

宮城県リハビリテーション協議会
平成19年度第1回 人材育成検討部会 会議録

平成19年12月25日(火)
午後1時30分から午後3時30分
県庁7階 保健福祉部会議室

1 出席等

・委員

出江委員, 大黒委員, 望月委員, 大場委員, 小湊委員 雫石委員 塚野委員 久力委員
(欠席) 土井委員

・県側出席者

(事務局:健康推進課) 西條副参事兼課長補佐(総括担当), 横山技術補佐(総括担当)
石田主幹(リハビリテーション推進班長), 村上主任主査, 下田主査

2 あいさつ 西條副参事兼課長補佐

本日は年末のお忙しいところ御出席いただきまして, ありがとうございます。

また, このたびは委員の就任につきまして, 快くお引き受けいただきまして, 感謝申し上げます。この場をお借りしまして, 御礼を申し上げます。

さて, 今回は, 第1回目の人材育成検討部会ですので, その開催理由を若干御説明申し上げます。まず, 皆様御案内のように, 本県のリハビリテーションを取り巻く状況を見ますと, 大変多くの課題を抱えております。

一例を挙げますと, 回復期リハビリテーション病棟が少ないことや, 訪問リハを行う事業所が少ないこと, また, リハビリテーションに係るサービスが仙台圏に集中しているといった地域偏在の問題など, 実に多くの課題が山積してございます。

こうした中で, 県としましても, リハビリテーション医療体制の整備や, 訪問リハの充実など, 種々の施策を進めてきておるところではありますが, ここでも, 病院や施設などのリハ専門職の少数配置の問題であるとか, あるいは, 勤務しているリハ専門職が, 比較的, 若い人たちが中心で, 豊富な実務経験者が少ないなど, 人材育成の課題解決が急務となっております。

このような課題解決に向けては, これまでも, 県として, 専門研修等を実施したり, あるいは又, 専門職の各団体におかれても, 人材育成のための研修を精力的に実施していただいたりしてはおりますが, 未だ, 課題の解消に至っていないというのが現状でございます。

こうした反省から, 今般, こうした課題解消に向けて, より効率的かつ効果的な人材育成の視点で, 各団体と県との役割分担を明確にし, 相互に緊密に連携しながら, 人材育成を図りたいと考え, この部会をリハビリテーション協議会の部会の一つとして設置したものでございます。実は, この課題につきましては, 昨年度まで, 支援・研修部会の中で, 総論的な検討を行ってきておるところですが, 今回は, その検討に加えまして, より具体的に, リハビリテーションに係る人材育成の対象であるとか, あるいは, 研修の内容等について, 御検討をお願いしたいと思っております。

この部会での検討結果を踏まえまして, 今後, 県としましては, 人材育成のための研修を, 計画的に取り組んでまいりたいと考えておりますので, 委員の皆様には, それぞれの専門の見地から忌憚のない御意見をいただきますようお願い申し上げます。

本日は, 限られた時間の中で, 盛りだくさんの内容となっておりますが, どうぞよろしく願いいたします。

3 議事

司会(石田班長)

それでは、会議次第3の議事に入りたいと思います。

(1) 部会長及び副部会長の選出についてでございます。今回が第1回目の会議となっておりますが、リハビリテーション協議会条例第3条第1項の規定に基づき、部会長、副部会長につきましては、委員から互選により選出していただくことになっております。部会長が選出されるまでの間、西條副参事が仮議長を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

西條副参事:

それでは、部会長及び副部会長が選任されるまでの間、仮議長を務めさせていただきます。

ただいま司会が申し上げましたように、部会長及び副部会長はリハビリテーション協議会条例に基づき、委員の互選により選出していただくことになっております。どなたか御意見、御推薦等はございませんでしょうか。

大場委員:

事務局としての案はありますでしょうか。

西條副参事:

事務局いかがでしょうか。

(事務局)

事務局としては、昨年度までの支援・研修部会の継続審議もございますので、昨年度の委員であります出江委員に部会長を、大黒委員に副部会長をお願いしたいと思っておりますがいかがでしょうか。

西條副参事:

ただいま、事務局から案がありました、その通りでよろしいでしょうか。

(拍手)

ありがとうございました。それでは皆様の御賛同が得られましたので、出江委員に部会長を、大黒委員に副部会長をお願いしたいと思います。

それでは、これで、仮議長の任をおろさせていただきます。

司会(石田班長)

それでは、出江部会長に一言御挨拶をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

出江部会長:

御推薦いただきましてありがとうございました。精一杯務めますので、よろしくお願いいたします。

こういう仕事が難しいのは何をもって達成されたかということが図りにくい、特に教育は成果が図りにくいと思うのですが、できるだけ目標を明確にして、この部会としてどういうミッションを達成するのかということを明確にしながら、進めていきたいと思っておりますので、どうか御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

大黒副部会長:

大黒です。よろしくお願いいたします。部会長の補佐をし、皆さんの意見を伺いながら、いい部会にしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

司会(石田班長)

それでは、次第に従いまして、(2)以降を進めさせていただきますと思いますが、これ以降は、協議会条例第4条第1項の規定によりまして出江部会長に議長をお願いいたします。

出江部会長:

承知いたしました。議事(2)人材育成検討部会の進め方について事務局より説明願います。

(事務局) (資料1に基づき説明)

出江部会長:

ただいま御説明のありました内容につきまして、委員の皆様から御質問、御意見がありましたら、よろ

しく願います。

よろしいでしょうか。この後が少し長くなりますので、次に進めたいと思います。

それでは、次の議題（3）仮称日常生活活動の維持・向上に関わる人材育成の基本的考え方～地域でリハビリテーション・ケアに関わる方を中心について、事務局より御説明願います。

（事務局）（資料2・3に基づき説明 資料2の1～8ページ）

出江部会長：

それでは事務局の説明の中で、全体構成、まず第1章から3章の1～5ページの中で、人材育成の課題として取り上げられている内容、人材育成の対象としている機関・職種・内容について、御意見がありましたらよろしく願います。

