

在宅療養ができる3条件

1. 介護者と本人が在宅療養を切望する
2. 実働できる介護力があること
3. 適切な医療が受けられる環境がある

最近是在院日数の関係もあるためか簡単に在宅へ移行してくる方が増えています。『在宅療養』とは字も簡単で、テレビのドキュメントを見ると「これが本来の姿だな」と思うのでしょうか。しかし、現場は大変な毎日で長期療養できるのは介護者の努力の賜物です。在宅療養ができる家族とできない家族を比較すると適応が見えてきます。よくわからない方は、“胃瘻管理している寝たきりの方が来週からうちに来る”と想定してください。「うちは部屋も狭いし、受験生もいるし、昼間は二人で働いているしダメだな！」でなく、今の環境の中でどうすれば“できるか”を考えてみてください。

在宅療養を行なうための3条件

1. 介護者と本人が在宅療養を切望している。(希望よりもっと強く！)

在宅療養が長期間継続できるかどうかは本人と介護者であるご家族がどれだけ在宅療養を望んでいるかによって決まります。特に医療依存度の高い場合には介護者の負担が大きくなりますから「本人が帰りたいと言っているので家に連れて帰ろうか？」程度の思いでは長期間の在宅療養は実現しません。まして医療器材を必要とする場合には介助の精神的負担ははかり知れないものです。

そして、何かイベントが生じ場合（急変時など）には入院するしか選択肢がありません。イベントに対応できるのは本人と介護者の在宅療養を継続したいと思う気持ちがどれだけ強いかに影響され、在宅で出来る範囲の治療行ない状況によって在宅看取りも可能となるのです。

2. 実働できる介護力

現場で実際に働けるマンパワーがどれだけあるか！によって決まります。特に問題のない寝たきりの方を看るだけでも介護力は必要です。ヘルパーや訪問看護師を依頼しても訪問時間は1日の一部にしであり介護力の補充にしかありません。“近所に住む家族”は「いつといつは何時から何時まで介護する」などのシフトを作る位に構想しないと介護力に含められません。

3. 適切な医療が受けられる環境

医療依存度の高い方の在宅が増えてきています。在宅で生活する患者さんに対して必要な医療が十分に提供できないと継続する長期間の在宅療養は難しいです。訪問診療と訪問看護、そして必要な介護サービスを充実させて安心して生活できる環境を整える事が必要です。

在宅療養の適応

1. 介護者と本人が在宅療養を切望していること

ちょっと帰してあげようでは無理
本人が在宅療養を希望しない場合も無理
介護者が在宅療養を希望しない時も難しい
できれば入院したいと思っている時は無理

希望より
もっと強く

2. 実働できる介護力があること

老人の二人暮らしは難しい
日中独居となる場合は心配
介護負担が大きすぎる場合は困難

3. 適切な医療が受けられる環境

安定していない病状では介護者が看てられない
昼夜を問わない頻回吸引処置は無理
複雑な処置を必要とする場合は困難
特殊な医療器械を使用する場合も困難
頻回の訪問が必要な場合は無理

本当は在宅療養したくないけれど“仕方なく”行っている家族が多い傾向が最近よく見かけます。在宅で管理しやすい方法を検討して、家族のストレスを最低限にすることで長期の在宅療養が可能となります。

適応をよく考えて在宅療養を勧めてください

胃瘻管理する方が在宅に帰ってきたら！
から始めましょう。

＝退院前に準備しておくこと＝

〔介護保険適応の方の場合〕

1. 介護保険の申請はされてますか？
2. ケアマネージャーはいますか？
3. ご自宅のどこに寝かせますか？

胃瘻管理のみでなく介護を前提に考えると床での生活は無理で介護用ベッドが必要です。介護保険の福祉用具のレンタルをお勧めします。

4. イルリガートルをどこから吊るしますか？

病院で使用している点滴スタンドのレンタルもありますが、多くの方はいろいろ工夫して、いろいろな所から吊るしています。注意しないといけないことは、自然滴下させるためには落差が必要であることと、栄養剤が入ると500g程の重さになるので重さに耐えられる所を探します。栄養剤が入ったまま落下すると大惨事になります。

