

設と介護老人保健施設の特徴の差がみられないとさえ感じてしまいます。極端な話ですが、個人的なリハビリが必要な方は、介護老人福祉施設に入所して医療機関の外来リハビリを受けた方が良いのではないかとさえ考えてしまいます。

同様の問題が介護保険制度の通所リハビリと通所介護にもみられると思われま。通所介護は看護婦や保健婦による介護サービスや日常動作訓練を行うとされており、通所リハビリでは、医師の指導に理学療法士や作業療法士などによる機能訓練、食事や入浴の介助、レクリエーション、高齢者の交流等を行うと説明されております。これらは理学/作業療法士なしでもリハビリの心得のある看護婦でも可能とされています。（点数上は若干の差があり。）リハビリスタッフの人員は、例えば毎日20人の利用者に対してはスタッフが週に8時間の勤務で条件は満たします。しかしこの条件下では個人的な指導は不可能で、集団訓練が中心となります。利用者の中には集団訓練で充分の方も多いたと思われま。利用者の方には不満もあるよう。リハビリスタッフがいることの特性が充分活かしているのか（スタッフの力量にもよるが）疑問です。通所介護と通所リハビリの違いがあまり明確になっていないように思われま。充分なリハビリを行うためには、もう少し制度上のバックアップも必要であると思われま。

また、医療保険で行うリハビリと介護保険で行うリハビリの違い、併用する上での問題も少々みられま。（このような発言をして、医療保険下でのリハビリに制限されても困りますが）障害のある方は、少しでも良くなりた一心でより多くのリハビリを希望されま。通院でリハビリを継続し状態が維持された状態でも、本人希望を取り入れた形で介護保険下でのリハビリのメニューが組まれることがあります。このような場合、互いの情報交換が必ずしも十分でないことも多く、双方より違った指導、指示が入り患者さんや関わるスタッフも混乱させられることもあります。実際のケースですが、当院で維持的リハビリを継続している患者さんが、個人指導を行うという通所リハビリに更なるリハビリを希望して通所されることに

なりました。この方は発症後4年で移乗動作はどうか自立、歩行は不能の方でした。当然歩行に対する希望は強いのですが、この方は、片麻痺、重症の変形性膝関節症に伴う不安定膝、肥満があり、歩行すると関節内出血を起こし、その後膝痛が増強しADLが低下するため、自宅での歩行はある程度制限し、通院リハビリ時に十分に膝の支持性をアシストしながら歩行訓練を行い、機能を維持しておりました。しかし、通所リハビリを開始するようになり、しばしば膝やその他関節の痛みを訴え、注射や消炎鎮痛剤が必要でした。リハビリという医療が分散した場合の弊害を知らされた症例の一つです。一方、期待したりリハビリが受けれないという不満も多いよう。介護保険には訪問リハビリというメニューがありますが、期待に応えられるほどの社会資源がない状況で、実際には受けられない方もまだ大勢います。通所介護や通所リハビリも患者さんの需要を充分満たしている状況ではないと思われま。また、利用する際に医療保険でのリハビリ、介護保険での訪問リハビリや通所リハビリ等について我々医療関係者自体も、利用の基準を明確に持たないまま現在に至っているという感もあります。

また、当院では適切と思われる患者情報や家屋改造や歩行支援装具、車椅子等の情報を可能な限りケアマネージャーに伝えるようにしております。しかし、病院外のケアマネージャーであることも多く、情報の伝達が容易でないこともあります。電動車椅子を貸し出されている方もいらっしゃいますが、患者さんの操作能力の判断や患者さんへの指導や練習が充分なされているのか—以前は更正指導所で行われていたことが現在どのような形で実行されているのか不安に感じることもあります。（私が情報不足だけで、十分な指導がなされた上で貸し出されているのかもしれませんが。）

現在一般病院では平均在院日数25日を目標とさせられています。（平成13年12月時）今後さらに短縮させられる可能性があります。突然病に倒れ障害を持った方が、病気や障害を理解し今後の生活をイメージすることもできないうちに退院の話が先にされてしまうような現状もあります。

このような厳しい医療事情,日本の経済事情であるからこそ,正確な予後予測ができること,より効果的なリハビリ技術の獲得,充分練られたリハビリプログラムの作成ができるように我々自身の能力を高める必要もあります.社会資源の適切な選択と十分な連携も必要です.

また,当院で介護保険の申請をする場合,しばしば申請が早すぎると言われたり,また退院日が決定してからでないと認定調査はできないなどと言われることもあります.患者さんの中には,在宅に必要なサービスを全てプランに取り入れられる認定を得られるか否か,要介護認定の予測が微妙な方もあり,また認定によっては施設入所が可能か否か,つまりその要介護度で,その後の療養の方向が決定する患者さんもいらっしゃいます.医療機関や患者さんが時間に追われている一方で,比較的医療に近い所にいる方々でさえ厳しい医療事情や介護事情をまだ十分に認識しているとはいえないと思います.

社会資源の無駄遣いをせず,必要な所には十分な医療や介護保険のメニューを実施できるようにするためにも,医療や介護保険の現状を一般の方々へも知らせ,みんな考え協力していく風潮を作ることも大事であると思われま

司会 先生ありがとうございました.何かご意見ございましたら宜しく願います.シンポジストの先生の中でもう少し強調しておきたいとかございましたらお話しいただきたいと思います.真柄先生どうぞ.

真柄 今の渡部先生のお話の中でケアマネジャーとの連携が大変であるということですが当院の努力とどうか工夫といたしましてはケアマネジャーの方にケース会議に参加していただくということで結構よく出ていただいている,非常に連携取るのにいい方法だと思います.一言述べさせていたただきたいと思いました.

司会 ありがとうございます.他にございますでしょうか?はいどうぞ.

高橋 新潟医学会でこのようなシンポジウムを開いていただきましてありがとうございました.現在介護保険が導入されそして保健医療福祉という大きな分野がポーターレスになってきております.今日のシンポジウムは医療と言うことに割合重みがかかっている,それ以外の分野に触れ方が少なかったと思われま

す.最後に渡部先生がおっしゃった一番最後の部分,今後やはり医療職もすこし福祉職と意見を交換するとかいいのではないかと思います

それからこの山岸先生が話していたのですが,リハビリテーションスタッフや看護師さんソーシャルワーカーの方々と同じような情報交換することがとても望まれます.

司会 シンポジウムの先生方ありがとうございました.今日はリハビリテーションの現状ということでいろいろお話しをいただきました.まだまだ混沌として先行き見えないところではありますが,リハビリテーションが重要だという事にはわかりありません.私どもリハビリテーションに関わる者はその責務は非常に大きいと思います.先生方もますますこの分野でご活躍いただきたいと思います.シンポジウムにご参加いただきました先生方,大変ありがとうございました.これにてシンポジウムを終わります.