

在宅医療推進事業 多職種研修会

(在宅生活を支えるために活用するリハビリテーション)



開催日	平成26年 6月13日(金)
開催場所	いちき串木野市 アクアホール 多目的室
開催時刻	18:30~20:00
主催	いちき串木野市医師会
共催	いちき串木野市 健康増進課

●開催理由について

⇒今後、当地域でも取り組まれていく“地域包括ケアシステム”ただ、その内容などについては誰しもが不明確であると思います。“地域包括ケアシステム”は重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けていけるよう、「住まい・医療・介護・予防・生活支援」を一体的に提供されるものとあります。この「住まい・医療・介護・予防・生活支援」をより効果的に、そして効率的に取り組んでいくために、まずは多職種が顔が見える関係を築き、そして、少しでも同じ方向性を持ちながらそれぞれの役割りを果たせていける様な意識付けになればという思いから今回の研修会開催となりました。

■参加職種

- ・医師：1名
 - ・行政（地域振興局・健康増進課・包括支援センターなど）：21名
 - ・介護支援専門員：16名
 - ・リハビリスタッフ（PT・OT・ST）：40名 ※協会会長、広域スタッフ等含み
 - ・通所リハ・介護、小規模多機能、グループホーム、訪問看護スタッフ等：21名
- 【総合計：104名】**

■参加団体・協会

- ・医師会、行政（地域振興局、健康増進課等）、介護支援専門員協議会、鹿児島県理学療法士協会、地域リハビリテーション広域支援センター、神村学園作業療法学科等

医師会 会長 あいさつ



・昨年10月より当医師会にて在宅医療推進事業に取り組んで参りました。今年度からは、医師会組織の中に在宅医療推進事業理事を配置することとなりました。委員長に花牟禮医師(花牟禮病院 院長)、副委員長に下鶴医師(医師会病院 院長)が就任致しました。また、色々な相談窓口として、医師会病院(脳神経外科センター)内にある“在宅医療推進事業 事務局”を利用して頂けたらと思います。

また、あいさつ中に「連携なしに推進なし」、この言葉より研修会が開始となりました。

各関係機関・協会からの情報提供

- ①鹿児島振興局保険福祉環境部健康企画課
技術補佐兼健康増進係長 西原 洋子様
「地域包括ケアシステムと伊集院保健所の取り組みについて」
- ②いちき串木野市 健康増進課
課長 所崎 重夫様
「いちき串木野市の介護保険の現状と今後の取り組み」
- ③鹿児島県介護支援専門員協議会 いちき串木野市支部
副会長 福屋 謙一様
「地域包括ケアシステムの中での介護支援専門員の役割について」
- ④鹿児島県理学療法士協会
会長 梅本 昭英様
「地域活動の現状と会員教育」
- ⑤広域リハビリ支援センター
代表 原野 信人様
「地域包括ケアシステムの中での支援センターの役割について」



①鹿児島振興局保険福祉環境部健康企画課

技術補佐兼健康増進係長 西原 洋子様

「地域包括ケアシステムと伊集院保健所の取り組みについて」

《概略》

⇒現在鹿児島県の高齢化問題については、他の地域と比較してより2025年に近い数字となっている。また高齢者単身世帯は全国1位、高齢者夫婦世帯は全国3位となっている。

⇒平成27年度より、全国で9県で取り組まれる都道府県医療介護連携調整実証事業に取り組んで行く。

※急性期・回復期の病院から在宅へ患者が円滑に移行するために、介護保険の適用が考えられる退院患者情報をもれなくケアマネージャーにつなぐことができるシステム作り

②いちき串木野市 健康増進課

課長 所崎 重夫様

「いちき串木野市の介護保険の現状と今後の取り組み」

《概略》

⇒平成24年、25年度の介護保険サービスの利用状況を比較すると、平成25年度の一人当たりの介護給付費は減少しています。

⇒平成24、25年度の住宅改修の施行業者割合では、第一位業者が約4割を占めている状況である。

⇒リハビリ等による重複・頻回受診者について、行政として訪問指導を実施しているとのこと。(中には25日間リハビリ等での重複・頻回受診者がいたとのこと)





