

宮城県リハビリテーション協議会
平成19年度 第2回 人材育成検討部会 会議録

平成20年 3月18日 (火)

午後6時から午後7時45分

県庁7階 保健福祉部会議室

1 出席等

・委員

出江部会長, 大黒副部会長, 望月委員, 大場委員, 土井委員, 小湊委員, 雫石委員, 塚野委員, 久力委員

・県側出席者

(事務局: 健康推進課) 佐々木課長, 西條副参事兼課長補佐 (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 佐々木課長

本日はお忙しい中御出席いただき、誠にありがとうございます。また、皆様方には昨年12月の部会の開催から、本日までの間に、様々な御意見をいただき、大変熱心に御検討いただいておりますことに深く感謝申し上げます。

さて、本県では、地域リハビリテーションの提供体制の整備、リハビリテーション医療体制の整備、また、訪問リハビリテーションの充実を進めているところでございますが、まだまだ、その体制は十分とはいえない状況にあり、さらに、そこに勤務するリハビリテーション職、看護師、介護福祉士などの専門職についても若い人材が多いなど課題が多く、今回この部会で人材育成についてのとりまとめをお願いしたところです。

前回の検討では、ADLを中心とした研修内容に絞って議論をいただき、ADL評価という視点を加えることにより、在宅で生活される方々のケアプランやサービス提供の目的がより明確になることや、職種間の共通認識を深めることもできるなどの意見が出されたとのことで、より実践に活かせる研修内容に組み立てることができて参りました。本日は、具体的にその研修の実施と役割分担についてお示しし、議論をいただくことにしております。

県が行う研修は、職能団体等の御協力を得なければ実施することができず、さらに、職能団体においては更に技術向上に向けた研修をお願いし、共に実施していかなければその効果は得られません。県では、この検討結果報告書に基づき、来年度から研修を実施していく予定にしておりますが、職能団体には県と共に一体的に人材育成を行っていただけよう、その研修の実施を求めていく予定にしております。

委員の皆様には、本日もそれぞれの専門的な見地から忌憚のない御議論をいただき、より良い報告書にしていただくとともに、今後職能団体に対する研修の実施協力についての働きかけに際しましても御尽力いただきますようお願いを申し上げます、簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。

3 議事

議事(1)

「日常生活活動(ADL)の評価並びに維持・向上に関わる人材育成について」(第2案)について

(事務局) (資料1・2に基づき説明) (資料1 1～9ページ)

出江部会長:

9ページまでですと長いので、最初の1, 2ページの部分の背景と、検討事項のところについて委員の方から御質問、御意見などはないでしょうか。

また後で、思い出したところで御意見をいただくとして、続けて3ページ目から9ページ間での部分についてはいかがでしょうか。

大黒副部長:

4ページと、8ページの二つの図で、矢印についてですが、この実行過程は理解できるのですが、思考過程が逆に向いています、これはどういうことですか。

(事務局)

する活動に引き上げるためにどのようなことをしたらよいか考える意味と解釈していました。プランとして何をしていけばよいかを考えて、実際サービスを提供することが実行過程です。目標に向けて何をすればよいかを考えること、目標に向けて何をすべきか考えることが、思考過程と解釈しておりましたが、いかがでしょうか。

大黒副部長:

それでは、する活動を目標において、現状が今こうだから（している活動）、そこに向かうためにここから降りてくると言うことですね。わかりました。

出江部長:

原著にこの※印の思考過程と実行過程の解釈もついていたのですか。

(事務局)

ついておりました。

出江部長:

ADL 概念は医療で一般的ですけれども、介護福祉士やケアマネジャーの皆さんは、この概念についてはいかがですか。このような提示の仕方は。

小湊委員:

ケアマネジャーとして、実際にADLを見るというときに、スコアで見るといことはしません。余りよくない方の話をすると、本人のADLというよりは、どれだけの介助が必要か、全介助、一部介助という見方をしてしまうので、本人の能力ではなくて、どれだけ手をかけるかの視点で見ってしまうと言うことが問題であるというように考えています。ですから、今回はあくまでも介護する側の都合で見えていくのではなくて、本人の能力で見えていくということに統一できるといいのではないかと思います。

