

平成 28 年度 第 1 回 訪問リハ地域ブロック連絡会議 事前アンケート回答

1. 今年度の訪問リハビリテーション実務者研修会の要件についてお気づきの点がございましたらお聞かせください。

※平成 28 年度 実務者研修会の開催要件

- ① 10 時間以上
- ② 都道府県行政の介護保険担当者を招き、シンポジウム・ディスカッション形式での研修会企画
- ③ 都道府県の医師会から担当者を招き、シンポジウム・ディスカッション形式での研修会企画

- 県の担当者の出席を依頼したが、現状の話はするがシンポジウム等での意見交換会は遠慮したいと言われた。
- 他団体とのつながりを「訪問リハビリ」だけ先に行う点で土会の協力が得られにくい。実務者研修会の運営を 3 土会と別組織がおこなっていると、なおさら。振興財団から土会への働きかけをお願いしたい。
- 医師会や行政との関係づくりは必要なことだと思います。
- 医師会との連携という点で、訪問リハと連携することで医師（医師会）側にどのようなメリットがあるのか、具体的に提示できると良い。
- 日頃の業務では交流のある医師はいても、今回は県の医師会会長を通しての講師依頼としなければ、県全体の医師との連携を深めることには至らないので講師依頼にもかなりハードルが高かった
- 多職種が参加したフォーラム形式の意見交換は今後も必要なのではないかと思います
- 県医師会に参加依頼しているが、人選に苦慮している様で、良い返事がいただけない状況。医師会代表としてのシンポジウムなどの参加となると、簡単にはいかないように感じる。関係構築を第一に考えているので、これ以上打診するのは良くないと、話し合っている。単県に置いては、そのような現状がある事を御理解いただきたい。
- 都道府県の行政・医師会の担当者を招くことに苦心したが、参画していただいたことで協力関係を構築する第 1 歩とすることができた。
- 都道府県医師会、行政から講師等と呼ぶ件に関し、その意図が十分に会員や研修会実行委員に伝わらなかった印象です。
研修会の実行委員からは「訪問リハ」を会員に理解してもらうための研修という位置付けが強く、中々そこから脱却できない印象でした。会員、実行委員へはもう少し丁寧な説明が必要であったかもしれません。

- 県の医師会や行政とのパイプは県士会レベルにて既に持ち合わせていた為、今回はその担当者を通じて働きかけを行なっている。
- 研修会の枠組み自体に関する要件には変更ないため、問題ないと思われる。しかし、行政や医師会を研修会に巻き込むこと、という要件に関しては、かなりハードルが高いと感じられた。
- 訪問リハ振興財団としては、訪問リハステーション開設のために実務者研修会を実施することが当初の目的だったと解釈している。

だが、すでに地域に出ている訪問リハ人材だから、地域包括ケアシステム構築に向けて動けるだろうという考えはいかがなものか。理解はできるが、現在、地域包括ケアシステム絡みの研修会が非常に多くなっている状況である。従来の内容に加え、一緒に行っていく必要性はあるが、今年度の要件に地域包括ケアシステム関係の内容を盛り込んでもすぐに出来るものではないと考える。

現在、実務者研修会を企画実施するために各都道府県の3士会が集まっている場が、そもそもの目的を果たすものではなく、地域包括ケアシステムのための団体になりつつあるのではないかとと思われる。訪問リハ振興財団が何を育成するものなのか、分かりにくくなっている。