私からよろしいですか。今回の目的の立て方が非常にすばらしいと思って読んでおりましたが、日常生活動作に着目された理由を教えてくださいませんか。

（事務局）

保健福祉事務所を中心に、市町村支援の中でリハビリテーションに係る相談事業を実施しています。その中で、在宅における高齢者・障害者の方の相談に応じることが多いのですが、ADLを共通に認識して、共通にサービスを提供しているという状況が、欠けているように思われます。その理由として、在宅支援を行っているスタッフに、その方が持ち得ている身体状況、機能などの情報が提供されていないのか、また、その状況を把握していないのか、両方の視点があると思うのですが、そういう状況が見受けられ、さらに、その方の持てる力を活かした状況で、ADLに対するサービス提供が実施されているということが欠けていると言ったことを問題視しております。各職種が多様に関わる在宅サービスでございますので、そういうところの、共通ベースをひとつもって、互いに会話ができるようになった方がよいのではないかとということで、共通に認識すべきところとしてADLを取り上げさせていただきました。

出江部会長：

ありがとうございました。その他に何かございますか。

大場委員：

5ページと、8ページのところで説明していただいたところですが、人材育成の研修の対象ということで事業所として、医療機関と、介護保険事業所が入っていて、訪問リハや訪問介護が入っているのですが、この中に例えば福祉用具の貸与事業所が入っていない理由と、8ページの方に職種としてケアマネジャーが入っているのですが、事業所として入れなくてもいいのかどうかという部分をお願いします。

（事務局）（資料1・2に基づき説明）（資料1：9～21ページについて）

まず、申し訳ありません。事業所として居宅介護支援事業所を入れなかったというのは、手落ちでございますので、含めて検討させていただきたいと思います。

一つ目の質問でございました福祉用具貸与事業所等につきましては、今回この中からあえて抜かせていただきました。福祉用具貸与事業所の方が、これ（ADL）を理解した上で貸与できるようになることは、非常に必要なことであると思うのですが、これから行っていく研修の体系を考えていくときに、福祉用具貸与事業所の方は、プランナー研修等別立てで専門的な研修を行っているところでございますので、今回の記載からははずさせていただきました。

ただ、関わる専門職種全ては、福祉用具の専門的な知識、標準的な知識は必要であることから、これから先のところには、福祉用具に関する記載は多分に入れさせていただいているところではあります。

出江部会長：

大場委員、いかがでしょうか。

大場委員：

実は、自分の所で、貸与事業所向けの研修を行っていますが、役割が基本的に、PT・OT やケアマネジャーとは違うと思います。OT・PT は対象者の運動機能の評価になると思うのですが、我々が運動機能の評価ができるようになったとして、それを専門相談員の方に、その道具が必要だといったときに、果たしてその情報提供なり、物の提供が今現状としてできるのかどうかと考えたときに、むしろ両方必要になってくるのかと思います。実際、貸与事業所の養成研修として、40時間ぐらいの、5日間ぐらいで終わって、誰でもなれる、試験もなく、時間数が終われば、専門相談員になるのですが、OT・PT も先ほどの課題のところ、年齢的な部分で、経験の部分でかなり開きがあるところで課題があるということでしたが、専門相談員の方もやはり入れ替わりも激しくて、問題があるというのが現状です。ただ、今回このADLというところに焦点を絞っていくというのであれば、確かに入らなくてもいいのかとも思います。

出江部会長:

先ほど、将来的にはとおっしゃったと思いましたが。聞き間違えでしたら、もう一度確認したいのですが。

(事務局)

福祉用具の関係の方達を入れると、また対象がかなり広がります。もう少し、ポイントを絞らせていただい方が、ここで考える人材育成としては行いやすいのかと思います。福祉用具のプランナーの研修の方に、ADLの評価や身体機能の評価などがわかる内容を入れていただいた方が、逆に入れていただくような働きかけなど、というような記載を今回のまとめの中は、入れるとすればそのような記載ができるかと思えます。検討させていただきたいと思えます。

出江部会長:

ありがとうございました。大場委員どうぞ。

大場委員:

むしろ、逆の発想かもしれないのですが、少し飛んで、12ページの部分にADLの領域という部分があると思うのですが、例えば車いすの操作という項目に、車いすの種類とございますよね。これは、逆に我々は、むしろ細かい車いすの種類は知らなくていいのかと。むしろ、貸与事業所の方がしっかり分かっていたら良くて、貸与事業所の方がADLの細かいところを知っている必要はないのかなと。そのようにも思えます。なので、プランナー研修も、対象がごっちゃになっているのですね。保健・福祉関係の方なら誰でも良くて、貸与事業所の方が受けられるという研修になっているので、その辺が、少どうなのかと思う部分です。

出江部会長:

いろいろな意見が出て、今の意見も大変貴重でありがとうございます。こういう意見をいただくのが非常にいいことだと思います。

聞いていて思うのは、日常生活活動の評価を非常に特殊なものとして捉えられているのかなという気がしました。PTはPTとして動作解析がなされるし、OTは専門的なADL評価があるのだと思えますけれども、もう少し共通のベースでADLをまず捉えて、そして、また専門に下ろしていくイメージで。ですからここに、車いすの評価が入っているとしても、共通のベースとしてみんなで持っていようとする知識として入っているのだと捉えました。事務局から何かございますか。

(事務局)

福祉用具の貸与のところは、もう少し時間をいただきまして、今後のディスカッションの中で、最終的にまとめて示した方が、より共通基盤ができるというか、そのような状況になったときに含めてまとめさせていただくなどを検討させていただきますのでよろしくお願いします。

出江部会長:

ありがとうございます。他に御意見はないでしょうか。こういうやり取りが非常に重要だと思います。今のところは、まだ5ページまでですね。

大黒副部会長:

18年度まで何回か県の研修を行ってきていますよね。そこで、多少問題がある、効果的ではなかったと一言書かれているんですけど、具体的にはどういったところが、そのような反省だったのでしょうか。

(事務局)

保健福祉事務所における研修につきましては、その事務所で課題として思った内容を研修していくということで、非常に単発的で、事務所によって参集範囲や職種をバラバラに行っているところです。研修の時間、開催回数も限られておりますので、その中で、効果的に研修を行うにはどうしたら良いかということで常に企画する側が悩んでいる状況にあります。例えば、広い基礎知識的なところの研修を行っていけばいいのか、もう少し、専門的なところを行って行けばいいのかということもバラバラでございますし、テーマも、ここで見ていただければ分かるのですが、多様なテーマで行っているという状況でありますので、もう少し、ポイントを絞ったり、あるテーマについては2、3年で、全体の底上げをできるようにしようであるとか、そういったところを明確にして行ければ、全県下の標準的な研修体系作りを進めていけば、人材育成の効果として考えられるようになるのではないかとあたりが課題でございました。

