

1. 診療報酬・介護報酬同時改定で変わってきたリハビリ専門職に求められる役割
国や厚労省がリハ専門職に求めていること
平成12年 介護保険制度開始
回復期リハ病棟入院料の創設
平成16年 高齢者のリハビリテーションのあるべき方向
平成18年 疾患別リハの創設、疾患別の標準算定日数を設定
平成27年 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たなあり方
平成27年 介護報酬改定
平成29年 医療と介護の連携に関する意見交換会
平成30年 トリプル改定

2. 医療保険から介護保険へつなぐ退院前カンファレンスの重要性
退院支援加算⇒入退院支援加算
入院時、退院時の情報共有の必要性

3. 患者・利用者の在宅での生活を見据えたリハビリテーションの必要性
退院後早期に開始する訪問リハビリ
訪問リハビリテーションの効果

4. 活動と参加へのアプローチのこと
作業療法の定義の改定
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(通知)(2010年)
OT協会の定義改定(2018年)
コーヒー飲んだり洗濯物したりという活動

5. リハ職が実践するマネジメントと活動と参加へのアプローチ

マネジメントに必要なこと

- 目標設定
- 期間の設定
- 目標の達成度合いの確認
- 予後予測
- 多職種のリハビリテーションへの関わりのアドバイス

多様なリハビリテーションとは

- 触らないリハビリテーション
- 活動と参加へのアプローチ
- リハビリテーションマネジメント

入院時にすること

- ケアマネ、相談支援専門員との連携
- 在宅復帰に向けた情報収集
- 活動と参加に向けた目標設定と病院スタッフとの連携
- 21時間の生活を考えた取り組み
- 循環動態と万能カフのこと
- 多様なリハビリテーションの実施

退院時にすること

- 退院後の生活を想定した本人の主体を発揮したリハビリテーションの実施
- ケアマネジャー、相談支援専門員との連携
- 退院後のリハビリテーションの検討
- リハビリテーション実施計画書の作成

生活期のセラピストがすべきこと

- 紹介元機関との情報交換
- ケアマネジャー、相談支援専門員との連携
- 生活期でのリハビリテーションの目標と期間の設定
- 生活期で提供するリハビリテーションのオリエンテーション

通所リハ事業所&訪問リハ事業所

- リハビリテーションマネジメント加算
- 生活機能向上連携加算

6. 「触らないリハビリテーション」によるリハビリテーション実施計画書の作り方

具体的な目標を設定することが求められています

ADL脳からの脱却

興味関心チェックリストの活用の功罪

具体的な目標設定、達成度の確認、プログラムの立案

インタビューの進め方

お茶碗持ちたい理由は？

歩きたい理由は？ もともとどんな生活スタイルでしたか？

これまでの家事の分担は？

同居家族の役割分担は？

2025年に向けて

地域医療構想と営業活動とリハマネ会議

リハを変えるために具体的に実践すべきこと

(病院セラピスト)

月1回でいい、退院した患者さんに関わっている事業所に電話して現状を確認してみよう

2か月に1回でいい、退院前カンファレンスに出よう

新規入院患者さんに、担当ケアマネがいるかどうか確認しよう

新規入院患者さんの住宅・利用サービス状況を担当2週間以内に確認しよう

(生活期セラピスト)

月に1回でいい、サマリーの中身を確認するために病院に電話してみよう

月に1回でいい、サービス担当者会議または退院前カンファレンスに参加してみよう

新規利用の初回、2回目が終わったら担当ケアマネに状況報告しよう

リハビリの達成目標についてケアマネと相談しよう

(病院セラピスト 生活期セラピスト)

同僚、同期以外のセラピストの連絡先、多職種の連絡先あわせて100人分、1年以内にスマホに登録しよう