地域包括ケアシステムに関しては、どこがというよりは、リハ全体で関わるべきものだと思う。3協会との連携を図り、もっとあるべき形を考えてもらいたい。

- 要件②③はハードルが高いと感じた。本県の場合、地域リーダーが県士会や県のリハビリテーション三団体連絡協議会の理事等ではないため、医師会や行政へ直接働きかけることが難しい。幸い今年度は、リハビリテーション三団体連絡協議会の理事が実務者研修会の運営委員であり、その方を通じて働きかけを行うことができた（成果を上げるためには来年度以降も働きかけが必要ではある）が、他の県でも同じような悩みを持っているところが多いのではないかと思う。
- 訪問リハビリステーションの制度化など今後の展望において、事例収集の必要性や行政等との関係強化の重要性は理解できましたが、実務者研修会での内容に盛り込むと研修受講者の研修会に対するニーズと少しずれるようにも感じました。
- 県医師会から講師をお招きし研修会への参画を盛り込む事について、振興委員会レベルというよりはPT、OT、ST各士会会長レベルからの相談と打診が必要であった。
- 医師会の先生の研修会の参画のあり方に関し、現状ではハードルが高い印象がある。本県はまだまだ模索段階なので他都道府県の取り組み等を参考にしたい。
- 本県の場合は医師会が先導的に動いているのでやりやすいかもしれません。
- 医師会・行政との連携に関して、必須にして頂いたことにより、今後スムーズに連携がとれていくのではないかと期待しております。介護保険下、医療保険下共に、全て医師の指示の下動かなければならない為、特に医師会との連携は必須と考えます。
- 医師会、行政を巻き込み、ディスカッションの場をつくることは非常に意義深い。

- 訪問リハビリステーションの実現は困難な状況であり、一部団体の前では声高に叫ぶことができない状況と聞いています。にもかかわらず、実務者研修会の目的の最上段にその実現を目指す旨が明記されています。私たちはどこに向かわされているのか、不安に感じます。
- 直接リーダー会議に出席していないので誤解があるかもしれませんが、要件として医師や行政を呼べばよいという感じにとらえてしまい、残念でした。もっと我々のスキルアップに欠かせない要件を提示していただきたいです。
- 主旨は分かるのですが、今年度のように大きく変わる可能性があるなら、研修計画の都合上、早く示していただきたい。
- 訪問リハビリとして関われる事の幅を広げ、地域により貢献できる訪問リハビリ従事者を増やすため医師会や行政との連携は必要だと思います。
- 県医師会と県行政を巻き込んで行う趣旨、意向は理解ができ、必要性を感じているが、地域包括ケアシステム構築の観点から考えると県単位ではなく、市町村単位で行ったほうが良いのではないかと思います。また、医師だけではなく、ケアマネジャーの訪問リハビリに対する理解を深める必要もあると考え、ケアマネジャーにも参画してもらったほうが良いと思います。
- 例年では、講師として出席いただいても、ご自身の講義の駒が終わればすぐに帰られてしまうことが多く、意見交換や我々の活動をご理解いただくことが十分ではなかったと感じるので、今回は良い機会になると感じる。
- 要件②、③は必要なことであると感じます。ただ、各都道府県で②、③との関係はかなり多様なのではないのでしょうか。
- 10月1日に県のリハビリテーション専門職協会を立ち上げ、関連職種各種団体の皆様に設立記念式典に参加していただいた。その中でリハビリテーションについて伝えるお話を盛り込みましたが、その協会の中に、訪問リハビリを部署として位置づけて、様々な発信をしていこうと検討中。実務者研修会には盛り込めませんが、別のところで働きかけていこうと思っています。
- 都道府県医師会や行政から講師等と呼ぶ件に関して、訪問リハビリを理解してもらうためにその必要性は強く感じているが、具体的に行動に移せていない現状です。どのように関係性を築いていけばいいのか、他県の事例も聞きながら当県でも取り組んでいかなければならない課題とっております。
- 行政職員を講師とする件については、昨年度の研修会で県庁職員（主査）より講義いただいています。リハビリテーションに対する理解がある方でしたのでとても良かったのですが、行政は異動があるため関係が繋がりにくい印象があります（部長、課長職では講師を引き受けていただくことが難しい）。
- 都道府県医師会による講師に関しては、今年度研修会にて県医師会副会長をお招きしま

す。内容としてはその医師が取り組まれている内容を講義いただく形です。

- 訪問リハの理解を深めていただくという目的での要件かと思いますが、各県士会会長や理事の方々と医師会の関係性が不明な点等多々あるため、企画を行う段階で私たち研究会に求められている要件が大きなものであり負担にもなっています。また、各県士会長に相談した所、県単位ではなく各市町村でご活躍されている医師の方々と交流を深めご理解いただく活動をしていくことが優先ではないか？との意見がありました。

