

【連載】

老健仕事人  理学療法士

病院から老健へ 医療と介護のギャップ

[第2回]

大西健太 【おおにしけんた】

介護老人保健施設フルルールむかわ(山梨県)
リハビリテーション課 主任



「老健施設でも機能回復をめざす」という熱意だけで挑戦してきましたが、理学療法の技術や機能回復のみでは、生活を支援することは難しいと感じるようになりました。在宅復帰・在宅支援のためには「リハビリの技術」が大切だと気づかされ、チーム連携・多職種協働・在宅復帰・在宅支援の意味を考えるようになりました。老健施設の役割を見つめ直すことで、超強化型の施設へと転換していきました。

フロアにいる時間を増やす

前回は触れましたが、リハビリ専門職は計画書や書類などの作成に追われ、個別介入以外はPCに向かう時間がほとんどでした。そこで、カルテは手書きから電子カルテに変更し、リハビリ計画書の作成についてのシステムを導入しました。

カルテに関しては施設全体で導入するため、プロジェクトチームを発足しました。若手からベテランまで、日常業務のなかで何度もシステムを使用することで慣れていきました。初めは批判や業務効率下がると、PCはできない、などの否定的な意見もありましたが、使用方法や新たな業務の流れに慣れてくると、皆大幅な業務負担軽減に気づくようになりました。いまでは60~70歳代の職員もタブレットを使いこなしています。

どの施設でも、業務を変更することに抵抗があるスタッフは多いと思いますが、常に変化をし続ける職場環境となったいまでは、業務改善や効率を考えるスタッフが多くなったように感じています。プロジェクトでの課題を解決していくプロセスでは、多職種と顔を合わせる回数や会話も増え、チームづくりにも欠かせないプロジェクトだったと思います。こうしたプロジェクトがきっかけとなり、リハビリ専門職のフロア

専従制度が開始されました。課題に対する目標設定は、リハビリ専門職の臨床に似ている部分も多く、各フロアで重宝されていたように感じます。やっとフロアの飲み会にも呼ばれるようになりました(笑)。

リハビリ計画書は、以前はエクセルを使用していたが、既存のものでは効率が悪く、新規利用者の計画書となると1枚完成させるのに約40分はかかっていました。そこで、PCへの打ち込み作業に関して、リハビリ課に「リハビリアシスタント」を配置し、各計画書の共通項目の転記を任せることにしました。

またリハビリ専門職は、入所・ショートステイや通所リハビリのその日の個別介入者(取得単位)のスケジュール表を作成しています。主任業務として、そのスケジュールから取得単位数や稼働率、加算取得数などを毎月計算していましたが、すべてPCで集計、計算するシステムを作成しました。月末になると多くのリハビリ専門職が残業していましたが、いまでは残業も劇的に減少しています。

「面倒くさいことをなくしたい」から始めた業務改善ですが、結果としてリハビリ専門職が利用者に対応する時間を多くとることができるようになりました。リハビリ専門職が臨床に向かえる環境づくりは超強化型取得には必要だと改めて感じます。

リハビリの効果を最大化するために

老健施設では、リハビリ専門職の介入頻度と時間が回復期病院と比較すると圧倒的に少ないため、それまでの経験値が問われます。例えば、膝が痛い高齢の利用者に対し、関節可動域の改善をするのか、活動量の低下も著しいことから歩く訓練を優先すべきか。膝の痛みの改善のみに注力し過ぎると、痛みが改善した頃には筋力低下から歩行が不安定になる