

～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

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			

# 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

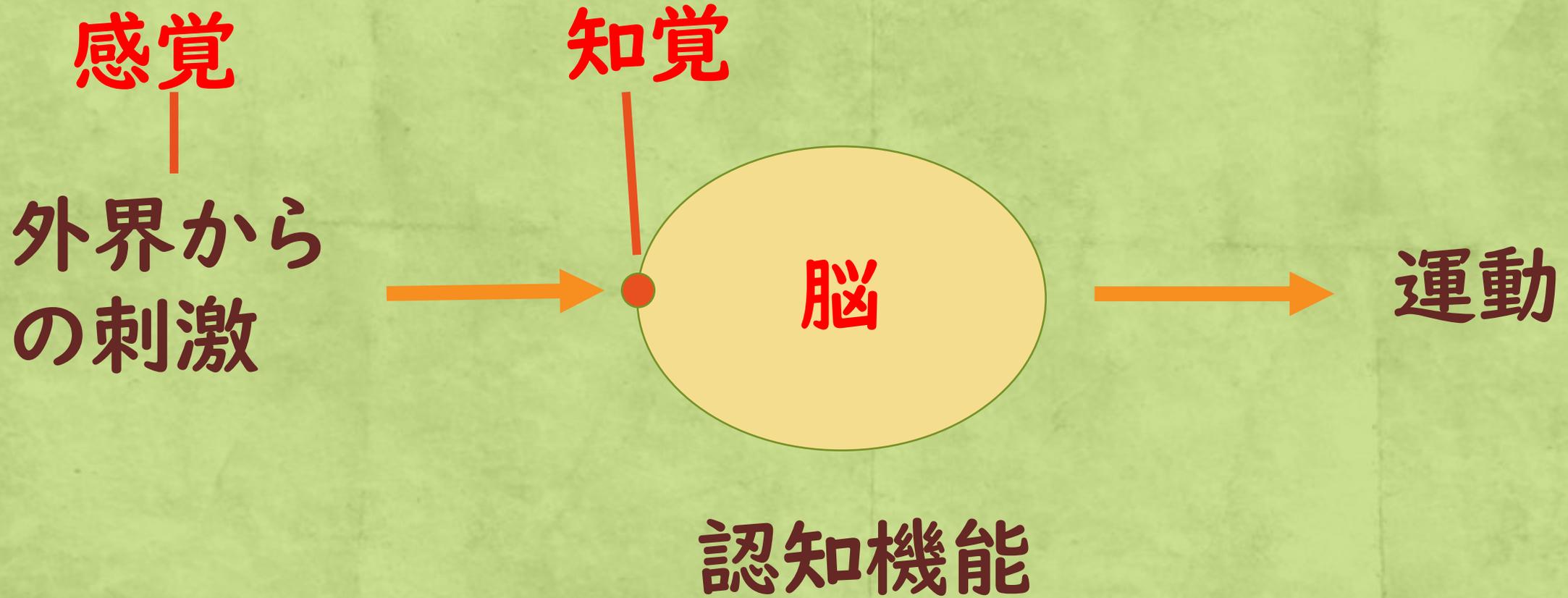
理学療法士

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、「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

