

職種別ワークショップ

職種別ワークショップ1~3

職種別ワークショップ1 ケアマネジャーセッション

「難病ケアマネジメントを正しく理解しよう！」

座長略歴

□ 白澤 政和

大阪市立大学大学院修了、大阪市立大学大学院生活科学研究科教授を経て、現在名誉教授、博士（社会学）、日本学術会議第20～22期会員、日本ケアマネジメント学会理事長、日本在宅ケア学会理事（前理事長）、日本社会福祉学会前会長、日本介護福祉学会副理事長、現在の研究の主たる関心は、個人支援のケースマネジメントと地域支援のコミュニティマネジメントを連動させ、一体的な方法を確立することにある。

□ 石山 麗子

厚生労働省老健局振興課 介護支援専門官。
博士（医療福祉学）。主任介護支援専門員。
平成4年～障害福祉、平成13年～介護保険制度における高齢者介護の実践を経て、平成28年4月～現職。

演者略歴

□ 小森 哲夫

1978年 弘前大学医学部卒業
1982年 弘前大学大学院修了 医学博士
1983年 国立武蔵療養所神経内科 医員
1984年 都立神経病院神経内科 医員
1989年 ウェスタン・オンタリオ大学 臨床神経科学教室
留学
1990年 都立神経病院神経内科 医員（復職）
1992年 同 医長
2006年 埼玉医科大学神経内科 助教授（准教授）
2010年 国立病院機構箱根病院 特命副院長
2011年4月 国立病院機構箱根病院
神経筋・難病医療センター 院長

□ 平岡久仁子

帝京平成大学現代ライフ学部人間文化学科教授
神奈川県総合リハビリテーションセンターを経て、帝京大学医学部付属病院 医療連携・相談部医療福祉相談室勤務。2014年より、帝京平成大学現代ライフ学部人間文化学科教授。
資格：社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員

□ 井上 優子

平成13年 介護支援専門員資格取得
平成16年 介護福祉士取得
平成23年 主任介護専門員取得

OWS-1-1

難病と難病ケアマネジメントの構築

小森哲夫

国立病院機構箱根病院 神経筋・難病医療センター

難病への政策的支援は、昭和47年に難病対策が始まって以来、厚労省の予算事業として積み重ねられてきたが、平成27年1月1日施行の「難病の患者に対する医療等に関する法律」(以下、難病法)により、法律に則った医療や支援体制が構築されつつある。難病法では、難病を「発症の機構が明らかでなく治療方法が確立していない希少な疾患であって長期の療養を必要とするもの」と定義している。このような疾患は幾千もあると考えられるが、その中で医療費の助成などを受けられる疾患は指定難病と言われて306疾患が指定されている。在宅療養では、介護保険が優先的に利用される制度となり、今回の難病法においては介護支援専門員やホームヘルパーによる支援を充実させるための人材育成も重要視されている。

平成12年に介護保険が導入されて、それまで医療が在宅療養支援の全てをカバーしていた難病に介護の視点が加わった。その司令塔である介護支援専門員の存在感は徐々に増し、難病患者の在宅療養に欠かせないキー・プレイヤーとなった。しかし、難病患者の療養生活は医療の必要度が高く、ADLの制限や呼吸・嚥下・コミュニケーションなどの人が生きるための基礎的病態の進行もみられる。医療処置も次々加わるため、通常のケアマネジメントとは異なる側面があることも事実である。そのため、難病ケアマネジメントが多くの介護支援専門員に好まれているとは言い難い。

平成26年度と27年度に、厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難病患者等の支援に関する研究」班での検討を通じて難病ケアマネジメント研修テキストを作成した。折しも、市販にこぎつけたところである。平成28年度は介護支援専門員研修が改定されるタイミングにもあたり、ケアマネジメント研修全体の構成を意識しつつ、難病を知ること、難病ケアマネジメントの特徴を知ることを通じて、多くの介護支援専門員が難病ケアマネジメントへ参入する手引きとなる内容とした。

