理学療法士学生向け

# 初期評価レポートの作り方

コツコツリハビリ臨床ブログ
著者　ユウセイ





はじめまして。
理学療法士のユウセイです。

「ケースノートって、どう書けばいいんでしょう…」
「レポート作成ってやったことがなくて…」

理学療法士学生の方から、そんな声をよく耳にします。

その言葉を聞くたびに、
「わかるなあ」と、昔の自分を思い出します。

このPDFでは、私自身の経験をもとに、実習の流れを再現し
「実例」からケースノート・初期評価レポート
までの書き方をまとめました。

・ケースノートってどうまとめたらいいんだろう？
・評価ってどうやって提案したらいいんだろう？
・統合と解釈ってどうやってするの？
実習中に書き方に悩んでいた頃の自分に届けたい――
そう思える内容です。

ご自身の記録や振り返りのヒントとして、
少しでも役立てていただけたら嬉しいです。

# 目次📚

ケースノートとは？｜記録の目的と意義 ..... p.4

SOAP形式の基本｜書き方とポイント ..... p.5

初期評価レポートってなに？ ..... p.6

実習初日の心構え ..... p.7

実例紹介..... p.10

評価の提案 ..... p.20

評価1日目 ..... p.22

評価2日目 ..... p.29

評価3日目 ..... p.38

評価4日目 ..... p.50

評価5日目 ..... p.56

初期評価レポート作成　..... p.69

おわりに .....p.113

# ケースノートとは？｜記録の目的と意義

ケースノートとは、リハビリを行った際に、
患者さんの身体的・精神的状況を細かく分析し、
記録するものです。

この分析を通じて、患者さんの問題点を洗い出し、
適切な治療へとつなげていくことができます。

とても大切な工程だからこそ、
学生のうちからしっかり向き合っておいてほしいと
感じています。

では、実際にどのように書けばよいのでしょうか？

そこで用いられるのが、**「SOAP法」**と呼ばれる
記録方法です。

# SOAP形式の基本｜書き方とポイント

SOAP法？聞き馴染みのない方もおられると思います。

SOAPとは4つの主要な項目の頭文字をとった略称です。

S（Subjective）：主観的情報
患者さんの発言など（ 例）腰が痛い

O（Objective）：客観的情報
体温、血圧、形態測定、理学療法評価など
※評価が終了したら、どんな治療をしたかもOに記載する

A （Assessment）：評価
SとOを結びつけてS)の原因を考える

P（Plan）：計画
S〜Aを踏まえて必要な評価・治療の方針を決める

# 初期評価レポートってなに？

ある一定の期間評価をし、ケースノートをSOAP法で作ります。

そのケースノートが集まると担当している患者さんの情報が集まります。

ケースノートが集約されたものが、初期評価レポートです。

評価を行い、問題点、治療内容まで考えることでリハビリテーションを実施可能な状況にすること。

これが初期評価レポートを作成する意味であり、実習を行う大きな意義になると考えます。

# 実習初日の心構え

実習初日着替えて、指導担当の先生にお会いすると思います。

初日からいきなり患者さんの評価を任されることはまれです。

まず担当患者さんと顔合わせを行い、そして指導担当の先生のリハビリを見学できる機会があることが多いです。

その見学が非常に重要です。

また後ほど詳しく解説します。

場合によっては患者さんのリハビリを見る前に、カルテ情報を教えてもらえる場合があります。

その際に確認しておくと良いポイントがあります。

今回はカルテで確認しておきたいポイントを箇条書きに起こしておきますので、次ページを参考にしてみてください。

※カルテ情報を教えてもらえるタイミングは実習地ごとにばらつきがありますが、評価前には確認しておくと安心です。

# 確認リスト

年齢：
性別：
利き手：
身長：
体重：
BMI：
診断名：
障害名：※麻痺などあれば左半身麻痺など
合併症：※今回の主疾患で合併した疾患
現病歴：※今回の入院の経過など
既往歴：
家族からの希望：※情報があれば
家族構成：
キーパーソン：
入院前の生活：
前職業：
服薬状況：※薬剤に関する詳細は必ず医師・薬剤師に確認してください。
他部門情報：
安静度・禁忌事項：

