

平成23年度
訪問リハ連絡会の記録



リハ連君

訪問リハビリテーション連絡会

目次

1、はじめに「平成 23 年度リハ連絡会の記録の発刊によせて」	…1
2、第 1 回訪問リハビリ連絡会	…2
3、第 2 回訪問リハビリ連絡会	…14
4、第 3 回訪問リハビリ連絡会	…23
5、メーリングリストの案内	…31
6、ミニリハ連絡会の紹介	…32
7、リハ連施設名簿	…36
8、役員紹介・編集後記	…38

平成23年度「訪問リハビリテーション連絡会」活動記録の発行に寄せて

訪問リハビリテーション連絡会

代表 内藤 麻生

介護報酬・診療報酬の改訂の忙しさはひと段落したでしょうか。今回の改訂は、単に点数の増減だけではなく、訪問リハビリテーションを提供する事業所としてのありかた、セラピストとしてのあり方を問われているように感じました。残念ながら今回の改訂では、「訪問リハビリステーション」の創設は見送りとなりました。リハ連も3年がかりで取り組んできたテーマであり、大変残念ではありますが、私たちの訪問リハの対する思いはなにか変わりましたでしょうか。地域はますます訪問リハを必要としているように私個人は感じています。それと同時に、まだまだ「訪問リハが何ができるか、具体的にどんな方が適応で、どんな効果がだせるか、役割を果たせるか」は周知されていないようにも感じます。実はこれは、このリハ連が始まった当初からの永遠の課題のようなものです。しかし、訪問中に、リハ連の仲間と車ですれ違う回数が増えたり、訪問先のマンションにほかの事業所の車が止まっていたりするのを見ると、確実に少しずつでも浸透してきている気配もあります。

私は毎年、養成校の学生さんに地域リハや訪問リハのお話をする機会を頂戴していますが、眠そうにしている学生さんのなかからも、この分野に対する興味があるという声や、現場を見てみたいという希望が聞かれることが多くなってきています。

リハステーションはできませんでしたが、時代や地域に求められている訪問リハビリテーションの中身を吟味し、普及啓発とさらなる発展を目標にまた進んでいきたいと思えます。

さて、リハ連は昨年10周年を迎えました。懇親会ではサプライズ（風）のお祝いもしていただき、大感激でした。お礼が遅くなりましたが、リハ連を見守ってくださった方々、お祝いをしてくださった方々、本当にありがとうございました。

10年を節目にというわけではありませんが、これだけ会員や理事さんが充実してきたことを機に、少しずつ次世代にバトンを渡していきたいと考えています。

すでにバトンの奪い合いで大変！・・・というほどではありませんが、頼りになり、かつフレッシュな気持ちで活動に取り組んでいける仲間に徐々にバトンタッチしながら、訪問リハ連絡会とともに、また進んでいきたいと思えます。

本年もリハ連をどうぞよろしく願いいたします。

平成23年度 第1回 訪問リハビリテーション連絡会

平成23年6月17日（金）19：00～

場 所：北海道難病連（大会議室）

参加人数：115名（懇親会49名）

テーマ：「聴いて話して、もっとつながろう！」

～急性期・回復期・訪問リハ～

第1回目の研修会は、急性期・回復期病院と生活期（訪問リハ）の現場でご活躍されているセラピストをお招きして、シンポジウムを開催しました。病院と生活期のセラピストがもっとつながり、地域で暮らしている利用者様を支援していくには、どうすれば良いのかを考える会にしたいと思って企画を考えました。

<シンポジスト>

- ☆急性期 ～ 「急性期のリハビリテーション」
新さっぽろ脳神経外科病院 PT 佐藤 一成さん

- ☆回復期 ～ 「回復期、そしてOTの立場から」
札幌秀友会病院 OT 伊藤 玲さん

- ☆生活期 ～ 「急性期、回復期とのひとつなぎ」
新札幌パウロ病院 PT 深坂 克洋さん

<シンポジウムの内容>

佐藤さんは、急性期リハビリは早期から廃用症候群の予防に努めると共に、ADL能力の向上を図ることが重要と話されていました。伊藤さんは、回復期病棟の制度や現状の他、患者さんの生活に必要なADLやAPDLへの介入、患者さんが「やりたい作業」を提供できるように関わることの重要性をお話されました。深坂さんは、新札幌パウロ病院で行われている、地域の病院との連携を深めるための活動についての紹介



（深坂さん 伊藤さん 佐藤さん）



がありました。質疑の時間では入退院時の添書の話が出ていました。訪問リハのセラピストに対して、佐藤さんは、セラピストの視点から見た身体機能、心理面、性格、住環境等の状況についての情報が欲しいと話されていました。

伊藤さんは、入院期間が短く、すぐに退院する患者さんに対しては急いで情報が欲しいと言われていました。深坂さんは、入院時には訪問リハスタッフから添書をしっかり送ることが大切だと話されていました。座長の長久さんからは、一症例毎にポイントは異なり、そこを逃さずに記載することが重要とお話されていました。

<担当者から>

今回のシンポジウムを通して、急性期や回復期での患者さん、リハビリの様子を知ることができました。訪問リハスタッフは利用者さんの家での生活状況を直に確認することができます。この情報は、病院のスタッフがとても気になっている情報だと感じました。入院前の生活状況もそうですが、退院後にどう生活しているかということも重要な情報となります。これらの情報を病院へ発信し、また病院からも情報を受け取る。こういった情報交換を日々の業務の中で実践することが大切だと感じました。特に入退院時の添書のやり取りは重要な機会と考えます。

今回は参加者の皆さんから事前にご質問を受け付けており、時間内に話せなかった分についてはシンポジストの皆様にご文章でご解答頂き、メーリングリストやホームページに掲載することにしました。ありがとうございました。(訪問看護ステーション禎心会東:矢幅)

<リハ連 10 周年イベント>

リハ連は平成 13 年 1 月に設立され、気付けばあっという間に 11 年目に突入していました。遅ればせながら代表を務めている内藤さんにこっそりとドッキリ企画を敢行しました。ドッキリ…とまではいきませんが、このリハ連 10 年の間に関わって頂いた方々にできるだけお祝いのメッセージを頂戴し、冊子にまとめて内藤さんにプレゼントしました。皆さん、ありがとうございました。



急性期のリハビリテーション

医療法人 新さっぽろ脳神経外科病院
理学療法士 佐藤一成

当院の概要

医療法人 新さっぽろ脳神経外科病院

☆所在地：札幌市厚別区上野幌
☆診療科目：脳神経外科 神経内科
リハビリテーション科

☆病床数：135床

☆病棟内訳：一般病棟 76床
(ICU7床、HCU13床、4F56床)
回復期リハビリテーション病棟 59床

☆平均在院日数：16.8日

☆外来数：172名/日

☆入退院数：117名/月

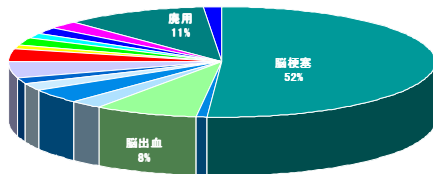
☆手術数：248例/年(平均20.6例/月) 2009年実績

☆職員数：188名

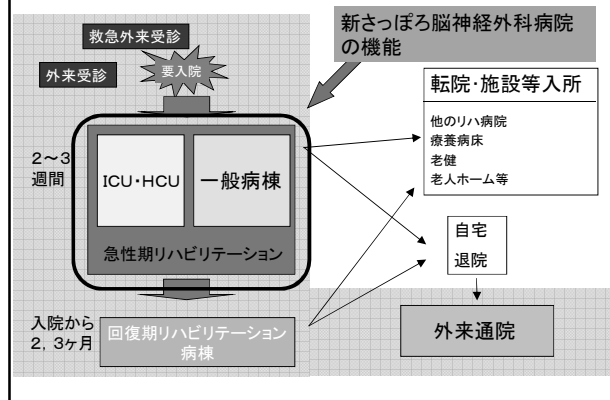
※世界で最初に脳ドックを開始した医療機関



対象患者疾患別内訳 2010年



入院から退院まで



リハビリテーション科

急性期

外来機能
外来・検査等

回復期

急性発症時管理の様子 (ICU)



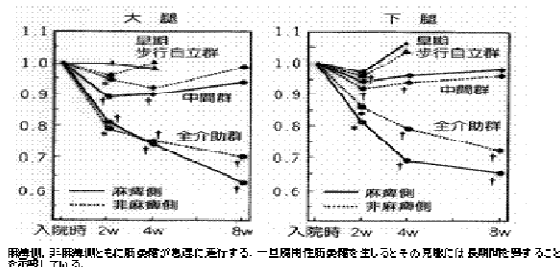
急性期のリハビリはゼロからのスタートではなくマイナスからのスタートが多い。

どうして？

- ① 運動機能・精神機能の低下に伴う低活動
- ② 医学的管理による活動制限
- ③ 病棟生活による活動範囲の狭小化 などによる...

廃用症候群の発症

図1. 脳卒中急性期における廃用性筋萎縮
近藤克則, 太田正: 脳卒中早期リハビリテーション患者のトータル面積の経時的変化. リハ医学34:129-133, 1997



急性期リハビリテーションの目的

廃用症候群の予防に努めると共に、ADL能力の向上をはかる。

急性期での役割

すばやく全体像をつかみ、全身状態に合わせた早期介入・廃用予防

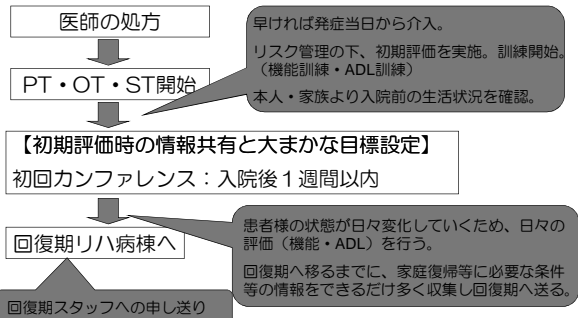
- 全身状態を確認し早期離床
- 身体機能・精神機能の評価
- ADL能力の評価、練習
- 他部署との情報交換
- 家庭環境や入院前の生活状況などの情報収集
- ご家族への情報提供・交換
- 大まかな方向性、目標の検討
- 回復期への引継ぎ

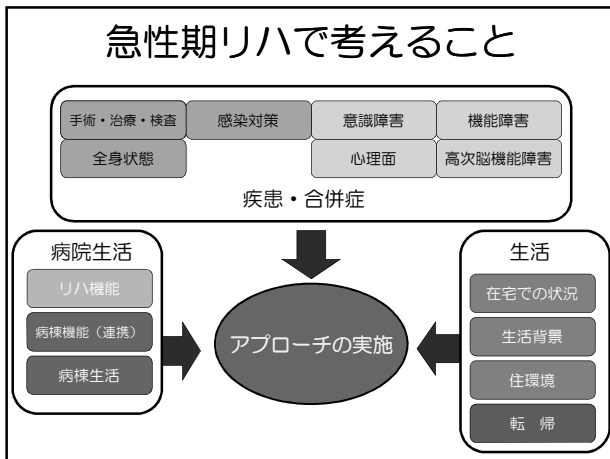


患者様・家族への精神的なフォローがとても重要。疾患・障害に対して受容が全くできていない。

当院における急性期リハの流れ

期間：2～3週間





廃用症候群を予防するための活動

＜病棟スタッフとの取り組み＞

ポジショニングチーム

集団レクリエーションチーム

呼吸リハビリテーションチーム

トイレ誘導チーム



外来フォロー

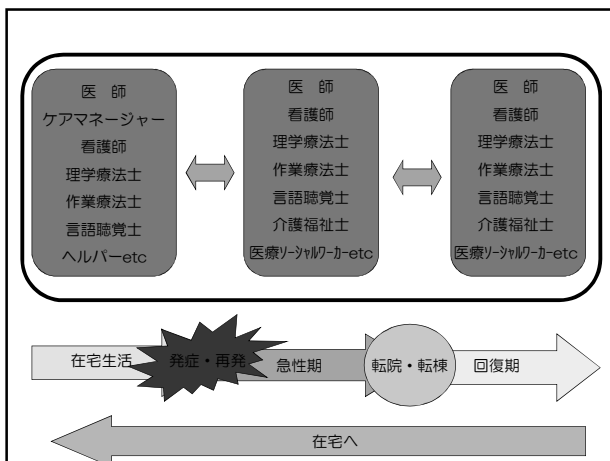
目的
退院後の身体機能や生活状況の確認を早期に行い、地域の事業所等と連携しながら在宅生活をフォローする。