今回の講演では、難病ケアマネジメント研修テキストの紹介とともにテキストの評価と改定に向けた意見を頂くこととしたい。さらに、難病支援を継続してきた医師としての視点から、難病患者を支える多職種連携において難病ケアマネジメントが果たす役割やそれを担当する介護支援専門員への期待を述べたい。

OWS-1-2

難病ケアマネジメントを正しく理解しよう！

平岡久仁子

帝京平成大学現代ライフ学部 人間文化学科

難病の患者は、多くの場合、生涯に亘って医療とのかかわりが必要になります。疾病の進行や合併症などによる心身の障害への対応や、高齢化に伴い介護の必要度が増すことも予測して、医学的対応のみならず、介護・福祉分野からの支援が必須です。また、患者にとっては、医療の受け方、どこで誰と、どんなケアを受けて暮らすのかなどについて、患者自身が意思決定できるための正確な情報提供に基づいた相談と、心理的支援が必要です。

ケアマネジャーが患者・家族や医療機関などから相談・依頼を受ける際には、いつ、どこか、だれが、どのような支援サービスの必要性を判断しているのか把握し、医療と介護・福祉の、それぞれの役割と機能を理解して連携体制を築くことが重要です。

一方で、さまざまな機関や職種との出会いが、患者・家族にとっては、難病によって別世界に引きずり込まれたような不安やある種の恐怖感を抱かせることは、容易に想像できます。ケアマネジャーが関わるときには、患者の病状や今後の進行予測を知ることはもちろんですが、患者・家族の不安や恐怖などの心理的な状態についても、関係者と情報共有して、適切な配慮に裏打ちされた対応が求められます。

ケアプラン作成には、発症・診断時から利用する医療保険、介護の必要性が生じたときの介護保険、さらに医療的ケアや移動介護などに常時介護が必要になった場合の障害福祉サービスなどの組み合わせを考慮することになります。さらに、難病法における、医療費助成、人工呼吸器使用患者の訪問看護事業などのほか、難病相談支援、治療研究事業の推進、就労支援などが含まれます。

在宅療養支援制度(難病含む)



OWS-1-3

50代での若く進行の早い多系統委縮症の事例

井上優子

(有) 長沢赤羽調剤薬局

多系統委縮症と診断がついてから亡くなるまで4年、介護状態となって2年という短い期間であった。まだ50代という若さでの発症で女性という事もありオムツ交換や入浴の介助には抵抗があり配慮が必要であった。また極めて進行の早い事例であったため日に日に出来ないことが増えていく中で本人の生きる希望や目標を設定するのは難しい状況であった。完治が難しいことから本人や家族に対して病状の経過や見通し、告知、受け入れ確認など医療関係者、介護関係者を含めて関わる全ての関係者の辛い作業となった。担当ケアマネージャーとして進行性であったためサービスの調整や必要な機器の導入を敏速に行う必要があった。障害福祉課、医療関係者と常に現在の状況を共有し専門的な助言を出し合う状態を確保していた。また必要な機器の導入の時期を何度も検討を行った。本人や家族の病状の説明、受け入れの確認は医療従事者が行い不安感へのフォローは介護従事者、ケアマネージャーが主に担当した。24時間対応を行い、特に夜間の対応を行う吸引の出来る訪問介護員がいる事業所の確保は北区では当時難しくまた、難病の知識不足、障害福祉の知識不足がケアマネージャーにあったため問い合わせや検索に多くの時間を費やした。病状の速さに追われて本人の生きる楽しみや希望を優先できなかった事、またコミュニケーション手段の確保に至ることができなかった事例です。



職種別ワークショップ2 専門看護師・認定看護師セッション

「専門看護師・認定看護師を目指す人へ ～看護学に基づいた地域創造へのチャレンジ～」

座長略歴

□ 平原 優美

1987年3月 島根県立総合看護学院 保健学科卒業（現・島根県立大学看護学部）
 2011年3月 首都大学東京大学院 博士前期課程 人間健康科学研究科 在宅看護CNSコース修了
 2014年4月 首都大学東京大学院 博士後期課程 人間健康科学研究科 看護科学域入学

