

看護師さんにも聞いてほしい!

リハビリテーションの今と  
予測できる未来の話と  
これから実践すべき訪看リハの話

～訪問看護ステーションにおける  
「新しいリハビリテーションの形」②～

やまだリハビリテーション研究所  
作業療法士 山田 剛



報酬改定のこと

「今」求められるリハビリテーションのこと

知っていますか？活動と参加へのアプローチのこと

理学療法士と作業療法士の違いをきちんと理解できていますか？

訪問看護ステーションにおける看護師さんとリハの連携のこと

これからの訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションのあり方のこと

# 報酬改定のこと



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

殿

事業所名  
管理者氏名

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

殿

事業所名  
管理者氏名

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						
	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									
	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、 看護の観点からの利用者 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 □入院 □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(本人に理解し生活内容、要援が変更できること等)

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: 書類シート □あり □なし 日常生活自立度: 自立、I、II、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度基準: 自立、I、II、a、II、b、IV、M

Table with 4 columns: 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)

Table with 4 columns: 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)

Table with 4 columns: 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)

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・訓練中の留意事項、運動強度・負重量等)

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: \_\_\_\_\_

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

Table for recording conditions and status of the patient, including family, symptoms, living conditions, etc.

宅会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)
実施内容: \_\_\_\_\_
実施頻度(回数/週): \_\_\_\_\_
実施時間: \_\_\_\_\_

Table for recording ADL (Activities of Daily Living) including walking, dressing, eating, etc.

活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析
活動と参加において重要な課題: \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_

Main table for recording the schedule of home visits, including date, period, content, and staff.

関係機関の担当者共有すべき事項 □介護支援専門員共有すべき事項 □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。
【情報提供者】 □介護支援専門員 □医師 □(地域障害型)通所介護 □( )