2. 来年度の訪問リハビリテーション実務者研修会の必須としたい内容がございましたらお聞かせください。

- ケアマネや関連介護サービス事業所との連携
 - リハビリテーション会議を開催していくためのマネジメント能力
 - 今年度のような多団体との交渉を必要とする要件を単年度で変えないでほしい。
 - 従来通りが良い
 - 具体的な内容ではありませんが、以前『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』で研修会のカリキュラムのシラバスを作成されましたが、ほとんど活用できていません。例えば、今年度の必須項目はどの項目にあたるのか等をご提示いただければ、それ以外の項目を補うような研修会内容を考えていくなど、企画立案するときの指針となるのではないかと思います・・・
- また、数年かけてでも38項目のカリキュラムが達成できるような研修内容でなければならないと思うのですが・・・
- 高知の吉良先生のような訪問からさらに進んで対象者が外に出て行くような活動につなげるリハの講演が良いと思います
 - 地域のセラピストは、多くの場面でプレゼンテーションをする機会があると思います。
1) 家族に対して 2) 利用者に対して 3) 他事業所に対して 4) 他職種に対して
そのプレゼンが上手いか下手かでじつはセラピストが地域で信頼を受けられるかどうか大きく影響しています。が、しかし、それが苦手なセラピストは非常に多いと思います。話術・コミュニケーション・説明・プレゼン・いろいろな言葉を使いますが、上手なセラピストは、マネジメントも上手な気がします。
 - 地域包括ケアシステムの概要
 - 実務者研修会を企画する上で、なるべく早い段階で要件を提示頂きたい。
 - 介護予防、地域ケア会議等の実践について
 - 訪問リハ実務者研修会なので、もう少し訪問リハ実務者（訪問未実施者にも）にとって、興味を持ってもらえるような内容

- フィジカルアセスメント、姿勢管理など訪問において生活期を支える訪問リハでの基本的技術や知識は初心者で受講した方には必要かと思います。また、訪問リハが目指すもの、など指針を提示してもらえなものもいいかと思います。
- 地域包括ケアシステムについて
- 地域のインフォーマルサービスの理解、加えてかかわりを持つこと
- 地域の当事者のニーズ調査、訪問リハを更に理解してもらうための働きかけ
- 終末期、小児に対する訪問リハ
- 制度の勉強が必要と考えます。
- 現状の「連携」が必須と感じます。
- ケアマネジャーの参画を必須にしても良いかと思います。
- これまでの活動を今後につなげていくための検討の時間。訪問リハビリテーションの実現以外にも、これまでの研修を生かす方法はあると思います。
- 地域ケア会議におけるPOSに期待されている役割や総合事業で成果を上げるために訪問リハ事業所が地域拠点として担うべき役割と動きみたいな内容で、訪問業務以外で果たすべき役割りを実践事例など交えて盛り込んで
- 終末期のリハビリテーション
- 総合事業に向けたリハビリテーション専門職の役割
- 地域ケア会議などの地域における会議参加は訪問セラピストが担うことが多い。今後、病院のセラピストも退院時支援(目標設定支援等管理料が新設)カンファレンスへの参加機会が増えてくる。そういった場所で、比較的経験の少ない方がファシリテーター・コーディネーター的な役割を担う事もある。管理者研修に適切な内容にも思いますが、実務者研修会より「①グループワーク技術・方法論、②リーダーシップ論」などを取り入れたい。
- 急性期、回復期、生活期、予防期それぞれのステージで働くセラピストの意見交換の場。また各領域からの参加者を増やす仕組みづくり。
- 訪問リハビリテーションを取り巻く社会背景。とくに地域リーダー会議で財団が発信しているフレッシュな情報はとても参考になるので、できれば財団の方に実務者研修会に講師などとして関わっていただければと思います。
- 訪問リハにおける評価指標
- 事例検討
- リスク管理（毎年必須として学び続けることが重要かと考えている項目です）
- 終末期リハビリテーションの関わり方
- 小児の訪問リハビリテーションの実際

