老人保健課長 制度上は同時給付ということではできませんので、医学的な必要性がプライオリティとして高ければ、医学的なリハビリテーションの中に脳卒中のリハビリテーションの必要性も含めて、総合的に対応していただくのが筋ではなかろうかなと思いますが、これは私どもの事務方が答えるよりは、有識者の方々がおられますので、御意見もお聞きしたいところだと思います。

21 ページの生活期を向上するためのモデル、これは御議論の中でも御指摘を頂きましたが、前提としては、特に廃用症候群等を念頭に置きますと生活機能が落ちてきている方、これは医学的、医療的な契機に必ずしもよらないリハビリテーションの必要な生活機能の落ちている方について、あらかじめ社会への意向を念頭に置いて実施しようという場合のプログラムです。ですから、原則的には通所介護とか様々な地域資源に移行するということをあらかじめ念頭に置いてやっていただくということで始めます。

ただ、議論でもございましたが、どうしても御本人が最終的に地域資源といいますか、通所介護とかそういった知識の資源へのサービスに移行することはどうしても嫌だということもあり得ますし、そういう場合にもととの継続的なリハビリテーションに移行することはできますという趣旨です。

ただ、当然そうやってまいりますと、事前に想定されていたプログラムに対する報酬等の調整は必要になりますので、これは給付費分科会で議論いただくことになると思いますが、もちろんプログラムの内容としての移行は可能ですという趣旨でございます。

○大森座長 田辺さん、よろしいですか。

○田辺構成員 はい。

○大森座長 では、ちょっとお待ちください。
どうぞ。

○宮田構成員 この資料2-2の14~18、それから21にかかるところを確認したいと思います。全体的に通所と訪問リハ、サービスということでこれらの考え方が示されていると思うのですが、特に一番最後を見ていただければいいかな。脳卒中モデル、認知症モデル、生活機能向上のためのモデル、これに関しては通所リハという部分に焦点を当てていて、訪問リハ単独

サービスに関してはこの流れに乗らないとも読めるのです。といいますのは、この通所リハということが全体的にここでは書かれていて、訪問リハ単独サービスはどういうふうに考えればいいのかと考えるとしまいます。その辺について確認したいところなのです。

○大森座長　そこを確認してしましましょう。

○迫井老人保健課長　これは御指摘のとおり、通所のリハビリテーションを前提としてリハビリテーションのプログラムの実施について具体化をして、流れを整理してございます。

○宮田構成員　ということは、こういう訪問に関しては特に今考えはないという判断でしょうか。この様式ですとか考え方ですとかは各書式や確認票等にも通所、訪問ときちんと書いてあるのですけれども、訪問単独に関してはどういうふうに考えればいいのかという疑問がわいてまいりました。前回までの時点では両方について記したものだと思っていたのですけれども、ここへ来てしっかり通所ということが書いてあるので、訪問についてはここに適応しないということで考えてよろしいかということです。

○大森座長　訪問の方。

○迫井老人保健課長　これは必要があればさらに御議論いただくことになろうかと思いますが、私どもの整理の中で、大きく例えば 21 ページの図を見ていただきまして、リハビリテーションのプログラムをリハビリテーションの特性とかあるいは原因、生活機能が落ちてきている、あるいは疾患による原因によって大きく特性がある。その特性に応じて適時適切なリハビリテーションを提供するにはどうしたらよいのかという問題意識で整理を始めています。

御指摘のとおり、これはまず通所リハビリテーションをベースに整理をさせていただきまして。ですから、訪問の組み合わせは当然中にはございますけれども、訪問リハビリテーションだけを逆にいいますと適用してこの 3 つの類型に対応するという考え方で私どもでは整理しておりません。そこはもう少し御議論いただく必要があるかもしれませんが、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの役割分担という議論そのものであると思いますけれども、私どもの前提の理解は、どちらかだけが単独で特定のモデルとか疾患に対して対応することとは必ずしも前提とすべきではないのではないかとということで、そうなつてまいりますと、やはりスタッフが一定程度常駐されている場の活用として通所リハビリテーションを今回は前提に整理させていただいたということでございます。繰り返しになりますが、もしそれで足らない、あるいは積み残しの的にもっと議論が必要だということであれば、最後にさらにそこは御指摘いただいた上で、今後私どもで考えさせていただく上での課題として御指摘いただくこともあるのかなと考えております。

○宮田構成員 おっしゃることは非常によくわかり大体理解しましたが、必ず一体的に提供できないところは逆に言うとなかなか難しく示されたような考え方を提供しにくいのではないのでしょうか。例えばそもそも通所リハ、訪問リハと分かれていて、それを別事業所であっても一体的に継続的に提供できるというような考え方で図を考え、書き直していただくとわかりやすいかなとも考えます。

つまり、最初の時点でいろいろな課題があって、このプロセスも訪問リハと通所リハ、一体的に考えていくべきで考え方は一緒なのだなという理解をしたところで、通所リハをベースにという、例えば21ページですね。これはどちらかという介護報酬等々を意識されたものだと思うのですが、ここで訪問リハ単独で行って行く場合は、どういうふうに関与していくのかというのをぜひもうちょっと明確にいただくと、我々がどういうふうに動けばいいのか、どういうふうを考えればいいのかははっきりするかなと思った次第です。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