大黒副部長:

そういうことがあり、今回の日常生活活動のところにテーマを絞って行いましょうかということになった訳ですね。

(事務局)

そうなります。

出江部長:

他によろしいでしょうか。又後で、疑問が出たところでおっしゃっていただければと思いますので、次に、第4章 6～9ページの、特に表の4と5に記載されているあるべき姿についてはいかがでしょうか。御質問、御意見がありましたらお願いします。

これは、先ほど、居宅介護支援事業所を入れるというお話はありました。他はいかがでしょうか。

少し、質問しにくいのかもかもしれないので、私から確認ですが、この表4の機関名をこのように分けた理由を少し教えていただいてもいいですか。

(事務局)

表4の機関名は、5ページ目の図4に主なリハビリテーション提供機関として入れたところを入れさせていただいております。市町村、リハビリテーション提供医療機関、その中でも、黒丸のところは入院機能を有する医療機関、それから、回復期・維持期のところにまいります。医療機関はかかりつけ医の機能を持つ医療機関として位置付け、それから介護保険事業所の関係と自立支援法関係の事業所を記載させていただきました。先ほど居宅介護支援事業所が抜け落ちてしまった理由は、リハビリテーション提供機関ということで、コーディネートするところが大事であると、散々入れているにも関わらず、これに則って作ってしまったために、漏れ落ちてしまいました。大変失礼いたしました。

出江部長:

また、これを入れた方がいいとか御指摘があれば。

あるべき姿について、細かくなりますがいかがでしょうか。特に御自分の職種のところを中心に見ただけですか。

この中で、ADLについては、自立を目指すという言葉と、維持を図るという言葉が出てくるのですが、これはどの様に、使い分けていらっしゃいますか。

(事務局)

5ページ目の図4で治療と掲げております医療機関につきましては、自立を目指すという書き込みをさせていただいております。回復・維持期で、リハビリテーション専門職がいて、直接的にADLの訓練をするところは自立を目指すというように書き込みをさせていただいているつもりでございます。一定の向上があったと、それを今後は継続していくような状態にするためにサービスを行うと思われる事業所、例えば、訪問介護というようなところは、維持というような書き込みをさせていただきました。そのような

ところで、言葉の使い分けすらも不備なところもございますので、そういったところでも御指摘いただければと思います。

出江部会長:

よく考えて作られているという感想です。いかがでしょうか。専門家の立場から御意見をお願いします。

維持ということの考え方なのですが、高齢者の場合、風邪などを引いてちょっと寝込んで、落ち込んで、また、回復させるという場合もありますので、そういう意味でも維持という言葉を使っていますということでもよろしいでしょうか。そういう意味では回復と、自立を目指す訳ですが。

あと1点は最初の説明にありましたように、この人の能力がどこにあるかということが分からない、分かっていないことが多いのではないかと。本当は医学的リハビリテーションの介入をすれば自立に持って行けるのに、今のADLの維持でいいと思ってしまうので、そういうことだと思うので、その仕組みを、維持を担う方達に担っていただくのかということが課題なのではないかと思いましたがいかがでしょうか。

(事務局)

その点につきましては、次の章や細かいところに、そのような発見や、見直すという点につきまして書き込みをさせていただいたところでございます。確かにこのあるべき姿のところにはそういった点を記載しておりませんでしたので、今行っているADLの状況がいいのかどうか疑問視するようなことについても書き込みができればさらにいいものになるかとそのように思います。

出江部会長:

ありがとうございます。皆さんの御意見はございませんでしょうか。雫石委員どうぞ。

雫石委員:

私は、訪問介護事業所を経営しております、実際現場の方に立っている者ですが、訪問介護のところは、心身機能の維持というところにとどめおいているのですが、実際は現場の方では、利用者が、個々人の生活において、維持だけではなくて、やはり一つでも、二つでも自分の生活の身の回りのことをできるようにということを、実際問題として、自立支援の関わりをしています。それなので、自立の捉え方にもよるかとは思いますが、維持だけの役割ではないのではないかというのが私の考えです。

出江部会長:

ありがとうございます。特に今は入院期間が短くなっておりますので、より回復という役回りがあるのではないかと想像するのですが、いかがでしょうか。

雫石委員:

先生のおっしゃるとおりで、実際問題、本当に、この1、2ヶ月で退院されてきた方が、まるきり寝たきりの状態から、日ごろの訪問介護の活動の中で、自分で服のボタンがはめられたり、また、車いすへの移乗ができたというのは明らかにリハビリの他に、実際生活の中で行っていることでそういう方向に向けられたということがあるんです。

出江部会長:

そのようなことも盛り込んでいただければと思います。よろしくお願いします。

他はいかがでしょう。どうぞ小湊委員。

小湊委員:

ケアマネジャーの方でADLに関するアセスメントをするという段階で、ここにある維持と、向上と、悪化を防ぐという三つの視点で見るとしています。ここでいう維持が、維持＝悪化防止という意味だと思いますが、今までできていたことが、これからも続けられるようにとする維持と、何らかの対応をしないと明らかに悪化していくという三つに分けると我々も扱いやすいのですけど。その辺についての維持というところと、悪化の防止というところをどのように考えていけばいいか、教えていただければ。

出江部会長:

非常にいい鋭い視点ですね。対応しなければ悪化するという患者さんですね。今の質問に対して事務局としてどう対応いたしますか。答えていただいてもいいですか。

(事務局)

維持というところで、悪化を防ぐという意味も込めて書かせていただいていたつもりではありましたが、話を聞いた中で、継続していくということと、介入しなければ悪化するという状況は違いがあるという印象を受けましたので、維持向上という視点と悪化を防ぐという点を言葉として検討させていただきたいと思います。言葉の定義についても、今、会話をした中でもかなりいろんな捉えがあるということも分かりましたので、少し言葉の定義についても、この中に書き込みさせていただくように検討したいと思います。

出江部会長:

それでは、時間の関係もありますので先に進めます。また、適宜質問していただくとして、次に移りたいと思います。

では引き続き9ページから18ページについて事務局からお願いします。

(事務局) (資料2・3に基づき説明 資料2の9～18ページ)

出江部会長:

ありがとうございました。それでは、ただいまの事務局の説明に対しまして、委員の皆様から御質問、御意見がありましたらお願いいたします。

第5章、9ページの日常生活活動の維持向上を目指す11の視点や、参考資料の整理方法、あるいは、現状の記載方法などについていかがでしょうか。

大黒副部会長:

これを整理するに当たっては、身体障害を持った方、脳卒中の方など地域でいろんな疾患をもたれた方を想像しかねないのですが、主には脳卒中の後遺症の方を想像しながらやっていけばいいのでしょうか。

(事務局)

脳卒中の方と限定したつもりはございませんでした。中には、対麻痺の方やリウマチの方ということで、参考資料の方には書き込みをさせていただきました。対象の方は、いろんな疾患を持たれている方、高齢で徐々に落ちている方など多様にいらっしゃると思いますが、疾患を限定しないで、在宅におられる方というようなイメージで書いていたつもりでございます。

大黒副部会長:

主たる障害が、いわゆる認知症の方をはずしていいのですか。そこも含めてだとすれば、その部分が非常に少ないものだなという印象が全体的にあるので、特に心身とよく使われていることからすると、身体の方にはいろいろなプランがあるような気がしますけど、心のほうというか、そちらのプランが非常に少ないという印象を受けたので、対象を絞って行ったのかなと、ずっと聞いていて思いました。

(事務局)

参考資料の1ページの診断のところ意識レベルや認知面の状態を確認していますかというところで、大変申し訳ないのですがまとめさせていただいておりました。

この部分で、認知症や高次脳機能障害があれば、ADLにかなり影響を及ぼすということで、まとめさせていただきました。これをADL各領域に落とし込んでいきますと、かなり多様になりすぎて、まとまりが付かなくなる状況がおきるかと思いましたが、最初は、領域毎に入れて書き込みをしておりましたが、最終的にまとめさせていただきました。決して認知症や高次脳機能障害による影響を排除した訳ではないと御解釈いただければと思います。

出江部会長:

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

少し職種毎に伺いたいと思いますが、理学療法士の立場から、望月委員いかがでしょうか。

望月委員:

今の話で行きますと、認知症が、生活全般に与える影響がかなり大きくて、やはり在宅におじゃまして

みるとそこが一番大きな把握すべきところだと。例えば、病院から在宅生活移行のお手伝いをさせていただく時に、一番とにかく難しいのが、認知症や高次脳を持った方で、在宅生活移行の時にいろんなことが、予想しないことが起きることがあるので。そういった意味ではこのような表に細かくまとめていくと、逆に認知症の影響を考えると全てに影響してしまって逆に書けなくなってしまうというのが現実でしょうし、ただ、高齢者、介護保険で考えるとかなり、認知症、高次脳の影響の度合いが大きいので困るかなというところがございます。

出江部会長:

大きな問題だと思います。書き方としてはこのような盛り込み方でよろしいですか。

認知症の問題以外のことで、例えば表6の、現状というところで見ていただいて、理学療法士が、当然基礎診断というところの、病気の細かいところは違うのかもしれませんが、11ページの△、不足していると思われるところはどうか。

望月委員:

●が多いという印象で、もっと質だと思うのですが。

出江部会長:

●が十分で、後半が△で不足しているところという書き方ですがいかがでしょうか。

望月委員:

理学療法士として地域に出ているとすごく感じることは、病院で育てている業種ですので、医療モデルで見えてしまっていて、なかなか生活モデルで見られないというのが、地域のケアマネジャーの方からも御批判をいただく主な部分でございまして、そういった意味では、後半のケアの部分が△から●になるようにというあたりかと思えます。

出江部会長:

あまり異論なく、これは見ていただいたのでしょうか。

望月委員:

(うなづき)

出江部会長:

作業療法士の立場から大黒委員いかがでしょうか。

大黒副部会長:

難しいですね。すごく個人差もあるので、現在関わっている仕事の方は、こんなの知っているよということもあるでしょうし、一方ではそういうことはあまり分からないのでということもあるので、はっきり言って分からないですね。大場さんなどは用具については非常に得意ですし、個人的に見るとそういう方もいますし、全体的にみるとどうか、分からないです。

出江部会長:

ケアマネジャーの立場から小湊委員、いかがでしょうか。

小湊委員:

ケアマネジャーは全部△にさせていただいて問題ないと思います。特に、最後の制度のところ●をつけていただいておりますが、介護保険自体も十分分かっていと言えないので、ケアマネジャーとしての研修で、やり直しをしているところですので、これも△にさせていただいていいのかなと思っています。

出江部会長:

率直な意見をありがとうございました。介護福祉士の立場から雫石委員いかがでしょうか。

雫石委員:

逆に介護職は、日常の生活に関わる部分で、例えば更衣や整容や入浴といった部分では個々人に合わせたかたちで、全部とまでは言わないまでも、ここをしないと介護事故にもつながるところがあるし、十分だとまでは行かなくても、今後の意味を込めて、不足しているというかたちでもいいと思いますが、実際問題、生活を支えている部分で、関わっている時間も長い部分があって、利用者の動きなどは把握しやす

い部分がかなりあるのではないかと思います。

出江部会長:

ありがとうございました。

出江部会長:

では、言語聴覚士の立場から、久力委員いかがでしょうか。

久力委員:

先ほどの、小湊さんの意見と同意見で専門職だから●ということはありませんかと思いますが。むしろ経験の浅い若い人が多いことが現状の問題だという先ほどの人材育成検討部会ができた理由の一つという説明から考えれば、各専門職が当然あるべき姿になかなか足並みがそろっていない現実があるのかと思います。

この表7のリハ職のところが括弧で PT・OT とか OT・ST など職種名が記載されていますが、医療モデルの時にはそれぞれの職種の役割がかなり明確だと思うのですが、地域モデルではたとえば意志伝達装置が OT と ST だけではないようにリハ職の括弧の部分ははずしていただいていた方がいいのかと思います。わざわざここに書き出す必要はないのかなという印象を受けました。

話が変わりますが、表6、12ページのコミュニケーションのところに治療方法という言葉が使われていますが、地域という分野にはそぐわない気がしました。また「コミュニケーションは家族、ケアに関わる・・・」という部分は、できればコミュニケーションの手段確保の重要性といったようなニュアンスの言葉の方が望ましいと思います。

