

訪問看護ステーション

看護とリハの新しい形

これまでの考え方やスタイルを捨ててください！



やまだリハビリテーション研究所
作業療法士 山田 剛

そもそも最初の時点から
間違っているんじゃないかな

訪問看護ステーションの看護とリハ

- 看護は看護、リハはリハでいいんじゃない
- ケアマネからの依頼で「リハはいないのですか？看護だけなんですか？」と問い合わせがあったのでリハを雇用したけど、リハのことはよくわからないから任せておく
- クレームがでないならそれでいい

病院から転職してきた方へ

- 看護師の上司は看護師
- セラピストの上司はセラピスト
- 部門別の組織

一部の大規模ステーションをのぞけば、管理者さんをトップにフラットな組織が訪問看護ステーション

OLDな病院スタイルを引きずるのではなくて、新しいスタイルの組織、運営styleが訪問看護ステーションには必要ではないですか？

リハビリテーションとは

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

なぜ看護とリハの連携がうまくいかないのか①

- 連携なしでも訪問業務が成立する
- 連携は「情報を共有すること」であると勘違いしている

なぜ看護とリハの連携がうまくいかないのか②

- 「個」のリハ、「チーム」の看護
- 病院でも訪問でも個別担当制のリハ職は「個」の力で課題を解決することが多くなる
- 自分の担当ケースでのみ連携をすることが基本と考えるリハ職が多い

なぜ看護とリハの連携がうまくいかないのか③

- SPDCAサイクルのことを知っていますか？
- そもそも看護師さんの訪問の開始時にはsurveyなんてしている時間はないことが多いのです
- 看護師とリハの訪問ケースが違うことも連携の考え方が異なる理由の一つです

OODAは臨床現場での思考方法

- Observe 観察、診る
- Orient 情勢への適応、方向づけ、わかる
- Decide 意思決定、判断
- Act 行動
- Loop ループ

訪問の現場では目の前の対象者さんへの対応をその場で一人で行うことが基本。
その時の行動を行うための思考方法が「OODA」

リハと看護とPDCAとOODAとICF

- 看護師とリハスタッフでは対象者さんの評価の視点も、行動に対しての思考方法も異なることが多い。
- PDCAやOODAという用語を知らなくても、担当する対象者さんの状態や疾患・病期などが異なるケースが多いため、長期的な視点に対しての考え方が異なる
- ICFという共通言語を用いることで、情報共有を行い、現場ではOODAで行動しつつ、PDCAを意識した長期的な指針の中で実践する看護とリハの連携が在宅医療の現場では必要とされています

看護師とリハ職員との共同でのアセスメント

- 看護師とセラピストがそれぞれの視点で「心身機能」「活動」「参加」をアセスメントすることが必要です
- 目標や期間の設定に対してのアセスメントを看護師とリハ職が共同で行うことが必要です
- 「定期的な看護師の関与」を形式的なものにするのではなく、看護師とリハ職の連携でアセスメント、アプローチすることが訪看リハの役割です

同僚の看護師とリハが
密接に連携できることが訪問看護の強みである

でもね、

心の中では

それくらいやってるし、できている

って思ってるんじゃないですか？

でもね、

心の中では

自分のケースのことは「カルテで報告している」、
「必要に応じて直接口頭でも報告してる」だから
「連携できてる」

って思ってるんじゃないですか？

「今」のあなたの職場の連携はどんな感じですか？

- 看護とリハが一緒にいてるだけ
- 看護⇒リハまたはリハ⇒看護の一方通行な情報交換ができています
- 担当ケースのみの情報共有ができています
- 担当ではないケースの情報も何となく共有ができています
- 看護とリハのノウハウの共有ができています
- 看護とリハのノウハウの実践ができています
- 効果的な連携ができています
- 効果的な連携が日常的にできています

担当ケース以外のことで連携していますか？

- 看護師さんからリハ職に、看護のみのケースの相談をしていますか？
- セラピストは、看護師さんから担当ケースではない利用者さんの相談をされたことがありますか？
- 看護師さんのみの訪問ケースで、現在大変そうな利用者さんのことリハ職は知っていますか？
- リハの介入がない新規ケースのカルテをリハ職は確認していますか？
- 看護師さんの話題の中に入っていく勇氣はありますか？

