

～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」①～

制度の改定と
これからの訪看リハについてに基本的な考え方

やまだリハビリテーション研究所
作業療法士 山田 剛

報告書と計画書のこと

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

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(本人に希望している生活内容、要望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: 支援シート: □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, IIa, IIb, IIIa, IIIb, 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). Rows include: 筋力低下, 麻痺, 感覚機能障害, 関節可動域制限, 摂食嚥下障害, 失語症・構音障害, 見当障害, 記憶障害, 高次脳機能障害, 栄養障害, 褥瘡, 疼痛, 精神行動障害(BPSD), □6分間歩行試験, □MMSE □HDS-R, コミュニケーションの状況

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). Rows include: 寝返り, 起立上がり, 座位保持, 立ち上がり, 立位保持

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). Rows include: 食事, イスとベッド間の移乗, 整容, トイレ動作, 入浴, 平地歩行, 階段昇降, 更衣, 排便コントロール, 排泄コントロール, 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)

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: _____

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

Table with 2 main sections: 1. 介護職員(要介護者の場合) 現状と将来の見込みについて記載する. 2. 在宅参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する). Rows include: 家族, 福祉用具等, 住環境, 自宅周辺, 交通手段の利用, サービスの利用

Table with 2 main sections: 1. 活動(ADL) 詳細内容の記載の方法. 2. 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析. Rows include: アセスメント項目, 食事の摂取, 洗濯, 掃除, 外出, 散歩, 買い物, 旅行, 家事, 車や車の手入れ, 読書, 仕事

Table with 10 columns: No., 目標(動作レベル等課題), 計画期間, 担当職種, 責任者の氏名(目的別に1名ずつ記載), 頻度, 時間, 実施状況, 進捗率, 備考. Includes a summary row at the bottom: 総合計時間

関係事業所の担当者へ共有すべき事項
介護支援専門員へ共有すべき事項
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 □(地域密着型)通所介護 □()

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			

病院・診療所・老健からの訪問リハのこと

訪問リハにおける診療医の要件

訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

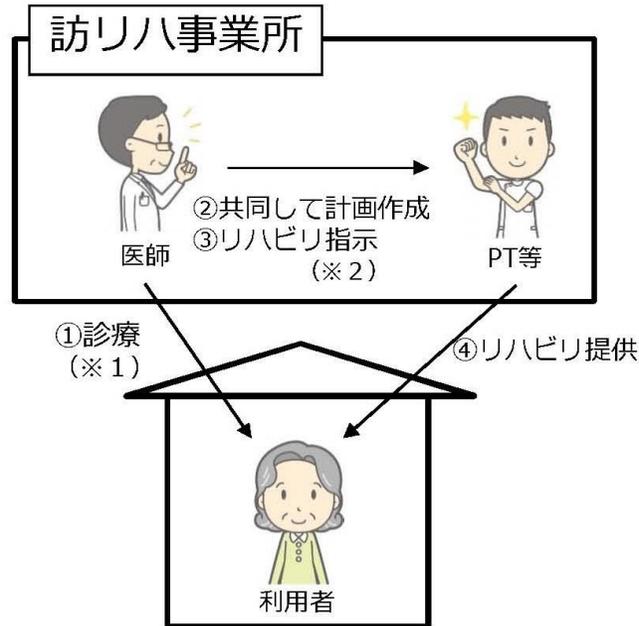
社保審 - 介護給付費分科会

第189回 (R2.8.19)

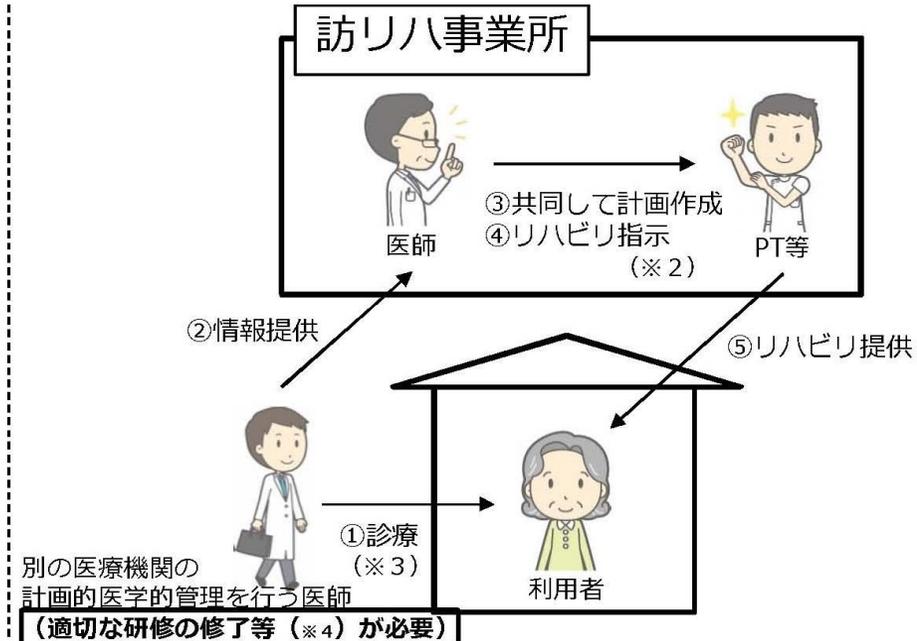
資料4

○ 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)

日医かかりつけ医機能研修制度 (令和2年度応用研修会)

The screenshot shows a web browser displaying the website of the Japanese Medical Association (JMA). The page is titled "【テキスト】日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会" and dated "2020年6月30日". It lists application materials for download:

- 【テキスト】 ※かなり重たい資料となっておりますので、PCにダウンロードしてご覧ください (10MB)
- 【プログラム】 (100KB)

There is also a section for "講演資料等" (Lecture Materials) with a note: "※おことわり：医師が受講する研修会のため、資料の一部に疾患の患部の写真があります。" (Note: For the training session for doctors, some materials contain photos of patients' conditions.)

The browser's address bar shows the URL: <https://www.med.or.jp/doctor/kakari/kakarieizou/009409.html>

<https://www.med.or.jp/doctor/kakari/kakarieizou/009409.html>

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。

訪問看護指示書(リハ)のこと

	11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 ()
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			

II 1. リハビリテーション			
〔 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・() 分を週 () 回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載) 〕			
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)			
緊急時の連絡先			

回数と時間の指示はあるが、病院・診療所・老健からの訪問リハの指示のようなものはなくてもOK

訪問によるリハビリテーション

サービスとしての要件

訪問リハ及び訪看リハの対象者のこと

「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。

訪看リハの報告書の厳格化

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755007.pdf>

- 別紙様式1（訪問看護計画書）、別紙様式2（訪問看護報告書）、別紙様式2-（1）（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755868.xls>

①① 「(別添)理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」について

イ「利用者氏名」「日常生活自立度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」の欄には必要な事項を記入すること。

ロ「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」の欄には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った指定訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容について具体的に記入すること。

ハ「評価」の欄には、各項目について、主治医に報告する直近の利用者の状態について記入すること。

ニ「特記すべき事項」の欄には、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についてイからハまでの各欄の事項以外に主治医に報告する必要のある事項を記入すること。