出江部会長:

ありがとうございました。事務局、今のことについてお答えはありますか。

(事務局)

各職種からいろいろ御意見をいただいたところは、盛り込んでいきたいと思います。

先ほども、経験年数、個人差によるものとかが、就いている職場の特殊性にもよるものがあるとかと。いったところにつきましては、こちらでも十分理解しているつもりではございました。ただ、全県下標準的に考えたところでどうなのかということで、●か、△という二者択一のような形で表現させていただいて、大変失礼かとは思いましたが、こういったことを押さえておかないと、次に何が重要になるかということがなかなか明確にならないかと思ったところで、この表現をさせていただきました。

ただ、全体的に、現状では全部△ではないかというニュアンスで考えるのであれば、こういった記載方法ではなく、この●や△の記載はなしにして、標準的にこうした知識・技術が必要だということで、今後のどの部分を重点的に行うかというところで、ポイントを絞るときに使った方がいいのかと、今の意見を伺いまして考えたところです。

出江部会長:

ありがとうございます。この議論の最初の8ページの表5については、あまり意見を伺うことなく先に来ておりましたので、たぶんここをもう少し話した方が良かったのかもしれません。このあるべき姿というのがあって、それと比べて現状がどうかということをお考えになって、●や△をお付けになったということになるかと思いますけれども。いかがでしょうか。表5のところも含めて御意見、御質問はございますでしょうか。

栗石委員:

事務局にお伺いしたいのですが、地域包括支援センターが入らないのはどうしてでしょうか。

(事務局)

ケアマネジャーの件と同じでございまして、リハビリテーション提供機関というところでスタートしておりましたので、地域包括支援センターを入れていなかったという状況でございます。また、このADLに直接関わるかという部分で、地域包括の役割をどの様に考えていけばよいかを悩んだところではありましたが、その点についていかがでしょうか。

(事務局)

7ページの表4の1番上が市町村と記載しているところが、まさしく地域包括支援センターの役割かなというイメージで書いておりました。ただ、以下の部分については地域包括支援センターという用語は、記載しておりませんが、ここの市町村の部分は、地域包括支援センターということです。

出江部会長:

雫石委員いかがでしょうか。

雫石委員:

地域包括の場合は予防で、要支援1・2の方がいらっしゃるので、大変ADLの部分が水際ですごく大事な部分だと思うんでね。だから、この部分で地域包括支援センターの3職種の方、連携の件もある訳ですから、この辺の教育、研修ということは必要性があるのではないかと考えておりました。

出江部会長:

そのことを後の表に盛り込むことは可能ですか。よろしいでしょうか。

よろしくお願ひします。他の御意見は。大場委員と塚野委員を飛ばしたのですが、職種や立場を関係なくいかがでしょうか。

塚野委員:

十分読み込めなくて申し訳なかったのですが、市町村の代表、若しくは地域包括支援センターのお話がありましたように、直営の地域包括支援センターを持っているものですから、その立場からお話します。機関名のところに、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが出ていなかったのは、(他の記載のある機関が)事業所だからだと解釈し、職種のところで、評価していたのだらうと思いました。地域包括支援センターという中には3職種入っています。この中の一つ一つの職種、若しくは、表6でケア、家族、共有、制度というところは、地域包括支援センターが知っていなければならない部分で、また、要支援の虚弱者の予防というところは、これから第一線でしなければならないところなので、PT・OTとの協力関係が十分ないと、早期に予防できないところで、今後の課題だと思うのですが、それをこの中にどの様に盛り込むか分からないで見えていました。今後は大切なところだと思います。

また、直営の地域包括支援センターがこれからどんどん少なくなってくると思います。段々に民活化されてくるので、うち(多賀城市)の方も、仙台市と同様に民活化になりますし、そうすると、市町村=地域包括支援センターでは無くなります。そうなった時に、地域包括支援センターの役割が本当にどんな風に果たせるのかと思ったときにすごく課題で、同じように地域包括支援センターにいる、介護職や、社会福祉士職や、主任ケアマネジャーさん達の力量を高めていかないと、ここの△の部分で、果たせなくなってしまって、本来は、家族・ケア・共有・制度というところが、本来は●になっていかなければならないところですけど、それも、果たせなくなって行くのだらうと思っています。

あとは、蛇足ですが、認知症が入っていないということでしたが、認知症を入れるといろいろ難しくなっていくので、あえてはずしたと私は見ていました。基本を知っていれば、認知症がある時に、(身体)能力は持っていても、認知症があるために、そこまで至らないんだらうと解釈できるので、本来のところのものがきちんと押さえられていることが大事だと思ったので、このようなところで、認知症を入れなくてもいいのかと思いました。

出江部会長:

予防というところの重要性を指摘していただいたと思いますので、是非それがこの中に盛り込まれればと思いました。

先ほど事務局の方から、この●、△について、ここに書くまでもないかというお話がありましたが、どうですか。ある程度このように、記載があると考える材料にはなるのではないかと思いますけれども、その根拠がどこにあるかと言われると難しいかもしれませんが。職種による違いをそれぞれ明確にしたり、職種がそれぞれ自分の得意な部分と、弱い部分を意識すること、それ自体はいいことだと思ひながら表を見ていました。

表の作り方を事務局からもう少しこのように変えようかというアイデアはありますか。

(事務局)

先ほど、説明のところでもお話ししましたが、この表6・7については、全職種共通に、全領域に必要な項目として挙げた部分と、領域別に、職種毎に必要な知識・技術という整理でございます。例えば地域包括支援センターの役割などという話がありましたが、整理の仕方をむしろ機関別にし、地域包括支援センターはこのようなポイントを押さえるべきであるとか、訪問リハビリテーションはこのようなポイントを押さえるべきであるとか、というような整理の仕方でもできるかと思いました。

今後の研修を考えると、この表6・7を整理した訳で、例えば、歩行であれば、参集範囲はこの職種で分かるように、研修スタイルが考えやすいようにこのようなまとめをしましたが、逆に、事業所単位でというような形でまとめて、事業所単位で今後の研修スタイルを考えていくまとめ方の方法もあるかと思いました。そういう意味では、予防的なところ、障害者の方や、高齢者の要介護1・2・3の方にポイントを絞った研修方法もあるのかと考えるとございませう。事業所単位の方が良いという御意見があれば、再度整理し直して、お示しするという事も可能ですので、その辺どちらがより良いかということも含めまして御意見をお願いしたいと思います。