自分の担当ケースでなくても連携が必要なんです

- 運動機能の改善だけではなくて、口腔機能の改善を看護師さんが提案
- 入浴動作のことを看護とリハと共同で取り組む
情報交換しながら入浴動作に取り組む
年末年始の影響と、リハと看護での見解の相違
- 2件のデスカンファレンス
リハの介入が効果的だったケース
リハの介入が遅かったケース
- 小児の同行訪問レポートのこと

日々の小さな積み重ねが必要です

- リハ職に、看護のみのケースの相談をしていますか？
- リハ職は看護師さんから、担当以外のケースの相談をされますか？

PT、OTの役割をきちんと理解している看護師さんはいる？
普段からリハのことをきちんと伝えていますか？
何を聞けばよいかわからないから、聞いてもらえない可能性はありませんか？

- 看護師さんのみの訪問ケースで、現在大変そうなケースのことリハ職は知っていますか？
- リハの介入がない新規ケースのカルテをリハ職は確認していますか？

そのケースにリハの介入が必要かどうかだれが決めるのですか？
リハの視点でのアドバイス必要じゃないですか？

- 看護師さんの話題の中に入っていく勇氣はありますか？

リハが少ないからこそ

- 看護師の視点でのリハビリテーション
- セラピストの視点でのリハビリテーション

- 看護師の視点での評価と捉え方
- セラピストの視点での評価と捉え方

お互いの視点、考え方をすり合わせることをコツコツ継続することが必要です

「個」の力で解決するリハビリテーションは訪問看護ステーションには必要ないのです。

自分の担当ケースじゃなくても・・・

- 看護師さんの輪の中に入る
- 看護師さんの話に耳を傾ける
- 新規のカルテを見る習慣を身につける
- 大変そうな看護ケースの情報を見してみる

できることなら看護師さんもね

- 看護師さんからリハ職に話しかける
- リハ職が実践しているリハについて質問する
- リハ職のカタカナとか英語とかリハに関する内容についてわからないことはさらに質問する
- 善い行いがあればリハ職をほめる
- リハ少数の職場であればあるほど、セラピストは看護師さんの会話の中には入っていきづらいこともある。

自分の担当ケースで連携するのは当たり前

- 運動機能の改善だけではなくて、口腔機能の改善を看護師さんが提案

- 入浴動作のことを看護とリハと共同で取り組む

情報交換しながら入浴動作
年去年始

週1回の勤務を始めたのが2021年5月、週2回になったのが
2022年10月～。1年10カ月の勤務による連携の成果の一例です

カンファレンス

リハの介入が効果的だったケース

リハの介入が遅かったケース

- 小児の同行訪問レポートのこと

リハと看護で共同のアセスメント

リハと看護師の共同でのアセスメント

- 本当にリハスタッフだけの訪問で大丈夫なの？
- 運動機能の低下はリハだけに任せていても大丈夫なの？
機能低下のアセスメントは適切に行えるのかな？
褥瘡やその他の二次障害の発生の予測は？
- 看護師のみの訪問のケースの運動機能の評価はきちんとできていますか？
フレイル、2STEP、TUG評価は大丈夫ですか？

訪問看護・リハの実施にあたって

- 訪問により達成すべき目標は何ですか？
⇒その目標は、ケアプランと整合性がとれていますか？
- その目標達成のために必要な期間はどれくらいですか？
⇒期間設定を行うために、適切なオリエンテーションやサービス担当者会議での、目標到達度合いの報告を行えていますか？
- 目標達成に必要な看護とリハの情報共有とアセスメントは行えていますか
- そのリハビリテーションは時代にマッチしたリハビリテーションですか？

訪問看護ステーションでの経験から(1)

- リハスタッフが少数の事業所においては

リハのみの訪問は基本的には実施しないで、看護師の訪問との併用が必要なケースの依頼を中心に引き受けるようにする

訪問当初から週3回で開始するのではなく、週1回から開始し必要に応じて頻度を上げる(いったん増やした回数を減らすことは難しい)