③鹿児島県介護支援専門員協議会 いちき串木野市支部

副会長 福屋 謙一様

「地域包括ケアシステムの中での介護支援専門員の役割について」

【概要】

⇒以前、介護支援専門員協議会の地区合併の話が出た際にはいちき串木野市の介護支援専門員として、地域に密接な連携を図りたいとの思いから、行政と掛け合い、現状の形となった経緯をお話しされました。そして今後もその熱い思いを持ったままこの様な連携、そして推進を図っていきたいとのお話がありました。



④鹿児島県理学療法士協会

会長 梅本 昭英様

「地域活動の現状と会員教育」

【概要】

⇒協会としても他の団体や委員会との連携を図っている現状である。
⇒現在、南薩ブロックには322名、そしてこのいちき串木野市には43名の会員がいる。ただし、その会員の半数が5年未満の会員であるのが現状である。
⇒今後益々地域に目を向けられるセラピスト育成のために、介護予防推進リーダー 地域包括ケア推進リーダー育成研修を行っていく事となっている。



⑤広域リハビリ支援センター

代表 原野 信人様

「地域包括ケアシステムの中での支援センターの役割について」

【概要】

⇒まずは、広域支援センターの役割と、そして平成25年度の活動実績報告がありました。また、その中で、地域におけるリハビリ資源の実態調査を実施し、その見える化を図る活動を予定しているとのこと。(実際、日置地区では作成中)今後の課題として、いちき串木野市での活動をどの様な形で実施していくのかには、今後検討が必要であると感じています。

※今回は、5名の方に短時間で多くの情報を提供して頂きました。
ここで記載させて頂きました“概要”については、その極一部分となっておりますことをご了承下さい。

意見交換会まとめについて



■意見交換会のテーマ

- ①在宅生活の維持・向上について多業種がどの様に協働すればいいのか??
- ②予防という観点も踏まえ、どうしたら利用者(地域住民)が身体的にも、精神的にも自立が図れるのか??

①在宅生活の維持・向上について他職種がどの様に協働すればいいのか？

苦労している内容	スムーズに行えている内容
多職種が直接会って話をする機会が少ない	家屋調査でリハビリスタッフが自宅での動作確認をしながら、改修案を提示してくれる
入院前の状態の把握が難しい	自分の担当利用者が入院したら、先方へ情報提供を行っている
家屋調査、福祉用具の選定について、家族を介してケアマネと連絡を取るケースがある	在宅復帰する際は、事前の情報収集を大事にしている
担当者会議での情報提供で吟味が内容の吟味が困難	
担当者会議に、担当者ではなく管理者がくることが多い	
再申請の必要を感じた際にケアマネに連絡を取れず、家族へお願いすることがある	
多職種に連絡をする際、いつ行えばいいのか分からないことが多い	
入院先がかかりつけ医ではない場合、誰に連絡すればいいのか分からない。	
適切な住宅改修が行えていないことがある	
住宅改修にリハビリが参加してくれないケースがある	
地域あるリハビリ資源が分かりにくい	
情報提供の方法が分からない	
情報収集の方法が分からない	
遠方病院、施設では連携が取りにくい	
担当者会議がないケースがある	
医療系に対して敷居の高さを感じる(声をかけにくい人がいる)	
住宅改修などでリハビリに意見が言いにくい	
情報提供で、退院時や入院時の現状が良く分からないことが多い。	
お互い(他職種)を知る機会が少ない	
入院時に介護保険を持っていない方の情報が少ない	
情報がバラバラで共通ツールがない。	
地域作りについて多職種での協議する場が少ない	
病院と地域とのギャップに差があり、戸惑う方も多い	
医療機関と行政との連携が不足している	