3. 来年度の訪問リハビリテーション・フォーラムでテーマにすべき内容がございましたらお聞かせください。

- 活動、参加への取り組みの実際（介護度別に）
- 地域の特色を生かしたアプローチ
- 30年度以降の働き方について
- 住民主体の地域づくり紹介
- 全国のインフォーマルな地域資源の情報
- 次の法改正について方向性を示してほしいと思います
- 平成30年度介護保険制度改正の動向について
- 介護予防・日常生活支援総合事業に対しての、特にリハが関与する訪問型Cや通所型Cの「短期集中予防」をテーマにした内容をお願いしたいです。
- 訪問終了、終結（修了）時期についてのテーマ
- 訪問リハビリについて、卒前・卒後教育についてのテーマ
- 地域包括ケアシステムへの様々な視点からの取り組み

- これまでの活動を今後につなげていくための検討の時間。訪問リハビリステーションの実現以外にも、これまでの研修を生かす方法はあると思います。
- 地域ケア会議おけるPOSに期待されている役割や総合事業で成果を上げるために訪問リハ事業所が地域拠点として担うべき役割と動きみたいな内容で、訪問業務以外で果たすべき役割を実践事例など交えて盛り込んで
- 終末期のリハビリテーション
- 終末期、小児に対する訪問リハ
- 総合事業に向けたリハビリテーション専門職の役割
- 要支援の方に対する自立支援に向けた訪問リハの関わり
- 自立支援
- 急性期・回復期病院と地域への密な連携について
- 生活期のみならず、多領域の方々へ生活期リハから発信できるようなテーマを期待します。
- 今後のリハビリテーションに期待されていること
- 市民に対して（もっと）訪問リハビリテーションを知ってもらい、何をするのか、何ができるのか、どう役にたてるのかをアピールする場にして、今後の利用を呼び起こせばよいと思います。
- やはり「リハビリテーションマネジメントの視点」でしょうか。
- 適材適所の訪問リハとは（これまでの内容と重なるとは思いますが・・・）
- リハビリテーションマネジメント関連

4. 訪問リハビリテーション・地域リーダーの役割についてご意見をお聞かせください。

※地域リーダーの役割

- ① 三協会から訪問リハビリテーションに関する様々な情報を収集して、実務者に提供
- ② 必要に応じて各地域の訪問リハの実情や課題を意見集約、三協会に提言
- ③ 実務者研修会の企画・運営
- ④ モデル事業や調査研究への協力

※地域リーダー会議の目的

- ① 訪問リハビリステーションの制度化に向けて、訪問リハビリテーションの質と実務者数の担保が問われる中、リハビリテーション 3 職能団体が、一体となって従事者に対する研修を実行する
- ② その為に、都道府県士会のリーダーを集め、それぞれの都道府県の実情を把握した上において、一定以上の参加者数が得られる全国の統一された研修会を企画運営するための会議を実施する

- ・「三協会から訪問リハに関する様々な情報を収集して、実務者に提供」とあるが、県三士会が同じような動きをすることが難しい。
- ・「訪問リハビリ従事者の質と数の担保」が目的であることは理解できますが、「訪問リハビリステーションの制度化」の内容が現状で薄れている印象があります。
- ・リーダー会議の目的の中で「訪問リハビリステーションの制度化」とあるが、地域包括ケアの考えが進む中、今の時代にそぐわないのではないだろうか？
- ・制度化に向けて具体的に進んでいるのか研修参加者に問われると全く返答できない現実があるのに、あまり積極的に活動できないこの現状をなんとかして欲しいと思います
- ・実際は研修の企画運営窓口が主な役割でしょうか？
スライドの3番目の役割が非常に大きいと思います。
- ・「地域リーダー一人一人」、「地域リーダー会議」、「財団」の役割が混在しているように思います。
- ・各県士会の規模・実情が異なるため、役割を担いきれない部分も出てくるのではないかと（特にST士会）
- ・リーダー会議に参加する条件として、〇年間は継続する、士会役員など定めた方がよい
- ・特に他団体との関わりを求められるとハードルが高く、役員レベルが適任。
- ・実際、訪問リハビリに従事している療法士は決して多くない状況なので、地域リーダーを担ってくださっている方が各圏域でまとめて下さるのは大変ありがたいことですが、地域リーダーの方の負担は大きいと感じます。

