

回復期リハビリテーション病棟のあり方 指針

第1版

平成29年11月17日



目次

1. 本指針の目的	1
2. 患者の問題点・障害の捉え方、対応の原則	2
3. あり方の全体像 ～ 業務プロセス・オーバービュー ～	
1) オーバービューとは	3
2) オーバービューの構成	3
4. 多職種協働のポイント	5
1) 入院判定	5
2) 入院初日の流れ	5
3) カンファレンスの実施	6
4) リハビリテーション総合実施計画	7
5) ADL向上のための多職種による支援	7
6) 在宅や地域生活への復帰支援	10
7) 退院支援と退院後フォローアップ	12
付表 回復期リハビリテーション病棟の基本業務項目 オーバービュー	13

1. 本指針の目的

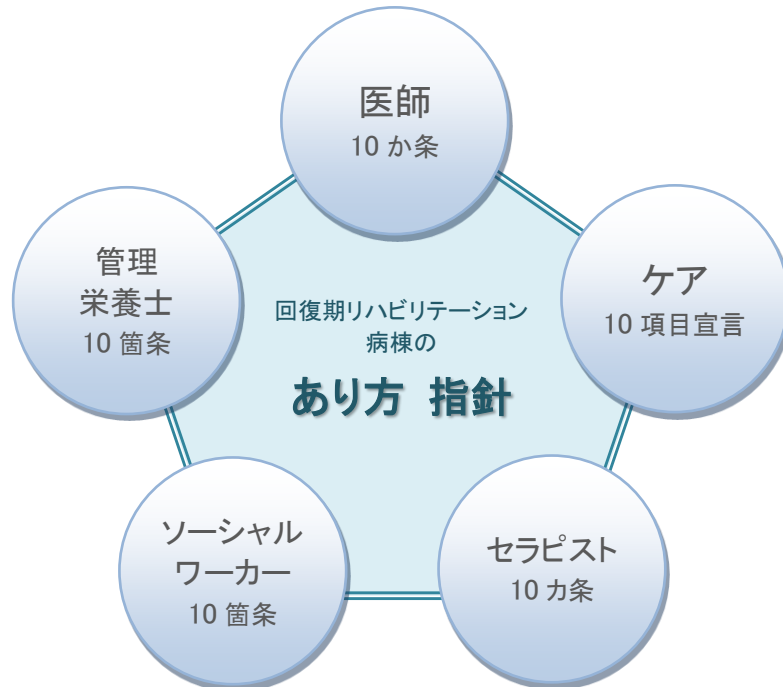
病床機能報告制度（2015年7月）によれば、回復期病床と考えられている病床数は12.1万床である。厚生労働省が考える回復期病床数の2025年推計値は37.5万床とされており、今後の増加が見込まれている。しかし、回復期病床で行われる医療やケアの内容が具体的になっているとは言えず、その回復期機能の質は様々であることが推察される。

回復期リハビリテーション病棟についても急激な増加に伴い、その医療の質を維持・向上させていくことが大きな課題となっている。加えて、各専門職の技術や知識、協働スキルを高めるための教育についても体系的に行われることが必要とされている。

そこで、まずは治療や療法、看護や介護などの全体的な業務プロセスを具体的に示し、回復期リハビリテーション病棟の基本的なあり方として、多職種間での共通理解を図りたいと考える。そのあり方を一つの指針とし、全国の各病棟の質向上のために活用して頂ければと考える。

なお、本指針は、本会が実施している研修事業や10か条の策定などと併用し、相補的に質向上を図っていくものとする。

本指針と、各職種の10か条との相補的關係



2. 患者の問題点・障害の捉え方、対応の原則

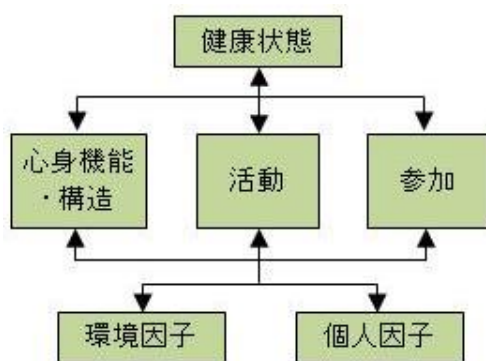
回復期リハビリテーション病棟に入院する患者は多くの障害を持つことが多い。その障害を整理して把握し、対応していくべきである。

WHO の ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) でいえば心身機能・構造、活動、参加、その前の国際障害分類 ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) なら機能障害、能力低下、社会的不利に問題点を分け、その階層構造を理解しておくが良い。

