

セラピスト10カ条 ガイドブック



一般社団法人

回復期リハビリテーション病棟協会

Kaifukuki Rehabilitation Ward Association

PTOTST委員会

目 次

はじめに.....	2
セラピスト10ヵ条とは－10ヵ条策定の経緯と理念－	3
1 心身機能の改善を図ろう.....	4
2 ADLの獲得に向けて適切な装具・車椅子・ 福祉用具を導入しよう.....	8
3 疾病のリスクと危険行動を見逃さず、 安全管理や感染予防に努めよう.....	12
4 生活場面でのADL向上を促進しよう	16
5 カンファレンスは定期的に多職種で開催し、 今後の方向性を検討・一致させよう.....	20
6 病棟や在宅で介護を担う家族や介護者とともに、 ケア方法を検討しよう.....	24
7 退院に向けての環境調整は過不足なく行い、 地域スタッフにつないでいこう.....	30
8 記録や情報伝達は多職種が理解できる内容、言葉で表現しよう.....	34
9 適正なりハサービスの向上のために、 データの蓄積・検証に努めよう.....	38
10 教育体制を充実し、質の高いリハサービスを提供しよう.....	42
おわりに.....	47

はじめに（本ガイドブックの概要）

本書は、回復期リハビリテーション病棟協会セラピスト10カ条を、回復期リハビリテーション病棟で従事するセラピストに実践する上での手引書としてPTOTST委員会が中心となって作成したものです。文字数を抑え、読みやすく編集し、個人のみでなく部門として実践すべきポイントを解説しました。

本書は「はじめに」「セラピスト10カ条とは」「10カ条の考え方とチェックポイント」「おわりに」計48ページで構成しました。本書の肝は、「10カ条の考え方とチェックポイント」です。10カ条を項目に応じて委員が分担執筆し、「考え方」「チェックポイントに関する解説」「取り組み事例」を基本構成として、「豆知識」「引用文献」を織り交ぜました。「考え方」は現行のものを転用し、「チェックポイントによる解説」に重点を置いています。各チェックポイントの解説文を、じっくり腰を据えて読み込まなくてもよい分量とし、可能な限り簡便にし、図表を盛り込み理解しやすいようにしました。「取り組み事例」は、会員病院のなかから各項目について先駆的に取り組まれている病院を紹介する形式にしました。

本書は会員病院に1冊行き渡るように考えています。また、協会ホームページからダウンロード出来る形として、多くのセラピストに携行してもらう、あるいは、部門での質向上に向けた指針としてご活用頂くことが重要です。そして、今回の内容を皆様にも吟味いただき、改変意見を多くの皆様からお寄せ頂くことをPTOTST委員会としては期待しています。10カ条およびチェックポイントは、変化しないものではなく、PDCAサイクルに沿って改変・進歩していくものと考えています。医療界の流れに即した回復期リハビリテーション病棟の質向上に向けた10カ条を絶えず発信していく、創り出していくイノベティブなセラピストマインドを有したセラピストの声を期待しています。

PTOTST委員会委員長

斎藤 秀之

セラピスト10ヵ条とは －10ヵ条策定の経緯と理念－

回復期リハビリテーション病棟が平成12年4月に制度化され、13年が経過しました。回復期リハビリテーション病棟協会の調査（25年1月）では全国の病床数は6.5万床を超え、回復期リハビリテーション病棟を開設する施設は増加傾向にあります。

この間、診療報酬の改定により対象疾患の追加や質の評価の導入および専従の人員配置が見直され、質の充実が問われるようになりました。

回復期リハビリテーション病棟で勤務する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下、療法士）の数も年々増加傾向にありますが、配属されている療法士の多くは経験年数が浅く、その組織運営や教育体制が課題となってきた現状があります。PTOTST委員会では療法士の業務内容を検討し、業務の質を保証する項目の設定、各項目の持つ意義、現状での問題点等を討議し、平成22年7月に業務指針としてのセラピスト10ヵ条（1版）を策定しました。その後、10ヵ条の各項目の実現の程度を確認するためにチェックリストを加えたポケットマニュアルを作成しました。

今回、リハビリテーション部門としてセラピスト10ヵ条を実践していく上での手引書となればと考え、豆知識や他施設の取り組みを紹介したガイドブックを作成しました。本ガイドブックを各施設での質の向上に役立てて頂ければ幸いです。

1

心身機能の改善を図ろう

回復期リハビリテーション病棟には、平均で発症後1ヶ月の患者が入院し、14日以内の患者も20%を占めています。そのため、活動能力の向上とともに基本的な心身機能の改善アプローチを集中的かつ十分に行う必要があります。

そして、退院後の在宅生活を見据えて障害の回復過程に応じた機能・活動・参加の介入バランスを考え治療や支援を進めていくことが大切です。そうすることで、患者の生活において意味のある機能の回復を図ることができます。



チェックポイント

- ☐ ADL獲得と関連付けて心身機能の改善を図っている
- ☐ 患者に必要な量の理学療法、作業療法、言語聴覚療法を施行している
- ☐ 科学的根拠を参考にしながら治療を行っている
- ☐ 入院当日から評価や治療を開始している
- ☐ 定期的（月1回以上）に再評価しプログラムを修正している

チェックポイントの解説

1. ADL獲得と関連付けて心身機能の改善を図っている

回復期リハビリテーション病棟では、「チームで集中的にADLにアプローチして自宅へ退院」というスローガンのもとに、多くの職種が病棟でADLにアプローチしています。回復期リハビリテーション病棟が誕生する以前は、療法士が主にリハ室で機能障害を中心にアプローチしている問題が度々指摘されていたことを考えると、この変化はとてもよい傾向といえます。

しかし、最近では、療法士のアプローチがADLに偏りすぎて機能障害へのアプローチがなおざりになっていないかという指摘が増えて

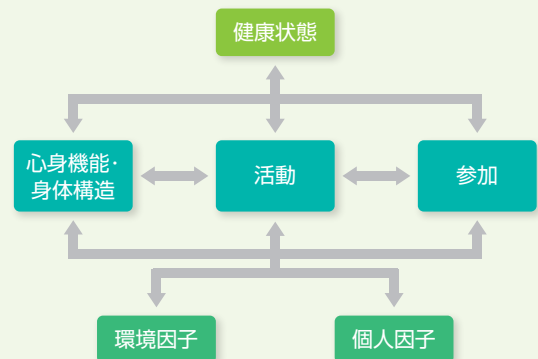
きました。回復期での障害へのアプローチは、機能・活動・参加のいずれかに偏重することなく全般的にアプローチすることが必要です。

障害の評価と治療の専門職である療法士には3つ（機能・活動・参加）の要素間の因果関係や相互作用を考えながらアプローチすることが求められます。



豆知識

国際生活機能分類（ICF）の構成要素間の相互作用



【出典】厚労省社会・援護局障害保健福祉部企画課「国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-」を一部改変

2. 患者に必要な量の理学療法、作業療法、言語聴覚療法を施行している

当協会の「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」（平成25年2

月)によると、一日に患者一人当たり平均5.9単位の個別リハが提供されています。この数値は年ごとに微増していますが、診療報酬上は最大9単位が保障されていることや個別リハ提供単位数とADLや日常生活機能評価点数の利得点との間に相関関係があることなどを考えると、平均5.9単位という現状にはまだ課題が残るといえるでしょう。

表に示した全国の平均値よりも自施設の単位数が低い場合には、改善の余地があると思われます。その原因は、大別すると療法士の人員に関係する問題（施設全体の療法士雇用数、病棟専従者数、出勤者数調整方法など）、理学・作業

・言語聴覚療法間の単位分配方法の問題、提供単位数のチェック体制の問題などに集約されます。質の高みを目指すために量は大切な要素ですので原因究明とその対策に根気強く努めましょう。

3. 科学的根拠を参考にしながら治療を行っている

すべての医療専門職は、プロフェッショナルとして自身の知識と技術を高め続けなければなりません。その目的のひとつは、常に最善の治療を患者に提供することです。短期ゴールの達成状況（時期と内容）の確認に合わせて、治療



豆知識

個別リハの提供量に関する全国平均値

リハの実施状況（p19、表4.1を一部改変）

	理学療法	作業療法	言語聴覚療法
患者一人当たり 一日平均単位数	3.3	2.8	2.3

原因疾患別リハ単位数（p46、表5.5を一部改変）

	脳血管系	整形外科系	廃用症候群	その他	全体
患者一人当たり 一日平均単位数	6.3	5.1	5.4	4.8	5.9

リハ単位数とADL利得（p47、表5.7を一部改変）

全退院患者（脳血管系+整形外科系）			
	BI利得	FIM利得	日常生活機能
評価点数利得 一日平均単位数			
1単位未満	20.6	12.9	-2.5
1～2単位未満	16.3	12.8	-2.4
2～3単位未満	16.3	12.7	-2.2
3～4単位未満	16.4	13.1	-2.6
4～5単位未満	18.2	15.1	-2.9
5～6単位未満	18.4	15.2	-2.9
6～7単位未満	20.9	16.8	-3.1
7～8単位未満	22.4	18.9	-3.5
8単位以上	23.8	20.1	-3.6

【出典】回復期リハビリテーション病棟協会「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」（平成25年2月）から抜粋

効果の分析を行うことが重要です。「今の個別リハ・プログラムやチーム・アプローチの方法は妥当なのか？」といつも自問する姿勢が大切で、そのことで経験的な法則を科学的な根拠が補強、または修正しやすくなるでしょう。IT時代の到来によってさまざまな最新情報、吟味済みのエビデンスやガイドライン（脳卒中治療ガイドラインなど）も容易に参照することができます。

また、このように療法士個人の治療内容に根拠をもつ努力に加えて、第9条にも示されているように自施設全体としての治療成績を分析することが、実施した治療内容に科学的な根拠を付加したり、逆に治療法や体制の見直しにつながることもあります。

いずれにせよ、臨床には真摯な気持ちをもち続けたいものです。

4. 入院当日から評価や治療を開始している

患者・家族の多くは、期待と不安をもって回復期リハビリテーション病棟に入院してきます。その期待に応え不安を軽減するためにも、入院当日に理学・作業・言語聴覚療法士の介入が開始されることが有意義でしょう。ただし、入院当日は医学的リスクや疲労度にも十分な配慮が必要です。

自施設の「入院まで（または直前）」、「入院日（または直後）」、「入院中」、「退院前」、「退院日」の業務の流れ（時期を含む）を標準化しておくことが重要です。どの職種が、いつ、何を行うかを決めておき確実に実施することが多職種協働の基本となります。

入院当日は、診察、検査、各種説明など多く

実例 ＜A病院の評価バッテリー＞

No.	評価項目	評価ツール	評価職種	評価頻度
1	意識レベル	JCS（Japan Coma Scale）	OT	B
2	関節可動域	関節可動域テスト	PT/OT	A
3	筋力	徒手筋力検査法	PT/OT	A
4	筋緊張	Ashworthの極性スケール（一部追加）	PT/OT	C
5	筋萎縮	四肢周径の測定	PT/OT	C
6	麻痺（上下肢・手指）	片麻痺機能評価表・12段階回復グレード法（Motor Function Test for Hemiplegia, Brunnstrom Test）	PT/OT	C
7	麻痺（体幹など）	N.T.P（Neck, Trunk, Pelvis Stage、片麻痺の頸・体幹・骨盤帯運動機能評価表、6段階）	PT	C
8	バランス（座位・立位）	鷹野による座位バランス能力評価（5段階）、立位バランスは座位に準じ独自で作成	PT	A
9	疼痛	10段階ベインスケール	PT/OT	C
10	知的機能	MMSE（Mini-Mental State Test）	OT	C
11	半側空間無視	BIT（Behavioral Inattention Test、行動性無視検査）	OT	C
12	失行症	標準高次動作性検査より抜粋、独自で作成	OT	C
13	ゲルストマン症状	ゲルストマン症状群関連検査（種村）	OT	C
14	注意障害	脳損傷患者の日常観察による注意評価スケール（先崎）、TMT（Trail Making Test）	OT	C
15	記憶障害	RBMT（Rivermead Behavioral Memory Test、日本版リバーミード行動記憶検査）、三宅式記銘検査、WMS-R（Wechsler Memory Scale-Revised、ウェクスラー記憶検査）	OT	C
16	遂行機能障害	BADS（Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome、遂行機能障害症候群の行動評価）、FAB（Frontal Assessment Battery）	OT	C
17	失語症	Goodglassらの重症度分類（6段階）、独自の各モダリティの評価（5段階）	ST	C