リハビリテーションの評価の期間のこと

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

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>

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

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

訪問・通所リハビリテーションにおけるマネジメントについて

リハビリテーション計画の見直し

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

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

リハビリテーションの提供期間のこと

- 医師との連携強化
- 通所リハ・訪問リハでの医師の指示の明確化
- 訪看リハでの報告書の厳格化
- リハマネ加算Ⅰの包括化

目的や期間を明確にして、漫然とした長期的サービスとならないようにすることが目的。

要支援のⅠ年超利用での減算はその第Ⅰ歩

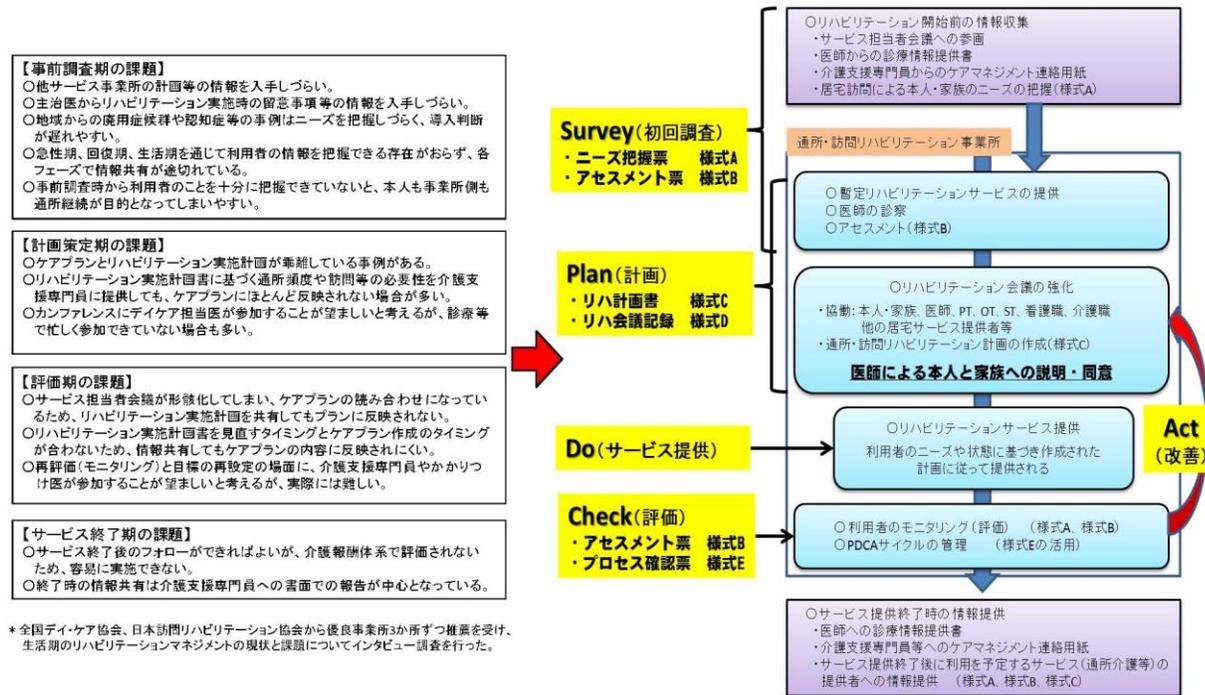
訪看リハにおける
新規利用者の開始のための
プロセス

新しいプロセスの導入が必要です！

- SPDCAサイクルを知っているセラピストはあなたの事業所にいますか？
- 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

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント 加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
	【リハビリテーションマネジメント 加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他()	
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

**新規利用者さんの開始にあたって
2024年に向けて実践すべきプロセス**

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

ケアプランの中身を定期的に確認する習慣が必要

「S」の実践を行ったうえで

- 訪問看護ステーションでは
看護師とPT/OT/STによるミーティング

事業所内で検討の上で必要なことを決定する

訪問の頻度(週●回) 訪問の時間(20分・40分・60分)

訪問の期間(3カ月・6カ月)

リハビリテーションの目標や目的

最初が肝心

訪問看護⇒最初のオリエンテーション

での関わりがめちゃくちゃ重要

- 訪問のリハビリテーションは期間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

訪問看護⇒管理者もしくは担当セラピスト

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、訪問のリハビリテーションを実施する

事業所として考えること

リハビリテーションの修了や期間限定の提供については

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。

ダラダラとした訪看リハを避けるために！

リハビリテーション計画の見直し

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

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

リハビリテーションとは
事業所・チームとしての総力戦です
そのためにはリ・スタートが必要です

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
- 訪問看護⇒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、継続か修了かの判断を行う

訪看リハを実践するために
事業所として考えるべきこと

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

大きくて悩ましい課題

- 病院から訪問領域に転向するスタッフの多くは、地域リハに関わりたいという一面と、出来高だから現行よりも給与が増えると期待して転職するスタッフが多くいます。
- そのため件数をこなすこと＝給与アップとなり、件数をこなすために訪問頻度を上げることもある
 - ⇒ 事業所的にも収益が増えてメリットはある

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

訪看リハにおける看護師の関与のこと

- 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!
- 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
- 定期的なリハビリテーション計画の見直しをしよう
- 事業所の方針についてケアマネジャーさんや近隣の医師に繰り返し説明しよう!

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？

リ・スタートで最も大切なこと

- 2024年同時改定まであと2年あります。
- 全ケースをリ・スタートさせることは不可能だし非効率的です。
- 2022年度からの新規ケースから、少しでもいいからリハと看護の連携と、本来の「リハビリテーション」の形の実践を始めること。

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

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

～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～

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

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

人員基準6割問題だけじゃないんですよ!

- 軽度な利用者さんがリハの対象となっている
- 報告書・指示書が変更されている
- 要支援の利用者さんの1年超での減算
- 60分の訪問での減算(50/100)
- 訪看リハの対象者さんの要件

