

第5回西尾市はあと在宅ケアチームカンファレンス
～訪問リハビリで支えるということ～

2018.3.7

質疑応答

包括支援センター一色 土屋氏

訪問リハビリが入ることで本人の意欲向上に繋がるのだと思います。

リハビリへの意欲が持てない方に対して言葉掛けやこんなやり方で意欲向上に繋がったという事例はありますか？

⇒理学療法士

なかなか難しい問題で、永遠のテーマですね・・・。

旅行や外出などを1つの目標として設定することで、上手く行った例があります。

またお孫さんとの関わりを持つことを目標にすると効果的なこともあります。

居宅介護支援 すまいる 中嶋氏

回復期病院から在宅復帰となり訪問リハビリを導入していますが、入院中のリハビリと比べてリハビリ量が低下しているかと思います。家族の介護量も増え、モチベーションが低下しています。何かアドバイスはありますか？

⇒理学療法士

各職種との連携を取ることが大切で、モチベーション維持に繋げていきます。介護サービスをうまく利用することでしょうか。

宮崎医院 宮崎先生

訪問リハビリの指示書を主治医が書きますが、何をどのように指示したらよいか分からないため、これまでは“ADL(日常生活動作)の向上をよろしくお願いします”程度の内容になっていました。

リハビリはリハビリ専門の療法士間で、ケアマネはケアマネ間で、医師は医師の間でそれぞれの言語があり、異文化コミュニケーションになってしまっています。互いが歩み寄るにはどうすればいいか。歩み寄るためにはやはり対話が必要です。

本日の重要なキーワードとして“目標の共有”が挙げられます。目標というのは、患者さんや家族の目標もあれば、あるいは主治医の目標もある。現状では目標は共有されていません。一番いいのは患者さんのベッドサイドにてみんなで対話をする事。目標が共有されるとお互いに何を言っているのか分からない、というのが改善されると思います。家族、本人、ケアマネ、医師、看護師、療法士、それぞれ考えることが違うので、やはり対話することによって目標を共有していく事が大切だと思います。

西尾市民病院 療法士 小林氏

病院から在宅への移行する場合どのような情報提供が必要ですか？

⇒理学療法士

病院でリハビリをされていて、退院後に予測される問題点など教えてもらえたら良いと思います。

(あいちリハビリ病院 山本氏)

ADL や IADL(手段的日常生活動作)について点数を教えてください必要はあまりないかしれません。より具体的な身体状況について記載して欲しいです。

(高須病院訪問リハビリ 鳥居氏)

↓

私は逆に ADL、IADL 等を点数化して伝えてもらうことも必要だと感じています。在宅にもどったあとの変化を比べることも大切かと思えます。

(リハビリ訪問看護ステーショントライ 中村氏)

西尾社協 奥津氏

ケアマネの立場から言わせていただくと、リハビリのサマリーは専門用語ばかりで理解できないことが多いです。もっとわかりやすい言葉で情報提供してもらえると助かります。

まとめの言葉

あいちリハビリテーション病院 中澤先生

先ほどの奥津さんの言葉、その通りかと思えます。(言葉や数字が難解と)言っただけで、非常にありがたかったです。それぞれの職種が使う言葉は、勉強してきたことが違うため、一緒にしようと思ってもなかなか難しいです。ただ家族がどういった生活を送りたいのか・・・という尺度で考えれば、同じ人間ですので、考えを共有できると思います。その目標の共有はしっかりしたいですね。私ができないことを違う職種の人に託すような働きかけができるといいかと思えます。これからも患者さん・家族のニーズに応えていきたい。この西尾市の連携が自慢できるものになるといいです。