5. 吸引機は必要ないですか？

胃瘻管理している方の多くは嚥下障害があります。唾液も確実に飲み込めないことから肺炎になり易く、痰が多い方も多いです。病院で吸引処置を行っていた方は在宅でも必要となることが多いです。

6. まず、ケアマネージャーには退院の連絡をして退院後のケアプランを作成してもらいます。

訪問看護は必要？

ヘルパーは必要？

デイサービスは？

入浴は？

主治医は？

訪問診療対応は？

緊急時の対応は？

情報を沢山集めますので病院のワーカーと連絡を十分に取って連携していただきたいと思います。

7. 胃瘻処置に必要な物品は揃っていますか？

胃瘻管理が必要な方が帰って来ただけでも大変なことです。退院の前に準備できるものは準備しておきましょう。しかし、必要なものが分からないときは、今後、在宅で見てくれる看護師や在宅医と相談することを勧めます。病院では必要でも在宅では必要ないものもあり、また、逆もあるからです。退院前に在宅医療スタッフに一度会っておくことを勧めます。

在宅療養開始時のチェックリスト

- | | | |
|---------------------------|----------|------------------|
| ●住所の確認 | 横浜市 | 区 |
| ●歳・性別 | 歳 | 男 女 |
| ●疾患名と治療の内容の確認 | 情報提供者の発行 | |
| ●在宅療養への思いの確認 | | |
| 本人の希望する生活の場は？ | 在宅 | 施設 病院 |
| 家族は在宅療養をしたい | したい | したくない |
| ●介護力について | | |
| 家族構成を確認 | | |
| 同居の人数 | 名 | |
| 実働できる人数 | 名 | |
| ●必要な医療について | | |
| 必要な医療の内容 | 、 | |
| 家族の対応は | 完璧 | もう少し まだまだ やる気がない |
| ●緊急時の対応 | | |
| 24時間対応 | ある | ない |
| 緊急入院先 | ある | ない |
| ある場合 | 病院 | 科 先生 |
| ●在宅での看取りについて | | |
| 在宅での看取りを | 希望する | 希望していない |
| 家族に看取りの経験はありますか？ | ある | ない |
| ●介護保険の適応は | ある | ない |
| 介護度 | 要介護 | |
| ケアマネジャーは | 事業所の | さん |
| 障害者手帳は | 級 | ない |
| キーパーソンは？ | | |
| 本人との関係は？ | | |
| ●利用訪問看護ステーションは決まったところが | ある | ない |
| ある場合ステーションの名称 | | |
| ●もともとのかかりつけ医は | 診療所名 | |
| | 医師名 | |
| ●今後管理する在宅医は | 診療所名 | |
| | 医師名 | |
| ●もともとのかかりつけ医に今回在宅へ移行することを | 連絡済 | 未連絡 |

病院主治医と在宅主治医の関係を作りましょう。常に病院主治医と在宅主治医が連絡を取り合える環境を作りましょう。その間を患者が行き来することが理想だと思います。

＝在宅医療の現場からのお願い＝

病状が安定している患者さんであり、在宅療養の適応がある方については在宅への移行は可能と思われます。ぜひ、在宅医と連携をとりながら病院主治医と在宅主治医のダブル主治医制のもとで在宅療養期間が長くできるように双方協力して管理していただきたいと思います。緊急時の入院だけでなく胃瘻交換時にメンテナンスを付加していただき安定した療養を送れるようにしていきましょう。