- たくさんの変更が報酬改定のたびに実施されています

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			

「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。

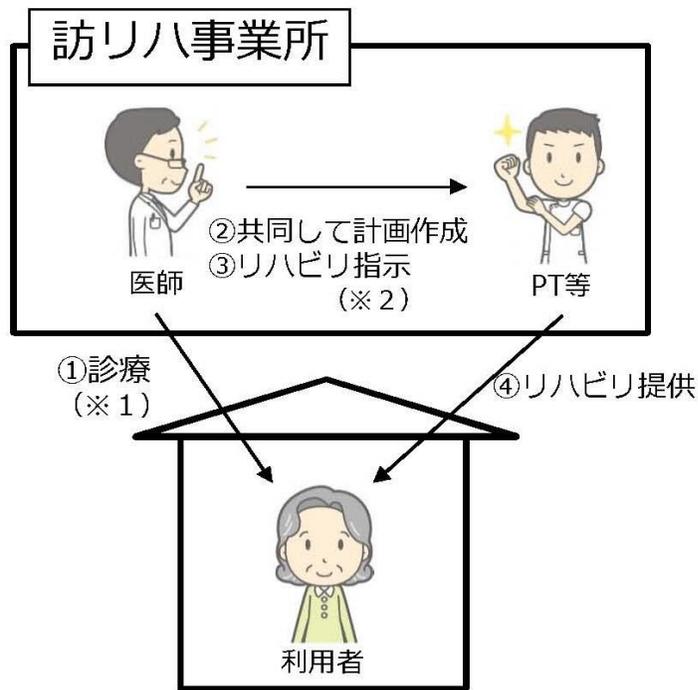
訪問リハ事業所や通所リハ事業所の医師の指示

【医師の詳細な指示の明確化】

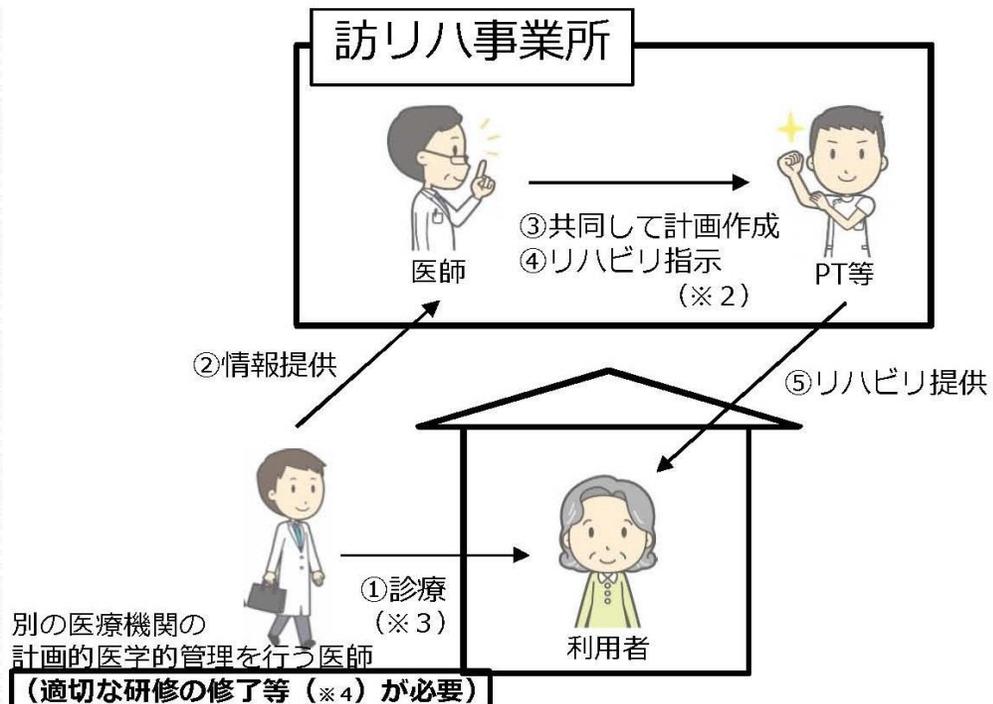
利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

○ 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。

「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、「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

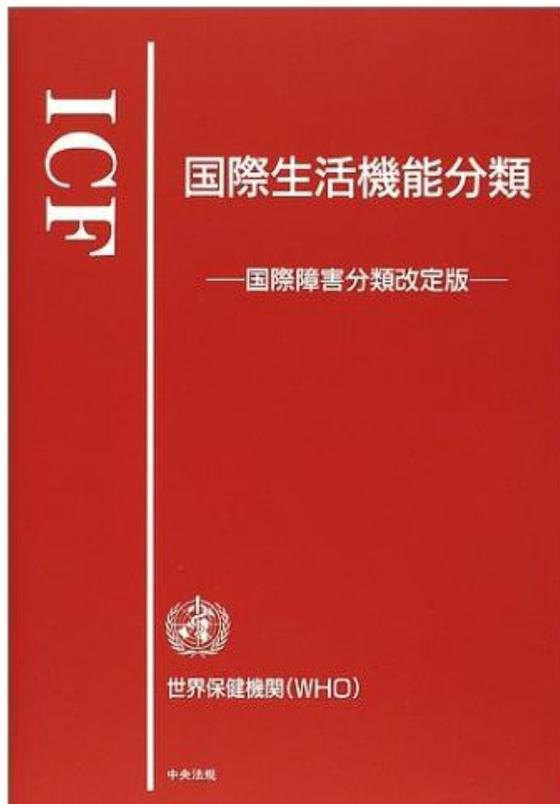
リハビリテーションマネジメントとは

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

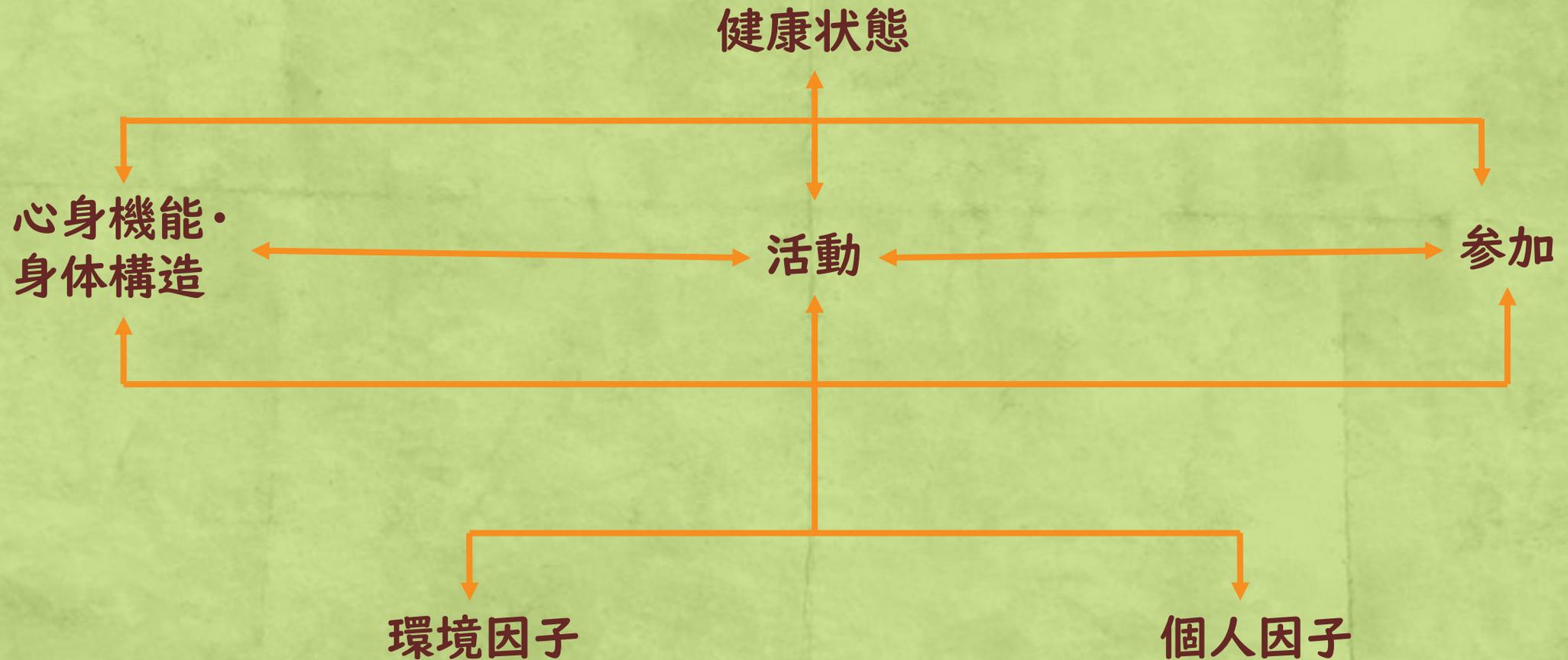
知っていますか？

活動と参加へのアプローチのこと



ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版

ICFってこれだけじゃないのです



活動と参加ってなんやねん？

- 長距離歩行と短距離歩行の境目の距離は？
- こんな事も「活動」なんですよ
 - 手と腕の使用：「閉まったドアを引くこと」
 - 下肢を使って物を動かすこと：「足で椅子を押しよける」
 - 乗り移り：「座位での乗り移り」
 - 姿勢の保持：「座位の保持」「立位の保持」