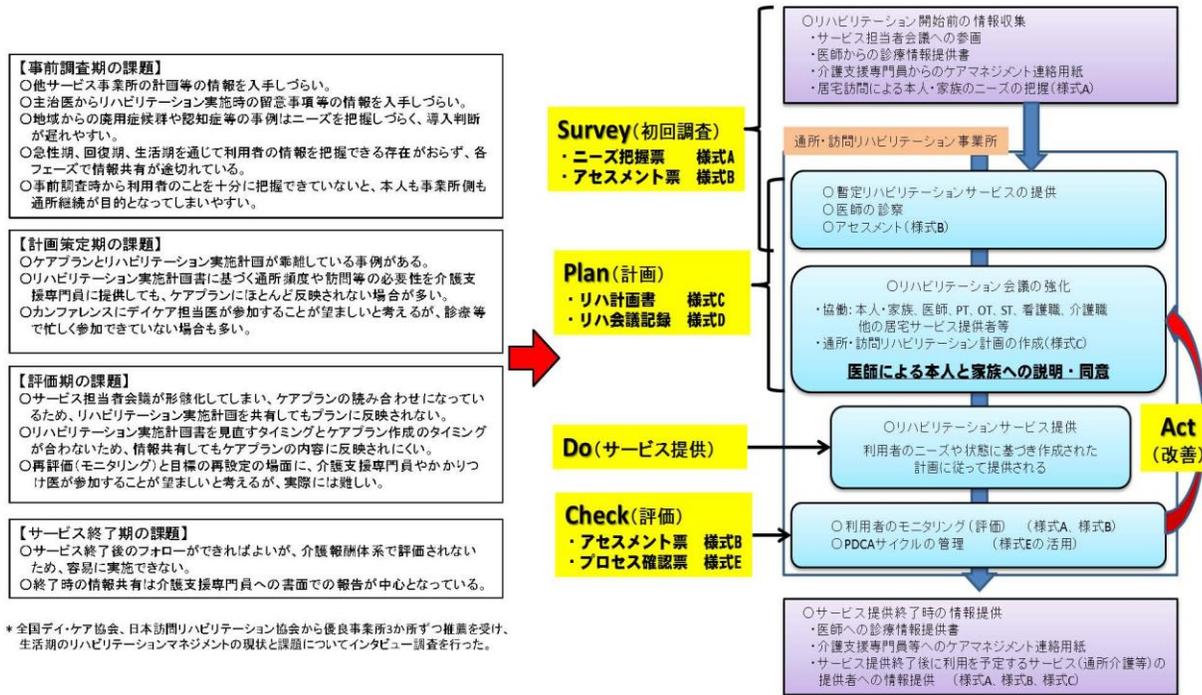
職種間で意見が合わないこともあるかもしれませんが、歩み寄りはお互いに必要です。過去に出会った看護師やセラピストのイメージからの脱却も必要です。

# 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>

# 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

# PDCAじゃなくて「OODA(ウーダ)」のこと

- OODAループは、元々は軍事行動における指揮官の意思決定を対象としていたが、後にこれに留まらず、官民を問わずあらゆる個人の生活、人生ならびに組織経営等において生起する競争・紛争等に生き残り、打ち勝ち、さらに反映していくためのドクトリン、そして創造的行動哲学となった。
- OODAループは、観察 (Observe) - 情勢への適応 (Orient) - 意思決定 (Decide) - 行動 (Act) - ループ (Implicit Guidance & Control, Feedforward / Feedback Loop) によって、健全な意思決定を実現するというものであり、理論の名称は、これらの頭文字から命名されている

引用 : <https://ja.wikipedia.org/wiki/OODA%E3%83%AB%E3%83%BC%E3%83%97>

# 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」

# OODAとPDCAは背反しない

- OODAは即応的な、現場での行動のための思考方法である。あらかじめ予定されたプログラムやサービスがあったとしても、対象者さんの状況変化に応じて臨機応変に行動することが訪問では必要。
- PDCAは長期的な視点に基づいて行動を行ってための思考方法。指針や方向性を示していくことが必要。

日々いろいろな用語が誕生しているが・・・

長期目標・短期目標があり、それらを達成するためのサービスの提供がある(PDCA的思考)。対象者さんの一時的な変化には臨機応変に対応すべきだが(OODA的思考)、その変化が持続するのであれば目標の修正や提供するサービス内容は変化する。非常に短期のサイクルでサービス内容が変化したとしても「何のために実践するのか？」という視点は常に持つことが必要

# リハと看護とPDCAとOODAとICF

- 訪問看護ステーションにはリハスタッフと看護スタッフが在籍
- リハスタッフ: 比較的状态の安定した利用者さんが多く、長期利用になることも多い
- 看護スタッフ: 状態が急変することや看取りもあり、短期の利用となることもある

- リハは長期的にかかわることが多く、PDCAサイクルを意識しながら「何のために?」「今何をすべきか?」を考えることが必要だが、状態が安定しているためマンネリ化する可能性が高く、PDCAサイクルが停止しやすい
- 看護は対象者さんの臨機応変に対応するためにOODAサイクルが必要となる機会が多くあるが、目の前の変化にとらわれることが多くなり、長期的な視点でのPDCAサイクルでの視点が乏しくなることもある

# 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

# リハと看護で共同のアセスメント

# 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

# 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？

## 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