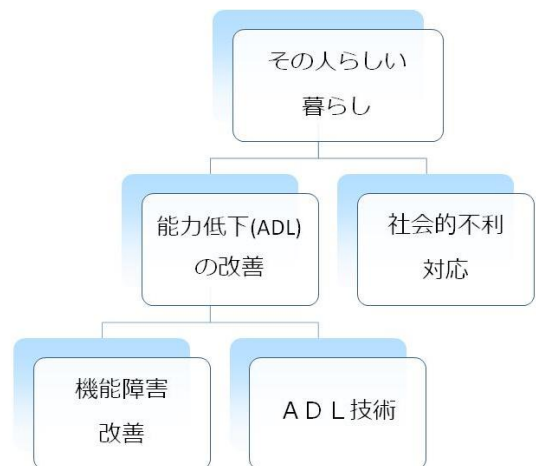
機能障害は筋力低下や運動麻痺、関節拘縮などを指し、能力低下は ADL レベル、社会的不利は家や社会生活レベルの問題である。リハビリテーションの目標が本人・家族の望む生活に近づくこととして、社会的不利そのものにアプローチするだけでなく、能力低下(ADL)を改善することで社会的不利の改善を容易にすることも有用である。同様に ADL を改善する方策には機能障害があるなりの ADL のしかたを習得する、機能障害の改善を図る、の 2 通りがあり、ADL が改善したことによる活動量増加が、筋力低下や麻痺の改善を引き起こす効果もある。

機能障害や能力低下を改善する際に基本となるのは(運動)学習の原則である。習得したい動作になるべく近い練習動作を、より多く繰り返すことが重要となる。そのためには練習動作の難易度を常に調整して 7 割くらいできる程度にすることや、適度にフィードバックを与えることなどが大切である。これは療法室のみならず、病棟での活動向上の際にも当てはまる。

国際生活機能分類 (ICF)



国際障害分類(ICIDH)の活用



3. あり方の全体像 ～ 業務プロセス・オーバービュー ～

1) オーバービューとは (付表)

「オーバービュー」とは、入院から退院に向けて回復期リハビリテーション病棟で行われている業務プロセスの全体を一覧化し、回復期リハビリテーション病棟のあり方として具体的に示したものである。

<付表>

回復期リハビリテーション病棟の基本業務項目 オーバービュー

*各期間の日は、患者の重症度によって変更

大区分	専門または中心となる職種	準備期 (入院前)	前期 ～課題抽出、計画～				中期 ～在宅への展開～		後期 ～在宅への適合・調整～		フォローアップ期 ～退院後の調整～
			1日目	～3日目	～7日目	～14日目	～30日目程度	>>> (入居計画の期間に依りて) <<<<	退院30日前～	退院後	
Assessment (評価)	多職種	提供情報の確認 ADL合同評価						訪問評価	外出・外泊評価		
	医師	(事前診察) 入院判定	診察(説明・検査・診断等)		定期診察		定期診察		定期診察		
	看護・介護		面接・評価		定期評価		定期評価		定期評価		
	SW	紹介受付 情報収集	面接・評価 希望・意向、家族等の介護力、心理		定期評価		定期評価		定期評価		
	PT		面接・評価		定期評価		定期評価		定期評価		
	OT		面接・評価	家庭調査		定期評価		定期評価		定期評価	
	ST		面接・評価		定期評価		定期評価		定期評価		
	管理栄養士 薬剤師		面接・評価		定期評価		定期評価		定期評価		
Plan (計画立案)	多職種			カンファレンス 目的、方針、期間	カンファレンス 短期および退院ADL目標	カンファレンス 目標達成度の評価 機能的予後、大よその最終自立度	カンファレンス 目標達成度の評価 最終自立度、退院日	カンファレンス 目標達成度の評価 退院後リハ支援の確保	カンファレンス 目標達成度の評価	カンファレンス 目標達成度の評価	
	医師		診療・リハ実施計画 看護・リハ等の指示		修正計画		修正計画		修正計画		
	看護・介護		看護・介護計画		修正計画		修正計画		修正計画		
	SW		ソーシャルワーク計画		修正計画		修正計画		修正計画		
	PT		理学療法計画		修正計画		修正計画		修正計画		
	OT		作業療法計画		修正計画		修正計画		修正計画		
	ST		言語聴覚療法計画		修正計画		修正計画		修正計画		
	管理栄養士 薬剤師、等		栄養管理計画、等 薬剤管理計画、等		修正計画		修正計画		修正計画		
Do (計画実施)	多職種		患者情報の発信・収集	--	--	--	--	--	--	--	
	医師		疾患・リスク管理(治療)	--	(修正)	--	(修正)	--	外出・外泊確保	--	
	看護・介護	受入れ調整	看護・介護ケア 療養管理、ADL向上	--	(修正)	--	(修正)	--	紹介先への情報提供	--	
	SW		ソーシャルワーク	--	(修正)	--	(修正)	--	訪問・外来診療、等	--	
	PT	受入れ調整	理学療法 機能的療法・練習、ADL学習、器具療法、等	--	(修正)	--	(修正)	--	訪問・通所・外来リハ 等	--	
	OT	受入れ調整	作業療法 ADL学習、環境調整、機能的療法・練習、等	--	(修正)	--	(修正)	--	訪問・通所・外来リハ 等	--	
	ST	受入れ調整	言語聴覚療法 機能的療法・練習、ADL学習、摂食嚥下療法、等	--	(修正)	--	(修正)	--	訪問・通所・外来リハ 等	--	
	管理栄養士 薬剤師、等		モニタリング・指導 モニタリング・指導、等	--	(修正)	--	(修正)	--	訪問・通所・外来リハ 等	--	

