

特別座談会

(前編)

「地域包括ケアを実現するための医療介護連携と福祉用具」

日本介護医療院協会会長 鶴巻温泉病院院長
鈴木 龍太氏
 日本介護支援専門員協会副会長
小原 秀和氏
 ヤマシタコーポレーション社長
山下 和洋氏



日本介護支援専門員協会 副会長
小原 秀和氏

介護支援専門員。社会福祉法人あけぼの会(秋田県大仙市)の統括本部長。2017年6月に現職に就任し、厚生労働省の社会保障審議会介護給付費分科会の委員などを務める。



ヤマシタコーポレーション 社長
山下 和洋氏

慶應義塾大学卒業、2010年ヤマシタコーポレーション入社、高松営業所配属。13年7月より現職。全国福祉用具専門相談員協会、日本福祉用具供給協会の理事を務める。

「地域包括ケアを実現するための医療介護連携と福祉用具」

鈴木 鶴巻温泉病院の鈴木です。当院は、回復期・慢性期を中心とした全59床の多機能病院です。また今年8月より、日本介護医療院協会の会長も務めています。当院も、来年初めに介護医療院の開設を予定しています。

小原 日本介護支援専門員協会

連携の連携ポイント

- ① 早期受け入れ
- ② 退院前カンファ
- ③ シームレスな用具提供

鈴木 私たちの医療介護連携が特に必要となるタイミングの一つに「退院時」があります。当院では回復期だけでなく、全ての病棟でリハビリテーションを提供しています。リハビリ専門職は現在、理学療法士が99人、作業療法士が60人、言語聴覚士が27人います。また基準や報酬とは紐づいていませんが、音楽療法士などのレクリエーションスタッフも10人配置しています。ただ回復期リハビリテーション、病棟が206床あり、地域包括、緩和、神経難病等全ての機能がリハビリテーションを実施していますので、充足していないのが現状です。

回復期で注力しているのが、脳卒中の患者を発症から7〜9日を受け入れる取り組みです。データをみても、早期に受け入れ、リハ

住環境を整備したり、もちろん地域包括ケア病棟を新設し、当院は急性期のベッドをもっていないため、在宅や介護施設などで暮らしている方が、発熱や誤嚥性肺炎などで急変した場合に受け入れる「サブアキュート」の機能が中心です。開設間もないですが、想像以上に緊急入院が多く、驚いていると聞きます。普段は在宅で、困ったらずに入院できることへのニーズの高さを実感しました。当院以外の急性期病院を退院してこられる患者には、リハビリを実施し、在宅復帰を目指す「ポストアキュート」の役割も果たしています。

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

小原 「退院前支援サービス」は、使い慣れた道具が変わるのには、使う本人にとって負担です。病院、施設、自宅をシームレスに支える取り組みだと感じました。私が勤務する老健でも、退院前に担当のケアマネジャーと連携して、退院後に利用する福祉用具も大事なポイントの一つなのだと思ってきました。

(次頁に続く)

鈴木 鶴巻温泉病院の鈴木です。当院は、回復期・慢性期を中心とした全59床の多機能病院です。また今年8月より、日本介護医療院協会の会長も務めています。当院も、来年初めに介護医療院の開設を予定しています。

小原 日本介護支援専門員協会

鈴木 私たちの医療介護連携が特に必要となるタイミングの一つに「退院時」があります。当院では回復期だけでなく、全ての病棟でリハビリテーションを提供しています。リハビリ専門職は現在、理学療法士が99人、作業療法士が60人、言語聴覚士が27人います。また基準や報酬とは紐づいていませんが、音楽療法士などのレクリエーションスタッフも10人配置しています。ただ回復期リハビリテーション、病棟が206床あり、地域包括、緩和、神経難病等全ての機能がリハビリテーションを実施していますので、充足していないのが現状です。

回復期で注力しているのが、脳卒中の患者を発症から7〜9日を受け入れる取り組みです。データをみても、早期に受け入れ、リハ

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

小原 「退院前支援サービス」は、使い慣れた道具が変わるのには、使う本人にとって負担です。病院、施設、自宅をシームレスに支える取り組みだと感じました。私が勤務する老健でも、退院前に担当のケアマネジャーと連携して、退院後に利用する福祉用具も大事なポイントの一つなのだと思ってきました。