訪問当初から週3回など行う場合は、「当初3カ月間は週3回で4カ月目以降については訪問回数を減らす」などと最初からきちんと説明する方が調整しやすい

訪問看護ステーションでの経験から(2)

PT/OT/STと看護師との連携は訪問看護ステーションにおいては必須

時間・場所・目的を共有するためには直行直帰ではない勤務体系が必要

一緒に過ごすからこそいつでもカンファレンスができる

リハ継続のためには 事業所内での定期的な検討が必要

- 少なくとも3カ月に1回程度の頻度での訪問によるリハビリテーションの継続の検討が必要
⇒できれば看護師による毎月のアセスメントがあればベスト
- 看護師とセラピストの協業によるアセスメントをおこない、継続か終了かの判断を行う

「個」を活かしながら「チーム」で取り組む

- 情報を共有することが基本です
- 複数のセラピストが担当する場合
リハ目標やプログラムの内容、時間配分、コミュニケーションなどのすり合わせが必要です
- セラピスト間で訪問内容や説明する内容に差が出ないように配慮する
- 訪問は「個」であっても、業務はチームで行っているという意識を常に持ちましょう

看護師さんに知っておいてほしいリハのこと

- 元に戻すことがリハビリテーションではありません
- 「現状維持」が目標でもOKですが、現状をきちんと評価できていますか？
- どんな対象者でも状態を改善できる保証はありません
- 揉んでさすって動かすことだけがリハビリテーションではありません

看護とリハの連携に必要なこと

- 時間と場所の共有が必要となる
昼休み、記録を記入している時間などの雑談がきっかけで連携が進むこともある
直行直帰だけの勤務スタイルの変更が必要
- どうしても直行直帰、非常勤スタッフなら
同じケースを担当しているリハは看護師の、看護師はリハの記録をすべて読んでから
訪問に行きましょう
あなたがかかわっていない期間の変化の情報の共有は必須です
- 定期的なカンファレンスや情報共有の場を作りましょう
情報の共有は善意ではなく業務です

職種間で意見が合わないこともあるかもしれませんが、歩み寄りはお互いに必要です。過去に出会った看護師やセラピストのイメージからの脱却も必要です。

厚労省が求めるリハビリテーションとは!

リハビリテーションとは

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

リハビリテーションの目的

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

リハビリテーションマネジメントとは

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。症状緩和のための取組（いわゆる理学療法として行うマッサージ）のみを漫然と行う場合はその必要性を見直すこと。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

計画書のこと

利用者氏名	生年月日	年 月 日 ()歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住所	看護・リハビリテーションの目標	
年月日	問題点・解決策	評価
衛生材料等が必要な処置の有無 有・無 処置の内容 衛生材料 (種類・サイズ) 等 必要量		
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)		
作成者①	氏名:	職種: 看護師・保健師
作成者②	氏名:	職種: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 訪問 通所 入居 計画作成日: 令和 ___年 ___月 ___日
 氏名: _____ 性別: 男 女 生年月日: _____年 ___月 ___日(___歳) 要支援 要介護
 担当医師 _____ 担当 _____ (OPT OT ST 看護職員 その他従事者()

■本人の名称(〒) (記入がなくてもいい場合は空欄) ■家族の名称(本人に対して何人かいる場合は、番号順に記入してください)

■既往歴・経過
 原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____年 ___月 ___日 最近の入院日: _____年 ___月 ___日 最近の退院日: _____年 ___月 ___日
 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
 合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
 これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目録設定用表(管理シート) あり なし 認知症評価表の日常生活自立度(基準値) 自立 I II III IV M M M

■ 身体機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
持重低下障害	あり	あり	
歩行態・構音障害	あり	あり	
咀嚼障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
日常生活自立度		自立	
□MMSE □HDS-R			
コミュニケーションの状況			

■ 動作(基本動作)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

■ 活動(ADL)(※「している」状況について記載する)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整骨	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■ リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)
(心身機能)
(活動)
(参加)