1987年4月～1990年3月 島根県立中央病院勤務。
 1990年4月～2000年、2002年～2005年9月 ふれあい訪問看護ステーション所長、スーパーバイザーを経て退職。
 2006年 訪問看護認定看護師取得後6月より 財団法人 日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション所長。
 2011年4月より公益財団法人 日本訪問看護財団となり、現職。
 著書：『系統看護学講座 在宅看護論』（医学書院、共著）
 『新版訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル』（日本看護協会出版会、共著）
 『訪問看護お悩み相談室』（中央法規、共著）
 『家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル』（日本医事新報社、共著）
 その他：日本ホスピス緩和ケア協会 外部理事

□ 長内さゆり

2016年4月～：札幌保健医療大学 地域・在宅看護学 講師 在宅看護専門看護師（2012年日本看護協会認定）
 北海道札幌市出身 1991年に宮崎に転居、2016年4月に札幌市へ転居
 1980年3月に北海道大学医学部付属看護学校卒業 2006年に宮崎県立看護大大学院修了 2010年に首都大学東京人大学院修了
 1980年4月～北海道大学医学部付属病院勤務 1994年から訪問看護ステーションに勤務
 2011年10月～古賀総合病院副看護部長兼訪問看護ステーションとケアプランセンターの管理者兼務し、地域連携室にも勤務し、
 2015年2月にホームホスピス宮崎で訪問看護ステーションぱりおん新規開設、所長
 2016年4月より現職

演者略歴

□ 長内さゆり

2016年4月～：札幌保健医療大学 地域・在宅看護学 講師
 在宅看護専門看護師（2012年日本看護協会認定）
 北海道札幌市出身 1991年に宮崎に転居、2016年4月に札幌市へ転居
 1980年3月に北海道大学医学部付属看護学校卒業 2006年に宮崎県立看護大大学院修了 2010年に首都大学東京人大学院修了
 1980年4月～北海道大学医学部付属病院勤務
 1994年から訪問看護ステーションに勤務
 2011年10月～古賀総合病院副看護部長兼訪問看護ステーションとケアプランセンターの管理者兼務し、地域連携室にも勤務し、
 2015年2月にホームホスピス宮崎で訪問看護ステーションぱりおん新規開設、所長
 2016年4月より現職

□ 野崎加世子

1978年 岐阜市立看護専門学校卒業
 1978年 岐阜市民病院入職
 1994年 岐阜県看護協会高山訪問看護ステーション入職
 2000年 介護支援専門員取得
 2007年 日本看護協会認定訪問看護認定看護師取得
 2009年より 日本訪問看護認定看護師協議会 会長
 2013年より 岐阜県訪問看護ステーション協議会 会長
 2016年現在
 公益社団法人岐阜県看護協会立訪問看護ステーション高山
 ケアプランセンター高山 管理者
 主な著書
 学研メディカル秀潤社『よくわかる在宅看護』2012年 共著
 日本看護協会出版会『訪問看護ステーション経営のコツ』2014年 共著

□ 長川 清子

1991年 板橋中央看護学校卒業後、総合病院での臨床、外来勤務
 2001年 介護支援専門員取得 居宅介護支援事業所勤務
 2002年 同法人内 訪問看護ステーション勤務 管理者を経験
 2013年 聖路加看護大学看護実践開発研究センター卒業 訪問看護認定看護師取得
 2014年 東京都立北療育医療センター勤務にて 重症心身障害児者の療養を学ぶ
 2015年 北区医師会訪問看護ステーション内で 在宅療養相談窓口専任として従事