「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

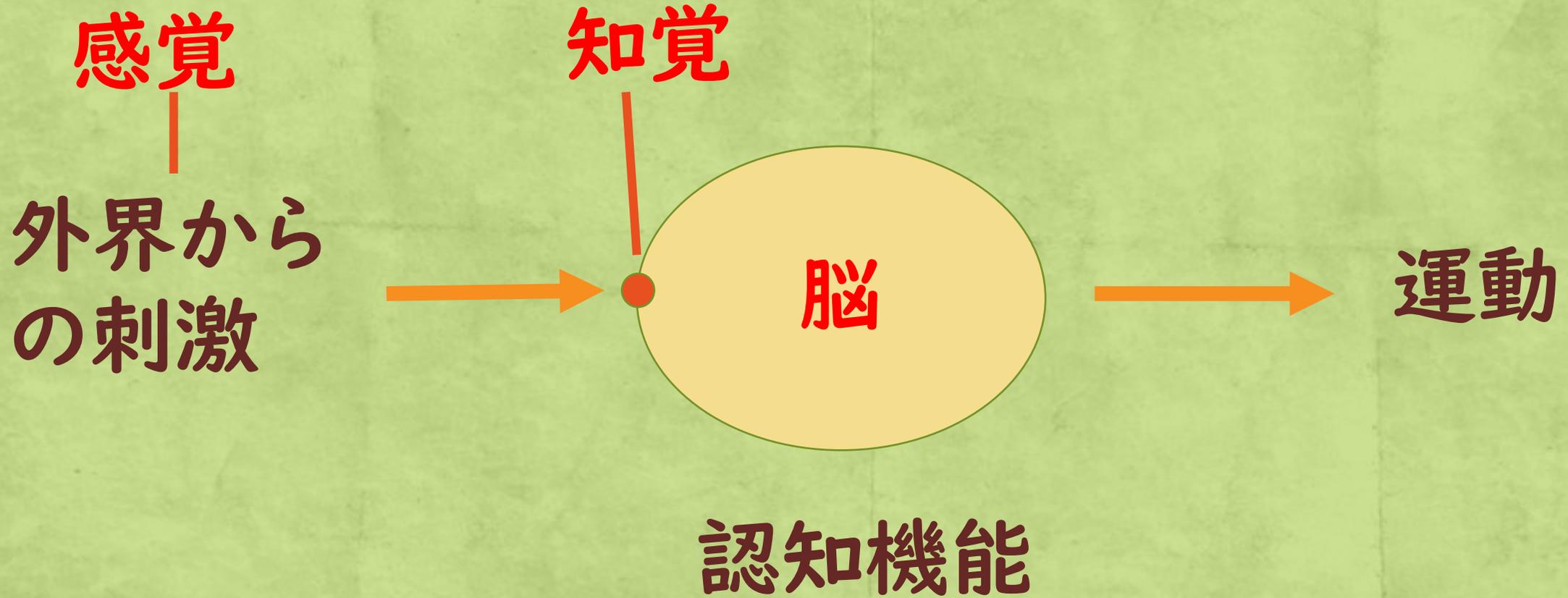
理学療法士

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」
- 「してもらいうりハビリ」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

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

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

<https://daihoukan.or.jp/?s=2020%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E3%80%80%E8%A8%AA%E5%95%8F%E7%9C%8B%E8%AD%B7%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB>

- 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）

<https://daihoukan.or.jp/wp-content/uploads/2021/03/jittaichosa-hokoku2020.pdf>

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

- 看護師とセラピストそれぞれの視点で「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リハ職と看護師とで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？
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？

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

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

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問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

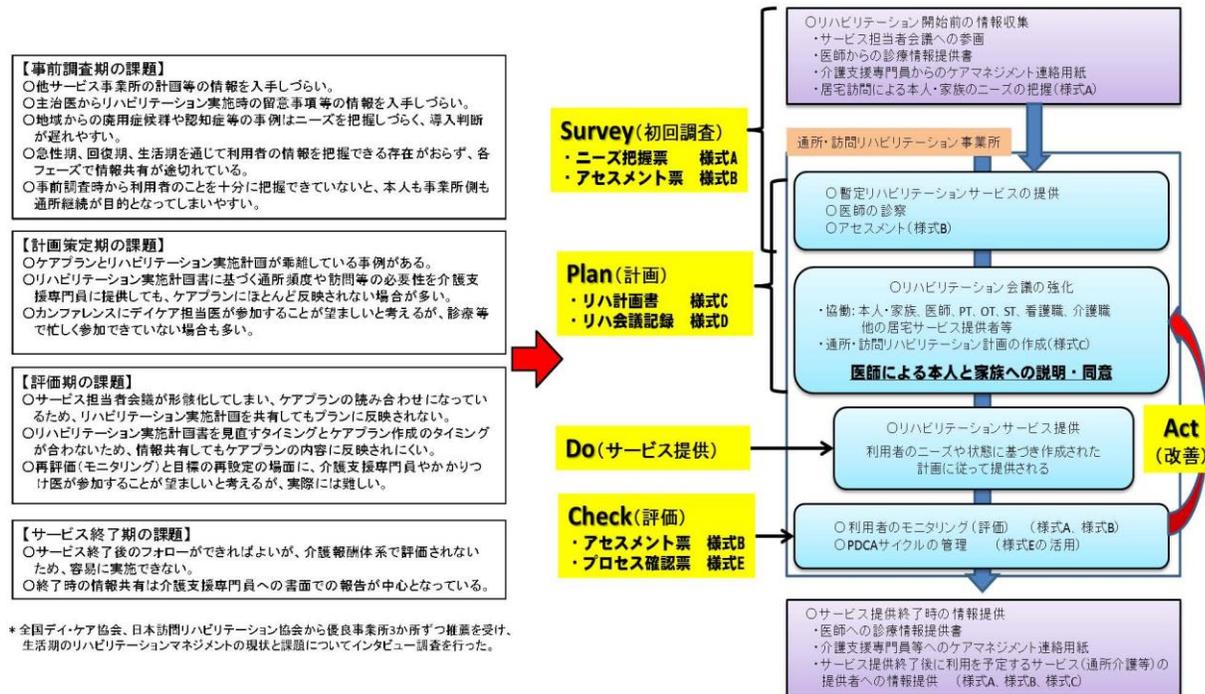
PDCAサイクルではなくSPDCAサイクルを意識する

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、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のではありません
- 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

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

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

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？

やまだリハビリテーション研究所のSNS一覧

ブログ・やまだリハビリテーションらぼ

<https://labo-yamada.com/>

YouTube

https://www.youtube.com/channel/UCYj9Ex_yHlLih6GKh87-GNQ

公式LINEアカウント (@yamada-ot.com)

<https://lin.ee/ecU5OsE>



オレンジ色の文字をクリックするとリンク先に移動します

QRコードもそれぞれのサイトに移動します

Twitter (@yamada_ot_lab0)

https://twitter.com/yamada_ot_lab0

Facebookページ

<https://www.facebook.com/yamada.reha.labo>

Instagram(yamata_ot_lab0)

https://www.instagram.com/yamada_ot_lab0/?hl=ja

オンライン講義や動画

https://note.com/Yamada_ot/m/md6bb78dd2fab



～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」 ③～

「看護師とリハ職の連携の基本的な考え方」

やまだリハビリテーション研究所
作業療法士 山田 剛

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

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				

2020年度の実態調査報告書より

大阪府訪問看護ステーション実態調査
報 告
(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)

(実施主体) 大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課
在宅医療推進グループ(府委託事業)
(委 託) 一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