その他

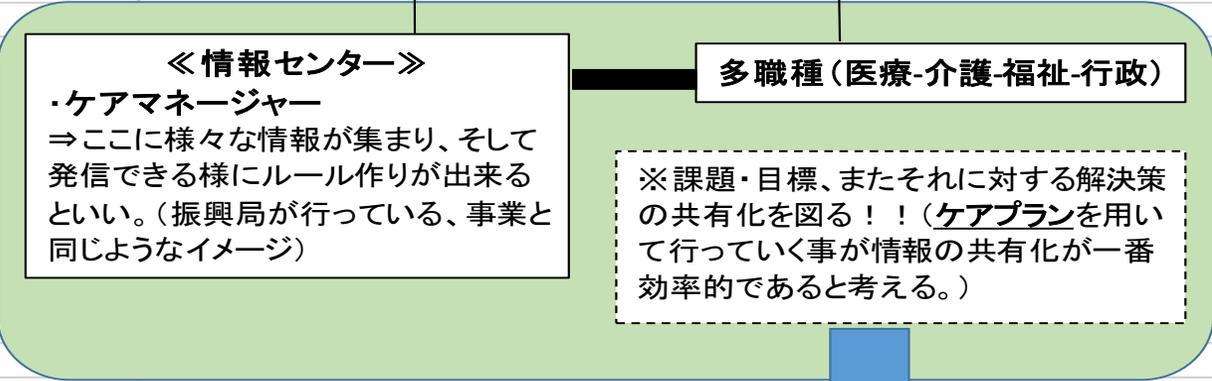
※そもそも連携がそれ程とれておらず、スムーズなケース、そして苦労しているケースが少なすぎる。

※いちき串木野市は顔の見える連携が取りやすい環境にはあるのでは？

①在宅生活の維持・向上について他業種がどの様に協働すればいいのか？【図式化】

(必要な情報)
・入院前の情報(病気の事、生活状況、主介護者についてなど)
・退院時の情報(病気の事、活動能力、色々な危険性の有無など)
・住宅改修に必要な情報
・リハビリ資源(今後広域リハ支援センターから情報提供ある予定)

(窓口の設置)
・医療側:相談員(医師会ホームページをご覧ください)
・介護側:担当ケアマネ
・福祉側:担当民生員
※今後、一元化し、見える化する必要がある。



- ☑今後のスムーズな連携に必要な事項**
- ①顔の見える関係作り(定期的な交流会の実施)
 - ②会議に参加し易い職場作り(職場の理解を図る)
 - ③特に医療スタッフが地域の現状がわかるような取り組みの実施
 - ④お互いを思いやる気持ち(お互いの意見を傾聴する気持ち)
 - ⑤情報の見える化(ツールの検討) など

■今後必要と思われる活動課題
※アンケートにもあったが、今後この課題・目標とその対策の妥当性についての検証を重ねていく必要があると考える。そのためには、多職種が集まり、ケーススタディに対して議論を結果の積み重ね

【上記図の要約】

・まずは、どの様な情報が必要かであるかを整理し、そしてその情報を効果的に、そして効率的に発信・収集するために、各機関(医療・介護・福祉・行政)の窓口の明確化を図る。また、情報管理の中心的立場がケアマネであることを多職種が再認識し、さらには、作成されるケアプランから多職種が課題・目的、そしてその対策についての共通認識を持ち、その検証を実施していくことが重要である。

