

にはケアマネジャーと連携を図り入院前の日常生活動作と介護サービスの利用状況、介護状況、家族の介護力住宅環境などを確認します。

また、病気の後遺症により移動や歩行に杖や歩行器が必要になりそうな方には、退院が近付けば自宅をリハビリスタッフと訪問させていただき、退院後の住環境を確認し、問題があれば住宅改修などをお勧めしています。

退院後の生活支援

その後、病状が安定しリハビリもゴールを迎え主治医が退院が近いと判断すると「退院前サービス調整会議」を開催します。この会議にはご家族や本人を含め、主治医・看護師・リハビリ担当者・管理栄養師などの病院関係スタッフと、ケアマネジャーやホームヘルパーなど退院後の在宅介護を支える介護サービ

ス事業所にも参加していただきます。会議では患者様の病状や介護の問題点などの情報の共有化を行うと同時に、ご家族・本人の不安や心配ごとを解決できるように退院後のサービスの調整・協議を行います。この会議の中で退院後の生活支援、介護支援のおおまかな計画をご家族と詰め、退院までに解決しなければならぬ問題を明らかにします。そしてご家族・患者様に安心・納得して退院していただくためにスタッフ一同退院までにそれぞれがすべき事を確認します。



必要であればオムツ交換

や床ずれの処置、痰の吸引方法などを看護師がご家族へご指導致します。また、退院後の食事に制限や工夫が必要な場合は管理栄養士が調理方法などをご指導します。リハビリスタッフは介助の方法など指導させていただきます。

安心してできる在宅介護を

このように病院ではご家族、患者様の不安や心配ごとなどが少しでも解消されるよう、退院前からケアマネジャーや介護サービス事業所との連携を図り切れ目のない支援を行い在宅介護につなげていけるよう努めています。

しかし、このような退院支援を行っても不安な気持ちを抱えたまま退院を迎えてしまう方や、退院後すぐに誤嚥性の肺炎や床ずれがひどくなつて再入院される方もおられます。そんな時は、本当に在宅介護を勧め

て良かったのかを考えさせられる事もあります。病院では24時間医師や看護師などの医療スタッフがいることで安心感はあると思いますが、患者様にとっては毎日毎週言われたことだけをこなす無機質な生活になつてしまいます。患者様を中心に考えた支援を行うのが良いのか、またご家族、介護者の気持ちに立った支援をするのがよいのかは一概に言えないと思います。

しかし、退院後在宅介護をされているご家族が外来受診に来られた時、退院後の様子を伺つと「今でも食事の事や介護の事で不安な気持ちは変わらないけど、お父さんは家に帰れたことが嬉しくて生き生きとります」と笑いながらお話をされたのが印象に残っています。



(注1…患者様の日常生活動作や介護・住環境等で支障をきたす問題点を抽出して退院支援の必要があるかを評価するチェックシート)