出江部長:

例えばFIMは両側から見ることができるといえる訳ですけれども、病院側は悪いものを直していく視点から見るということが多くて、生活に戻られれば今度は、能力ということが前面に出て来ると思うのですが、両者が共通して、使える言語を探していこうという試みだと理解しています。

他に御質問、御意見ありませんか。

栗石委員:

介護福祉士やヘルパーの部分でも、一般的にADLの定義というのはこの資料に載っているようなこと参考に意識している訳ですが、現場の方では、今、小湊さんはいかにケアをするかということをお話されていましたが、全部が全部そうではないと思います。私達現場に立っているものは、その人に生活の動き、している活動の中の動きでの一つ一つの確認作業をしながら、どこにどのような支障があって、困難を招いているのか、どのくらい家族が養護しているのか、また、本人が養護されているのかというように意外と客観的な目を持ちながら、ケアをしているということを実感しているところです。

塚野委員:

私も医療職なので、今回このできる、している、する活動というのはすごく分かりやすいです。介護保険が始まってから、介護量だけを見てしまって、本人の能力がないがしろにされているという思いがありました。介護量がどのくらいあるから、介護されているから、そこを補うために社会的援助が必要だという見方を、ケアマネジャーや、ヘルプ事業がしているのではないかと。この方が持っている能力の、できるところをきちんと見ることが、介護保険下ではなかなかされないとこです。

でも、私達は教育の中で、その人の能力がどのくらいあり、今、どのレベルにあるのか、そこをどう改善してあげたら、持っているであろうできるというところまで、向上することができるのだろうというこ

とを看護計画の中で作ったような気がします。その流れで、ケアプランを見ていったときに、どうしてもつまずきがあって、やりにくいということがありました。この表を見たときに、私はすごくよく分かって、できる活動と、している活動、そしてこれからに向かってする活動ということが、すごく解釈ができて、ADLの定義にまとめられていたのでよく分かりました。

出江部会長:

特に追加がありましたらまた後でということにして、続きの説明を事務局からお願いしてよろしいでしょうか。

(事務局) (資料1・2に基づき説明 資料1の10～23ページ)

出江部会長:

どうもありがとうございました。

ただいま説明のありました10ページから23ページ目までですね。この内容につきまして委員の皆様から、御意見、御質問をお願いいたします。

土井委員:

私は、老健施設の代表として参りましたけれども、11ページに書いてあります在宅ケアにおける基礎知識、それから、ADLの基礎知識の中身の部分に関しては、私の施設に限らず、施設に入職いただいた職員、若しくは現職者も含めて、研修でほぼ網羅した内容が含まれています。施設の中には、医師、リハ職、介護職、ケアマネジャー等がいますけれども、ほぼこういった(研修の)仕組みが出来上がっています。

ただ、1点この中の提案の中では、アセスメント表でADLの部分ですけど、ここに、在宅に帰った時でも、医療の場でも共通したものをいられないかといったところが課題だと思います。施設の中では、私どもの施設では包括的自立支援プログラムというものを使ってケアアセスメントをするのですが、その中でADLもかなり詳細にチェックはしています。でもこれは施設の中という空間の中での評価になっていて、在宅の方々にそれがそのまま適応できるかというとその限りではないということです。なので、今は施設の中ではすでにこういった流れは仕組みとして出来上がっているので、普遍的にどこでも使えるものにADLの評価を置き換えて、施設の中でモデル的に取り組むことがあれば、問題点の把握もしやすいのではないかと。介護はどういうところで必要か、新しい仕組みを導入したら、戸惑うのか、やりにくいのか、職種ごとに問題点を抽出もできると思うのですね。モデル的取組も推進すると書いてあったと思うのですが、すでにある仕組みの中に一旦取り組んでみて、その是非を問うというのも一つのやり方かと思って伺っていました。

出江部会長:

今のことに関して、事務局から何かございますか。

(事務局)

