

## 【 第5回訪問リハビリテーション地域リーダー会議 報告書 】

1. 主催：全国訪問リハビリテーション振興会
2. 開催日：平成26年5月16日（金）～17日（土）
3. 会場：タイム24ビル （東京都江東区青海2-4-32）
4. 出席者：  
岐阜県理学療法士会 北村 弘幸（船戸クリニック 在宅リハビリセンター天音の里）  
岐阜県作業療法士会 白井 美穂（訪問看護ステーション ハーブ）  
岐阜県言語聴覚士会 倉知 雅史（総合ケアセンター サンビレッジ）
5. 本会議の位置づけ  
国は地域包括ケアシステムの稼働に向けて準備を進めている。そのため、療法士がその中で何をすべきか明確にしておくことが重要である。訪問リハフォーラム2014もその一環であるが、出来る限り情報を共有し、我々が一枚岩になって望ましい訪問リハの実現に向けて行動していただくための会議である

### ○ 第5回訪問リハビリテーション地域リーダー会議概要

訪問リハビリテーション振興委員会より、これまでの活動報告や今後の方向性が具体的に示されました。特に、人材育成ガイドラインが配布され、今後の教育体系が示されました。私たちが担当する実務者研修会の取り扱いについても指導がありました。今回の大きなテーマは以下の5点です。

1. 訪問リハビリテーション地域リーダー会議の目的および一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団について
2. 地域包括ケア構築に向けた内容
3. 全国訪問リハビリテーション振興委員会の各班からの報告や提言
4. 新教育体系について、シラバスの導入について
5. グループワーク「地域包括ケアシステムに向けて何ができるのか、これから何をすべきか？」

また、本会議の終了時に愛知・三重・岐阜の参加者で、次回の実務者研修会について話し合いましたので、先に報告します。

### 実務者研修（H26年度）

- ① 各県士会で「連携」をテーマとした研修会
  - ・H26.12.7（日）を予定
  - ・1部の内容は、各県でシラバスの内容から選ぶ。
- ② 3（or4）県合同で「医学的リスク管理」をテーマとした研修会
  - ・H27.1 開催予定
  - ・愛知県の会場にて

\*本年度から、静岡県も合同開催に加わるかは、振興委員会からのブロック化の開始時期の指示待ち。

## 1. 訪問リハビリテーション地域リーダー会議の目的および一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団について

（松井一人氏）

- ・訪問リハビリステーション制度化に向けて、「質の担保」、「事業所・従事者数の担保」、「コンプライアンスの担保」の3つの課題があり、課題遂行のため、多様な形で多様なニーズに応えるため、教育体系を振興会で作成した。教育体系については、4で報告する。
- ・今後の展望として、H26年に復興特区の3事業所での成功モデルの樹立を行い、H27年以降の訪問リハビリステーションや地域自立支援センターの制度化に向けて活動していくとのこと。

（土井勝幸氏）

- ・地域包括ケアシステムにおける「生活圏」は日本に11,000ヶ所あるが、定期巡回・随時対応の普及は411ヶ所に留まっている。そのため、国は老健の活用も視野に入れ検討しているとのこと。老健からの訪問リハビリテーションは、指示書の問題がクリアになれば、やりたいと考える施設が多いため、一気に増えていくと予想されるとのこと。また、老健から在宅への復帰率もあがってきており、今後の老健の動向に注目していきたいとのこと。
- ・また、訪問看護ステーションは、年間250事業所が閉鎖しており、国としては、セラピストの経営能力も気にしている。看護協会では、経営できる看護師の育成に力を入れだしたとのこと。

