

# 市町村職員在宅医療・介護 連携基礎研修


## 1. 退院支援 ～在宅療養に向けた準備の実際～

訪問看護ステーション メディケア  
管理者 ガルシア 小織

## 1. 退院支援 ～在宅療養に向けた準備の実際～

1日目

- 入院になりました！で始まる退院調整。
  - 平均在院日数が短縮する中で、入院すると同時に退院調整が  
はじまります。
  - 窓口は「地域連携室」や「医療相談室」
  - 退院調整を担当するのは、ソーシャルメディカルワーカー (SMW)  
退院調整ナースが中心になって行います。



## 退院日が決まりました！ 病院からの連絡。

了解です！ カンファランスはいつにしましょうか？

- 介護タクシーも手配済です。他サービスは手配済です！

えっ！？もう退院ですか？（どこから手をつけたらよいのか・・・）

- 家族は介護できるのかな？本人は帰りたいのかな・・・？施設はいっぱいだし・・・

この差はどこからくるのでしょうか???



## ケアマネージャーの情報力

- <ケアマネージャーが持っている情報>

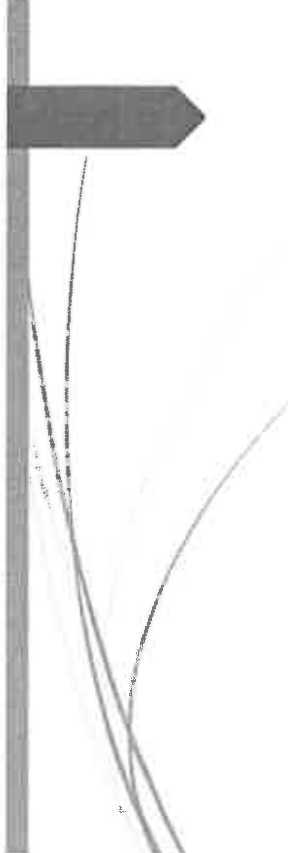
◎重要！！ 対象者の生活情報を盛り沢山持っています。

- ・家族構成 ・キーパーソンは誰か ・生活、経済状況
- ・被保険者情報
- ・現在利用しているサービス ・自立度 ・本人の訴え ・健康状況
- ・ADL、IADL ・コミュニケーション能力 ・社会とのかかわり
- ・認知能力 ・排泄状況 ・皮膚・口腔衛生の状況 ・食事の状況
- ・問題行動 ・住居環境 ・介護力、特別な状況など



## 病院の情報力

- <病院が持っている情報>
  - ◇ 現在の病状と今後の予後
  - ◇ 治療方針と治療内容
  - ◇ 療養生活の状況
  - ◇ 本人、家族の療養に対する考え、病気に対する考え
  - ◇ 治療後はどうしたいのか、本人、家族の意向



## スムーズな在宅移行の条件

- ケアマネージャーの生活情報と病院の持つ療養情報を

入院中から情報の共有 をしてすり合わせる

在宅移行 大成功！！

- 無事に病院から在宅へ帰れます。



## 共有した情報から見えてくる心配事

たとえば・・・

- ○ 家族は本当に介護できるのかな？
- ○ 退院してから容態が変わったらどうするの？
- ○ 間違えずにちゃんと薬が飲めるかな？
- ○ 日常生活はちゃんとできるのかな？
- ○ ちゃんと通院できるのかな？
- ○ 転んだらどうしよう？ ひとりで自宅でリハビリできるのかな？
- ○ 家で最後を迎えられるかしら？不安だらけでどうしたらいいの？



## 具体的に考えてみる事例①

- ALSのAさん。人工呼吸器をつけて自宅に戻ります。
- 座位はできるがほとんどの時間をベッド上で過ごします。
- 食事は胃瘻から注入。コミュニケーションは出来ません。
- 痰も自分で出せないようです。
- 外交的なお人柄、外出は希望。



