

訪問看護ステーションで

良いリハビリテーションを提供するための考え方



やまだリハビリテーション研究所  
作業療法士 山田 剛

**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

# 指示書・計画書・報告書のこと



# 訪問看護指示書(リハ)のこと

- II
1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  
    1日あたり（            ）分を週（            ）回
  2. 褥瘡の処置等
  3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
  4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

別紙様式 1

## 訪問看護計画書

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

別紙様式 2

## 訪問看護報告書

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														
訪問日	年 月			年 月										
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31				
訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。														
病状の経過														
看護の内容														
家庭での介護の状況														
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称: ( ) 使用及び交換頻度: ( ) 使用量: ( )													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ 無 変更内容													
特記すべき事項														
作成者	氏名:		職 種: 看護師・保健師											

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名  
管理者氏名

殿



利用者氏名									
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II a	III b	III a	III b	IV	M	
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容									
評価	項目	自立	一部介助	全介助	備考				
	食 事	10	5	0					
	イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視 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					
	活動	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能 → 5	0					
	階段昇降	10	5	0					
	更衣	10	5	0					
	排便コントロール	10	5	0					
	排尿コントロール	10	5	0					
	合計点	/100							
	コミュニケーション								
	参加	家庭内の役割							
		余暇活動 (内容及び頻度)							
		社会地域活動 (内容及び頻度)							
		終了後に行いたい 社会参加等の取組							
		看護職員との連携状況、 看護の視点からの利用者 の評価							
	特記すべき事項								
	作成者	氏名:	職種: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士						

事業所番号 \_\_\_\_\_ リハビリテーション計画書 □入居 □外来 □訪問 □通所 □入所 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  
リハビリテーション担当医 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_ (□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者)

本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望)  
家族の希望(本人にとって望ましい生活内容、家族が望んでほしいこと)

健康状態、経過  
原因疾病: \_\_\_\_\_ 発症日・受傷日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 直近の入院日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 直近の退院日: \_\_\_\_\_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): \_\_\_\_\_

目標設定等支援・管理シート:あり なし 日常生活自立度:自立、Ⅰ、Ⅱ、A1、B2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支援	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	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
視覚障害	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	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE □HDS-R コミュニケーション の状況			

■運動(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	
起床上がり	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)	
整容	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ヵ月)  
(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ヵ月間)  
  
■リハビリテーション実施上の留意点  
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■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: \_\_\_\_\_

計画作成日: 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ~ 見直し予定時期: \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日

■連携図子(※連携の頻度、現状と将来の見込みについて記載する)

連携先	連携内容	現状
家族	□視察 □同居	
福祉用具等	□取付 □器具 □歩行器 □車いす □手すり □ベッド □ホータブルトイレ	
住環境	□戸建 □集合住宅(居住別棟) □廊下 □ベランダ □玄関の除雪 □手すり □階段補助: 車輪: □座車 □アームレス トイレ: □洋式 □和式 □ホータブルトイレ	
自宅周辺	その他( )	
交通網の利用	□無 □有( )	
サービスの利用	その他( )	

■在宅参加の状況(過去実績していたものと現状について記載する)  
家庭内の役割の内容  
社会活動(内容より種類)  
社会参加活動(内容より種類)  
リハビリテーション終了後に残った社会参加等の取組

■活動(ADL)

アセスメント項目	利用頻度	現状	特記事項	評価項目の達成状況
食事の用意				0:していない 1:まわっている 2:週1~2回 3:週に8回以上
食事の片付け				
洗濯				0:していない 1:まわっている 2:週1回未満 3:週に1回以上
掃除や整頓				
片づけ				
買い物				
外出				
屋外歩行				
読書				
交通手段の利用				
旅行				
遊仕事				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:積極的に行っている
家や車の手入れ				0:していない 1:電球の取替、ふたの締めなど 2:半日以上、掃除機、洗濯 3:家の修理、車の整備
読書				0:読んでいない 1:まわった 2:月1回程度 3:月2回程度
仕事				0:していない 1:週1~2回程度 2:週1回程度 3:週2回以上
合計点数				

■活動と参加に影響を及ぼす要因の要因分析  
活動と参加において重要な部分、課題  
活動と参加に影響を及ぼす補助器具の課題  
活動と参加に影響を及ぼす補助器具以外の要因

■リハビリテーションサービスマトリックス

No.	目標(達成レベル等課題)	リハビリ期間	担当職種	具体的支援内容(目的別に「〜」をつける)	頻度	時間
					週	回 分/回
					週	回 分/回
					週	回 分/回
					週	回 分/回

■施設事業所の担当者共有すべき事項  
■介護支援専門員と共有すべき事項  
■その他、共有すべき事項( )