「拡大版」を末尾に再掲

2) オーバービューの構成

(1) 回復期リハビリテーションのフェーズ

①準備期 (入院前)

準備期とは、回復期リハビリテーション病棟に転院または転棟する前の時期であり、適切で円滑な入院受入れを行うためのプロセスとなる。

②前期

入院前期とは、入院から30日程度までの時期であり、初期の課題抽出やリハビリテーション実施計画の策定などが行われ、集中的な機能回復が行われる。

③中期

入院中期とは、入院後30日程度から退院前30日程度までの時期であり、機能回復の見込みをもとに、退院後の在宅生活で想定される課題の解決に向けて具体的に実質的なアプローチが行われる。

この時期は、患者の疾病や障害重症度などによって個別的な期間が設定される。

④後期

入院後期とは、退院前 30 日から退院日までの時期であり、円滑な在宅生活への復帰に向けて、生活スタイルやケア方法を適合・調整するとともに、予防管理の習得援助などが行われる。

⑤フォローアップ期

フォローアップ期とは、退院後の時期であり、引き続き療法や看護・介護等を行う事業所への情報提供や、生活状況の確認等が行われる。

(2) 業務プロセスの大区分

チームや各専門職が行う治療や療法、看護や介護等について、次の業務カテゴリーに分けて整理した。

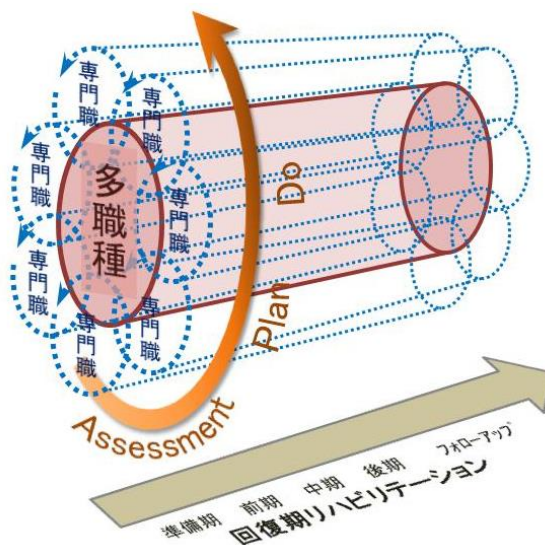
- ①Assessment (測定・評価)
- ②Plan (計画立案)
- ③Do (計画実施)

(3) 職種による区分

多職種協働によって行われる業務項目は「多職種」欄に記載し、各職種が専門として行う業務項目は職種別に記載されている。

- | | |
|------------------------|-------------|
| ①多職種 | ⑥作業療法士 (OT) |
| ②医師 | ⑦言語聴覚士 (ST) |
| ③看護師・介護福祉士等 (看護・介護) | ⑧管理栄養士 |
| ④ソーシャルワーカー (SW：社会福祉士等) | ⑨薬剤師、等 |
| ⑤理学療法士 (PT) | |

回復期リハビリテーション業務の構造 (イメージ図)



4. 多職種協働のポイント

回復期リハビリテーション病棟において“多職種協働”は、その中核的な要素のひとつであり、“協業”と“分業”が体系的で有機的に行われていることが重要である。本章では、その“協業”のあり方について、主なポイントを概説する。

1) 入院判定

急性期病院からの情報提供書や地域連携パスの情報をもとに患者の疾病、障害、リスクを評価し、回復期リハビリテーション病棟の入院適応の有無を判定する。書類からの情報だけでは判定が難しい場合、電話での問い合わせ、画像・動画情報の入手、急性期病院への訪問、外来診察等で情報を補ったうえで判定する。

入院判定は、医師・看護師・ソーシャルワーカー・療法士の多職種で行うことが望ましい。入院判定の結果は、速やかに急性期病院や患者家族に伝達する。入院の目的等について患者家族と事前に共有しておいた方がよいと判断されるケースは、面接を行うことが望ましい。

転院日直前に医学的管理やケアに関する最新の情報を再度入手し、必要な物品に不足がないように受け入れの準備をする。座位能力や身長・体重の情報も予め入手し、状態に合った車椅子・福祉用具を準備しておく。