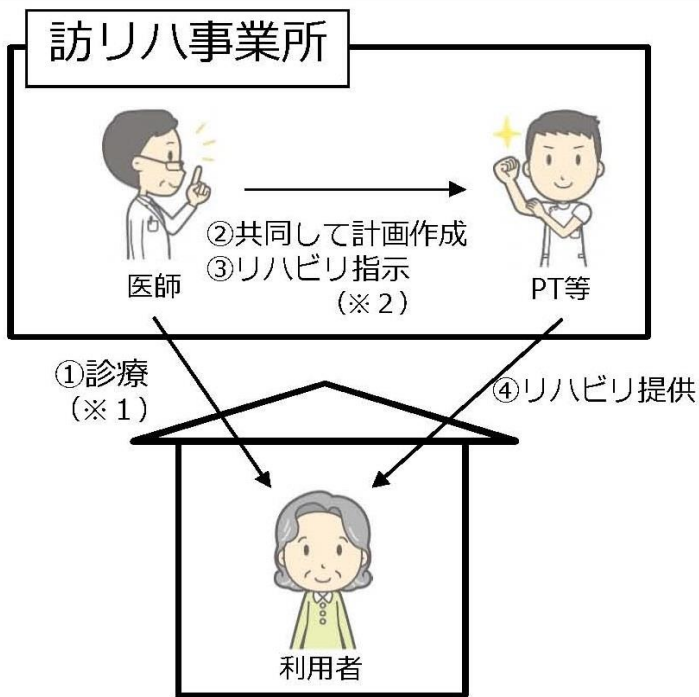


## 「通院が困難な利用者」について

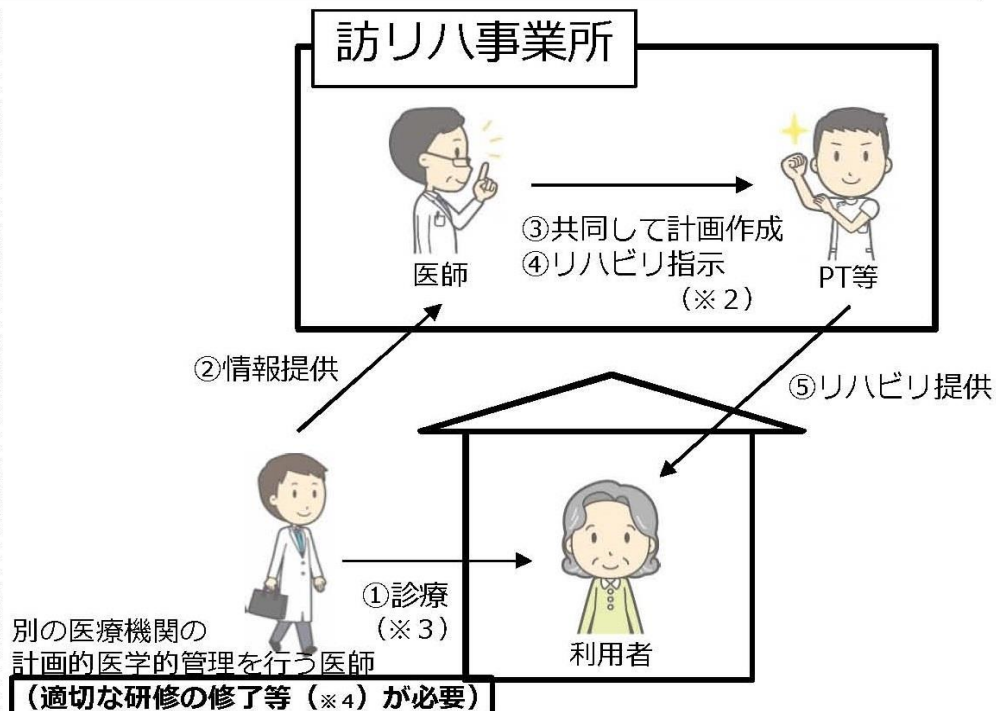
訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

## ○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



**307単位**



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合  
**257単位 (50単位/回 減算)**

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可

※4 「適切な研修の修了等」については、令和3年3月31日まで適用猶予。

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。



# 訪問リハ事業所や通所リハ事業所の医師の指示

## 【医師の詳細な指示の明確化】

利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

「今」  
求められるリハビリテーションのこと



# 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

## (1)リハビリテーションの目的について

生活機能の低下した利用者に対する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・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

知っていますか？

活動と参加へのアプローチのこと



**「心身機能」**

と

**「活動と参加」**

へのアプローチ

# 「心身機能」へのアプローチ

- マンツーマンで実施する 理学療法、作業療法、言語療法
- 特に回復期の時期に集中的に実施することが必要
- 生活期においても心身機能へはアプローチが必要



# 「活動と参加」へのアプローチ

- 今ある能力で実施できるように関わること。
- 広い意味での環境へのアプローチが必要  
福祉用品、住環境、社会資源、マンパワー
- 急性期や回復期においても活動と参加へのアプローチが必要