※下記の以外の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援していきます。  
【情報提供先】□介護支援専門員 □医師 □地域障害型)通所介護 □( )



# 2021年の改定から考えなければならないこと

- 要支援の利用者さんに対しての減算が2022年4月から始まる  
→ 継続する必要はありますか？何のための継続ですか？
- 通所リハで目標が達成できる利用者さんは訪看リハの対象者ではないと明記されたこと  
→ 訪看リハでしか達成できない目標に取り組んでいますか？
- 医師への報告書がリハのみの書式となりより具体的な記載が必要となったこと  
→ 定期的な評価と目標達成度合いの確認を実施していますか？

適切な目標設定、リハの実施期間、目標達成に必要なアプローチのあり方が問われている

# 2024年の改定から考えなければならないこと

- リハの訪問が多数の事業所は減算
  - ➡ そのリハ訪問の開始、訪問頻度は本当に必要ですか？
- 24時間対応、緊急対応などがリハ実施訪看にも求められる
  - ➡ 重症なケースへの対応リハも行えていますか？

訪問看護ステーションで対応すべき疾患や重要度合いが問われている



# 2024年以降の訪看リハの基本的な考え方

# セラピストが在籍するステーションの場合

- 要支援の利用者さんを1年以内に修了するための指針の確立
- 要介護の利用者さんに対しての「目標」「訪問頻度」「訪問期間」の設定と、定期的なアセスメント
- 看護師によるアセスメントの重要性
- 看護師によるリハビリテーションの提供の検討
- ケアマネジャー、本人、家族と定期的な方針の確認



## セラピストが在籍しないステーションの場合

- リハが必要なケースに対して目標を設定すること
- 看護師がリハビリテーションの提供を行うこと
- 看護師のみでのリハでは不十分な場合の連携先の確保

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!**

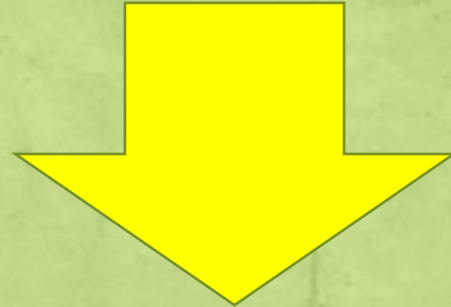


# 訪問のリハビリテーションに求められていること

- 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



これからの訪問看護ステーション

# 訪看リハビリテーション

訪問看護ステーションのリハは看護の専門性を補完する関わりが必要になる

神経難病  
精神疾患  
小児領域  
看取り  
緩和ケア

小児科や精神科の診療所などにリハ職がいることはほとんどないので、訪問リハで対応できない。リハが必要な場合は訪看リハ対応となる



# 訪問看護のリハビリテーション

- 管理者(看護師)が少数のリハ職を使いこなせることが肝心
- リハビリテーション部門のあり方を明確にする
- 管理者、看護師がリハビリテーションとの連携を密にすること
- リハビリテーションを実施するだけでなく、リハビリテーションをマネジメントするという視点が必要

# リハビリテーションの運営に事業所としてのルールを策定する

- 訪問回数はsurveyを実施したうえで事業所で判断する  
ケアマネ、家族との協議をしっかりと行う
- 訪問回数が増減については、事業所で判断しセラピスト個人で判断しない
- 対象者さんのアセスメントはリハと看護で共同で実施する
- 出来ることならリハのみの訪問看護をなるべく減らす方向で検討する
- カンファレンスを実施する時間を確保する
- 目標、頻度、回数を初期評価の時点で決定し伝える。継続判断も同様に定期的に伝える



# 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を実践するということは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。

# サービスの適正利用のために！

- 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
- 2024年の同時改定において「リハの回数」と「看護の回数」が比較され、その訪問状況により翌年度減算されることになりました。
- 必要な時期に、必要な期間、必要な頻度での訪問をきちんと考えていくことが事業所に求められます。

リハと看護双方で対象者さんの適切な目標設定できていますか？



# 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

## リハビリテーションの実践に必要な6つの視点

「心身機能へのアプローチ」と「活動と参加へのアプローチ」  
「機能改善のためのアプローチ」と「残存機能を発揮するアプローチ」

「直接的なアプローチ」と「間接的なアプローチ」

「触るリハビリテーション」と「触らないリハビリテーション」

「してもらうリハビリ」から「するリハビリテーション」へ

セラピストに依存しないリハビリテーションの展開



# 完璧なゴッドハンドのセラピストなんていない

- だから自分の欠けている視点や評価を補うために事業所内での多職種連携は必要です
- 同じ事業所に看護師とセラピストと事務職員が在籍していることを最大限に活用する
- 訪問業務は「弧」での業務だからこそ、チームでの関わりを意識する