対象
回復期病棟から退院し、家庭復帰された方

頻度・期間
初回は退院後2週間～1ヵ月後、その後は状況に合わせて1～3ヶ月に1回程度。

内容
退院後の身体機能チェック、生活状況の確認、家屋改修後の確認、自主練習指導、サービス調整など

機能低下など問題がある場合には、自主練習の指導や家族指導、環境調整など、ケアマネや通所施設のスタッフと情報交換を行いながら検討する



まとめ

急性期リハビリテーションは、廃用症候群を予防するため、リスク管理の下でできるだけ早期から離床を行う。

早い段階で目標設定をするために、的確な評価と情報収集を行う。

患者様の自立支援のため、急性期（院内）での職種間連携と病期前後（院内外）での連携を綿密に行うことが重要。

平成23年 第1回訪問
リハビリテーション連絡会
「聴いて話して、もっとつながろう！」
～急性期・回復期・訪問リハ」

回復期、そしてOTの立場から

平成23年6月17日(金)
医療法人秀友会 札幌秀友会病院
リハビリテーション科 作業療法士 伊藤 玲

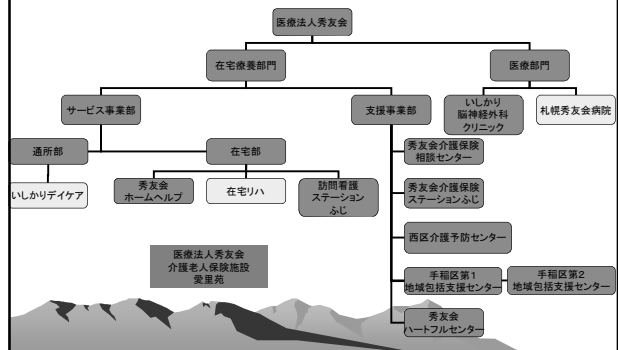
今回お話をさせて頂く内容

- ・回復期を取り巻く現状
- ・当法人・当院・リハ科の概要について
- ・当院回復期病棟の現状
- ・事例を通して連携を考える

回復期を取り巻く現状

- ・急性期病棟の在院日数の短縮化
- ・回復期病棟は365日、極力訓練ができる状態が評価される(休日加算・充実加算等)
- ・各スタッフの経験が少ない
これからの脳卒中リハビリテーション～急性期回復期の実践指針とあり方～
- ・回復期対象疾患の限定(診断がつかないと入棟できない)
- ・回復期対象疾患による算定日数の違い
- ・回復期患者平均年齢74.1歳(女性56.7%、75歳以上57.8%:以前よりやや高い)
- ・回復期原因疾患:脳血管系49%、整形系37.5%、廃用症候群11.7%、その他1.1%
- ・回復期入院までに要した期間:31.6日(年々短縮化)
- ・回復期病棟での入院期間:平均73.2日
平成22年回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書
- ・回復期病棟地域別病床数対10万人:日本全国47 北海道51(2011.5.2)
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会HP

医療法人秀友会



札幌秀友会病院

病床数: 141床 [ICU23床・一般(2階)病棟58床・回復期リハ60床]
標榜科目: 脳神経外科・神経内科・循環器科・麻酔科・内科・リハビリテーション科



地域・病院完結型脳血管障害患者の医療提供体制

リハビリテーション科

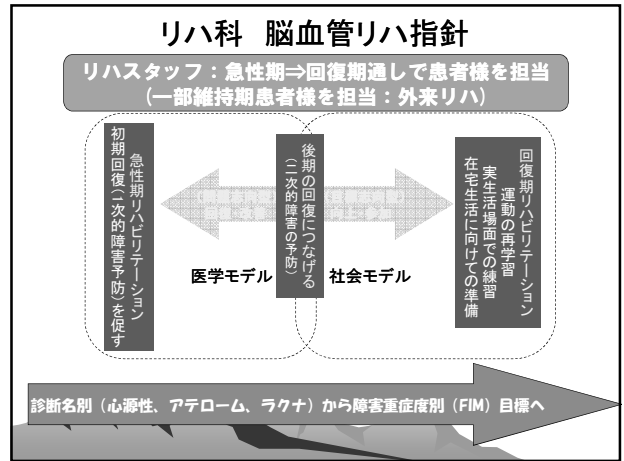
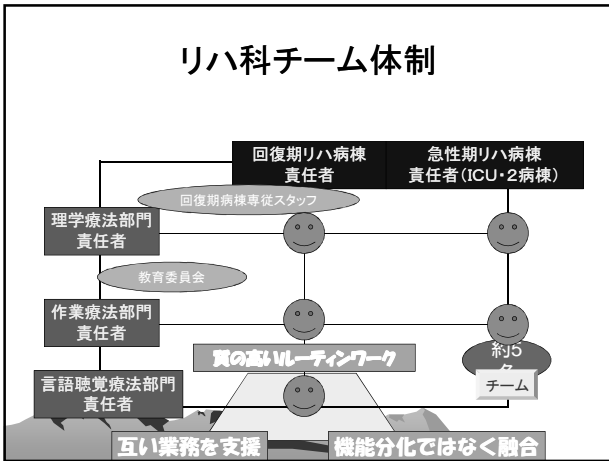
- ・リハビリテーション科スタッフ
PT17名、OT14、ST6名、クラーク1名
(内、回復期専従スタッフPT2名、OT1名)
- ・非常勤スタッフ
PT(水曜日)1名、OT(火曜日)1名
- ・施設規準
脳血管リハ I 運動器リハ I 呼吸器リハ I
回復期病棟(365日運営体制)
回復期リハ入院料1に加えて重症者加算

内PT1名が在宅リハからの出向

※回復期運営体制について、土日曜日・祝日はスタッフ・患者様訓練とも部分的に実施

リハビリテーション科の方針

- ・急性期から在宅まで、人生の再構築に向けたリハビリテーションの実践
- ・患者様に説明責任が果たせるリハビリテーションの実践



回復期リハビリテーション病棟 (60床)

～多職種の機能連係と情報の共有化～

平成23年6月13日現在

在宅復帰率: 72%
重症者割合: 20.5%

リハビリテーション回診会場
～毎週火曜日～

回復期⇔在宅の連携例

標準群(CVA中期群:90日)におけるアウトカムの設定(現在)

1週目	2	3～5	6～7	8～10	11～12	退院
課題把握 リハ回診 目標設定 ADL評価 転棟時カンファレンス	初回リハ カンファレンス	家庭訪問 外泊準備 在宅サービス 検討 職員検討 その他	2回目リハ カンファレンス 外泊実施 その他	在宅への ソフトランディング サービス調整	退院準備	

<リハスタッフからの申し送り書>

- ADL評価
在宅場面で予想される問題点
心理面や対応のポイント
依頼事項等
- ケアマネジャーへ申し送り
現状把握
ケアプランに反映できるように一緒に検討
- サービス調整会議
情報共有
リハや介護スタッフ等へ動作場面の共有など

リハスタッフ・MSW・Nrsが直接参加。場合によりDが参加する場合もあり。話し合い(紙面)による申し送りに留まらず、必要に応じて直接的な関わりもある。

※家庭訪問報告書なども活用

回復期転棟時カンファレンス

回復期転棟時、全ての症例にて実施(転棟日の15:00～)

- 障害像、ADL状況、社会背景等の全体像の情報共有
- 回復期リハビリテーションカンファレンスまでのリハビリテーション・ケアに関する方針の議論

回復期リハビリテーションカンファレンス

カンファレンス場面

在宅
グループホーム
特養
介護老人保健施設
療養型病院

地域医療完結型

入院期間を考慮した様々なマネジメント

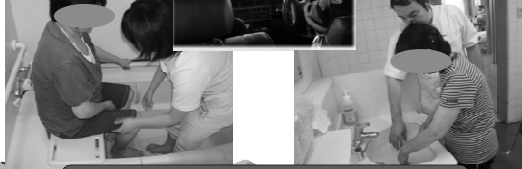
回復期専従のADL介入



過介助な点や能力を生かす
きれいな点などを病棟スタッフ、
ご家族、ご本人へ伝達。
準備、移乗・移動を含めた
関連動作の課題を評価し
担当スタッフと共有する。

質の向上へ!

回復期におけるOTの介入



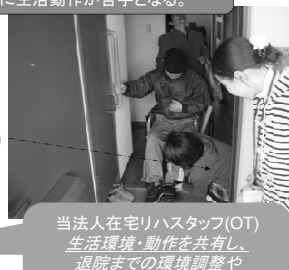
患者様の生活に必要なADL・APDLの介入。
また、患者様が「やりたい作業」を提供できるように。

家庭訪問(在宅リハに繋げた事例)

度重なる脳梗塞のため、入退院を繰り返し、
麻痺の増悪により、徐々に生活動作が苦手となる。



担当
PT



当法人在宅リハスタッフ(OT)
生活環境・動作を共有し、
退院までの環境調整や
動作面の課題
の助言等も受けた。
※病院担当OTより

本患者様においては、元々、訪問リハを
利用し、何度も病院⇄在宅スタッフで
情報共有をしていた経緯があった。
現在、訪問リハ利用中。

在宅サービス(リハ)に繋げるため 数回の情報共有が有効であった事例

A様 女性 60代 左脳梗塞 右麻痺・失語 急性期治療(リハ)2W後、回復期へ
回復期入棟時FIM36点 端座位見守り~介助歩行(訓練場面に限る) ADL車椅子介助
回復期退院時FIM90点 麻痺:共同運動レベル ADL歩行見守り(装具) 家事動作:衣類を
たたむ・茶碗洗いなど一部可能に

2週目 5 12 16 19 21 22週目退院

- | | | | | | |
|-------|------------|--|---------------------------------|--------|-----------------------|
| ・課題把握 | ・IC
1回目 | ・家庭訪問
・外泊訓練
・装具作成
・介護保険
申請
・IC2回目 | ・IC
3回目
・サービス
調整
検討 | ・事例検討会 | ・申し送り
・補足情報
の共有 |
|-------|------------|--|---------------------------------|--------|-----------------------|

事例検討会:当法人在宅リハ担当予定スタッフ(PT/ST)等、多数の関係者参加
退院までの生活面の課題が詳細な点まで共有ができた。
そのため退院日までに、院内にて課題の確認が可能になった。
※病院担当PTより
退院後約1M半:退院後の生活について在宅スタッフからの報告会も実施。

回復期事例検討会(当院回復期退院患者)



