

在宅人工呼吸療養者へのケアマネージャーの役割

豊浦保子

近畿に住む介護者が不十分な在宅人工呼吸療養者の5例について、退院前から在宅に向けて、だれがケアコーディネートしたかによって分類し、「コーディネート力」「患者のニーズ把握力」「サービスの拡大力」「医療との接点」「福祉との接点」について評価した。

退院から在宅に向けての職種コーディネート力評価

	コーディネート力	患者のニーズ把握	サービスの拡大力	医療との接点	福祉との接点	総合点
保健婦						45
訪問看護婦						40
病院医師						50
病院ケースワーカー						50
患者・家族						35

1. ケア・コーディネーターの役割

(1) 保健所保健婦

退院前から、病院スタッフと在宅療養についてのカンファレンスを重ね、地域開業医や、訪問看護、行政福祉に連絡調整する。総合的なコーディネート力に優れているが、「呼ばれないのに病院には入りにくい」というのが本音である。

(2) 訪問看護ステーション

ステーションの組織力によって、バイタルチェックだけの30分で帰るところから、入浴介護まで2時間いてくれるところまでさまざま。他のサービスとのつながりが弱いが、患者へは親身になれる。

(3) 病院主治医

医師が保健所保健婦を病院に迎えてケア・カンファレンスを行う。あとは病院ケースワーカーや、保健所保健婦に委任してもよい。開業医との調整、人工呼吸器のレンタル業者との打ち合わせは大切。医師が前向きだと医療スタッフが働きやすい。

(4) 病院ケースワーカー

医師から委任されるとやりやすいとの声もある。制度やサービス内容に詳しい。患者の代理申請まで動いてくれれば強力。

(5) 患者・家族

介護の合間に福祉事務所へ電話したり，訪問診療や訪問看護のスタッフにその都度必要なことを頼んでいる。十分にサービス内容や制度について知らないので，あきらめることも多い。コーディネーターが存在しない在宅人工呼吸療養者も多いと思われる。

2. まとめ

人工呼吸器を必要とする症状になってはじめて重症度が高くなり，各種サービスの対象となることが多い。人工呼吸器装着のために入院した時点で，保健所が患者を捕捉するためには，病院の協力が必要である。退院前には，地域の保健・福祉サービスと「在宅人工呼吸器療養カンファレンス」を病院内で行うというルールをつくれれば良い。