No	評価項目	評価ツール	評価職種	評価頻度
18	構音障害	AMSD (Assessment of Motor Speech for Dysarthria、標準ディサースリア検査、4段階)、発話明瞭度 (5段階)	ST	C
19	嚥下障害	嚥下障害グレード (藤島、10段階)、食事形態および水分段階は独自で作成 (10段階)	ST	C
20	起居動作能力	独自で作成 [5項目 (移乗は除く)、4段階]	PT	A
21	移動動作能力	独自で作成 (4項目、4段階)	PT	A
22	歩行量	万歩計による1日の歩数、100歩単位	PT	A
23	歩行速度	10m歩行速度、2回の平均速度	PT	A
24	ADL能力	FIM (Functional Independence Measure、機能的自立度評価法)	PT/OT/ST	A
25	IADL能力	独自で作成 (9項目、5段階)	PT/OT/ST	C
26	生活自立度	障害老人の日常生活自立度判定基準 (8段階)	OT	A
27	QOL	QUIK (Questionnaire for QOL by Iida and Kohashi、自己記入式QOL質問表)	OT	C

注) 評価頻度:

A: 全例2週ごとに評価

B: 入院時は全例評価、その後は疾病・障害像により判断 (必要な場合は2週ごとに評価)

C: 疾病・障害像により判断 (必要な場合は2週ごとに評価)

のことが実施されなければならない、個別リハは評価の一部にとどまることが多いようです。この評価も患者の負担が少なく効率的に行えるようにどの職種が、いつ、どの評価ツールを用いて実施するかを決めておくのも良いでしょう。実例としてA病院の評価バッテリーを表に示しました。

いっても過言ではないでしょう。医学的にも回復期は障害の改善が最も期待できる時期です。1ヶ月以上、プログラムの変更が必要のない症例は、すでに退院すべき時期を過ぎているのかもしれませんが。

定期的な再評価によって効果的・効率的なプログラムの展開を常に考える必要があります。

5. 定期的 (月1回以上) に再評価しプログラムを修正している

これは、上記4つのチェックポイントのいずれにも関連する項目です。具体的には、チームとしては、各種カンファレンスや回診などでプログラムやゴールの確認・修正を行い、療法士個人としては、短期ゴールに掲げた時期ごとに再評価とプログラムの更新を行うことが欠かせません。

回復期リハビリテーション病棟の適応患者の場合は、個別リハのプログラムが1ヶ月以上に渡って同一でよい症例は、まず存在しないと

2 ADLの獲得に向けて適切な装具・車椅子・福祉用具を導入しよう

患者の体格・姿勢・能力に合わせた車椅子・杖などの適合や生活ニーズに応じた福祉用具の選定をおこなうことで、患者のさらなる能力改善を図ることができます。

下肢装具などは代償的に使用するだけでなく、治療手段として使用することも考えられます。

退院後の介護用具については、物理的な介助量軽減だけでなく、患者・家族の意向を踏まえて選定することが重要です。



チェックポイント

- ☐ 患者に応じた数・種類が整備されている
- ☐ 安全点検や更新の検討を行っている
- ☐ 医師等と協働して適合・調整を行っている
- ☐ 最新の情報を収集し、スタッフに周知している
- ☐ 業者等と協力し、在宅環境の調整を計画している

チェックポイントの解説

1. 患者に応じた数・種類が整備されている

装具・車椅子・福祉用具は、患者の障害や能力に応じて最適なものをを用いていくことが望まれます。それらは生活活動の補助具としてだけでなく、積極的な治療用としても使用できないか検討し、患者の能力変化に合わせて適合を繰り返していくことが重要です。



豆知識

装具の種類

部位別：下肢装具（長下肢装具、短下肢装具、膝装具、靴型装具、足底板）、上肢装具、体幹装具
目的別：固定、矯正、免荷、支持、動作補助
材質別：硬性、軟性

そのためには、患者のリハビリテーションにおいて必要とされる数や種類を部門として検討し、計画的に整備していく必要があります。

2. 安全点検や更新の検討を行っている

患者が使用する用具は、故障・老朽化していないか日常的にチェックする必要があります。装具類は、ひび割れや破損、ネジの緩みがないかを注意し、患者・家族にも指導します。車椅子類は、ブレーキの制動力、タイヤの擦り減りや空気圧、各パーツの緩みなどを確認します。福祉用具には様々なものがありますので、それぞれの取り扱い方法などを理解して使用します。

耐用年数が大きく超えた物を使用すると、事故の危険性が高くなりますので、用具類の更新計画を立て、破損する前に順次買い換えていくことも検討します。

3. 医師等と協働して適合・調整を行っている

装具・車椅子・福祉用具は、その使用目的を明確にし、患者の運動・認知機能、ADL能力、生活環境などを総合的に考え、適切な種類のものを適合します。その際には、医師をはじめとする関係する専門職にも意見を求め、多角的に検

討を進めます。

実際の病棟生活で使用した結果については、看護師等から情報収集し、不適合があれば再評価を行い装具・車椅子・福祉用具の調整を行います。調整においては、患者のADL遂行度や安全度、生活の快適さ、機能回復や学習の促進、介助者の負担度などの面から検討します。

4. 最新の情報を収集し、スタッフに周知している

近年では多くの福祉用具業者により様々な製品が開発・販売されており、移動機器では300種

類以上、ベッド用品やトイレ用品についても各々80種類以上の製品があります（一般財団法人保健福祉広報協会 <http://www.hcr.or.jp/search/index.html>）。これらの最新情報を把握しておくことで、患者の機能や嗜好に合わせた適切な用具の選定を行うことができます。

また、それらの情報をスタッフがいつでも収集・閲覧できるよう、パンフレットやインターネット環境を整備しておくことが望まれます。福祉用具の展示会や販売店スタッフから情報を収集することも有効です。そして、これらの情報を病棟ミーティングや勉強会などを通じて、スタッフに伝達し共有することが大切です。



豆知識

福祉用具の種類

①移動機器、移動補助製品

手動車いす、電動車いす、電動三輪・四輪車、介助車、歩行器・歩行補助車、杖、ストレッチャー等移動器具、移乗補助機器、床走行リフト、固定式・据置式リフト

②福祉車両・関連機器

自動車運転装置、車いす等用福祉車両

③ベッド用品

ベッド、マットレス、褥瘡防止製品、サイドテーブル、介護用シーツ

④入浴用品

浴槽、入浴用チェア、滑り止め用品、浴槽台、入浴用リフト

⑤トイレ・おむつ用品

ポータブルトイレ、便器・便座、おむつ

⑥衣類・着脱衣補助用品

衣類、靴、帽子・保護帽、かつら、着脱衣補助具

⑦コミュニケーション機器

補聴器、緊急通報・見守り装置、事務機器・ソフトウェア、視聴覚機器、拡大読書器、活字文書読上げ装置、電話、携帯会話補助器

⑧建築・住宅設備

スロープ、床材、手すり、エレベーター、段差解消機、階段昇降機、火災報知設備、自動消火設備、防災・避難用品

⑨日常生活支援用品

自助具、食事用具・食器、キッチン、調理器、洗濯機・乾燥機、掃除機、スポーツ・レクリエーション用品

⑩介護等食品

高齢者・障害者向け食品

⑪感染症等予防用品

空気清浄器、加湿器、消毒機

5. 業者等と協力し、在宅環境の調整を計画している

福祉用具の選定にあたっては、療法士自身で適当な製品を選ぶことが必要ですが、それに併せて、業者スタッフに福祉用具の要件を説明し、より適切な製品がないか助言をもらうことが大

切です。また、その際には製品の特性、使用上の注意、必要なメンテナンス、費用、補助制度の有無などを確認し、患者や家族にとって問題となることはないかを検討します。

患者や家族が使用したことがない福祉用具については、実際の生活において試用してから製品の貸与または購入を決めるようにします。



豆知識

介護保険で貸与できる福祉用具の種類

介護保険で貸与または購入できる福祉用具は次のとおりです。ただし、要支援者等の場合は用具の種類に制限があります。

貸与

- | | | |
|----------|---------|--------------|
| ・車椅子 | ・褥瘡予防用具 | ・歩行器 |
| ・車椅子付属品 | ・体位変換器 | ・歩行補助杖 |
| ・特殊寝台 | ・手すり | ・認知症老人徘徊感知機器 |
| ・特殊寝台付属品 | ・スロープ | ・移動用リフト |

購入

- | | | |
|-------|---------|-------------|
| ・腰掛便座 | ・入浴補助用具 | ・移動用リフトのつり具 |
| ・特殊尿器 | ・簡易浴槽 | |

標準的な既製品で対応できない場合や、市町村の身体障害者福祉担当課に相談します。

車椅子、歩行器、杖については、要支援・要介護者であっても身体障害者更生相談所等により障害者の身体状況等に合わせて個別に製作することが必要と判断された場合には、補装具給付制度により補装具として給付されます。

取り組み事例 錦海リハビリテーション病院（鳥取県）

車椅子の管理運用方法

当院では、開院時より車椅子の管理運用を目的とした車いす委員会（以下、当委員会）を設けており、PT 3 名（委員長含む）、OT 3 名、ST 2 名の計 8 名の委員により構成されています。当委員会の主な活動内容は以下の通りです。

■チェックリストに基づく点検（図 1）

委員により立案、作成したチェックリスト（表）に基づいて車椅子の整備点検を月 2 回、実施しています。実施後には PT、OT、ST スタッフで行う夕礼において作業報告（整備した車椅子、整備箇所、整備内容）を行っています。

◇PT、OT、STスタッフで行う車椅子の清掃管理（図2）

業務終了後に現在使用している清掃可能な車椅子全台を集め、委員による先導の下、PT、OT、STスタッフ全員で月1回、清掃管理を行っています。

◇看護部に対する勉強会（図3）

全職員で行う夕礼終了直後より、看護・介護

スタッフが多くいるサービスステーション内にて月1回、勉強会を行っています。クッションを含めた車椅子の基礎的な調整箇所の説明から実演、調整練習を行っています。

その他、実例を通じて車椅子のフィッティング状況を委員で検討する「車椅子ケーススタディ」や、新規採用研修における車椅子講義を看護部と合同で開催しています。

（理学療法士 今田 健）



図1 車椅子の点検



図2 車椅子の清掃



図3 看護・介護スタッフとの勉強会

表 車椅子の点検チェックシート

点検日時：	年	月	日	車椅子No：
患者氏名：	クッション名：			

点検箇所	原因	修正済
車軸の緩み	ネジの緩み ・ その他（ ）	
タイヤ	空気圧（右： 左： ） その他（ ）	
ハンドリムの緩み	ネジの緩み ・ その他（ ）	
ブレーキ	ネジの緩み ・ その他（ ）	
バックサポート	張り具合 ・ その他（ ）	
背角の緩み	ネジの緩み ・ その他（ ）	
アームサポート	ネジの緩み ・ その他（ ）	
フットサポート	ネジの緩み ・ 高さ（ cm）	
	スイングアウトのはまり込み	
	その他（ ）	
キャスター	ネジの緩み ・ その他（ ）	
キャスター水平	ネジの緩み ・ その他（ ）	
転倒防止バー	ネジの緩み ・ その他（ ）	
シート折り畳み（はまり込み）	ネジの緩み ・ その他（ ）	

3 疾病のリスクと危険行動を見逃さず、安全管理や感染予防に努めよう

患者の安全は、医療において最も優先されるものです。疾病の発症・再発だけではなく転倒／転落などの危険行動を予防するには、患者の健康状態、心身機能、行動特性、活動環境などを評価・観察し、危険を予知し、事前に対策をとることが重要です。

また、院内感染を防止するためには、標準的な予防対策を遵守し、感染情報の共有化にも努めます。



チェックポイント

- ☐ 疾病リスクの情報が共有されている
- ☐ 感染予防がマニュアル化され、情報が共有されている
- ☐ 事故防止がマニュアル化され、情報が共有されている
- ☐ 設備・機器・用具の定期点検・衛生管理が行われている
- ☐ 事故状況や原因が分析され、職員に周知されている

チェックポイントの解説

1. 疾病リスクの情報が共有されている

リハの実施は、障害に起因する主たる疾患と合併症や併存症などの基礎疾患の医学的管理が必須です。療法士は、一般的な疾病リスクを把握しておくことはもちろんのこと、医師がどのような管理を指示しているのか、投薬状況や活動範囲・負荷量を決定するバイタルサイン（脈拍、呼吸、血圧、体温）の上限などを確認しておく必要があります。そして、その管理下での日常生活やリハの状況を医師はじめ多職種にフィードバックし安全にリハを実施することが大切です。

また、リハ患者の特異性として、疾病に起因した多岐にわたる機能障害や能力低下のリスク

管理も重要になります。様々な評価法で機能障害を判別することのできる療法士は、チームメンバーに患者の持つ障害特性とそこから派生する危険行動を発信することが大切です。日々の行動パターンを観察し、安心安全に日常生活を送ることができるよう多職種の視点で対策を講じることが大事になります。

また、患者や家族は、疾病や傷害によって変化した心身の状況を理解できていない場合があります。疾病リスクの情報共有は、医療者側の一方的な共有と対策樹立にならないように、患者と家族にも分かりやすく説明することが大切です。



