

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業  
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/  
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」  
平成 29 年度分担研究報告書

## 生活期リハビリテーションマネジメントに求められる機能に関する考察

研究代表者 川越雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）  
研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）  
研究分担者 石川隆志（秋田大学大学院医学系研究科 教授）  
研究分担者 小林法一（首都大学東京人間健康科学研究科 教授）

【目的】本研究では、適切なリハビリテーション（以下、リハ）マネジメントを展開するために必要な機能と、機能強化策の検討を行うことを目的とする。

【方法】リハマネジメント機能強化策を検討するにあたっては、「今後どのようなリハ職が求められるのか」を整理しておく必要がある。そこで、まず、既存データ等をもとに、リハ職に対する社会的ニーズの整理を行った。次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能の検討を行った。さらに、リハ職対象の多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、多職種連携教育（IPE）実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとした生活期リハマネジメント力の機能強化策に関する検討を行った。

【結果】1) 2040 年にかけて、年少人口、生産年齢人口が減少する一方で 85 歳以上は急増し、総人口の約 1 割に達すると見込まれている。85 歳以上高齢者は、医療と介護の両方にニーズや課題を有するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が「生活課題の解決及び QOL の向上」といった共通の目標に向かって協働することがリハ職には求められることになること、2) 介護保険では国際生活機能分類（ICF）の概念が導入され、6 要素を総合的に捉えた上での多職種アプローチが求められてきたが、生活期リハマネジメントの現状をみる限り、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、 を引き出す対話力が弱い、 他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、 対象者の弱み（できないところ）をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱いこと、3) リハマネジメントのあるべきプロセスを整理した上で、求められる機能を再整理した結果、 ヒューマンケアマインド、 本人の生活機能の全体像（人物像、状態像）を俯瞰する力、 専門性を志向する態度と行動、 専門性を柔軟に発揮する力、 コミュニケーション能力、 目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力、 自己とチームの機能及び方法を省察する力を高める教育が必要であると考えた。

【考察・結論】超高齢者が増加するなか、生活期に関わるリハ職には、 他者（利用者、家族、他の専門職など）を理解する力、 利用者の全体像をおさえた上で、リハ職として介入すべきポイントと内容を整理する力、 適切な介入を行うことができる力が必要となる。

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、 解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、 運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、 日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことのできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところが地域ケア会議の場面等での機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、 ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、 それを具体的に実践できる技術論の 2 段階で考える必要があると考える。

## A. 研究目的

2000年4月に施行された介護保険制度では、多職種協働をベースとしたケアマネジメントの手法が導入された。

同手法は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が策定するケアプラン（全体計画）と、ケアプランに位置付けられた事業所（訪問・通所リハ事業所等）の専門職が策定する個別援助計画に基づく介入が連動することによって、利用者や家族が抱える諸課題を解決することを目指すものであるが、これが適切に機能するためには、計画策定（全体及び個別）に関わるすべての専門職のマネジメント力（課題解決力）が重要となる。2015年及び2018年の介護報酬改定の中で、リハマネジメントの機能強化が打ち出されているが、これはこうした背景を受けたものと理解しておく必要がある。

さて、制度改正や報酬改定は「仕組み」の構築の話であり、これだけでは機能しない。求められる機能が現場レベルで実際に展開されるようにするためには、在学中及び卒後の教育・研修が重要となる。ただし、現時点では、リハ職に求められる機能と、その機能を高めるための教育の在り方を検討した資料は少ない。

そこで、本研究では、適切なリハマネジメントを展開するために必要な機能と、その機能を強化するための方策の検討を行うこととする。

## B. 研究方法

1. 既存データ等をもとに、リハ職を含む保健医療福祉職に対する社会的ニーズ（＝多職種協働ケアマネジメントの推進の必要性）の整理を行う。
2. 次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理、それを実現するために必要な機能の検討を行う。
3. 最後に、リハ職を対象とした多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、IPE実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとしたリハマネジメント力の強化策の検討を行う。

## C. 研究結果

### 1. 多職種協働ケアマネジメントが求められる背景：社会的ニーズの整理

ここでは、多職種協働をベースとしたマネジメントが求められる背景を、超高齢者の医療・介護ニーズ、サービスモデルの変化の視点から整理する。

#### 1) 超高齢者の医療・介護ニーズの視点から

年齢階級別人口を2015年と2040年で比較すると、0～14歳人口は1,595 1,194万人（減少率25%）、15～64歳人口は7,728 5,978万人（減少率22%）、65～74歳人口は1,755 1,681万人（減少率4%）、75～84歳人口は1,138 1,216万人（増加率7%）、85歳以上人口は494 1,024万人（増加率107%）となる。年少人口や生産年齢人口が年々減少する一方で、85歳以上人口は年々増加し、2040年には総人口の9.2%、2065年には13.1%を85歳以上が占めるといった超高齢社会が到来することになる。

