



医療連携って何？ もっと在宅生活を理解しよう…

病院には「医療相談室や医療連携室」等とあって退院後に不安や問題があると相談にのってくれるソーシャルワーカーという人がいる。例えば、退院後に自宅に戻れない人の転院先や施設をみつけてくれたり、介護が必要となった時は担当地域の地域包括支援センターに連絡をし、介護保険の申請等について教えてくれる。退院後の在宅療養生活については、地域包括支援センターと連携を図り、介護が必要であれば介護事業所等を紹介してくれる。



Aさん（81歳）男性のケース『要介護3・一人暮らし・身寄りなし』

某大学病院より、地域の地域包括支援センターに連絡があり、看護小規模多機能型居宅介護ケアホーム希望に相談があったケースである。

Aさんは糖尿病があり、食事や薬の自己管理ができず入退院を繰り返している。今回は右足首を骨折し入院となり、手術をしたが創部の感染みられ植皮術等を行い退院予定となったため、病院で行われる退院に向けてのカンファレンスに参加した。

Aさんの自宅はアパートの2階で、急な階段がある。入院中に新型コロナウイルスに感染し、十分なりハビリは行えなず歩行困難な状態であるため、通院は難しいことから訪問診療（往診医）と訪問看護を導入し、体調管理や足の傷の処置等を行うこととなる。更に自宅は掃除が行き届いておらずゴミが散乱しており、訪問介護にて生活支援を行うプランとし、薬は訪問調剤薬局で処方薬を日付がわかるようにカレンダー式にセットし、飲み忘れがないようにチェックする。食事に関しては、朝食と昼食が兼用であるため、ご飯を炊き惣菜を購入し、夕食は配食サービスを利用することとした。退院前に自宅の掃除や洗濯、室内環境を整え退院となった。

退院から2週間が経ち、足の傷の状態も良くなってきた頃、病院の外来看護師から「足の傷の受診に来ないのはなぜなのか？」と連絡があった。病院側は「内科的なことは往診医に依頼したが足の傷に関しては受診してくれなくては困る」とのことであった。退院前のカンファレンスの時にも、看護サマリー（入院中の状態やケア内容が書かれた書類で看護についてまとめたもの）にも何も書かれていなかった。病院側の一方的な方針に私たちは唖然とした。

今回のことは病院内での連携が十分に図れていなく、退院前のカンファレンスでも病棟の看護師のみとの相談で、主治医がいたにも関わらずその場に参加していなかったこと等が問題に挙げられる。また、これまで在宅療養生活において、何故入退院を繰り返すのか、医師や看護師、関係者が生活上の問題を分析し、アセスメントすることができていかなかったことが問題であったのではないかと思う。私自身も病院の看護師をしていた頃は一人の患者がどのような環境で生活しているかを考えるよりも病気のことしか考えられなかった。

今は在宅医療に関わるようになり、まずは患者さん個人のことを理解し、どんな生活をしているのか、そして今後どのような環境で生活し、病気と共存していったらよいのかを考え、想像して退院後のプランを考えることが大切であることを学んでいる。

金沢 二美枝



あなたの **笑顔** は
 どんな **花** よりも **ステキ!**



みんな 笑顔で
キレイ に撮って
 もらってるね



いい湯だな〜♪

わしらは
勝負 じゃなくて
菖蒲 だよ



俺は 何よりも **食事** が
 うまいのがいいね!

ケアホーム希望の



介護とは…

利用者の**日常生活**の支援である。
 日常こそが毎日の暮らしと言える。

では**暮らし**とは何か？
 朝起きて始まり…夜眠り…
 翌朝 目が覚めるとい
 う24時間の**くり返し**で
 成り立っている。

自分なら1日をどう
 過ごしたいのかが
 暮らしの理解への**第一歩**である。



暮らしを構成する4つのアイテム

1. 場所

住居 通い慣れた場所や建物

2. 生活行為

食べる 出す 寝る

3. 関係性 (役割)

家族や友人 仲間等

4. 共通基盤 (言葉)

言葉や方言 用語等



このような暮らしの中で生活してきた利用者が病院や施設入所をすることで暮らしがこと一変し、
 とまどうことを忘れてはならない。