- 必要に応じて各地域の訪問リハの実情や課題を意見集約、三協会に提言については、現在意見収集体制もなく、訪問リハとしての連絡網もなく困難と思われます。
- 地域リーダーの役割や、それに対する成果など、自分自身意識して行動できているかという点不十分な点が多いように思う。
- 分かりやすく良いと思います。
- とても重要であると感じるが、顔を合わせたり情報交換する場が不足している気がします。かといって集まる場をたくさん設けることも物理的に難しいので、どうすると良いでしょうか？
- 訪問リハピリステーションの実現は困難な状況であり、一部団体の前では声高に叫ぶことができない状況と聞いています。にもかかわらず、実務者研修会の目的の最上段にその実現を目指す旨が明記されています。私たちはどこに向かわされているのか、不安に感じます。
- もっともだと思います
- 課題の集約：特に訪問リハと訪問看護からのリハが国民から見るとその違いや使い分け方が曖昧で使いづらいことや指示医の問題など、訪問リハステーションの創設に向けて整理すべき課題の集約が重要だと思います。
- 調査研究：9月から始まっている社会保障人口問題研究所の川越氏のグループによる訪問リハと通所リハの研究に訪問看護STも全国的に協力をしてデータ集積を進めています。アセスメントからアプローチに至るPOSの思考過程（目標設定・予後予測など）をシートに入力して6ヶ月間でその経過（リハ効果）をデータとして集積していく予定です。こういった研究に協力することで、訪問リハと訪問看護からのリハに関して、一定の効果をおぼえており国民にとって、国家の社会保障費の縮減に向けても必要なサービスであることをアピールする必要があると思っています。
- 役割について理解できていると思います。
- 振興財団がお考えの制度化とは何なのかをもう少し具体的に示していただきたいです。
- 県内の実務者（特に医療機関、老健の訪問リハ）が把握できておらず、実務者からの意見集約、情報発信が難しい。
- その通りと思います。

5. 在宅リハビリテーションの制度に関して困っていることがありましたらお聞かせください。

- 訪問リハの二重診療（県によって対応の差はあるが、やはり必要と言われる）
- 訪問リハの窓口がいくつかあり、わかりにくいと言われる
- 医療保険の訪問リハについて、訪問診療を行っていることが前提となっている。診療報酬の単価も違い、加算がなかったり提供上限も異なる。同じ訪問リハビリであるにも関わらず、現実は一物二価どころか一物四価（病院/訪問看護ステーション・医療保険/介護保険）になっている。医療保険の訪問リハビリについての振興財団の取り組みを明らかにしていただきたい。
- 徐々に現場の意向が反映されてきている(当該施設の医師の受診の必要性等)
- 書類の作成など事務的な業務が多忙ではあるが、どれも必要な事で頑張るしかないと思っている。
- 週6単位というくくりがあるために、PT・OT・STがそれぞれに集中的に訪問したい時に訪問できない。例えば短期集中算定期間だけでも週6単位の制限を外して欲しい。
- 介護保険制度における多数の帳票のやり取りに時間を取られるので紙を減らすことが出来ればと思います
- 病院等からの訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからのリハビリがあり区別が難しいこと。
- 20分1単位、週6単位の制限が妥当なのか。
- 制度としてリハ職単独での事業運営が可能となる訪問リハステーションが制度に組み込まれることを望みます。すでに特区で開設されている事業所では実績も積まれていることと感じます。それを全国へ普及できるような特区開設など制度的にあればと考えます。特に今後、震災が予想される地域では事前の準備や予防対応として開設ができればよいように思います。
- 都市部、中間部、地方で訪問報酬制度が一律では、人口の少ない地域では採算が合わない。
- 病院、診療所からの訪問リハと、訪問看護ステーションからの訪問看護Ⅰ－Ⅴが存在することは、やはり利用者、他職種からもわかりにくく、かつ、実質(本質的には大きな違いがあるが・・・)、両者はほぼ同様のことを行っているながら、制度上は様々な違いがあり、整合性がない。早急な整理が必要と考える。
- リハマネ加算の導入により訪問リハと通所リハの役割分担が不明確になりつつある。
- 医療保険による訪問看護ステーションからの訪問の場合、同日に複数の訪問看護ステーションが入ることができず、十分に訪問リハ（訪問看護Ⅰ－Ⅴ）を提供できないときがある。
- 脳卒中の退院直後など、頻繁な訪問が必要な場合は、難病等と同様、医療保険で訪問が行えるように改定した方がいい。