さて、85歳以上は、他の年齢階級に比べ、入院受療率、介護受給率、通院者率が高い。医療と介護に対するサービスニーズが高い85歳以上が急増するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が共通の目標（＝生活課題の解決及び生活の質（QOL）の向上）に向かって協働することを促すためのマネジメントの実践が求められることとなる。

表1．年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015		2040		2065	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	127,095	100.0	110,919	100.0	88,077	100.0
0～14歳	15,945	12.5	11,936	10.8	8,975	10.2
15～64歳	77,282	60.8	59,777	53.9	45,291	51.4
65～74歳	17,546	13.8	16,814	15.2	11,330	12.9
75～84歳	11,380	9.0	12,155	11.0	10,965	12.4
85歳以上	4,943	3.9	10,237	9.2	11,514	13.1

出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成29年推計)

## 2) サービスモデルの変化の視点から

世界保健機関(WHO)は、WHO憲章の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない(昭和26年官報掲載の翻訳)」と定義している。したがって、高齢者の医療・介護においては、単に、病気や症状がないだけでなく、「生活機能」が高い水準にあることが重要となる。

ここで、高齢者の障害の分類法の変遷を整理する。

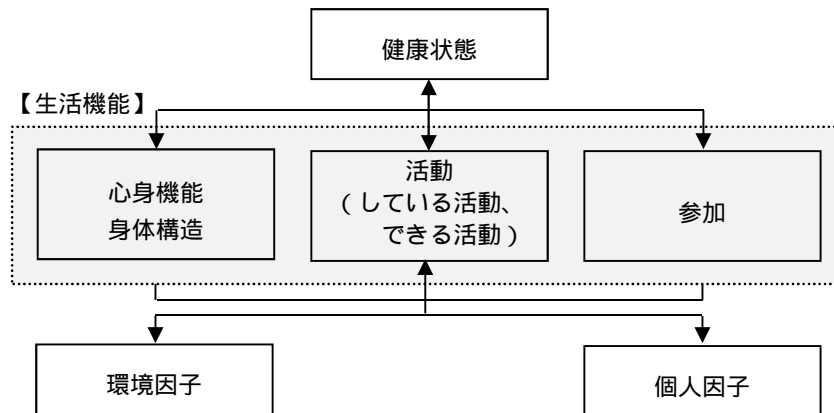
高齢者の障害に関する分類法に関しては、1970年代よりWHOにて検討が開始され、1980年、機能障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)の3レベルに分けて障害を総合的に捉えるという基本的視点に立ったWHO国際障害分類(International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps: ICIDH)が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、生活・人生の問題点を疾病(病気)の結果としてしか捉えていない、「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、機能障害 能力障害 社会的不利という一方向的関係で捉えている、障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始され、これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下、ICF)である。

この分類の中心概念が、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルをすべて含んだ包括概念である「生活機能」である。ただし、「生活機能」には、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が大きく関係するため、高齢者が抱えている生活障害を正しく理解し、適切に介入するためには、これら6要素を包括的に捉えておく必要がある(図1)。

ただし、各専門職の関心領域や得意とする分野は異なっている。現在、月数回、多職種事例検討会を開催しているが、その中で、看護師は主に健康状態や環境因子である家族に、理学療法士は心身機能・身体構造に、作業療法士は活動や参加に、ケア職は個人因子や参加に、介護支援専門員は環境因子である家族に対する意識や関心が強いと感じている。逆に言えば、これら以外の要素に対する知識や意識は弱いのである。

したがって、多領域に課題を有する超高齢者に適切に対応するためには、それぞれの専門職の得意分野、見立ての能力を関係者間で共有・総合化し、ICFの6要素を俯瞰して捉えた上で、ケアマネジメントやリハ提供を展開する必要がある。

図1 . ICF の生活機能モデル



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17

## 2. ケアマネジメントプロセスとは

ケアマネジメントは、おおむね、本人の意向の確認（インテーク）、アセスメント（課題抽出）、ケアプランの作成、サービス担当者会議における目的、目標、役割分担の共有、個別援助計画に沿ったサービスの提供（事業所の専門職が実施）、モニタリング、評価・計画の見直しといったプロセスから成り立つ（図2）。以下、主な手順について解説を加える。

### 1) 本人の意向の確認（インテーク）

ケアマネジメントでは、「利用者が自分らしい生活を営むこと」を出来る限り支援することを旨とする。そのため、本人がどのような生活を望んでいるのか、どのような生活をしたいたのかの意向の確認が非常に重要となる（これが出発点）。

### 2) アセスメント（課題抽出）

課題を正しく認識するための手段として実施するのが、アセスメントである。ケアマネジメントでは、生活機能の維持・向上を目指すため、ICFの6要素に対するアセスメントが、介護支援専門員には求められる（図2）。