情報共有の一例

多職種の情報が一元化されたカルテの活用

現病歴、既往歴、処方箋、（活動範囲、投薬の影響による作用・副作用、中止基準、注意・禁忌事項）バイタルサイン（脈拍、呼吸、血圧、体温）の変化、主訴、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の評価結果、介入の記録など、リスクに関する情報がいつでも何処でも誰もが共通に確認できるツールがあると便利です。

定期的なチームミーティングの実施

リスクの状態は日々変化します。1日1回はface to faceのコミュニケーションを持ちリスクの重要度を確認することが大切です。定期的なミーティングは、認識のずれを補正する事にも役立ちます。



豆知識

2006年にリハ医学会が中心となり日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本聴能言語士協会、日本義肢装具士協会、日本リハ看護学会の協力で「リハ医療における安全管理・推進のためのガイドライン」を発表しました¹⁾。リスクの早期発見と注意喚起を目的としたリハ・リスクマネジメントシートとは：

1) 全身状態の悪化（訓練中の急変、意識障害、血圧低下、呼吸困難、感染など）の可能性、2) MRSAなどの感染症、3) 転倒・転落・骨折、4) 医療行為に起因する外傷、熱傷などの危険性、5) 誤嚥（窒息）・嘔吐の危険性、6) 患者の取り違えの可能性、7) 離院・離棟の可能性、8) 病名・経過・リハ目標・リスクなどの説明、9) その他のリスクから評価し、患者のリスクが網羅されています。

このようなツールを使うことも情報共有の一助となります。

参考文献1)：日本リハ医学会診療ガイドライン委員会：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン.医歯薬出版.2006

2. 感染予防がマニュアル化され、情報が共有されている

リハ患者には、気管切開を有する者、高齢者、低栄養など健常人に比べて感染に対しての抵抗力が低下した易感染者が多く存在します。手や物を介して業務にあたることの多い療法士は、感染の仲介者とならないように日常の手洗い励行、訓練機器や備品の清掃など、感染の有無に関わらず全ての患者を対象に血液・体液（汗を除く）・傷のある皮膚・粘膜すべて感染の可能性のあるものとして取り扱い、疾患非特異的な感染防止策（標準予防策：スタンダードプリコーション）を実行することが大切です。

感染症の成立には、①感染症を引き起こす「病原微生物」の存在、②病原体が新たに感染を引き起こす「感染経路」、③宿主の免疫力低下「感

受性宿主」の三要因が重なって発症します。言い換えれば、どれか1つでも要因を取り除く事ができれば感染症の発症を防ぐことができます。感染予防マニュアルには、病院内における病原微生物（ウイルス、細菌、真菌、原虫）保有者の把握、感染経路別遮断方法、易感染者の対応方法を提示しておくことが望めます。



情報共有の一例

感染者の把握方法

病原微生物保有者の把握は、全患者の安全を確保するためにも担当患者だけでなく担当領域（病棟単位、訓練室単位）で知る必要があります。保有者が何処に入院しているのかわかるようにした病棟マップを作成し情報共有する方法があります。確認事項として、感染症の種類、検出日、検出部位、対応方法を押さえておくことが大切です。



豆知識

【接触感染】人から人への直接伝播、患者の排泄物、血液、体液、汚染物などの接触により伝播する感染症です。主な疾患には、MRSA感染症、BRE感染症、緑膿菌感染症、B型C型肝炎、腸管出血感染症（O157）、ウイルス性出血熱、HIV感染症、疥癬などがあり、排菌量が少なく病原体の拡散リスクが低い場合は、主治医の判断によりセンターリハビリが許可されることもあります。その際は、他患者（特に易感染者）との同一時間帯での実施を避ける、やむを得ない場合は場所や順序に配慮する、使用する機器は清拭が容易なものを選択する、手からの伝播だけでなく白衣からの伝播にも留意して必要な防護具を使用するといった留意が必要になります。

【飛沫感染】咳、くしゃみ、会話の際に飛沫粒子（5μ以上）が鼻腔、口腔、結膜に付着して感染します。主な疾患には、インフルエンザ、百日咳、ムンプス、風疹、マイコプラズマ肺炎などがあります。感染症の診断があり感染症の疑いが消失するまで原則センターリハビリは中止し個室管理で感染経路を遮断します。

【空気感染】飛沫核（5μ以下）が長時間空气中に浮遊し吸入により感染します。肺結核、麻疹、水痘などが該当し、原則リハビリは中止になります。

3. 事故防止がマニュアル化され、情報が共有されている

リハ実施中に起る可能性のある事故には、心停止・呼吸停止、自覚症状の出現やバイタルサインの急変、転倒・転落・打撲、点滴チューブや留置カテーテルなどのはずれ、院内感染、治療機器による外傷、感電、熱傷、疼痛、誤嚥、患者同士のトラブルによる身体的・心理的アクシデント、患者の取り違い、離院・離棟などがあります²⁾。

全ての事故を未然に防ぐ備えは必要ですが、ただ一律にマニュアルを作成するのではなく、自施設の患者傾向を分析し事故防止につながる環境設定や療法士の行動パターンをルーチン化しておくことが大切です。

参考文献2)：前田真治：Jpn J Rehabil Med 2007;44:384-390

<事故防止の一例>



ベッドサイド訪室時のルーチンワークとしてチェックリストを携帯し環境の指差し確認を実施

- ・ベッドのストッパー
- ・ベッド柵の本数、固定
- ・センサー ON、位置
- ・NSコール位置など

また、事故が発生した時の初動体制も整備し、いざという時に動けるように定期的に訓練しておくことも重要です。



豆知識

回復期リハビリテーション病棟協会医療安全委員会の調査では、回復期リハビリ病棟における医療安全上の問題で最も多いのが「転倒」と報告しています。対象疾患として、脳血管疾患が最も多く約半数の患者が複数回転倒を起こし、入棟から1週間以内の転倒が25%、28日以内では59.1%の患者が転倒していました。発生場所の多くがベッドサイドで朝の6:00~9:00、夕方の18:00～19:00の時間帯で多く発生していました。

リハ医療は、活動障害に焦点を当てた医療ゆえに抗重力下での活動が治療の主体となります。安易な安静や抑制は、本末転倒となることを認識し転倒予防を考えねばなりません。協会からは、転倒の危険度を区分する「転倒アセスメントシート」や危険度別の対策が示された「転倒事故防止計画表」を発表しています。

4. 設備・機器・用具の定期点検・衛生管理が行われている

道具や設備の不備が患者を傷つけることもあり、患者が使用する装具、杖、歩行補助具、車椅子などは定期的に点検し安全確認することが大切です。

定期的点検および安全確認のチェックポイント

- 装具：継ぎ手にゆるみがないか、ベルクロの粘着力は十分か、皮膚に過度な圧迫を与えていないか、足底が滑りやすくなっていないか？
- 杖：杖の先ゴムが摩耗していないか、耐久年

数を超していないか、不特定多数が使用する
場合グリップは清潔であるか？

- 歩行補助具、車椅子：ブレーキの効きは良いか、タイヤが摩耗していないか、空気圧は十分であるか、車軸に髪の毛や埃が絡まっているか、各パーツにゆるみがないか、シートは汚染されていないか？
- 動線：患者の動線にコード類や障害物はないか、床面に剥がれや水のこぼれがないか、ワックスは滑りすぎないか？
- 室内：温度、湿度、明るさは適切であるか、喚起が十分行われているか？
- 治療機器：正常に稼動するか、使用前点検を実施したか？

5. 事故状況や原因が分析され、 職員に周知されている

ハインリッヒの法則で、1件の重大事故の背景には、29件の軽傷を伴う中程度の事故と、300件もの事故には至らなかったが危うく大惨事になる可能性のあった微小事故（ヒヤリハット体験）が発生していると言われています。どんな些細な事故であってもその要因分析を行い、対策を講じて蓄積していくことが大規模事故の防止につながります。安全意識の高い土壌にするためには、起った事象に対して個人を責めるのではなく、包み隠さず話せる雰囲気と言いつけを聞く姿勢（言いつけの中にこそ事故発生要因が隠れている）を持ち、冷静に事故発生要因が人的要因（患者・当事者・周囲の人）か環境要因（作業環境・設備、道具など）か教育要因（マニュアル・チェックリスト・教育）か管理要因（組織・管理体制）かを分析することが大切です。

事故は、発生日時、場所、内容、状況、要因、考察、対策などをレポートにまとめ匿名で周知

し、職員の危険予知能力を高めるツールとして活用していくことが事故防止につながります。



原因分析の一例

現場検証

事故の起った現場で経験年数や職種の違うスタッフが事故を再現してみると、当事者では気が付かなかった事故要因や予防策がみえ事故防止に有効です。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

4 生活場面でのADL向上を促進しよう

在宅生活を目指すには、基本的な心身機能の改善が日常生活の諸活動に搬化される必要があります。

そのためには、リハ室内でのアプローチのみではなく、病棟での実際場面で患者の能力や行動および患者を取り巻く環境を評価し、治療介入することが必要です。

このことが、病棟での能動的な生活の基礎となり、基本的な生活リズムの改善を促進し、看護・介護スタッフとの協働へとつながります。

また、病棟（看護・介護）スタッフや他職種への有用な情報提供も実施でき、さらに難易度の高い生活機能獲得のための練習にもつなげることができます。



チェックポイント

- ☐ 生活場面での評価・練習を行っている
- ☐ 早朝や夕方のADL状況を把握、介入している
- ☐ 患者のADL能力を看護師等と共有している
- ☐ 看護師等と病棟ケア方法を検討している
- ☐ 患者の活動度を把握し、日課を計画・支援している

チェックポイントの解説

1. 生活場面での評価・練習を行っている

日常生活活動（ADL）とは、日常的に行っている生活の中での活動なので、生活の場で見えていく（評価）、生活の場で行う（練習）ことが基本です。評価は、全職種が共通して使用できるツールが必要ですが、一般的には、機能的自立度評価法（FIM）¹⁾ がよく用いられます。FIMは、実際のADLがどのような人的・物的援助により実施しているのか、または一人で行っているのかを、共通概念をもとに評価するもの

です。これらのツールを用いて患者の生活状況について全職種が同一の視点で把握します。その際情報共有のみならず、合同評価など場の共有により同一の見解を持つことも重要です。

現状の把握ができたなら次に目標設定を行います。目標設定は実現可能な具体的もので、かつ実現する時期、期間も明確にしなければなりません。そして全職種の統一見解と、それに基づく職種ごとの専門性を生かした目標設定も必要です。目標の設定については豆知識参照。

そして目標設定に基づいた介入は、病棟などの患者が生活を行っている実際の生活場面で具体的活動に対し直接的に行うことが大変重要です。それは、ICFの概念に基づく心身機能・構造、活動、参加の3要素間での因果関係や相互作用の重要性から、決して機能障害の解決の上にADL（活動）が成り立つのではないこと、活動は環境や個人因子に影響を受けることから、訓練室や模擬的練習でできても、実際に患者が自分で行えるとは言えないこと、そして、活動を通して心身機能の回復・改善が促されること、などがあるからです。ただし、ADL動作をただ何回も繰り返すのみでは解決しません。セラピストならではの機能障害に基づく活動の分析やとらえ方、またADLを通して機能障害の回復を促すという視点が重要です。

また、病棟という環境のみならず、早くから退院後の生活を見据えて、自宅や参加の範囲に応じた環境での活動へ介入することも重要です。



豆知識

ゴール設定のポイント

1. “方針”と“ゴール”を混同しない
2. “いつ”“どうなるか”を設定する
3. “いつ”は一律には設定しない
4. 経過や結果に先行して設定する
5. ゴールから在宅生活をイメージする

ゴール設定とは、「客観的、全体的評価を根拠に、患者の回復能力を判定し、妥当な目標を設定すること」（標準理学療法；医学書院より）

方針とは進むべき方向、目指す方向であり、方針設定とはニーズをどうしていくかという方向性を示すことである

引用：回復期セラピストマネージャーコース
「各職種の役割とゴール設定」小泉幸毅氏講義資料より

2. 早朝や夕方のADL状況を把握、介入している

回復期リハビリテーション病棟が設置されるまでは、セラピストはそれぞれの訓練室で患者に関わるのとともに、一般的な勤務時間の中でのみセラピーが行われていました。しかし、回復期リハビリテーション病棟では患者の生活場面でのかわりを重要視しており、その範囲は24時間365日です。なのでそのすべての状況を知るために、第一歩として早朝や夕方のADLを評価し介入するための、早遅リハは大変有効な方法の一つです。しかし、その時間帯にリハを行う目的を明確にして介入しなければ、いつもと何の変わらないただ時間がリアルタイムとただだけの漫然とした関わりになってしまいます。