はい。次の議題にも関わることですが、施設から退所される方のADLが維持されていくということも非常に重要な点でございますので、病院からの流れだけでなく、施設の流れの中にも評価を共通化していくモデル的取組を行い、その結果、施設でのADL評価、そこからつながる在宅での活用と言った流れももう一つ考えていかなければならない部分だと思いました。ありがとうございました。

出江部会長:

ありがとうございます。他いかがでしょうか。

10ページから23ページの全体で結構ですよ。

小湊委員:

14ページの私どもケアマネジャー協会の方のところですが、「在宅サービス施設・事業所等に従事するケアマネジャーに対し、ADL維持・向上を図るケアプラン作成の研修の強化」とあるのですが、どの様なイメージを持っていらっしゃるのか教えていただきたいのですが。

(事務局)

現在ケアプラン作成のための研修が行われていますが、まさにそのものと解釈いただければと思っております。

小湊委員:

我々は現在、ケアマネジャーに研修をしています。医療職のケアマネジャーが少なく、多いのが介護職で、今年合格した方の8割は介護福祉士です。そうなってくると医療的ところが当然(弱く)、介護保険が始まったときよりは、だいぶ専門性が違ってきています。例えばホームヘルパーを3年間やって介護福祉士をとって、そのままケアマネジャーの試験に受かってという、これは元々の基盤が違ってきます。我々としては、ある程度見ることができて、その後に専門職といかにつながっていくかが必要です。自分たちが見てきたところを、OT・PTの方々に、それでいいのかどうかを確認することや、その可能性があると思ったのだけれどもどうかというような専門職種とのつながりを含めた研修というように考えた方がいいと思っていますのですが、いかがでしょうか。

ケアマネジャーだけで何でもできるものではないと、もともとアセスメントをするときには、それぞれの、看護であれば看護の専門性のある人、リハビリに関してはその専門性がある人と、チームでアセスメントをするというのが前提だったのですが、それがなくて一職種だけでやってしまって、十分にできないという現状があるので、その辺も補えればいいのかと思っていました。

(事務局)

ありがとうございます。この中に、各職種の専門性をうまく活用して、ケアプランに活かすというような内容で追加をさせていただくということで検討したいと思います。

出江部会長:

非常に重要な点だったと思います。

ありがとうございました。ございませんか。

大場委員:

今の小湊委員のお話に追加して、10ページの部分に、県が行うADL評価方法を、ケアプランに活かしてサービス提供を行うモデル的取組という記載があるのですが、今お話のあった部分と関連してくるのですが、実際にモデル的取組の仕方として現段階で案があるのであれば、教えていただければと思います。

(事務局)

そのことにつきましては、次の議題になりますので、次で説明させていただきます。

出江部会長:

よろしいでしょうか。

13ページで、PT・OTの士会の部分はあるのですが、言語聴覚士は最初から無かったのですか。

久力委員:

残念ながら、まだ県士会という組織はございません。会員50～60人の言語臨床研究会はあるのですが、それはどちらかというと医療STの方が中心です。最近県士会の必要性を訴えるSTの方も増えてはきていますが、なかなか設立までには至っておりません。

出江部会長:

摂食嚥下の問題と、FIMですと認知項目がありますので、是非作っていただければと思うのですが。

久力委員:

一日も早くOT・PTと同じ土俵にのらないと行けないという危機感を抱いてはおります。4月から東北文化学園大学にSTの過程がスタートし、その後も更に増えるというお話を聞いております。養成校が少し充実することで、県士会の実現に向けての動きも出て来るのではないかと期待しています。

出江部会長:

よろしいでしょうか。

では次に進みたいと思います。報告書の活用について、事務局の方からお願いします。

(事務局) (報告書の活用について説明)

出江部会長:

この件につきまして、何か御質問、御意見などはございますか。よろしいでしょうか。

前後して、申し訳ありませんが、13ページの各職能団体の役割について確認させていただきまして、皆様に今後の活動について、お願いしたいと思います。

医師会については、県との共催によるかかりつけ医研修ということですね。看護協会につきましては、在宅サービス施設・事業所等に従事する看護師に対しての研修ということです。理学療法士会・作業療法士会につきましては、在宅サービス施設・事業所等に従事するリハ職に対してのADLの研修を行う、介護福祉士会につきましては、同様に従事する介護福祉士に対して、疾患別または状態別の多様なADLケア方法に関わる研修をお願いいたします。