② 予防という観点を踏まえ、どうしたら利用者(地域住民)が身体的にも、そして精神的にも自立が図れるのか？

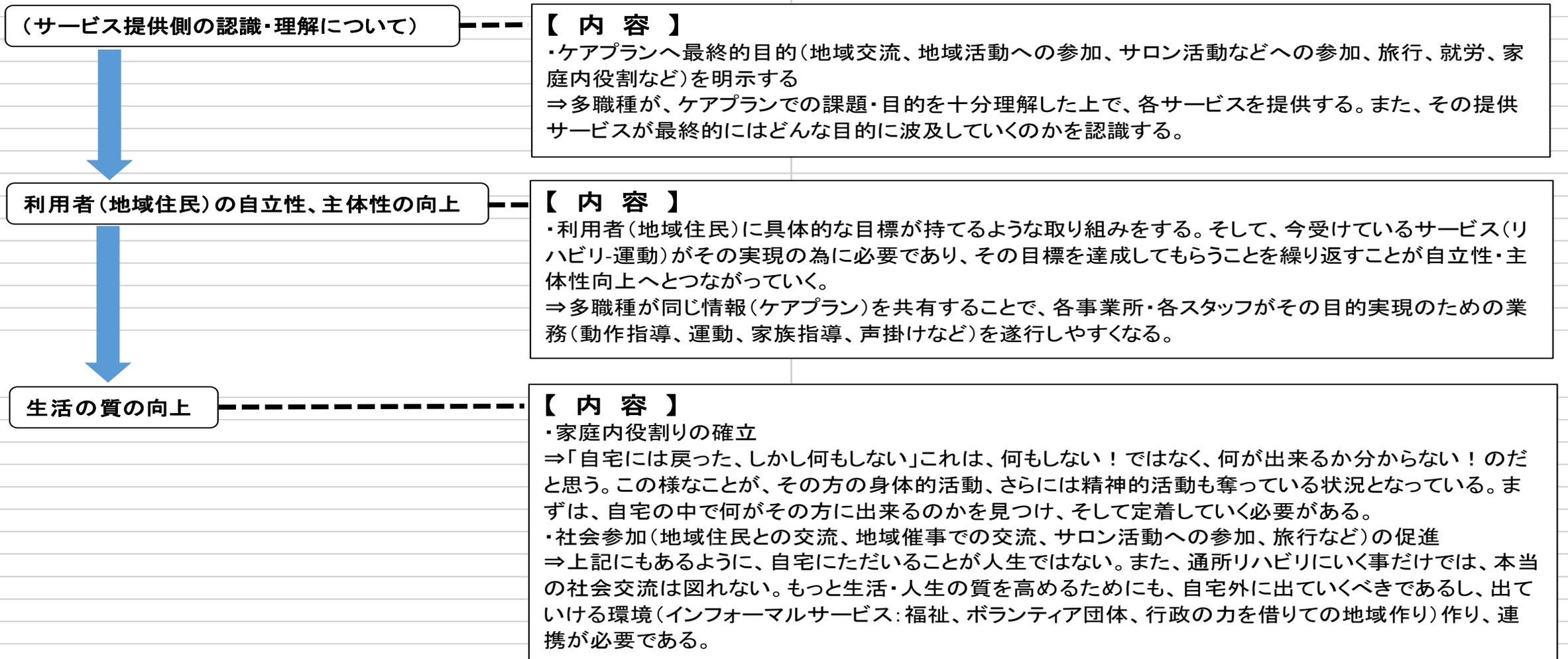
サービス提供側	利用者(住民)側
リハビリはリハビリスタッフだけが行うことではない(他の職種にお願いしていることもある)	利用者の意識の変革を図る(してもらう→する)
ケアプランの目的を維持だけでなく、もっと細かい目標を立案していく	自宅での家庭内役割りを持ってもらう
多業種間で連携して生活指導を実施していく。(生活そのものがリハビリである)	運動は通所で行うものであるという考え方を変容する
実施結果の見える化を図る(自己効力感が見えるように)	
目的の明確化を図る(まずは、目的を持ってもらうことが必要)	
ケアマネージャーに必要な情報提供を行う(課題や目的、日々の変化など)	
利用者に主体性を持ってもらえる取り組みを全体で行う	
その方の可能性を見つけ、そして提示していく	
自宅に戻る＝目的達成と考える人も少なくない(モチベーションが下がる方も少なくない)	
市町村においても自立を促す取り組みを実施していく(共働しながら)	
リハビリ＝「マッサージ」ではなく、あくまでもリハビリは動作、日常生活が変わる一手段であることを再認識する	
ケアプランの課題・目的をもっと多職種が意識して確認するようにする	
通所リハビリ＝社会交流ではなく、あくまでも本当の社会交流(地域活動への参加、地域住民との交流、サロン活動への参加 など)を目指す	
社会交流が図れる地域作り、システム作りを行う	
入院時からリハビリ依存しない、声掛けやリハビリの提供を心がける	
自宅での活動性の評価を実施していく必要がある	