- ・院内スタッフ、在宅スタッフ全職種が参加
- ・連携時の課題、在宅生活に移行してからの課題等の情報交換など

急性期、回復期とのひとつなぎ

医療法人中山会新札幌パウロ病院
訪問リハビリ事業
深坂 克洋

新し試み

- ①白石脳神経外科さんとのセラピスト交換学習
- ②新さっぽろ脳神経外科さん
真栄病院さんとの情報交換会



新しい試み

- ①白石脳神経外科さんとのセラピスト交換学習

それぞれの病院にセラピストを一日、交換留学の形をとり、おとなりの病院は何をやっているのか？

お互い、患者さんの見えないところを知りあい、得意なところ、苦手なところの相互理解を深め、今後の連携、お互いのリハビリサービスの向上につなげる。



きっかけ

- 白石脳神経外科 高橋Drより近隣の病院に急性期の状況を話をしていきたい。
- 当院でご講演をしていただいた。
- 当院リハビリテーション科、科長と意気投合
- 白石のPT主任、当院PT主任、訪問主任、と顔合わせ。
- 平成23年4月、5月に第一回を実施

高橋Drの思い

- 滝川時代に担当した、患者さん。在宅復帰をした1年後に、違う病棟に入院していたのを見かける。患者さんは拘縮が強くなり、立てなくなっていました。

在宅でしっかり管理していかなければならない。

そのためにも、地域連携の強化が必要と認識された。



研修内容(白石脳神経外科)

(AM:ICU、リハ室内 見学 / 安部主任)	
時間	見学・体験・研修内容
8:40~9:00	オリエンテーション
9:00~10:00	ICU : 見学 ねらい: 発症超早期からのリハビリを知る、リスク管理内容。
10:00~11:30	リハ室内 : 見学・体験 ねらい: 治療実施、サポート
11:30~12:00	使用物品を紹介してもらう : ①ゲイトソリューション LLB ②電子カルテを体験

(PM:手術見学 / ICU 感染部屋でのリハビリ実習)	
時間	見学・体験・研修内容
13:00~15:00	手術見学 : 脳動脈奇形を伴った未破裂動脈瘤に対する破裂予防ステント埋設手術(脳血管内手術の見学)
15:00~16:30	ICU 感染患者に対するガウシテクニク施行時のリハビリ ① 立位保持 ② 歩行練習
16:30~17:00	終了時のディスカッション

パウロ病院、須川科長の感想

- 急性期の人たちが、グニャグニャになってしまった人を、こんなに汗をかいて、リハビリをしている姿をうちのセラピストにも見せたい。
- こんな苦勞して送って来てくれたことをうちのセラピストにも理解してもらいたい。

研修内容(新札幌パウロ病院)

(AM:訪問リハ 同行訪問/深坂主任)	
時間	見学・体験・研修内容
8:30~8:45	オリエンテーション
8:50~	訪問リハ:1人目 ねらい:在宅で生活する片麻痺者の生活圏と福祉用具を考える
10:30~	訪問リハ:2人目 ねらい:言語障害を有する40歳代発症の脳出血者の生活を通して、コミュニケーションと主観役割を考える
11:30~12:00	ブードバツク

(PM:院内体験研修/須川科長、半沢主任)	
時間	見学・体験・研修内容
13:00~14:00	回復期病棟カンファレンス見学(中本村 Dr・カンファレンス人数6名) ※入院2ヶ月以降の患者様の病状、リハビリ経過報告・方向性の確認
14:00~14:30	回復期病棟における必要書類・スケジュール管理システム等の紹介
14:30~16:00	PT訓練・回復期病棟見学 ※回復期病棟の見学 回復期病棟患者様のリハビリ風景の見学 訓練器具等の紹介
16:00~17:00	それぞれの訪問を終えての感想、今後の発展のための意見交換

白石脳神経外科 安部主任の感想

- もっと、発症当初から在宅を意識したりリハビリができれば、もっとご自宅に帰れる人が増えると思います。訪問リハビリもいいなと思いましたが、戻ってきた命を次につなげる今の仕事に魅力を感じています。

新しい試みⅡ

- ②新さっぽろ脳神経外科さん、真栄病院さんとの情報交換会の開催
利用者さんのつながり

急性期→新さっぽろ脳神経外科



回復期→真栄病院



在宅→新札幌パウロ病院

きっかけ

- 新さっぽろ脳神経外科 石川主任よりお誘い
- 以前より新さっぽろ脳神経外科さんと真栄病院さんで情報交換会を2か月に一度実施していた。共通の患者さんのその後について、どのような経過をたどっているのか？情報交換
- そこにパウロの訪問も参加しませんか？



石川主任、福藤主任の思い

- 退院した利用者さんはその後どうしているのか？装具は適切だったのか？手すりの設置位置や住宅改修は適切だったか？
- もっと若いスタッフに在宅を意識したセラピーを提供するために、訪問リハでの様子を伝えてほしい。





急性期、回復期からの質問、要望

- 1日の訪問件数
- どのくらいの移動距離か？
- どの辺の地域をまわっているのか？
- 何単位やっているのか？
- 終了基準は？いずれいっぱいにならないの？
- 在宅復帰をした利用者さんの住宅改修が適切であったか、どのように生活しているか、連絡をいただけると助かる。

急性期、回復期から質問、要望Ⅱ

- 実際に帰った後の利用者の問題点や、変化点などを共有したい。
- 回復期からの添書の内容に不備はないか？訪問リハはどんな情報がほしいか？
- 訪問リハビリのリハの内容はどんなことをしているのか？
- なぜ訪問リハビリをやりようと思ったのか。

訪問リハスタッフの感想

- 退院後の生活について興味を示されており関わった利用者さんのことを考えている印象
- 病院の方たちと顔を合わせることで、今後の電話や情報交換がしやすくなると思う。
- 他の施設や病院、社会資源など持っていない情報交換ができた。入院時の利用者さんの情報が得られた。

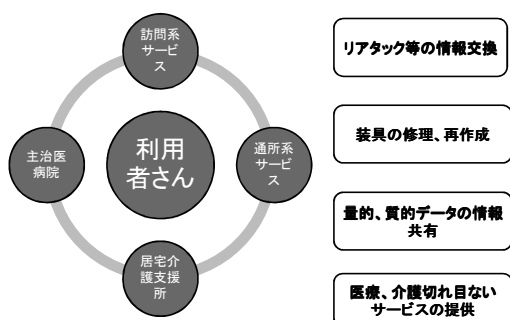
私の私見(つながる意味)

利用者さんにとっての
メリットを最優先で考える

私の私見(つながる意味)

- つないできたタスキの意味を理解する。
- 在宅に復帰されたことで、我々が仕事ができると考えています。
- 訪問リハを知ってもらうことにより、在宅復帰する方が増えると考えています。
- 添書をいただいているのに、利用者さんの入院時に書けていないのは、よくないと考えます。
- 一人で行動する訪問リハは、悩むことも多いが、慣れてきて、傲慢になることもあり、チームの認識が必要。

在宅ケアにおけるチームアプローチ



まとめ

- 地域がひとつの病院、施設と考え動いていく必要性を感じます。訪問が、病院がではなく、利用者さんにとって、安心して一日も長くその地域で暮らすことができるように、連携を深めていくことが、大切だと考えます。



・第二回リハ連

日 時:H23.11.22(火)

場 所:リンケージプラザ

テーマ:「訪問リハ裏御ハッと！～こんなことあるよね～」

日頃の業務の中で遭遇する訪問ならではのハッとすること出来事やもう少しセラピストに知識や技術や配慮があれば解決できた問題などを話し合う。反省から一歩先に進んだサービスを目指すことを目的とした(沖縄の宇田薫OT著の訪問リハ裏御法度を参考)。

*「こんなことあるよね～」を各自持ち寄り、テーマ別にグループディスカッションを行い、まとめ、発表を行った。

~~~~~

**グループワークまとめ**

グループ名  1

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理Ⅰ（利用者の健康管理や転倒等、心身に関すること）

- ・ ご両親、ご本人の3人暮らし。 訪問リハ中、お一人だったところ、てんかん発作が出現！！

②その事象にどう対応したか

- ・ ベッド上側臥位にした。
- ・ ケアマネさんに連絡→「とりあえず、様子を見ましょう。5分以上続いたら救急車を・・・」3分程度で意識が戻る。ご両親にも連絡。帰ってきていただいた。その後、安静にしてもらった。
- ・ セラピストが帰ったあと、救急車で病院へ行った、と。

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ まずはてんかんが予測される方の場合、バイタルをしっかりと確認。 ・ 前駆症状も確認しておく。
- ・ ご家族の緊急連絡の確認（2箇所。1カ所だといない場合があるため）。 ・ 抗けいれん薬のチェック。

④今後、心がけたいこと

- ・ 舌をかむことは避けたい。 リスクがある方はバイトブロックを持っていくことがすすめられる。
- ・ 事業所においておくのが better。

**他の「こんなことあるよね」という事象**

テーマ：リスク管理Ⅰ（利用者の健康管理や転倒等、心身に関すること）

グループ1)

- ・ てんかん（発表事象）
- ・ 認知症、独居の方。眠剤を飲んでしまった。リハが出来るのか？判断を仰いだ。～興奮、振戦発作→家族が対応。内服もOK。症状に合わせてメニューを変更。
- ・ 生保、易怒、独居男性～嘔吐の後の歩行→OKなのか？？看護師は出ず・・・どうしよう？
- ・ 脳幹、terminal、37.3度～CI やりたい。歩行は危険→リラクゼーション中心、20分にしてみたり・・・自分の判断にてリラクゼーション実施、後で報告。
- ・ 血圧170～。歩行前後のバイタルを測定→影響あれば受診促す。医師と直接電話連絡。
- ・ 救急車を呼ぶ、呼ばない。認知症の男性。お伺いたてないで病院へ電話、タクシー呼んで終了。
- ・ 意識消失した方や92歳女性でパーキンソン病認知症・胸苦・呼吸荒い→→家族を呼んで・医師に電話して・・・手順は？事業所へ報告か？

~~~~~


グループ名 2

①「こんなことあるよね」という事象 <u>テーマ：リスク管理Ⅱ（交通事故や紛失等のアクシデント）</u> ・追突された（車どうし） ・電信柱にぶつかる（公共） ・利用者の家にぶつかる（利用者） ・物がとんできてぶつかった（自然） ・紛失はないが忘れ物はある ・車のアクシデント
②その事象にどう対応したか ・まず警察を呼ぶ ・上司に tel する ・保険屋に tel する（車どうしの場合）・利用者さんに tel する
③他にどんな対応が考えられるか ・マニュアルに目を通して車に置いておく ・利用者さんには事業所から tel してもらう
④今後、心がけたいこと ・事故後あわてないようにする ・落ち着く

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理Ⅱ（交通事故や紛失等のアクシデント）

- ・ 追突された（他者）→警察を呼ぶ、利用者さんに tel した
- ・ バックから出てきた車にぶつけられた→上司に tel、警察を呼ぶ、保険屋に tel
- ・ 電信柱にぶつかる（自分）
- ・ 利用者の家にぶつける
- ・ 頭が真っ白になってしまう
- ・ まず警察を呼ぶ、マニュアルを車に置く、あやまらない

~~~~~

## グループ名 3

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①「こんなことあるよね」という事象<br><u>テーマ：接遇・一般常識</u><br>・お茶や食べ物などを勧められる。                                                                        |
| ②その事象にどう対応したか<br>・ 一度は断り、それでも勧められたらトラブル（関係が悪くなる）にならないようにするため戴く。                                                                    |
| ③他にどんな対応が考えられるか<br>・ 契約時に受け取らない事を伝えておく。 3度は断ってみる。<br>・ 一番初めの時にしっかり断ると次からは出てこない事も多い。<br>・ 一緒にお茶を飲んで、水分摂取や嚥下評価になると考える（ADL の評価ととらえる）。 |
| ④今後、心がけたいこと<br>・ ケースバイケースだが「お茶を飲む」という事に対する意味を考えてみる。<br>・ その方の習慣、しきたりにも気を配る（1 杯茶は失礼）。                                               |

## 他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：接遇・一般常識

## グループ3)

- ・ 初対面の時、名刺をご主人に渡さなかったため、怒った→事前情報収集足りなかった。
- ・ 靴をそろえていかない。
- ・ 上着を外で脱がない。

- ・ その家々のしきたり的な事を把握するのに時間がかかる。
- ・ 食べ物をもらう時、どうするか（発表事象）。
- ・ 距離感をとるのがたいへん。