それから、ケアマネジャー協会につきましては、ADL維持・向上を図るケアプラン作成の研修の強化とさらに、先ほど御指摘がありました、他の専門職種の強みを活かしていけるような研修を取り込むということですね。

それからみやぎ地域リハビリテーション懇話会につきましては共有する場を提供するというので、それぞれの活動の役割が記載されております。もう一度確認させていただきました。

それではよろしければ「日常生活活動(ADL)の評価並びに維持・向上に関わる人材育成について」に関する審議はこれで終了といたします。本日の意見を踏まえまして、必要な修正を行います。修正については部会長と事務局に一任いただきたいと思いますがいかがでしょうか。

(一同うなづき)

ありがとうございます。

議事2

「日常生活活動(ADL)の評価統一に向けた今後の進め方について」

(事務局) (資料3・4に基づき説明)

出江部会長:

ありがとうございました。

ただいま、御説明のありました内容につきまして、委員の皆様の御意見をお願いします。

栗石委員:

3点ほど確認したいのですが、まず、1ページに看護連絡票の場合ということで、現在とバージョンを変えたものがあるのですが、この1～7の基準となる目安となるものはどういうことなのか1点目です。

(事務局)

仮にということでお示ししていますが、ADLの評価方法が決まらないとここが決まってしまうので、看護連絡票には仮に点数を入れ、またアセスメントのための情報収集シート128には点数を記入する部分を入れてみたということでございます。

まだ、評価表として決めておりませんので、これは仮置きということで御理解いただければと思います。ADL評価方法が決まってから、ここの記載部分が決まるということでございます。

栗石委員:

もう1点ですが、3ページ目の、これは言葉尻の問題だと思うのですが、監視と言う言葉がなじまなくて、何か見張りをされているというような・・・

(事務局)

そうですね。見守りなどの言葉に訂正したいと思います。

栗石委員:

関連するか分からないのですが、ADLを行うための意欲などを評価に入れないのでしょうか。結局動くとか、動かないとか、できる、できないという部分が左右されるのが心理的な面ということもございまして、そういった部分をADLの評価の中に、備考欄や補助的なものとして入れるということはお考えなのでしょうか。

(事務局)

そういった部分も含めた形でのADL評価を考えていきたいと思っています。それから、モデルの効果というところにも、御本人に対する影響、資料1の6ページ、表4の統一をして期待される効果に、対象者やケアマネジャー、サービス事業所それぞれに効果が出ると思われることを記載しておりますので、モデルの中では、御本人にとって、目標を提示することでどういう効果が得られたかについても整理をしていくことを考えていきたいと思っています。

できるだけ、自分たちだけでなく、実際の対象者にとってのADL評価ということを強調した形で、啓発していくときには工夫していきたいと思っています。ありがとうございました。

出江部会長:

他いかがでしょうか。

土井委員:

2ページの4番ですが、先ほどもお話ししましたが、モデル事業のところ、三つ項目が挙がっていますが、私はこれを拝見したときに、急性期病院から直接退院していくケースの評価の伝達、情報の伝達と、いわゆる回復期を経て在宅へ、又は老健を経て在宅へワンクッションおくパターン、それから、既に在宅で生活している方々、この中には身体介護、いわゆるヘルプサービスが中心に入っている方もおられれば、訪問看護、訪問リハビリの医療サービスをベースに使っている方、複合的に使っている方などいろんなパターンがあると思います。こういった一つ一つのパターンに応じたモデルの提示をしていくことによって、共通した課題が見えてくるのではないかとそんな印象を持って伺っていました。

出江部会長:

施設はこれからますます重要で、療法士の数も増えていくと思うし、病院の入院期間が短くなっていますから、施設はワンクッションというよりは、かなり、積極的な意味を持ってくるのではないかと思いますので、今のよう形でしっかりとADLというものが根付いていくといいと思って聞いておりました。

いかがですか。

土井委員:

医療の枠組み、介護の枠組み、その中で損を生じないようにどのような評価方法を用いたらいいのか、その辺の課題を抽出していただけるといいと思いました。

大黒副部会長:

この3ページの一連のサービス提供にADL評価を活用するという図ですが、我々OT・PTの方はこれを見ると言葉も含めて納得できる部分だと思うのですが、先ほど栗石委員の方から言葉も含めて2・3出てきましたけど、ケアマネジャーさんや介護福祉士さんがこれを見てどのような印象を持ったかお伺いしたいのですが。

小湊委員:

後で意見を述べさせていただこうと思っていたのですが、実際のケアプランを作っていくときにはこういうことはやらないですね。実際は使わないです。

どういうことかという、最初の共通言語で歩行は4点で、5点になる可能性があると書いてありますが、最初のところで、何で可能性があるのかというところで、じっくり見るという説明を入れることが基本になります。

先ほど、雫石委員が言われたように、監視という言葉は使いませんし、監視という言葉の意味も分かりません。見守りということの意味も分からないので。リハビリテーションをする部屋の中で療法士の人が見守って動くということと、家庭の中で、自分の家の中で動くと言うことは大分違うことなので、そのあたりはもともと使いません。

さらに、介護職のプランを入れるときに、介護職が訪問時に室内を歩く機会をできるだけ増やすということ自体もしません。介護をするといったときに、介護の中でするとすれば、歩行介助を行うといったときに、どのような介助を行うかということや、入浴の介助を行うときにどこまで自分でやってもらって、どこから介助をするかというプランを作っていくので、介護職の方にリハビリ的対応をするということ自体プランには入れませんので、大分違ってくると思います。

ケアマネジャーとして2か月で歩行を監視で行えるようにしますということもしません。あくまでも目標で行くので、例えば、目標として定めるときには、例えば2か月でも3か月でもいいのですが、その中で目標として、例えば15mくらい歩けるようになるということを目標にしますとするので、行えるようにしますという限定した言い方はしません。

その辺は言葉の使い方のお話だと思うので、後で、現実に即して直していけばいいととりあえず思っていました。

雫石委員：

私もほぼ同じですが、介護職の場合は、独自で判断し歩く機会をできるだけ増やすというのではなくて、自分でベッドからポータブルに移乗ができればとかの動作の部分でのアプローチの仕方になります。それと、OT や PT ではないので、どの程度歩きましょうというのではなく、日常の動作の中でできる部分を一緒になってどの様にしたらできるのかを考えていくことを中心に支援しているのが現状です。

大黒副部長：

だぶん書き方の問題でしょうけど、改善がどのくらい予測できるかということは、たぶん OT や PT、医者も含めてですが、在宅で寝たきりになっている方の、発症してから年数などいろんなことを含めて考えると、なかなかそういう見方は難しいのではないかと思います。ですから、流れとしては多分こうだと思うのですが、恐らくいろんな意味で言葉の使い方、いろんな職種の方に理解してもらおうとすれば、そこに工夫が必要なのかと感じました。

もう一つ別のお話ですが、このモニタリングの成果を見ていくと言っていますが、どの様な方法をイメージしていますか。

(事務局)

一連のサービスの流れの中のモニタリングということでしょうか。モデル事業のということでしょうか。

大黒副部長：

モデル事業です。

(事務局)

モデル事業での評価は、先ほど御本人にとって、また、各職種にとってどうかなど、同じ評価方法を使うことで、まず良かったか悪かったか、直感的なこともあると思うのですが、どういう点が良かったのか、どういう点が良くなかったのかというようなことを……。まだモデル事業の評価ということまで考えておりませんが、ある程度見ていきたいことをシートのように整理するものを先に作り上げて、皆さんに考えていただけるように、言葉として、また、数値的なこと、さらに直感的なことなどいくつか方法を考えて行きたいと思っています。いろんなところでモデル事業を行っていくということになりますので、統一的なところで何か整理できる物を是非考えて行きたいと思っています。

久力委員：

今のディスカッションを聞いていて感じたことですが、この活動レベルの目標で、する活動としている活動や、活動向上訓練のための統一した評価方法として、病院やリハ職が多く使っている FIM の評価をベースにイメージしながら論議していると思いますが、FIM の評価が統一的な評価として使われることで、