その他

生活期における、コミュニケーション面や、摂食嚥下機能面に対する介入が少ない。

家族への理解を図る(何がリハビリなのか、何が出来ることなのか など)

②予防という観点を踏まえ、どうしたら利用者(地域住民)が身体的にも、そして精神的にも自立が図れるのか？【図式化】



【上記図の要約】

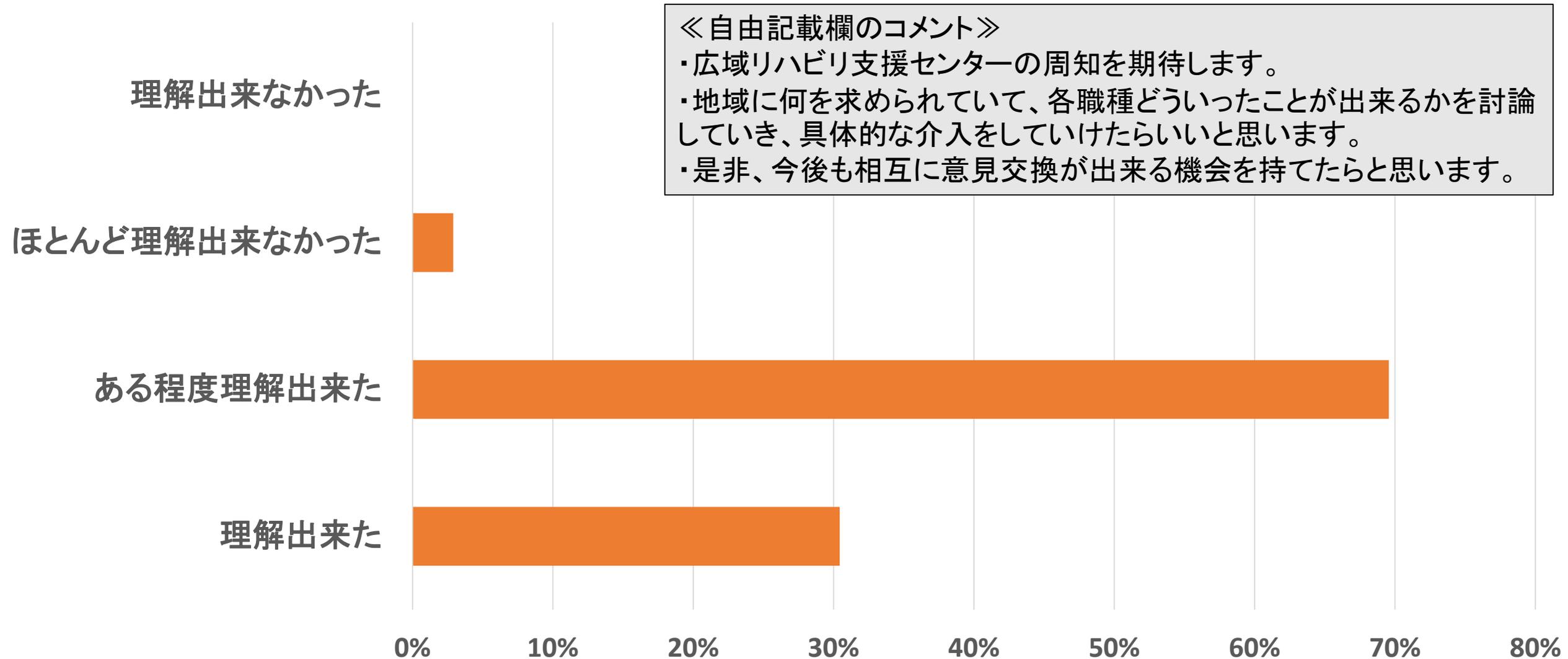
高齢化社会が進む中で、家族、近隣住民、そして地域交流の機会が減少してきている。そして障害(麻痺、難病、呼吸器系など)を有してしまったことがさらにその機会を減少をさせているのではと感じる。また、そのことが人生での活力を奪い、活動性を奪い、病気の再発などにもつながるという”負のスパイラル”を促進している状況にあるのではないのでしょうか？