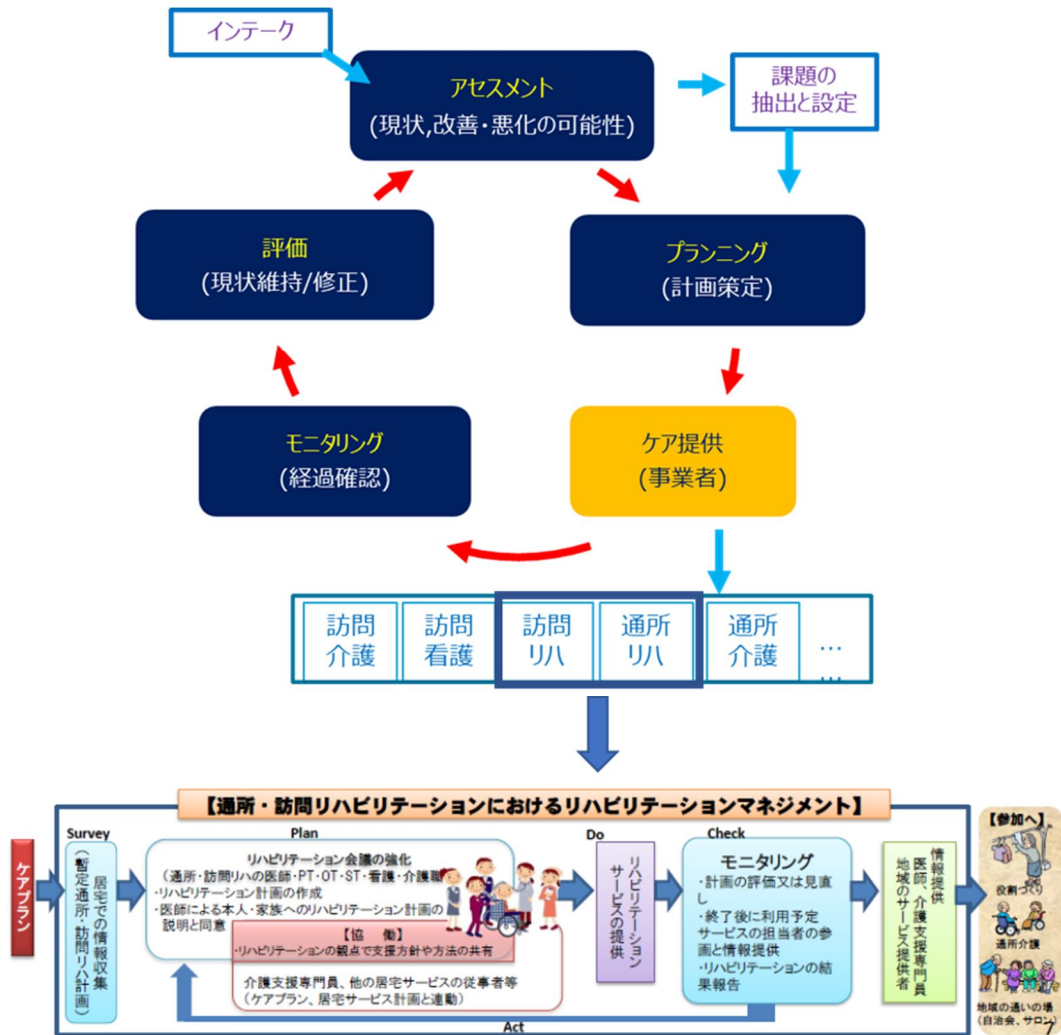
さて、課題とは、「現在の状態」と「あるべき姿（本人が望む姿）」のギャップのことである。介護支援専門員は、まず、アセスメント領域毎に課題を抽出した上で、本人の意向、課題解決の緊急性、改善・悪化の可能性などを考慮して、「解決すべき課題」の設定を行う。その上で、解決すべき課題が生じている根本原因の分析を行う（課題分析）。

### 3) ケアプランの作成

アセスメントを通じて設定した「解決すべき課題」に対し、いつまでにどこまでのレベルを目指すのか（長期・短期目標）を、患者・家族と設定するとともに、それら課題の解決に向け、誰が何を行うのかの役割分担を具体的に決めた計画（ケアプラン）を策定する。その後、各サービス担当者は、介護支援専門員が立てたケア方針に沿って、個別援助計画を策定する。介護支援専門員が策定した全体ケア計画と各サービスの個別援助計画が連動していなければ、課題解決にはつながらない。両計画の連動性が非常に重要となる。

両計画の整合性を図る（チームの目的と目標の共有、役割分担の共有など）ために設けられたのが、介護支援専門員が主催する「サービス担当者会議」である。介護支援専門員には、多職種を集めた会議の適切な運営力も求められることになる。

図2. ケアマネジメントプロセスとは



### 3. 生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべき姿

#### (1) 生活期リハマネジメントに期待される機能とは

厚生労働省は、2014年9月に「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」を立ち上げ、同検討会の中で、現在の生活期リハの問題点として、

高齢者の状態像やニーズの多様性に応じたりハが提供されていない、  
身体機能に偏ったりハが実施され、「活動」や「参加」の生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハが提供されていない

