

専門性を活かしてワンチームで地域を支える！ 訪問看護ステーションにおける 看護師と理学療法士のより良い連携



高齢化がピークを迎える2040年ごろにかけて、自宅や介護施設などで最期を迎える人の増加が見込まれる中、地域の医療を支えるため、理学療法士と看護師が訪問看護ステーションを拠点に連携することの大切さを訴える研修会が2月15日、東京都内で開かれた。

この研修会は、日本理学療法士協会と日本訪問看護財団による共催で、「専門性

を活かしてワンチームで地域を支える！訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士のより良い連携」がテーマ。

職種間の相互理解を促してより良い連携を作り上げるため、訪問看護ステーションの原点を確認したり、ICT(情報通信技術)など最新技術を駆使した連携の好事例を共有したりする内容で、全国から111人が参加した。

§ プログラム・目次 §

◆ 開会あいさつ	p.2
公益社団法人日本理学療法士協会 副会長・常務理事 森本 榮氏	
◆ 基調講演①	p.2
「訪問看護ステーションの原点に立ち返る」	
— 訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士のより良い連携のために	
公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事 佐藤 美穂子氏	
◆ 基調講演②	p.3
訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士連携で押さえるポイント	
— これからの地域や時代のニーズに応えられる有機的な連携を考える	
公益社団法人日本理学療法士協会 理事 松井 一人氏	
◆ シンポジウム テーマ① 連携における好事例	p.5
〈 座 長 〉 公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事 佐藤 美穂子氏	
訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士等のより良い連携	
公益財団法人日本訪問看護財団 おもて参道訪問看護ステーション 所長・看護師 高橋 洋子氏	
看護師・理学療法士の連携による ICT に動画を活用したアセスメント情報の可視化と多職種(介護職)への助言介入の実践紹介 ～ ICT に動画を活用した、訪問看護ステーションの「事業運営」の好事例～	
Total Habilitation System 株式会社 リハビリ訪問看護ステーションクローバー 理学療法士 荒木 幸枝氏	
◆ シンポジウム テーマ② エンドオブライフ・ケアにおける好事例	p.6
〈 座 長 〉 公益社団法人日本理学療法士協会 副会長・常務理事 森本 榮氏	
エンドオブライフ・ケアにおける好事例	
社会福祉法人聖隷福祉事業団和合せいれの里 聖隷トライサポートセンター センター長・理学療法士 柴本 千晶氏	
◆ エンド・オブ・ライフケアにおける看護師と理学療法士との連携	
公益財団法人日本訪問看護財団 事務局次長/公益財団法人日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長・看護師 平原 優美氏	
◆ 閉会あいさつ	p.7
公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事 佐藤 美穂子氏	

開会あいさつ

「看護職員の代わりにの訪問」とは？ 再確認を

日本理学療法士協会の森本榮副会長・常務理事は、基調講演に先立つ開会のあいさつで、理学療法士と看護師との連携を成功させるには、訪問看護の原点と理学療法士の役割を再確認することが重要だという認識を示した。さらに、理学療法士の業務を「見える化」し、他職種の理解を得る必要性も指摘した。

森本氏は、「訪問看護ステーションがどんどんできるのはいいが、原点を見失うと何をやっているのかが分からなくなる」と述べ、訪問看護ステーションを拠

点に多職種連携を円滑に進めるため、職種の垣根を越えて理念や価値観を共有する必要性を強調した。その上で、2018年度の介護報酬改定の際に厚生労働省が出した事務連絡Q & A (Vol.1) に触れ、訪問看護ステーションでの理学療法士の役割を再確認する必要があるという認識も示した。

このQ & Aでは、「理学療法士等による訪問看護」について、その訪問が「看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたもの」である場合に、「看護職

日本理学療法士協会の森本榮副会長・常務理事



員の代わりに(理学療法士らを)訪問させる」としている。森本氏は、「看護業務の一環としてのリハビリテーションや、看護職員の代わりにの訪問とはどういうものか、連携の目的を看護ときっちり共有しないとうまくいかない」などと述べた。