1. マンツーマンの関わりで実践するアプローチ  
⇒主に心身機能への働きかけ

2. 広義の意味での環境へのアプローチ  
⇒主に「活動」と「参加」への働きかけ

- 自助具や福祉用品の活用
- 手順や介助方法の変更
- 介護方法の統一
- 多職種との連携
- 他サービスの活用

これら1、2のアプローチは常に同時に実践されるべきもの。

「心身機能」へのアプローチ



さらに能力を向上させる取り組み

「活動」「参加」へのアプローチ



残存能力を発揮しやすい環境を整える

2つのアプローチを同時進行で実践するのがリハビリテーション専門職の役割



目標となる「行為」や「活動」を決定

「目標とする活動」の工程の分析

現時点での利用者さんの能力の評価

それぞれの工程で必要となる、  
運動機能、認知機能の分析

目標を達成するために、解決すべき課題の列挙

目標を達成するためのアプローチの検討

自施設内で多職種協働で  
取り組むアプローチ

自施設内でリハビリテーション専門職  
が取り組むアプローチ

他事業所と協力して  
取り組むアプローチ



「心身機能」

と

「活動と参加」

へのアプローチは

**常に同時進行で行う**



理学療法士と作業療法士の違いをきちんと  
理解できていますか？

# 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ないませんか？
- 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

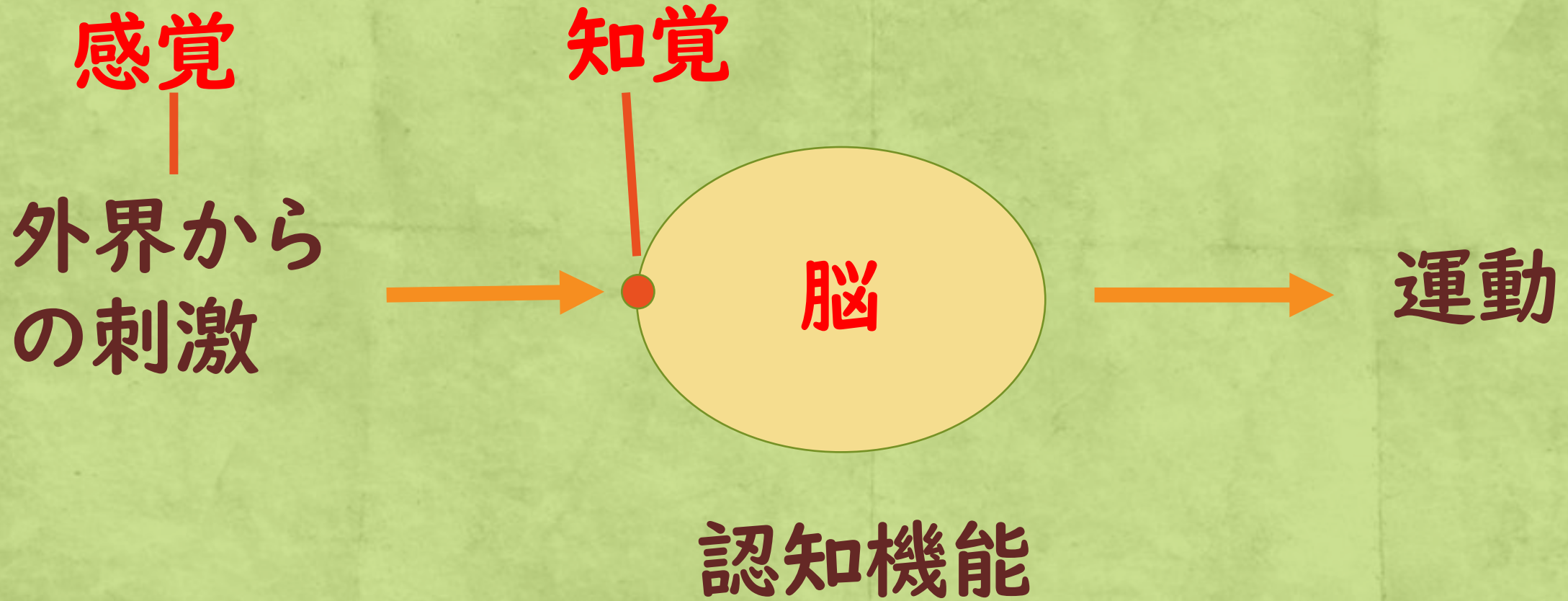
理学療法士

動作

作業療法士

行為

こんな考え方もありますよ





# 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



# リハビリテーションの必要な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

# 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。



# お茶を入れる、洗濯物を干す

作業療法士が実践する活動は、介護職員が実践する活動と同じであっても、評価をする視点やアプローチが異なります！

「お茶を入れることで評価できること」がいくつありますか？

作業療法士は「手芸、工作」をするだけではありません、もっといろいろな関わることができます！

<https://labo-yamada.com/?p=10525>

# 作業療法士・やまだ の視点

## 「活動」と「参加」へのアプローチのコツ⑤

- 活動と参加のコツ
- 「取り組む」「取り組まない」の二者択一ではなく一人ずつやってみる
- 10人担当していたら10人すべてにできるものでもないと思うのです
- まず一人から始めることが肝心



# 作業療法士・やまだ の視点

## 「活動」と「参加」へのアプローチのコツ⑥

出来ないこと=リハの対象ではなく

やってみたいことに取り組む

[https://note.com/yamada\\_ot/n/n94f3be32ec30](https://note.com/yamada_ot/n/n94f3be32ec30)

