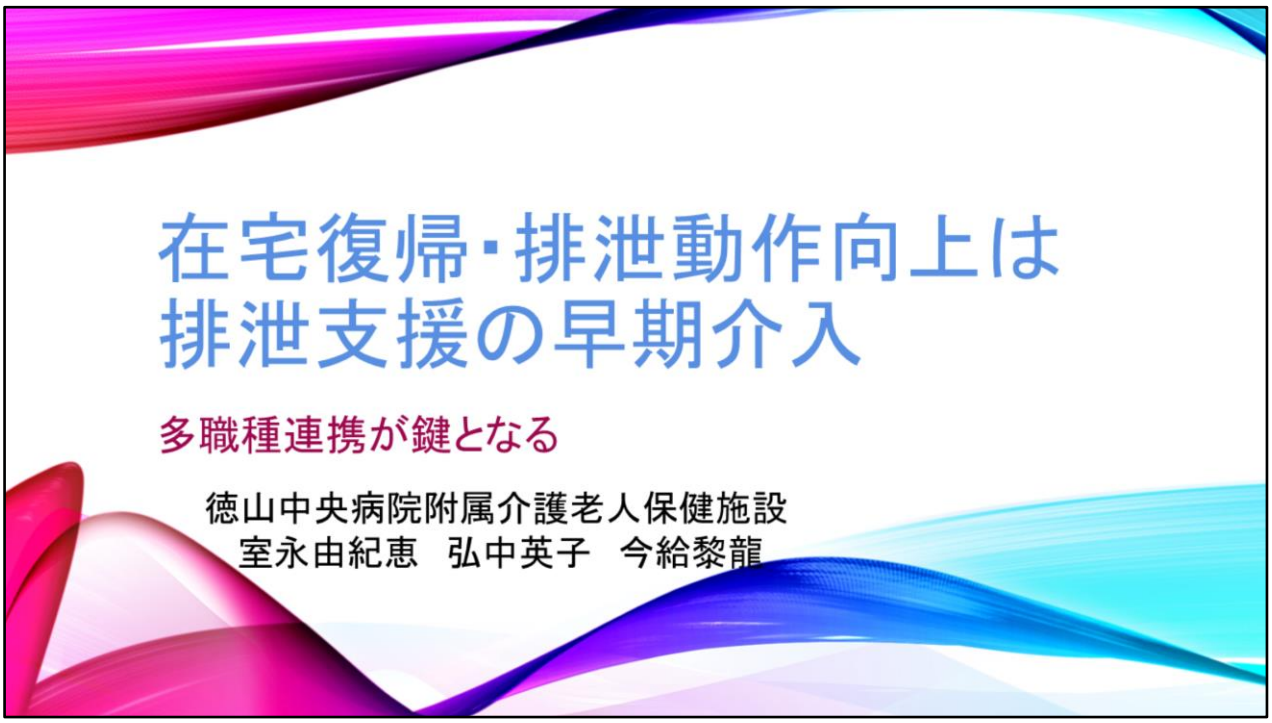


当施設は、山口県東部、瀬戸内に面する周南市にあり、急性期治療を担う、JCHO徳山中央病院に附属している。

入院生活を終え病状が回復してしても、直接在宅へ帰ることが難しいと思われ、相談に来られる方が多い。

施設に入所されても、施設と在宅の環境は大きく異なり、施設で出来ていたことも、在宅ではできないと、在宅生活をためらっている方がいる。

その一つの要因に、「排泄動作が出来ない」ことがある。

早期に在宅に繋げるためには、どのようなアプローチが必要か、排泄支援を通して、考え取り組んだ結果をここに報告する。

【目標】

在宅復帰委員会やデイケアと連携し
利用者とその家族に対し
排泄動作の維持・向上をはかり
在宅復帰に繋げる

入所中利用者の排泄支援を実行するために、排泄委員会を中心として、理学作業療法士、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、相談員から構成される在宅復帰委員会やデイケアと連携し、「利用者とその家族に対し排泄動作の維持向上をはかり、早期に在宅復帰に繋げる」を目標に掲げた。