血液データ、画像所見は解釈が難しいこともあります。指導担当の先生と一緒に確認するのがおすすめです。

他部門情報は事前に指導担当の先生に依頼して、可能であれば時間をつくってもらえるようにします。質問は事前に考えておき、短時間で終えられるようにしましょう。

# では実例にいきましょう！



# 実例紹介

1.一般情報

1)A氏

2)年齢：80歳代

3)性別：男性

4)利き手：右

5)身長：170.0cm

体重：54kg

BMI：18.7

2.医学的情報

1)診断名：急性大動脈解離術後廃用症候群

2)障害名：左半身麻痺

3)合併症：脳梗塞後遺症

4)現病歴：令和◯年◯月上旬に急性大動脈解離を発症し、A病院に運ばれ緊急手術。その際合併症として脳梗塞を発症し、リハビリテーション目的で転院。

5)既往歴：特になし。

3.社会的情報

6)家族からの希望：1人でしっかり歩いてほしい。

7)家族構成：妻、長男、長男嫁

8)キーパーソン：妻

9)入院前の生活：食事の準備以外は自立

10)前職業：植木屋

11)服薬状況：メインテート錠5mg、レバミピド錠100mg、モサプリドクエン酸塩錠5mg

出来れば評価が始まる前に情報収集させてもらいましょう。

3.他部門情報
医師：
血圧、脈拍を薬でコントロールしている。変化が大きい場合は報告してほしい。自宅への退院を視野に入れて、在宅での生活に必要なリハビリを提案していってほしい。

看護師：
入院中洗面台に行くことはないが、提供した蒸しタオルを使って顔を拭き、歯磨きも自力で行っている。服薬は病棟管理。

介護士：
食事は自力摂取。更衣もズボンを上げきる部分以外は見守りで実施できている。移動は車椅子で、トイレへの移乗は見守りにて可能。排泄後ズボンを上げきる際に介助が必要。夜間はポータブルトイレを使用。

作業療法士：
服やズボンの着衣、脱衣の練習を行っている。
簡単な作業は行えるが、自分がどうしたいかを決めてしまうと頭がいっぱいになり、1つの事に執着することもある。

言語聴覚士：
現在は軟飯、副食は軟菜で刻みあんかけで対応。今はムセはないが嚥下の素早い反応はなく、アイスマッサージ、嚥下体操を行って嚥下反応を促進している。
今後はあんがなくても食事ができるようにしていきたい。

# 見学で気をつけたいポイント

リハビリを見学している時に指導担当の先生と患者さんがどのようなやりとりをしているのか、何を目標としてリハビリをしているかを確認します。

評価の時間で情報収集するのも、もちろん良いですが、評価の時間は有限ですので、時間を有効に使っていきましょう。

あらかじめ先生に許可をとっておき、先生が物品を取りに行った時間などに聞いてみるのも手です。

例えば患者さんと自分との会話中に「足を動かすと重いから歩きにくい」と聞けたします。

そこで「ではリハビリで筋力をつけて、歩きやすくなるのが目標ですね」と返してみたとします。

そこで「そうだね」と返してもらえたら、やや漠然とですが目標を共有できます。

今困っている事、リハビリへの希望、目標を確認して、後で先生とすり合わせをしておくと方針が立ちやすくなります。

実際にA氏の場合では

A氏の主訴
・歩きがスムーズでない
・歩くと転びそう

A氏の希望
・もっとスムーズに歩きたい
・筋力をつけて歩きを安定させたい

A氏の目標
・家に帰りたい

この情報を聞けたとします。

家に帰りたいのだけど、歩行に自信がないことがわかります。

この情報がわかった上で各動作を観察していきましょう。