先ほどの繰り返しになってしまうかもしれませんが、一方で、訪問に関しますアプローチとしましても、やはりこのリハビリテーションのマネジメントの部分については私どもの理解は共通でありまして、しっかり必要性、ゴールを設定するというのは通所、訪問にかかわらずリハビリテーション全体についてしっかりやっていくということは基本として想定しています。

少し記載ぶりが足りないかもしれませんが、そこについては共通だということは間違いなく提案1は単独で双方に係る話ですので、かかっています。提案2の方は、確かに通所リハビリテーションの報酬を確かに意識した議論をお願いしておりますので、ベースとして設定しております。通所と訪問をどう組み合わせていくのかということは、私どもの理解では制度の方で規定するというよりは、本来は医学的あるいは介護のサービスの上で必要性によって組み合わせていただくのかなと考えておりますので、私どもの理解としては、そこは例えば重度の方とか、おっしゃったように、今、リソースがなくて結果的に訪問サービスしか提供できないようなケースについては、当然それは現場でお考えいただくことになると思いますが、基本的に多くの場合、併設サービスで両方提供されている実態があると承知しておりますし、そうやってまいりますと、疾患とかニーズの特性からすると、一番リソースが提供しやすい、集約しやすい通所をベースに整理するのが自然なのかなと思ってこういう御提案をさせていただいております。

繰り返しになりますが、もし必要がございましたら、訪問についてこういうモデル的なアプローチがあり得るのかどうなのかも含めて、今日御議論いただくことは難しいかもしれませんが、引き続き検討することは必要かなと思います。

○大森座長 よろしいですか。

○宮田構成員 はい。

○大森座長 どうぞ。

○東構成員 先ほどの田辺構成員のお話に関連してなのですが、老健施設において脳卒中後の麻痺のリハビリを提供しているときに、大腿骨骨折を起こすようなことは、本当によくあることです。この場合、現実的には何が問題になるかという、例えば脳卒中のリハビリを短期集中リハビリで1か月間実施していて、その期間中に大腿骨骨折を起こし病院に入院になり治療をおこなったけれども、入院中にまた、脳卒中の麻痺が悪くなってしまう、再度脳卒中の麻痺のリハビリを老健施設において短期集中リハビリで継続しようとする場合、最初に脳卒中の麻痺のリハビリを開始してから3か月经っているのに短期集中リハビリが算定できないというケースもあります。ですので、短期集中リハビリの制度設計に当たっては、現場の状況をよく考慮していただきたいということも、恐らく田辺構成員の発言の主旨に含まれているのではないかと思いますので、そこのところを御配慮いただきたいと思います。

また、先ほどの宮田構成員の御意見は最もだと思います。このようなポンチ絵が通所リハビリのみで出されますと、現場の人たちは、では訪問リハビリはどうなるのかと必ず思いますので、これも後日でも結構ですので、ぜひ同じようなわかりやすいポンチ絵を訪問リハビリに関してもし出していただければ現場はありがたいと思います。

○大森座長 宿題が出ているのですが。

○迫井老人保健課長 ありがとうございます。訪問リハビリテーションにつきましても、これは給付費分科会の中で合わせて議論いただくことに当然なろうかと思いますので、その際に、繰り返しになりますが、こういう疾患的な、あるいはニーズ的なモデルということではなしに、マネジメントをどう強化するかということを含めて、しっかりわかりやすい図を提供させていただきたいと思っています。

御指摘ありがとうございました。

○大森座長 ほかに。まだ御発言ない方、どうぞ。

○半田構成員 5ページの計画書の方でちょっと。例えば中ほどの右で心身機能というのがあるのですけれども、今度認知症等々を入れたということで、その中で高次脳機能障害、見当識障害、記憶障害というのが重なるようなところもあって、こういうところの部分的な整理も必要かなと思います。これは今日ここでいうわけではなく、先ほど課長が言われた、本筋はそうだと思うので、部分的な手直しをすることによって、より効率的でより継続性のあるものができるのだったら、時間を頂いて、別のところで整理させていただくようなチャンスを頂くと、もう少し整理できるかなというところが散見されるのですけれども、いかがでしょうか。

○大森座長 様式についてですか。今の5ページのところですか。

○半田構成員 はい。5ページの心身機能のところですよ。その中の小さい文字で見にくいのですが、高次脳機能障害とその下に見当識障害あるいは記憶障害等とずらっと並んでくるのですが、余り専門的になっても仕方がないですが、かなり重なっているということがあるので。

○大森座長 このカテゴリーの整理が必要だということでしょうか。
どうぞ。

○迫井老人保健課長 御指摘の趣旨は、私どもも理解できますので、今回、赤字で追加させていただいたところは今日初見に近いことだと思います。事前に資料を送らせていただいているにせよ、前回以降の話だと思います。それ以外の部分については、既にもう3回目にお示しをしておりますので、これは実際にはこうやって公開の場で御議論いただいておりますし、関係する職業の方とか専門職の方々は基本的には関心を持って御覧になっておりますので、ある程度めどを立ててお示しをして全国に情報を流させていただかないと、五月雨的に変わったり、いつの間にか変わったりということになりますので、私どもとしては、基本的には例えば今からある程度短期間に御意見を頂いた上で最終版として座長と相談の上ということとさせていただきたいと思っています。