OWS-2-1

ホームホスピスの原点を考える ～地域づくりにおける在宅看護専門看護師の役割～

長内さゆり

札幌保健医療大学

ホスピスの原点は、死に直面している患者さんやその家族に対する温かいもてなしの心です。

私が今年の3月まで所属していた「ホームホスピス宮崎」は、そんなホスピスの心が宮崎の地に広く浸透し、市民が安心して最期まで生きていける環境を整えることをめざし、医療・介護・保健関係者の他、さまざまなボランティア、町内会等の地域の方々を巻き込み、『宮崎をホスピスに』を合言葉に活動を続けています。

誰もが住み慣れた自宅で最期まで過ごせるとは限らず、家族や住居の関係等でどうしても自宅での生活が続けられなくなった場合、なじみの人たちに囲まれその人らしい人生を全うできる自宅でも施設でもない「もう一つの居場所」である『かあさんの家』をホームホスピス宮崎は設けています。

そのような環境の中で、私は「在宅看護専門看護師」として訪問看護に携わり、「かあさんの家」をはじめ、在宅で活躍するヘルパーさんを対象に「痰の吸引や経管栄養等」の指導にも携わりました。その他、訪問看護師が「がん患者さんのケア」の現場で知識や技術面で困らないように「がん緩和ケア関連」で活躍する専門看護師・認定看護師と連携を深め、顔の見える関係づくりと知識・技術の向上を目指した研修会を企画・運営もしました。市民向けには、「ホームホスピス宮崎」が企画・運営する市民フォーラムに協力しました。

訪問介護のヘルパーさんへの指導、訪問看護師へのさまざまな知識・技術向上のための研修会、市民フォーラムの開催・運営・協力も結果的に、在宅で療養生活を続けていく方々への質の高い、安心できる支援につながります。ホスピスの心が宮崎に浸透し、住み心地の良い宮崎の基盤づくりにつながっていくと思います。

私たち、地域・在宅で活動する専門看護師や認定看護師は、地域の中で率先して「その人らしい人生を全うできる環境(基盤)作り」をしていかなければならない立場にあると思います。

2014年には、高齢化率26%を超え、今後訪れる超高齢化社会(2060年には、高齢化率39.9%、75歳以上の超高齢化率26.9%と予測)に向けて、最期まで在宅で生活を続ける方々の増加が見込まれます。

生活の場である居宅の環境を整えること、地域で暮らす住民がホスピスの心を持ち、お互いに支え合い、温かいもてなしの心を兼ね添えた社会を目標に地域づくり、人材育成に取り組んでいきたいと思っています。

OWS-2-2

地域包括ケアシステムの中での訪問看護の専門性を考える【訪問看護認定看護師の立場から】

野崎加世子

一般社団法人訪問看護認定看護師協議会 会長

高齢になっても、障害をもっても、自分らしく住みなれた療養生活を送りたいと望む方々は多い。普通の生活を送りたいと願う療養者に、看護の分野は訪問看護をはじめ在宅看護活動の量的、質的充実が求められると共に、地域包括ケアシステムをうまく機能させるキーパーソンとしての役割と期待も求められている。

このような、在宅医療の推進の中、訪問看護師が自ら高度実践の質の保証や、地域での活動の拡大ができる質の高い訪問看護師のリーダーを養成するために、2005年訪問看護認定看護師教育課程が開設された。現在、500名の名の訪問看護認定看護師が病院・施設訪問看護ステーション等あらゆる場所で活動している。

筆者は、総合病院や診療所勤務の中で、療養者が、住み慣れた地域、希望する場所で、安心して療養生活を送れるよう支援することの必要性を痛感し訪問看護師になった。しかしその日々の業務の中で、自分の看護を言語化し根拠をもって人に伝えることや、医療ニーズの高い療養者等へのケースマネジメントの困難さに直面し、スペシャリストとしての訪問看護認定看護師の道を選んだ。認定になった当時は、仕事に追われ、やりたいことに取り組めない等など不安や戸惑いも多かったが、認定の仲間や先輩に助けられ今できることからコツコツ活動し、その中で認定看護師としての役割を学んだ。