基調講演①

訪問看護ステーションの原点に立ち返る

公益財団法人日本訪問看護財団 佐藤 美穂子 常務理事

「ワンチームで対応」が原点 “ゆがんだ発展”には危機感

基調講演では、日本訪問看護財団の佐藤美穂子常務理事が「訪問看護ステーションの原点に立ち返る」のテーマで最初に登壇した。佐藤氏はその中で、全国ベースでの高齢化がピークアウトする2040年以降も、訪問看護のニーズは高齢者が主流になるという見通しを示し、訪問看護ステーションを拠点に地域の多職種が連携して高齢者の自宅療養を支援

する必要性を指摘した。ただ近年は、理学療法士や作業療法士が主力で、看護職員が手薄な訪問看護ステーションの存在が問題視され、佐藤氏は「(そうしたケースでは)訪問看護ステーションとは何かが問われかねない」と危機感も表明した。

「人は最期まで立てる」がリハの前提

佐藤氏は講演で、訪問看護に関連する現場の動きや、国の政策をまず振り返った。

それによると、1970年代ごろには、社会問題になった“寝たきり老人”に対応するため横浜市が潜在看護師を掘り起こし研修を行い、訪問看護事業を始めた。一方、病院では、増加する高齢者の退院を促すため退院患者への訪問看護を看護師が始め、1983年には、当時の老人診療報酬に「退院患者継続看護・指導料」が新設された。

さらに、1992年に指定老人訪問看護が始まり、94年に健康保険法の指定訪問看護が、2000年に介護保険法の指定訪問看護がスタートすると、その後は療養通所介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護などが相次いで誕生し、看護と介護サービスを一体的に提供する必要性が高まった。

厚生労働省の調べでは、2017年10月時点で全利用者の70.4%が介護保険の訪問看護を利用し、医療保険は29.6%だった。制度別の費用の内訳を見ると、2016年度には介護給付費が全体の58.1%を占め、医療費は41.9%だったが、近年は医療費の方が大きく伸びている。

また、2016年10月の調査では訪問看護ステーションを利用する人の年代別の割合は「80歳代」が35.7%、「70歳代」が22.2%、「90歳以上」が15.8%などの順で、高齢者(65歳以上)が全体の8割強を



「訪問看護ステーションの原点に立ち返る」のテーマで基調講演する日本訪問看護財団の佐藤美穂子常務理事

占めていた。佐藤氏は、訪問看護へのニーズは2040年以降も高齢者が中心になるという予測を示して「脆弱な高齢者にとって、ベッドほど危険な場所はない」などと述べ、ベッドに横たわったまま、高齢者の身体や認知機能が低下し、やがて寝たきりになるようなケースを防ぐため、毎日体を動かして早期退院や早期離床を促す必要性を強調した。

その上で、「人は死ぬまで立てるという前提でリハビリテーションを提供する。日常生活の自立を促すケアや健康支援、介護予防、生きがいや尊厳の維持、地域のつながりの確保が重要。そのためには理学療法士の専門性をわれわれもしっかり共有し、協働する必要がある」などと述べた。

「看護師は看護をこそ」

ただ近年は、理学療法士や作業療法士が中心で看護職員の少ない訪問看護ステーションの存在が問題視されている。そうした中、2020年度の診療報酬改定では、医療ニーズに24時間体制で対応するため、看護職員の割合を全スタッフの6割以上にすることが、機能強化型訪問看護ステーションの要件に追加された。

厚生労働省の集計によると、訪問看護ステーションのスタッフ数(常勤換算)は2001年から17年にかけて増え続けているが、全スタッフに占める看護職員の割合は、01年の91%から17年には71%まで下がった。これに対し、理学療法士の割合は2001年の5%から17年には22%に上昇した(図)。中には理学療法士と作