出江部会長:

どうぞ。

大黒副部会長:

人材育成をこれからどうしていくかというところの基礎資料と、そういう感じで表を整理するとすれば、今十分できている、できていないということよりも、例えば医者であれば、先ほどのあるべき姿ではないですが、このようところが得意だとか、役割だとか、PTであればこのような役割を担うべき、実際の能力を持っているというように分けていった方が、むしろ研修をするときには、あまりそうではない部分に対して、職種毎の研修をしていったらというように整理できると思うので、やっている、やっていない、あるいは、勉強している、していないみたいな能力差に、ややもすると見られてしまうので、むしろ職種で、医者だったら、このような役割がある、PTはこのような役割があるとしていけば、当然弱いところが一目瞭然になるので、さっきのあるべき姿と組み合わせながら整理してみたらいかがでしょうか。

出江部会長:

他、いかがでしょうか。久力委員。

久力委員:

これだけの●が付いているのに、この介護職の部分だけが●が付いていないのが少し気になりました。大黒先生と同じ意見ですが、職種として目指すべき姿というか、職種として押さえておかなければならないという意味の基準のようなところをこの●で示すと考えると、介護職にとってとても大事な項目として、私は共有の中の3番目の「心身機能やADLの変化を早急に捉え、その状況をわかりつけ医やケアマネジャーに連絡することが必要であることを知る」を選びたいと思います。いつも身近で関わっているスタッフが、一番この変化を知る役割を担っている大事な職種ですよというような視点で教育があったら効果を発揮するのかなという気がいたしました。

出江部会長:

事務局いかがですか。

(事務局)

整理の方法を、現状というよりは、あるべき姿の重要度というような整理の方法に変更していった方が、それを目指していくという観点でまとめられるので、いいと思いました。そのように変更するという事でいかがでしょうか。

出江部会長:

現状は重要だと思えますよ。ただ、職種毎の比較をするというよりは、その職種の中で現状とあるべき姿が、明確になるような、組み立ての方がいいのではないかというような意見だったと思えます。

(事務局)

ありがとうございます。このように、一つ一つにマルバツをつけるべきでは無かったと反省しておりました。

出江部会長:

それがあったから意見があったと思います。

あと、もう一つ事務局からの御質問は、事業所毎のまとめ方という点について御提案いただいています。いかがでしょうか。

大場委員:

研修を組み立てていく中で、最初は事業所毎の研修ということで啓発的な部分を行っていったとしても、次の深い専門研修となった時には、事業所毎ではなくて、職種になってくると思います。その辺が、どちらの方法でいこうか悩ましい部分なのかと思います。次に研修の体系化をしていったときに、最初は事業所でのいいのですが、次は、職種に別れていくという部分があると思います。

もう一つ、10～11ページの職種毎のという部分がありますが、例えばケアマネジャーさんの項目が一番右にあります。本来の部分では、最終的には適切なケアプランを作ってもらうことが一番の目的だと思います。ADLとは少しずれますが、11ページにプランというところがあって、このプランとは、ケアプランに基づいてということだと思ふので、ケアプランのところはどうなのかと。むしろ小湊委員にこの部分はお聞きした方がいいと思います。

出江部会長:

小湊委員の方から先に。

小湊委員:

今、大場さんの方からお話いただいたところは一番我々の悩みの種で、適切なケアプランとおっしゃいましたが、何を以て適切かというところをポイントとしております。ケアマネジャーとして一番長くて7年ぐらいの経験の人がいると。また、元職というものにだいたい左右されまして、これも大変難しいと。ケアプランと言ったときに、ケアプランの評価と言ったときにも、我々の方で、何をどうするのが適切なのかというものを作った上でならばいいんですけど、今の段階では何とも言いようがないという状況です。但し、1人1人のケアプランを作るときに、今年から宮城県のアセスメントの統一様式というものを作りました。それに基づいてADLを見る、ADLについてアセスメントするときの基準を作って、どう見ていけばいいかを、今年度の現任研修と、今年度受かった方の実務研修に取り入れるところから研修を行う予定にしておりましたので、その辺も、少し出来上がったあたりで御相談させていただいて、今のお話をいただいたところを整理していただくと、その段階でいいのかと思っていたんですけど。

出江部会長:

事務局から今のプランの作成に対していかがですか。

(事務局)

ADLといったところを、ケアプランに十分含めて検討いただくというように、この中に書き込みをすることで考えたいと思います。

出江部会長:

大場委員よろしいでしょうか。ありがとうございました。

少し、飛びながら来ましたけど、10ページ、11ページまで当たりを行ってきたと思いますが、今の第6章、10ページから12ページの表6、それから13ページから17ページの表7、この当たりの記載についての御意見があれば伺いたしたいと思います。いかがでしょうか。

大黒副部会長:

8ページの表8に、専門職としてあえて分けていますね。13ページ以降についてはここに出てくる、例えば栄養士、歯科衛生士とか相談員はこのどの範疇に入るものですか。最初にあえて職種を出して・・・。

(事務局)

その部分は、書き込みがしにくかったところでごさいます、表7の方には少し、歯科衛生士、栄養士という部分は入れさせていただいておりました。非常に一律ではなく、部分的に関わってくる職種ということで非常に困りました。その結果がこのようなまとめになってしまいました。

大黒副部長:

非常に困っただろうと思います。ただ、あえて表5の部分に出しているのです。

出江部会長:

それぞれの動作毎に、全ての職種を盛り込むのは作り方としては非常に難しかったという意味ですね。他いかがでしょうか。

私から、一つ質問ですが、ADLの領域毎にこのように整理されていくのはいいと思うのですが、そもそもADLを評価するということをどこで研修すればいいのでしょうか。

(事務局)

在宅におられる方のADLの評価ということでしょうか。

出江部会長:

はい。かかりつけ医もちろん役割を担うのですが、医師の教育の中で、ADLの評価は、卒前にも卒後にも無いです。リハビリテーション医学を除いては。整形外科であれば、例えば股関節術後の歩行とかなど、一見活動を評価しているのですが、こういうスペクトラムでADLを評価するという教育は医師には無いです。

(事務局)

