

介護研修会 ワークショップ

退院支援における介護職の役割

～患者・家族と共に退院後の生活イメージを共有する～

目標

- 退院支援とは何かを知る
- 介護職ができる退院支援とは何かを理解する
- 入院時、入院中、退院前において介護職として何ができるか具体的行動を掲げられる

ワークショップのテーマ

【介護職としてできる退院支援とは何かを考えてみよう】

「退院支援」と言っても、入院～退院まで各職種がそれぞれの視点で必要な時期に必要な支援をおこなっています。今回は「介護職ができる退院支援」に焦点を絞って考えていきたいと思います。

【話し合いの視点】

- ①必要な情報は何か
- ②情報収集をどのように行えばよいか
- ③介護職として患者／家族にこういった支援ができるか

規模・環境の違い・人員数など病院による差異はあると思います。

しかし「自分の病院では難しい」と考えず、「こんなことから始められるかもしれない」と、今より一歩でも前に進められるように、意見交換・情報共有を行っていきましょう。

模擬事例

- **基本情報**

年齢：60歳女性

診断名：くも膜下出血

既往：高血圧。降圧剤服用にて（140/70）でコントロール中

家族構成：本人、夫（62）、長女（30）、長男（27）の4人家族。長女は同居、長男は県外に住んでいる。夫、長女は仕事のため日中は家にいない

病前の生活：専業主婦として家事全般をこなしていた。毎晩の飲酒、1日5～6本の喫煙あり

家屋構造：持ち家2階建。自室は2階

模擬事例

- 服薬状況

オルメサルタン錠20mg 1錠 1日1回 朝食後 (高血圧)

アムロジピン錠2.5mg 1錠 1日1回 朝食後 (高血圧)

- 入院までの経過

自宅で頭痛と嘔吐があり、緊急搬送される。くも膜下出血と診断され同日、動脈瘤クリッピング術を施行。入院1ヵ月後、血圧状態は安定し、再出血も見られない。患者・家族からの要望もあり回復期病院へ転院決定。

模擬事例

- **入院時の身体能力、ADL状況**

麻痺の状態：上肢は頭の上まであげられる、下肢は立位で股関節を伸ばしながら膝を曲げられる、手指はつまんだりできるが動きは一定ではない

トイレ：バックコールが押せないためドアの外で待機

整容：修正自立

食事：自立

更衣：修正自立（ボタンシャツのかけ忘れなど）

入浴：浴槽へのまたぎ動作でふらつきあるため見守り

移動：T字杖使用100m程度の連続歩行見守りで実施可能。しかし疲労感あり（長距離移動は車いす併用）

階段昇降：手すりを使用し見守りで昇降可能。疲労感を訴えあり

軽度の記憶障害、注意障害あり

本人、ご家族ともに退院後は自宅で生活したいという希望あり

入院期間は3か月を予定している

【入院時】（入院当日～1週間程度）

・必要な情報は？

入院前の**ADL**状況、家族構成～キーパソンは誰？

病前の**1日**のスケジュール、性格、趣味

長谷川スケール

・どのように情報収集すれば良いか？

家族・本人からの聞き取り

入院時担当セラピスト

おくすり手帳、かかりつけ医からの情報提供書

入院当日、**1週間**後の夜の状況をカルテから情報収集

（記録に残しておくこと）

・介護職としてどんな支援ができるか？

不安がいっぱいなので、思いを聴く メンタル面に配慮

ワークショップ（発表用）

2 G

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

・必要な情報は？

現在のADLの変化

多職種で「できるADL」と「しているADL」の情報共有

夜間のトイレの回数、歩行状態ふらつき等

軽度の記憶障害、注意障害の経過

ベット周囲の環境 危険行動は？

自宅の情報確認 家族の帰宅時間等

一人で過ごす時間をどのように過ごすのか 家族に聞き取り

本人の心身状況

長男の協力の有無

・どのように情報収集すれば良いか？

どこが出来てどこができないのか（情報提供と情報共有）→ ADLチェックシート等を活用

自宅の写真依頼

・介護職としてどんな支援ができるか？

介護職見守りの元、入浴実施

療法士と協働して歩行介助

現在の状況を家族へ情報提供する

病棟トレーニング、自主トレの導入～見守る

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

・必要な情報は？

家族の介護力がどの程度か
どのようなサービスが必要か
どのような環境調整が必要か
本人・家族の不安

・どのように情報収集すれば良いか？

・介護職としてどんな支援ができるか？

できること、できないことを書面に示して家族に説明する
福祉用具の提案（入浴等）

【入院時】（入院当日～1週間程度）

- ・必要な情報は？

ADL面の把握（排泄面、環境設定など）、既往歴、入院以前の役割り（どのような性格、生活、趣味、退院したら行きたい場所）を本人・家族から聞く、在宅退院も含めて家族構成、住宅の情報を得ておく。