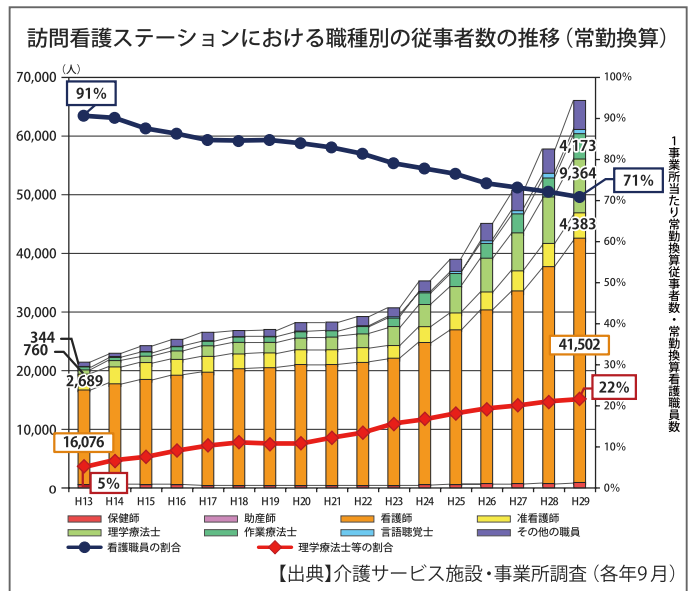
業療法士が8割超の訪問看護ステーションもあり、佐藤氏は「訪問看護ステーションとは何かが問われかねない。いびつな発展の仕方はまずい」と警鐘を鳴らした。

一方で、「(看護師が)ケアマネジャーの言う通りの計画しか作らなかったり、医師に指示されたことしかやらなかったりしている」などと、本来の看護機能が最近では希薄化しているという認識も示した。

その上で、医療や介護、生活面のニーズを総合的にアセスメントし計画を立てて多職種と専門性を発揮し合い、ワンチームで患者を支えるという訪問看護ステーションの原点を再確認する必要性を指摘した。

経営多角化など提案

佐藤氏はさらに、「いい看護やリハビリ



テーションを行いたいと思っても、訪問看護ステーションがつぶれてしまうとそれらを発揮できない」と述べ、制度に則って経営を継続させる必要性を強調。多角経営など、訪問看護ステーションのさらなる事業展開を呼び掛けた。

一方で、高齢化のピークが既に過ぎた地域を想定し、訪問看護師や理学療法士、作業療法士らが少人数で協力し合い、地域の幅広いニーズに応えるスタイルも提案した。

訪問看護は看護の原点の実践!

<海外の情報から>

●ナイチンゲール (Nightingale F.) 1820 ~ 1910

健康人でも病人に対しても生命力の消耗を最小限度にして、自然治癒力を高め回復作用を助けること

●ヘンダーソン (Henderson V) 1897 ~ 1996

健康・健康の回復(あるいは平和な死への道)に役立つ行動を、病人でも健康な人でもできるだけ早く本人が自分でできるように手助けをすること

基調講演②

看護師と理学療法士との連携で押さえるポイント

公益社団法人日本理学療法士協会 松井 一人 理事

ニーズは千差万別、多職種できめ細かに対応を

日本理学療法士協会の松井一人理事は、「訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士連携で押さえるポイント

トーこれからの地域や時代のニーズに応えられる有機的な連携を考える」をテーマに基調講演した。その中で松井氏は、

2040年にかけて高齢化が進んで訪問系のサービスへのニーズが高まる中、職種の相互理解を土台にしてきめ細かな連

携を実現させる必要性を海外視察の情報も交えて訴えた。

2割超の市区町村に「通所・訪問リハなし」

基調講演の冒頭、松井氏は、理学療法士と訪問看護師など多職種による連携の重要性が、今後はさらに高まるという認識を示した。2040年にかけて高齢化が進むと、入院受療率や介護のニーズが高い85歳以上の人口の伸び率が上昇し、認知症や複数の疾患を抱える高齢者や一人暮らしの高齢者も急増すると見込まれるためだ。

慢性疾患を複数抱える他科受診の患者が増えると、一人一人の医療をマネジメントする必要性も高まるため、松井氏は、理学療法士と看護師がそうした役割をカバーすることも提案した。

一方で、全市区町村の42.2%に当たる734市区町村では、訪問リハビリテーションが提供されていないというデータを示し、そうした地域では、訪問看護ステーションがサービスを補完しているという見方を示した。ただ、松井氏によると、そのうち377(全市区町村の21.7%)の市区町村では、訪問だけでなく通所リハビリもない。リハビリスタッフの分布の地域差がサービスのこうしたばらつきにつながっているとみられ、松井氏は、人材が少ない地域の訪問看護ステーションには、小児を含む地域の多様なニーズに応えられるだけの柔軟さが求められると指摘した。