~~~~~

グループ名 4

<p>①「こんなことあるよね」という事象</p> <p>テーマ：連携</p> <p> デイサービスとの連携は色々工夫があるよね</p>
<p>②その事象にどう対応したか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様の能力をきちんと把握してもらうようにした。 ・ デイサービスの終了時間にデイサービスに行き、介助歩行の指導をした。 ・ 書面ではなく、実際の動作を見てもらうようにした。
<p>③他にどんな対応が考えられるか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービスに行く時間がとれない場合、リハビリを見にきてもらう ・ 実際の場面を写真に残して伝える。 ・ 利用者様のお宅で動画を見れるようにしておく。 ・ 許可が下りれば iPad で動画。
<p>④今後、心がけたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービスのスタッフとの定期的な顔合わせがあると良いのでは。 ・ デイサービスに行けるような時間調整（職場作り）が出来ると良いのではないかと（特に管理者は）。

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：連携

【マイナス面】

- ・ 回復期→訪問リハ（同じ病院内で）スタッフと聞いた目標と、ご本人・ご家族の意向が違う。差がある。
- ・ ケアマネ依頼時、目標だけを言われてリハ内容聞かれても、見てみないと困る。
- ・ 立ち上がり練習時、OT だから違うと言われた。
- ・ 職種が変わることがある。ケアプランとの関わりで目標設定とリハ内容を決められない
- ・ 訪問リハ、Ns、デイが違う方向性になってしまった。Ns とはノートで連携し、デイとは密に連携がとりづらかった。Dr に「違っているよね」と指摘されて担当者会議を開いた。
- ・ 1 件～3 件行う場合、2 件目がお休みになって 3 件目の人に連絡し時間を早めてもらったが、頻繁に起こるのはどうか？→頻繁に起こる場合は順番を入れ替えてみてはどうか？
- ・ 定期受診で必ず休む時は、前もって次の人に時間を早めてもらい、効率的に行う。
- ・ 曜日変更は必ずケアマネに伝えるが、時間だけのときは伝えない時も。
- ・ ケアマネさんによっては振り替えを受け入れてくれない場合も（その場合はマメに連絡をしていた）
- ・ デイでの様子を見てみたい（デイスタッフに受け入れられる工夫をしていかななくては）

【プラス面】

- ・ 連絡方法をメール、FAX（個人情報隠して）にするとスムーズに行くこともあった。
 - ・ 機能 up 目的→みんなで話し合い、「歩かせたい」なるべくリハ以外（デイの送迎時など）でも歩く機会を増やすことで歩行能力の up につながった。
- デイのスタッフに歩行を見せて OK してもらった。→デイを楽しみにしていた。限られたスタッフに信頼をおいていたので、できるのでは、と思った。顔を合わせてやってみることが大切（書面ではなく）→連携できる体制をつくらなくては。

~~~~~

グループ名 5

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：コミュニケーション（意思疎通が不十分、リハ内容や制度の説明不足等）

家族と本人の思いが不一致：本人は受容しているが、家族の希望が高く、すりあわせが上手くいかない。

②その事象にどう対応したか

- ・ どちらの側にもつせず、ふわっと・・・。
- ・ ケアマネさん、訪問看護師に相談し、担当者会議をして様子を家族に説明・・・。

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ 家族の目標を長期に掲げて、細かい目標を設定する。
- ・ 定期的に見直す中で、家族に目標が難しいとわかってもらう。徐々に良くなれば本人の目標がUPすると・・・
- ・ 周りを固めて（担当者間会議）から本人・家族と話す。
- ・ 両方の話を聞いて、事業所に持ち帰る。

④今後、心がけたいこと

- ・ 両方の思いをしっかりと聞く。 その場で対応をせず、持ち帰ってチームで相談。
- ・ 医師からも話をしてもらう。

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：コミュニケーション（意思疎通が不十分、リハ内容や制度の説明不足等）

グループ5)

- ・ 社会的地位の高い人・障害受容の出来ない人→障害受容が出来ておらず、自分のやり方、こだわりが強い。
- ・ 失語症の人→約束の勘違い。目標設定の時に思いを引き出せない。細かい内容のすり合わせが出来ない。難しい。
- ・ パーキンソン・うつ→言い回し。心配しても言っても上手く伝わらない。危険性と本人のやる気、身体レベルの不一致。
- ・ 家族と本人の思いの不一致（発表事象）。
- ・ ケアマネさん→制度の事がわかっていなくて、サービス利用が継続できない。
- ・ ケアマネさん→退院の連絡なく・・・などの連絡不足。電話の連絡がうまくつながらない。
- ・ デイケア→直接連絡していいかケアマネさんに聞いて・・・。

~~~~~

グループ名 6

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理I（利用者の健康管理や転倒等、心身に関すること）

60代男性 サービス週 1Ns、週 1リハ、週 3透析

腎臓からくる高血圧で 200 を超える（月 4 回のリハの内、2 回くらい）

脳梗塞の後遺症あり。介助歩行レベル。妻が介助している。ベッドで臥床していることが多い。

入浴は妻が介助。便秘。むくみはない。リハでは筋トレや歩行練習を実施。

運動時は血圧大きな変動なし。前の日に眠れないと血圧が高い傾向あり。泌尿器科しか受診していない。

②その事象にどう対応したか

血圧 200 を超えるとリラクゼーションのみと Ns と相談している。

190 台の時は体調を見ながらリハビリ実施

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ 便通悪ければ腹部マッサージ等を検討（排便による血圧上昇を防ぐ）
- ・ 再梗塞のリスク→所長や Dr との明確な基準を持って良い
- ・ Dr と連携（泌尿器科以外の受診を検討）

④今後、心がけたいこと

上に同じ

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理Ⅰ（利用者の健康管理や転倒等、心身に関すること）

- ・ 高血圧や徐脈、不整脈があった場合
- ・ 高血圧の基準は明確でない場合が多い→200 を超えていたりするとリハビリを行わなかったりする。
- ・ いつもと違う担当者が行った時、情報が不十分で失敗したことがある。
- ・ 血圧が低い方、50 くらいの方で、ケアマネと相談し様子を見ながらリハビリを行っているも不安はある。基準はあるのか。脈と血圧の関係。
- ・ 主治医との連絡の方法。どこまで主治医に連絡すれば良いか。
- ・ ケアマネが看護師の場合は、ケアマネに指示をあおぐ場合もある。
- ・ DM の方で低血糖になった場合のブドウ糖の位置を知らない事があった。

~~~~~

グループ名 7

## ①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理Ⅱ（交通事故や紛失等のアクシデント）

交通事故に遭った（ぶつけた）

## ②その事象にどう対応したか

1. 相手がいる場合、相手の安否確認。
2. 警察に通報。
3. 事業所に報告。
4. 次の利用者さんがいた場合、事業所スタッフに時間変更や振り替え、代行について連絡してもらう。
5. 保険など対応（事務が行う場合も）。
6. 事故報告書作成。

## ③他にどんな対応が考えられるか

- ・ その日、事故に遭ったスタッフは訪問に行かせない。代行できるスタッフがいれば代行してもらう。日程を振り替えてもらう。
- ・ 事故を起こした後はまた事故を起こしやすい。
- \* 近くの見撃者を探す。コンビニとか近くのお店に伝えておく。
- \* 相手が「大丈夫」といなくなってしまうても、警察を呼んで現場検証をしておく。
- \* ぶつけられて、まるめこまれそうになることもあるので、警察は必ず呼んだほうがよい。

## ④今後、心がけたいこと

- ・ 朝出る時に、スタッフ同士で運転で気をつけることなど、声かけあう。雪道に注意、出る時間など。
- ・ 利用者宅のルートを確認しておく。夏場から利用者宅のルート、移動時間を考えて、スケジュールを組む。
- ・ 絶対遅れられない利用者さんは、朝一、午後一にスケジュールを組んでおく。
- ・ 事故のときはどう対応するか、記されたものを車内においておく。「あせらないで！！110番して！！」

## 他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：リスク管理Ⅱ（交通事故や紛失等のアクシデント）

## グループ7)

## (交通事故)

- ・ 利用者さんから「どうしても車と一緒に乗ってほしい。運転をみてほしい」と言われ、乗ってしまった。家族からの（苦情）情報で把握した→事業所内で話し合う機会はなかった。
- ・ 運転を見てほしい、同乗してほしい、という利用者さんからの要望はある。
- ・ ぶつけた、ぶつけられた（発表事象）
- ・ 雪にはまった、パンクした。
- ・ 利用者さん宅に遅れた。

## (料金)

- ・ 支払いを直接預かる→1度だけ紛失したことがあった。かかりつけ病院でなければスタッフが預かったほうが手間は省ける（金銭の預り証への印が必要）。基本的には引き落としが主であった。
- ・ 引き落とし先が銀行1ヵ所だけであり、利用者さんがたいへん。
- ・ 福祉用具（補装具修理）の代金のやりとりをすることもある。
- ・ 実績の誤りで事務に伝わり、料金請求が間違っていた。

## (書類の郵送)

- ・ 毎月1～2件の郵送間違い。ダブルチェックしているが。
- ・ ケアマネさんからも宛名間違いの書類が来ることがある。
- ・ 居宅と訪看の名前が混同した状態で郵送されてきた。

## (住所録)

- ・ 車内においていたものを紛失。

~~~~~

グループ名 8

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：接遇・一般常識

リハビリ後にお茶を出された

②その事象にどう対応したか

- ・ まずは断るが、頂く。「お気遣いなく」と伝えるが、感謝の気持ちも伝える
- ・ 2回目以降は断るが、出されたら頂く

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ 3回目以降は「次の訪問があるので」と遠慮する
- ・ 利用者の負担（精神的、金銭的、時間的）にならないように配慮する
- ・ 家族が話す時間を作りたくてお茶を出される場合は時間があれば受け入れる

④今後、心がけたいこと

上に同じ

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：接遇・一般常識

- ・ 靴についた雪をほろっても、帰りは溶けてべちゃべちゃになる
- ・ 上着も同様
- ・ 上着をかけてくれた→「ありがとう」なのか「すみません」なのか。
親切なのか、置いた場所が悪かったのか。」
- ・ お茶を出された時
断り方：相手を怒らせないようにする言い方
自分が飲めないものを出された時
断わる所と断われない所「親切」「話したいから出す」
実際もらう時も言うべき言葉があるのでは
もてなすことが役割の方もいる
何回まで断るか？契約の時点で長くなるという情報があれば断る
- ・ 時間に遅れる時の連絡
約束の時間に連絡するか？過ぎてから連絡するか？
5分以上遅れる時は連絡するルールがある
家によっては時計が早かったり遅かったりする場合がある
相手の勘違いで時間を間違っていた時
- ・ リハビリ中、家族がたくさん話しかけてくるため、本人と会話ができない
- ・ 担当者会議中に足が痺れた時にどうするか？
- ・ 名刺の渡し方、会議中の名刺の置き方