急性期病院とは地域連携パスの定例会議等を活用するなどして、日頃から顔の見える連携作りを心掛け、入院判定の手順・基準等や転院後の急変時対応について十分に協議し、取り決めをしておく。

2) 入院初日の流れ

主治医は、入院初日に治療・処置、検査、栄養（食事）、リハビリテーションなどの入院診療計画を立案し、初回カンファレンスまでの具体的な指示を出す。

まず主治医は提供された診療情報を確認した上で診察（主訴の確認、疾病・障害の診断、健康状態の評価）を行い、診療計画、リハビリテーション実施計画を作成する。また主治医を含めた多職種にて合同評価を行い、ADL 動作を中心とした心身機能や活動能力を把握する。

さらには参加状況や環境・個人因子を聴取した上で、入院生活上の自立度を判定し、具体的なケア計画、リハビリテーション計画、リスク管理を含めた入院診療計画を立案し、ゴールを含めた方針をチームで決定・共有する。初日は特に自立度・食事内容・転倒を含めたリスク対応の決定が重要となる。最終的に主治医が各種指示を出し、入院診療計画等を患者・家族へ説明し同意を得る。

それぞれの職種で、さらに必要な情報を面接・検査・測定・評価などにより専門的な視点で収集し、職種ごとの計画を立案し、必要に応じて患者・家族に指導を行う。



3) カンファレンスの実施

カンファレンスとは、患者の全体像（健康状態、機能、活動、リスク等）を多職種で共有し、リハビリテーションの目標および目標達成のための職種別の介入計画について協議する場である。

目標には、短期目標と長期目標があり、病態や機能、活動の評価に基づいた共同目標を定め、具体的な活動の自立度と達成までの期間を設定しリハビリテーションを実施する。

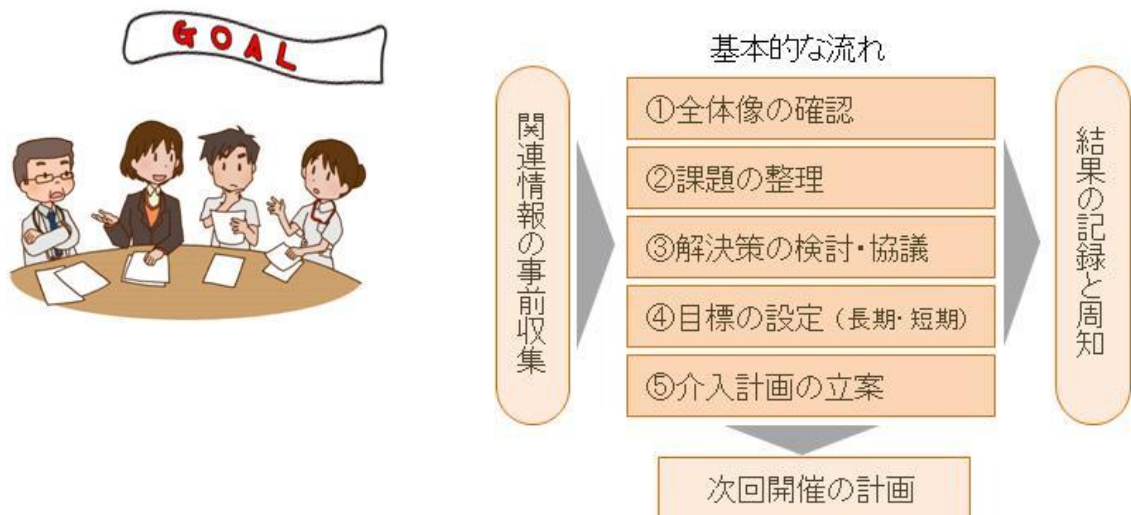
カンファレンスは、すべての入院患者に対して実施される。入院時・1ヶ月毎・退院前などの定期カンファレンスと、特別な目的（家屋訪問や退院後サービス調整等）で開催される臨時カンファレンスがある。当事者を含めた協議が有効な場合には、患者・家族も参加して開催する。

カンファレンスの実施に当たり、各職種の担当者が参加できるよう日程調整されることが望ましい。通常定期カンファレンスは曜日・時間を決め、1症例20分程度で開催される。流れとしては、①全体像の確認、②課題の整理、③解決策の検討・協議、④目標設定、⑤介入計画の立案へと進行する。参加者は伝達のみならず、双方向性の協議に積極的に参加する。

限られた時間内で十分な協議をするために、日々の臨床でコミュニケーションを図り、事前に課題を把握しておく。課題は「機能・構造」、「活動」、「参加」等に整理し、解決策を検討する。さらに課題解決を担当する職種について協議し、それぞれの計画を立案する。