連携
における基本的な考え方のこと

「大事ことなら何で今でも『連携が重要』って言われるの？」

- 重要だけど浸透しない連携
- 「連携する側とされる側の違い」と「ギブ&テイク」のこと
- 仲良くすることは連携ではありません

分業、効率も大事だけど一番の目的は安心のため。不安の分散と責任の共有

- 不安の分散
- 責任の共有

リハと看護の連携の違いのこと

- リハは個で取り組むが、看護はチームで取り組む
- リハは個での取り組みに差が生じるが、看護は個の差が生じにくい。たからリハは連携を常に意識することが必要
- 連携にあたって、「個」と「チーム」での取り組みの違いを考えることが必要

訪問看護ステーションのリハはチームで取り組むことが基本です

「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。

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

「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

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

- 看護師とセラピストそれぞれの視点で「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リハ職と看護師とで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？
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？

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をきちんと

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

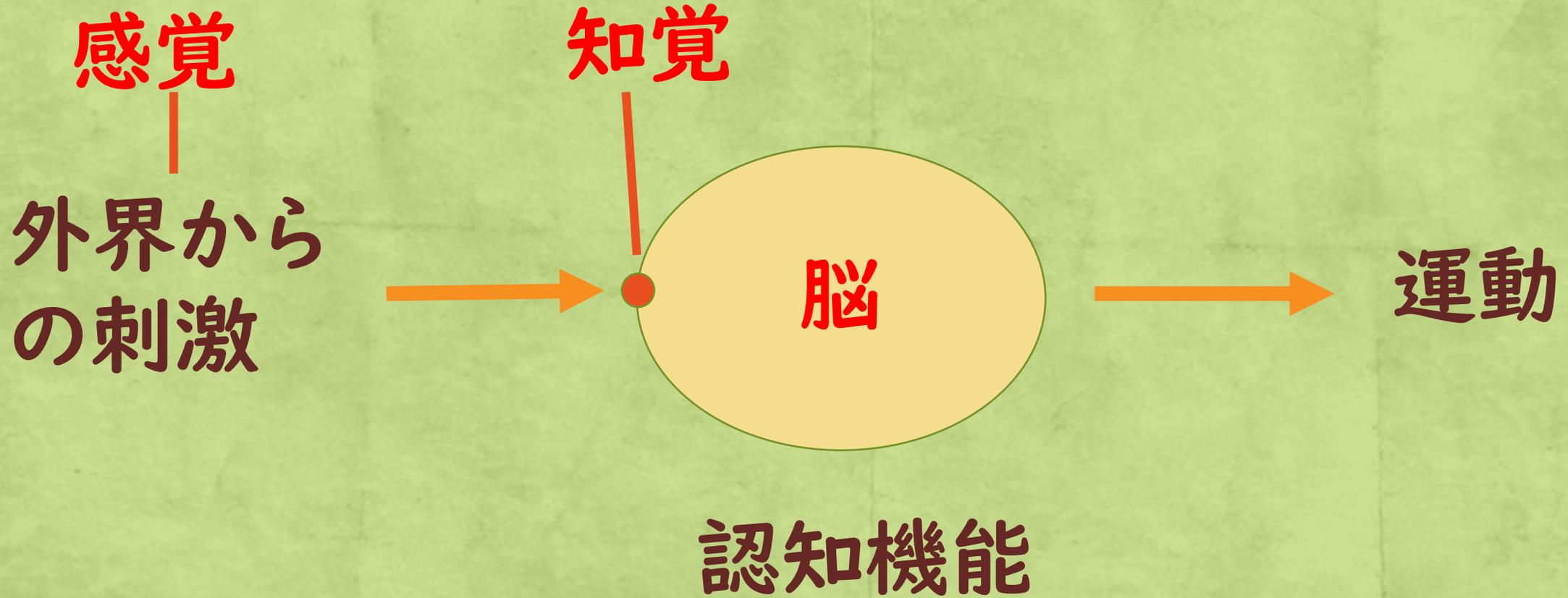
理学療法士

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

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？

看護師とリハ職で情報共有できてる？

とかくリハ職は専門用語を使いたがる

- 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？
- リハスタッフの方へ
カルテの記載何のために行っていますか？
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
リハ職は部位の確認や状態の確認定期的に行っていますか？
- リハ職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？

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？

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

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

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。

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なら、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。

～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」④～

「これからの訪問看護ステーションの
事業運営に必要な考え方の提案」

やまだリハビリテーション研究所
作業療法士 山田 剛

報酬改定と厚労省の資料
から知っておいてほしい訪看リハのこと

人員基準6割問題だけじゃないんですよ!

- 軽度な利用者さんがリハの対象となっている
- 報告書・指示書が変更されている
- 要支援の利用者さんの1年超での減算
- 60分の訪問での減算(50/100)
- 訪看リハの対象者さんの要件

- たくさんの変更が報酬改定のたびに実施されています

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(本人に了解した生活内容、要望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: 支援シート □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, IIa, IIb, IIIa, IIIb, 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). Rows include 筋力低下, 麻痺, 感覚機能障害, etc.

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). Rows include 寝返り, 起立上がり, 座位保持, etc.

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). Rows include 食事, イスとベッド間の移乗, 整容, etc.

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)

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: _____

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

Table with 2 main sections: 1. 介護職員(要介護者の場合) 現状と改善の見込みについて記載する. 2. 在宅参加の状態(過去実施していたものと現状について記載する) 本計画の役割の内容.

Table with 2 main sections: 1. 活動(ADL) アセスメント項目, リハビリ時間, 現状, 特記事項, 評価内容の記載の方法. 2. 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析.

Table for リハビリテーションサービス with columns: No., 目標(動作レベル等課題), 計画期間, 担当職種, 責任担当部署, 実施回数, 頻度, 時間.

関係事業所の担当者へ共有すべき事項
介護支援専門員へ共有すべき事項
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 □(地域密着型)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。

介護報酬での対象者の規定

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。

訪問看護のリハにはこのような指示はなくても問題はありません（是非は別ですが・・・）

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、「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