あなたの脳はADL脳になっていませんか？

# 作業療法士・やまだ の視点

## 「活動」と「参加」へのアプローチのコツ⑦

坐位で出来ることを立位でも試してみよう



# 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

# 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



訪問看護ステーションにおける  
看護師さんとリハの連携のこと

# 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

セラピストはこの領域に向き合っていますか？

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



# 大阪府訪問看護ステーション協会の報告書

## リハのみの訪問への定期的な看護師の関与

- 大阪府訪問看護ステーション協会のHP
- 2020年度 大阪府訪問看護ステーション実態調査報告（2020年度）

# アセスメントや目標設定は セラピスト一人で行うではありません

目標や期間の設定に対してのアセスメントをリハ職と看護師とで共同で行うことが必要である。

「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、看護とリハ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看リハの強みである



# 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？」

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？

これからの訪問看護ステーションにおける、  
リハビリテーションのあり方のこと



**まずリハの訪問を適正に実施する**

**適正なサービス提供の在り方**

# 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



# 2021年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

# 訪看リハで実践している取り組みのこと(1)

効果判定のために実施していること

屋外歩行練習:グーグルマップを使って歩行距離を測定し、歩行距離、歩行時間を測定する。

→ 歩行速度が年齢に比して標準的な歩行かどうかを伝える

毎月末の訪看リハ

→ 個別のリハを開始する前に、2STEP、30秒起立、片足立ち、屋外歩行のタイム測定



# 毎月の定期的な評価でリハの効果を確認

- 毎月末の評価を行い、報告書に記載
- 利用者さん自身にも毎月の変化をフィードバック
- 年齢などを考慮しながら、具体的にどのような状態になれば訪看リハを修了するのかということを見ながら検討している。
- ICFでは長距離歩行の達成の目安は1キロメートル

# 訪看リハで実践している取り組みのこと(2)

## 目標設定のために実施していること

- 本人のリハに対する希望を確認する。
- 徒手的なリハだけではなく相談などの含めて1時間の訪問時間であることを説明

たとえば

### 本人の希望

「自分で出来るリハを具体的に教えてほしい」

「体をまっすぐに伸ばして歩けるようにしてほしい」

1. 毎回、自宅で出来るリハを実践し、翌週その内容をまとめたプリントをお渡しして、復習するというリハを実施
2. 本人が効果を納得できないメニューについては中止する