リハビリ担当者により、入所時の利用者のADLと排泄動作を確認し、問題点を抽出する。

排泄動作の場合は、「車椅子から起立までを第１相」「起立から方向転換までを第２相」「着座の過程を第3相」とするなど、相ごとに見るべきポイントを列挙し、一連動作からの膨大な情報量に比べ、細分化されたポイントに絞った評価を行うことで、情報共有の難易度が下がり、周知率の向上につながった。

【活動内容②】

① 左側よりスライディングボードを挿入。
② 両手で左側の手すりを持ってもらう。
③ 左手は手すり、右手は車いすの手すりを持ってもらいトイレに座る。
④ 右膝窩より前方への体重移動を促しながら垂直方向へ立位保持を行う。
⑤ スライディングボードを外す。
⑥ オムツのテープをはずす。
⑦ 下衣の脱衣
⑧ 清拭まで自身で行ってもらう
⑨ 両側手すりを持ったで同様に立位をとる
⑩ 位保持を行い、下衣の着衣を行う
⑪ 座位を安定させ横手すりを上げ、右側よりスライディングボードを挿入する
⑫ 左側手すりを両手で持ってもらい車いすへの移乗を行う。

① リハビリにて排泄動作の評価

② 排泄動作の手順作成

③ 排泄支援計画書に落とし込む

抽出された問題点を排泄委員会と情報共有して、個別性のある排泄動作の手順書を作成する。

手順作成にあたり、職員間で排泄動作の試行錯誤を行い、カンファレンスで排泄動作の再検討を実施し、排泄支援計画書に落とし込む。

作成した手順に沿って職員全員が周知し、利用者に対して手順通りに援助ができるようリハビリから職員に直接指導を行う。

こうした過程が利用者・介護者に負担の少ない方法へ近づくことにつながったと考える。

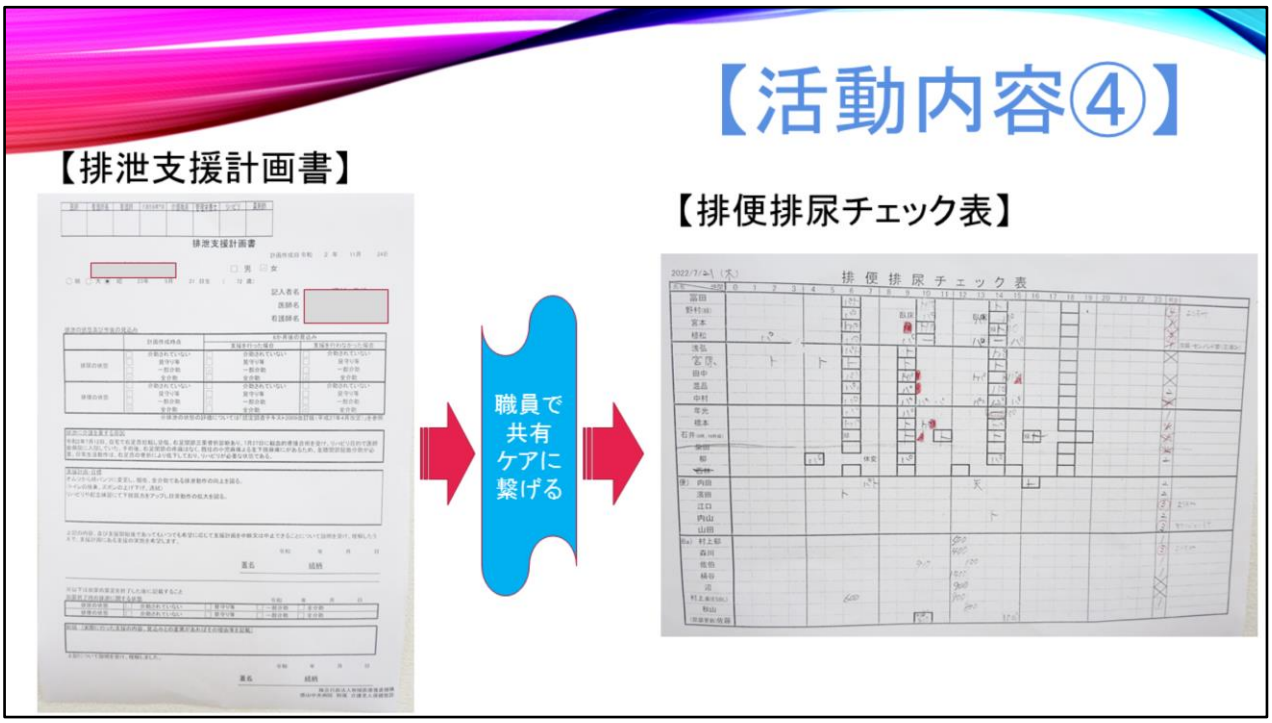
【活動内容③】

【入所直後自宅訪問】