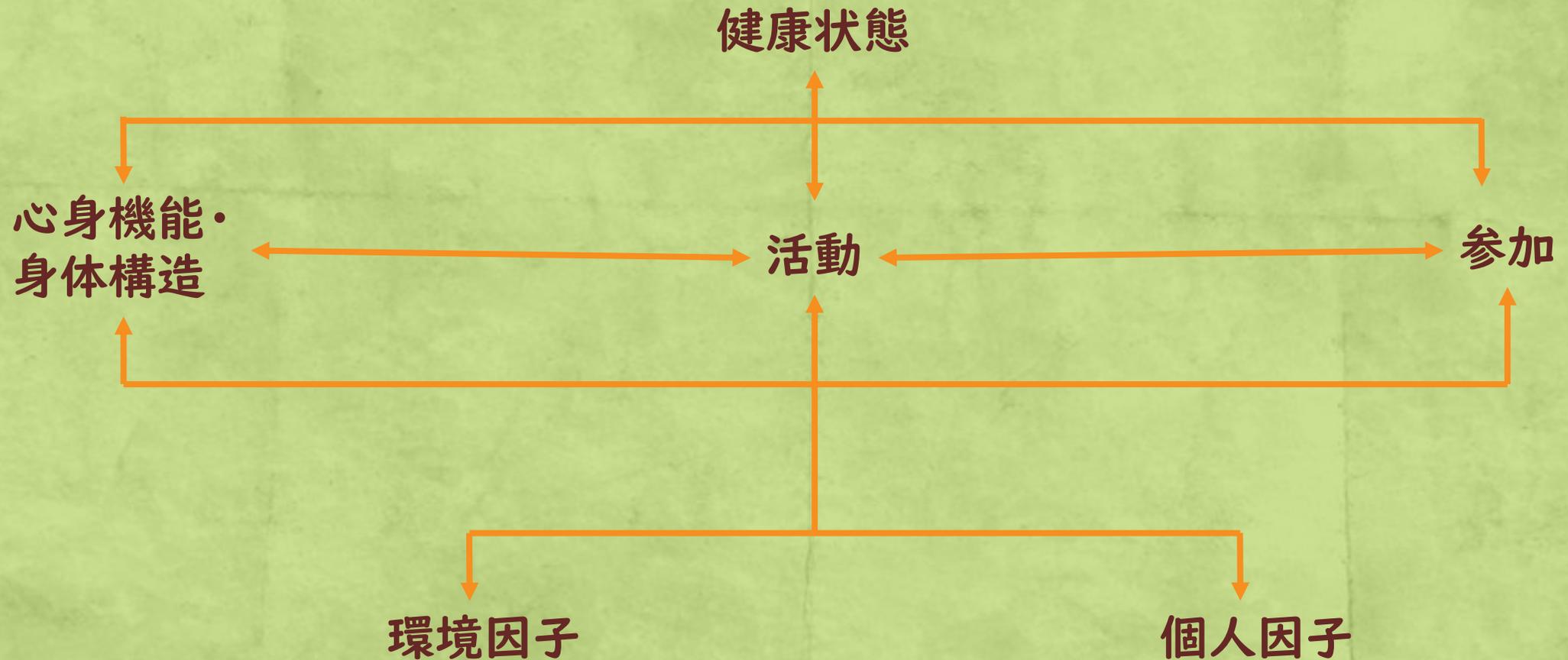
知っていますか？

活動と参加へのアプローチのこと



ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版

ICFってこれだけじゃないのです



活動と参加ってなんやねん？

- 長距離歩行と短距離歩行の境目の距離は？
- こんな事も「活動」なんですよ
 - 手と腕の使用：「閉まったドアを引くこと」
 - 下肢を使って物を動かすこと：「足で椅子を押しのける」
 - 乗り移り：「座位での乗り移り」
 - 姿勢の保持：「座位の保持」「立位の保持」

これから考えるべき
新規利用者の開始のための
プロセス

これらの厚労省の情報から考えると 訪問看護ステーションからの「リハ」の考え方を変えましょう

- ケアマネから依頼があれば何でもホイホイ行くのが適正なサービスの在り方なのではないでしょうか？
- 依頼のあったケースに対してのアセスメントが重要です。

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。

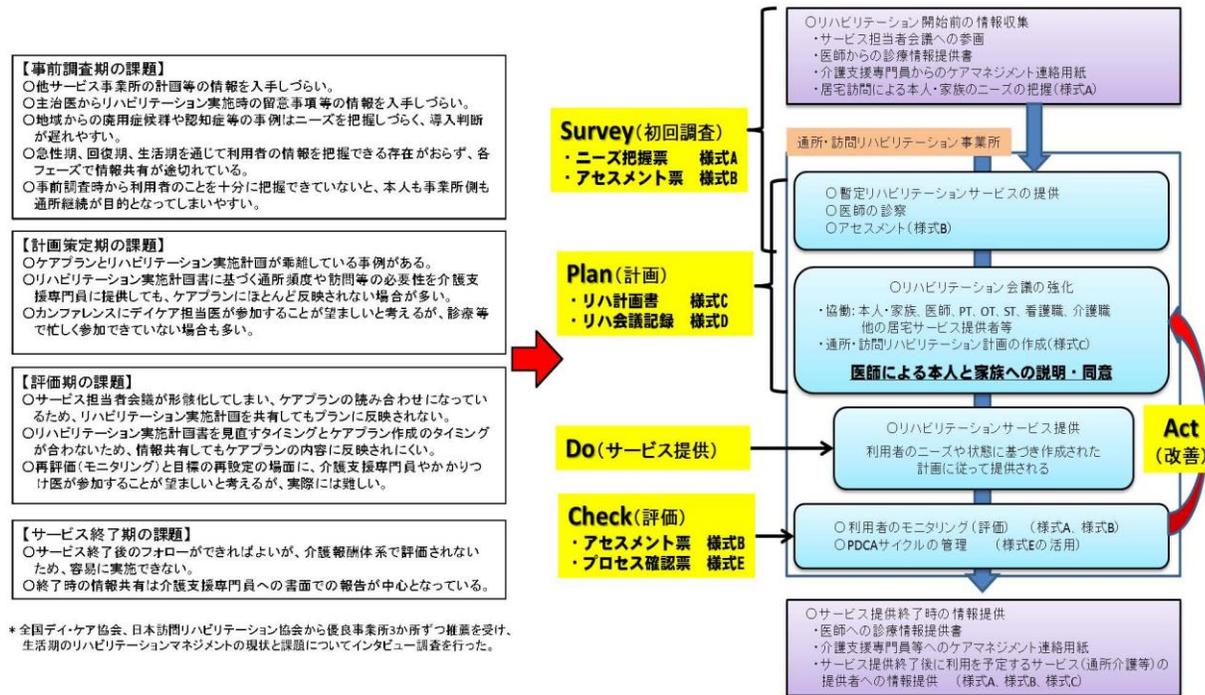
厚労省の文書にある上記の文言を事業所として真摯にとらえて実践することがこれからの訪問看護のリハには必要になります

SPDCAサイクルのこと!

- SPDCAサイクルを知っているセラピストはあなたの事業所にいますか？
- 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

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

継続ケースではケアプランの中身を定期的に確認する習慣が必要

訪問看護ステーションのリハの運営に必要な考え方

- 看護師とリハビリテーション職員との共同でのアセスメントを実践する
- 管理者または管理職がキチンとリハ職員の訪問件数をコントロールする
- 厚労省の改定を想定した事業運営を行う
- 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

リハと看護で共同のアセスメント

訪看リハにおける看護師の関与のこと

- 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

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リハ職と看護師とで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
- 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？

厚労省の方向性に向き合ったリハを
提供していますか？

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、「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

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

2024年同時改定以降 活動と参加へのアプローチの重要性が増す

- 回復期リハのリハ実施計画書の変遷
- 介護保険領域でのリハマネ加算、生活行為向上リハ実施加算
- 厚労省発信の各種文書での「活動と参加」の必要性の増加
- 病院リハと生活期リハの連携の必要性



病院リハと生活期リハの共通概念としての「活動と参加へのアプローチ」が必要とされる時代に突入する。リハビリテーションの結果として求められるのは「在宅生活の質の向上」であり、PT・OT・STのアプローチの結果として具体的に生活がどのように変化するかということである。

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」
- 「してもらいうりハビリ」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。

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

セラピストが関与しない生活でのことを考える

- 病院リハでは病棟での生活のこと
- 生活期リハでは在宅での生活のこと
- できるADL、しているADLだけではなくて、具体的にセラピストの関与できない病棟生活や在宅生活の状況を把握し、そこを改善するための、アプローチをすることが必要になる

生活をリハの視点でマネジメントする
セラピストが関与しない生活のリハビリテーション(活動と参加)をマネジメントする
という発想や視点が不可欠

リハビリテーションとは本人も含めた多職種連携でアプローチするのです

リハビリテーションをマネジメントすることが必要

- 24時間セラピストがマンツーマンでは支えきれない
- リハや看護師が訪問時にできること、対象者自身が実践すること、家族や他事業所の協力で実践することなど、リハビリテーションの視点でマネジメントすることが必要になる
- マンツーマンの時間以外の取り組みも積極的に、ケアマネジャーや他事業所に提案する
- リハビリテーションは「してもらおう」ではなく「する」ものであるということを対象者や関係者に理解してもらおう