では、早朝や夜間の関わりの目的は何でしょうか？いくつかの例を以下に示します。

・時間帯により患者の学習を十分促せないことに対する対処

早朝や夕方～夜は、患者が病棟で同時にかつ最も身近な活動であるセルフケア行う時間帯で、病棟での活動総量が多い時間帯です。しかし看護・介護体制が一般的に手薄である時間帯でもあります。そのため、もう少しで自力でセルフケアができそうな患者でも、時間短縮のために介助で行ったり、レベルを下げたセルフケアをさせられてしまう可能性があります。

・時間帯による機能、能力障害が異なることに対する対処

早朝は睡眠から目覚めて間もない時間帯であることから、日中の覚醒した状況とは異なることがあります。また、良質な睡眠かどうかにより、目覚めた後の身体・精神機能面に多大な影響を及ぼすこともあります。例：目覚めた後、四肢の緊張が高い、バランスが悪い、認知機能が低いなど

・家族との情報・場の共有のチャンス

夕方から夜の時間帯は日中仕事をしている家族の面会が多い時間帯でもあります。なので、家族とのコミュニケーションを図るのに絶好のチャンスです。

3. 患者のADL能力を看護師等と共有している

セラピストが行う時間だけがリハではありません。24時間365日すべての時間の関わりが患者の心身機能を向上し、在宅復帰を促進します。その際患者の能力に関する評価が異なると、関わり方も異なり、患者が混乱するとともに、より良い学習の妨げとなります。

それぞれの評価を互いに提供し、すり合わせるのではなく、実際に日常関わっている看護・介護者が患者の日常生活をどのように助けているのか、病棟でのかかわりの実践を確認し、セラピストが把握している能力と照合します。ここで、できるはずの評価と、実際に行っている評価にギャップがないのかを確認し、お互いの専門職ならではの切り口から評価をします。そしてこれは安全で効果的なよりよい支援方法を検討することを目的としています。

これらを実現するためには、患者を中心に据えて、毎日の申し送り、各種カンファレンスや記録などの情報共有と、ADL合同評価などの場の共有が重要です。そのためにもセラピストはできる限り効率的で効果的な時間を患者の生活の場である病棟で費やすことが求められます。

4. 看護師等と病棟ケア方法を検討している

上記ADL能力の共有をもとに最適なケア方法を検討します。検討、実践するに当たりいくつかのポイントを示します。

- ・患者にとって安全で安心であるか、最も重要なポイントです。
- ・単に助けるのではなく、患者自身の能力を向上させる視点に立っているか。
- ・ケア方法が統一されているか。
- ・患者の変化に応じてケア方法を変更しているか。
- ・ケア方法を変更した際、その情報を周知徹底しているか。

これらは、情報共有に基づいて、場の共有の実践が最も重要です。その中で、そのケアが患者にとって快適であるか、ケア実施者にとって

も快適であるかの当事者同士の意見交換を常に行うことが大切です。

5. 患者の活動度を把握し、日課を計画・支援している

患者は、セラピストや、介護・看護師が関わる時間のみならず、それ以外の24時間を退院までどのように過ごすかが重要です。それは、患者に対し直接的なりハとして実施される時間はわずかであり、それ以外の一人で過ごす時間の使い方により回復が左右されることや、もともと患者は生活者として24時間を自分でマネジメントしていたこと、そして退院後の新たな生活の再建には、様々な障害克服に加えて耐久性や体力は重要な視点だからです。

具体的には、離床、耐久性向上、自主訓練、IADLの拡大（洗濯、片付けなど）、娯楽、趣味活動などの項目に対し、患者の回復に応じて、必要な内容と量を段階的に調節計画し、患者自身が1日の生活をマネジメントしていけるようにします。そのために他職種で情報・意見交換しながら全体がまとまりある計画、支援をしていきます。

参考文献1)：脳卒中の機能評価 SIASとFIM【基礎編】金原出版

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

5 カンファレンスは定期的に多職種で開催し、今後の方向性を検討・一致させよう

カンファレンスは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、セラピストなど多職種が参加して定期的に開催し、現在の状況と、患者の前回からの変化を担当者全員で確認しましょう。この中で、職種間での認識のずれや情報の不一致があれば即座に修正し、必要な情報を積極的に交換することが重要です。また、在宅生活に向けてチーム全員での退院時の目標（ゴール）設定を行い、これを達成するための各職種の専門的介入の方向性（方針）を決定・修正して行くことで、各職種が別々の考えや行動にならず、チームとして一つの目標に向かって進んで行くことができます。

今後の大まかな方向性を決めるために、初回カンファレンスが重要ですが、その後定期的に開催し、リハの進捗状況、病状や家族状況を確認しながら、必要に応じて方向性やスケジュールの修正を行っていくことが重要です。



チェックポイント

- ☐ 定期的に開催されている
- ☐ 医師・看護師を含む多職種が参加している
- ☐ 他職種情報を事前収集できる仕組みがある
- ☐ 具体的目標と各職種の介入内容を協議している
- ☐ 協議結果の記録、閲覧の仕組みがある

チェックポイントの解説

1. 定期的に開催されている

初回カンファレンスは、関連職種による情報を統合し、患者の全体像をとらえ、今後の大まかな方針を決定するために、もっとも重要なものとなります。しかし、初回カンファレンスだけでは、適切なリハを展開していくことはできません。患者や家族の状態は刻々と変化していくので、それらの情報を適宜収集し、チームの共通理解や方針を修正していくことが必要となります。

2回目以降のカンファレンスでは、前回のカンファレンスで立てた目標が達成されたか、長期目標に向けて順調に推移しているか、を確認します。目標が達成できなかった場合は、理由を検討します。回復の見通しや到達レベル、退院先に関わる新しい情報がある場合は、理由や状況を確認し、必要に応じ目標を修正します。

退院を見越して、介護認定の申請、家族面談、家族指導、家屋訪問、必要に応じ家屋改造、必要となるサービス調整などを行っていきます。これらの準備が予定通り行われているかどうかなどについても、カンファレンスで確認します。晴れて退院の日を迎える日まで、カンファレンスを定期開催し、チームでリハを進めていくことが大切です。

2. 医師・看護師を含む多職種が参加している

その職種は病院によって異なっています。カンファレンスには、医師や看護師を含む多職種が参加して、ディスカッションすることに意義があります。なるべく関わっている職種が参加しやすいように、開催日時や形態などを工夫し

て行いましょう。

医師、看護師、介護士、PT、OT、ST、ソーシャルワーカーなどは、ぜひ参加できるようにしたいところです。それ以外にも、病院によっては管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師などが病棟に配置されています。カンファレンスは回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の今後のリハの方向性を決める場ですので、リハに関わる多くの職種が参加できることが望まれます。

3. 他職種情報を事前収集できる仕組みがある

カンファレンス当日の議論を実り多いものにするために、開催前に他職種の情報を収集することは重要です。あらかじめ他職種の情報を得ることで、患者の全体像にイメージを持つことができ、自職種の役割が明確化できます。また、患者の問題点を事前に知ることで、カンファレンスで行うべき議論のポイントを絞っておくことが可能になります。

カンファレンスが職種による報告会に止まってしまう議論が活発に行われないと、せっかく作った話し合いの機会が実りあるものになりません。カンファレンスを議論の場にすることが重要であり、そのために、事前に他職種の情報を得やすい状況をつくり、意見交換を行いやすくしておくことが重要です。

カルテの中に情報を記入する場所を決めておく、期日を決めて情報を記入しておくなど、他職種で情報を共有しやすい仕組みを作っていくことが重要です。

4. 具体的目標と各職種の介入内容を協議している

話し合われたことから、なるべく具体的な目標を立てることが重要です。抽象的な目標では、達成できたのかできなかったのかがわかりにくく、リハが適切に進んでいるかの確認もしにくくなります。そこで、目標は具体的で誰にでもわかりやすいものにしていきましょう。

通常は、長期目標と短期目標に分けて目標を立てます。短期目標は次回のカンファレンスまでに達成すべきものとする、わかりやすくなります。長期目標は、回復期リハビリテーション病棟では退院時点の状態とすると、共通理解がしやすくなります。

目標はチーム全体で立てますが、その前提として、職種ごとに目標が立てられます。そして、それぞれがアプローチ内容を組み立てます。他職種がどのような目標を持ちアプローチを進めているのかを理解しておくことは、チームアプローチを進める上で大切なことです。

5. 協議結果の記録、閲覧の仕組みがある

カンファレンスの結果がカンファレンス参加者だけでなく、チームの他のスタッフに伝わる必要があります。また担当者も、いつでも結果を再確認できるようにしておくことが望まれます。

カンファレンスだけに止まらず、情報共有の仕組みがあることは、チームアプローチを支える環境整備の意味を持ちます。多職種が閲覧しやすいカルテ作りを行いましょう。



豆知識

カンファレンス・チェックシートの利用

カンファレンスが軌道に乗るまでは、話し合う内容に漏れている点がないかどうかを確認するために、カンファレンス・チェックシートを使用する方法があります。チェックすべき項目は、大まかには以下のようなものがあります。

<事前に確認しておくべき項目>

- ◇病状・全身状態
- ◇身体機能・認知機能
- ◇できるADL・しているADL
- ◇生活歴・家族および家屋状況・介護力
- ◇本人のニーズ・家族のニーズ・心理面

<当日ディスカッションすべき項目>

- ◇短期目標・長期目標
- ◇各職種の実施内容
- ◇到達予測レベルと必要な介助量
- ◇要介護認定・身体障害者手帳取得の検討
- ◇退院先の見込み
- ◇退院時の生活設定・サービス検討
- ◇家庭訪問・家屋改造の必要性
- ◇家族指導の内容

事例

■初回カンファレンス

<患者プロフィールとADLの確認>

医師：Aさんは53歳の男性、左被殻出血後1ヵ月で、当病棟に入院。保存的治療し順調に血腫の吸収が進んでいる。主な機能障害は、右片麻痺と重度ブローカ失語。患者本人の要望は明らかでないが、妻は現職への復帰を希望。

看護師：病棟内の移動は車椅子見守り。食事は自立で、排泄は移乗と下衣の上げ下げに中度の介助を要す。コミュニケーションが図れず、苛立つ場面がある。

<長期目標の設定>

医師：病態や機能等から考えて、まずは移乗動作を含めた排泄の自立と、簡単な意思疎通ができることを目標としてはどうか。入院期間は3ヶ月、自宅復帰を目指す。

他職種：異議なし。

<計画の立案>

医師：この目標達成に向けた各職種の計画は？

看護師：排泄リズムを確認し、トイレ誘導を行う。回復に応じた適切な介助方法を行うためにPT・OT場면을定期的に確認。

CW：トイレ誘導を行うとともに、発話に対しては焦らせずに傾聴する。自発行動があるので、コール操作を指導。

PT：2ヵ月で杖歩行にて病棟内の移動は自立すると考える。装具を作成し、基本的な歩行練習を行い、1ヵ月でトイレまでの歩行見守りを目指す。

OT：病棟のトイレ環境で移乗と下衣操作練習を行う。2週間で移乗動作の自立を目指す。

ST：職員への簡単な表出ができるよう機能的練習を行うとともに、コミュニケーションの補助手段を検討する。失語症は長期的な回復が見込めるため、退院時は家族との簡単なやり取りの成立を目指す。

医師：これらの計画に対する意見はないか。

看護師：早朝は移乗のふらつきが大きいので、そのときの介助方法についてOTと一緒に検討したい。

OT：早朝の実際場面を評価し、看護師と方

法を検討する。

医師：退院に向けての課題は？

SW：患者は〇〇会社での事務職、妻はパート勤務、大学生と高校生の子供がおり、経済的問題が考えられる。将来に対する妻の不安が大きい。

OT・ST：現職復帰に要する作業能力を調査し、復職や転職の可能性を評価。

<まとめ>

医師：まずは移乗動作を中心とした身辺動作の拡大を図り、2ヵ月で杖歩行による病棟内ADLの自立と、簡単なコミュニケーションの成立を目指す。3ヶ月で杖歩行での自宅退院。復職の可能性を評価するとともに、SW中心に妻の精神的サポートを行う。移乗自立が見込まれる2週間後に、次回カンファレンスを実施する。

■第2回カンファレンス

<経過のまとめ>

ADLは順調に回復、失語症は依然重度で、心理的落ち込みが見られる。妻は気持ちを切り替え、自ら正職員へ転向、子供も協力的。

<論点>

- ・昼間一人で過ごすことが可能か。
- ・家屋改造の必要性。
- ・心理面へのサポート

■第3回カンファレンス（退院前）

<経過のまとめ>

屋内歩行にて入浴除いてADL自立。家庭訪問し手すり設置を進めている。妻・子供とも、受け入れる体制が整ってきている。本人は不安あり。

<論点>

- ・退院後のサービス内容
- ・長期的な復職の可能性

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

6

病棟や在宅で介護を担う家族や介護者とともに、ケア方法を検討しよう

家族や介護者に患者のADL能力に応じた介助方法を指導・援助していくことは、患者が獲得した能力を実践的かつ日常的に生活場面で使用することにつながります。

また、退院後の生活場면을想定した介助方法の検討・練習を実施することが大切です。

患者が活動する実際場面で介助者の能力を見極めながら、介助する誰もが安全に実現できる方法を提示することが大切ですので、家族等と一緒に介助の活動をしながら、その方法を伝達・指導していきましょう。