今までの論点がすごくすっきりしますが、それだけではやっぱり御本人の生活の質が浮かんではきません。小湊委員や雲石委員が出している部分がそこにつながるのかと感じました。ですから、機能面の評価とその方の生活像としての評価とが重なり合わないと本当のする活動というイメージにならない、いつも難しいところですが、そこに何か生活像の指標をFIMと一緒に添えることでもう少しその人が生きているというイメージを表現ができないかということを感じました。

小湊委員：

今のお話のとおりだと思います。今回例えばリハビリテーションについて、ADLの改善の可能性がある人は、例えば介護保険のサービスを受けている人全てに該当する訳ではないので、統一した指標を使って改善に向けてチームを組んで取り組んで行けるような人を対象として考えた方が分かりやすいのではないかと感じていました。

今回ケアマネジャーの養成研修をずっとやっていましたが、その中でおもしろいプランを作ってきた人がいて、本人の意欲が向上すればADLが改善する可能性があるというプランを作ってきました。普通だったら意欲が無いから改善する可能性がないだろうと見るはずなのに、本人の意欲まで変えようとするプランを作ってきて、それが、当たり前のように、「なるほど。本人に意欲を持ってもらえばいいんだな。」という話になっていきます。こうなると客観的にADLの改善の可能性があるかどうかを見ないで、こうなれば良くなるという状況が出てきたとすれば、ただ紙に書いてだけで終わってしまいます。今回FIMを使って評価するという事は、もともとの順番でケアマネジャーとして見れば、本人のADLに支障がある状態ということがどういうことが原因かということと、どうなりたいのか、どういう生活を送りたいのかということを見たときに、我々としては主治医や専門の先生に、こういう状況だけでも良くなる可能性はあるかということと相談させてもらうとします。そうしたときに普通のADLの目標が設定しやすい利用者の方で、本人の意欲や、体の状況、病気の状況全てを踏まえた上で、さらに、能力を細かく見てもらった上で、改善の可能性があるというのであれば、FIMを使った評価をして、それを具体的にプランの中にのせて、分かりやすい目標にするというように、使うことができる訳です。しかし、そうできない人もいっぱいいるので、今回はその可能性がある人で、チームで組んでいるような職種が集まり、いろんな専門性を生かした上でADLの向上が見込めるといったケースもこれだけあるということを示すようなモデルでいいのではないかと気がしていました。

それが、だんだん一般的になって、ケアマネジャーや一般の人でもFIMが分かるようになってくればいいと思いますけど、すぐにはできないと思います。とりあえずはそのような可能性のある人から始めた方がいいのではないかと気がしていました。

大黒副部長：

とにかく在宅にいる方が、どれくらい動いているかということ、同じように話し合えればいいということですね。ですから、今話に出ている意欲の問題などは確かにあると思うのですが、どのくらい動いているのかということがまずあって、動けていないなら動けていない理由が、それは筋力や、意欲の問題や、認知の面などいろいろあると思います。そこまでやるとこんなことを検討してもしょうがないと思います。FIMならFIM、BIならBIというように、どのくらい動いているのかということと同じように見る意味について、僕はやはり必要だと思います。もしかしたら機能ということに偏ってしまうかもしれませんが、まずは、この人がこの程度動いている、あるいは、この程度できるということと同じように見ていくと考えれば、仮に動けていなかったら、後は、何で動けていないかの理由につながっていくと思うので、まずは、僕はこういうのもいいと思っています。

出江部長：

言葉の問題というのが一つあります。例えば患者さんが、おなかが痛いと言ったときに、医者は腹痛と言い換えたり、十二指腸穿孔と言い換えたりするので、そういう作業がやはり必要ですね。ケアのサイドの人が使う言葉と、医療サイドと翻訳作業が常に行われていなければならなくて、そのためのツールということになります。例えばFIMをつけようということで、御家族に患者さんの様子を聞けば、そこに御家