これからの訪問看護ステーション

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

小児領域への取り組みは必須

制度と背景

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**



学校等への情報提供の見直し

- 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。



改定後

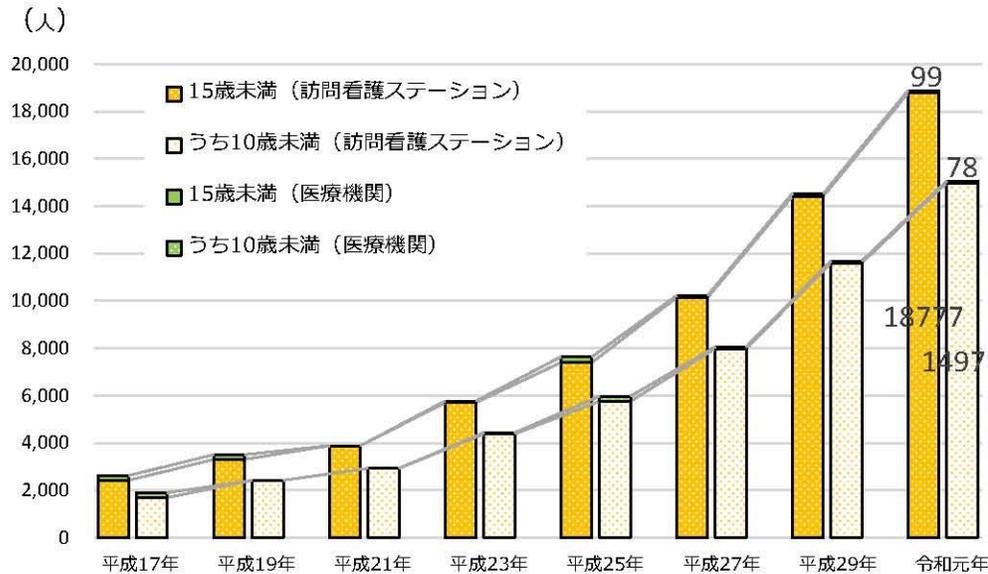
【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等（保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）へ通園又は通学する利用者**について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度1回**に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

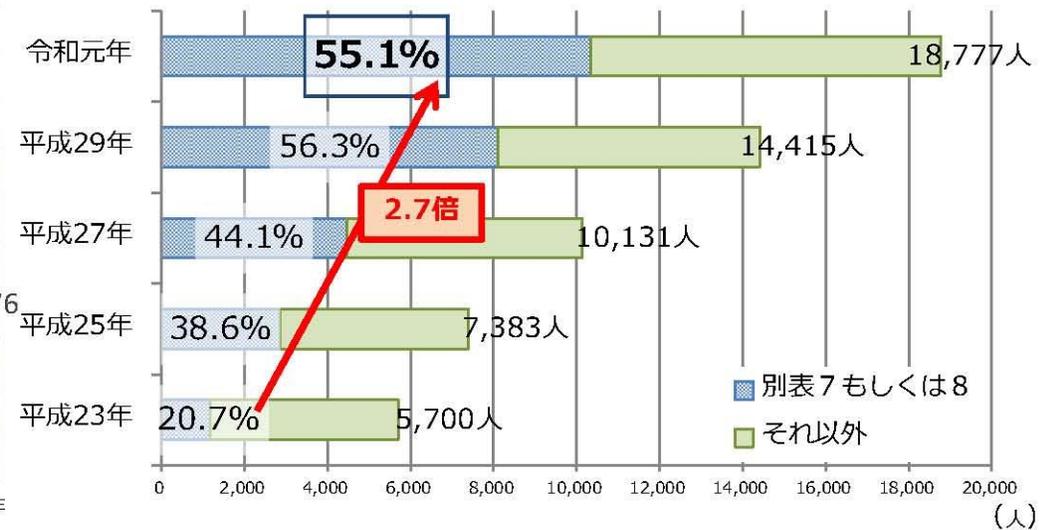
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合(訪問看護ステーションのみ)



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

※1：別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

※2：別表第8

- 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

～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」 ⑤～

「小児領域の訪問看護からのリハ」

やまだリハビリテーション研究所
作業療法士 山田 剛

小児領域への取り組みは必須

制度と背景

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**



学校等への情報提供の見直し

- 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。



改定後

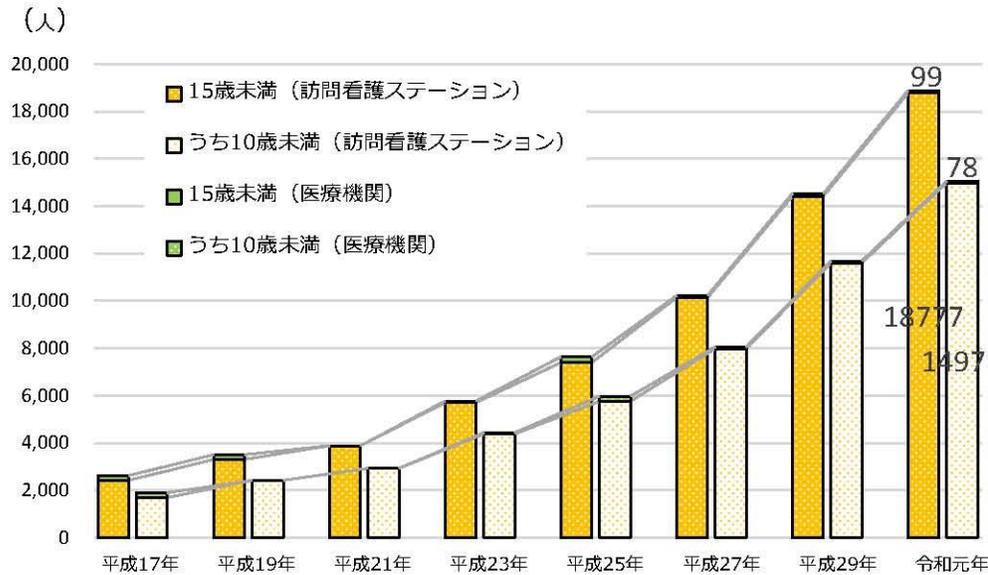
【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者**について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度1回**に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

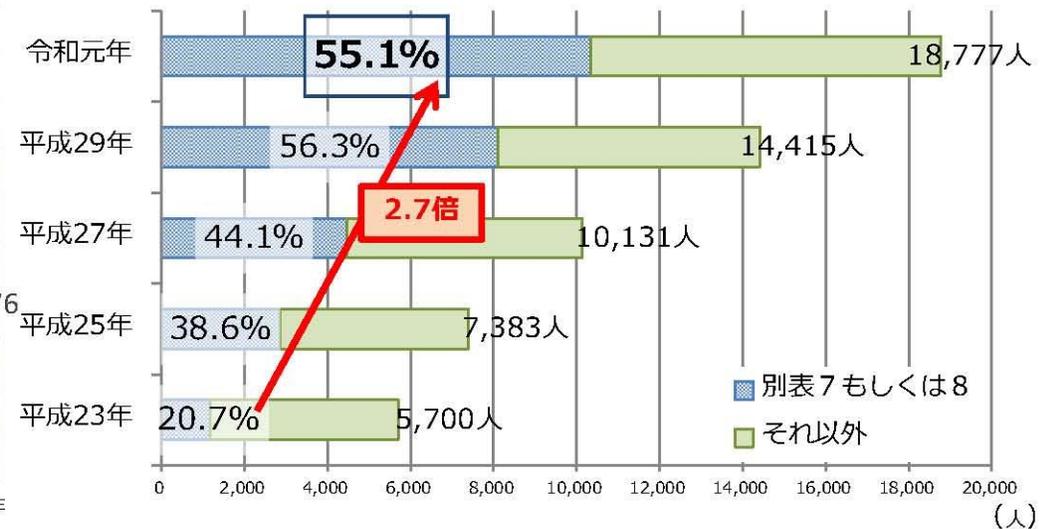
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合(訪問看護ステーションのみ)