- ・どのように情報収集すれば良いか？

入院された時なので本人・家族から主に上記の内容の話しを聞く。

前医からの診療情報提供書から情報を得る。

多職種から情報を得て共有する。

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

急性期から回復期への環境の変化で不安な部分があるため話を傾聴する。特に入浴場面のリラックスした状況下で病前の話しなどを傾聴し不安軽減に努める。上記で得た内容をカンファレンスで、多職種と情報共有していく。その上で短期・長期目標を決めて関わっていく。情報収集で注意障害があるとのことだったので安全対策も検討していく。

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

・必要な情報は？

在宅退院に向けて、現在2階立ての2階に自室があるため、1階へ移動した方がよいのではないか、ADL面・精神面の情報を得る、退院後は家で1人でいる時間もあり、注意障害もあるため、デイサービスなどのサービス関係の利用も検討していく。旦那さん、娘さんも仕事があるため介護休暇など事情を把握する。

・どのように情報収集すれば良いか？

在宅退院に向けて住宅改修の必要性を家族へ話し現在の住宅の写真を見せてもらう（必要性の話しは医師・セラピストからしてもらう）カンファレンスを開催し、多職種からの情報を得ていく。（方向性・今後の関わり方）

家族へ現在の排泄状況などを説明し、家族の生活リズムを把握する。

・介護職としてどんな支援ができるか？

入院生活にも慣れが出始めるため安全面に注意していく。出来ること、出来ないこと、出来たことが出来なくなったことなどメンタル面の低下を防ぐ。ボタンがかけられない・浴槽またぎでふらつきがあるため自信がなくならないように声かけをして自己にて行えるよう強化していく。トイレからナースコールが押せないため鈴などの安全対策を検討していく。

再度ミニカンファレンスを開催し、介護としてはADL面（主に排泄面、入浴面、病棟での過ごし方など）を発言し多職種と情報共有し連携していく。

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

- ・必要な情報は？

最終段階として本人・家族から方向性について再確認する、今後は家事全般はどうしていくのか意思を確認する。

- ・どのように情報収集すれば良いか？

本人・家族から在宅退院に向けて（家でしたいこと、趣味、不安な部分など）を聞き取る、退院前カンファレンスを開催し、多職種で現在のA D L面を情報共有しゴールを設定する。（料理であれば調理訓練・洗濯であればたたみ方を訓練する）

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

耐久性向上の目的に歩行訓練などの病棟訓練をセラピストへ提案し検討していく。

レクリエーションを開催し、1人で閉じこもらず社会性を出す。

家族指導（内服薬の自己管理（看護師）服薬指導（薬剤師）栄養指導（管理栄養士）歩行・料理・洗濯など（セラピスト・介護）入院以前の役割（料理・洗濯など）排泄面（現在の状況を説明し、状況に応じて布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・パット選定の説明、ポータブル使用？）（介護））本人・家族の生活リズムと照らし合わせて実施していく。

【入院時】（入院当日～1週間程度）

- ・必要な情報は？

- ・既往歴（降圧剤内服あり）、くも膜下出血（一か月後状態安定）、**ADL**（転倒リスク、入浴、トイレ時の動作→オムツなどは使用しているか）退院した時、家族構成の情報。長女仕事で不在の夫がメイン→夫の状態は？内服管理（一人で内服管理可能か。家族の協力必要か）

- ・どのように情報収集すれば良いか？

リハビリスタッフ、看護師から情報を得る。日々の観察（他スタッフとの関わり含む）入院時に可能なら本人と話をする。入院時のカンファレンスで本人の状態を把握し情報共有。多職種の記録からの情報。食事排泄などの生活記録を参照。最初の日にかンファレンスを開催。最初の顔合わせ時に本人や家族に病前の生活を確認し入院中に活かしていく。

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

トイレ時の見守りや入浴の介助、ボタンかけの介助。入院時の**ADL**や身体状況（疲労感）に合わせた使用物品の確認。本人のメンタルを把握し寄り添う。家族へも同様に声かけ。（プラス思考な声かけ）

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

・必要な情報は？

自分で日常生活が過ごせているかスタッフ間で共有。方向性決定後のため、本人や家族へ現在の**ADL**に対する受け止め方の確認。排泄や入浴など失敗時の本人の受け止め。自宅に帰った時に何が出来るかの見極め。