自宅のベッドが病棟の延長 仏のHAD

松井氏は、フランスやオランダの訪問看護の現場をこれまでに視察していて、この日の基調講演で結果を報告した。

それによると、フランスでは近年、「在宅入院」(HAD)と呼ばれる制度が普及し、それにつれて入院期間の短縮や手術の外来シフトが病院で進んでいる。例えば大腿骨頸部骨折の平均在院日数は、近年は4日程度で推移し、人工膝関節置換術は全症例の3割程度が日帰りで行われているという。

HADは、患者の自宅のベッドを病棟の延長と捉え、退院後に必要な医療をそこで提供する概念。どのような医療が退院後に必要か、病院の勤務医や看護師、理学療法士らが、かかりつけ医や地域の訪問看護師、訪問理学療法士らと入院後の早期から調整を始める。

松井氏は、「日本ではこういう仕組みが弱い。(患者が)退院してから始めると薬の調整にも大変な手間が掛かるが、入院元の医師がかかりつけ医と連携すればそういうことはない」と話した。

ベッド4割減が目標 オランダのビュートゾルフ

一方、オランダでは、最大12人で構成される訪問看護チーム「ビュートゾルフ」が高齢者らの在宅療養を支えているという。

ビュートゾルフは、メンバーに上下関係がないフラットな組織運営が特徴。看護師4人が2007年に立ち上げたチームが始まりで、現在はオランダ国内で約850のチームが、約7万人にサービスを提供している。創設者のヨス・デ・ブロック氏は、松井氏の視察の際、ビュートゾルフを広めることで、病院



「訪問看護ステーションにおける看護師と理学療法士連携で押さえるポイント」をテーマに基調講演する日本理学療法士協会の松井一人理事

のベッドを40%減らすのが目標だと話したという。

最近では、看護師だけでなくリハビリスタッフも参加する「ビュートゾルフプラス」というチーム形態が増え、数回の訪問ごとに利用者の身体機能などをアセスメントしている。アセスメントの結果を踏まえ、不要なサービスを止めるなどケアをアレンジするといい、「看護師の負担が減った」「最期まで充実した生活を楽しめる」などと評価され始めている。

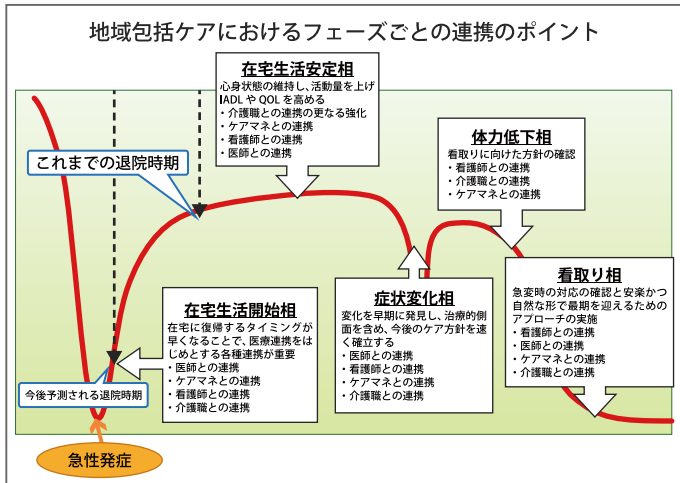
松井氏は、「訪問看護に求められることの一つは、生活の自立と予防の見立てをきちっとアセスメントすること。わたしたちの具体的な関わり方を提案できなければ意味がない」と強調した。

利用者のフェーズで訪問は変わる

理学療法士らによる訪問看護の解釈が示されるなど、訪問系サービスにおけるリハビリスタッフの役割が日本でも明確になりつつある。

ただ松井氏は、同じ人への訪問でも、在宅復帰後の早期や安定期、増悪後の体力低下期、看取り期などでケアの内容や訪問の頻度、多職種連携のポイントは異なると指摘した。

その上で、例えばケアプラン変更時のサービス担当者会議では、「どのフェーズの方の会議かをはっきりさせないと論点がぶれる。看護師やリハスタッフが連携し、ケアマネジャーや介護スタッフにそのことを伝えるのが重要だ」と述べ、千差万別のニーズに多職種で対応するため、職種間の相互理解を呼び掛けた。