訪問看護認定看護師の9年間の活動から、スペシャリストとして求められていることは、

1つは、病院から在宅に移行する医療ニーズの高い療養者や終末期の方、障がい児・者等に対して、専門的看護技術・知識を提供し、安心して在宅生活が行えるよう、かかりつけ医師や歯科医師・薬剤師・ケアマネジャーや多職種と連携しより良いネットワークの構築をしていくことだと考える。それには、個々の療養者に質の高いアセスメントを行い自分の看護を言語化し伝えること、アサーティブなかわりを常に意識することが大切となる。2つ目として、地域全体の課題に目を向けて、専門・認定看護師同士が所属や部署を超え連携や情報交換の機会を積極的にもち、リーダーシップをとって活動していくことだと考える。今回、会場にお越しの皆様と共に看護の専門性についてディスカッションできることを楽しみにしている。

OWS-2-3

訪問看護認定看護師が活動する場 ～在宅療養相談窓口の在宅医療支援員としての活動を通して～

長川清子

一般社団法人東京都北区医師会 在宅療養相談窓口

2025年にピークを迎える超高齢多死社会を乗り切るため、東京都では地域における在宅療養支援の役割分担を明らかにし、都内全域で地域の実情に応じた在宅療養の推進を図るため、2010年に「東京都療養推進会議」が設置された。2013年、入院早期から退院後に向けて取り組むべき事項を段階的にまとめた「東京都退院支援マニュアル」が作成された。2015年には都内すべての病院を対象に退院支援強化研修が実施されマニュアルが配布されている。並行し2010年「在宅療養支援窓口」の必要性が示され、区市町村の設置と在宅療養支援員の配置が進められている。現在17区6市1町3村で在宅療養支援窓口が設置されている。この事業を訪問看護ステーションに従事する在宅専門看護師、訪問看護認定看護師が協働して行う画期的な仕組みと期待される効果について報告する。

北区では、2014年12月にモデル事業とし「北区在宅療養相談窓口」以下「相談窓口」が行政と東京都北区医師会との協定で北区医師会訪問看護ステーション内に設置された。相談窓口は在宅療養支援員が対応し、地区別に在宅専門看護師1人と訪問看護認定看護師6人を配置しアウトリーチする仕組みである。相談対象者は、区内外の第2次医療・第3次医療の専門職としている。それぞれの区市町村独自の資源やサービスの質までは把握が困難な、退院調整看護師やMSWにとって、地域へ繋ぐためのワンストップ機能を果たしている。また、がん末期や難病等で退院を急ぐ必要があるケースでは、マネジメントも同時に行えるため、スピーディーな移行支援ができる。その人らしく生ききるための意思決定支援や自立支援は看護そのものであり、これこそが在宅移行支援の肝の部分である。訪問看護認定看護師が退院から在宅への移行期に関わることは効果的な役割である。

退院相談や退院調整でのアウトリーチは相談件数全体の1割程度で、すべてが在宅に移行できていないのが現状にある。しかし、入院先の医療機関に地域の訪問看護師と共に在宅療養支援員が出向くことで、療養者や介護者が在宅へ向かうためのAPC(アドバンス・ケア・プランニング)を支援でき、覚悟をもって在宅療養へ踏み切ることができる。今後は、入院中の高齢者だけでなく全ての年齢、外来通院治療者まで拡大して対応できるよう医療機関と切れ目のない連携と、地域資源の把握や地域づくりに取り組む必要がある。

職種別ワークショップ3 訪問リハビリセッション

「訪問療法士に必要なフィジカルアセスメントに基づくリスク管理」

座長略歴

□ 大越 満

平成5年3月 福井医療技術専門学校 作業療法学科卒業
平成16年3月 広島大学大学院 保健学研究科 博士課程前期修了
平成18年 日本訪問リハビリテーション協会 理事 就任
平成24年2月 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 勤務

《執筆》

地域作業療法学第2版. 医学書院, 2012

認知症ステージアプローチ入門. 中央法規, 2013 等

《他》

日本作業療法士協会 認定作業療法士 (第606号)

介護支援専門員実務者研修修了 (平成10年)