■ リハビリテーションの長期目標
(心身機能)
(活動)
(参加)

■ リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■ 本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

■ リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・実施中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■ リハビリテーションの見直し・継続理由

■ リハビリテーションの終了目安
(終了の目安となる時期: _____ヶ月後)

利用者ご家族への説明: 令和 ___年 ___月 ___日

特記事項:

リハビリテーション総合実施計画書

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 【主目標】	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他の: (仕事内容: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:)	
活動 【すべて実行状況】	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:)	
	屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:)	
	交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:)	
	車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:)	
	(駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) (移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助:)	
	家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施:)	
	書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他:)	
	コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:)	
心身機能・構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)		備考
本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン 家族サイン 説明者サイン

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)
 1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクI, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
 2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV又はMIに該当するものであること。
 3. 日常生活(病棟)実行状況、「している」活動」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
 4. 訓練時能力:「できる」活動」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

計画評価実施日: 年 月 日

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年 月 日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):	合併症(コントロール状態):	リハビリテーション歴:			
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M			

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)	短期目標 (月後)	具体的アプローチ																																																																																																																
心身機能・構造 <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS, GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記憶力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他: 基本動作 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ADL (B, I.)</th> <th>自立</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>使用用具(杖、装具、介助内容)</th> <th>短期目標</th> <th>具体的アプローチ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>食事</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>←監視下</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>座れるが移れない</td> <td></td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ動作</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平地歩行</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>←歩行器等</td> <td>歩行:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>車椅子操作が可能</td> <td>→ 5</td> <td>0</td> <td></td> <td>車椅子:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>排便管理</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>排尿管理</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計(0~100点)</td> <td colspan="3">点</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>コミュニケーション</td> <td>理解</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>表出</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具、介助内容)	短期目標	具体的アプローチ	食事	10	5	0				移乗	15	10	←監視下				座れるが移れない		5	0				整容	5	0	0				トイレ動作	10	5	0				入浴	5	0	0				平地歩行	15	10	←歩行器等	歩行:			車椅子操作が可能	→ 5	0		車椅子:			階段	10	5	0				更衣	10	5	0				排便管理	10	5	0				排尿管理	10	5	0				合計(0~100点)	点						コミュニケーション	理解							表出							
ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具、介助内容)	短期目標	具体的アプローチ																																																																																																												
食事	10	5	0																																																																																																															
移乗	15	10	←監視下																																																																																																															
座れるが移れない		5	0																																																																																																															
整容	5	0	0																																																																																																															
トイレ動作	10	5	0																																																																																																															
入浴	5	0	0																																																																																																															
平地歩行	15	10	←歩行器等	歩行:																																																																																																														
車椅子操作が可能	→ 5	0		車椅子:																																																																																																														
階段	10	5	0																																																																																																															
更衣	10	5	0																																																																																																															
排便管理	10	5	0																																																																																																															
排尿管理	10	5	0																																																																																																															
合計(0~100点)	点																																																																																																																	
コミュニケーション	理解																																																																																																																	
	表出																																																																																																																	

目標を具体的に設定し
設定した目標の到達度合いを確認するため
の効果判定を行う



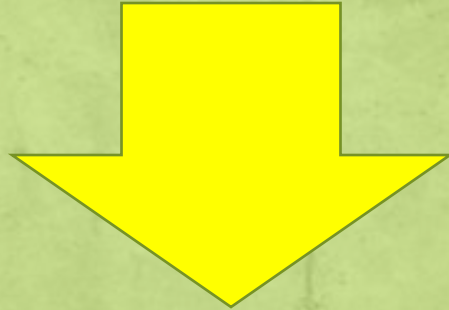
事業所全体で取り組むべきこと!