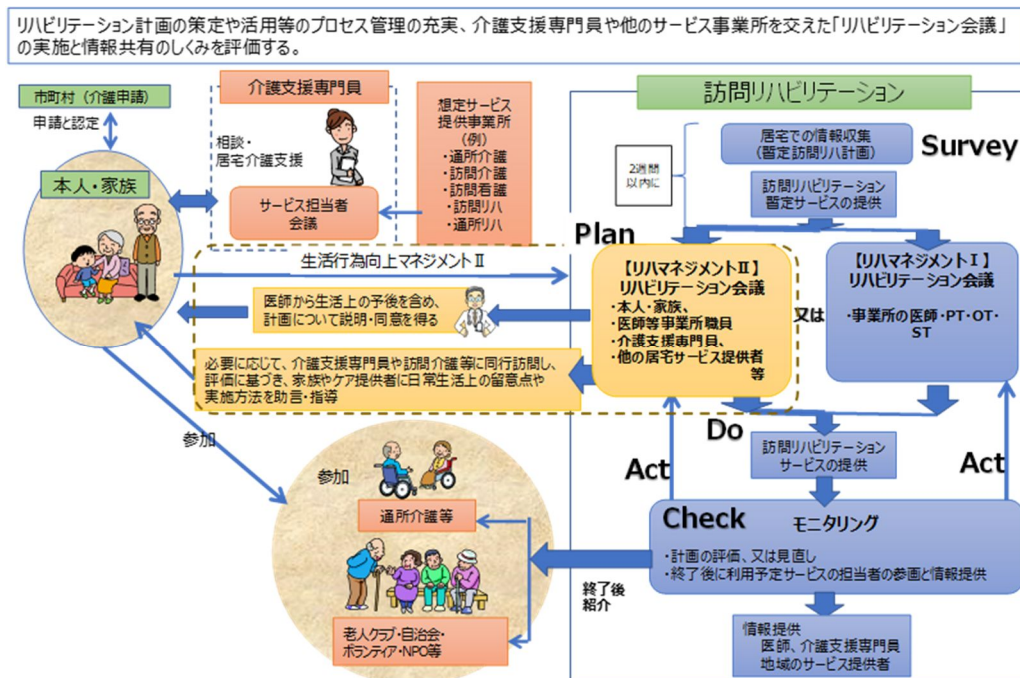
訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない

高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていない

などを挙げた。

その上で、2015年の介護報酬改定において、「利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせる計画的に提供していく」といったリハマネジメント力強化を図った(図3)。

図3. 活動と参加に焦点を当てたリハマネジメントの機能強化



出所）平成27年度介護報酬改定の概要（案）（平成27年3月3日 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議）

## （2）リハマネジメントプロセスとあるべき姿

リハマネジメントの主な手順は

- ・手順1：本人・家族の意向の確認（〇〇がしたい／〇〇ができるようになりたい）
- ・手順2：情報収集・アセスメント
- ・手順3：課題設定・要因分析
- ・手順4：合意形成・目標の共有（**利用者と目標を共有するプロセスが重要**）
- ・手順5：計画作成
- ・手順6：モニタリング（介入効果の確認と利用者との共有）
- ・手順7：計画の修正・振り返り

となる。基本的に、介護支援専門員が行うマネジメントプロセスと同じであるが、介護支援専門員は、利用者が抱える全ての課題に対する対策を検討するのに対し、リハ職は自身が関係する一部の課題のみを対象とすること、介護支援専門員は直接介入を行わないのに対し、リハ職は機能面やADL等への直接介入を行うことなどが異なる点である。

さて、上記手順4における目標とは、専門職が設定する機能目標（例：下肢筋力を〇〇までにする）ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とリハ職が共有する作業（目指す地点を明確にすること）は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みを一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組むうえで重要となる。

表2に、生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価の私案を示す。

表2 . 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価（案）

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
生活行為の予後予測は適切か	
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

出所）公立大学法人埼玉県立大学：訪問・通所リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業報告書、平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、p.26、平成30年3月。

### (3) リハマネジメントに求められる機能とは

前表のリハマネジメントのあるべきプロセス項目を、機能面から再整理すると次のようになる。

利用者の人物像や気持ちを理解する力(知識、マインド、スキル)

利用者の状態像(生活機能(心身機能・身体構造/活動/参加)、健康状態)を客観的に評価する力(知識、スキル)

家族や地域資源を含めた環境因子とその機能を把握・理解する力(知識、スキル)

マネジメントに必要な情報を、他の職種や家族等から入手する力(知識、マインド、スキル)

ICFの6要素(機能/活動/参加/健康状態/個人因子/環境因子)の相互の関連性を分析する力(知識、スキル)

生活機能の現状と予後、生活障害の原因、対策などを利用者や家族、他の職種にわかりやすく説明する力(知識、マインド、スキル)

生活目標を利用者や家族と合意する力(知識、マインド、スキル)