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問での関わりの実際

リハビリテーションの開始にあたって

- ◆ 養育者に確認したい事
 - ◆ 胃ろうの管理
 - ◆ 呼吸器の管理
 - ◆ 関係機関
 - ◆ リハビリで可能な姿勢

訪問でまずすべきこと

- 費用に関する事の説明
 - 訪問の内容に関することの説明
頻度、回数、期間、1回あたりの時間
 - 支援体制の状況の確認
かかりつけ医、担当保健所や保健師、サービス利用機関
 - 同居以外の家族の協力状況
 - 急変時の対応病院
 - 家族の状況の確認
兄弟の有無と年齢
 - 家族の医療的知識や対応可能な技量
 - 義肢装具関連の給付についての説明
- 周りとのつながりが重要

評価していること

- 発達領域が成人のリハビリと異なる点
 - 超長期的な視点
 - ADLが発達段階である事
 - 決定権は養育者にある事
- 運動機能
- 感覚機能
- 認知機能
- 家族(養育者)とくに母親の能力

養育者の能力のこと

- 相談すべき相手・場所が確保されているか
- 地元知り合いや友人がいるか
- 社交的能力は高いか
- 多くの機関につながっているか？
- キャラクター・性格的な面はどうか？

評価にあたって気を付けていること

- 現在の様子をきちんと伝える

乳児期なら発達の程度を伝える

現在の発育の段階はどの程度か

今後どのようなところを目標にしているのか

- 育児のアドバイスも必要

ADL発達も含めたADL指導が必要

特に第一子の場合は看護師とリハの協力で指導

病院とは異なる責任の重さ

- ◆ 担当児に関わっているリハビリスタッフが自分ひとりだけだ
ということのプレッシャー
- ◆ マネージメント不在のややこしさ
- ◆ できれば責任感を軽減したいのが本音

こういったプレッシャーを軽減するためにも他ステーション
や他機関との連携が重要になってくる

事例の紹介

人工呼吸器をつけたケースのこと

- 機器類の管理は24時間行われる
- 機材は非常に大きいですが、大人と異なり何とか外出は可能だが、一人介助では困難
- バッテリーの持続時間にも課題があり外出してのリハが難しい

リハビリテーションのサービスを利用する選択肢が限定される

訪問場面の様子

- 退院直後より訪問開始、ベッド 臥床が生活の中心であった
- 音には何となく反応している
- 全身的なパターンでの随意性はあるものの四肢の分離的な動きは見られない
- 視覚機能は明暗程度しかわからないのではないかと、医師より説明を受けている

重症児であってもできること

- 家族では発見することのできない対象児の能力を見つける
家族の気づきとセラピストの気づきの共有が必要
- 新しい能力を獲得する
- 新しいことにチャレンジする

他機関との連携（訪問当初にしたこと）

母親指導・直接的アプローチ

ポジショニングや姿勢変換などを中心に指導
坐位保持のアプローチ

訪問看護師（他事業所）

四肢の運動や姿勢変換について助言する

往診医

リハビリ内容や呼吸器の管理について指導を受ける

保健師

社会資源や今後の見通しについて相談

他機関との連携（訪問開始後1年間で行ったこと）

病院の理学療法士

車椅子作成の依頼
入院リハとの調整

福祉機器業者

入浴補助椅子導入
坐位保持装置
車椅子

往診医

呼吸管理について情報交換
治療姿勢について指導を受ける

看護師（他事業所）

自主トレの指導
姿勢保持の指導

保健師

各事業所の調整
社会資源の情報

作業療法士の介入

坐位・臥位を中心とした治療
(目標)

四肢可動域の維持

排痰をおこないやすくする

(生活)

ポジショニング指導

年賀状写真の撮影の工夫

作業療法士の介入

坐位・臥位を中心とした治療

(目標)

四肢可動域の維持

全身状態の維持

(生活)

成長に応じた車椅子の変更

積極的なりハ的介入の減少と看護の増加

保育園入園、就学の検討開始

ケースから学んだ事

- 重症であってもトライできる作業はある
- 作業療法士は家族の支援ができる
- 地域では関連職種との連携は重要である

リハビリテーションのマネジメントが求められる

- 対象者にサービスを提供するだけでなく、他事業所との連携による生活支援のためのリハビリテーションを調整する事が重要

他機関との連携のこと

支援学校・地域の学校

保育所・幼稚園

児童発達支援

訪問だけでは対応できないこともある

例) 補装具類の申請など

訪問が便利な存在であっても他機関との連携や多機関との関係を断ち切らないようにする

個の支援と集団の支援の違い

- 訪問看護、訪問リハは個別対応が基本
- 学校や保育所等では集団対応が基本

訪問先で実践している個別対応を連携先に伝えても、実践してもらえない可能性がある

集団の支援

給食、更衣、排泄動作それぞれが家庭生活とは異なる環境で実践される

訪問先でのアプローチとは異なる支援が必要になる

時間的制約もあるので、自力で遂行する部分と介助で対応する部分を使い分ける

集団の支援

看護の視点、リハ職の視点をそのまま押し付けないように配慮する

専門職だからできる支援を、相手に求めすぎない

保育所や学校の支援

学校や自宅でのホームエクササイズ

- お薬が用法・容量を守るのと同じようにホームエクササイズも「量」「回数」「時間」「期間」「目安」みたいなことも伝えることが必要
- 「きっちり」ではなく「介助」などは、ある程度の許容範囲も伝える

保育所や学校の長期支援

- 学年ごとに求められる、活動や機能が異なる
 - 長期的な見通しを持って目標を設定したアプローチが必要になる
- 担当教員が年度ごとに変更になる
 - 同じことを伝えることも必要
- 個別支援計画が作成されている

保育所や学校の長期支援

- 教員の多くは『今』困っていることをリハ職員に相談しがち
- しかし、『今』だけの評価と支援を考えるのではなく、1年前、2年期的の変化を比較し、「対象児の成長」を確認することや、「今出来ていることが上達する」ことへの支援も必要である

保育所や学校のこと

- 学校には学校の、教員には教員の役割や領域がある
- セラピストや看護師が踏み込めない領域というものもある

医療とは異なる考え方もあることを理解しておく必要がある

保育所や学校の選択に当たって

- 自治体によって少しずつ制度の運用は異なる
 - 例) 豊中市では養育者の希望通りの学校に行けることが多い
- 情報提供は客観性を考慮する
 - 訪問スタッフや家族にとって耳触りの良い情報のみが正しいわけではない
 - 自分好みの情報を収集する傾向もある⇒バイアスをかけない
- 色々な話を聞く
- 兄弟のこと
- その自治体のルールを知る

ステーションの経営という視点

- 地域のステーションで超重症児に対してリハビリを提供している事業所は少ない
- 対象児が検査入院などした場合、訪問枠を確保しておく必要がある。経営的には非効率な部分が多い
- 他のステーションとの協力関係を築くことも必要
- 訪問につながらなくても、相談できる事業所としての信頼を得ることも必要

関わったことのない領域でも

- いつでも最初の一歩はあるものです
この領域のエキスパートなんて少数です
- 家族はレベルの高い支援だけを求めているわけではありません、現状を維持するための支援も必要なんです
- 家族の話聞くだけでも必要な支援です