

主題	「今の私を伝えてほしい」相談員の私が入院中の想いをつなげます		
副題	入退院時の利用者の想いを共有し、退院後の生活の安定につなげる取り組み		
入退院時の情報共有		重度化への対応	
研究期間	3ヶ月	事業所	生活相談員スキルアップ研修 Bグループ
発表者：坂田せい子（さかた せいこ）		鎌田 弘道（かまた ひろみち）	
共同研究者：菅原沙知、佐藤俊則、工藤光昭、田原淳、坂田せい子、田村恵、石塚佑美枝、渡邊美代子			
電 話	03-3959-7421	メール	soudan@komonenosato.com
FAX	03-3959-7438	URL	（任意）

今回発表の 事業所や サービスの 紹介	私達は、東京都社会福祉協議会の高齢者施設福祉部会、生活相談員研修委員会が主催する「平成24年度生活相談員スキルアップ研修会」に参加し、多岐にわたる生活相談員の中核業務の中で「人材育成」に焦点をあて、中でも「入退院時の情報共有」について、その果たすべき役割について研究しているグループです。
------------------------------	---

《1. 研究前の状況と課題》

平成24年度の介護報酬改定の内容をみても、介護度が高く、医療的なケアが必要な利用者の受入れがより一層求められている。このような状況下で、高齢者施設は協力病院を始めとする病院との連携を欠かすことができない。また、施設においても医療的なケアの充実が求められている。利用者の生活が一変する転機として、病気や怪我による入院が挙げられる。入院・治療を経て施設や在宅に戻る利用者の大半は、重複する疾病や入退院の繰り返しによって、入院前の環境で生活を継続することが難しくなっていく。また、そういった環境の変化に対して不安を抱えて生活をされる方も多い。利用者やその家族が抱える精神的・身体的な不安に対して、入退院の調整を職務の一つとする生活相談員ができることは何か。内外の他職種と情報を共有し連携すること、また連携の調整役として具体的にどのような行動ができるのかを課題とし、研究に取り組んだ。

《2. 研究の目標と期待する成果・目的》

1. 入退院を繰り返す利用者の不安を知り、その思いを生活相談員が家族や病院、施設内部に発信して共有する仕組みを整えることで、退院後の状態に合わせた（ターミナル期も含め）快適な生活を提供することができるのではないか。
2. 治療を役割とする病院と生活を支える役割を担う施設の連携において、病院が施設に求める姿勢や役割を知り、施設がそれに応える環境を整えていくで、信頼関係を構築できるのではないか。その積み重ねで、入退院の調整が円滑に行えれば、医療的ケアが必要な利用者が安心して両者を利用できるのではないか。
3. 1と2の環境を生活相談員が中心となり整えることで、医療的ケアを要する利用者に対しての柔軟な受入れ体制の必要性や、地域ネットワークの一員としての役割意識が向上し、施設全体のケアの水準や稼働率の向上が期待できるのではないか。

《3. 具体的な取り組みの内容》

1. 入退院時に利用者が抱える思いを知るために、入退院を経験した利用者とその家族に対してインタビュー形式で調査を実施し、実態把握を行った。同時に、病院側にインタビューを依頼し、特別養護老人ホームをはじめとする高齢者施設に対して求める体制を調査した。

2. 1で得られた情報から、生活相談員が家族・病院・施設を対象に情報の共有と連携を図るためのシートを作成した。シートの内容については以下を留意した。

①入退院を通して、利用者やその家族はどのようなことを不安に感じたか。また、その不安に対して病院や施設それぞれにどのような対応を求めているのか。

②高齢の利用者を受入れる病院は、治療後の生活基盤である施設や在宅サービス提供者にどのような体制を求めているのか。

③入院前と入院後で身体や生活にどのような変化を感じたか。施設内で可能な医療的ケアやリハビリテーションなどについて、また、ターミナル期のケアについて、利用者や家族はどのような関わりを望んでいるのか。

3. 実際の入退院の場面で2のシートを活用し、生活相談員として利用者・家族・病院と情報の共有を試み、関係機関及び施設の他職種へ発信した。

《4. 取り組みの結果と考察》

入退院の調整場面で、生活相談員が内外の関係機関・専門職種と、考案したシート等を用いて利用者の変化に応じた快適な生活の継続を目的とした情報共有を試みたことで、病院との情報交換の機会が増え、入退院を繰り返す利用者の再入院の調整が円滑になった。施設においては、退院後の利用者の生活に対する専門職種間の意見交換が活発になり、医療的なケアが必要な利用者への対応（胃ろう・鼻腔、ターミナル期のケアなど）について、受入れ体制の強化に効果がみられた。

《5. まとめ、結論》

生活相談員として、医療的なケアの必要性が高く入退院を繰り返す利用者を支えるために、施設内外との連携手段を研究した結果、病院が施設にも求める入退院時の体制について理解を深めること、入院中の治療の経過や心身の変化を専門職種間で共有して、受入れの環境を整えていくことで、退院時の円滑な受入れが可能になったことに加えて、医療的ケアが必要な重度の利用者の受入れ体制を強化することができた。また、病院と施設の役割について相互理解と信頼関係を深めるきっかけを創ることができた。地域のネットワークの一員としての意識と稼働率の向上は、研究を続けて成果を追求したい。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

なお、本研究発表を行うにあたり、利用者（家族）には口頭、病院関係者には文面で、調査内容は本研究発表以外では使用しないこと、不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

生活相談員業務指針 '10

《8. 提案と発信》

特別養護老人ホームをはじめ、生活の場において医療的ケアを必要とする方へのサービス提供が求められている。制度の改定という裏付けをもとに、高齢者施設としての在り方を模索している現状であるが、現場にいる生活相談員だからこそ気づいて発信し、試みることができる取り組みがあるのではないかと。今後も地域ネットワークの一員として、地域に住まう利用者やその家族が必要とするサービスを提供するために、施設内外の関係機関との連携強化に努めていきたい。

【メモ欄】