ですから、これは1ミリも変えませんというつもりはないのですが、ただ、前回お示しをさせていただいた意見を反映させていただいて、基本的に私どもこれはファイナルだと思ってお示ししていますので、さらにどれぐらいお時間を差し上げればいいのかわかりませんが、例えば向こう1週間ぐらいのめどで御意見いただいたものを反映させていただくということで御了承いただけないかと思っております。

○大森座長 何が問題なのですか。3つ加えましたね。上の高次機能から始まっていて、重複があるということなのですか。

○半田構成員 従来、高次機能障害の中に見当識障害等々も含まれるわけですね。記憶障害も入るわけですね。ですので、同じことが、一番上に高次機能障害があって、さらに見当識障害と記憶障害等々が入ってきているのが言葉として整理がついていないのかなと思ったのです。

○大森座長 その中の内訳みたいな感じになっている。従来、高次機能というのはあったわけですね。それで加えたわけですね。そういえばそういうふうに読めますね。

課長、先に。

○迫井老人保健課長 まず、事実関係として、座長御指摘のとおりです。この赤いのは前回には

なかったものを加えています。ですから、相互排他的になっていないという御指摘だろうと思いますので、極めてテクニカルなお話ですから、ぜひ私どもとしては御意見いただいて、向こう1週間ぐらいをめどに、分科会に提出する際にはある程度形としておきたいので、そういったことも含めて御指摘いただければという趣旨でございます。

○大森座長 今のところですか。どうぞ。

○齊藤正身構成員 恐らく高次脳機能障害というところから多くの症状を含めてのことですから、その中で見当識、記憶、精神行動障害を出してくれたのは、認知症のことでそのところをピックアップするために表に出てきているので、私は多少重なってもいいのではないかと思います。高次脳機能障害はイコール認知症ではないので、もう少し調整は必要かもしれませんが、そのところは多少重なってもいいのかなと思います。

○大森座長 現場に大きな混乱が起これば困るので、もし全体としてそんなに大きな混乱を引き起こさないということであれば変えなくてもいいと、このままでということだと思うのです。これは変えないでいきましょう。そんなに大きな弊害が起こればいいので。

今のことの関連ですか。では、御意見がありそうですのでどうぞ。

○東構成員 この赤字の部分は、前回の会議で私が認知症の機能を入れていただきたいと発言したことで入ったものですので、この3つの赤字の横に、『認知症機能評価』という文言を入れれば、非常にテクニカルな問題なのですけれども、これは認知症の機能の評価だということで、恐らく納得されるのではないかと思います。

○大森座長 では、そういう理解でいきましょう。聞かれたらそういう理解でいくと。

今のこと、どうぞ。

○佐藤構成員 今ごろ言われると困ると言われれば私も言えないかもしれないのですけれども、一言だけ。この心身機能の中の左側の下の2つ、口腔機能障害と摂食嚥下障害。当然重なるわけですね。ただ、重なって悪いとも思えないわけなのですけれども、先ほども発言をした口腔機能向上の部分に関わる話で、口腔機能というのは要するに摂食から嚥下も全てのプロセスを含むという考え方からすると、これを2つに分けるということになれば上の1つは主に咀嚼機能というところに重点的に見る部分を言うのかという理解になるのでしょうか。

○大森座長 一応区別してチェックできるような仕組みになっているのではないですか。素人が見ても適切な区分ではないかと思っているのです。

○迫井老人保健課長 この部分は、既存様式のもの組みかえとか並びかえで記載させていただいておりますので、現場で既にこれで運用されておりますので、そのことを触ることの是非も含めてあらうと思います。私どもといたしましては、現にこうやって運用されておまして、この項目でさせていただいた方がよろしいのではないかなと考えております。

○大森座長 現実には不都合が起こったり、現場が混乱しているということがあれば、この機会にそこは要注意ですけれども、そんなに大きな混乱が起こる、弊害がなければ、これでチェックでいいのではないかな。

どうぞ。

○東内構成員 私も行政ですけれども、現場の人間として、1回目の会議でも暮らしの場とか、生活の場の視点を基本にと言ってみていくと、今みたいな議論になってしまうと幾らでもそんなことが出るので。大切なのは、5ページの一番下に、生活活動状況でADLとかIADLがあって、食事をとるという行為だとか、例えばお掃除という行為がなんでできないのかです。何をできないのかが高次機能障害でできないのかとか、廃用症候群でできないのかという使い方をするわけだから、そういうふうに見ていくと、変な枝葉の各論に入ってしまう、まとまりがつかなくなってしまうので、だから、これを参考に会議をやってまとめるのですよということを基本にしておかないと、いつまでも様式のくだらない議論になってしまうので、会議の運用とか生活の場をきちんと踏まえたということをもう一度認識いただき、議論を頂きたいなと思います。済みません。

○大森座長 私もそう思うのですけれども、だから、これでとりあえずはよろしいと。いろいろ御心配が起こることはよくありますが、これでそんなに大きな弊害が起こると思えないので、これでいきたい。十分御意見伺っていますので、記録にはとどめられていますので。

