

「リハ職が在籍する訪問看護ステーションにおける、
業務の進め方と連携の基本的な考え方」vol.2

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

そもそも最初の時点から
間違っているんじゃないかな

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

なぜ看護とリハ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？

なぜ看護とリハの連携がうまくいかないのか②

- 「個」のリハ、「チーム」の看護
 - 病院でも訪問でも個別担当制のリハ職は「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スタッフ
 - 自分の実力で何とかすると考えているスタッフ
 - そもそも連携の効果を実感したことがないスタッフ

なぜ看護とリハの連携がうまくいかないのか③

- SPDCAサイクルのことを知っていますか？
- そもそも看護師さんの訪問の開始時にはsurveyなんてしている時間はないことが多いのです
- 看護師とリハの訪問ケースが違うことも連携の考え方が異なる理由の一つです

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。リハ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

リハビリテーションの進め方と看護の進め方

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

ここまですることが「S」なんですけどね

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

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

連携の進め方のこと

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

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？

担当ケース以外のことで連携していますか？

- 看護師さんからリハ職に、看護のみのケースの相談をしていますか？
- 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リハ職は知っていますか？
- リハの介入がない新規ケースのカルテをリハ職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？

日々の小さな積み重ねが必要です

- リハ職に、看護のみのケースの相談をしていますか？
- 看護師さんから、担当以外のケースの相談をされますか？

PT、OTの役割をきちんと理解している看護師さんはいる？
普段からリハのことをきちんと伝えていきますか？
何を聞けばよいかわからないから、聞いてもらえない可能性はありませんか？

- 看護師さんのみの訪問ケースで、現在大変そうなケースのことリハ職は知っていますか？
- リハの介入がない新規ケースのカルテをリハ職は確認していますか？

そのケースにリハの介入が必要かどうかだれが決めるのですか？
リハの視点でのアドバイス必要じゃないですか？

- 看護師さんの話題の中に入っていく勇気はありますか？

リハが少ないからこそ

- 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。

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
- 看護師さんの話に耳を傾ける
- 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

- 看護師さんからリハ職に話しかける
- リハ職が実践しているリハについて質問する
- リハ職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
- 善い行いがあればリハ職をほめる
- リハ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。

「今」の連携はどんな感じですか？

- 看護とリハが一緒にいるだけ
- 看護⇒リハまたはリハ⇒看護の一方通行な情報交換ができている
- 担当ケースのみの情報の共有ができている
- 担当ではないケースの情報も何となく共有できている
- 看護とリハのノウハウの共有ができている
- 看護とリハのノウハウの実践ができている
- 効果的な連携ができている
- 効果的な連携が日常的にできている

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

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？

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？

「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

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。

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

「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て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・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

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。

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年までもう少し

- 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？

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、定期的に関ハスタッフがアセスメント

リハのみのケースに対して、定期的に関護師スタッフがアセスメント

リ・スタートで最も大切なこと

- 2024年同時改定は目の前!
- 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。
- 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。

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_yHILih6GKh87-GNQ

公式LINEアカウント (@yamada-ot.com)

<https://lin.ee/ecU5OsE>



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

note

https://note.com/yamada_ot

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



2024年に向けてもっと学びたい方はこちらにアクセスして
ぜひ登録してみてください

「やまだリハビリテーション研究所・メンバーシップ」

https://note.com/yamada_ot/membership