この様な状況を少しでも打開するために、まずは利用者(地域住民)に生活・人生の中での具体的な目標(社会参加へつながる様な)を持って頂けるような取り組みをし、その実現のためのサービス利用であることを認識して頂き極力自立性・主体性が高い日々を送って頂くことが必要であると考えます。まず、その実現のためにその”具体的な目標”を利用者(地域住民)とサービス提供者が共有することが必要であり、そして、さらにはインフォーマルサービスとの連携・協力も必要不可欠であると考えます。

研修会後のアンケート結果について

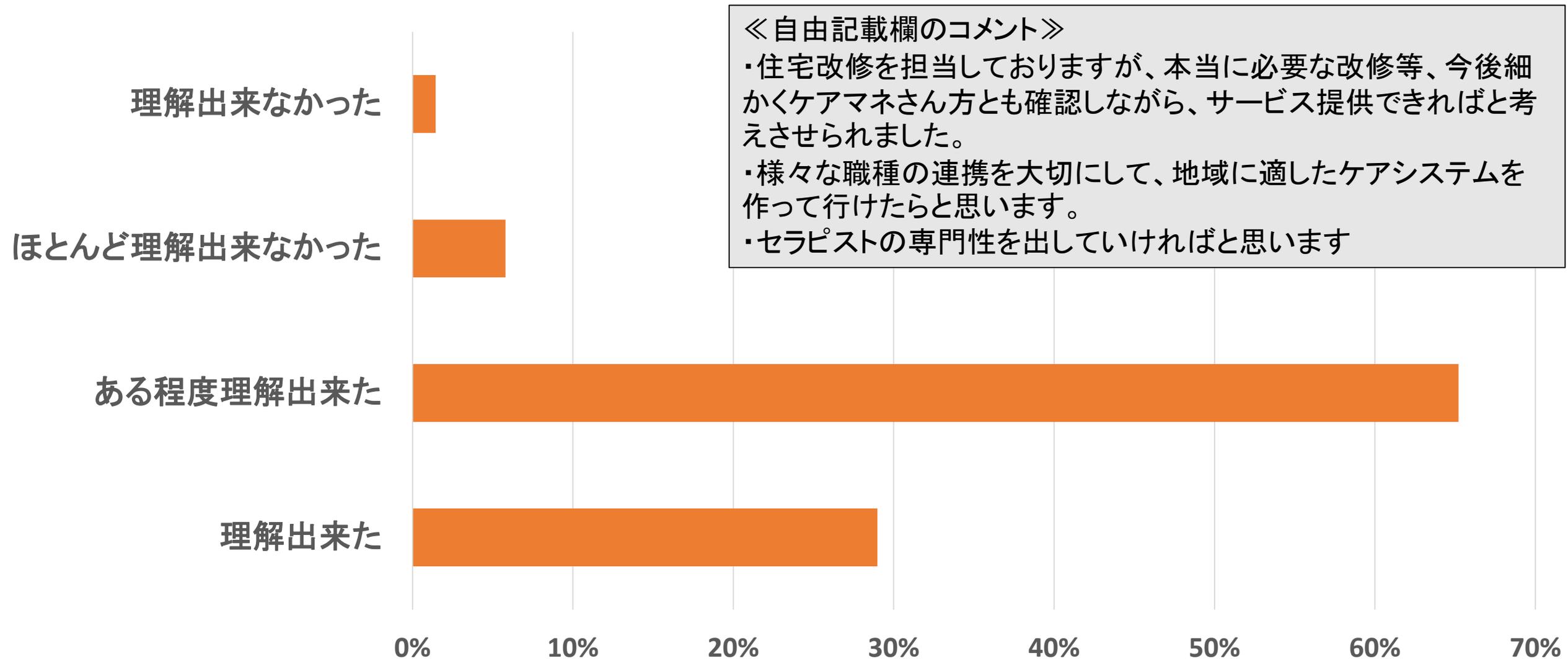
アンケート結果①

・今後の各協会、団体の方向性についての理解について



アンケート結果②

・当地域における各職種、各個人にどのような活動が求められているかについて



アンケート結果③

・当地域における地域包括ケアシステムについて

《自由記載欄のコメント》

・専門職ではないが、これからの地域包括ケアシステムの構築に向けて頑張っていかなければいけないと思った。

その他

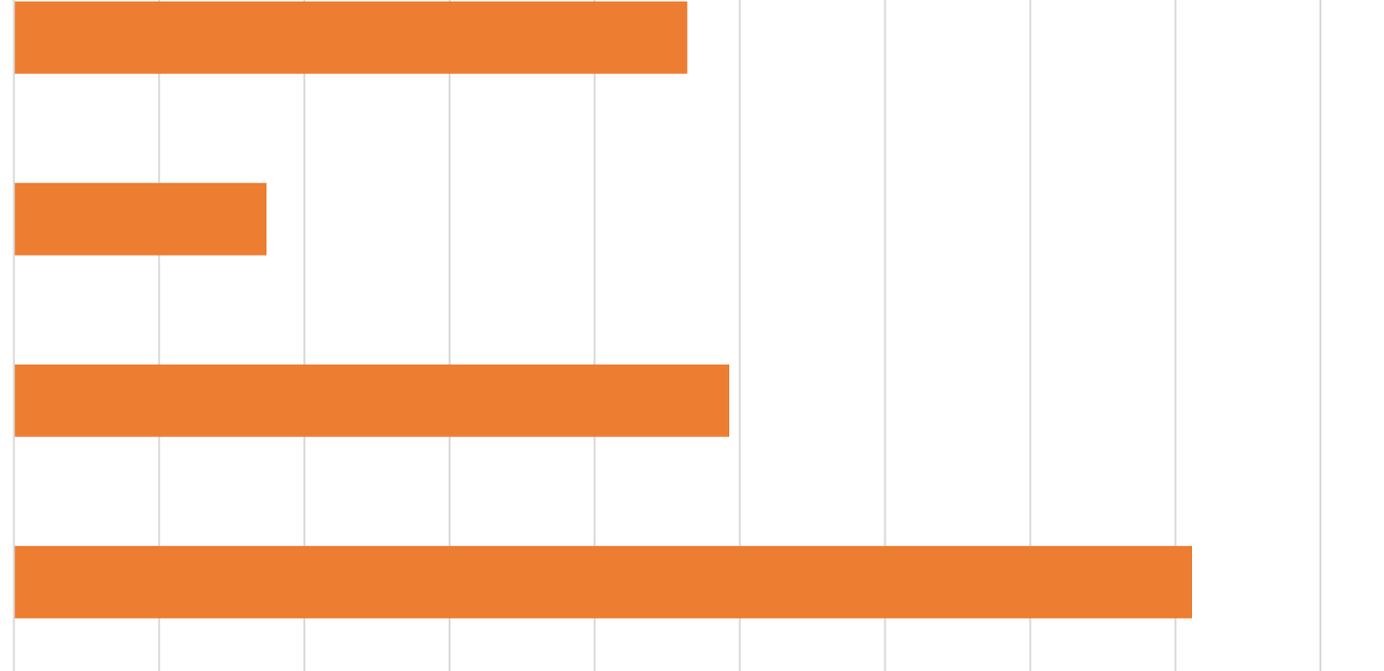
職種的にも個人的にもまだまだ不明確である。

職種的には不明確であるが、個人的には明確である。

職種的には明確であるが、個人的には不明確である。

職種的にも個人的にも今後行うことが明確である

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%



アンケート結果④

- ・今後当地域で行われていく地域包括ケアシステムについてご自由にご意見をお書き下さい。
- ・独居生活の方が多いため、地域でみていく為にどのようなPRをしていく必要があり、同時に具体的にどのようなことを提供していくのかを明確にしていければと思います。
- ・独居生活者に対しての地域包括ケアシステムの構築近隣が近隣じゃない距離にある家の方もいらっしゃる。
- ・利用者にとってよりよい生活につながるためにもっと横とのつながりが増える必要があると強く感じました。
- ・連携を取るための手段が確立されていない。自立した生活に向けて何が必要なのか、サービス提供側がわかっていないのではと感じました。
- ・リハビリテーションの啓発、各病院・施設にこういった専門性をもっているセラピストがいるのかを、その広報を含め、地域に何があるかのかが分かる様なシステム作りが必要
- ・今後の医療介護連携事業に期待しています。
- ・認知症の単身世帯などが多いので、地域のボランティアなどや、もっと交流する機会があれば良いと思います。