カンファレンス記録は、一元化されたカルテに記載され、決定された目標に向けて多職種チームおよび各職種の立案した計画が実施される。

次回のカンファレンスでは計画の進捗を確認し、再評価と目標・計画の見直しを行う。



4) リハビリテーション総合実施計画

少なくとも月1回、各職種がそれぞれの専門分野に関連する項目を分担・協力して作製する。カンファレンスで共有された患者の全体像と目標、目標達成のための介入計画を、リハビリテーション総合実施計画書に反映させる。

全体を医師が総括し、現状と今後の方針について明確化する。患者・家族へのリハビリテーション総合実施計画書の説明は、医師を含めたチームで行うことが望ましい。特に退院時の活動の目標については、各項目の自立度を具体的に説明する。また、環境調整や外出・外泊訓練、家族の協力等も計画の一部であることを伝える。

説明時には、計画に対する患者・家族の理解度と意向についても確認する。さらに多職種で説明を受けた後の患者・家族の反応を観察し、理解度と意向を再確認する。患者の自己決定を支援するため、不十分な説明や意向のずれ等があった場合は、速やかにカンファレンスを開催し、解決策を検討する。



5) ADL向上のための多職種による支援

(1) 健康状態

回復期リハビリテーション病棟に入院する患者は、誤嚥性肺炎・尿路感染症・転倒による外傷・褥瘡・腸閉塞等の合併症を起こしやすく、リハビリテーション中断を余儀なくされることもある。合併症管理は、起こった後の対処も大切であるが、起こさないための予防対策を入院中にしっかりと整えることが重要である。

<栄養管理>

回復期リハビリテーション病棟では、入院時約4割の低栄養患者が存在するといわれている。

ADLや摂食嚥下機能を低下させる一因となるサルコペニアは、痩せの方だけでなく肥満患者にも見られるため、注意が必要である。低栄養は、退院時のADLや自宅復帰に悪影響を与えるほか、経口摂取を阻害することも明らかになっている。また、低栄養で過大な運動や活動することは、かえって筋量の減少などを起こす恐れがある。そのため、入院時に多職種で栄養スクリーニングを行い、適切に低栄養の患者を抽出し、栄養ケア計画（必要エネルギー・たんぱく質、補給方法、食形態等）を立て、その後、食事摂取量、排便状況、体重の増減、採血結果、運動負荷量・活動量の変化、身体計測等、定期的なモニタリングにより、適宜食事内容を見直し、低栄養の改善、予防を図る。



<誤嚥性肺炎予防>

誤嚥性肺炎の予防のためには、口腔ケア、栄養管理、嚥下スクリーニング・検査、摂食嚥下訓練、座位姿勢のポジショニング、食器やテーブルの選定などが総合的に行われる必要があり、患者の課題に対応しうる専門職によるチームで取り組む必要がある。

不顕性誤嚥（むせのない誤嚥）がないか、食事や飲水後の症状や発熱などがないか各職種が留意しておく必要がある。



<尿路感染症予防>

膀胱留置カテーテルの早期抜去、超音波残尿測定装置等での自尿・残尿量測定、残尿が多い場合の間欠導尿、薬剤の適切な調整、等を行い、オムツからの離脱を促す。

<排便管理>

下痢や便秘が見られたら、食事、水分、運動、環境、ストレス、薬剤などを見直し、その患者に合う排便習慣を作っていく。

安定した排便姿勢の保持のために、患者の機能や能力に応じた便座の形状や高さ、手すりや背もたれ、上体支えボードなども多職種で検討する。



(2) 心身機能・構造

筋力低下や運動麻痺、関節可動域制限、痛みなどの心身機能・構造の障害は、活動制限(ADL 低下状態)や参加制約の原因にもなっている。回復期リハビリテーションにおいては、ADL そのものの練習と同時に、機能障害に対する治療を入院前期から計画的に行う必要がある。

この練習は理学療法、作業療法、言語聴覚療法の訓練時間中に行われることが多いが、筋力低下改善のための立ち座り練習を病棟にて行うといった方策も考えられる。筋力増強のみならず、不動により生じた関節可動域制限を改善する、中枢神経疾患での痙縮(筋緊張異常)を投薬やストレッチで和らげるなども大切である。

ADL レベルが上がると活動がしやすくなり、その活動量増加が機能障害の改善にもつながることから、ADL そのものへのアプローチと機能障害へのアプローチを両輪と考えてリハビリテーションを進めていくと良い。



(3) 活動・参加

「活動」とは、課題や行為の個人による遂行のことであり、「参加」とは生活・人生場面への関わりのことである。

療法室の「できる ADL」と、病棟生活での「している ADL」の乖離の原因を分析し、その課題解決を適時行っていくためには、定期的な評価と修正が必要であり、それは多職種によって行われることが望ましい。