- 診療情報提供書（訪問リハ指示書）の書式について、統一できないか等のお話しを耳にする機会が多い。
 - 介護保険からの卒業が言われるようになってきましたが、その先がほとんどない現状があります。そのため、卒業が難しい状況になっています。
 - 平成 30 年度の改定の情報が早めに欲しい
 - 訪問看護ステーションからの訪問リハでは敷地外でのリハビリ提供ができないこと等
 - 病院からの訪問リハビリについて三ヶ月に一度、主治医ではなく指示医の診察が必要であるかどうかの件で、必要ではないと話を聞いたのですが、正式な文章が見当たらないため、以前通りに指示医の診察をしてもらっています。利用者様・ご家族様の負担を考えれば、指示医の診察をなくしたいのですが、病院の方針として正式な文章が出てから動くとのことなので、正式文章がないかと思っています。
 - 訪問看護ステーションからの訪問リハビリと病院からの訪問リハビリの差別化が不十分に感じています。そのため、ケアマネジャーもどちらを利用すれば良いのか困惑している様子があります。また、病院からの訪問リハビリでは利用者様が退院直後であれば早期加算が算定できるのですが、単位が高すぎるとの理由で訪問リハビリを見送る、または訪問看護にするなどを行っているケアマネジャーもいるようです。当院の対応として早期加算が算定できるのにもかかわらず、算定せずにサービスを提供しているケースもあります。
 - 医療機関と訪問看護ステーションからの訪問リハの報酬上の違い
 - 予防的なかかわりに関して、どこまで介入できるのかが不透明である点。
 - サービス終了後の経過が追いにくい。
 - 終了後の受け入れ場所が確保されていない。
 - 地域に戻るためにハードルを感じることもある。
 - 退院日の訪問が実施できないこと。
 - 同一事業所の場合、医師の訪問と同日訪問看護の減算
- 訪問リハと訪問看護 I 5 が共存しており、ケアマネや利用者にはわかりにくい。訪問看護 I 5 で実践しているように、かかりつけ医との連携こそが、地域包括ケアのあるべき姿だと思っています。
 - 在宅リハを志す POS が活躍出来るフィールドの確保のためにも、訪問リハステーション（現在の訪問看護 I 5 のようにかかりつけ医の指示の基で訪問リハを提供するかたちで、設置主体を医療法人格に限定しない）を創設し供給量を担保することで、訪問リハサービスの充実を図ることが不可欠だと思います。出来れば多職種が協働して在宅高齢者の生活を多面的に支える機能を有する複合型ステーションが理想かと思っています。
 - 訪看からのリハと訪リハで、加算の有り無しがある。加算があるから訪リハには頼みたくないという声があること。やっていることは同じと思うのですが・・・。

- 難病以外の複数訪問看護ステーション利用に制約があること
- 特区の訪問リハの期限に伴う終了の問題
- 訪問リハと訪問看護 15 の整合性の確保
 - ※訪問看護 15 でもマネジメント加算などを取れる仕組み
- 訪問リハを「お試し」できる仕組み
 - ※本契約の前、または医師の指示が無くとも、訪問リハの考えや視点を当事者や家族、他職種の方々へ伝えることに報酬がつく等。訪問リハの視点が幅広く役立ててもらえる仕組みがあるといい
- 当県は復興特区による訪問リハビリステーション事業所があり、復興特区期限に伴う今後の在り方の問題
- 訪看からの訪問リハの整合性

以上