チェックポイント

- ☐ 看護師等と協議し、ケア方法を提示している
- ☐ 家族等のケア場면을観察・評価している
- ☐ 家族等が安全にできるケア方法を提示している
- ☐ 在宅を想定したケア方法を提示・実践している
- ☐ 介護事業者にケア方法を伝達している

チェックポイントの解説

1. 看護師等と協議し、ケア方法を提示している

どのような方法で身の回りのADLを実施すると効率的にそして安全に行えるのか、入院当日から、患者の身体能力とADL遂行能力を的確に評価することが重要です。

リハの進捗状況に応じて、患者のADL遂行能力は変化（改善）します。その時期にもっとも適切で患者の潜在能力を最大限に発揮できる方法を、病棟生活に関わる看護師など多職種と実際場面で協議しながら決定することが大切です。そしてまた、その場で決定して統一したケア方法を、介助に関わるケアスタッフだけでなく家族にもきちんと提示することが重要です。

そうすることで、患者に関わる全ての人が同じケア方法に関わることができ、患者の混乱を招くことなく安全なケアにつながって行きますので、患者さんの能力はあっという間に向上することでしょう。

患者のADL能力に応じた介助方法で援助していくことにより、獲得した能力が実践的かつ日常的に生活場面へと般化していきますので、患者にとっては過剰な努力をすることなく効率的なADLの獲得へとつながって行くことでしょう。

実践例紹介1

森之宮病院（大阪府）

◇生活場面での評価や介入（図1・2・3）

実際の生活場面に療法士が入って評価を行い、適切な介入方法を看護師と検討しています。

図1では、言語聴覚士が看護師に食物形態の変更内容を説明しています。図2では、看護師と作業療法士で患者の食べやすい食事姿勢とケア方法を調整・検討しています。図3では、作業療法士と看護師がトイレでの介助方法を検討しています。



図1 食物形態の変更確認



図2 食事姿勢の調整とケア方法



図3 トイレでのケア方法検討

2. 家族等のケア場면을観察・評価している

入院間もない時期には、患者も家族も新しい環境に慣れることに精一杯かもしれません。少し環境に慣れ、身体的にも療法士の介助誘導に追従できるようになってきたら、家族や介助者に少しずつ実際の場面でケアしていただく場面を作り、実践的に介護していただくよう促していきましょう。

あるいは、積極的に関わってくださる家族であれば、どのように介助されているか実際の場

面を見せて頂き、家族が身体を痛める危険性が無いかなども含めてケア状況を評価することが大切です。

患者が活動する実際場面で、介助者のケア方法を観察し評価することは、介助者の介護能力や介護に対する考えを知る機会にもなり、自宅を含めたその後の介助指導をどのように進めていくべきかの大きな情報源となることでしょう。

3. 家族等が安全にできるケア方法を提示している

患者にも家族にも優しく安全なケア方法を具体的に提示すること、そしてそれを家族が実践できるようになることは、自宅に帰られても良いケアを家族が継続できることにつながります。

介助する誰もが、行動面でも身体面でも安心・安全にケアでき、実用的な介助方法を介助者に分かりやすく提示することが大切です。

介助者と一緒に介助の活動をしながら、その方法を伝達・指導していきましょう。

実践例紹介2

◇合同病棟指導の紹介（図4・5・6）

【目的】

看護・介護スタッフ・家族と療法士で患者の実践的な介助方法を検討し、病棟・自宅での安全な実践へ結び付ける。

【実施回数および所要時間】

月に数回、30～40分で実施。

【対象症例】

看護・療法士で相談して決定する（例：移乗の難しい人、コミュニケーションがとりにくい人、家族指導が早急に必要の人など）

【実施方法】

事前にスタッフ・ステーションに、決定した

対象患者と予定などの情報を掲示し、スタッフに実施することの周知を図る（図4）。患者のベッドサイドで実施する前に、スタッフは一旦スタッフ・ステーションに集合し、施行する実践場面を想定した実技練習を含めた打ち合わせを行うことにしている。この中で、患者の情報や看護および療法士の両者の課題を相互に確認しながら当日のテーマを十分に絞るようにしている。また、具体的なケア方法について、療法士からだけではなく看護師からも具体的な提案があり、それらを踏まえて実践を開始している（図5）。また、この場面には担当療法士や看護師だけが集まるのではなく、家族の参加も促し、専従スタッフや手の空いている看護師など患者および患者にかかわるスタッフも集合する中で、誰もが実施しやすい方法を選択・決定するようにしている（図6）。

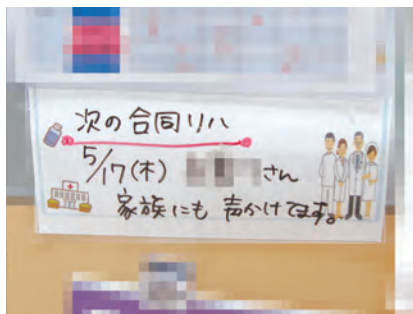


図4 スタッフに周知



図5 多職種で介助方法を提案



図6 奥さんにケア方法を指導・確認

4. 在宅を想定したケア方法を提示・実践している

病棟で安全なケアを実践できるようになれば、自宅での介護を想定したケア方法を提示し、それを繰り返し実践していきましょう。自宅の環境は病院と比べると異なっていることも多々あると思います。自宅に近い環境をリハ室内で再現するなど工夫しながら進めましょう。また、自宅の物理的な環境だけでなく、患者や介護者の生活リズムなど、1日の生活を想定して、具体的なケア方法を提示することが必要です。在宅の多様な環境・場面にも適応しうる援助方法を家族やケアスタッフに提示し、繰り返し実践していくことが、スムーズな在宅での生活につながるでしょう。

実践例紹介3

トイレ動作の質的变化を介助者の遂行度と満足度で評価する

（『介助が必要な脳卒中患者のトイレ動作の質的变化について－家族・本人の視点から－』森之宮病院小林美穂ほか、より抜粋）

【目的】

入院3ヶ月を過ぎた頃より、入院時からのFIMのトイレ動作得点は2点で変化が無かった患者とその家族に対し、退院に向けて家族にト

イレ介助を指導した。その中で、FIMでの得点変化が無くても質的な変化に着目し、家族はその変化を捉えることができるのか、現状に対する満足度はどうなのかを確認する目的で実施した。

【患者紹介】

- ・60歳代女性、くも膜下出血（右片麻痺）発症後3ヶ月で当院転院
- ・転院時、全てのADLに軽度～中等度介助必要であった。FIMのトイレ動作は2点、支持物があれば立位保持可能であり、トイレではズボンの上下を介助者が行っていた。

【実施方法】

- ①家族にトイレでの介助方法を伝達し、その方法で来院時には必ず1回はトイレ介助を行っていただく
- ②トイレ動作の介助量軽減につながる自主練習を設定し、来院時には必ず1回は実施していただく

【評価内容】

- ①FIM運動項目のトイレ動作について、毎月看護師が評価する

②トイレ動作について、本人及び家族それぞれに『遂行度』と『満足度』をCOPM（カナダ作業遂行測定）のような得点化をし、評価開始時、2週間後、1ヵ月後に測定する

③家族には、家族が介助する場面でのトイレ動作の質的变化を捉えるための3項目（i 所要時間、ii 介助した頻度（回数）iii 介助量）について評価いただくように依頼する

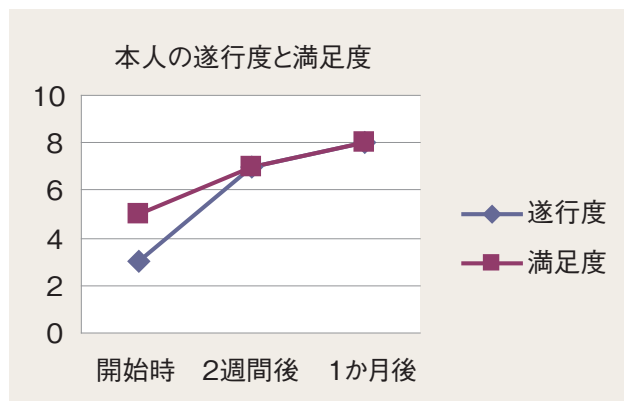
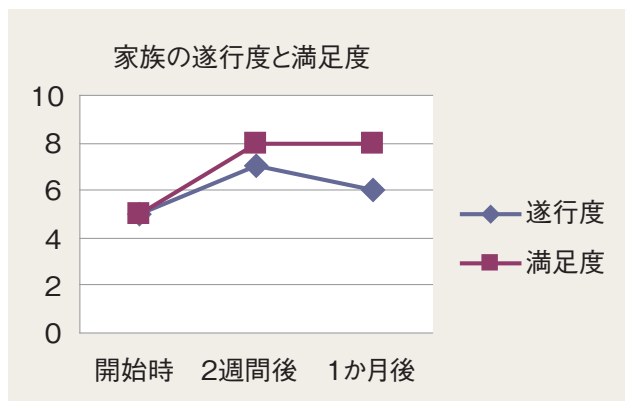
【結果】

1ヵ月後のFIMトイレ動作の得点は『2』と変化はなかったが、患者、家族ともにその遂行度と満足度は向上していた

また、家族が介助するトイレ動作場面での質的变化を捉えるための3項目の評価も下記の通り、介助量軽減の評価となった

【まとめ】

FIMの得点は変化しなくても、患者、家族ともに満足度が上がっていた。介助者が日常的に介助を行うことで、変化を捉えやすくなり、患者、家族ともに満足度にも変化を与えることが示唆された



i 所要時間	多い	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	少ない
ii 介助した頻度(回数)	多い	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	少ない
iii 介助量	多い	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	少ない

5. 介護事業者にケア方法を伝達している

自宅に帰ってから、介護保険などを利用してホームヘルパーやデイサービスなどのサービスを利用する予定がある場合、家族だけではなく、そのサービスを実施する介護事業者の方にも、病院ではどのように実践しているのか、家族にはどのようにケア方法を提示しているのかをできるだけ確実に伝達することが大切です。

ケア方法は、患者の状態だけで決まるものではありません。『①患者の状態』に加えて、『②ケアする人の状況（体格や年齢、介護技術など）やケアする状況（病院や施設、あるいは自宅など）など様々な環境要因』、そして『③患者が実施する活動（食事や更衣、移動など日常生活で患者が行なう課題TASK）』が相互に関係しながら、そのときの最適な方法を選択してケア方法は決定していきます。

病棟のケアスタッフや家族も交えながら介護事業者の方々と実際のケア方法を確認しながら、在宅で安心して生活するためにも、患者の能力と在宅での環境要因を考慮した具体的なケア方法やそのポイントを在宅・施設スタッフへ分かりやすく伝達・申し送りするように努めましょう。

6 病棟や在宅で介護を担う家族や介護者とともに、 ケア方法を検討しよう

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

7 退院に向けての環境調整は過不足なく行い、地域スタッフにつないでいこう

回復期リハビリテーション病棟入院中のリハは、退院後の生活を想定しながら行いましょう。入院中から地域スタッフとの連携を図り在宅生活の定着に向けた準備を進める必要があります。住宅改修に関しては、退院後の生活の中で機能が変化していくことも予測しながら、十分な準備をおこなうだけでなく、過剰な設備にならないような配慮・検討が必要です。



チェックポイント

- ☐ 入院当初から情報収集をしている
- ☐ 家屋評価をしている
- ☐ 退院にむけて計画的な外出・外泊をすすめている
- ☐ ADLの変化を見据えた改修の提案をしている
- ☐ 家族、ケアマネジャー、業者と協議しながら進めている

チェックポイントの解説

1. 入院当初から情報収集をしている

限られた入院期間で、在宅生活を見据えたリハを展開するためには自宅環境や家族構成、キーパーソンの確認、さらには地域特性などの情報を入院当初より収集して、計画的に退院に向けた調整がなされる必要があります。このような情報収集が欠けたりすると適切な対応ができず入院期間の延長にもなりかねません。

2. 家屋評価をしている

情報収集の一つに家屋評価があります。家屋評価を入院当初より行うことは、自宅退院を目標に、その環境に必要な動作学習を行うことができ大変有効です。また、障害が残存してしまう場合には、自宅退院後、患者の日常的動線を