グループ名 9

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：連携

利用者様がお休みの連絡をケアマネさんに入れていたが、事業所には連絡がなく、訪問してしまった。

②その事象にどう対応したか

- ・ 利用者宅、家族携帯。 ・ 事業所 ・ ケアマネ へ連絡をとった。

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ 訪問したことを残すためにメモを残す。郵便受けに入れる。

④今後、心がけたいこと

- ・ 窓口を取り決める。 ・ 連絡先の確認。

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：連携

グループ9)

- ・ 定期受診を促すも拒否
- ・ 外出→休み連絡をケアマネに→訪問時にはいない。入院していた→事務所（不在）や家・家族携帯に電話

→ケアマネからの休み連絡、家族から直接聞いた。

- ・ 利用者さんからケアマネに「リハ辞めたい」→いきなり事業所へ「やめます」と連絡あり。

~~~~~

グループ名 10

①「こんなことあるよね」という事象

テーマ：コミュニケーション（意思疎通が不十分、リハ内容や制度の説明不足等）

進行性変性疾患。女性。夫との二人暮らし。家での転倒多い。転倒予防を図っていきたいが、CM や夫との意思疎通がうまくとれず、解決策に困っている。CM、夫は福祉用具で何とかなると考えているふしがある。訪問サービスはSTのみ。レスパイトのショートステイ、通所も利用。通所では人がいるので問題ないと各担当者からの意見。

②その事象にどう対応したか

- ・ 夫と転倒についてのリスク説明するも難聴もありうまく話が入らず。また理解もしてもらえない。STは口腔の事だけで良いとの考え
- ・ CMに電話連絡で転倒について伝えている。またPT、OT等のリハビリの提案している。

③他にどんな対応が考えられるか

- ・ どちらかと言えばCMに狙いを絞って
- ・ 転倒の背景やリスク等を電話だけでなく書面にまとめ、本人や夫、CMに伝える（電話だとすれ違いやすい感あり）。
- ・ 直接CMと会ってface to faceで。ハウレンソウは大切だが、どう伝えると効果的で本人様を支援できるかは難しい。
- ・ ショートステイ先との連携もCMを通してみていく（情報を多く収集）

④今後、心がけたいこと

1. 予後予測も考えながらコミュニケーションをとり続ける
2. どう行動したくて転倒したのかまで掘り下げて伝えていく
3. 共有できるように何回も伝えていく
4. 報告という形も大切だが、相談という形式でいってみよう（ちょっと下手に出て）

他の「こんなことあるよね」という事象

テーマ：コミュニケーション（意思疎通が不十分、リハ内容や制度の説明不足等）

- ・ 連携、普段の連絡はどうしているのか
- ・ 必要な情報を交換し合うのが基本
- ・ 電話連絡のメリット、デメリット
- ・ 口頭では伝わりにくい、忘れる、内容がずれる

~~~~~

<総括>

キーワードは、ケースバイケース、ほうれんそう。

訪問リハでの日常では、答えがあるようで答えがない。その場での判断が求められる。

“お茶を飲む”その意義やその意味、そのお宅の風土やしきたり、価値観があり、個人ではもちろん無視できないものである。

訪問リハ裏御法度（沖縄宇田さん）の著書の座談会、ぜひ読んでみてください。

各職場（訪看、事業所）の立場が違い、価値観も違う。利用者、家族の価値観も違うという認識と制度の理

解（介護保険、医療保険など）の理解と確認をしながら、自分たちの訪問リハサービスの意味、制度の理解をすることが必要。理解をしていることで未然にトラブルを防止できることもある。

今日のこの会は訪問リハ連絡会の原点ではないだろうか。一人で悩んでいる事をこの場で少しでも解決や話し合える場である。

平成23年度 第3回訪問リハビリテーション連絡会

<日時>平成24年3月16日（金曜日）

19:00～20:45

<場所>リンテージプラザ 第1研修室

<参加人数> 9名

テーマ：「これからの訪問リハビリテーション動向～

これからの訪問リハビリテーション動向～ 私たちは何をすべき」

講師：秀友会在宅リハビリテーション理学療法士 赤羽根 誠 氏

平成24年4月に医療・介護保険の同時改定があり、今回の改定に至った経緯や改定の目的、今セラピストが求められているものについて、全国訪問リハビリテーション研究会の理事も務めていらっしゃる赤羽根氏にお話しいただきました。

<連絡会の様子>

講義内容として、序盤は今までの制度や考え方をおさらいし、リハビリ専門職と他職種との関係も踏まえて制度改正のポイントを中心に説明いただきました。中盤は訪問リハビリテーションの今までの動向と今後必要とされることについて講義いただきました。最後にそれらを踏まえて、訪問セラピストに求められている資質やこれからの訪問リハビリテーションの指針についてまとめていただきました。また、事前に参加者からの質問を集計し、講演の最後に返答頂いています。

<連絡会担当者より>

年度末で忙しい時期にも関わらず、多くの方に参加いただきありがとうございました。参加していただいた多くの方には今回の連絡会を機会に明日からの実務の心構えを新たに持ってもらえたのではないかと感じております。また、多忙な時間を縫って打ち合わせや講義をいただいた赤羽根氏にこの場を借りてお礼を申し上げます。



これからの 訪問リハビリテーションの動向 ～ 私たちは何をすべきか？～

平成24年3月16日
医療法人秀友会
在宅リハビリテーション
赤羽根 誠

今回のお話し

- 制度改定について
- 訪問リハステーションについて
- 私たちに求められていること

私の立場

- 全国訪問リハ研究会
- 全国訪問リハ振興会
- 北海道訪問リハ連絡会

訪問リハも、いよいよ質の時代へ！

- ① 利用者さんご家族からの信頼は？
- ② 主治医や指示医からの信頼は？
- ③ ケアマネさんからの信頼は？
- ④ 看護師さんからの信頼は？
- ⑤ ヘルパーさんからの信頼は？
- ⑥ リハ仲間からの信頼は？
- ⑦ 自分自身への信頼は？

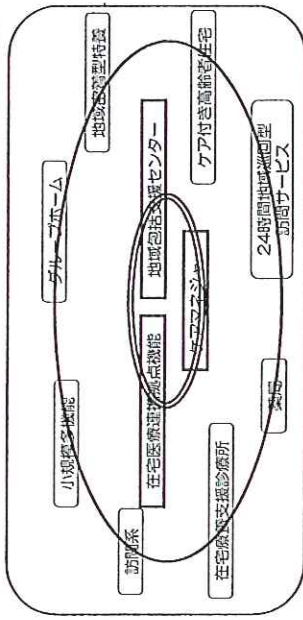
制度改定について

リハビリ専門職の果たすべき役割について

- リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。
(H22.3 地域包括ケア研究会報告書)

地域包括ケアシステム

小中学校学区レベル（人口1万人程度の圏域）



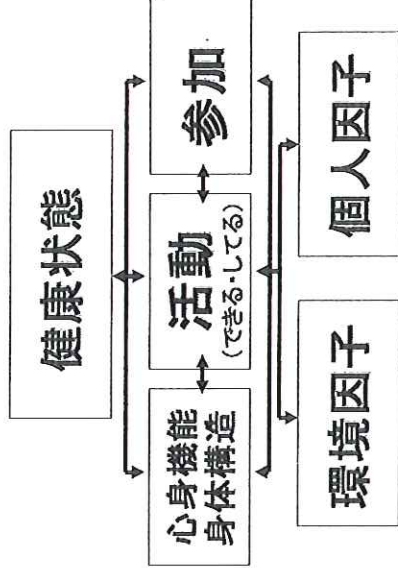
訪問リハビリ提供事業所

- 医療保険対応(3事業所)
 - ①. 病院
 - ②. 診療所
 - ③. 訪問看護ステーション(看護7)
- 介護保険対応(4事業所)
 - ①. 病院
 - ②. 診療所
 - ③. 介護老人保健施設
 - ④. 訪問看護ステーション(看護7)

指示書と報告書関係

訪問リハビリ提供時間について(週6回まで)

- 20分以上か? 週6日か?
- 40分以上か? 週3日か?
- 60分以上か? 週2日か?
- 80分以上か? 週2日か?(40分)
- 100分以上か? 週2日か?(20分)
- 120分以上か? 週1日か?



参加がしのために

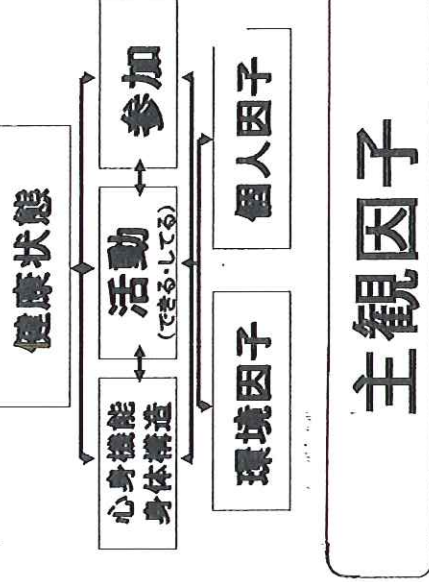
- 以前の生活を知る
- 価値観や優先順位を知る
- 趣味や関心興味を知る
- 好きなこと嫌いなことを知る
- これからどのように生活したいか? 生きたいか? 知る

訪問リハビリ提供時間について(週6回まで)

・何をもとに考えるか?

- ・ 限度額?
- ・ 1割負担の額?
- ・ ケアマネさんの言いなり?

やっぱり、ご本人ご家族のニーズと要望



主観因子

参加と目標の関係

- 参加を知ると、目標を設定しやすい
(孫のひな人形を買いに行きたい⇒車いすに2時間乗れる、車の乗り降りできる、外出先でトイレに行ける、など⇒さらに、どこかデパートにしよう? そのデパートの中にケーキのおいしい喫茶店がある⇒目標拡大!)
 - 参加を知らないで目標設定すると、ころころ変わってしまう(温泉に行きたい。あつ、やっぱリデパートに行きたい。あつ) 家でパソコンやりたい。
目標変更↑
- 目標を設定するために、参加を知るべし

生活機能

健康状態

環境因子

個人因子

参加とは?

- 外出
- 役割(家庭内、職場、社会)
- 活動(社会、余暇)
- 維持管理(健康、生活全般)

訪問リハと参加

- 訪問リハでは、ご本人の住み慣れた場所で、ご家族も交え、じっくり参加がしを行える
- 参加は、「からだ動かす、こころも動く」の観点から、からだを動かしているうちに、参加の種がむくむくと出てくることもある
- 参加が見つかり、ころころ動くと、ご本人いきいき! ご家族もいきいき! 関係者もいきいき!

参加がし、やってみませんか!