訪問のリハビリテーションに求められていること

- マネジメントに基づいたリハビリテーションの実施
 - SPDCAサイクルの実践
 - 適切な目標設定
 - 目標達成に必要な期間、訪問の頻度
 - 活動と参加につながるアプローチ
- 医師との連携
- 訪問によるリハビリテーションの修了

必要な時期に必要な期間、明確な目的が リハビリテーションには必要

指示書があり、ケアプランに記載されているだけで、
ダラダラ漫然とサービスを提供する時代は終わる



- 医師の明確な指示、
 - ケアマネジメントに目的が記載、
 - 通所リハ・訪問リハでは定期的な計画書の更新
 - 訪看リハではリハ報告書の作成
- を行うことで「目標の達成度合いの確認」を定期的に行う時代に入

SPDCAのSのこと

最初が肝心

最初の契約や、ケアマネジャーさんとの担当者会議の時に リハビリテーションは期間や目標を明確にすることが必要なサービスであることを説明する

それらのオリエンテーションの後で、担当セラピストが目標を設定し、リハビリテーションを実施する

PDCAサイクルではなくSPDCAサイクルを意識する

新規ではSPDCAサイクルの「S」をきちんと実践

- サービス担当者会議、退院前カンファレンスへの参加
- 医師からの診療情報提供書、指示書などでの情報収集
- ケアマネジャーさんからの情報収集
- 居宅訪問による、本人・家族のニーズの把握

ここまですることが「S」なんですけどね

継続ケースではケアプランの中身を定期的に確認
することが必要

Surveyを実践するという事は①

- ケアマネジャーに言われるがまま、空き枠がたくさんあるから、という理由で訪問時間や回数を決めるではありません
- 看護師、セラピストがsurvey、アセスメントを実施して、目標達成に必要な訪問回数、訪問時間、訪問期間を決定してサービスの提供を行うことが必要です

Surveyを実践するということは②

- 訪問により達成すべき目標は何ですか？

⇒その目標は、ケアプランと整合性がとれていますか？

- その目標達成のために必要な期間はどれくらいですか？

⇒期間設定を行うために、適切なオリエンテーションやサービス担当者会議での、目標到達度合いの報告を行えていますか？

- 目標達成に必要な看護とリハの情報共有とアセスメントは行えていますか？

心身機能、活動、参加へのアプローチ

- それぞれの領域のアプローチを偏ることなく実施することが必要です
- 発症からの時期、疾患の種類、年齢、予後などを考えてリハを実施しますが、どれか特定の領域のみに特化するのではなく、配分を考慮することが重要です。

訪問や通所で経験したこと

- 訪問リハで利用者宅に行ったら、リハビリテーションを始める前に、コーヒーの豆を挽いて淹れ始めたおじいちゃん

訪問リハの半分はコーヒー活動です!

- 犬の散歩のリハビリテーション
- ポロシャツを着るナイスミドル
- 吟行のためのリハビリテーション

目標設定の考え方のこと

- 「旅行」とか「結婚式への参加」のような華やかな壮大なことだけがICFに基づいた目標設定ではありません。
- 「活動」「参加」はもっと幅広いものなので、重症なケースであっても設定できる「目標」はあります。

活動と参加へのアプローチに必要なこと

- 心身機能へのアプローチをきちんと実践すること
- 個人因子や環境因子を考慮すること
- 活動と参加へのアプローチを難しく考えすぎないこと
(とりあえず何か実践してみる)
- 対象者さんにとっての日々の役割を見つけること
- 隙間時間の活用や自主トレの習慣化
- 多職種連携を意識して24時間全体の生活を考慮すること

ケアマネジャーとケアプランと リハビリテーションについて

ケアプランとリハビリテーション

- ケアマネジャーのプランと訪看リハのプランは連動する
 - ➡ ケアプランに記載されていることを実践するのが介護保険のサービス提供の基本です。
- 「転倒しない」「筋力低下を予防する」って目標は怎うなの？
- 提供するリハの目的とケアプランが異なる場合は？

転倒しない生活？

- 今の時点で転倒しない生活はどれくらい続いている？
- 転倒の原因は何？
- 転倒した原因を解決しましたか？

転倒しないことをリハで保証することはできません

筋力低下すると困るの？

- そもそも今の筋力をケアマネさんは評価をしているかな？
- 筋力を維持していることの判断をケアマネさんはモニタリングで行っているかな？
- セラピストなら筋力が低下しない心身機能で「何ができること」「どのような生活」を目標としますか