自身の強みと弱み、他の職種の強みと弱み、ならびにその相対関係を理解・把握する力(知識、スキル)

目標達成に向けた効果的な介入方法と役割分担を考える力(知識、マインド、スキル)

目標達成に向けた効果的なリハ内容を選択、実践できる力(知識、スキル)

目標達成状況を確認しながら、計画内容、連携方法などを振り返る力(マインド、スキル)

マネジメントの基礎的事項、進め方を理解し実践する力(知識、マインド、スキル)

このうち、 はリハ職固有の項目であるが、それ以外は、他の職種にも共通して当てはまる機能であると考えられる。

ここで、上記 ~ を、IPEの先行事例<sup>1</sup>におけるコンピテンシーも参考にカテゴリー分類すると次のようになる。

ヒューマンケアマインド

本人の生活機能の全体像(人物像、状態像)を俯瞰する力

専門性を志向する態度と行動

専門性を柔軟に発揮する力

コミュニケーション能力

目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力

自己とチームの機能及び方法を省察する力

---

<sup>1</sup> 埼玉県内の4大学(埼玉県立大学、埼玉医科大学、城西大学、日本工業大学)による多職種連携教育プロジェクト(彩の国連携力育成プロジェクト)では、5つのコンピテンシー(ヒューマンケアマインド、専門性を志向し柔軟に発揮する力、自己とチームをリフレクションする、チームを形成し行動する力、コミュニケーション力)を設定している。





### (3) 研修会に対する主な評価

研修会参加者に対する事後アンケートの中から、教育方法や内容に参考となる主な意見を以下に示す。

- ◇ リハ職は、他職種の役割に対する理解や連携に対する意識が薄く、自分だけで解決しようとする人が多い。今回の研修会では、パーキンソン病の病態や各職種の専門領域を明確にして頂けたが、こうしたことは連携を取ろうとする意識を高めることに有効であると思う。
- ◇ 当事者(パーキンソン病)の視点、実際に思っていること、何に苦労しているか、専門職への要望などが聞けてとても良かった。
- ◇ 薬との付き合い方、オンオフを分かって生活を組み立てること、心の葛藤、発症したことへの受容について、当事者なりの病気との付き合い方や工夫を知ることができてとても良かった。疾患を抱えながらも、自分の人生に懸命、かつしなやかに取り組んでいる姿に、自分の支援の視点を改めて振り返った。
- ◇ これまでも ICF で統合的に考えるように心がけていたが、視点が機能面に偏重しており、より統合的な視点が必要であると感じた。
- ◇ 多職種からの一般整理の講義により、知っているつもりで知らなかった事に気付かされた。
- ◇ 各専門職から基礎的な知識の説明を受けた上で、ホワイトボードを使って ICF 領域別に、アセスメントすべき項目を多職種で検討する手法は、全体像をとらえる上で有効であった。
- ◇ 異なる職種のアセスメントの視点を出し合い、その情報がホワイトボードに一覧化されることで、利用者を多面的に見ることができた。普段は、自分の判断だけに頼ってしまうことが多く、参考になった。
- ◇ 他の専門職は何の情報を探しているのかを具体的に教えて頂けると連携ももっと取りやすくなるのではないかと感じた。
- ◇ 合併症のない骨折の利用者の場合、他職種と関わる機会がないため、他職種の視点を知ることができて良かった。
- ◇ 薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の話の話を聞いたのがとても参考になり、COPD を別の視点からみられてよかった。
- ◇ COPD の方のリハを行うにあたって栄養士との連携が重要であることは理解したが、実際どのように連携を取ればよいのか分からないのでその辺も教えて頂けると有難い。

### 2) 彩の国連携力育成プロジェクト(SAIFE)関係者へのヒアリングから見えてきた課題と対策のポイント

SAIFE 関係者へのヒアリングから、IPE を効果的に展開するためのポイントとして挙げられたのが以下の2点であった。

#### (1) ヒューマンケア論を中心に位置づけたこと

医療職の場合、病名や機能といったフィルターを通して対象者をみる癖が強い。まずは利用者自身を捉えてから、有する病名や機能を見るといった癖をつける必要がある。

#### (2) 医療職以外の視点を持った学生がグループワークに入っていること

医師、看護師、リハ職の場合、思考が似通っていて異なる視点がでにくい。SAIFE では日本工業大学の学生も入っているため、全く異なる視点に気づかされることがあり、勉強になる。

また、IPE / IPW を受けた学生や関係者の感想としては、

- ( 1 ) 薬剤師は薬を通して患者さんを見ますが、例えば看護師であればケアの部分から、理学療法士や作業療法士であれば患者さんの動きから、そして歯科衛生士であれば患者さんの食べ方から、と職種によって患者さんの見方はそれぞれ違います。その違いが分かるだけでも、学生にとってはとても良い経験になります。
- ( 2 ) まだ現場に出していない大学生が多職種連携について学ぶのは、実は難しいことなのかもしれません。むしろ学ぶというよりは、専門性も考え方も違う人間同士が、適切なファシリテートを受けることによって「お互いの違いを理解できるようになる」ことを体験して、多職種連携に対してポジティブなイメージを抱くことができればそれで十分意味があると思う。