生活活動が身の回りの動作から屋内外の活動に拡大し、対人交流や社会活動の参加に発展するものであると考え、ADL（食事、排泄、更衣、整容、入浴）は、その基盤をなす重要な要素でもある。

リハビリテーション過程において、「患者が主体的である」ということは、理学療法や作業療法、言語聴覚療法等に自ら参加したり、病棟生活や退院に向けた準備に取り組んだりするときに医療者の指示にただ従うのではなく、自らの意思で課題を選び学習する意欲や態度がみられることである。その主体的な参加を促進させるには、看護師・介護福祉士や療法士等が協働し、患者の意思を尊重した介入を行っていくことが必要である。



<転倒予防>

回復期リハビリテーション病棟の患者は、高次脳機能や身体機能が不安定な中で活動量が増えていくため、転倒を起こしやすい状態にある。

転倒予防対策として、転倒リスクアセスメントによるハイリスク者の抽出、転倒予防計画の策定（ベッド周囲の環境調整、特殊センサー設置等）、患者・家族へのオリエンテーション等が挙げられる。日々変化する転倒に関する情報や心身機能や能力の状態をチームでしっかりと共有できるよう、カンファレンスや電子カルテ等の情報共有の方法を工夫することも重要である。



(4) 環境因子

環境因子は、人によって促進因子にも阻害因子にもなりうるため、患者の視点から評価しなければならない。

環境因子には、自宅・職場・地域等の単なる外的物理環境だけでなく、家族形態や家族としての役割、家族メンバーとしての自覚など家族因子や職場や地域の人的環

境、さらに利用できるサービスや制度などの社会資源が含まれる。これらの環境因子には、その人が生活している社会の文化的背景が大きく影響されることを考慮して情報収集を行ない、多職種で共有しておく。

障害をもった患者が在宅生活を迎えるということは、家族の生活スタイルも変化することになり、退院に向けた過程の中で、様々な課題と向き合うことになる。そのため、家族を一つの集合体として捉え、その全体をアセスメントし支援していくことが重要となる。特に家族は、介護技術の習得や住宅改修等のような外的環境だけでなく、患者との心理的関係性のような内的環境について、今までに経験したことのない問題に直面し、身体的・精神的・経済的な負担を受けることになり、健康問題が生じる可能性もあることを念頭に置く必要がある。患者・家族がどのように在宅生活をイメージし、どのように生活したいと考えているのかを十分に聴くことが大切である。

また、患者・家族の理解を深めるために、リハビリテーションやケアの場面に家族や介護者の参加を促し、退院後の生活のイメージを具体化させるなどの工夫が望まれる。



6) 在宅や地域生活への復帰支援

回復期リハビリテーション病棟は、自宅・地域・学校や職場での生活などへの復帰を目標とし、その目標達成のために、入院前の患者の暮らしや価値観を尊重しながら、必要な課題に対し、多職種で患者主体の具体的な調整・支援をしなければならない。

住まいについては、療法士を中心に、家の出入りから家屋内外の暮らしの安全面を考慮した環境調整を提案するとともに、患者の生活圏の活動内容についてもアセスメントする。環境に関するアドバイスは、身体障害の視点のみならず、高次脳機能障害など認知機能も考慮して行う。

同居家族による介護や協力が想定される場合は、看護師・介護福祉士や療法士などから、患者が安楽で、家族が安心・安全にできるような指導を行う。移乗リフトなどは、入院早期から病棟で使用すると、具体的な導入の検討がしやすい。また、高次脳機能障害などにより、生活を行ってみることによって明らかになる生活のしにくさもありうるので、医師は、障害特性や起こりうる問題の説明を行う。ソーシャルワーカーは、それらの情報を踏まえて、インフォーマルなサポートを含めた様々な社会資源の活用を進める。ケアマネジャーや相談支援専門員などと連携をはかり、関係職種を交えながら、福祉用具の適合、通所や訪問サービスの調整や住環境整備などを行う。

また、退院後の社会参加がイメージしやすくなるように、患者の生活に応じた交通機関の利用の練習も実施する。社会環境への適応や設備・機器の操作などに関して



は作業療法士が総体的に評価し、移動能力や、情報理解や対話能力などに関する更に専門的な評価が必要ならば理学療法士や言語聴覚士が補完的に評価し、それらをもとに総合的な練習や援助を計画することが望ましい。



復学や復職支援は、患者・家族と相談をしたうえで、学校や会社の同意を得て介入をする。職業は多種多様であり、作業療法士等は、その作業特性を分析し、患者の機能・能力障害を踏まえて、動作や環境・用具を適合させていく必要がある。運搬や高所作業などの特別な運動機能を要したり、複雑な判断・処理や接客などの認知的作業を要したりする場合などは、理学療法士や言語聴覚士も関わり、就労の評価や支援を行う。