今のことでしょうか。それ以外でいきましょう。お願いします。どうぞ。

○中村構成員 21ページの機能の見直しのところで、生活行為改善リハビリテーションということは、私の概念でいきますと、脳卒中の認知症モデルも初めからある種そういうことの必要な方は実施していくべきだなというイメージがありまして、例えばそういうことをするときには脳卒中モデルは短期集中のところでやるというような理解でよろしいでしょうか。枠組みとしまして。生活行為改善リハビリテーションというのが生活機能向上のための一番下のモデルの3つ目に一番下に入っていますね。この内容というのは、認知症モデルも脳卒中モデルもこの中に入っているという、私の理解がおかしいのでしょうか。

○大森座長 質問ですね。どうぞ。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございますが、お答えになるかどうかわかりませんが、移行可能という趣旨は、あらかじめ、もちろん脳卒中について、あるいは認知症についてそういうプログラムを3か月やった後で、最終的に地域移行といたしますか、参加を目指したプログラムを実施する場合にこういう報酬体系も連続して算定できることを念頭に置いた制度ですという趣旨です。

ですから、テクニカルというか、現場のサービスのテクニカルというより、報酬上のテクニカルな話としてお話をさせていただくと、そこは現場の選択に委ねられておりまして、最初から生活機能を向上するという趣旨でやっていただくオプションもありますし、それから、認知症のモデルだということで算定要件がもちろんございますけれども、そこを満たした上で3か月やっていただいた上で、その後で社会参加を目指すような内容の生活、これは仮の名前ですが、生活行為改善リハビリテーションという部分をその後移行して使っていただくということも可能です。あくまでそれは現場のオプション、御判断に依拠するべきものだろうという理解です。

○大森座長 オレンジのラインが引いてあるのはそのことではないのですか。21 ページ。

○中村構成員 分けてありましたら、例えば脳卒中モデルで初めから社会適合訓練というのをやる場合もあると思うのです。そういうときにはリハビリテーション基本部分とかというところでやるという解釈でいいのかなという。私が言っていることはわかりますか。

○大森座長 短期集中リハが始まった段階から。

○中村構成員 そうです。メニューにこういうのを入れてやってもいいという。

○大森座長 メニューに入れていくかどうかという御質問。
どうぞ。

○迫井老人保健課長 どういうプログラム、どういう訓練の内容を入れていかれるかというのはあくまで現場の基本的な判断に委ねられておりまして、それは先ほどの御議論の前提として、基本部分にわざわざ括弧書きではございますが、リハビリテーションというのはそもそも現場の御判断でいろんな訓練を組み合わせさせていただくという前提です。報酬を算定するとしたならば、やはり個別的にとか、短期間でと集中されるケースもあるし、認知症に特化されているようなケースもあるので、それは別途報酬上こういうふうに評価していますという後づけといえますか、後から報酬でどう評価するかという目でこれは書いているだけの話でして、最初から一連の中でもともと社会資源とか通所介護も含めてそちらに移行することを前提でやりますというのを何も否定しているわけではございません。

○中村構成員 わかりました。そこだけは確認できればと思います。ありがとうございました。

○大森座長 ありがとうございました。結構です。

ほかの方はよろしいでしょうか。

どうぞ。

○齋藤訓子構成員、 私、今回の提案は、大変いい提案だなと思っておりまして、特に生活行為改善リハビリテーションのところで、終わりを意識するということと、いわゆるサービスに関わる人たちが一堂に会してしっかり目標を決める。そのことに向かって、ある程度メリハリをつけてリハビリをやっていくのだということが明らかに出ていますので、私は非常にこの方向性には賛同しています。

生活行為改善リハビリテーションの提案のところにある程度一定の研修を付加しているということも賛同しております。ただ、一定の研修はどのぐらいになるのかは、これからの議論になると思いますけれども、ある程度終わり意識をしてケアができるという人たちに担っていただきたいと思いますし、リハをされる側からしても非常に安心につながると考えておりますので、私は出された案につきましては賛成をいたします。

○大森座長 ありがとうございます。

それでは、資料3にいきましょうか。

もう一つありますか。では、もう一つ。

○斉藤正身構成員 まず、書類が増えたという話もありましたが、今までは割に自分たちで工夫した書類を使っているということがあったのですが、その都度効果判定がどうだとかというときに、改めて初めに皆が同じ書類でやっていくということは賛成です。多少の工夫は必要でしょうが、この書類に関してはうまくやっていければいいと思います。

2つ目は、18 ページ「改善」と言葉が変わりましたが、私の立場でいうと改善という言葉は非常につらくて、今までずっとなぜ改善するのかしないのかと通所は言われ続けて、状態が安定している方にこれ以上何の改善を求めるか。何かというと、きっと身体的な改善というイメージがどうしてもつきまとうので、それなら私は前の「向上」の方がいいと思います。前向きな気持ちにもなるので、これはぜひ考えていただければと思います。

3つ目は、21 ページの先ほどの中村さんのお話にもつながりますが、これはモデルの話なので、きっと脳卒中のモデルの人でも、始めるときにもう生活行為、私は向上だと思いますが、そのリハをやっていくというのは全然問題ないことだろうと思いますし、今まで通所リハに丸投げされて短期集中をとらなければいけないというような話でやってきたのが、今回の機能の見直し後でいえば、皆でどういうリハビリをやったらいだろうかというプロセスを踏むような形になったので、私はよかったのではないかと考えています。脳卒中モデルだから短期集中をと