## 2. 地域包括ケア構築に向けた内容

- 地域包括ケア構築に向けた国の施策動向と課題  
～退院支援の機能強化に着目して～（川越雅弘氏）
  
- 地域包括ケアシステムに求められるセラピストの役割（逢阪伸子氏）
  - ✓ 我々の動向は人口に影響を受ける。人口の伸び率の推移において、**85歳以上の年齢階級が爆発的に増えていくことが予想される**。2040年では、今の**2.71倍**となる。最多は埼玉の**3.81倍**、最小は山形の**1.94倍**。つまり、地域毎で課題が全然違う。国は枠組みを作るが、詳細は地域で決めていくことになる。
  - ✓ 更に85歳以上の年齢階級は、2011年時点において、総人口の**3%しかいない**にも関わらず**入院率が22.1%**と非常に多いうえ、2035年まで増え続ける。そのため、ベッドの回転率を上げる必要性から在院日数の減少が必然となる。
    - ➡退院支援の機能強化や医療と介護の連携強化が必要。
    - 退院させる、ではなく、適切に在宅生活に移行させることが重要。
  - ✓ 効果的な在宅復帰の促進として、急性期病床において、H26～自宅等退院患者割合の導入を図り、7:1看護における自宅退院割合を**75%**とした。また、退院調整加算や地域連携加算、ADL維持向上等体制加算を導入し、病院側の誘導を図った。回復期病床においても、入院時訪問指導加算を導入された。
    - ➡病院側も退院後の生活をイメージする必要性がでてきた。
    - 最終目標は自宅での生活行為を高めること。
  - ✓ マネジメントの機能強化のため、チームでの「課題認識」が大切。CMの**70%**は福祉系で予後予測が苦手。また、CMは自分のやり方に助言がもらえない。
    - ➡リハ職がしっかり**アセスメント**を行い、課題共有し今後の方向性を作り、ゴールの決定と役割分担につなげる。
    - ➡ケアプランへのアプローチもリハ職から行うべき。**課題アセスメント能力（分析・評価）と、今後の生活状態（予後予測）**が大切になる。
    - ➡地域ケア会議で共に議論するよう働きかけましょう。地域ケア個別会議＝事例検討。生活を見た上で良いアドバイスができるかがポイント。行政スタッフの参加もあり、互いの力量が判る＝アピールになる。
  - ✓ 退院時、CMの患者情報入手先は「症状・病状」「ADL」とも**看護師**からが多い。また、急性期病床の患者のうち**66.6%**が自宅退院している今、在院日数が少なく、退院前訪問指導が行いにくい。退院前カンファもPTOTの参加が少なく、看護師が中心。廃用のリスクを考えることができるのか？

- ✓ 退院後、ケアプランへのサービス導入時の訪問リハ利用率は 4.2%と極めて低い。また、軽度者へのリハ提供は 30%に過ぎず、重度者への看護提供が少ない。
  - ➡カンファに声が掛かるよう行動すべき。円滑な継続を一緒に考える。報告のみでは呼ばれない。地域ケア会議に出席すべき。自立支援こそ、医師や歯科医等でなくセラピストが担当したい。
- ✓ ケアマネジメントの現状として、「自宅で入浴できない→デイで入浴」というプランが多い。
  - ➡なぜ出来ないかを考えること。家で出来なくなる。デイのみになる。出来ない理由や課題を分析し、自立支援を行うこと。CM にリハ職＝生活行為を高める人という認識をつけさせる。
- ✓ 社会資源や環境への働きかけも重要。住環境調整で自立支援の向上を図る他にも、少し弱っている位の人でも参加できる社会資源を作れると良い。通所＝社会参加ではない。

### 3. 振興委員会の各班からの報告や提言

#### ○ ブロック制導入について

各都道府県から意見や問題点を汲み上げるシステム構築ならびに、近隣都道府県間での協力体制の構築等を図りたい。特に、訪問リハビリテーション実務者研修会への参加者減少への対策としてはどうかと提案あり。

- ➡全国を 11 ブロック、更にその中で 6 エリアに分割し、それぞれブロック長、エリア長を選出。エリア代表は Web 会議を適宜開催する。
- ➡参加者の反応は賛否両論あり、結論がでなかった。

#### ○ 制度化班より（二神雅一氏）

老企 36 号の文面に対する提言

#### 4（4）理学療法士等の訪問について：

「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この項において「理学療法士等」という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）の規定に関わらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成 9 年法律第 132 号）第 42 条第 1 項）に限る。」

- ➡上記について、訪問看護ステーションからのリハビリテーションには加算が一部つかないケースあり。かつ、進んでリハの提供を求めることができない。
- ➡介護保険第4条「利用者様の選択」と矛盾が生じる。



※紀州リハビリケア訪問看護ステーション寺本氏より：

和歌山県では、診療所等からの訪問リハビリテーションを優先させるよう行政からケアマネに通達があった。実際に、呼吸リハ目的の利用者様が訪問看護のPTを希望するが、訪問リハビリテーション事業所が優先されてしまい、利用者様も立腹された。

- ➡訪問看護PTが中心となり、各団体（POS3協会、ケアマネ協会、訪問看護連絡協議会）の強力も得て、行政と交渉し、認めてもらった。

実際に訪問リハと訪問看護リハの違いを調査したが、「安全なサービス」「緊急時の対応」「書類や連携」「利用者様の状態」「プログラム」において優位な差は認められなかった。

- ➡訪問看護リハの位置づけを明確にし、制度化につなげたい。
- ➡具体的には、一定の基準をみれば、訪問看護リハは訪問リハと見なしてよいといった内容の提言をしたい。