かかりつけ医として、このADLを具体的に見ていただければ、在宅にいる関係者は助かると思います。具体的には、ここに領域毎のリスクの部分、医師の役割として随分記載させていただいているところですが、その部分について、かかりつけ医の方に理解していただいているか、理解しているとは思いますが、求められているとは思っていないのか、その当たりも分からないという状況です。医師の研修を我々がというとなかなか難しいので、今後役割分担のところでは是非明確にしたいと思っていますところでごさいます。

出江部会長:

是非、医師がADLを診るのだというメッセージを県からも送って欲しいと思いますし、あと、どこがそのメッセージを発するのか分かりませんが、介護予防ですか、リハビリテーションの健康保険の診療でも今は必要になってきておりますし、医師がADLを評価することが必要なのだというメッセージを発し、かつ研修として提供していくことが必要だと思います。よろしくお願います。

小湊委員どうぞ。

小湊委員:

ADLの評価ということですが、現場として、ケアマネジャーとしてADLの能力評価ができるような研修を今始めています。ただ、あくまでこのようなことかと表を使いながら、評価しているのですが、最終的に確定するためには、OT・PTの方に最終的に見てもらうという2段階をとっているのですが、それも先ほどのように各職種で、どこまで見て、どこまで判断して、そこから先はもっと専門職につなぐとか、つなぎ方という辺りをうまく作りながら、うまくつなげていく必要があるのかなと思っています。もともと、高齢者ケアプラン作成指針というものに基づいて作っているのですが、内容について、これでいいのかどうかを誰に聞いて進めていけばいいのかをまだはっきりさせていなかったもので、後ほど御相談させていただければと思っておりました。ケアマネジャーも（ADLの評価）研修をやる予定で進んでいます。

出江部会長:

すばらしい取組だと思います。統一された形でADLを共通言語として各職種が情報をやり取りできればと思います。

今後記載を予定している、第7章、第8章について、全体構成などについてはいかがでしょうか。

今、小湊委員から出た意見もありましたけれども、他はいかがでしょうか。

私から、各職種の先生方にお伺いしてよろしいでしょうか。ADLの評価については今どの様に教育されているのでしょうか。理学療法士会ではいかがでしょうか。望月委員。

望月委員：

おそらく卒前教育のみでしょうか。卒業前の基本の部分というところ、そこでの教育のみで、臨床家に対しての、ADLの研修は特にPT協会では無いと思います。

出江部会長：

OTも同様ですか。

大黒副部会長：

(うなづき)

出江部会長：

STはいかがですか。

久力委員：

ADL評価方法については学校の科目で習っていると思いますが、その中のコミュニケーション評価についてというところまでは分化していないと思います。

出江部会長：

コミュニケーションをということですか。

久力委員：

ADLの中のコミュニケーションという部分に関して一般化した評価方法はまだなくこれからの課題だと思います。

出江部会長：

コミュニケーション ADL 評価方法にキャドル (CADL：実用コミュニケーション能力検査) がありますが。

久力委員：

あれは、どちらかというと医療機関での評価方法かと思います。地域で誰もが使えるようなADLのコミュニケーションの評価方法に統一したものが必要だという思いはございます。

出江部会長：

介護福祉士会はいかがでしょうか。

栗石委員：

介護福祉士の方も二通りあって、専門学校や大学の方を出てなられる方と、実務経験3～5年を含めて、ヘルパーさんからなられる方もいるので、必ず一律ではないです。ただ、日ごろ私が思っているのは、今(かかりつけ医の)先生が、歩けないとおっしゃった方が実際は歩けたり、立てたりということがあり、実際問題、私も介護保険の審査会の委員もしている中で、先生方とコミュニケーションを図る時に意見を言うのですが、なかなか生活に帰ってどんな動きをしているかを実際見ていなかったり、それが、きちんと専門職の方から伝わっていなかったりということが多々あるので、やはり連携が人を見ていく上で、個人の動きを見ていく上で、すごく大事だということを感じております。

出江部会長：

介護福祉士の教育の中では、ADLの評価はどのように行われていますか。

栗石委員：

実習時間の方は全部決まっています、必須項目の一覧はありますが、実際身に付いているか、付いていないかということは二の次で、本当に一般的なレベルの動き、座るといったようなものです。

出江部会長：

ありがとうございました。こういったことを踏まえて表9を作っていくということになるかと思いますが、事務局から何か御提案などありますか。

(事務局)

教育課程で学ぶものとしたしまして、事務局側で調べさせていただいたものを、また、後でお送りさせていただきます、確認をとるという作業と、各士会で18年度・19年度の研修として、ADLについて何を行っているかということを確認したいと思っていました。今、伺った中や、また、ホームページで調べた中では、PT・OT関係はADLのことはほとんど士会で行っていないということと、看護職向けの研修の中はかなりADLの中身が含まれていたということを調べたところでした。また、改めてここに書き込むことによって、ADLについて重要視しているか、いないかをここに表現していくこともいいかと思ったのですが、だからもっとADLについての研修を行っていきましょうというようなことを書き込めたらいいかなと、個人的には思ったところですが、そこについては委員の皆様の意見から整理させていただきたいと思います。

出江部会長:

重要に思っていないということはないとは思いますが、その質問があるとまた考えると思いますね。私から個人的なお願いですが、ADLに関する研修について、FIMとバーセルを教えているかということについて、それぞれについて聞いて、それぞれをどう教えているか、身につけさせているかということ、具体的に評価名を挙げて聞いていただけますか。そうすると実態がより明確になると思います。

表9の話をしました。第8章について人材育成に関する各職能団体と県の役割についてはいかがでしょうか。

大黒副部会長:

意見収集するのは、各職能団体でやられていないものを特に県でやりましょうという基礎資料とするためですか。

(事務局)

各職能団体で実施している状況を把握して、その前段でどこが不足しているかということがまとめとしては出てくると思いますので、さらに、専門職種の研修の中で行っていただきたいものとか、県が担うところ、単独の職種でできるものと、共通して行った方がいいものなどに整理できるかだと思いますので、例えば、全職種で行った方がいいものなどは県が行うなどの整理を行って、役割分担をする基礎資料としたいところがございます。

出江部会長:

他いかがでしょうか。雫石委員。

雫石委員:

こちらの表の方には、介護福祉士会で行う研修として一本化されていますが、実際ホームヘルパーの資格しか持っていない現場の人間はたくさんいるのです。そういった、実際ADLに関わる、生活に関わる部分の訪問介護員さんの研修を入れた方がいいのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