らなければいけないという固定概念は捨てて、その方の状況、もしかすると回復期リハでもある程度脳卒中のリハビリは終了しているケースもありますから、それこそ、そのところでケアマネも含めて話し合いをしていくというのが筋だろうと思うので、非常に評価をしています。

○大森座長 これは重要なところで、今の 21 ページのところは、モデルは生活行為の向上になっている。18 ページの方は生活行為の改善。向上と改善では言葉のイメージは違うのですけれども、これはどうして改善になったのか。

どうぞ。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

まず内容的には、既に現場でいろんな取組をされていると私どもでは理解しておりまして、さまざまな取り組みで制度化をされているわけではないのですが、さまざまな取組で通常行われているプログラムでございますとか、研修もそうですが、そういったときに、一番最初に提案した名称としては向上という言葉を使って提案させていただきましたが、どちらかというと、そういう既存のプログラムを指すようなインプレッションがあったのかどうなのかということも含めて、名前については再考してみてもどうかという御意見もありましたので、事務局で検討しましたがけれども、改善という言葉かなということで御提案をさせていただきましたが、かえってそれがリハビリテーション、確かに微妙な話にも関連をいたしますので、事務局は全くこだわりはないと言ったら変ですが、むしろ重要なのは名は体をあらわすということでございますので、むしろこの構成員あるいはこの場の御議論に事務局としては従いたいと考えております。

○大森座長 専門職の方々、この表現ではどうでしょうか。

○中村構成員 私は向上の方が方向性を示すというところでもいいのだと思います。

○大森座長 なるほど。

○東内構成員 私は専門職ではないですが、和光市も生活行為向上で、プランの中に括弧で改善と維持と悪化と書いてあって、でも、悪化の人にも改善可能性のケアを入れるから維持なわけですね。だから、私は向上という表現でやっていった方がいいのではないですかと思います。

○大森座長 では、向上に変えましょう。これで改善で維持するということになると、改善が向上よりもいいということを言わなければいけないので。事務当局としてはそんなにこだわっておられないだろうから、一応しかし改善と出ているので、私は改善でそんなに違和感がなかったのですけれども、皆さん方が向上の方がと。

○斉藤正身構成員 向上だと、意欲が向上もあるのでいいことだと思うのです。意欲改善とは言わないので。身体的なレベルは変わらないのだけれども、気持ちはとても前向きになっていっているよというのはとてもよい評価だと思うのです。

○大森座長 この場で「改善」を「向上」に変えられますか。大丈夫ですか。

○迫井老人保健課長 もちろんでございます。

○大森座長 では、変えましょう。その方が皆さん方の合意が得られるのならその方がよろしいと思いますので、よろしゅうございましょうか。御反対がなければそうさせていただくことになるのです。座長はやり過ぎでしょうか。余りこういう場で即決してはいけないのですけれども、向上の方が今の意欲のこともあるから、行為の前提になっている意欲も向上するということだから、向上の方が現場は混乱がないし頑張れるということになれば向上でいいということにいたしましょうか。よろしいですか。

即決しているのですが、いいですか。ここで全部決めるのではなくて、向上という言葉に変えるということをお考えくださいとしましょうか。そういう意見が強く出たので、向上に変えることを検討してはどうですかと。

○迫井老人保健課長 一応明確にさせていただきたいのですが、これは分科会に資料2-2、体裁は修正するとして、基本的にこちらの御意見として出させていただきましたので、出させていただきます段階で向上とさせていただいてよろしいという理解でよろしいでしょうか。

○大森座長 よろしいでしょうか。では、そうさせていただきます。

ほかに御意見あれば。資料3にいきたいのですけれども、その前にありますか。
どうぞ。

○塩澤構成員 資料の18ページ目、19ページ目のところになりますけれども、様式のところの話なのですが、19ページ目の実施計画書の記載事項が通所頻度、期間といったところが2つの項目に分かれているかと思うのですけれども、これは例えば左側は最初の3か月間の通所訓練期のイメージの記載で、右側がこの社会適用訓練期というようなイメージなのでしょう。

○迫井老人保健課長 その通りでございます。

○塩澤構成員 ということは、最大限で一応6か月間を限度としてというような形になりますけれども、当初計画を練っていく段階で6か月間も先を見越した上で最初から計画書を作成するようなイメージでよろしいということでしょうか。

○大森座長 どうぞ。

○迫井老人保健課長 基本的にはそのように長期的な、6か月が長期かどうかという日本語の表現は別としまして、最終的なゴールを念頭に置いていただいて、目安として最大6か月というのはそういう趣旨ですけれども、長期的な計画をつくっていただくという趣旨でございます。

○塩澤構成員 わかりました。ありがとうございます。

そうすると、ここの理解、わかりやすさ的なところでいうと、当初の3か月間の通所訓練期ということと、社会適用訓練期というような項目出しをしていただいた方が全体的にこの計画書の方方向性といったところがぱっと見た目にもすごく共有はしやすくなるかなと思います。

以上となります。

○大森座長 通所頻度と同じような表現になっているので、ここのこの欄とこちらの欄はそういう趣旨ですということがどこかで表記として出てきた方がわかりやすいと。わかりやすいことはわかりやすくした方がいいです。そのとおりだと思います。