などが上がっていた。

## D. 考察

### 1. 「求められるリハ職像」の構築及び共有の重要性

社会的なニーズにこたえられるリハ職を養成するためには、「どのようなリハ職が社会的に求められているのか」「教育を通じてどのようなリハ職を育成しようと考えているのか」という問いに対する回答を用意しておく必要がある。教育を受ける学生や社会人、教育を実際に行う教育者にとっても、目指す姿をイメージできるかどうかは重要な要素となる。

そのためには、マーケットならびにマーケットニーズの変化、制度改正の動向などをおさえておく必要がある。本稿では、人口構造の変化(=マーケットの変化)の特徴として85歳以上高齢者の人口増加を挙げ、85歳以上高齢者の多様なニーズや課題に対応するため、医療と生活に関わる職種が、対象者の生活課題の解決及びQOL向上に貢献するといった共通目標のもと、連携・協働を図っていくことが求められると整理した。

こうした背景を、教育を担う者が理解し、適切に伝えていき、「求められるリハ職像」を共有することがまずは重要である。

### 2. リハ職の意識改革の必要性

リハ職の多くは医療機関からキャリアがスタートする。入院医療の場合、医師が病名を診断すると、リハ職は病名に応じて機能評価、症状や状態の観察・評価、介入を行っていくといった流れになる。その際、入院患者の個人因子や環境因子といった個別性の高い領域はアセスメントも十分されないままとなる(優先順位が低いため)。また、医療職は、入院患者のできない部分に着目し、その改善や維持を目指すため、入院患者のこれまでの生活歴や強みを見にいくといった視点は弱い。入院医療は、ICFの「健康状態」「心身機能」の領域の改善・維持を中心としたチームアプローチと考えられるが、退院後の生活レベルではこの手法は適用できない。そのための仕組みとして、介護保険では、意見書記載医師(主治医)と介護支援専門員の連携を核としたチームアプローチの手法が採られているのであるが、十分に機能しているとは言えない状況にある。

医療機関に入職すれば、こうした流れに巻き込まれ、在宅サービスに従事しない限り、生活場面をほとんど意識しない(知らない)まま、入院中の関わり方が継続されていく。そのため、埼玉県立大学を核としたIPEを在学中に体感しておくことは非常に重要と考える。こうした授業を在学中(入職前)に取り入れることは、医療職の意識を変えることが目的の1つであると意識すべきである。

### 3. 生涯教育の観点からみた卒前・卒後教育の在り方の検討の必要性

教育項目はその目的によって、到達目標レベルと実施時期は異なるものとなる。

ここで、「他の職種の理解」という項目に対し、その手段として多職種によるケアプラン作成実習を考えるとする。例えば、目的が「対象者の意向を確認した上で、多職種によるケアプラン作成プロセスを体感することを通じて、同一職種とは異なる様々な考え方があることに触れる」であれば、ケアプランの質自体というよりも、異なる価値観に参加者が触れること自体を重視した実習という位置づけとなり、レベルとしては在学中が適していることになる。一方、目的が「各専門職が得意とする領域のアセスメント情報を集約・整理することで、医療的な支援を必要とする生活障害者の、医療情報と生活情報を融合した適切な課題抽出と要因分析、社会資源の活用や環境因子への介入を含めた多様な介入方法の検討につなげていく」であれば、質の高いケアプランの実践と多職種の英知の集約に伴う技術の標準化に力点が置かれるため、在学中というよりも一定程度のスキルをもった社会人を対象としたものとなる。

今後、生涯教育の観点から、教育すべき項目ごとに、目標レベルと実施時期（在学中ないし卒後）の整理が必要になってくると考える。

### 4. 卒後教育の重要性

滋賀県では、「リハ職は教育課程において「障害や疾病」に関する専門性はもっているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハの推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域のネットワーク構築」、そして地域でその専門性を生かす「コーディネート」に関する教育を受けているとは言い難い」という課題認識のもと、継続的な研修（滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修）を実施している。別紙に、同研修の実施要領、シラバス、日程・スケジュールを示すが、事後アンケートからは

地域リハに関わっていきたいという思いが強くなった

考え方の幅や視野を広げることができた

他事業所の見学は大変貴重な機会であった

地域資源に対する理解や地域住民の活動を知る必要があると感じた

リハ職だけでは地域リハは成立しないと感じた

公的病院として「地域」を意識していかなければならないという思いが強くなった

医療保険、介護保険以外につないでいかないと地域共生社会は実現できないと感じた

リハ職のできることがたくさんあると感じた

地域包括ケアはリハ職だけでなんとかなるものではなく、リハの活動は地域包括ケアの一部であることを痛感した。

分析する力、考える力、伝える力が重要であると感じた

課題を抽出する方法、分析する方法、人の考え方を共有する方法を理解することで、自分たちの職場での問題に対しても解決していく手段を見いだせると感じた

などの感想が挙がっている。こうした継続的かつ包括的な研修が、各都道府県単位で展開されることが、地域リハに関わるリハ職のマネジメント力向上に有効であると感じた。

## E. 結論

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。

即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところがケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できる技術論の2段階で考える必要があると考える。