踏まえた手摺りの設置、段差の解消の工夫などを検討する必要があります。また重度な障害が予測される場合には、全面的な改修も必要となる場合もあります。

このように家屋改修計画は、患者、家族ともに十分に打ち合わせを行う必要があります。一方で、あまり過度な改修は控える姿勢で臨む方が、結果としてよい家屋調整・改修につながることを経験します。

3. 退院に向けて計画的な外出・外泊をすすめている

自宅退院に向けては、ADL向上に合わせて実際に自宅外出や外泊を行う事がADL向上の確認と併せ、具体的な課題を抽出するのに極めて有効です。この外出・外泊の実施、課題解決、そしてまた外出・外泊の実施というサイクルを回すことは、回復期リハビリテーション病棟に求められている実用的なADLの獲得に直結します。

4. ADLの変化を見据えた改修の提案をしている

家屋評価を行い、予後予測に基づき改修計画を立案していても患者の状況は当初の到達予測とズレが生ずることは良くあります。このためにも上述の外出や外泊を行い、実際場面で確認しておくことの意義は大きいものです。また、

退院後の生活の中でADL能力が向上してくる場合もありますので、ADLの変化を見据えた柔軟な改修提案を行いましょう。

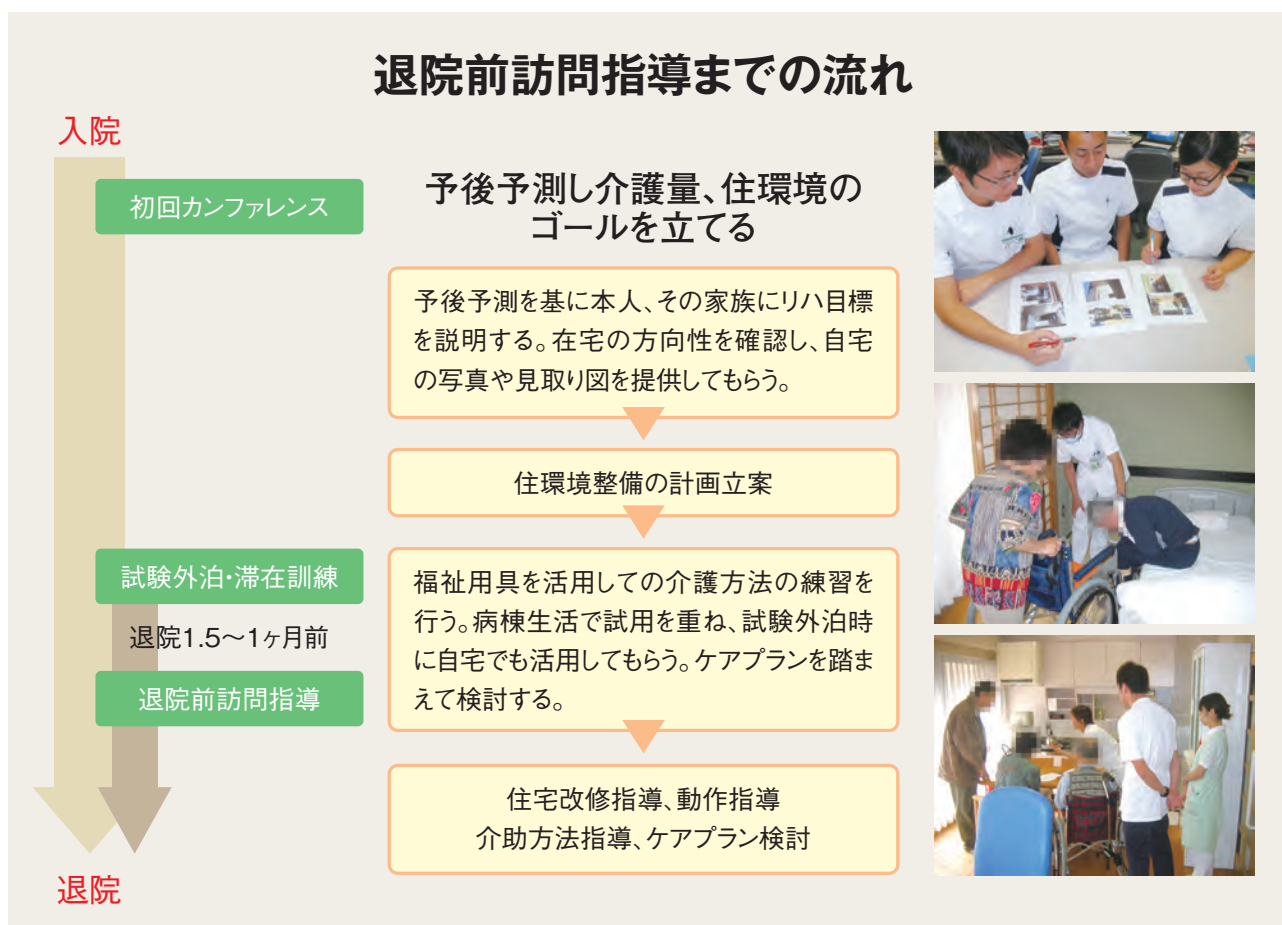
5. 家族、ケアマネジャー、業者と協議しながら進めている

退院に向けての環境調整は、単に療法士の想いだけで良い計画が生まれ、患者をはじめ家族や関係者が満足してくれるものになることはありません。また、改修には一定の経費も必要になりますので、失敗が起きると取り返しがつきません。療法士としての改修案を持ちつつ、患者・家族、ケアマネジャー、業者と十分に協議

し、関係者皆が納得するものでなければなりません。自己満足に陥らないようにしましょう。

6. 当院での在宅調整の流れ

新たな環境に適応し、本人とその家族がよりよい生活を獲得・継続できるよう、入院時と退院後の生活環境の相違から生じうる活動・参加面の差を埋めるため、退院前訪問指導を実施しています。下図は当院での在宅訓練の流れをしめした。また次ページには、下図に沿って行われる訓練指導の内容を記しています。皆さんの参考になりましたら幸いです。



1) ADL指導

自宅退院を目指して行われる日常的ADL訓練を指す。

2) 福祉用具の調整・試用

福祉用具の導入によって、要介護者の自立促進や介護負担の軽減が図れる。「活動」向上訓練を十分に行った上で、適切な歩行補助具等の福祉用具を選択し、実生活の中で使い方を試用していく。

3) 外泊・外出、滞在訓練

外泊前には本人とその家族へ動作指導や介助方法の指導を行う。また、外泊時チェックシート（右表：住環境整備記録表－外泊時チェックシート・退院前訪問時チェックシート－）で外泊中に困難な動作や環境整備が必要な個所を確認し、退院に向けて動作指導や介助方法の指導を行う。

4) 退院前訪問指導

本人や家族の正確な意向を確認し、住宅改修指導や本人への動作指導、介助方法の指導、ケアプランの検討を行う。訪問時にチェックした項目を基に住環境整備記録（右表：住環境整備記録表－外泊時チェックシート・退院前訪問時チェックシート－）を作成する。

5) 退院時カンファレンス・サービス担当者会議

退院前訪問指導で検討した内容をチームで共有し、退院までに必要な福祉用具の準備や改修を進める。また、在宅サービスへスムーズに移行できるよう、サービス担当者会議で本人とその家族がサービス提供者と顔合わせし、意見を出し合える場を設ける。

住環境整備記録表

ー外泊時チェックシート・退院前訪問時チェックシートー

	調整必要箇所	対応	動作方法
玄関	①ポーチ		
	②庭		
	③その他		
玄関	①入り口 (mm)		
	②戸 ()		
	③上がり框 (段)		
	④その他		
トイレ	①戸 ()		
	②入り口段差 (mm)		
	③便器形状		
	④排水レバー		
	⑤ペーパーホルダー		
	⑥トイレ内の移動		
	⑦移乗		
	⑧ズボンの上げ下ろし		
	⑨後始末		
	⑩立ち上がり		
	⑪夜間排泄		
	⑫その他		
寝室	①戸 ()		
	②入り口段差 (mm)		
	③床 ()		
	④就寝		
	⑤更衣		
	⑥その他		
居間	①戸 ()		
	②入り口段差 (mm)		

	調整必要箇所	対応	動作方法
浴室	①脱衣所の戸 ()		
	②脱衣所入り口の段差 (mm)		
	③脱衣所内移動		
	④更衣		
	⑤浴室の戸 ()		
	⑥浴室入り口の段差 (mm)		
	⑦浴槽 (縁の高さ mm)		
	⑧シャワー		
	⑨洗体・洗髪		
	⑩浴室内移動		
	⑪浴槽の出入り		
	⑫浴槽内に座る		
	⑬浴槽内で立ち上がる		
	⑭その他		
その他	<input type="checkbox"/> 階段の使用：有・無		
	階段の形状：		
	階段の目的：		
	階段の頻度：		
	移動：自立・介助		
	<input type="checkbox"/> 台所の使用：有・無		
	台所の構造：		
	使用の目的：		
	使用の頻度		
	使用時の姿勢：立位・座位		
	<input type="checkbox"/> その他の場所の使用		

8

記録や情報伝達は多職種が理解できる内容、言葉で表現しよう

多職種が協働する回復期リハビリテーション病棟にあって、情報の共有は業務の根幹をなします。カルテなどの医療記録、病棟内情報伝達用の書類は多職種が理解、利用しやすいものでなければなりません。専門用語は適切な使用を心がけ、略語などの過度な使用は控えるようにします。作成する記録・情報の法規上の必要性、業務上の有効性を考慮し、作業量が適切な範囲に収まるよう配慮する必要があります。



チェックポイント

- ☐ 情報伝達を行える工夫がされている
- ☐ 分かりやすい用語の使用を心がけている
- ☐ 書類は閲覧しやすい状態に整えられている
- ☐ SOAP等の記載様式がきめられている
- ☐ 略語集などの配慮がなされている



チェックポイントの解説

1. 情報伝達を行える工夫がされている

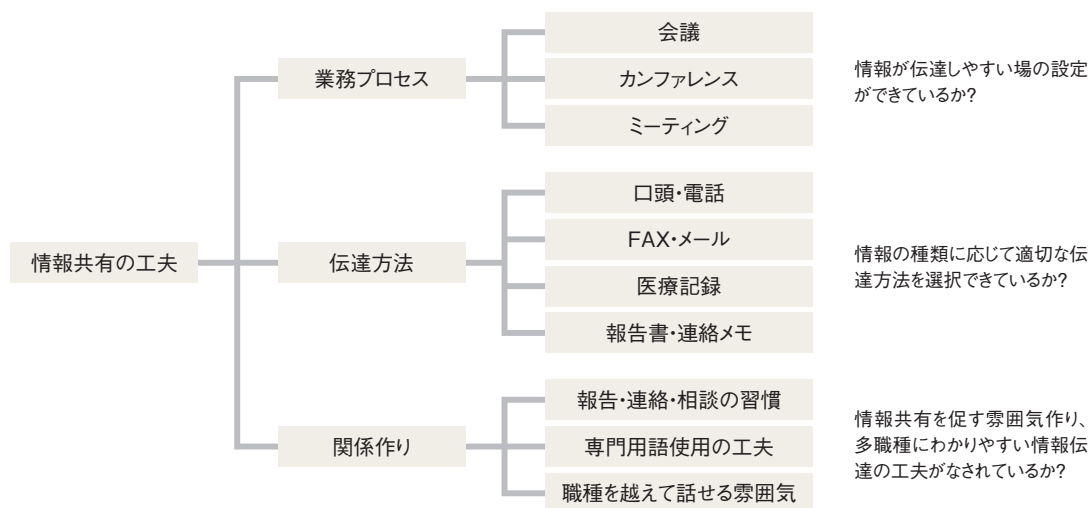
チームアプローチは現代の医療において必須の要件です。チームアプローチを行うにあたって診療に関わる情報をどのように共有するかが

大きなポイントとなります。情報の伝達は「ミーティング」「カンファレンス」「口頭、電話、ファックス、メールでの連絡」「医療記録への記載」などの行為を通じて行われています。

リハの進展にとって必要な情報が必要なスタッフ間で漏れがないように、効率的、効果的に行われる工夫が必要です。このためにスタッフ全員が理解しやすい表現や記述の枠組み、情報にアクセスしやすい環境を設定します。

2. わかりやすい用語の使用を心がけている

様々な職種が協働する回復期リハビリテーション病棟では同職種だけが理解できる用語、略語の使用が頻発すると情報伝達の精度が落ち、職種間のバリアを高めてしまう恐れがあり



情報共有の工夫

ます。専門用語の過度な使用は控え、特に他職種に説明する場合はわかりやすい用語での説明、記述が求められます。

但し、これは専門用語の使用を否定しているわけではありません。専門用語はある現象に対して厳密に定義付けられた概念化を施し、その領域に関わる集団全体に共通の認識を与え、効率的な評価、記載をもたらします。当然専門用語自体には大きな価値があります。