入所時の排泄動作を評価し、それを踏まえたうえで、早期に自宅訪問を行う。

在宅での問題点を色々な角度から分析するとともに、家族の意向を確認する。

利用者の現状にあわせた、トイレまでの距離、段差、手すりの位置、ドアの開閉方向、明るさなどの、排泄環境の課題を持ち帰る。



排泄委員がこれまでの課題から得た情報を基に、個別性のある排泄支援計画書を作成する。

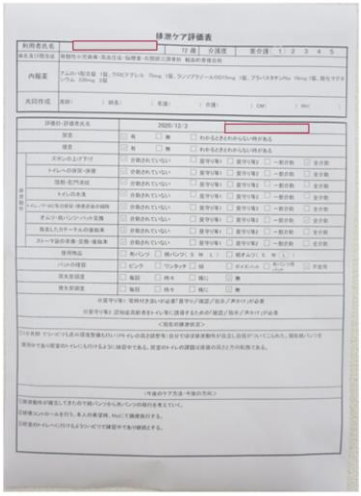
多職種で共有、家族にも承諾をもらう。

職員に情報共有したうえで、「排便排尿チェック表」を用いて、実際に手順に沿って援助を行う。

一連の排泄動作の中で
「何が出来て」「何ができていない」のかを詳細に経過記録に残してもらった。

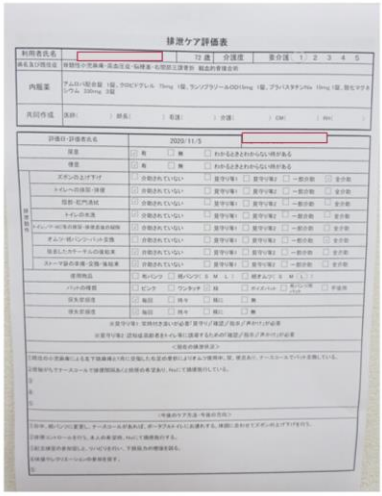
【活動内容⑤】

【排泄ケア評価表】入所時



毎月
排泄委員が
評価

【排泄ケア評価表】退所前



毎月、看護師、介護福祉士、理学作業療法士から構成する排泄委員が経過記録を参照に、現状の排泄動作の評価を行う。
改善が見られない時や問題点が発生すれば、「今後のケア方法・今後方向性」を修正し実行する。

それぞれ人により、「ここまでできたら帰れる」という目標が異なる。
例えば「夜のみポータブルトイレを使用しても良い」「トイレだけは自分で行きたい」「オムツを使っても良いが、どんな排泄ケア用品を使ってよいかがわからない」などがある。
面談時に排泄動作の様子を伝えたり、リハビリの様子を見てもらうなど、ADLの拡大ができていることを家族に確認してもらい、在宅可能かどうかの判断材料にしてもらう。
退所が決定すれば、介護支援専門員を交えた、カンファレンスを開催し、退所前自宅訪問へとつなげる。

【活動内容⑥】

【退所前自宅訪問】

退所時自宅訪問記録

施設長:

氏名		性別	男・女	介護度	要介護２

在宅状況

生活状況

退所 日令和

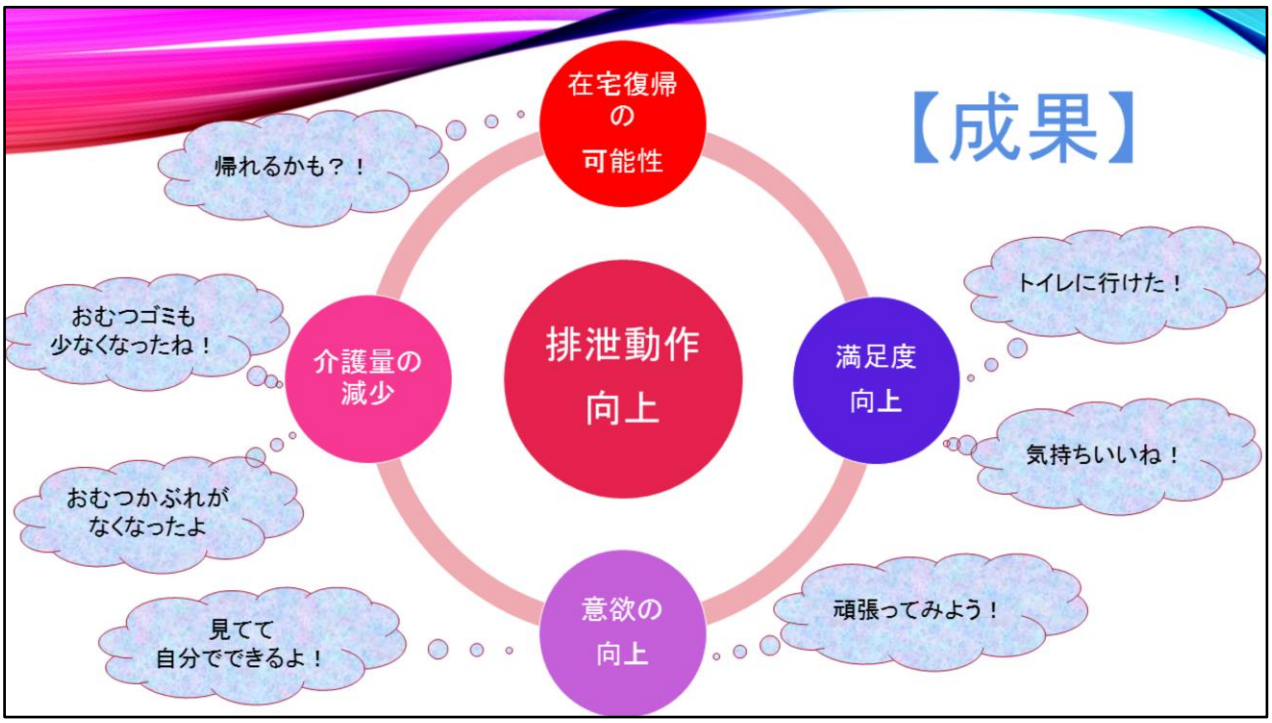
訪問 日令和

訪問者

独立行政法人地域医療機能推進機構豊山中央病院附属介護老人保健施設

退所前の
「排泄ケア評価表」と照らし合わせ、利用者、リハビリ担当者、相談員、受け持ち職員で自宅訪問を行う。

自宅訪問時に再度、ADLや排泄動作が問題なく行えているか、家族の意向に沿えているか、入所時に問題となった排泄環境が改善されているかを、利用者・家族とともに確認をする。



排泄動作向上により連鎖的に変化があり
「トイレに行けた」「トイレで用が足せて気持ちいいね」
等の満足度向上につながり
「よし、今度もトイレに行くのを頑張ってみよう」「見てて自分で出来るよ」
等の意欲の向上につながり
「オムツかぶれがなくなったね」「最近ゴミの量も減ったよ」
など介護量の減少につながり
こういった連鎖が利用者や家族の想いの「帰れるかも」を引き出し、在宅復帰の可能性に繋がっていった。

【まとめ】

在宅に復帰して支援終了ではなく、その先の生活も支援していくうえで、デイケアの繋がりも大切である。
デイケアで行った「排泄の困りごとアンケート」の結果から、背景には、利用者家族が、尿漏れ、頻尿、夜間排尿、便秘などの排泄問題で不安を抱えていることがわかった。

入所時直ちに利用者家族に在宅か施設かの意向を確認する際、排泄問題が理由で、在宅生活を決めかねているケースに対し、自宅訪問を行い、排泄環境を評価して、個別性のある支援計画を立案、毎月評価、修正した。これにより利用者の排泄動作が向上し、「これならば、家に帰れるかも」と思えるような、前向きな言葉がきかれるようになった。

家族の介護負担軽減のために、デイケアでのアンケート結果をふまえて、退所前に、排泄ケア用品の使い方やスキンケアについて指導を行ったことが、在宅生活への安心材料になったと思われる。

成果に挙げた関連図からもわかるように、在宅復帰が困難な事例においても、排泄動作が向上することで、精神面、身体面によい影響を与える事ができたと思われる。