日本訪問リハビリテーション協会認定訪問療法士 (第7号)

□ 下田 信明

国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院作業療法学科卒業。作業療法士。博士 (保健医療学)。

主な著書: ADL (羊土社, 2015)。

作業療法士による在宅リハビリテーションの実践. 在宅ケア学第1巻 (ワールドプランニング, 2015)。

主な論文: 作業療法士による訪問リハビリテーション・サービスの実践 (作業療法, 1995)

演者略歴

□ 柴山志穂美

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 修士課程卒業
看護師として病院勤務の後、在宅を経験。多職種連携や生活全般のマネジメントに魅力を感じ、2000年介護支援専門員。地域のケアマネジャー連絡会会長を勤める。介護老人保健施設の相談員を1年経験。2012年より現職。看護師、主任介護支援専門員
共著:

標準介護予防ケアマネジメント. 2007. 日総研出版

介護予防ケアマネジメントガイドブック. 2007. (株) 中央法規出版

サービス担当者会議マニュアル. 2012. 中央法規出版

ケアマネ1年生 はじめての多職種連携. 2013. 中央法規出版

ケアマネ1年生 はじめてのモニタリング. 2013. 中央法規出版

□ 原田 祐輔

2006 作業療法士免許取得
鶴巻温泉病院リハビリテーション部
(回復期リハビリテーション専従)

2010 鶴巻温泉病院リハビリテーション部
(訪問リハビリテーション専従)

2011 杏林大学保健学部作業療法学科 助教

現在に至る

-非常勤-

2013 つるかめ訪問看護ステーション

2015 訪問R-station

□ 山口幸三郎

平成10年3月 神奈川県立伊勢原高等学校卒業

平成17年3月 学校法人小関学院 専門学校東都
リハビリテーション学院卒業

平成10年4月 レストラン ル・シャレー 入職

平成17年4月 医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院
リハビリテーション部 入職

平成22年4月 医療法人社団三喜会 鶴巻訪問看護ステーション
転籍 訪問リハビリテーション部門主任就任

平成24年8月 有限会社たくみケアサービス つるかめ訪問看護
ステーション 入職

訪問リハビリテーション部門係長就任

平成27年3月 株式会社Re ambitious 訪問R-station 入職
訪問看護ステーション所長就任

資格:

平成17年5月 理学療法士免許 取得

平成24年9月 心臓リハビリテーション指導士 取得

平成27年3月 認定訪問療法士 取得

OWS-3-1

訪問におけるリスク管理概論

柴山志穂美

杏林大学保健学部看護学科 看護養護教育学専攻

地域包括ケアシステムの確立に向け、在宅医療・介護連携や介護予防が推進される中、リハビリテーションは重要であり、訪問療法士に期待される役割は大きい。訪問系サービスは、個別性のあるサービスが提供でき、その評価が実感できる一方、一人で居宅を訪問することによる不安や責任の重さも感じるのではないだろうか。医療機関とは異なる在宅の環境で、不測の事態に適切な対応ができるためには、フィジカルアセスメントに基づくリスク管理と、ケアチームによる連携が欠かせない。

リスクを把握するためには、利用者の生活背景や疾患・症状などの基本情報から、今後どのような変化が考えられるかを予測し分析することから始まる。その第一歩が、サービス依頼に伴う医師やケアマネジャー・地域包括支援センターからの情報を意図的に収集することである。まずは、主治医の指示書やサービス依頼書の着目点を確認したい。その上で、サービス担当者会議や、退院前カンファレンスの場で、医療・福祉の専門職による多様な分析の視点を統合しながら、アセスメントが深まっていく。特に高齢者の場合には、予備力の低下や複数の疾患を抱え合併症を起しやすといった、リスクが重なる。また、入院やショートステイ・デイサービスの新規利用など、環境変化が要因となる精神障害も視野に入れる必要がある。このように、在宅でのリスク管理においては、疾患や身体的なアセスメントに加え、社会資源の利用状況など、全体像を総合的に捉える必要がある。