### (参考文献)

1. 埼玉県立大学・埼玉医科大学・城西大学・日本工業大学・埼玉県：文部科学省平成24年度大学間連携共同教育推進事業選定取組「彩の国大学連携による住民の暮らしを支える連携力の高い専門職育成<彩の国連携力育成プロジェクト>最終報告書(2017)」、平成29年3月。
2. Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group : Interdisciplinary Care for Adults with Complex Needs : American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society 54(5) : 849-852, 2006.
3. 滋賀県立リハビリテーションセンター 事業推進係：平成29年度滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修報告書、平成30年3月。

(別紙)

## 地域リハビリテーション人材育成研修 実施要領

### 1. 趣旨(目的)

近年、高齢者、障害者、児童等への総合的な支援体制の構築や地域包括ケアシステムの構築に向けてリハビリテーション専門職(以下、リハ専門職)の専門性が強く求められている。一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハ専門職は教育課程において、「障害や疾病」に関する専門性を持っているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハビリテーション(以下、地域リハ)の推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域とのネットワーク構築」、そして地域でその専門性を活かす「コーディネート」に関する教育を受けているとはいえない。

そこで、地域リハを推進するために、リハ専門職が自らの“地域”を理解し、業務を行う上で必要となる基礎的な知識や技術を習得することにより、地域住民がどのライフステージにおいても住みなれた場所で暮らし続けることができる地域づくりに寄与できるリハ専門職の人材の養成を目的に事業を実施する。

### 2. 実施主体：滋賀県立リハビリテーションセンター

### 3. 共催(予定)：滋賀県理学療法士会、滋賀県作業療法士会、滋賀県言語聴覚士会

### 4. 対象者

下記(1)～(3)のすべてを満たすもの

(1) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士として3年以上の経験を有し、県内で勤務している者

(2) 地域リハビリテーションの推進に寄与する意欲がある者

(3) 所属機関から推薦および承諾を受けた者

(\*(1)～(3)を満たさないもので受講を希望される場合は要相談。)

### 5. 研修期間：平成29年9月～平成30年3月

### 6. 内容：別添カリキュラム参照

### 7. 受講定員：15名程度

### 8. 受講の申し込みと受講者の決定

#### (1)申し込み

所定の申込用紙(様式1)および推薦書(様式2)を郵送で送付

\*現在所属・勤務先がない方については推薦書(様式2)の提出は不要です。

(2)申し込み期間

平成 29 年 7 月 27 日（木）～平成 29 年 8 月 10 日（木）17：00 必着（締め切り厳守）

(3)申し込み先

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4 - 30

滋賀県立リハビリテーションセンター事業推進係 宛て

(4)受講者の決定

受講者の決定は、県立リハビリテーションセンター所長が行い、すべての申込者に対し、文書で受講の可否について通知を行う。

9. 受講料

研修費および教材費は無料

\*研修開催地までの交通費は自己負担です。

\*万が一、研修中に盗難およびその他物的事故等が発生いたしましても、当センターは責任を負いかねますのでご了承お願い致します。

10. 修了について

(1)修了要件

原則すべての講義・演習・見学実習に出席すること

\*ただし、DVD 補講が実施される研修については、補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる。

\*受講者が欠席等で年度内にプログラムを修了することができなかった場合は、欠席した講座内容に対応する次年度の講座を受講することで、修了に必要な要件を満たすことができる。

(この場合修了証書の授与は、要件を満たした年度末とする。)

(2)修了した者には、修了証書を授与する。

(3)修了者のうち修了者名簿の掲載について同意の得られたものに関しては、研修修了者として名簿を作成し、広く公開する。

【お問い合わせ先】

滋賀県立リハビリテーションセンター

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4-30

Tel:077-582-8157 FAX:077-582-5726 E-mail:eg3001@pref.shiga.lg.jp

(シラバス)

**科目名** 地域共生社会に求められるリハ職 (600分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域 / 地域共生社会とは何か考えを述べるができる。</li> <li>・ 様々なライフサイクルの中で自助・共助・公助が絡み合うことの大切さを説明することができる。</li> <li>・ 地域共生社会の実現に求められているリハ職像を述べるができる。</li> <li>・ 様々な制度や社会情勢の中で、リハ専門職が活躍していることを知っている。</li> </ul>
----------	---