・どのように情報収集すれば良いか？

多職種からの情報収集。記録からの情報収集。担当スタッフからの収集。家族への連絡時に現状の状態を説明し情報を得ていく。日中夜間の生活に違いあるか。病棟レベルと退院後に必要なレベルを再確認。

・介護職としてどんな支援ができるか？

入院中の転倒転落が無いように見守り。自分が携わった時の状態観察。本人の状態（性格など）慣れが出始める時期なので声かけ見守り。出来るところを把握しつつ介入していく。本人に困っていることがないか都度確認。リハスタッフへ確認し出来ることを促し出来ないところをサポートしていく。安全に生活できるような環境作り。リハスタッフと相談し周りの環境を整えていく。本人と家族のメンタル面での支援。

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

- ・ 必要な情報は？

家族へ伝える**ADL**の情報。日中の生活（サービスや福祉用具など必要か）について担当間で話し合い。家族と本人の受け止め方。不安なことがあるか確認。自宅環境の確認。内服管理必要か。

- ・ どのように情報収集すれば良いか？

退院前カンファレンスの開催。今の状態を発信し多職種と情報のすり合わせ。訪問指導（家族からの写真、家族からの説明）

- ・ 介護職としてどんな支援ができるか？

排泄（オムツ）指導、今後の生活で気を付けることや福祉用具の使用方法を書類などで情報提供していく。

【入院時】（入院当日～1週間程度）

・必要な情報は？

年齢、既往歴、生活背景、家族構成、家屋構造、病前の生活(趣味)、服薬、入院までの経過、現状のADL、本人がどこまで回復したいか、家族の希望、全身状態の把握
病識の理解の程度

・どのように情報収集すれば良いか？

カルテ、サマリー、実際の援助場面での会話、多職種との関わりの記録

多職種カンファレンスで情報共有、入院時訪問、家屋状況の確認(トイレの場所)

・介護職としてどんな支援ができるか？

普段の関わり(ADL)で、困っているところを抽出し、改善する。トイレのバックコールが押せないのを、押せるように継続的な関わりを実践する。(入院から一週間なので、まずは傾聴)。転倒などのリスク管理

家族と本人の希望(将来的な目標)。同性介助が必要(尊厳を守る支援)

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

・必要な情報は？

リハビリの実践場面の確認。それぞれ目標のプロセスを確認する。

医師とのIC情報を確認しゴールの情報を知る。IC後の本人の気持ちを確認。

入院生活のリスク管理(内服間違いなど)。

・どのように情報収集すれば良いか？

入院中の情報収集を伝える。リハビリしている様子。

介護職しか知りえない情報があるので、発信する

専業主婦ということもありIADLをどこまで介入できるか情報収集する。

情報収集して本人の希望と、ご家族様の希望を聞いたりコミュニケーションをとる

・介護職としてどんな支援ができるか？

ゴールに向けて統一した介護方法など支援を実践する

介護過程(排泄関連)実践と更新

精神的なケア(入院中のフォロー)、声かけ傾聴

普段の生活(レクリエーション)参加。精神的に落ち着く場面(個別の関わり)。社会参加の促し

ADL改善の状況に応じて環境設定の調整と、転倒などのリスク管理

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

・必要な情報は？

リハビリの進行状況と、身体能力。退院後の生活状況(社会資源)の確認。

自宅での環境(家屋状況の確認)。その人にあった自助具(手すり)など。

・どのように情報収集すれば良いか？

医師のIC情報を確認する。

↑必要な情報は？のところを確認し、チームで共有する。

・介護職としてどんな支援ができるか？

規則正しい生活をしてきたが、持続してリハビリできるような声掛けする

家族の方が行う介助方法の整理。退院が決まって準備が整った上で、困ったことをちょっとしたことを聞き出す。主介護者を確認し介護指導(その人に合わせた)を実践する。

介護動画を見て頂く(遠方の方など)

外泊訓練や実際に施設で泊まって頂いて、介護体験を実施する。

【入院時】（入院当日～1週間程度）

- ・必要な情報は？

ADL センサーの有無 昼夜の**ADL**の変化 夜間の様子
家屋の状況 前院からの変化 認知面 本人と家族の
望む最終的なゴール

- ・どのように情報収集すれば良いか？

患者に直接関わり日常生活の中での観察 入院時カ
ンファの情報 入院時関わった他職種からの情報 患
者本人・家族からの聞き取り

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

現状できていないことを把握し、必要物品を準備、使用していく
他職種と連携を図り、今後どのようなサービスを使用できるのか
検討しておく

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

- ・必要な情報は？

現在の**ADL** 家族からの介護協力が得られそうか 方針・方向性の情報収集 センサー類使用しているようであれば、今後外していけそうかどうか 退院時への目標、目標に対しての振り返り、目標は適格か 退院後家事はどの程度できそうか