ということを訪問で繰り返し実施している。



# 目標を具体的に検討すること

目標が明確だから、プログラムや効果に疑問を感じるときに、そのつど検討となる。

 プログラムの内容や目的をその都度説明する

1時間の訪問で30分以上を目標やプログラムの検討に費やすこともあるが、あらかじめ訪問時間のことを伝えていけば、利用者さんも納得される。

定期的な効果判定で目標の達成度合いを確認する

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なんですよ!**



## 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ということを説明する

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

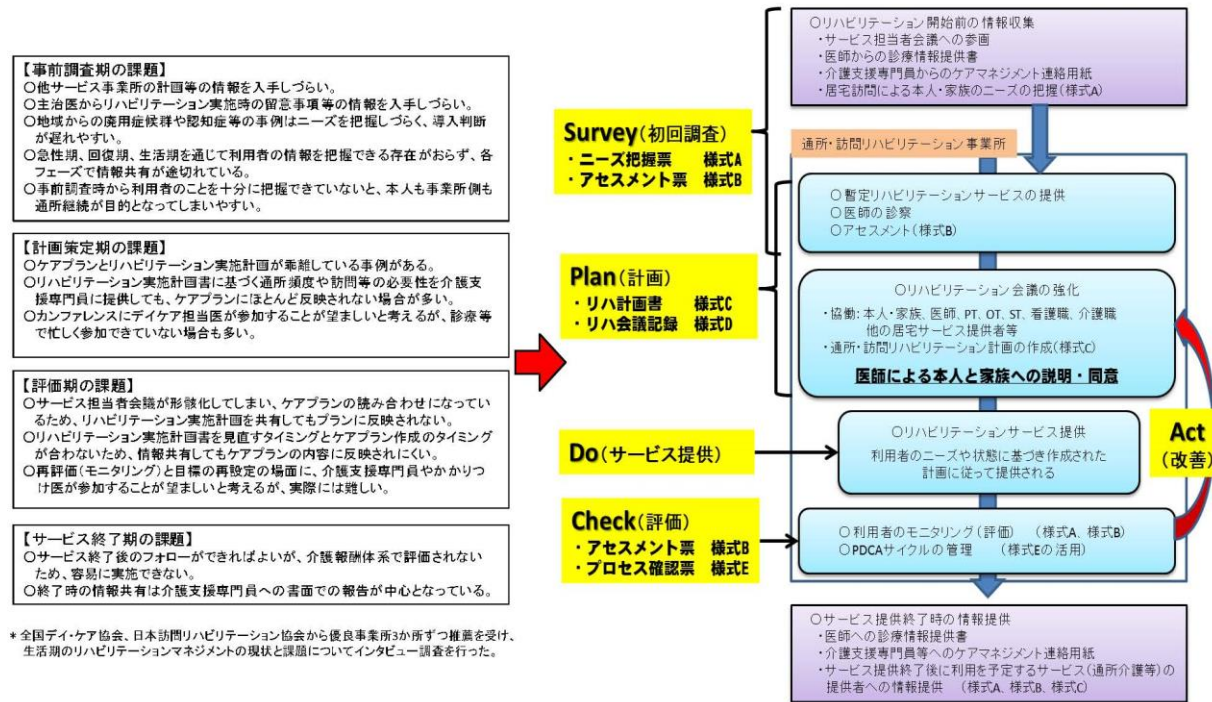
# 病院でも地域でもSurveyが必要です

- SPDCAサイクルを知っているセラピストはあなたのまわりにいますか？
- 2015年に公開された資料に掲載されている新しいリハビリテーションのstyleです。



# 高齢者の地域における新たなリハビリテーションのあり方検討会報告書

図表Ⅳ-② リハビリテーションマネジメントの課題点(左図)と見直し後の流れ図(右図)



高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書

# SPDCAサイクルのこと

## 1) 通所・訪問リハビリテーションサービスの開始時におけるニーズ把握・アセスメント (Survey)

リハビリテーションの計画的実施のためには、いわゆる SPDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルのうち、特に計画 (Plan) に先立つ適切なニーズ把握やアセスメント (Survey) が重要である。

### ① ニーズ把握

この Survey の段階において、まず利用者の居宅にリハビリテーション専門職が訪問し、「してみたい」「興味がある」といった日常生活や人生の過ごし方についてのニーズを具体的に引き出す。これに当たっては、具体的なニーズを把握するためのツールとして、ニーズ把握票 (別添様式 A 参照) などを活用することも考えられる。

### ② 情報収集

また、医師からは利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは、居宅サービス計画に基づいて利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得る。

さらに、把握したニーズからリハビリテーションの具体的な目標につなげるに当たっては、利用者本人の意向やニーズを踏まえた上で、利用者の暮らし方、家庭での役割、社会参加や趣味活動の状況や、リハビリテーション終了後の生活のイメージなどの情報を収集し、整理する。この段階では、アセスメント票 (別添様式 B 参照) を活用することが考えられる。このアセスメント票は、介護支援専門員がサービス担当者会議等で活用する「課題整理総括表 (※)」の構成を参

**高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会  
報告書 より抜粋**

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000081906.html>



# 報酬改定から考える2024年以降も生き残る 目指すべき事業所のstyleは？

- 報酬改定では、訪問のリハは**期間限定**、**目標の明確化**、**活動と参加へのアプローチ**が求められている
- 出来高オンリーのリハの運営ではなく、**中身重視の運営**  
⇒ 給与体系の見直しも必要になります

# Surveyを実践するということは

- ケアマネジャーに言われるがままに、訪問時間や回数を決めるのではないのです。
- 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。



# リハビリテーションの実施にあたって

- 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？

# 訪看リハにおける看護師の関与の未来

- 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

## 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



# 2024年まで2年

- 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
- 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

# 看護師とセラピストのお互いのノウハウを共有する

- 看護師のノウハウ
- セラピストのノウハウ
  
- 多職種連携の行き着く先は、お互いのメリットを生かしながら、より専門性を発揮したサービスの提供を行うことです。

例) 褥瘡治療は看護師さんだけの訪問でいいんですか？