

2024年版

訪問看護ステーション

看護とリハの連携のこと

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

自己紹介

- 非常勤掛け持ちのフリーランス作業療法士
- 訪問看護ステーション1か所、通所介護事業所1か所、
子ども園（児発併設）1か所、放課後デイ1か所などで勤務
- 0歳～100歳まで担当しています
- 管理者さんに「行って」と言われたらどんなケースでも行きます
- 小児領域の訪問していますがエキスパートというわけではありません

自己紹介

2024年時点で

56歳、嫁さん(看護師)、娘2人

非常勤掛け持ち作業療法士をしながらSNSやブログで積極的に情報発信しています。

あなたの連携
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の良くないパターン

- 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「療法士はいないのですか？看護だけなんですか？」と問い合わせがあったので療法士を雇用したけど、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？

そもそも連携の土台ができていないのです

- 病院時代の看護師さんがリハを知らない可能性
- 看護師はリハをわかっていると考えているセラピスト
- リハをなんとなくわかっていると考えている看護師さん
- そもそもの「リハビリテーションの基本とか考え方」を共有出来ていない事業所

なぜ看護とセラピスト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

自分の担当ケースを訪問してリハや看護を実施すれば最低限の業務が成立

- 連携は「情報を共有すること」であると勘違いしている

電子カルテ、MCS、ネットツールなどで情報が共有していると思い込んでいる

- その場の訪問業務が成立しても、共有がなければそのスタッフは他事業所と同じです
- 私たちは作家ではないから、上手に書けないし、相手側の読み取り能力も課題になるし、そもそも記録を見てるの？

なぜ看護とセラピストの連携がうまくいかないのか②

- 「個」のセラピスト、「チーム」の看護
- 病院でも訪問でも個別担当制のセラピストは「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
- 「リハビリテーション」はセラピストだけが実施するものと考えているセラピスト&看護師
- 自分の実力で何とかすると考えているセラピスト
- そもそも連携の効果を実感したことがないセラピスト&看護師

「個」で取り組むリハビリテーションのこと

- 病院でのリハの経験者の多さからリハビリテーションは「リハ部門」が中心になって取り組んできた。
- 「先生」と呼ばれることもあり、リハビリテーションに取り組んでいるのがセラピストだけであるかのように錯覚している
- 「目的」や「目標」が同じであってもリハビリテーションに対しての共通概念が共有されることは少なく、アプローチの内容はセラピストの判断に任されることが多くなる
- 個別担当制で40分・60分の関わりが多くなる。

何故連携出来ない事が放置されるのか？

- 管理者は看護師さん。これまでの病院などの業務では、看護師の部下は看護師のみであることが多く、セラピストの上司もセラピストであったことがほとんどです。
- リハビリテーションのことをきちんと理解している看護師さんは少数。だからどのように連携してよいのかわからない。
- 「看護だけですか？リハビリはやっていないのですか？」との問い合わせが多くあり、連携が十分でなくてもリハを実施せざるを得ない事業所。
- 「連携」不十分であっても、売上が増える。療法士の担当するケースは長期の利用が多くあり状態も安定しているケースが多く事業所の収益に貢献する。

- 収益が上がるから目をつぶっている事業所が多いようです
- 訪看でのリハの「すすめ方」や「リハの方針」がない事業所も多いようです

そもそもの話ですが

訪問看護ステーションのこと

- 訪問看護ステーションの運営のための人員基準にはセラピストは含まれていません。セラピストがいなくても訪問看護ステーションの運営は可能ですが、看護師がいなければ訪問看護ステーションは閉鎖となります。
- 訪看リハは、「看護師の代わりにセラピストが訪問する」ものであり看護師の補完的な役割という位置づけです。制度上も「訪問リハ」ではなく「訪問看護」となっています。

「看護の補完的な役割」

セラピストのみが訪問しているケースでも

「看護師の代わりに」関わっているのですから、看護師と協力して必要な情報収集、アセスメントを実施する必要があるのではないのでしょうか？

より適切なリハビリテーションを実施するために、訪問状況を看護師に報告し、補完的な役割をより効果的に遂行する必要があるのではないのでしょうか？

セラピスト・看護師が訪問しているケースでも

「看護師の補完的役割」として、療法士が担うべき役割やを看護師と相談しリハビリテーションを遂行する必要があるのではないのでしょうか？

「リハありき」ではなく、「看護ありき」の訪看リハとしての役割を考えていますか？

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に、「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

訪問看護ステーションのリハ

看護師とセラピスト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セラピスト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、看護師とセラピスト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

同僚の看護師とセラピストが
密接に連携できることが訪問看護の強みである

セラピストと看護師の共同でのアセスメント

- 本当にセラピストだけの訪問で大丈夫なの？
- 運動機能の低下はセラピスト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？