ほかにどうぞ。

○鷺見構成員 何度も同じようなことを申し上げるようで申しわけないのですが、様式Dのサービス担当者会議録、この括弧を外すということは可能でしょうか。やはり書き手によって違うと思いますので、もしできましたらここは丸をつける形式、または括弧を外す、またはこれをなくするという形を御検討いただければと思います。

○大森座長 もう一度言ってください。様式Dのどこを直すのですか。

○鷺見構成員 書式の「リハビリテーションカンファレンス記録（サービス担当者会議録）」と括弧がついているのですが、この括弧を外す、またはサービス担当者会議録というところを削除してしまうということは可能でしょうか。多分これが非常に混乱する原因になると思うのです。

○大森座長 7ページを受けているのですね。

どうぞ。

○迫井老人保健課長 私どもの先ほどの御説明を踏まえて御指摘いただいておりますので、もし括弧をとるということであれば、まことに簡単に対応できますし、我々の趣旨と合致していると思います。ですから、できれば括弧をとるといっていかかかと思ひます。もしこれを消してしまいますと、共有できるというメッセージになりませんので、またばらばらの書類をつくっ

てばばらに積み上がるということではできれば避けたいということでございます。

○大森座長 当様式のねらいと書いてある。このままでよろしいのではないですか。そんなに誤解は起こりますか。当様式のねらいとちゃんと書いてある。混乱が起こらないように書いてあると思って私は理解しているのです。うんとこだわっていますか。

○鷺見構成員 うんとこだわっています。

○大森座長 課長、どうぞ。

○迫井老人保健課長 座長、お言葉ではございますが、やはり一番要となるケアマネ協会の御指摘でもございますので、括弧をとって、それからしっかり記載をさせていただくという解決方法で、事務局としてはいかがかと思います。

○大森座長 では、そうしましょうか。よろしゅうございましょうか。

ほかに。資料3の方にいきたいのですけれども、時間が切迫していますので。

では、先生、よろしくお願いします。

○鈴木構成員 何点か意見と確認をさせていただきたいと思います。

1つは、資料3の1ページ目の「1. 通所リハビリテーションの機能」の2つ目の○ですが、そこでは通所介護におけるリハビリテーション（機能訓練）のあり方についても議論していただきたいと言っておりますので、いずれその議論が行われることと理解しております。今回は時間の関係もあり、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーション、特に通所リハビリテーションを重点的に議論したと思いますが、例えば21ページとか18ページの図を見ますと、右下の参加のところに通所介護とありますけれども、これでは通所介護の役割は参加だけというイメージにも捉えかねられませんので、そうではないということを確認させていただきたい、それは今後議論することだということを確認させていただきたいと思います。

もう2つあります。一つは、例えば「5. 市町村の役割」のところでございます。今後生活期のリハビリテーションを普及、推進していくためには、地域リハビリテーション広域支援センターという既存組織もあるのですが、それは設置されていない県もございますので、その他専門職のいるリハビリを提供している医療機関でもいいと思うのですが、そういったところと連携して地域包括支援センターにリハビリ専門職が兼務で入るような仕組みも必要ではないかと考えております。

もう一つは、2ポツになるのか、7ポツに入るのかわかりませんが、今後、高齢者の自立した生活を考えますと、生活支援サービス事業者やNPOなどのインフォーマルなサービスが増加していくと予想されます。しかし、今度は生活支援が過剰に入り過ぎると、高齢者本人の役割や生

きがいを失わせる可能性もあると思われますので、リハビリテーションの理念からはインフォーマルなサービスへも目を向ける必要があると考えます。そのためには、地域の医療機関や介護施設とそうした社会資源が協議をする場を考える必要もあると思いますので、そういった議論もお願いしたいと思います。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○東構成員 冒頭で大森座長が認知症のサミットが開催されていることをお話しされておりました。そのサミットの席上、塩崎厚生労働大臣も認知症を今後最重要課題に考えていくという表明もされておられました。私ども老健施設においては、認知症短期集中リハビリを創設した関係上、それを頑張って実施しておりますが、認知症の短期集中リハビリだけを提供しているわけではございません。もちろん身体のリハビリも提供しておりますし、医療もケアも看護も提供しておりますが、そのどの場においても認知症を念頭に置かずに提供できるものではございません。

しかも、入所者の約8割が認知症を合併しているというデータもございますので、今後は医療機関、また在宅の場においても、認知症を念頭に置いた上で、医療、リハビリの提供が絶対的に必要になると考えております。前回のこの会議でも発言し、今回アセスメントのところに認知症の評価項目を入れていただいたことは、本当にありがたいと思っておりますが、資料3「今後更に議論すべき課題に関する意見」におきましても、何か一言でもよいので、今後リハビリにおいても、認知症を念頭に置いたリハビリが重要となるということを明記していただきたいと強く要望したいと思います。よろしくお願いいたします。