専門用語の使用は理解しやすい言い方へ言い換える、もしくは使用頻度が高く有用なものは他職種に解説し職種を超えて理解、使用するなどの工夫が必要です。

3. 書類は閲覧しやすい状態に 整えられている

情報の共有にあたっては情報にアクセスしやすい環境の整備が必要になります。電子カルテは他職種がお互いのデータに容易くアクセスでき、コミュニケーション・ツールとして優れた機能を発揮します。

紙ベースでのカルテを使用している施設ではカルテをはじめとした医療記録を他職種が確認できる工夫が必要になります。医師、看護師が記載するカルテと療法士が記載するカルテが分冊になっており、場所も離れた所に保管されていると情報のアクセスはしづらくなります。カルテの統一が望まれる所です。

また施設の構造的にどうしてもカルテ合冊が困難な場合は療法士側の評価、目標設定、進捗状況のサマリーが他のスタッフに伝わるような仕組みを考えなければなりません。また、リハビリテーション総合実施計画書や各職種による評価表などがばらばらに保管されていると、これも情報にアクセスしにくくなります。これら

の書類は、あるルールに基づいて、統一した保管方法がとられている必要があります。

4. SOAPなどの記載様式が きめられている

情報はそこにおかれているだけでは利用されません。たとえばSOAP形式のように決められた記載方法で統一されていることで必要な情報にすばやくアクセスでき理解可能となります。SOAP形式の記述は療法士が問題指向的に患者治療を考え整理するためのツールであると同時に他の職種がたやすく情報にアクセスできるためのツールでもあるわけです。

5. 略語集などの配慮がなされている

カルテ記載は上述のように必要な情報が不足無く記載されている必要があります。

しかし、冗長すぎる記述は読む側に余分な負担をかけ非効率です。また略語で済む所を全て正式な用語で記述しなければならないとなると、これも効率的な業務を妨げます。

どの程度まで略語の使用を認めるかは、そのカルテを閲覧する人がどのような範囲のどのような人々なのかによります

使用頻度が高く略語で言い習わされているようなものの使用は問題ないと思います。そのような場合でも略語集などを作成しておくことで他の職種が記載した略語の意味がすぐさま理解できます。

解説

SOAP形式：カルテ記載の構造化

カルテの経過記録の書き方として提唱されているのが、SOAP形式です。

(1) S (Subjective) 主観的所見

Subjectiveには主訴やその他の新たな事柄に対する患者の訴え、自覚症状を記入します。家族や看護・介護スタッフからの訴え、希望もこの部分に書き込みます。



豆知識

SOAP誕生の契機

POSは1960年代後半アメリカの医師Weedによって提唱されたカルテの記述システムです。Weedは同僚らの記載した医療記録を閲覧したときに患者の全体像を把握することがあまりに難しかったことから医療記録のあり方、記述方法の問題点を分析し、診断、治療の流れが明確に記述され、同僚医師、他の医療スタッフが閲覧した場合に容易に理解可能な記述方法を提案しました。これがPOS（問題志向型方式Problem Oriented System）であり、SOAPはPOSの経過記録を記述するための記述方法です。

このような構造的なカルテ記載方法により、患者の抱える医学的、精神的、社会的問題点にスポットを当て患者を総合的に診療していく姿勢が意識づけられ、医学教育にも資する所が大きいとされます。

(2) O (Objective) 他覚的初見

“S”で訴えられた内容に対する検査や観察などの他覚的所見を記入します。特に訴えがない場合でもバイタルサインなどの定期チェック項目があれば記録します。もちろんその他に療法士が見つけた異常所見があれば書き込みます。

(3) A (Assessment) 評価

“S”と“O”から得られた情報を元にして考察・評価した内容を書き込みます。具体的には「順調」や「悪化」などの症状に対する評価やその理由、問題解決のために考えた指導や働きかけに対する評価が含まれます。

(4) P (Plan) 計画

PlanではAssessmentを元にした今回の治療内容や今後の検査などの情報収集計画を箇条書きにします。今までの計画の変更や中止があれば書き添えます。

SOAP記載によるカルテ例

10月11日 脳血管リハビリテーション1 3単位実施
(11:05 ~ 12:05)

言語聴覚療法

S: <subjective>

“昨日家族に電話をした時、会社の課の名前が思い出せなくて困った”

O: <objective>

100語呼称検査実施: 87 / 100 高頻度後は喚語困難、もしくはかなり時間がかかる。
迂言あり情景画の説明: カテゴリーによる差は明確ではない。

A: <assessment>

意味-> 語彙へのアクセスが不十分、語彙へのアクセスを活性化するためには当該語彙の周辺の情報を与えることで、語彙へのアクセスを活性化される可能性あり

P: <plan>

現在までのプログラムに加え4) 追加
プログラム
1) 呼称練習 (低頻度後)
2) 自由会話
3) 日記
4) 同カテゴリーの事物の列挙 (朝出社までにすることなど)

10月12日 脳血管リハビリテーション1 3単位実施
(11:05 ~ 12:05)

言語聴覚療法

S: <subjective>

O: <objective>

プログラム実施
3) 日記は200字程度、錯書は5個程度、1週間には多かったカナ表記の誤りはほとんど見られない

A: <assessment>

P: <plan>

プログラム
1) 呼称練習 (低頻度後)
2) 自由会話
3) 日記
4) 同カテゴリーの事物の列挙 (朝出社までにすることなど)

10月13日 脳血管リハビリテーション1 3単位実施
(11:05 ~ 12:05)

言語聴覚療法

S: <subjective>

昨日言えたのに今日はなかなか思い出せなかった (ひげそり)

O: <objective>

プログラム実施
朝の支度: 顔洗ってから・・・あの・・・泡つけて <H: 三枚刃とかですよね>・・・そうそうひげそりで
4) ひげそり意外は必要な語はすべて産生可能

A: <assessment>

P: <plan>

プログラム
1) 呼称練習 (低頻度後)
2) 自由会話
3) 日記
4) 同カテゴリーの事物の列挙 (朝出社までにすることなど)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

9

適正なリハサービスの向上のために、データの蓄積・検証に努めよう

現代の医療では提供した医療サービスに対して、どのような効果が得られたかを実証することが求められます。

効果の指標としては患者個人の改善を表す指標、自宅復帰率などの転帰先に関する指標、さらにリハ実施によりもたらされる病院収益に関わる経営情報などがあります。

これらの情報を蓄積・分析することが、自院の回復期リハビリテーション病棟が有効に機能しているかの検証となり、患者サービスの向上に寄与することにつながります。



チェックポイント

- ☐ 患者の基礎情報を収集・管理している
- ☐ リハ効果の指標を選定し収集・管理している
- ☐ リハ医療に関する経営情報を収集・管理している
- ☐ 収集した情報を定期的に集計・分析している
- ☐ 分析結果をもとにリハサービスの検証・見直しを行っている

チェックポイントの解説

1. 患者の基礎情報を収集・管理している

自分たちが関わっている患者はどんな人たちなのだろうか。これは病院の地域における役割によって異なります。

年齢構成、性別、居住地域、疾患別、発症日、リハ病院入院日、リハ病院退院日、リハ病院入院日数、退院先、回復期退院前の急な転院、転院理由といった患者の基礎情報をまず集めてみましょう。何となく経験的に感じていたことから、自院の性格や位置づけがより明らかになります。



豆知識

情報収集の方法

①データベースソフトウェアを使う。

代表的なソフトに「FileMaker」や「Access」などがあります。例えば、1枚の名刺には、その人の名前や住所、電話番号、メールアドレスなどその人のデータが印刷されています。これを1枚のカードに置き換えて情報を残していくことを考えていけばいいわけです。カードは「レコード」と呼ばれます。名刺が5枚あれば、5レコードになります。患者一人の情報を1枚のカードに残していくと考えれば、レコード数が総患者数となります。

パソコンに詳しい人がいればその人に相談することができかもしれませんが、手引き本を見ながらデータベースを作ることもできます。手引き本も入門編から応用編まで多数市販されています。

また、収集したデータは、Excelに移すことで集計を行うことができ便利なソフトです。

②Excelに直接入力する。

収集したい情報をExcel内に直接入力して情報を収集する。

③カードに手書きで残していく。

2. リハ効果の指標を選定し収集・管理している

患者の基礎情報がおおよそ分かってきたら、次にリハ効果の指標について着手しましょう。もちろん、同時進行でも構いません。

ところで、医療の質の評価には、構造指標・

表1 データベース作成例

ID					
氏名 (かな)		年齢		性別	
住所					
居住区域					
発症日					
入院日		退院日			

表2 過程指標・成果指標に関する項目

指標	項目
過程指標	毎日のリハビリ提供量
成果指標	在宅復帰率（患者基礎情報の退院先より）
	発症からリハ病院入院までの日数
	日常生活機能評価点数（入院時）
	日常生活機能評価点数（退院時）
	重症者回復率
	ADL評価（FIMあるいはBI・入院時）
	ADL評価（FIMあるいはBI・退院時）
	改善効果（例：FIM利得、FIM効率）

取り組み例 1 西広島リハビリテーション病院

表3 2011年 FIMの改善

	入院時	退院時	FIM利得	FIM効率
全体 (484名)	67.8	89.4	21.6	0.25
脳血管疾患 リハビリ (344名)	65.2	87.3	22.1	0.23
運動器疾患 リハビリ (108名)	79.1	100.0	20.9	0.31

過程指標・成果指標がありますが、リハ効果に関する項目を選定・収集することで、この過程指標・成果指標が明らかになります。過程指標・成果指標に関する項目を表2に挙げてみました。あくまでも例ですので、自院の状況に合わせて項目を検討してみてください。

3. リハ医療に関する経営情報を収集・管理している

回復期リハビリテーション病棟の経営情報は、基本となる病棟の種類によって異なります。療養型病床を基本とする回復期リハビリテーション病棟を例にとると、経営情報として知っておいたほうが良い項目には、リハ料と入院管理料があります。

リハ料は毎日のリハ提供量によって変動がありますが、この変動は療法士の出勤数に関係します。現在入院している患者に必要な量のリハを提供するには、療法士の出勤を調整する必要があります。どの程度の調整が必要かを知る上で、日々のリハ提供量を知ることが有効です。また、回復期リハビリテーション病棟での入院管理料はすでに診療報酬で決まっていますので、入院患者数により変動します。安定した入院管理料を得るには、入院患者数の調整、つまり、回復期リハの入りの調整が必要となります。この二つを知るだけで、リハ部門として、あるいは、病棟としてどのように対処したら良いかの課題が見えてきます。

4. 収集した情報を定期的に 集計・分析している

収集した情報は集計します。集計する期間は様々ですが、1年に1回など定期的に決めておくとういことです。1年間に入院した患者数、年齢構成、平均年齢、男女人数、入院患者全体から脳血管疾患・運動器疾患の割合、また、脳血管疾患のうち脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血の割合、居住地域構成などを集計します。これにより、漠然としていた自院の状況が数値化され明瞭になります。また、ホームページに掲載されている他院の回復期リハビリテーション病棟のデータを見て比較することができます。他院との違いがあれば、その原因を探していくことも興味深い作業です。

次に、このような情報を毎年収集していくと、年ごとの変化を見ることができます。変化の原因を探っていくことが分析となります。グラフにして縦・横・斜めいろいろな角度から見て分析します。

5. 分析結果をもとにリハサービスの 検証・見直しを行っている

集計・分析を行っていくと、いくつか気づく点が出てきます。その点を考察・検証すると、リハサービスをどのように変えていったら良いかという答えが出てきます。そして、リハサービスを変更したら、改善が見られたかどうかを検証する必要があります。システムを変更したら、その前後での変化をとらえる習慣をつけておくとういでしょう。

取り組み例 2 西広島リハビリテーション病院

患者の居住地域を調べてみると、自院の近く

だけでなく他の二次医療圏域や隣県など、自動車です道1時間以上要する地域からの患者が半分以上いることがわかりました。そうなるとう、遠方のため頻回に来院することが難しい家族に対して、従来の介護指導のやり方で良いのかという問題が出てきました。また、家屋改修のための家屋調査にこちらから出向くことが難しい場合があること、さらに、退院後のフォローアップの方法も検討する必要があることがわかりました。これらは、いかに生活期にうまく返すかということであるため、退院と退院後の流れの見直しを行うことになりました。

2011年1月～12月患者居住地域 (525名)

居住地域	人数 (名)
広島市佐伯区 (*自院近く)	91
広島市 西区	49
広島市 中区	34
広島市 南区	27
広島市 東区	20
その他広島市	39
廿日市市	26
呉市	30
その他広島県	79
岩国市	77
その他山口県	37
島根県	15
その他の県	1