連携における好事例

基調講演に続いて開かれたシンポジウムでは、①連携の好事例②エンドオブライフ・ケアの好事例—をテーマに、訪問看護ステーションの理学療法士や看護師がそれぞれ事例報告した。連携の好事例では、胃ろうを造設した利用者の「自分で食事をしたい」という希望をかなえた取り組みと、ICT（情報通信技術）を活用して利用者の情報を共有し、効率的なサービスの提供につなげた試みの発表があった。

ケース1 利用者の「食べたい」をかなえる

〈看護師〉 高橋 洋子 氏（おもて参道訪問看護ステーション所長）

「おもて参道訪問看護ステーション」（東京都渋谷区）の高橋洋子所長（看護師）は、慢性呼吸不全と反復性肺炎があり、家族の介護を長年受けてきたAさん（70歳代、女性）のケースを報告した。

それによると、Aさんは肺機能の低下に伴い2015年に在宅酸素が導入され、訪問看護が始まった。Aさんの食事はそのころから減り始め、低栄養と免疫力の低下に伴う誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すようになった。そのため、2018年6月に胃ろうを造設し、退院した。

それによって栄養状態が改善すると、Aさんの呼吸器症状は安定したが、今度はしきりに空腹を訴え始め、「母が食べたいと言って困っている。本当に食べられないのか」と家族からステーションに相談があった。高橋氏らはそれを機に、「食べたい」というAさんの希望をかなえるため、本当に経口摂取できないのか、嚥下機能を評価する必要があると考

えるようになったという。

ただ、おもて参道訪問看護ステーションにはリハビリテーション職員がいないため、ほかのステーションに連携を呼び掛け、Aさんの主治医やケアマネジャーにも嚥下評価の実施を相談した。その後、主治医が訪問歯科医に依頼して嚥下造影検査を実施すると、Aさんは、嚥下反射が遅れることはあっても明らかな誤嚥はなく、濃いトロミ水やゼリー、ヨーグルトなどなら経口での摂取が可能だと分かった。それを受け、連携先の訪問看護ステーションから理学療法士と作業療法士が訪問を始めたという。

「連携ノート」で情報共有

高橋氏によると、連携先と協働で訪問を行うのに当たり、「誤嚥性肺炎の予防と安全な経口摂取」を2つの訪問看護ステーションに共通の目標に掲げ、▽呼吸



おもて参道訪問看護ステーションの高橋洋子所長

リハビリ▽発声練習▽頭部のストレッチ・発声発語器運動などの直接摂取訓練——といったメニューも決めた。

Aさんに提供したサービスの内容や、訪問の際に気付いたことなどの情報は、サービス担当者会議だけでなくAさんの自宅に置いた「連携ノート」に記入し、共有した。

高橋氏は、「訪問看護ステーションが複数入ると目標の共有が非常に大切になる。Aさんの『食べたい』をかなえることが協働の前提なので、誤嚥性肺炎の予防は欠かせない。その上で、さらなるQOLの維持・向上を目指すことにした」などと話した。

ケース2 “ADLギャップ”を動画で可視化

〈理学療法士〉 荒木 幸枝 氏（リハビリ訪問看護ステーションクローバー）

一方、Total Habilitation System 株式会社（長崎県長崎市）が運営するリハビリ訪問看護ステーション「クローバー」の荒木幸枝氏（理学療法士）は、利用者の「ADLの場面」を動画情報にして担当者らで共有し、いわゆる“ADLギャップ”の解消につなげた取り組みを紹介した。

それによると、同社では、利用者のADL

の状況を動画で撮影し、それに看護観察や生活機能評価をリンクさせて担当者らで共有するシステムの開発などを行ってきた。観察・評価項目の情報は「寝返り」「排泄動作」「起き上がり」など計140の「生活アセスメント項目」に分類。それぞれのアイコンをクリックして動画を確認する仕組みで、クローバーでは、そのス

テムを使って看護師と理学療法士の業務効率化などに役立てているという。

荒木氏が事例報告したBさん（要介護3）は、副腎腫瘍と腎盂腎炎を基礎疾患に抱える90歳代の女性。ケアマネジャーからは、頻回の失禁など排泄機能障害があるものの、トイレ動作をできるときとできないときのギャップが当初から指摘