早期の就労支援は有効であるが、復職の受け入れは職場ごとに対応が異なったり、患者と職場との関係性も様々であったりすることから、双方の考えを十分に引き出しながら行うことが望ましい。また、職場への詳しい情報提供や面会などの直接的アプローチを行う時期にも配慮しなければならない。患者が就労し続けられるためには、その職能スキルだけでなく、健康や日常生活の管理、基本的な労働習慣や対人スキルなどについても多角的に支援することが求められる。

また、障害の程度で復職の可否を決めつけないことも大切である。就労は退院後に支援を必要とすることも多いことから、入院中に無理に完結させるのは適切ではない。経済的課題や、可能な休職期間などを把握した上で、就労支援機関についての情報を提供し、継続支援依頼、定着支援なども視野に入れた関わりをする。

在宅復帰支援では、家庭内及び地域生活における楽しみや役割など、生きがいのある居場所づくりを調整・支援するとともに、復学や復職などの活動などの社会参加を含めた調整・支援も行うことが重要である。



7) 退院支援と退院後フォローアップ

回復期リハビリテーション病棟は、生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上のため、外来・通所・訪問リハビリテーションなどの情報提供を行い、適切なリハビリテーションの継続が受けられるよう、ケアマネジャーなどにつないでいく。退院に向けて、経済面をはじめ、どのような暮らしができるのか、少し先の見通しが持てるように、生活イメージの共有化を図る。

具体的には、退院前カンファレンスや退院前訪問指導などの際に、担当ケアマネジャー等の同席を調整するなどをし、退院後の医学的管理・ケアやリハビリテーションの継続、生活面の必要なサポート体制の構築を図っていく。

また、病状や機能障害の程度、継続すべきリハビリテーションなどを診療情報提供書やサマリー等を用い、情報提供を行う。退院後は、福祉関係者の関わりが多くなることから、福祉関係者が理解しやすい情報提供を心がけ、資料を作成する。情報提供は、禁忌事項も含めた退院時の状態を正しく伝えとともに、今後の患者の状態を想定した内容が伝達できるように、各職種が作成する。

独居の場合などは、退院直後に生活リズムや服薬管理や栄養面などが崩れやすいケースもあるため、薬剤師や管理栄養士などによる指導および適切な支援の導入を図る。

社会参加を目指すケースに限らず、閉じこもらない生活に向けて多職種でアプローチをし、家庭生活・社会生活のいずれの場面であっても、楽しみや役割感がある、その人らしい暮らしを築けるように、チーム全体で調整・支援を行う。患者の生活背景や信条・価値観、生きがいや関心事などを適切に把握し、患者が主体的に地域生活を再構築・適応できるよう具体的で段階的な計画を行うことが望ましい。

退院後は、患者が生活者として安全・安心な環境で、生きがいのある暮らしを継続できているかを確認するなどのフォローアップを行う。

退院後の状況把握は、日常的にケアマネジャーや通所・訪問事業所などとの連携を図り、良好な関係づくりをしておくを行いやすく、可能であれば訪問できるとよい。復職した場合などは、休日を調整してもらい、外来フォローをすることが望ましい。

自宅以外に退院される場合も、患者のリハビリテーション・ケアのみならず、家族の社会生活の継続を見据え、費用や面会も考慮した選択肢を提示し、介護施設等の見学や面談を通して退院先を自己決定できるよう支援する。患者主体で調整・支援を行うことに変わりなく、できる限りの機能・能力の回復を視野にチーム全体で退院支援を行う。