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？

- 看護とセラピストが一緒にいてるだけ
- 看護師⇒セラピストまたはセラピスト⇒看護師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
- 看護師とセラピストのノウハウの共有ができています
- 看護師とセラピスト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？

- 看護師さんからセラピストに、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セラピストは知っていますか？
- リハの介入がない新規ケースのカルテをセラピスト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？

セラピストが少ないからこそ

- 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。

セラピストがたくさんいる事業所だね

- リハの相談はセラピスト同士で解決しようとしがち
- 情報共有もセラピスト同士で行ってしまう
- 同じ事業所の看護師さんとは情報共有する機会が少なくなりがち

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

セラピスト同士だけの会話で一日終わっていませんか？

- 看護師さんの話に耳を傾ける、セラピストの会話に耳を傾ける
- 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

- 看護師さんからセラピストに話しかける
- セラピストが実践しているリハについて質問する
- セラピスト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
- 善い行いがあればセラピストをほめる
- セラピスト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。

連携において重要なこと

- 連携することにメリットがあること
- 連携する相手の情報があること
- 共通の目的があること
- 共通言語で話していますか
- 相手を察すること

「連携」の最大の目的は

対象者さんに連携の利益が還元される事

連携する相手の情報があること

理学療法士と作業療法士の違い

看護師さんは知っていますか？
セラピストは説明できていますか？

PTとOTの違いの説明できますか？

- PTは足で、OTは手なんて思っていませんか？
- ADLはOTで、基本動作はPTなんですか？
- じゃあ歩行は誰が担当しますか？

訪問看護ステーションで、精神疾患の指示書は作業療法士しか対応できませんよね。

こんな考え方もありますよ

運動

理学療法士

動作

作業療法士

行為

リハビリテーションの目的と理学療法、作業療法、言語聴覚療法の定義

リハビリテーションの目的

リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

「**理学療法**」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

「**作業療法**」とは、身体または精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作、その他の作業を行わせることをいう。

(理学療法及び作業療法士法 昭和40年6月29日)

「**言語聴覚士**」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

(言語聴覚士法 平成9年12月19日)

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について (医政局長通知 平成22年4月30日)

理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害に対するリハビリテーション

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（医政局長通知 平成22年4月30日）

理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害に対するリハビリテーション

共通言語で話していますか？

専門用語ばかりで話していませんか？

看護師とセラピストで情報共有できてる？

とにかくセラピストは専門用語を聞いたがる

- ちなみにROMって何て読むか知っていますか？
- WHOは何て読みますか？
- セラピストの方へ
カルテの記載何のために行っていきますか？
その記載内容、多職種は理解できていますか？
- 看護師さんへ
担当患者さんのリハビリテーションの内容なんとなく知っていますか？

共通の目的がある

- 看護とリハの共通の目標はありますか？
- 看護師さんの褥瘡へのアプローチ
セラピストは部位の確認や状態の確認定期的に行っていますか？
- セラピストの姿勢保持や移乗動作へのアプローチ
看護師さんは同じ方法での移乗の介入や姿勢保持できていますか？その移乗方法は褥瘡に悪影響与えてませんか？

同じ対象者さんに対して、バラバラな目的での介入をしていませんか？

チームだからこそ連携する

「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

リハとリハの連携に必要なこと

- 経験年数に関係なく、情報共有すること
- 自分の方が「キャリアを積んでいるから・・・」という思い込みでなく、経験年数に関係なく「他のセラピストの視点を聞く耳」を持ちましょう
- 個別担当制、密室での弧なりリハではなく、複数担当制でオープンなりハの実施も検討しよう

セラピスト独特の経験年数によるヒエラルキー、リハ独特の〇〇アプローチといった狭い世界から抜け出して、訪問看護ステーションでのリハビリテーションを作り上げることが必須

事業所内で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。

知っていますか？報酬改定のこと

2021年の改定から考えなければならないこと

- 1年超の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

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!

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セラピストがいることはほとんどないので、訪問リハ事業所で対応できない。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)が少数のセラピスト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、看護師がセラピスト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セラピストと看護師で共同で実施する
- 出来ることならセラピスト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

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



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。

経営者さんや管理者さんへ

- 連携をするには時間が必要になってきます
- 連携の時間を確保すると訪問件数が減ります
- だから連携するためには給与と訪問件数と時間の確保をどのように考えるかという問題が生じます。

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、定期的にセラピストがアセスメント
- セラピストのみのケースに対して、定期的に看護師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

最後に

作業療法士やまだが
連携をするのは
不安の分散と
責任の共有の為です

連携はKYと同じように日常的に行う
ものです

特定の場面だけで行うものではありません

KYと連携は同時進行なのです

講義依頼のこと

<https://yamada-ot.com/kougi-irai>

サポート事業のこと

<https://yamada-ot.com/category/2024support>