- ・実際どこから構築へ向けて取り組むのか？統一したものを共有すべきか？あるいは多方向から行うか迷うところです。
- ・連携を取っていくことが必要だと思います。
- ・この地域として、地域リハステーションが必要では？
- ・担当者会議の前の顔合わせなど密な連携が必要だと思います。
- ・顔合わせの機会を増やしていく事が大切だと思いました。
- ・高次脳機能障害の評価や嚥下障害評価に対するシステム作りが必要
- ・地域包括ケアシステムは聞いたことがあるが、実際どのように動いていくかが不透明です。でも、職種としてしっかり役割りを果たしたいと思います。
- ・地域で統一した情報交換が出来る書式などを作成していきたい。(リハビリスタッフが少ない病院・施設などがあるため)
- ・医療・福祉・保健関係職種の意識の共有化が必要
- ・精神科病院としての役割を確立していきたい
- ・ケアプランの中に訪問リハビリがほとんどあがってこないということだったので、ケアマネ協議会の集まりで訪問リハビリについて紹介する時間をもらってはどうか？

アンケート結果⑤

- ・今後もこの様な多職種研修会の開催を企画したいと思っております。今後希望される内容などがございましたらご自由にお書き下さい。
- ・1患者を実例とした、各職種が関わる連携を通したケーススタディーの実施が必要
- ・もっと行政との研修会開催や地域のリハビリ職種での研修会など
- ・多職種間で顔を見せ合う場を増やして欲しいです。
- ・顔が見える連携が必要なので、今後もこの様な研修会を開催して頂きたい。
- ・この様な会の後にちょっとした飲み会や名刺交換会等をしてもらいたい。
- ・数多くの参加者で驚きました。今後も開催されるということですが、今回参加された方々が、次回職場の指示ではなく、自分の意思で「やっぱり必要だよね。」「あの会は顔が見える会だからまた参加したいよね。」と思えることがベストかなと思います。いかに住み慣れた地域で自分らしく暮らせるということをざっくばらんに多職種で語るだけでもいいのかなと思います。

※別記

⇒会場が狭く意見交換会の時に聞き取りにくい場面があった。
大変申し訳ございませんでした。

研修会を終えて

まずは、お忙しい中本研修会に各関係機関・協会から情報提供をして頂いた方々、そして参加して頂いた方々に深く感謝申し上げます。

この研修会開催の趣旨は前述した通りですが、改めてこの様な意見交換会を企画させて頂き、多職種が集まり、そして意見交換会をしていくことの重要性を再認識致しました。

この地域には、医師会はじめ、行政、介護、福祉がそれぞれ多くの取り組みを行っておられます。ただ残念なことに、それぞれの取り組みはあまり接点が無く、バラバラに行われているのが現状ではないでしょうか？提供する側からすると「私達はこんな取り組みしているのに！！」とってしまうのかもしれませんが、しかしそれらを利用する側（患者、利用者、住民）からすれば、まずは、どんな取り組みをこの地域で行っているかも分からず、何のためのものなのかを理解されていない方も少なくないと思います。

今後近い将来訪れる超高齢化社会、そしてその為に取り組んで行く“地域独自の地域包括ケアシステム”の構築。そのためには医療・介護・福祉・行政が連携を深め、そして、この地域の為に多職種（それぞれの団体・協会）が、そして個人がどの様な事が出来るのかを明確に示し、お互いを理解し、同じ目標を持って利用する側（患者、利用者、住民）へ提供していく必要があるのではないのでしょうか。

地域全体で支える関係作り、そしてその体制作り、この意見交換会がその「はじめの一步」になればと心から願っております。