族とセラピストの間のコミュニケーションが成り立つのでそれを通してセラピストはFIMでは計り知れない本人の意欲を感じ取ったりすることができると思いますから、あくまでもこれはツールとして割り切るのがいいのではないかと思います。聞いておりました。

事務局は、そういうことでよろしいですか。

他に何かございませんか。

土井委員：

以前、事務局にはお話しさせていただいたのですが、日本版簡易型FIMというものを慶応大学の方で着手されたと記憶しています。その視点は介護の方々がいわゆる生活に密着した中で、日常的な場面の中で評価しやすいようにという視点から作り始めた評価だったはず。これは7年前ほど私どもの施設でもモデルでFIMの簡易版評価を介護の方々にやってもらいました。その後そのFIMがどうなったかということを実は把握していませんが、そういったものがもし世の中に出ていけば・・・。

出江部会長：

現在もありまして、慶應大学の方にお願ひすれば、それをファイルで頂いて使うことができます。

土井委員：

入り口の切り口は、介護の方々に生活の場面で日常的に評価しやすいようなFIMにしようというのが始まりです。もしかしたら今のようなお話が、解決するきっかけとして何か見つかるかもしれません。

出江部会長：

簡易版などを通して、始めていくことも一つの方法だと思います。ありがとうございました。

資料の3について、他いかがでしょうか。

望月委員、何かございますか。

望月委員：

資料3に関して、いつも在宅の中でリハ職が入り、いろんな方と一緒に仕事をしていく中で、また、ケアマネジャーの方にリハビリについて何か話してと講師をお願いされるときに、いつもすごく悩んでいることそのものがこの議論の中にありました。逆にそうだと感じさせていただいたところで、やはり最終的にはツールとして、道具として、手段としてこういうものを通していろんな方々が利用者を中心につながっていきける手段として使えればいいかなと。そういった意味で、モデルの中で連携していく、一緒にやっていく上での活用ツールとしてどう使いようがあるかモデル事業の中で検討なり、経験することができたらなと感じました。

出江部会長：

どうもありがとうございました。他よろしいですか。

大場委員：

私も仕事の中でケアマネジャーさんから相談という形で対応することがありますが、ケアプランの部分で、例えばニーズがリハビリをしたい、目標が、リハビリができるようになるというケアプランを目にすることがあります。そうすると、実際のサービスで訪問リハとなる訳です。そうすると実態として何を提供していくことになるかという、非常に難しい部分があります。それで、今回資料1と3で専門職に必要な知識に、まずADLを評価して、原因の追求を行っているかという部分と、している部分と、できる部分のギャップをどう埋めていくかという目標設定の部分の部分が大切だと感じております。今回のモデルで、評価の使い方も重要ですけど、ケアプランや個別援助計画の部分にそういった視点が組み込まれるような事業にしていっていただければ、実際の具体的なサービスも目標に沿ったサービスが組み立てられていくのではないかと感じましたので、是非ともお願いしたいなと思います。

(事務局)

是非、そういったところにも何らかの効果が見えるような形に、評価につきましても、こういった部会ではなく、個別的にいろいろ御相談させていただきながら仕上げていきたいと思っておりますので、今後とも御協力をお願いしたいと思います。

出江部会長:

他よろしいですか。ありがとうございました。

議題(3)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。

ありがとうございました。

司会(石田班長)

出江部会長、誠にありがとうございました。説明の中にもありましたが、資料1につきましては人材育成検討部会の検討結果報告書という形でとりまとめの上、来週、出江部会長にも委員を務めていただいているリハビリテーション協議会で御報告をさせていただきたいと思っています。その段階で(案)がとれるかどうかは今後の調整次第ですが、検討結果として報告させていただいた上で、案をとった正式なものを各団体に御報告させていただきたいと思っております。

また、資料3の部分につきましては現在素案、たたき台という形で来年度以降の取組について御呈示させていただき、多々御意見を頂戴いたしました。今後さらに煮詰めた上で、又御相談をさせていただいて、具体的な取組にしていきたいと思っておりますので引き続き御協力の方をよろしくお願い申し上げます。

長時間にわたり御協議いただきありがとうございました。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。どうもありがとうございました。