(事務局)

知識不足で申し訳ありません。訪問介護員の団体というものもあるのでしょうか。

雫石委員:

日本ヘルパー協会というのはあるのですが、宮城県では支部設立に向けて動きをしているという段階で、まだ、設立はしておりません。今、宮城県の介護福祉士会の方で、今年度理事会等で話が出ていますが、在宅部門にはヘルパーさんがすごく多いので、研修を行う機会の必要性があるのではないかと。また、今回、国会の方で社会福祉士法、介護福祉士法の改正案が通ります。将来を見越して、ホームヘルパーから、介護福祉士という流れがあると見たときに、その辺に力を入れた研修をして、養成をしていかなければならないというような動き自体が今現在あります。

(事務局)

訪問介護員の方に対する研修につきましては、県でも長寿社会政策課というところで、テーマ別研修を行っている状況でございますので、関係課と調整の上、書き込み等につきましては、書き込む方法で今後検

討したいと思っております。

出江部会長:

他いかがでしょうか。

質問ですが、委員で看護職は今回入っていないのでしょうか。

すいません。塚野委員が看護職ですね。塚野委員どうぞ。

塚野委員:

市町村の保健師ですが、看護部門で入っているのかと思いつつ、地域包括支援センターの保健師かと思いつつ、いろんな立場で読ませていただいて、頭がごちゃごちゃした部分があります。

ADLは看護職でずっと行ってきたところで、その評価もどうするか、また、現在も介護予防のところ、要支援クラスの予防給付が入ってきまして、それと同時に、虚弱者の予防給付というところで、いろんな教室の事業を組んでいますが、その時必ず評価ということが出てきます。その時どこを評価指標にするかということがいつも問われてきているところです。そこにADLを使ったり、IADLを使ったり、運動能力評価を使ったりということで、評価をしているのですが、私達の中でも、評価というものを、ADLだけではなくて、やっていきたいと思っているところです。ここでいう、PT・OTなどのADLの評価がどのように出てくるのかと思って見ていたのですが、評価がどういうものがなくて研修となっていて、標準的なADLサービスがわかると書いてあったのですが、ADLの標準的なサービス提供というものはどうものをいうのだろうかとか、標準的なサービスというものがあのだろうかとか、そういうことも分からなくて、資料を見させていただきました。研修をするとして、どこに焦点を当てるかといったら、まずはADLとは何ぞやということと、そこから、その指標をどう持て来るのか、指標がないと評価ができない、例えば歩行ひとつのADLをどう見ていくかだとか、私達が見ていたことと違っていたのでちょっと戸惑って見ていました。

表7のところのまとめ方にも非常に戸惑いがありまして、歩行・車いすという組分けでいき、そこに職種が書いてあり、私の中では、この棲み分けが理解できない。言っていることは分かるのですが、お医者さんのところではこの部分、医療系職種ではこうだとか、介護福祉士部門ではこうだということは分かるのですが、果たしてこれがどのように現場で、評価となるとつなげられなくて、分からなくて混乱しました。

出江部会長:

どうすればつなげられると思いますか。

塚野委員:

それを考えていたのですが、例えば一番上だと、ADLを評価するとして、起居動作だとしたら、医者はこの部分、医療担当者はこの部分、介護部分はこの部分と分けた方がいいのかなと思いました。おのおの自立を目指す訳ですから、ここに合うような形で、医者だったらこの役割、看護部門だったらこの役割、介護職だったらこの役割と組み替えた方が私は見やすいかなという気がしました。

ここ(表6・7)だと何々ができるというふうになっているのですが、ADLを評価するときに、起居動作で、訓練指示ができる、分析できるなどがあり、ではその中のADL評価はどうするの？、そこでどういうように見ていくの？となったときに、評価がわかりません。得るということであれば、この部分の知識を得るということなのだろうと思いますが、ADLというときに分からなくて、ごちゃごちゃしてしまいました。

出江部会長:

こういう職種毎でADLの捉え方が随分違うということが、今日改めて分かりました。

そろそろ時間になりましたので、終わりにしたいと思います。事務局どうなさいますか。

(事務局)

今の塚野委員に対してなんですが、そのベースが、参考資料で作った中身でございまして、もう一度お戻りになって、確認していただければと思います。この表6・7の部分は、参考資料の中からもう一度整理を

かけ直したということで、職種毎の役割としては、医師はこの部分で診断をして欲しいとかというようなことで記載しています。

塚野委員からお話があった、また、出江部会長からも評価というところの御指摘をしていただいて、この参考資料の中に評価という部分が各項目にバラバラに入ってしまったのかということをご心配のところでした。逆に、視点分類のところ、評価という項目を追加して、そこは、評価というところは、みんなでもって共通して追加して行くだけで、随分違うものになるのかなと感じたところでした。

本日いただきました意見、かなりいろんな意見をいただきましたので、基本的考え方に取り入れさせていただきます。なお、本日のこの会議を聞いて、また資料を見ていただきまして、追加意見や、まとめ方に対する御意見もあるかと思っておりますので、大変失礼にはなりますが、FAX用紙を用意させていただきましたので、1月11日までに、大変時間のないところで申し訳ないのですが御返送いただければと思います。

その中には、各団体におけるADLに関する研修の実施状況等についての確認や、7・8章に今後書き込みをしていく内容等につきましての意見を伺っておりますので、御協力をよろしくお願いいたします。

本部会は2回で終了予定でございます。最初にお話ししましたとおり、本日いただいた意見と、FAX・メール等でいただいた意見等を取りまとめたものを、1月末をめどに、委員の皆様へ送らせていただきます。さらに意見をいただいた上で、2回目の部会開催する予定にしております。期間が短い中で、大変恐縮ですがよろしくお願い申し上げます。以上です。

出江部会長:

ありがとうございました。

では、次に議題(4) その他何かございますか。

(事務局)

特にございません。

出江部会長:

それでは、本日の議事につきまして、以上で終了させていただきます。

司会(石田班長)

出江部会長、誠にありがとうございました。次回の部会につきましては、2月頃の開催を予定しております。日程は後日調整させていただきますのでよろしくお願いいたします。

これもちまして、本日の宮城県リハビリテーション協議会人材育成検討部会を終了いたします。

誠にありがとうございました。