○大森座長 ありがとうございます。

ほかの方、どうぞ。

今のことに悪乗りしていいでしょうか。私はかねがねの主張で、厚労省の中の老健局の中の組織の編成について希望があって、当初介護保険制度をつくったときには、名前が認知症に変わった時期ですので、しかし、その後を見ると、どう見ても厚労省の組織の名称、室ではなくて課の名称の中に認知症が入るべきなのです。そういうことを含めて国が認知症について真っ向から対応しているということを示すべきだということを私は昔から言っているのですけれども、なかなかそうなりませんので、悪乗りさせていただいて、そういうことも検討したらどうか。認知症対策というのはそのぐらいの話ではないかと。たまたま室が置ければいいという話ではないというのが私の従来の説なものですから、この場をかりて何か一言言っておきたい。それを加えろとは言いませんけれども、認知症全体のことを考える上でそのことは重要なのではないかと。国の方の組織体制もちゃんと整備すべきだと思っているのです。余計なことなのですからけれどもね。ほかに何か検討すべき事項はございますか。

どうぞ。

○水間構成員 この資料3の医療と介護の連携の2番目のところ、これは私も何回か発言したことなのですが、これが先ほど言いました医師の役割としてもう少し認識をして、医師がいろいろなサービスに対しての患者さんへの説明、同意というところでも関われるだろう、むしろ関わっていかなければいけないだろうということです。先ほどの図ですと、事業所の中で全てを行うというようにとれてしまうのですが、これは例えば回復期リハのドクターがそういう役割を担うとか中核病院のリハの担当医師が担うということでもいいと思います。そういう中で医師の担い手が増えてくるとも考えておりますので、この辺の連携と環境の整備というのは、そういう視点でやっていくということがいいのかなと感じております。

もう一つ、その上の地域のリハのサービスの拠点というのも、こういうところにもリハの専門職、専門性を持った医師が参加でき中心になってやるということも意義があると思っております。

○大森座長 ありがとうございます。

ほぼよろしゅうございますでしょうか。必ず12時までやる必要はないのです。早く終わっても。

どうぞ。

○斉藤正身構成員

1番の通所リハの機能の書かれている4つの○は、確かに私もそのとおりだと思いましたが、発言もしてきたことでございますが、言葉尻をとらえて申しわけないのですが、2番目の「通所介護におけるリハビリテーション（機能訓練）の在り方」という書き方がどうなのか。通所介護における機能訓練の在り方について議論していただきたいならわかるのですが、ここでリハビリテーションと言ってしまうていいのでしょうか。これは課長さんにお伺いします。

○迫井老人保健課長 これは引用でございまして、御発言の内容は、通所介護におけるリハビリテーションの在り方でした。私どもとしては、逆に斉藤正身構成員の問題意識を持っておりまして、通所介護では機能訓練を指すのかなということで補足的に書かせていただいております。繰り返しになりますが、もともとの御発言は通所介護におけるリハビリテーションという表現を用いられておりました。

○大森座長 御発言者の言葉をできるだけ忠実にあらわした。

先生、どうぞ。

○鈴木構成員 私が発言したと思いますけれども、これで結構でございます。なんで機能訓練と

リハビリテーションを書き分けているのか私には理解できませんので、ぜひ通所介護におけるリハビリテーションのあり方も検討していただきたいという趣旨で、リハビリテーションを広義に捉えて発言させていただきました。

○大森座長 正身先生、いいですか。

○斉藤正身構成員 通所介護とはという中身には、法律上はリハビリテーションという言葉が確か入っていないのです。機能訓練という言葉で入っているものですから、それをリハビリと言っているはいけないよと言っているのではなくて、通所介護における機能訓練のことも一緒に今回は考えていこうという趣旨と私は捉えています。

○大森座長 鈴木先生、どうぞ。

○鈴木構成員 私はこれで結構だと思います。私が発言したものをそのまま書いた意見ですから、そのように書いてあるわけですので、私はこれでよろしいと思います。

○大森座長 では、改めてどうするか。要するに通所介護における機能訓練ですから、それを広くリハビリテーションという大きなカテゴリーで捉えたらどうかということを論点として出しているという御趣旨だと理解していいのではないのでしょうか。そういうふうに理解すると。

ほかの方。堀田さん、どうぞ。

○堀田構成員 いずれも強い意見ではないという感じなのですが、幾つかありまして、1つ目は、2番目の地域におけるリハビリテーションサービスの拠点というもののなのですが、それぞれリハはリハで拠点ができて、それぞれ拠点ができてしまうと困るなという思いもありまして、総合的な健康をサポートする拠点のようなものの中にリハビリが入っている、あるいは既存の通所リハであったりとか、リハの専門職がいるところにそういった役割を担うことが期待されるというのはいいのですけれども、新たにリハだけの拠点を作るといように読まれないような形の工夫があってほしいなと期待します。でも、今から最後にそんなことは無理ということであれば結構です。

○大森座長 そんなことはないです。御意見で、これから決定します。

○堀田構成員 あと3番目で、これは多分単なる言葉のことだと思うのですが、1つ目の○なのですから、変わるときに一堂に会してというところの後に利用者・家族へのリハに対する意識づけやというところがあるのですけれども、この一堂に会するところにも本人・家族というのがここに含まれているということが読めるように入れていただけるとありがたいと思います。

もちろんなくてやるというパターンもあるのだと思いますけれども、しかし、先ほどの様式の中でもせっかく織り込まれたところでもありますので、この本人家族が入っているということを加えていただけるとありがたいと思います。