わかりやすく
ケアマネさんに伝える工夫



立ち上がりの評価
下腿周径の評価

バランス低下すると困るの？

- そもそも今のバランスや歩行能力の評価をケアマネさんはしてるかな？
- バランスの能力の判断をケアマネさんはモニタリングで行っているかな？
- バランスが低下しない心身機能で「何ができること」「どのような生活」を目標としますか

わかりやすく
ケアマネさんに伝える工夫



歩行時間の測定
歩幅とか歩行距離は？

リハビリテーションの目標設定のこと

本人の希望と目標設定のこと

- 本人の希望=リハビリテーションの目標設定ではありません
- 本人の希望ではない目標を設定することも必要です
- 目標について、ほうもんでの対応のたびに話をすることが大切です

1度の話し合いだけで目標が出ないからって、諦めてはダメなんですよ

本人の希望がリハの目標設定とは限らない

- 「元に戻してほしい」
- 「歩けるようにしてほしい」

リハビリテーションは魔法ではありません

リハビリテーションは無限に提供できるサービスでもありません

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といった専門職が評価を実施し、リハを実施しながら決定するのがリハビリテーションの目標設定なのです。

目標を具体的に設定する

具体的な目標設定とは

どのような状態になれば、目標が達成できたのか判断できるということ

×「更衣動作の介助量の軽減」

○「麻痺側上肢の袖を通すことができるようになる」

×「〇〇動作の介助量の軽減」

- 目標が介助量の軽減でも構いませんが、

そこに至るまでのスモールステップについてはきちんと考えておくことが、リハビリテーションには必要です

端坐位を保持できるようになる

現在全く一人で座位を保持できる見込みがないようなケースの場合

- 車いすにもたれながらであれば座位を保持できる
- 背もたれ+肘おきのある椅子で座位を保持できる
- 背もたれのある椅子なら座位保持できる
- 何にもつかまらまらずに端坐位を保持できる

このようなスモールステップを考えることができます

端坐位が保持できるようになる

- 1分ほどなら背もたれのない椅子に座る続けることができる
- 5分くらいなら背もたれのない椅子に座り続けることができる
- 座りながら、前方や下方にリーチしても安定して座り続けられる
- 椅子に座ったまま靴下の着脱を行うことができる
- 椅子に座ったまま、上着を着替えることができる

このようなスモールステップを考えることもできます

スモールステップのこと

- 短期目標、段階付け、スモールステップどんな用語でも構いませんが、いきなり高い目標には到達できませんので、そこに至るまでの経過を考えることが大切です
- 座位保持が不可能なケースに対して
「端座位保持ができるようになる」
この目標でOKの時もあれば、この目標が適切でない場合もあります。

現時点での座位保持能力の評価によって判断します

いろいろな場面や環境でのスモールステップを検討する

- より細やかなスモールステップ（量的な変化）
- より多彩なスモールステップ（質的な変化）

を検討していくことが、個別のリハ介入場面でのアプローチのバリエーションを増やすことになります。

運動分析や動作分析や活動分析や道具の使い方の分析などを行うことが必要になります

こんなスモールステップはいかがですか？

- 冷蔵庫の高い棚に手が届くこと
一番上の棚のものが取れなくなりました
- スイッチを1本指で押せること
手の甲ではなくて指で押したいねん
- 2分間立ち続けることを確認した結果
トイレ動作に変化が・・・

こんなことを利用者さんが教えてくれる。利用者さんと話すことで聞き出すことができる。そんな経験談を聞くことが、ほかの利用者さんの目標やスモールステップに応用できる。

目標設定に対しての到達度合いの確認のこと

- 個別介入の時間の最初に実践しましょう
- 定期的に実践しましょう
- 出来ることならそこに自主トレの要素を取り入れましょう

- 到達していなければ目標、スモールステップの見直しを行いましょう
- 到達していれば、次の目標、スモールステップに進みましょう

そのタイミングでこれからのリハビリテーションのこと、これからの目標のこと、これからの自主トレやホームエクササイズのことについて話しましょう

まず最初に確認すること

お互いの言い分を確認しましょう

- やってみたいこと
- 目標
- リハビリテーションの中身のこと

指標となるものを記録して提示すること

数字や写真などのわかりやすい比較しやすい記録を残しましょう

- TUGが測定できなくても、自宅の廊下の往復時間を測定しよう
- バランスが不安定なら、歩幅を測定してみよう
- ひとりで立ち続けることのできる時間も測定できる
- 30秒起立の測定は自主トレ導入のきっかけになる
- 写真や動画を積極的に活用しよう
- 屋外歩行はタイムと距離を測定しよう