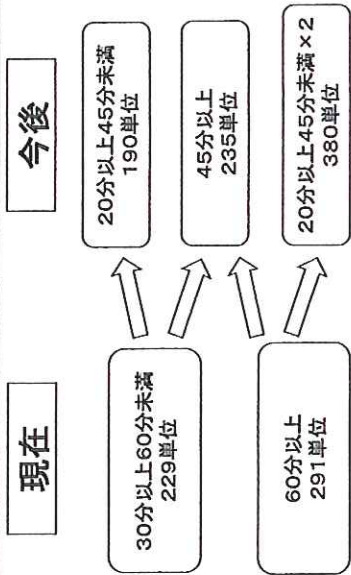
訪問介護事業所のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言について

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行して利用者の居室を訪問し、利用者の身体の状態、家庭の状況、家庭内におけるADL等の評価を共同で行い、かつ、当該理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、三月に一回を限度として算定する。この場合において、指導及び助言を行った日を含む月の翌月から翌々月までは当該加算は算定できない。なお、当該加算を算定する日は、算定できる訪問リハビリテーションは一回までとする。
- また、理学療法士等は指導及び助言の内容について診療録に記載しておくこと。

訪問介護事業との関係

- **ICFイラスト・ライブラリー**
- www.icfillustration.com/icfil_jpn/b/b215.html
- ICFイラストライブラリーは日本語版 ICFをイラストで分かりやすく紹介している。

訪問介護（生活援助）と時間区分

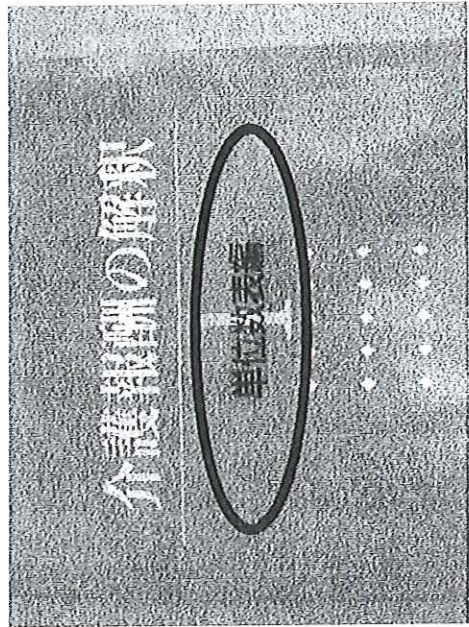
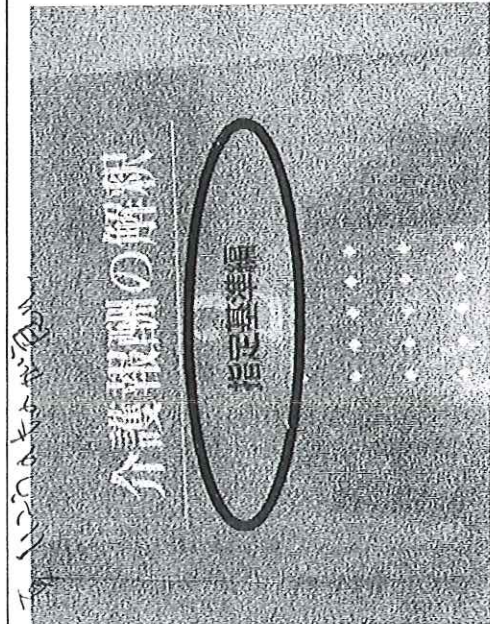


情報関係

- **福祉・保健・医療情報 - WAM NET (ワムネット)**
- www.wam.go.jp/
- ワムネットは、介護・福祉・医療施設の検索や行政情報や福祉用具の閲覧など、福祉・保健・医療の情報を総合的に提供している情報サイト。独立行政法人福祉医療機構が運営している。

介護保険情報 ②

- **厚生労働省**
- www.mhlw.go.jp/
- **新着情報**
- 厚生労働省の取り組んでいる政策情報、報道発表資料、統計情報、厚生労働白書について紹介している。



なぜ？訪問リハステーションなのか？

- ・現在、訪問リハのサービス提供を行うために、病院・診療所・老人保健施設・訪問看護ステーションの事業所を借りている。
- ・各事業所の都合は訪問リハサービス提供に影響する。

訪問リハの事業所を持ちたい！

過去、訪問リハステーションの動き

- ・2000年 介護保険創設
ケアマネさんやヘルパーさん事務所創設
PT・OT・ST協会⇒介護保険に関心・無
- ・2006年 初めての法律改定
PT・OT・ST協会⇒介護保険に関心・少
- ・2012年 2回目の法律改定
PT・OT・ST協会⇒介護保険に関心・大
訪問リハステーションにも関心・大

- ・訪問リハステーションについて

全国訪問リハ研について

今年、

- 日本訪問リハ協会(法人)へ
- HPリニューアル
- データベースシステム始動
(利用者・事業所)

フランスに視察

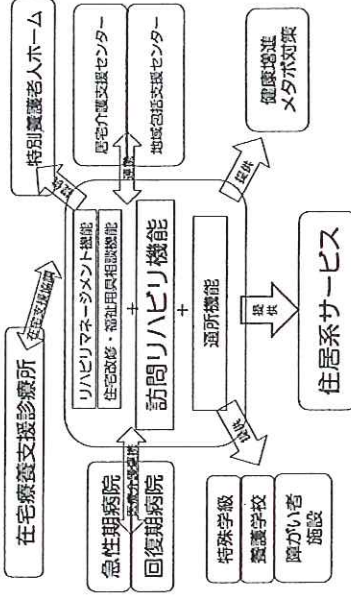
訪問リハ関係 団結

- 日本訪問リハ協会(法人)
- 全国訪問リハ振興委員会
(全国PT・OT・ST協会)
- 議員連盟

在宅入院について

- ①. 入院先の病院スタッフが訪問
- ②. 入院先のスタッフの訪問が
難しければ、在宅に関係している
事業所が訪問
- ③. さらに難しければ、在宅入院シス
テムの事業所が訪問

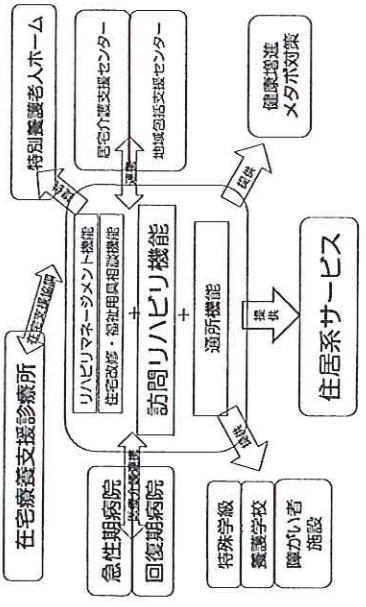
訪問リハビリステーション(事業所)



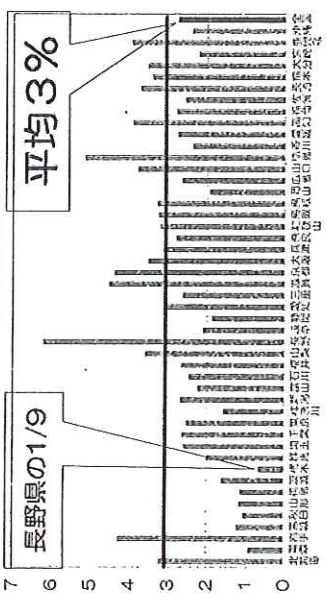
在宅入院について

- 24時間の医療を必要としない患者
- 例えば……
 - ・朝 : 訪問看護
 - ・午後 : 訪問診療、訪問リハ
 - ・夕方 : 訪問看護
 - ・夜間 : 訪問看護

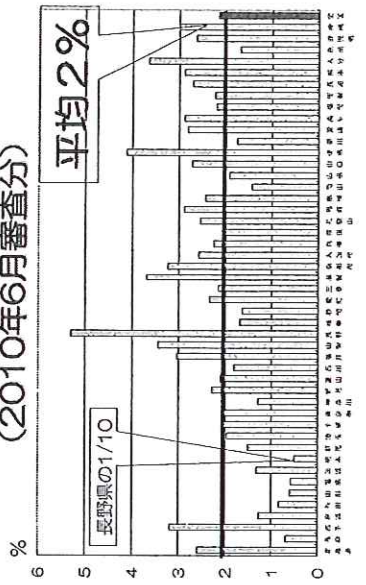
訪問リハビリテーション



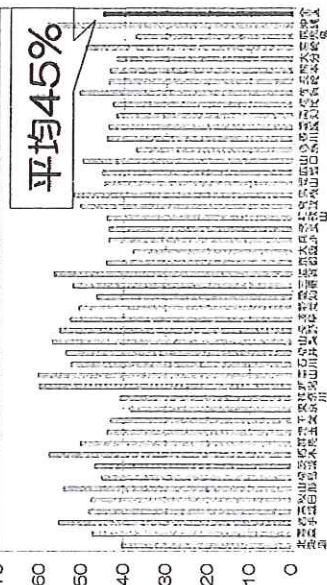
都道府県別の「訪問リハ」受給者数（要介護者）の
居宅サービス受給者数に占める割合
(2011年4月審査分)



都道府県別の「訪問リハ」受給者数が
居宅サービス受給者数に占める割合
(2010年6月審査分)



都道府県別の「通所介護」受給者数（要介護者）の
居宅サービス受給者数に占める割合
(2011年4月審査分)



1年間・全国の訪問リハ・研修会参加者

- 全都道府県で3士会合同による
訪問リハビリテーション実務者研修会

全国6千名参加

- 管理者研修会

全国2千名参加

訪問リハステーション創設のために

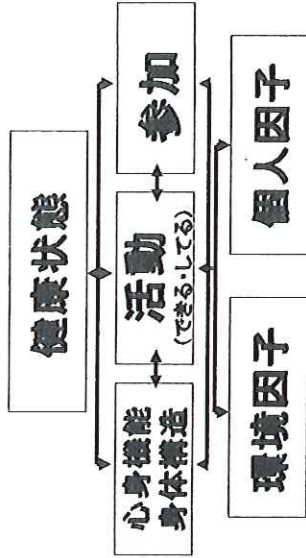
- 訪問リハの利用者さんの増加
- 訪問リハスタッフの増加
(働きやすい仲間作り)
- 訪問リハ提供事業所の増加
(働きやすい職場作り)
- 訪問リハ内容の質向上
- 訪問リハ内容のアップグレード

訪問リハステーション創設のために

- 訪問リハの効果検証
- 訪問リハ提供事業所の効果検証
- 制度改定の効果検証
(加算の取得状況など)
- 行政や各団体とのつながり
(訪問リハ必要性を理解してもらう)

訪問リハも、いよいよ質の時代へ！

- ①利用者さんご家族からの信頼は？
- ②主治医や指示医からの信頼は？
- ③ケアマネさんからの信頼は？
- ④看護師さんからの信頼は？
- ⑤ヘルパーさんからの信頼は？
- ⑥リハ仲間からの信頼は？
- ⑦自分自身への信頼は？



主観因子

- 北海道訪問リハビリテーション連絡会
- <http://houmonreha-hokkaido.jimdo.com/>

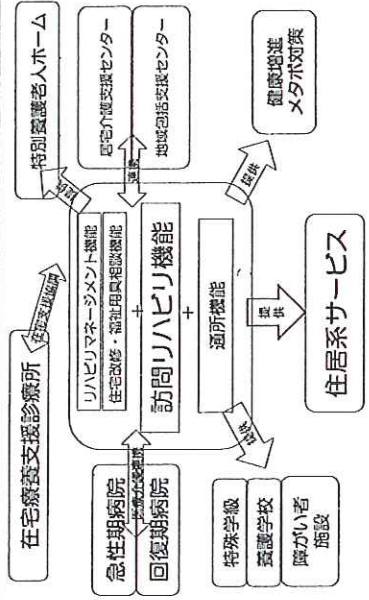
●北海道における訪問リハビリの普及と質向上を目的とする。

- ①北海道の訪問リハビリに関する情報の発信
- ②各地域の訪問リハビリ連絡会との連携や支援
- ③他の関連職種の職能団体との連携強化

私たちに求められていること



訪問リハビリステーション

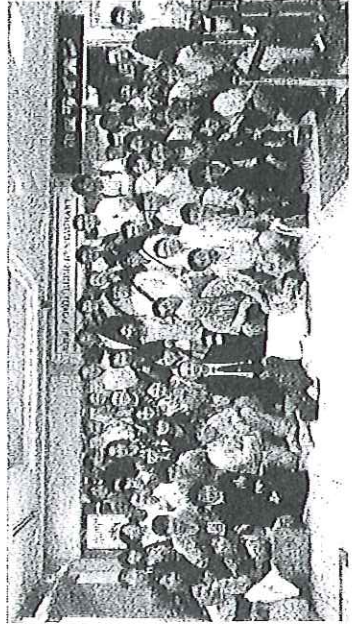


訪問リハも、いよいよ質の時代へ！

- ①利用者さんご家族からの信頼は？
- ②主治医や指示医からの信頼は？
- ③ケアマネさんからの信頼は？
- ④看護師さんからの信頼は？
- ⑤ヘルパーさんからの信頼は？
- ⑥リハ仲間からの信頼は？
- ⑦自分自身への信頼は？