そして、訪問時に直面する、利用者の状態変化や緊急事態への対応・判断のためには、変化を捉える観察力と、ケアチームの連携が鍵を握る。訪問リハビリのサービス提供前後の観察では、血圧、脈拍、呼吸数、顔色など一般状態とあわせて、事前アセスメントに基づく留意点を意識することで、変化に気づく目が養われる。在宅では、医師や看護師が24時間側にいる環境ではないため、次の訪問までに考えられるリスクについて、利用者や家族が理解し対応できるように指導することも役割の一つである。そして、家族も含め関わる人々が、それぞれの持っている情報をつなぐことで、「いつもと違う」利用者の状態変化の兆しに気づき、対応することが可能となる。つまり、実際は一人で訪問していても、ケアチームがつなぐ情報によって支えられていることになる。

これらを踏まえ、疾患や症状から予測される対応について、意識障害、転倒、嘔吐、気分不快など、訪問場面で遭遇するような事例を基に、共に考える機会としたい。

OWS-3-2

リスク管理の経験を語る

原田祐輔

杏林大学 保健学部

地域医療の重要性が示唆され、訪問リハビリ（以下、訪問リハ）に携わる作業療法士も増えていくことが推察される。しかし、訪問リハは単独で利用者の在宅に伺いサービスを提供するというその特殊性により、携わる療法士はリスク管理に対する不安を抱えていることが考えられる。療法士が訪問リハに従事する、または継続的に訪問リハに携わる上でこの不安を軽減することは大変重要であり、リスク管理に対する知識や対処方法における共有が求められている。

訪問リハでのリスク管理において、私が大切にしていることは、「気づき」である。表情や動作の観察、バイタルサインの確認、問診を通して、「いつも（前回）と違うところがないか」ということを確認する（気づく）ことが、リスク管理の第一歩と考える。

また、訪問リハのリスク管理においては、予見だけでなく、実際に対処が必要な場面に遭遇した際に、どのような対処方法がとれるのかを準備（確認）しておくことが大変重要である。

このように、訪問リハでは、「いつでも何かのアクシデントが起こるかもしれない」という心構えを持ちながら、リスクを予見して回避すること、また回避できなかった場合の対処方法を検討しておくことが必要である。

今回は、以上のような背景のもと、実際の訪問リハ場面における、転倒や出血、ルートトラブルなどのアクシデントに遭遇した際の対処について後方視的に検討し、報告する。

OWS-3-3

訪問療法士に必要なフィジカルアセスメントに基づくリスク管理

山口幸三郎

株式会社Re ambitious 訪問R-station

地域包括ケアシステムを掲げた国の方針として、地域で支えることを前提に動き出している。入院期間は縮小され、在宅への移行が加速的に進められている。その中で在宅生活を担う受け皿として、訪問療法士の役割がとても重要になってくる。

訪問療法士はコミュニケーションスキルや個々の評価技術・状況把握能力、環境調整能力が必要と考える。

在宅でアプローチしていくためには、その場で判断し行動することが多い。しかし時として現場での判断がつきにくい状況がある。

立場上、現場スタッフから電話で報告が入ってくる。しかし現場の状況を直接見ていないことからスタッフからの情報を的確にとらえながら、正確にアセスメントしリスク管理を伝えることは至難の業である。また、毎朝のミーティングで情報共有を行っていても共通の認識を持つことはかなり難しい。利用者の唇の色ひとつをとっても、蒼いのか、紫なのか、赤いのか、話し手と聞き手では実際に診ていない場合の状況判断はつきにくい。

そのギャップのために初動対応に遅れをとってしまった経験がある。そこで当事業所ではタブレット端末を用い、写真や動画をとりながらリアルタイムで何が問題なのかを客観的にとらえ情報共有し、アセスメントできるようにしている。リスク管理を共通認識のもと行うことで、現場のスタッフが不安を抱えることが少なく日々の業務に取り組めるようにしている。

今回は現場と管理場面との情報のギャップについて後方視的に検討し報告する。