<付表: A4版>

回復期リハビリテーション病棟の基本業務項目 オーバービュー

* 各期間の日数は、患者の重症度によって変更

大区分	専門または中心となる職種	準備期 (入院前)	前期 ～課題抽出、計画～				
			1日目	～3日目	～7日目	～14日目	～30日目程度
Assessment (測定・評価)	多職種		提供情報の確認 ADL合同評価				
	医師	(事前診察) 入院判定	診察(説明・検査・診断等)			定期診察	
	看護・介護		面接・評価			定期評価	
	SW	紹介受付 情報収集	面接・評価 希望・意向、家族等の介護力、心理			定期評価 活用できる制度、地域の社会資源	
	PT		面接・評価			定期評価	
	OT		面接・評価	家屋調査		定期評価	
	ST		面接・評価			定期評価	
	管理栄養士		面接・評価			定期評価	
	薬剤師		面接・評価			定期評価	
Plan (計画立案)	多職種			カンファレンス 目的、方針、期間	カンファレンス 短期および退院時ADL目標		
				リハ総合計画	(リハ総合計画)		
	医師		診療・リハ実施計画 看護・リハ等の指示			修正計画	
	看護・介護		看護・介護計画			修正計画	
	SW		ソーシャルワーク計画			修正計画	
	PT		理学療法計画			修正計画	
	OT		作業療法計画			修正計画	
	ST		言語聴覚療法計画			修正計画	
	管理栄養士		栄養管理計画			修正計画	
薬剤師、等		薬剤管理計画、等			修正計画		
Do (計画実施)	多職種			患者情報の発信・収集	→	→	
	医師		疾病・リスク管理(治療)	→	(修正)	→	
				リハ総合計画の説明、面接			
	看護・介護	受入れ調整	看護・介護ケア 療養管理、ADL向上	→	(修正)	→	
	SW		ソーシャルワーク 生活課題の軽減・解決 住まい等の環境、社会参加状況、経済状況、等	→	(修正)	→	
	PT	受入れ調整	理学療法 機能的療法・練習、ADL学習、装具療法、等	→	(修正)	→	
	OT	受入れ調整	作業療法 ADL学習、環境調整、機能的療法・練習、等	→	(修正)	→	
	ST	受入れ調整	言語聴覚療法 機能的療法・練習、ADL学習、摂食嚥下療法、等	→	(修正)	→	
	管理栄養士		モニタリング・指導	→	(修正)	→	
薬剤師、等		モニタリング・指導、等	→	(修正)	→		

⇒ 次頁

⇒ 次頁

⇒ 次頁

大区分	専門または中心となる職種	中期 ～在宅への展開～	後期 ～在宅への適合・調整～	フォローアップ期 ～退院後の調整～
		>>> (入院計画の期間に応じて) <<<	退院30日前～	退院後
Assessment (測定・評価)	多職種		訪問評価	外出・外泊評価
	医師	定期診察	定期診察	
	看護・介護	定期評価	定期評価	
	SW	定期評価 退院先の状況等	定期評価 退院後の利用サービスや社会参加活動、等	
	PT	定期評価	定期評価	
	OT	定期評価	定期評価	
	ST	定期評価	定期評価	
	管理栄養士 薬剤師	定期評価	定期評価	
Plan (計立案)	多職種	カンファレンス 目標達成度の評価 機能的予後、大よその最終自立度 リハ総合計画	カンファレンス 目標達成度の評価 最終自立度、退院日 リハ総合計画 家屋改修計画	カンファレンス 目標達成度の評価 退院後リハ支援の確認 リハ総合計画 介護サービス担当者会議
	医師	修正計画	修正計画	
	看護・介護	修正計画	修正計画	
	SW	修正計画	修正計画	
	PT	修正計画	修正計画	
	OT	修正計画	修正計画	
	ST	修正計画	修正計画	
	管理栄養士 薬剤師、等	修正計画	修正計画	
Do (計画実施)	多職種	(患者情報の発信・収集) → → →	→ → → →	→ → → →
	医師	(修正) → → → リハ総合計画の説明、面接	(修正) → → → リハ総合計画の説明、面接	紹介先への情報提供 訪問・外来診療、等 →
	看護・介護	(修正) → → → 在宅に向けた指導・援助 療養管理・介護方法、等	(修正) → → → → → → →	訪問・外来看護、等 →
	SW	(修正) → → → 在宅に向けた援助 制度利用の援助、ケアマネジャーや就労先等との連携・調整	(修正) → → → → → → → 社会資源の開発・協働	外来・訪問面接、等 → 就労・制度関係の支援
	PT	(修正) → → → 在宅に向けた指導・援助 体力維持・増進、廃用症候群予防、等	(修正) → → → → → → →	訪問・通所・外来リハ → 等
	OT	(修正) → → → 在宅に向けた指導・援助 生活行為・QOL向上、設備・用具への適応、等	(修正) → → → → → → →	訪問・通所・外来リハ → 等
	ST	(修正) → → → 在宅に向けた指導・援助 コミュニケーション向上、誤嚥予防、等	(修正) → → → → → → →	訪問・通所・外来リハ → 等
	管理栄養士 薬剤師、等	(修正) → → → 在宅に向けた指導・援助	(修正) → → → → → → →	外来・居宅療養 管理指導、等 → 外来・居宅療養 管理指導、等 →

回復期リハビリテーション病棟のあり方委員会

委員長	園田 茂	(七栗記念病院 医師)
委員	岡本 隆嗣	(西広島リハビリテーション病院 医師)
	菅原 英和	(初台リハビリテーション病院 医師)
	小口 和代	(刈谷豊田総合病院 医師)
	伊東 由美子	(長崎リハビリテーション病院 看護師)
	森戸 崇行	(千葉県千葉リハビリテーションセンター ソーシャルワーカー)
	桐谷 裕美子	(初台リハビリテーション病院 管理栄養士)
	奥山 夕子	(七栗記念病院 理学療法士)
	後藤 伸介	(やわたメディカルセンター 理学療法士)

発行者： 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

発行日： 平成 29 年 11 月 17 日