ご清聴ありがとうございました！



訪問リハビリテーション連絡会メーリングリストについて

訪問リハビリテーション連絡会(リハ連)では、連絡会の案内や会員への情報発信等にメーリングリストを利用しています。メーリングリストの活用は、リハ連の運営における連絡業務の負担軽減や経費削減も兼ねています。

また、会員の皆様から各種研修会の案内や報告にも活用されており、今後もメーリングリストを通して、普段頻回に集まる事のできない会員同士の積極的な情報交換や交流の場にしていきたいと考えていますので、興味のある方は是非ご参加下さい。

なお、メーリングリストは会員限定となりますので、リハ連に入会して頂いた上でのご利用となります。

<入会手続きに関して>

①まずはリハ連への入会をお願いします。

リハ連ホームページより用紙をダウンロードし、必要事項を記載の上事務局までFAXにてご返信下さい。

(ホームページのアドレスは、<http://riharen.jimdo.com/>となっています)

個人のアドレス等、複数登録も可能ですので利用するメールアドレスの記載をお願い致します。

②認証手続きが完了しますと、グループ(メーリングリスト)に参加した事をお伝えするメールが送られてきます。

平成 24 年度からはリハ連への入会と同時にメーリングリストにも登録が行われます。メーリングリストが不要な場合はその旨をお知らせ下さい。

事務局：特定非営利活動法人 HPT

訪問看護ステーションポット東

ミニリハ連～北・東・石狩地区～

第1回

【日時】平成23年8月5日（金） 19:00～20:30

【場所】札幌市北区民センター 娯楽室 【参加人数】40名

【テーマ】神経難病に対する訪問リハ

～在宅生活を支えるために問題点と目標設定を考える～

【内容】事例検討会（パーキンソン病の事例の問題点と目標設定）

○事例紹介～訪問看護ステーション禎心会北 佐藤布実香さん

第2回

【日時】平成24年1月27日（金） 19:00～20:30

【場所】東区民センター 視聴覚室 【参加人数】33名

【テーマ】通所と訪問リハの役割と連携

【内容】通所・訪問リハの紹介、グループワーク

○通所の紹介～介護老人保健施設ら・ばーす 渡部和也さん

通所リハビリテーションゆり 清水伴教さん

○訪問の紹介～訪問看護ステーション禎心会東 矢幅圭一さん

○グループワーク～デイケアと訪問リハを利用する事例のケアプランを考える
(今回は通所のセラピストにもご参加頂きました)



【幹事】訪問看護ステーション禎心会東 矢幅 圭一

訪問リハビリテーションすずらん 今野 春奈

訪問看護ステーションポットころ 黒田 真介

【お問い合わせ】訪問看護ステーション禎心会東 矢幅 圭一（やはば けいいち）

TEL: 011-790-8102 FAX: 011-790-8109 E-mail: riha-higashi@teishinkai.jp

西手稲小樽地区 担当幹事：竹内、種市、土屋、中村

○1年間を通してのテーマ：ICFの「参加」

<場所、日時、参加者数>

・場所：手稲区民センター、畳の部屋

第1回：H23.9.1 18名

第2回：H23.11.29 20名

第3回：H23.1.30 11名

○活動報告

ICF参加について、「参加って何だろうね？外出のことかな」「なかなか家庭内外で役割を見つけるのは難しいよね」「心身ともに重症だし参加はありえないよね」「この事柄は参加には入らないよね」と、ICFの図の「参加」の欄は常に空白・・・ってことは経験ありませんか？西手稲小樽地区のミニリハ連では、1年間を通して<ICF参加>について学んできました。

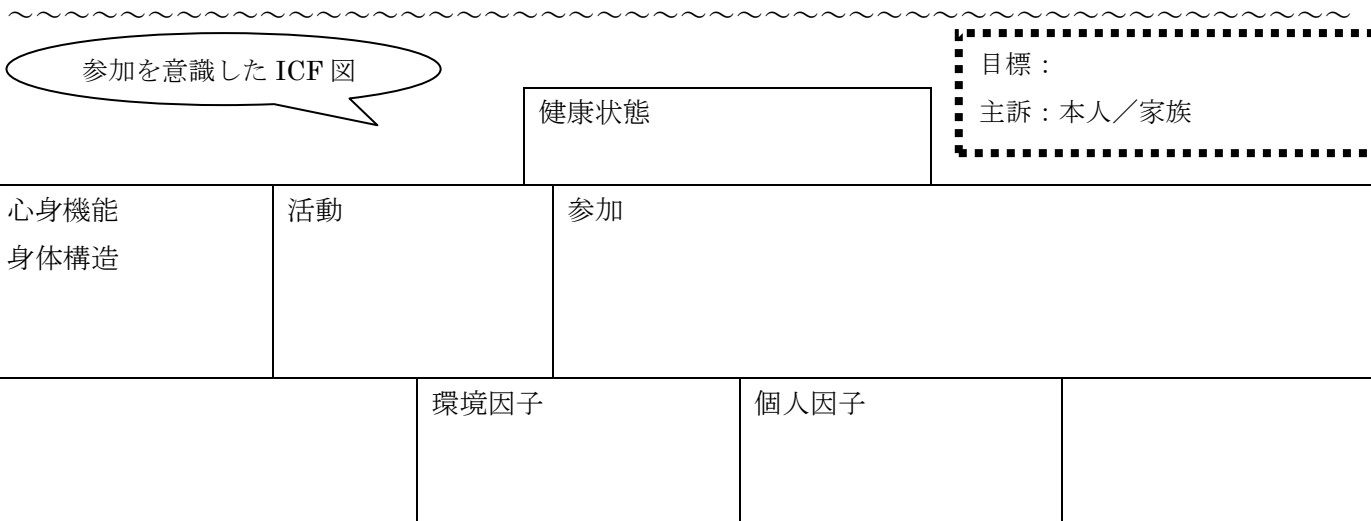
事例紹介、事例検討をメインに<参加探し>を続け、参加とは何か、参加に目を向けているか、参加をどう意識して関わっているか、をグループワーク、お互いの意見交換、情報交換、発表、まとめ、をずっと行ってきました。集大成としては「参加」についてのまとめの講義とグループワークから、参加者の「参加に対する意識」を確認し、日々の業務に役にたつ、ICFが身近になった、ことを再確認しました。

幹事は、会の参加者に「受け身」ではなく、「自身の考えを話す」のスタンスも意識してもらいました。事前学習をお願いし、当日のグループワークや会の進行をスムーズに行い、参加者の考えを話してもらう機会を多くとり入れてきました。

結果、日々の業務にICFを取り入れるようになった、「参加」の詳細がわかるとじつはこれも参加だった、ICFを取り入れると概要がわかりつながりもわかりやすい、大分顔なじみになってきたのでグループワークでも意見を言いやすくなった、畳の部屋がアットホームで良かった・・・と、参加者の方から感想を頂きました。幹事も企画運営、当日進行、見直し、次回に向けて、と繰り返して行っていく中で、学びがたくさんありました。課題も出てきていますが、1つずつクリアしていければと思っています。

○平成24年度～すでに第1回は終了しています。

平成24年度は、事業所紹介、訪問スタッフの便利マップ作成、を計画しています。開催は8月上旬前後を予定しています。



「平成 23 年度 中央区・豊平区・南区地域ミニリハ連絡会 活動報告」

中央区・豊平区・南区地域の平成 23 年度の活動は、実技中心の研修会を 2 回実施しました。

第 1 回目は、さっぽろ在宅医療クリニックの OT 播磨孝司さんを講師に迎え、「高齢者のシーティング」をテーマに、車椅子座位姿勢の評価や基本的なシーティングの考え方の講義とグループワークを実施しました。参加者は 24 名であったため、少人数でグループを作り、「いかに居心地よく座っていただけるか」について意見を出し合いながら、車椅子シーティングを行いました。

第 2 回目は、札幌西円山病院の訪問リハビリテーションさくらの PT 羽根川哲夫さんを講師に向かえ、呼吸介助の実技を行いました。「ストレスを与えることなく胸郭を動かす」と定義を教わり、「よりやさしく、よりソフトに、より気持ちよく」を念頭に呼吸介助を実施しました。手のひらに意識を集中させながら、対象者に負担をかけないように、参加者の 13 名は黙々と練習しました。

今後は、中央区・豊平区・南区地域で働いている訪問リハ従事者の皆さんが気軽に参加できる交流の場になればと考えています。他の地域から参加される方も大歓迎です。



第 1 回目の様子



第 2 回目の様子

～募 集～

研修会の企画・運営を一緒に行っていただける方を随時募集しています。中央・豊平・南区地域で働いている方が限定となりますが、興味のある方は下記の担当までご連絡ください。

連絡先：札幌西円山病院 訪問リハビリテーションさくら

吉田 現

TEL : 011-642-4125 FAX : 011-642-4135

E-mail : reha-nishimaru@keijinkai.or.jp

○厚別区、白石区、清田区、北広島、江別、恵庭地区

第1回

<日時> 平成23年8月19日(金) 19:00~20:30

<場所> 厚別区民センター 会議室A

<テーマ> 医療施設との連携について

~利用者様が、地域でより暮らしやすい生活を送るためのつながり~

<講師> 上田 学氏 (新さっぽろ脳神経外科病院 MSW)

<参加人数> 20名

<報告>

病院からの連携を業務としている上田様より、講演していただきました。

- ・ 病院と訪問セラピストとの連携が薄いこと、連携する難しさ
- ・ 病院セラピストの限界
- ・ 訪問セラピストから病院へのフィードバックをどのように行えばよいか

訪問セラピストは、もっと病院の方へ働きかける必要があることを改めて感じさせてくれるものでした。

講演の後は5人1組でグループワークを行いました(訪問PT・OT・ST、老健のPT、地域包括支援センターのMSW混合でグループ編成)。MSWの視点からもご意見いただき、それぞれ活発に意見交換されており、盛り上がっていました。医療施設と連携するため、どのように働きかければよいか考える機会になったと思います。



第2回

<日時> 平成24年3月8日(木) 19:00~20:30

<場所> 厚別区民センター 会議室B

<テーマ> 訪問リハビリの役割

~このプログラムだけで介入していいのだろうか?~

<参加人数> 13名

<報告>

マッサージ以外のご希望されない、フリートークしか行えない利用者様など、訪問リハの目的に迷いが生じるケースを例にあげ、4~5人のグループに分かれて話し合いに入りました。グループワークではプログラムについての相談や現在悩んでいることなど、ざっくばらんに話せており各グループ盛り上がっていました。

その後、はるにれの長尾さんより総括していただき、訪問リハのクリニカルリーズニングについて教えてくださいました。それぞれの事業所でどんなことをしているか、顔を合わせて話す良い機会になったとの感想も多く、今後も連携するきっかけになったと思います。