されていた。

Bさんへの訪問介入では、リハビリ職員や看護師らが排泄動作の反復練習やアセスメントを行い、そのプロセスを動画で共有した。

すると、Bさんは主治医がいるときには立ち上がりやトイレへの移乗、衣服の

着脱などを介助なしに行えるのに、看護師の訪問時には介助を求めるなど“ADLギャップ”が明らかになったという。さらに、失禁の後始末や介助に追われ、時間内にサービスを提供し切れない日があるなどADLギャップが介護のムラにつながっていることも分かったため、ギャップの解消を介入の目標にした。

システムを使って主治医や介護職員なども共有し、担当者間で観察や評価を進めた。さらに、介入のゴールをイメージしやすいように、訪問後の安定したBさんの姿も動画にして共有した。介護職員による月1回のミーティングの際、このシステムを使って改善策をアドバイスすると、失禁や介助量が減ったかもしれないという声が3か月後にあったという。

荒木氏は、「ICTを活用すると瞬時に情報共有できる。システム化して助言しやすい環境を整えれば、地域の多職種連携でも納得を得やすくなる」などと話した。



リハビリ訪問看護ステーション「クローバー」の荒木幸枝氏

ICT活用が「瞬時の情報共有」を可能に

Bさんの「ADL場面」の動画は、このシ

シンポジウム テーマ②

エンドオブライフ・ケアにおける好事例

シンポジウムのテーマ②「エンドオブライフ・ケアの好事例」では、人生の最期を家族と過ごしたいという利用者の希望をかなえるための取り組みを、理学療法士と看護師がそれぞれ報告した。

ケース1 利用者のステージに応じてアプローチを切り替え

《理学療法士》 柴本千晶氏 (和合せいの里/聖隷トライサポートセンター センター長)

聖隷福祉事業団が運営する「和合せいの里」(浜松市中区)の柴本千晶・聖隷トライサポートセンター長(理学療法士)は、看護師との職種の垣根を越えた連携を目指す訪問看護ステーションの「聖隷モデル」を紹介した。

聖隷モデルは、職種ごとの役割と訪問パターンをシステム化するために考案したもの。アプローチモデルを利用者の状態により、「治療」という概念に基づく「病院モデル」、生活する上で何に困っているかに注目して利用者を支援する「生活支援モデル」、がんなど終末期の利用者をサポートする「機能低下を支えるモデル」に分類。

チーム形態を、職種ごとの役割を明確にしてそれぞれが専門性を発揮する「分業チーム」、他職種の役割を理解した上で互いが有効に働くよう心掛ける「協業チーム」、互いの専門性を守るのではなく技術移転を進める「相互乗り入れチーム」という3つのタイプに分類した。

それらのアプローチモデルやチーム形態の組み合わせが全ての利用者に当てはまるとは限らず、どれがベストかも決められないが、柴本氏は「そのような視点を共有することでチームの方針を明確にし、計画を立てやすくなるのではないかなと思う」などと説明した。

新たに訪問を始めたり、利用者の状態が変化したりするタイミングで、これらのモデルを使ってメンバーの認識を統一しているという。

「QOL向上できた」 デスカンファで成果

柴本氏はこの日、「多系統萎縮症」を63歳で発症し、2019年2月に71歳で亡くなるまで、理学療法士と看護師が約6年半にわたり訪問したMさん(男性)のケースを報告した。

それによると、訪問の開始当初は、屋



和合せいの里の柴本千晶センター長

内で転ばないように歩くことや、床から立てるようになる、話したり書き続けたりすることを目標に掲げ、リハビリスタッフが中心にMさんを訪問していた。

しかし、誤嚥性肺炎で入院した2013年以降は、Mさんはほぼ寝たきりになった。すると、サービスのアプローチはそれを境に「生活支援モデル」から「機能低下を支えるモデル」に切り替わり、看護師が訪問の主力になった。

全身の筋緊張がさらに高くなった2016年11月以降は、看取りも視野にチーム形態を「協業」から「相互乗り入れ」に切り替え、リラクゼーション・ポジショニングのアドバイスや家族への