取り組み例 3 西広島リハビリテーション病院

回復期リハビリテーション病棟では転倒の問題は避けて通れません。最善の対策を立てるためには現状の把握が必要です。そこで、転倒に関する情報収集を例にあげます。

項目としては、患者の年齢、性別、転倒を起こした時間、場所、何をしていた時か (移乗中、起立位中、歩行中、車いす駆動中、座位中、臥位、その他など)、動作理由、現在行っている転倒対策などの情報を収集します。これらの情

報を集計・分析し、対策例を述べます。

転倒の場所は圧倒的に病室が多く、転倒時の動作は移乗中、起立位中、歩行中が同程度に多いこと、また、その行動を起こす理由は排泄が最も多く、次いで物を取ろうとするということがわかりました。これらのことから、看護師は患者の排泄パターンをつかみ、声かけを行うこ

と、療法士は看護介護スタッフとともに自室内の行動が安全に行えるかどうかを評価するチェックリスト（床頭台の下段・中段・上段のものを安全に取る、床に落ちたものを拾うなど）を作成しました。これを療法士が訓練時間内に評価し、患者の能力に合わせて自室内の環境調整を行うようにしました。

2011年1月～12月 転倒場所（217件）	
転倒場所	件数
病室	144
トイレ	24
廊下	23
ディルーム	13
リハ室	9
外出・外泊中	4

2011年1月～12月 転倒発生時の動作（217件）	
動作	件数
移乗中	48
起立位中	46
歩行中	46
車いす上	26
臥床	18
座位中	16
その他	17

2011年1月～12月 転倒発生時の行動理由（217件）	
行動理由	件数
排泄	67
物を取る	31
移乗	21
移動	15
リハ中	15
更衣	8
臥床	5
カーテン・ドア開閉	5
靴・装具の着脱	4
その他	23
不明	23



豆知識

情報収集を継続させるコツ

情報の収集の必要性はわかっているけれども、なかなかできないという声をよく聞きます。それはなぜでしょうか？理由としていくつか考えられます。

- ①データベースを作る人がいない。作る時間がない。
- ②どんな項目を情報として集めたら良いかわからない。
- ③情報を集める時間がない、あるいは入力する時間がない。
- ④最初はやっているが、いつの間にかやらなくなっている（継続の問題）

①②については、これまで紹介してきました。ただ、最初からたくさんの情報を集め、完璧にしようと思わないことです。最初は簡単な項目から始めて、とにかく集計をしてみることです。そうすると思わぬ感動があります。それから、次にどんなことが知りたいかを考えて少

しずつ項目の増減をしていけばいいと思います。

③については、療法士にとって、情報を残す（入力）作業は、直接業務に比べてそれほど重要ではないと思われるがちで、個々の療法士の仕事の中で優先順位が下がる傾向にあります。例えば、退院時作業の一連の流れに組み込むといった工夫が必要です。作業は、簡単でせいぜい5分以内で終わらせるようにします。最後に④を含めて、これらをうまく行うためには、情報収集の管理責任者（ある程度の権限のある人）を決めることです。きちんと情報が入っているか、いつも情報が入らない療法士は誰か、どうしたら情報が入るようになるかを考えることは教育にもつながります。

一方で、療法士は、「少し良くなった」「徐々に改善している」という言葉をよく使います。何をもって『良くなった』と言うのでしょうか。自院のリハは、歩行について、入院時このくらいの患者は、この位まで良くなるということを、他職種をはじめとして、患者・家族に説明できることはリハの根拠として大切です。それは、療法士にとっての自信であり、次への課題にもなるのです。

回復期リハビリテーション病棟に配属されている療法士（PT・OT・ST）の多くは経験年数が少ない傾向にあります。

質の高いサービスを提供するためには、新人・卒後教育や管理者育成プログラムの体制を構築し、その教育を受ける機会を保障する必要があります。



チェックポイント

- ☐ 職場基盤型の教育プログラムが体系化されている
- ☐ 経験や職位等に応じた教育が行われている
- ☐ 外部の研修会等に参加する機会がある
- ☐ 職員育成のための職能評価が行われている
- ☐ 時間・費用・場所等の教育環境が整っている

チェックポイントの解説

1. 職場基盤型の教育プログラムが体系化されている

回復期リハビリテーション病棟に従事する療法士は心身機能を向上させるとともに実際の病棟生活状況を照合・分析しながら自立に向けた訓練プログラムを立案する必要があります。また、これらを多職種から行うことはいうまでもありません。このような療法士のアプローチの視点を以下（表1）のように整理することができます。

表1 回復期リハビリテーション病棟に従事する療法士によるアプローチの視点

- 1) 心身機能の評価
- 2) 実際の病棟生活状況の評価
- 3) 1)と2)との照合・分析・アプローチ
- 4) 多職種との協働（チームアプローチ）のための手順提示
- 5) 多職種チームをまとめること

療法士には、その経験に合わせて表1の流れにそった段階的な教育体制が必要になってきます。その際、指導を誰が行うのか、またその対象はどのレベルか、についても十分考慮して進めることが肝要です（表2）。

表2 教育の進め方におけるポイント

- 1) どのような職種や立場の人（達）が
- 2) どのような職種や立場の人（達）を対象に
- 3) どのような場で
- 4) どのような内容について
- 5) どのような方法で

特に表2の3)～5)の捉え方や進め方においては、OJT(On the Job Training; 職場内教育)とOff JT (Off the Job Training; 職場外教育)に分けて考えることも参考になります（表3）。特に、回復期リハビリテーション病棟ではOJTの場が「リハビリテーション室」と「病棟」の二つあることが特徴と言えます。このような考

え方・動き方を踏まえて、勤務する施設形態やリハ部門の体制を反映した職場基盤型の教育体系づくりが必要になると思われます。

表3 教育の場による分類

OJT (On the Job Training)
職場内（臨床現場）で行われ、スタッフが仕事をとおして業務遂行に必要な能力を身につけるための教育
Off JT (Off the Job Training)
職場から（臨床現場）離れ、職場の内外において、一堂に会して仕事上の必要な知識や技術を習得するための教育

2. 経験や職位等に応じた教育が行われている

経験や職位ごとの教育プログラムの基盤はやはり療法士ごとの職種プログラムだと思われます。表1に示した1) から4) が、これにあたります。施設によっては心身機能の評価にとどまっている場合があるため、回復期リハビリテーション病棟においては多職種チームによるアプローチをどのように進めていくかまでを含めた教育プログラムが必要になります。これを経験年数ごとに習得できるようなプログラムが求められ、また5) についてはより経験値の高い療法士が対象になると思われます。

多職種協働となると、カンファレンス等に代表されるような他の専門職との情報（意見）交換、さらには患者・家族への説明など、専門的な知識・技術の提供だけではすまされない場面も現実には多々経験します。したがって、どのような方法で専門職の考えをまとめ・伝え・理解してもらうかは多職種協働ならではの貴重な経験です。この点は療法士のみならず専門職全般

に言えることです。したがって、表4に示すように、全職員を対象としたものから特定の領域の対象者までを分けて行うことが効率的・効果的な教育につながるものと考えられます。

表4 対象者別教育プログラム¹⁾

1) 職種別プログラム：各職種に基づく対象設定
2) 全職員プログラム：全職員
3) 経年別プログラム：臨床経験年数に基づく対象設定
4) 役職者別プログラム：師長、課長、主任など役職に基づく対象設定
5) 能力別プログラム：実践能力に基づく対象設定
6) 役割別プログラム：

3. 外部の研修会等に参加する機会がある

研修の種類は①専門領域の研修会や②多職種参加型の学会・研究会、そして③専門的な技術講習、さらには④ファシリテーションやコーチング等々といったマネジメントに係る研修などに分けることができます。これらを、経験年数別や役職者別に組み合わせて参加者を選定する必要があります。療法士の所属する部門は病院（法人）の提示する次年度の活動方針に則って、教育研修といった種々の取組みを行い、その中で先の種々の研修を組み込んで予算化することが大切です。研修の種別や参加数の確定後は、必要な費用等について事務部門担当者との協議に入り、病院の予算等との整合性を図ります。最終確定の後は職員全体へ周知することが望ましいですが、部門内においては共有していただきたいと思います。

4. 職員育成のための職能評価が行われている

どのような仕事をするにしても、その仕事に関する知識、技能、そして職務に耐えうる体力が基本です。また、仕事の状況に応じた判断力や即応力を養う必要があります。加えて頑張ろうという意欲がなければせっかくの能力を発揮できず、良い結果にはつながらないものです。これら職員の業務意欲向上と職務遂行能力のレベルアップのために行う評価する仕組みが必要になってきます（表5）。

表5 人事考課の目的

1) 取り組み姿勢・職務遂行能力の自己評価を行い、自身の特性を把握し、改善に役立てる。
2) 職員の取り組み姿勢を評価し、指導育成に役立てる。
3) 職員の職務遂行能力を評価し、能力の向上に役立てる。
4) チームの成果を評価し、参考となる成功事例は公開し、質の高いチーム医療の提供に役立てる。
5) 評価結果を職員の処遇（昇給・昇格・昇進・賞与）に反映する。

さらに職員育成にあたっては職員の成長度を測ることも必要です。職能評価は人事考課の中

の一つに位置付けられ、職務の遂行能力を測るものです（表6）。

表6 人事考課の内容

1) 姿勢（情意）評価
どのような態度や姿勢で仕事に取り組んだか、努力度を評価する。具体的には責任性・積極性・協調性・規律性等で表現する。
2) 職能評価
職務遂行能力の到達度を評価する。具体的には職務に必要な知識や技術、理解力等々で表現する。等級・職種により評価基準が異なる。
3) 成果（実績）評価
期待される仕事のレベルに対する実績を示したかを評価する。具体的には部門やチームあるいは病棟単位で評価基準（在宅復帰率・入院期間等々）を設けて達成度を評価する。
4) 総合評価
上記1)～3)の総合評価

ただし、この職能評価を実施するにあたっては、その部門での具体的な業務内容を整理する必要がある、職種別のプログラムと整合性を保つことが望まれます。その上で、個人の一定期間ごとにあるべき姿をある程度イメージできるように、また、個人の目標を設定しやすい項目を提示することが大切です（表7）。

表7 評価項目と評価ウエイトのイメージ



5. 時間・費用・場所等の 教育環境が整っている

職種別のプログラムをもとに、OJT・Off JTに合わせて研修を推し進めることになります。しかし、臨床場面では知識や技術を直接的な指導からリハの展開の仕方や考え方まで幅広い指導となる場合が多く、業務時間内外の時間を要しますので、あらかじめ教育（指導）に要する時間を確保することが望まれます。特に経験の浅い療法士が多く勤務する部門においては、リハの質を担保する上でとても重要な取り組みとされます。このような体制を構築するには人材育成の認識を事務部門と共有することも必要になります。

文献

1) 舟島なをみ：院内教育プログラムの立案・実施・評価. 医学書院. 2010.pp12

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

おわりに

平成22年に回復期リハビリテーション病棟協会 セラピスト10ヵ条が策定され、約3年が経ちました。この間、10ヵ条の内容やチェックリストの説明を研修会など様々な機会を通して行ってきました。今回、本ガイドブックの配布により更に多くの施設で10ヵ条の内容が認識され、セラピスト業務の指針となることを願っています。

セラピスト10ヵ条は固定化されたものでなく、セラピストの業務実態を反映させながら、より理想的な形態をめざしていくためのものです。このため今後当委員会ではセラピスト10ヵ条が実際に現場でどの程度浸透し各項目が実現されているのかを調査し、問題点を検討し研修会などへ反映させていく、さらに10ヵ条の項目自体も再検討していく予定です。セラピスト10ヵ条の更なる深化にむけて会員施設のセラピストの皆様のご協力をお願いいたします。

最後に当ガイドブック作製にあたり多くの会員施設より資料提供などのご協力をいただきました。この場を借りてお礼申し上げます。

回復期リハビリテーション協会 PTOTST委員会
セラピスト10ヵ条担当委員

セラピスト10ヵ条ガイドブック

発行責任

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 P T O T S T 委員会

P T O T S T 委員長 斎藤 秀之（筑波記念病院）

副委員長 沖田 啓子（西広島リハビリテーション病院）

委 員 松木 秀行（近森リハビリテーション病院）

小泉 幸毅（小倉リハビリテーション病院）

奥山 夕子（藤田保健衛生大学七栗サナトリウム）

後藤 伸介（やわたメディカルセンター）※

淵 雅子（誠愛リハビリテーション病院）

砂古口雅子（森之宮病院）※

佐藤 浩二（湯布院厚生年金病院）

椎名 英貴（森之宮病院）※

井手 伸二（長崎リハビリテーション病院）

森田 秋子（医療法人輝生会 本部）

※：セラピスト10ヵ条ガイドブック担当委員

発行日 2014年2月10日

連絡先

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

〒151-0071東京都渋谷区本町3-52-6 京西ビル202

電話：03-5365-8529 FAX：03-5365-8538

E-mail：kaifukuki@rehabili.jp ホームページ<http://www.rehabili.jp>