担当者より

どなたでも気軽に参加できる会を目指し、徐々に参加者・事業所も増えつつあります。たくさんの方々と顔の見える関係作り、情報交換ができ、より良いサービスが提供できる地域となるよう皆さんで盛り上げていきましょう。1人でも多くのご参加をお待ちしています。

連絡先:新札幌パウロ病院 訪問リハビリテーション事業 竹中 準 高見 宏祥

札幌市厚別区厚別東2条6丁目3-10 Tel:011-809-5620 FAX:011-809-5630

H23年度 訪問リハビリテーション連絡会 施設名簿

※中央区(中)、北区(北)、南区(南)、西区(西)、東区(東)、手稲区(手)、白石区(白)、豊平区(豊)、厚別区(厚)、清田区(清) ※ST 常(常勤配置) 非常(非常勤) 検討(検討中)

※受け入れの空き状況、詳しい訪問地区は、直接お問合せ下さい。

施設名	区	住所	TEL	FAX	訪問地区	主な対象・備考
1 訪問看護ステーション「ポット東」	東区	北24条東1丁目3-2 樋口ビル4階	733-3122	807-0988	北・東・西・中	介護・医療
2 社団法人 北海道総合在宅ケア事業団 札幌東訪問看護ステーション	東区	北10条東9丁目3-5(有)興栄ビル2F	742-7966	742-8066	東・(北)	介護・医療
3 訪問看護ステーション「禎心会東」	東区	北45条東9丁目2-7	748-8182	712-0916	北・東	介護・医療
4 栄町ファミリークリニック	東区	北41条東15丁目1-18	723-8633	722-9387	北・東	介護・医療
5 訪問看護ステーションポットこころ	東区	北31条東1丁目1-1	011-768-8775	011-721-8063	中・北・東・西	介護・医療
6 勤医協きた訪問看護ステーション	北区	新琴似10条2丁目4-12	763-8684	763-2940	北	介護・医療
7 訪問リハビリステーション「ら・ぼーす」	北区	篠路町上篠路6-286	774-1131	774-1818	北・東	介護
8 訪問看護ステーション「禎心会北」	北区	新川1条6丁目3-3	768-6110	768-6116	北・西・中	介護・医療
9 ハッピー札幌北・訪問看護ステーション	北区	北32条西12丁目1-15	011-737-0331	011-737-2372	中・北・東・西・手・白	介護・医療
10 札幌市山の上北リハ訪問看護ステーション	北区	新琴似8条3丁目1-1 沢田ビル2階	011-763-6785	011-763-6785	北・東・西	介護・医療
11 訪問看護ステーション「なかむら」	中央区	南1条西14丁目2-7	231-8555	231-8611	中・北・東・南・豊	介護・医療
12 西円山病院訪問リハビリテーションさくら	中央区	北1条西26丁目3-8 Jビル4F	641-4125	642-4135	市内全域	介護・医療・小児・ST
13 医療法人財団敬和介護老人保健施設 けあ・ばんけい	中央区	盤渓232-7	615-9623	615-2335	中・西	介護
14 南札幌病院	中央区	南9条西7丁目1-23	511-3368	511-1862	中・南・豊	介護
15 札幌市山の上中央リハ訪問看護ステーション	中央区	大通西16丁目1-13 芙蓉第10ビル5階	011-616-3838	011-616-3838	中	介護・医療
16 秀友会 在宅リハビリテーション	西区	発寒14条12丁目2-22	676-0040	676-0041	北・西・手 石狩(花川北・南)	介護・医療・ST
17 札幌山の上訪問看護ステーション	西区	西野1条7丁目7-1 2F-A	667-2555	667-2567	中・西・手	介護・医療
18 札幌山の上訪問リハステーション	西区	山の手6条9丁目1-1	621-1200	621-3577	中・西・手	介護・ST非勤
19 平和リハビリテーション病院	西区	平和306-1	662-1771	662-1779	中・北・南・西・手	介護・ST
20 訪問看護ステーション「ことこ」	西区	琴似1条5丁目1-10 琴似1条ビル 2階	611-3323	611-3356	西・中・北・東・手	介護・医療・ST非勤
21 琴似ロイヤル病院	西区	八軒2条西1丁目1-1	611-1391	621-1100	中・北・西・手	介護・医療 ST検討中
22 訪問看護ステーション「みのり札幌南」	厚別区	上野幌1条2丁目1-1 アクティブプラザ2階	896-0294	896-0298	市内全域 北広島・江別	介護・医療
23 新札幌パウロ病院	厚別区	厚別東2条6丁目4-1	809-5620	809-5630	白・厚・清 江別市・北広島	介護・医療・ST非常 (脳卒中・神経難病)
24 北海道総合在宅ケア事業団 札幌厚別訪問看護ステーション	厚別区	厚別区大谷地東2丁目4-1 札幌市交通局本局庁舎7F	801-3667	801-3668	厚	介護・医療
25 介護老人保健施設 あつべつ	厚別区	厚別町山本750番地6号	896-502	896-5055	白・厚	介護
26 訪問看護ステーション「ポットこもれび」	白石区	栄通10丁目6-10 レジデンス稲津102	856-6757	854-6775	白・厚・豊・清・南	介護・医療
27 札幌ライラック病院	豊平区	豊平6条8丁目2-18	812-8822	831-2015	中・白・豊	介護・医療
28 訪問看護ステーション「ふくずみ」	豊平区	月寒東1条15丁目7番25号	855-2933	855-2930	豊	介護・医療
29 愛全病院訪問リハビリテーション	南区	川沿13条2丁目1番38号	571-5670	572-8005	中・南	介護
30 愛全在宅ケアセンターまこまない 訪問看護ステーションまこまない	南区	真駒内幸町1丁目 NTT真駒内ビル1F	582-5001	582-5011	南	介護・医療
31 グラーネ訪問看護ステーション	南区	北ノ沢1804番地52	572-2012	572-2008	中・南・豊	介・医
32 医療法人 漢仁会 はまなす訪問看護ステーション	手稲区	前田2条10丁目1番10号	684-0118	684-0455	西・手・石狩・銭函の一部	介護・医療
33 訪問看護ステーションみなみ	南区	川沿14条2丁目1-36	011-572-6770	011-572-5100	中・南	介護・医療
34 手稲ロイヤル病院	手稲区	手稲金山124番地	681-2105	683-5370	西・手・小樽・銭函	介護・医療・ST
35 野幌病院訪問リハビリテーション	札幌市外	江別市野幌町53番地5	381-1193	383-7965	江別市	介護
36 医療法人 はるにれ 北町クリニック	札幌市外	江別市大麻北町607-2	386-0550	386-0367	厚・江別	介護・医療・ST
37 北海道在宅ケア事業団 江別訪問看護ステーション	札幌市外	江別市大麻沢町5番地6 江別市いきいきセンター2階	011-387-8877	011-387-8878	江別市	介護・医療
38 翔仁会 介護老人保健施設 エスポワール北広島	札幌市外	北広島市輪厚704番地16	376-3911	377-5621	北広島市	介護
39 札幌病院 訪問リハビリテーション	札幌市外	小樽市銭函3丁目298	0134-62-5851	0134-62-5889	手・小樽	介護・医療・ST
40 東小樽病院 訪問リハビリテーション事業所	札幌市外	小樽市新光2-29-3	0134-54-7111	0134-54-2355	小樽市全域	介護・医療・ST
41 医療法人社団 青優会 南小樽病院	札幌市外	小樽市潮見台1丁目5番3号	0134-21-2333	0134-21-2600	小樽市内	介護・医療・ST
42 介護老人保健施設 ジョイウェルス桔梗(訪問リハビリテーション桔梗)	札幌市外	函館市桔梗町557	0138-46-8881	0138-46-8880	函館市・北斗市・七飯町	介護・ST

※中央区(中)、北区(北)、南区(南)、西区(西)、東区(東)、手稲区(手)、白石区(白)、豊平区(豊)、厚別区(厚)、清田区(清) ※ST 常(常勤配置) 非常(非常勤) 検討(検討中)

※受け入れの空き状況、詳しい訪問地区は、直接お問合せ下さい。

	施設名	区	住所	TEL	FAX	訪問地区	主な対象・備考
43	医療法人社団 山樹会 平山医院 通所リハビリセンター	札幌市外	函館市東雲町6-11	0138-24-8800	0138-24-8801	函館市	介護
44	森山メモリアル病院 指定訪問リハビリテーション事業所	札幌市外	旭川市旭町2条1丁目31番地	0166-54-8688	0166-55-5050	旭川全域・鷹栖町	介護・医療・ST
45	製鉄記念室蘭病院	札幌市外	室蘭市知利別町1丁目45番地	0143-41-3075	0143-41-3075	室蘭・登別	介護・医療
46	登別厚生年金病院	札幌市外	登別市登別温泉町133番地	0143-84-2165	0143-84-3206	白老・登別・室蘭	介護 ST(非常勤)
47	夕張希望の社 夕張市立診療所	札幌市外	夕張市社光20番地	0123-52-4339	0123-52-2617	夕張市	介護
48	富良野協会病院	札幌市外	富良野市住吉町1番30号	0167-23-2181	0167-22-4256	上・中・南富良野 富良野市全域	介護・医療
49	苫小牧東病院	札幌市外	苫小牧市明野新町5丁目1-30	0144-55-8811	0144-55-8822	苫小牧市 むかわ町	介護・医療・ST
50	勤医協くろまつない訪問看護ステーション	札幌市外	寿都郡黒松内町字黒松内311番地13	0136-72-4379	0136-72-4397	黒松内・寿都・ 島牧・長万部	介護・医療
51	訪問リハビリテーション ボヌール士別	札幌市外	士別市東5条16丁目3129-143	0165-23-3911	0165-23-3950	士別市	介護

平成 23 年度 理事・事務局紹介

代表	内藤 麻生<訪問看護ステーション ポット東>
理事	リーダー 竹内 季恵 (PT) 秀友会在宅リハビリテーション
	リーダー 深坂 克洋 (PT) 新札幌パウロ病院訪問リハビリテーション事業
	リーダー 吉田 現 (OT) 札幌西円山病院訪問リハビリテーションさくら
	リーダー 矢幅 圭一 (PT) 訪問看護ステーション禎心会東
	黒田 真介 (PT) 訪問看護ステーションポットこころ
	竹中 準 (OT) 新札幌パウロ病院訪問リハビリテーション事業
	種市 桂子 (ST) 手稲ロイヤル病院
	土屋 理子 (OT) 秀友会在宅リハビリテーション
	友田 芳信 (OT) 訪問看護ステーションポット東
	森田 志保 (ST) 苫小牧東病院
	山下 奉位 (ST) 札幌西円山病院訪問リハビリテーションさくら
	米本 千春 (PT) 時計台記念病院 訪問リハビリテーション

事務局 訪問看護ステーション ポット東

(札幌市東区北 24 条東 1 丁目 3-2 樋口ビル4F)

事務局長 齊藤 貴将 (PT)

事務局スタッフ 坂本 香織(OT)、長久 武史(PT)、渡辺 樹里(OT)、河合 利和(PT)、
多田 志帆 (PT)、要 朗子 (OT)、佐藤 理恵 (PT)

編集後記

今年度の後半は、介護・医療保険の改正に向けての準備で忙しかったように思います。そんな中でも、時間を縫って、連絡会やミニリハ連が定期的開催されているのを見て、理事の方だけでなく、参加される方の熱意をひしひしと感じました。今後も仲間作りと明日から役に立つ知識と技術を得ることを大事にしながら、自分たちが行っていることを見直しながら訪問リハの質の向上にも繋げていけるようにもしていきたいと思えます。(冊子作成担当：Y)