(次頁に続く)

鈴木 鶴巻温泉病院の鈴木です。当院は、回復期・慢性期を中心とした全59床の多機能病院です。また今年8月より、日本介護医療院協会の会長も務めています。当院も、来年初めに介護医療院の開設を予定しています。

小原 日本介護支援専門員協会

鈴木 私たちの医療介護連携が特に必要となるタイミングの一つに「退院時」があります。当院では回復期だけでなく、全ての病棟でリハビリテーションを提供しています。リハビリ専門職は現在、理学療法士が99人、作業療法士が60人、言語聴覚士が27人います。また基準や報酬とは紐づいていませんが、音楽療法士などのレクリエーションスタッフも10人配置しています。ただ回復期リハビリテーション、病棟が206床あり、地域包括、緩和、神経難病等全ての機能がリハビリテーションを実施していますので、充足していないのが現状です。

回復期で注力しているのが、脳卒中の患者を発症から7〜9日を受け入れる取り組みです。データをみても、早期に受け入れ、リハ

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

小原 「退院前支援サービス」は、使い慣れた道具が変わるのには、使う本人にとって負担です。病院、施設、自宅をシームレスに支える取り組みだと感じました。私が勤務する老健でも、退院前に担当のケアマネジャーと連携して、退院後に利用する福祉用具も大事なポイントの一つなのだと思ってきました。

(次頁に続く)



鶴巻温泉病院 院長
鈴木 龍太氏

医師。1977年、東京医科歯科大学脳神経外科入局。医療法人社団三喜会理事長と鶴巻温泉病院院長を兼任。日本慢性期医療協会常任理事。今年8月に日本介護医療院協会会長に就任。

山下 ヤマシタコーポレーションの山下です。当社は福祉用具レンタルとリネンサプライを柱に、事業を展開しています。福祉用具レンタル事業では、在宅を中心にサービスを提供しております。

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に

小原 「退院前支援サービス」は、使い慣れた道具が変わるのには、使う本人にとって負担です。病院、施設、自宅をシームレスに支える取り組みだと感じました。私が勤務する老健でも、退院前に担当のケアマネジャーと連携して、退院後に利用する福祉用具も大事なポイントの一つなのだと思ってきました。

(次頁に続く)

環境が変わってもシームレスな支援を

今年4月の医療・介護報酬の同時改定を経て、2025年、さらにその先を見据えた地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域包括ケアを実現するための医療介護連携と福祉用具をテーマに、日本介護医療院協会会長に就任した鶴巻温泉病院・鈴木龍太院長、日本介護支援専門員協会・小原秀和副会長、ヤマシタコーポレーション・山下和洋社長にお集まりいただき、地域包括ケア実現に向けた取り組みについて、それぞれの立場から語ってもらった。今月と来月の2回掲載。

鈴木 本日のテーマの中で、まず地域包括ケアや医療介護連携についてですが、当院では今年4月

小原 利用者ニーズを明確にし、地域資源を活用して、解決に向けて我がケアマネジャーの役割を

鈴木 各サービスでも、この訪問リハと連携しなければなりません。在宅の受け入れ体制を整える準備期間が必要になります。今回の同時改定では、診療報酬でも退院時共同指導料の要件も緩和されましたが、やはり退院前の連携を強めることが、在宅復帰がよりスムーズにできるポイントです。

またケアマネジャーは、在宅に戻った後の生活をどう支えるのかを考えた方がいいですね。入院中にリハビリで引き上げた機能を、利用者の暮らしにしっかりと活かしていく視座、せいかく歩けるようになったのに、ずっと家にはいけないという状況が、例えは、孫の部活動の応援に行けず、改善した機能を、どうQOLや社会参加に繋げていくかを意識したプランニングが重要ですね。

それから、訪問介護では「自立生活支援のための見守り的援助」について、身体介護としての位置づけがより明確になりました。ヘルパーが代行する生活援助ですが、自立支援のため、手助けしながら一緒に行動する身体介護に