2 ページ目の 6 番と 7 番の最後のところにかかるとは思いますが、今、専門職の質の向上に係る者が、リハの専門職についてということで 6 ポツで上がっていますが、7 ポツの 2 つ目のところを見ると、医療、介護や行政関係者というのが出てきまして、1 つの案としては、6 番のところで専門職の質向上としていただいて、それで前半にリハビリテーションの専門職のということについて書いていただいて、最後の 6 の 3 つ目にケアマネだけではなくて何とかと書いてありますけれども、医師とか介護職とか、ほかの職種も共通でリハビリに対しての考え方を学んでおく必要があって、それも専門職の質の向上というところの中に含まれると思いますので、リハの専門職の質向上とタイトルをせずに、専門職の質向上とやって、リハビリの専門職に対する期待と、それから、ほかの専門職も共通で持っていなければいけないリハビリに対する考え方の共有というものをほかの専門職にも埋め込んでいくということも、そちらに入れていただいた方がいいのではないかと思います。

そうすると、多分 7 ポツの 2 つ目がやや変わってくるのではないかと思いますのですが、これは運動することイコールリハビリという考え方はリハビリテーションと少し違うのではなくて大分違うと思うので、これはこれでいいのかしらというのを確認だけです。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

大事なことを御指摘ですね。

○迫井老人保健課長 皆さん多分同じことを思っておられると思いますが、これは皆さん合意文書のテキストではございませんで、委員がおっしゃったことをまずは列記をさせていただいて、報告書の作成に向けた素材として活用させていただきたいという趣旨でございますので。

○大森座長 今の御意見が出たからつけ加わると。

○迫井老人保健課長 はい。今後全体をまとめる際にそういったことを踏まえてさせていただければと思っております。

○大森座長 どうぞ。

○齋藤訓子構成員 今の堀田構成員の御指摘の多分 3 番目の医療と介護の連携の○の 1 つ目は多分私が発言したものだと思っているのですが、これはもちろんカンファレンスには当然利用者・家族、参加は当然でございますので、そういうふうに書いていただけるといいなと思ってお

ります。

リハの拠点の件ですが、私も堀田構成員と同じ感想を抱いておりまして、やはり暮らしを支援していくサービスが今介護保険の中で非常に単発的で細切れでという状況なので、できるのであれば統合していく方向の方が非常にわかりやすくありがたいなと私は考えています。ですので、既存のあるサービスの中にリハビリのことをきちんと入れていって提供ができるという体制を本来は目指すべきだろうと思っております。

以上です。

○大森座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○半田構成員 6番のリハビリテーション専門職の質の向上というところで3項目挙げていただいてありがたく思っているのですけれども、いずれにしても職能団体が最大の責任を果たすべきということは理解しているのですけれども、ただ、どうしてもこれをやろうとすると、医師を含めた多くの団体の方々の協力あるいは行政の協力がなくなかなか進まないという実態がありますので、ぜひ今後ともこの目的についてはこういう課題があっただけではなくて、今後もぜひこの解決の方向で、チームで考えていただくと非常にありがたいと思いますので、よろしくお願いします。

○大森座長 どうぞ。

○齋藤訓子構成員 取り扱いの質問ですが、これは冒頭中間取りまとめだと座長が言ったと記憶しているのですが、つまり、この検討会を閉じないで、今後さらに議論すべきことを出して、ゆくゆくはちゃんと検討するのだということの理解でよろしいでしょうか。

○大森座長 どうぞ。

○迫井老人保健課長 老人保健課長でございます。

これは次の今後の進め方のところで御説明をしようと考えておりましたけれども、もうお話も出ましたので。御指摘のとおり今回短期集中でお願いをいたしまして本当にありがたい成果をいただけたと思っております。一方で、最後の紙にもございますとおり、さまざまな課題が関連して指摘を受けております。ですから、一旦はその課題をまとめた上で、これを今後どう次の検討に結びつけていくのかというのは、少し私どもの方で受けとめさせていただきたいという趣旨で中間取りまとめの報告書ということでございます。

ですから、検討会を継続して開催するということになってまいりますと、それなりの予算措置も必要でございますので、今しばらくそこは私ども内部の方で検討課題として受けとめさせて

いただきまして、その前提として課題の整理だけはしっかりさせていただけないかなという趣旨でございます。

ですから、現時点で次、取りまとめの検討会、この5回目は座長、まことに申しわけございませんが4回とお願いしましたが、エクストラでもう一回取りまとめの会議は開催させていただきたいと考えておりますが、それ以降、まとめたものをさらにどう行政的に活用させていただくかについては、今しばらく中の方で検討させていただけないかという趣旨でございます。

○大森座長 私もそれで了解です。4回で終わるからと言われたので引き受けているので、これが中間だから最終報告に向かってまた議論するなどという話は全く了解していません。ですから、今回はこれで一応もう一回今日の論点についてももう少し膨らませた形で文章をつくって全体として、それで今回は終わると。改めてもしおやりになるのだったらまた立ち上げるということの御了解ではないかと私自身は思っているのです。

それでよろしいでしょうか。

○齋藤訓子構成員 はい。

4. 閉 会

○大森座長 それでは、以上で本日は終わりにいたしますけれども、皆さん、よろしゅうございましょうか。短い時間でとりあえず給付費分科会に間に合うような形になっていますので、皆さん方の御熱心な御議論でとりあえず取りまとめの方向が出ましたので、感謝申し上げたいと思います。ありがとうございました。

○迫井老人保健課長 ありがとうございました。

(了)