※ただし、訪問看護リハが訪問リハに見なされると、医療保険適応の利用者様が介護保険適応となってしまうケースが出てくるので、そこへの配慮が必要と考えているとのこと。

#### ○ 組織化班より（阿部勉氏）

- 訪問リハの啓発活動を行っており、フォーラムの企画やHPでの情報提供を行っている。フォーラムについては年2回の実施を考えている。情報提供も行っているため、HPから印刷し事業所での所有をお願いしたい。
- 実務者研修会について：  
44土会で実施されている。参加者は前年度比較で、「増えた」が約半数、「変わらない」「減った」がそれぞれ約25%を占めていた。  
内容としては、リスクと連携の2つが主であった。リスクについては、フィジカルアセスメント、救命、吸引、呼吸、嚥下、服薬等の内容が含まれ、実技が好評であった。参加者確保のため、行政職員の活用、福祉用具の展示、アドバンスコースの設定等といった工夫をしている地域もあった。

#### ○ 調査班より（塩中雅博氏）

- ・ 震災特区の訪問リハビリステーションの成果について  
ステーションは常勤リハスタッフ 2.5 人で、170~200 件/月が達成できれば単月で黒字と見なせる。訪問リハビリステーションでは、4~5ヶ月後に達成した。一方、看護中心の事業所では、達成するのに 12ヶ月掛かっていた。
  - ・ コメディカルが起業した事業所のうち、年間約 250 事業所が廃業となっている実態がある。国も気にしている。看護協会では、「経営できる看護師を育てる」課題を作り、教育プログラムに落とし込み始めた。
  - ・ 訪問リハビリテーションと訪問看護リハからの PT 等の訪問の供給実態についての調査も行った。各協会の HP を参照されたい。
- ※ 共同利用型（単独型）訪問リハビリステーションに一番近い業務形態は訪問看護ステーションであるため、経営状況の比較対象とした。

#### 4. 新教育体系とシラバスの導入について（研修班 露木昭彰氏）

- ・ 訪問リハビリ業務に携わるスタッフ向けに、「訪問リハビリテーション従事者のための人材育成ガイドライン」を作成した。
- ・ 研修体系やカリキュラムフレームを載せ、シラバスとした。  
➡ガイドラインを頂いたので、詳細はガイドラインをご参照ください。
- ・ ポイント 1  
研修体系は H26 年度から実施とし、今後は実務者研修会の受講なしには管理者養成研修会 STEP1 に参加できなくなる。  
ただし、H26 年のみ実務者研修会を受講していない者でも管理者養成への参加を認めるが、希望者多数の場合は、実務者研修会受講者を優先する。
- ・ ポイント 2  
実務者研修会は、シラバスの内容を参照し、各県士会で実施。訪問リハの経験年数によって「初任者研修」と「現任者研修」に分けても良いし、一体的に開催しても良い。受講生の確保もしっかり念頭においてほしい。管理者養成研修会参加のための、実務者研修会の受講は 10 時間以上とする。
- ・ ポイント 3  
実務者研修会参加者には受講証を発行。受講番号はガイドライン 63 ページ参照。

研修会の履修に関する緩和対応として、履修確認票の原本を載せた（73 ページ）。遅刻や早退、一部受講者への対応として各県地域リーダーでの判断で運用とする。ただし、方向性としては、全県で緩和対応をとる方向で統一できるのが理想。受講番号は各県地域リーダーがしっかり管理し、振興会にまとめて報告をする。

## 5. グループワーク「地域包括ケアシステムに向けて何ができるのか、これから何をすべきか？」

次の3テーマから1つ指定されたものについてグループワークを実施。さらに、そのテーマについて以下の2通りの立場で考えた。

① 実務者研修会参加者の立場として ② 地域リーダーの立場として

- A) 病院のセラピストとの連携（地域生活移行支援における連携像）
- B) 軽度者へのリハ対応（介護予防に関するリハ対応のあるべき像）
- C) 地域での他職種連携について（地域ケア会議で求められるセラピスト像）

### 1、病院セラピストの地域リハへの関わりとして

新人研修プログラムへの地域リハのボリュームアップ

地域リハ実施施設への見学研修（研修受け入れ先一覧を作り促す）

病院セラピスト向けの訪問リハビリテーション初任者研修の開催

### 2、軽度者へのリハ対応

現在、行政としてもセラピストへの予防事業の委託をしたいと考えてはいるが、具体的にお願ひできる先がわかりづらい様子。

自治体（市区町村レベル）ごとのセラピストの団体があると連携が取りやすい

例) 新潟県釜石市は、釜石市内の PT・OT・ST で、釜石市リハ士会（釜石市医師会等と同じ位置づけ）なる組織を作り、行政にアプローチしているとのこと。

### 3、地域ケア推進会議への参加

行政としては、セラピストの参加は期待しているが、有償での参加席数には限りがある。無償でオブザーバーとして参加することを提案することは、有意義である。そこで、適切な意見が出せれば、行政職員にも好印象となり、その後の参加のきっかけになるのではないかと。

※ 愛知、岐阜は A) を、三重は B) を指定。

※ A)~C) についての回答例はデータで頂く予定です。