内容	地域共生社会の実現に向けた動きと方向性 (60分)	【講義】
	政策研究大学院大学 教授 小野太一 氏	
	地域リハビリテーションの基本理念と地域共生社会に向けて地域で求められるリハ職 (90分)	【講義】
	神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	
	地域共生社会の実現に向けて、先進的な取り組みを行うリハ職の実践 リハ職の視点を活かすー (90分×5コマ)	【講義】
	1. 白鳳短期大学 高畑脩平氏 OT (こども 行政・大学・企業・NPO との連携)	
	2. 岡山県津山市 安本勝博氏 OT (街づくり・地域づくり)	
	3. 医療法人清風会 就労支援センターonwArk 金川善衛氏 OT (就労支援)	
	4. 首都大学東京 信太奈美氏 PT (障害者スポーツ)	
	5. 東京大学医学部付属病院 22 世紀医療センター 川又華代氏 PT (産業保健)	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p>
----	--

**科目名** 地域リハビリテーションを推進する地域資源とその現状 (280分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 滋賀県の障害福祉の仕組み (理念・法律・サービス・地域での動き) について概要を知っている</li> <li>・ 地域共生社会の実現に向けて活動する障害福祉の取り組みについて知っている</li> </ul>
----------	--

内容	障害福祉を取り巻く法制度の概要の基礎～共生社会に向けて～ (60分)	【講義】
	滋賀県自立支援協議会 事務局長 中島秀夫 氏	
	滋賀県の障害福祉における政策とリハ職への期待 (40分)	【講義】
	滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 課長 丸山英明 氏	
	滋賀県内の地域共生社会の実現に向けた先進的な取り組み (45分×4箇所)	【講義】
	1. 米原市地域包括医療福祉センター ふくしあ	
	2. やまなみ工房 【生活介護・就労継続 B 型】	
	3. カルビー・イートーク株式会社 【特例子会社】	
	4. 特定非営利法人 YASU ほほえみクラブ【総合型地域スポーツクラブ】	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p> <p>* 受講前に資源一覧表 (予定) を熟読し、講義に臨むことが求められる</p>
----	---



**科目名** **地域リハビリテーションの推進に求められる能力 (360分)**

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域リハビリテーションを支える支援者の専門性や価値観を説明できる</li> <li>・ リハ専門職の専門性を他の支援者に理解できるように説明することができる</li> <li>・ 自らが勤める地域にどのような地域資源があるか調べ、述べるができる</li> <li>・ 地域診断に必要な能力を述べるができる</li> </ul>
----------	--

内容	リハ専門職に求められる多職種連携に必要な能力 (180分) 吉備国際大学保健医療福祉学部 作業療法学科 京極 真 氏 リハ専門職に求められる地域評価・診断の基礎 (180分) (予定)神戸学院大学 教授 備酒 伸彦 氏	【講義 & GW】  【講義 & GW】
----	--	----------------------------

備考	* については、滋賀県立成人病センター教育研修センターが実施した「医療専門職等育成研修」を修了したものは出席したものとみなすことができる。
----	---

**科目名** **地域リハビリテーションの推進に向けた実践 (1060分)**

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括的に“人”や“地域”を見る視点を再確認することができる</li> <li>・ リハ職が自らの視点を他職種に理解してもらえよう説明が行える</li> <li>・ 地域での課題を解決するための方策を立案できる</li> <li>・ これから地域でリハ専門職に求められる能力を述べ、自らのこれからの行動立案が行える</li> </ul>
----------	--

内容	地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 (180分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏 現場見学 (260分×2) (5コースのうち2つを選択 *必須)リハセンター職員 地域リハビリテーションマネジメント実践演習 (360分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	【オリエン・課題】  【見学実習】  【プレゼン】
----	---	---------------------------------------

備考	* については関係者の聴講を可能とする *研修修了後に修了式を実施する
----	--

【カリキュラム総時間 2300分】

(スケジュール表)

平成29年 地域リハビリテーション人材育成研修会スケジュール

第1回	9月3日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：高畑 脩平 氏 14:35 受講者オリエンテーション 15:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第2回	9月10日(日)	9:55 挨拶 10:00 講義 講師：安本 勝博 氏 11:30 休憩 12:30 講義 講師：備酒 信彦 氏 14:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第3回	10月21日(土)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：小野 太一 氏 14:00 休憩 14:15 講義 講師：金川 善衛 氏 15:45 休憩 15:55 講義 講師：信太 奈美 氏 17:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第4回	10月22日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：丸山 英明 氏 13:45 講義 講師：中村 泰之 氏 14:35 講義 講師：外田 順一 氏 15:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第5回	10月28日(土)	10:55 挨拶 11:00 講義 講師：中島 秀夫 氏 12:00 休憩 13:00 講義 講師：山下 完和 氏 13:45 休憩 14:00 講義 講師：北村 克家 氏 14:45 休憩 15:00 講義 講師：川又 華代 氏 16:30 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第6回	12月17日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義&GW 講師：京極 真 氏 16:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
	未定(調整中)	リハ専門職に求められる地域評価診断の基礎 地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 地域リハビリテーションマネジメント応用演習 現場見学実習 (各施設)	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室 など

\*調整中の研修および見学実習は、決定次第受講者に連絡いたします。