サポート中心の訪問にシフトした。リハビリスタッフは、Mさんが亡くなる3日

前まで訪問を継続したといい、亡くなった後のデスカンファレンスでは、「QOL

の向上にアプローチできた」といった前向きな意見が上がったという。

ケース2 「残された時間を家族と」に寄り添う

《看護師》 平原 優美 氏 (日本訪問看護財団事務局長/あすか山訪問看護ステーション統括所長)

日本訪問看護財団が運営する「あすか山訪問看護ステーション」(東京都北区)の平原優美統括所長(看護師)は、「家族と一緒に最期を過ごしたい」と願うAさん(40歳代、女性)を、訪問看護師と理学療法士が協働して支えた事例を報告した。

それによるとAさんは、長男が幼稚園の年長だった年の8月に体調を崩し、医療機関を受診すると、悪性リンパ腫と診断された。化学療法をすぐ始めたものの効果はなく、年末に退院。翌年2月に再入院するが治療の手立てがなく、本人の希

望で自宅に退院し、それに合わせて訪問看護が始まった。

平原氏によると、Aさんの終末期の目標は、家族と普通に生活することだった。

3月にあった長男の卒園式には出席できなかったが、小学校に入学すると、5月に開かれる運動会への参加を希望し、学校も含めて打ち合わせを重ねた。運動会の当日、学校側は長男の教室を確保し、Aさんはそこから声援を送ることができたという。

「長男の机を愛おしそうに触りながら、『先生にあいさつもできた』と、Aさんはとてもいい笑顔で応援していた」と平原氏は報告した。

Aさんが自宅で亡くなったのは、それから3日後だったという。平原氏によると、理学療法士は、リンパマッサージや呼吸のリラクゼーションを最後まで続ける

ことができた。

理学療法士の看取り対応に期待感

平原氏はシンポジウムで、「理学療法士や作業療法士と一緒に患者さんを看取るといっても、最後はどうしても看護が中心になってしまう印象がある。理学療法士や作業療法士の皆さんは、患者さんの生きる力を引き出すことを最優先にケアをしていると思うが、最期まで燃え尽きようとする生命への支援がその延長線にある」と述べ、リハビリスタッフによるハイレベルな看取りの対応に期待感を示した。

平原氏はまた、「看護と理学療法士や作業療法士が協力して、『生きる力』と『逝く力』をケアでどう引き出すか、エビデンスをつくらないといけない」とも指摘した。



あすか山訪問看護ステーションの平原優美統括所長

閉会あいさつ

共催での初の研修会、「有意義な機会」

日本訪問看護財団の佐藤美穂子常務理事は、閉会のあいさつで、「大変有意義な研修会の機会を提供して下さった日本理学療法士協会の皆さまに心から感謝を申し上げます」と話した。ただ佐藤氏は、「看護師からの質問がほとんどなかったのが本当に残念。こういう機会だから、いろいろなことをぶつけ合うのもいいかなと思う」とも述べた。

日本理学療法士協会と日本訪問看護財団が研修会を共催するのは、今回が初めて。

基調講演では、訪問看護ステーションの原点や、理学療法士と看護師の連携のポイントをあらためて確認した。また、それに続く訪問看護ステーションによる連携の好事例のシンポジウムでは、複数のステーションが協働して利用者を支えたり、利用者の身体機能を動画にして多職種で情報共有したりする取り組みの報告があり、佐藤氏は「(多職種連携の)ICT化がこれから進むだろうと予感させられた」と述べた。

エンドオブライフ・ケアの好事例のシ



日本訪問看護財団の佐藤美穂子常務理事

ンポジウムでは、利用者を在宅で看取った2つの事例の報告があり、佐藤氏は「奥深い話が最後に出てきた」と話した。

最後に佐藤氏は、このような研修会がこれからも継続されることに期待感を示し、閉会を告げた。

発行： 公益社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷3-8-5

URL <http://www.japanpt.or.jp/>

TEL 03-5414-7911 / FAX 03-5414-7313

編集・制作： 株式会社C Bホールディングス C Bニュース編集部

～ 本レポートに関するお問い合わせは下記までお願いいたします ～

公益社団法人日本理学療法士協会事務局機能課

Mail : shokuno@japanpt.or.jp