ゼロか100かという選択のリハはやめましょう

現在担当しているケース、過去に担当してきたケース、これまで一人も自分でやってみたいことを話してくれた患者さんはいませんでしたか？

あなたの職場でリハを受けている患者さんすべてがそのように話されていますか？

職場のセラピストのすべてが、非現実的な目標を設定していますか？

今までの経験でうまくいったことがないから、これから先も目標設定を最初からあきらめることはやめた方がいいと思いますよ

私も完ぺきなリハビリテーションを提供できていません

- 具体的な目標を設定できそうなケースがいたら、そこから始めてみる
- 今そんな目標設定できるケースがいなくても、「常に話すこと」でそんなケースが出てくるかもしれないというチャンスを狙い続ける
- 一人、また一人とセラピストとして、適切な目標設定、そこに至るステップの検討といった経験を積み重ねていく
- 常に成功するわけではありません、トライ&エラーです

重度なケースのこと

ALS

- 意思伝達装置を使って孫の昼寝の見守り当番をしたケース
- 200万円の住宅改修をして半年しか活用できなかったケース

超重症児

- 年賀状の写真をかわいく撮影するという目標

こんなケースばかりじゃないけど、常に狙っているからこそチャンスは訪れる

褒めるリハビリテーション

- 評価と観察の目を養うことで、変化に気づくこと
- 定期的な評価で、数値としての変化に気づくこと
- それが良い変化であれば積極的にほめることも必要

歩行器が室内からなくなっていたから褒めてみた

説明と同意という行為をきちんと実践する

リハ実施計画書はただの紙切れではありません

- 説明して同意を得る
- そのプロセスの中で本人や家族の希望を確認する
- 達成の時期を伝える
- 必要であれば医師と協力して予後についての話をする

難しいプロセスがたくさんありますが、少しずつでも構わないので実践することが大切だと考えています

リハビリテーションとは個人戦ではなく
事業所・チームとしての総力戦

セラピスト一人で行うことではない

- リハビリテーションの終了や期間限定を限定したサービスの提供については
- 事業所の総意として取り組むことが必要であり、セラピストごとに判断が分かれるというものではない。
- 例外はあるかもしれませんが、長期的なサービスが必要なケースとそうでないケースは事業所として判断すべきこと
- 担当者が勝手に独自に判断すべきものではない。

訪看リハにおける看護師の関与

- 介護報酬において、リハのみの訪問には3カ月位に1回の看護師の関与が必要
- これら将来的に回数が増え、診療報酬においても適用されるでしょう

新しい形のリハを提供するための「リ・スタート」に必要な考え方

- すべてのケースにおいて、看護とリハが関わる体制の構築が必要
- 看護のみのケースに対して、定期的に関係スタッフがアセスメント
- リハのみのケースに対して、定期的に関係スタッフがアセスメント

事業所で明確なリハの方針を決定する

- 事業所の方針を明確にしよう!
- 適正なサービスの提供を実施しよう(目標、期間、頻度)
- リハビリテーションの実施にあたりSPDCAサイクルを実践しよう
- リハビリテーションの実施に当たっては、心身機能・活動・参加へのアプローチを実施しよう
- 定期的なリハビリテーション計画・看護計画の見直しをしよう
- 看護師とセラピストの共同でのアセスメントを実施しよう

事業所のサポートのこと

- 2024年50代の非常勤掛け持ち作業療法士が事業所のサポートを行いますよ。セラピストの教育や訪問看護ステーションでのリハビリテーションに関しての助言などを行います。
- 興味ある方はお気軽にご連絡ください。