- ・どのように情報収集すれば良いか？

他職種との連携 カルテの記録 本人・家族への聞き取り
SWからの家族の情報

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

意欲を無くさないような声掛け 精神面での関わり 役割を持たせるような支援(タオルたたみなどの軽作業) メンタル面での些細な変化を見逃さずに、他職種と情報を共有する T字杖利用し、日中の移動など自立にできないか、セラピストに確認

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

- ・必要な情報は？

現状**ADL**の確認 介護指導の必要性 自助具・手すりなどの必要性の確認、**SW**への情報提供 自宅の環境、自室は二階だが、自室を一階へ移すのか 自宅訪問・改装の有無 退院後どのようなサービスを利用できそうか

- ・どのように情報収集すれば良いか？

他職種との情報共有 カルテ 本人の現状を話したうえでの、家族の意向

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

退院に向けての目標設定への評価 必要に応じ家族への介護指導 退院前に転倒・転落を起こさないよう、環境の整備 レンタル用品の必要性の有無 必要な場合、早期に借り、退院前に慣れてもらう 日中・夜間の様子をふまえて自立の検討

【入院時】（入院当日～1週間程度）

・必要な情報は？

性格 排泄状況 どの程度の注意力 精神面（入院に対してどうなのか）

記憶力があるのか観察（軽度記憶障害注意障害あり）

・どのように情報収集すれば良いか？

ナース・ケアワーカーが情報収集

観察して目から見れる情報

家族からの情報

・介護職としてどんな支援ができるか？

慣れるようにスケジュール（入院の目的の説明）

顔や名前を覚えてもらうように安心した声掛け

話を聞ける時間を作る

ボタンのかけ忘れあるのか（あれば練習を行う）

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

・必要な情報は？

トイレ内動作はどこまでできるのか？自立にできるのか

2週間でできるようになったADLの把握（現在のADLで安全かどうか）

・どのように情報収集すれば良いか？

ADL動作など病棟での観察以外でセラピストからも情報をもらう

自宅の状況を家族から情報収集を行う

現在の入院生活での不満

情報共有ファイル（本人・家族から目標を聞いて書き込んで全員で共有）

排泄パターンの把握

・介護職としてどんな支援ができるか？

本人が自立して行えるように見直しを行う（ボタン留め→かぶり服）

レクリエーションへの促し

（在宅退院に向け）リハビリから指導をもらい階段の練習

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

・必要な情報は？

退院後の在宅の状況（自室の位置・トイレはどうするか・退院後の移動方法）

何に援助が必要か

家族役割（家事はどこまで行えるのか、自己管理能力はどのくらいなのか）

家族指導は必要なのか 介護度・利用サービスは？

必要な社会資源

・どのように情報収集すれば良いか？

リハビリ・SWと家屋訪問を行っての情報共有

・介護職としてどんな支援ができるか？

退院にむけての不安などを直接聞いて、不安を軽減できるよう援助を行う

できることを伸ばす（自宅で家事を少しでも行えるように）

家族指導 ADLに応じた家屋調整の助言等 歩行介助（歩行距離が延びるように）

【入院時】（入院当日～1週間程度）

- 必要な情報は？

病前の**ADL**、家族構成

既往歴、退院後何をしたいか？

- どのように情報収集すれば良いか？

患者本人、家族から聞く

他職種、入院時カンファレンス

- 介護職としてどんな支援ができるか？

安全な物品の配置、話すことからアプローチ

ワークショップ（発表用） 8 G

【入院中】（入院2週間～） ※方針・方向性決定後

- ・必要な情報は？

ADLの変動情報、家族・本人のIADLの望み

- ・どのように情報収集すれば良いか？

カンファレンス、ソーシャルワーカーから聞く

家屋情報

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

家族への連絡(月1回Drから)

自主トレ、リハビリスタッフと情報共有

【退院前】（1.5か月～2か月以降）

- ・必要な情報は？

家族と本人の希望が合っているか

介助が残りそうなところ、家族の理解度(指導内容)

サービス利用の有無、退院後と現在の不安・困っていること

- ・どのように情報収集すれば良いか？

ソーシャルワーカーから聞く、カンファレンス

- ・介護職としてどんな支援ができるか？

退院に向け環境設定、家族への情報共有(動画など)