## そうだ、訪問看護師に相談してみよう！

- ○ 人工呼吸器や胃瘻、吸引など医療的管理・処置を相談しよう。
- ○ 皮膚の状態、皮膚トラブル、予防は何かないか相談してみよう。
- ○ 廃用症候群の予防対策何かないかな、リハビリについても相談してみよう。
- ○ 排泄はうまくできるのかな？下剤や浣腸は必要かな、オムツの種類は何かよいのか、相談してみよう。
- ○ 自宅のお部屋は快適なのかな？改善や工夫することはあるのか相談してみよう。
- ○ 家族や介護員さんが出来る医療的支援はなにかな、相談してみよう。etc・・・



## ALS療養者は24時間体制での医療的支援が必要です

- ○ H24年4月の社会福祉法及び介護福祉法の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修<sup>(1)</sup>を受けた介護職員等は、一定の条件のもとに痰の吸引等の行為を実施できることとなりました。
- ○ 医師の指示のもと、業として痰の吸引等を行うことができます。

現在も一定の研修を受けた介護職員等が支援し家族の介護疲労、負担の軽減につながっています。

- ☆ 一定の研修<sup>(1)</sup>・・・介護職員等医療的ケア第3号研修。  
在宅医療連携拠点事業所 チームもりおかで実施



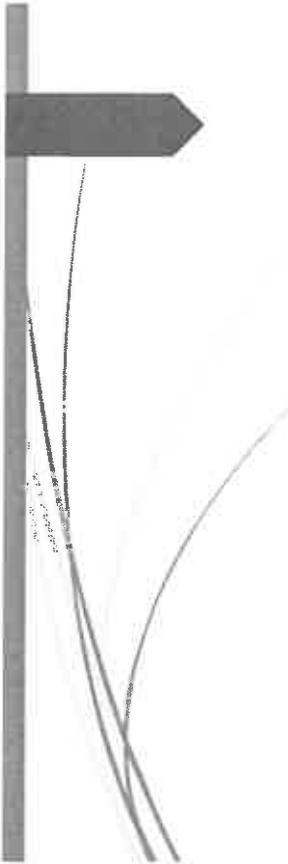
## 具体的に考えてみる②

- ▶ COPD（慢性閉塞性肺疾患）のBさん。
- ▶ 吸入薬を使って自宅へ戻ることになりました。
- ▶ 病院でリハビリをしていましたが歩行をすると息切れします。このまま歩けなくなるのでは、と不安が強い。
- ▶ 食欲も減退気味、体重減少がみられます。
- ▶ 物忘れは年相応、忘れやすくなったことに自信を喪失。
- ▶ なんとなく頭が重い、薬を使っても治らない、と発言。



## そうだ、訪問看護に相談してみよう！

- ○ 熱や血圧、酸素飽和度（SPO2）は訪問看護師が測定してくれる。
- ○ お風呂はデイサービスを使うことになったし、夜間のトイレ歩行が多く、息切れが強い様子。何か方法ないかな？
- ○ 便が出にくく、下剤が処方されたけどどうも自分で調整ができるか相談してみよう。
- ○ 病院食は無理やり食べていたようだけど、一回の食事量が少ないから少量で高エネルギーの補助食品はないかな？
- ○ 簡単なリハビリはやってくれるかな？



## 入院中から準備しておかなければならないこと

- ○ 在宅療養生活の中で、医療器具が必要である療養者について、支援する家族や介護職員へ医療器具の取り扱い指導、医療支援をする介護職員の養成が必要となります。
- ○ 在宅療養で使用する経管栄養のボトル、経管栄養の接続ルート、経管栄養を下げるスタンド、吸引器、吸引チューブ、医療器具を消毒する消毒薬、傷に使うガーゼや絆創膏、チューブを固定する絆創膏等は療養者自身が購入準備するものです。  
いくらかかるのか、事前に調べる必要があります。