在宅での管理は在宅でのやり方の中からできてきているものです。病院で行なっている完璧な管理は医療従事者でないご家族が行うには負担が大きすぎる場合があります。この胃瘻管理マニュアルは病院の医師と看護師、在宅の医師と看護師で話し合い作成しました。病院で指導にあたる時にこのマニュアルに沿って説明をしていただけると幸いです。そして、どこに居ても、どこで管理されても、皆同じ土俵の上で話をすることができ、同じ管理方法を行なうことで家族も安心し管理できると思います。

＝管理上の問題点＝

胃瘻の器材も各社から販売されており何種類ものカテーテルが存在します。しかし、在宅医は新しい患者さんを受け持つたびに新しいカテーテルに適した器材を用意しなければなりません。短期間で在宅管理が終了してしまった場合には、まるまる在庫を抱えてしまい困っている在宅医もいます。器材の指定は出来ないまでも在宅医を先に決めて相談してから造設を行っていただけると今より改善される事は多いかと思います。また、連絡していただくことで病診連携も強くなっていくと思います。

栄養剤の問題もあります。在院日数の問題から退院日が早くなることはしかたがないと思います。しかし、在宅で栄養剤を変更することは便コントロール上も難しい方がおります。コントロールつかなくなってしまった場合には、病院に再入院して便コントロールをお願いすることもあると思います。出来ることなら院内で消化体に調整してからの退院が理想です。

W主治医体制

常に病院主治医と在宅主治医が連絡のとれあう体制を作りましょう

退院後、入院後も双方連絡を取り合いましょう！

院内で行なう処置に関しても、在宅主治医と相談し「気切を置こうと思います
が先生はどう思いますか？」や「処置に関して在宅の現場で行なえますか？」な
ど連絡を取り合いながら、「来週の月曜に退院させようと思いますがいかが
ですか？」となります。

また、在宅療養中に「ちょっとこの部分が心配なんですけど」と連絡すると
「こうしてみても如何でしょう」とか「検査するので来週来院させてください」、
「入院したほうがいいですね」のような感じで話が進み一人の患者を2人の先生
が統一した方針の中で診察してくれる環境がつくられます。「入院したらこんな
作られちゃった！」とか「在宅に帰るとこんなにされちゃって困るんだよねー」
などはなくなると思います。

- | | |
|-----------|--|
| ●在宅療養中 | 具合が悪くなった時に病院対応を依頼。
徐々に悪くなる時は事前に連絡を取っておく |
| ●メンテナンスの件 | 依頼して入院や検査を依頼
病院としても履歴が残るし資料となる |
| ●緊急事態発生 | 手順を踏んで救急依頼
入院後も病院主治医と連絡をとる |
| ●入院中 | 退院後のことを含めて在宅医と方針を確認
打ち合わせも行なうことができる |
| ●退院が決まったら | 在宅医に連絡して退院後の準備を依頼
退院して在宅療養の再スタートする |

在宅には在宅のやり方がある！

在宅で行なっているやり方はただ簡略化させている訳でなく、直接介護する介護者がストレスなく出来る方法を考えて指導しています。

＝病院と在宅は違うんです！＝

病院で行なっている医療と在宅で行なわれる医療では相違点があります。病院の医療は医療環境の中に患者さんが入院してきて治療が行なわれるために医療従事者が主導となります。しかし、在宅医療の場合、患者さんの生活している環境の中に医療が入る事になりますので主役は患者さんと介護者となります。介護者のストレスを最低限に留め、安定した気持ちで介護できる環境を作ってあげるのが在宅医療に携わる医療従事者の役目だと思います。

“在宅には在宅のやり方がある”と言います。医療従事者からみると「これじゃダメだ」と思われることも稀にあります。でもそのお宅では、そのやり方しか出来なければしかたのないこともあります。妥協できることは目をつぶります。妥協できないところは医療スタッフがカバーしてのちに出来る様に時間をかけて指導していきます。

退院指導をする場合も在宅で指導する場合も介護者の負担とならない、ストレスを最低限にした方法を考えてあげてください。

退院後、在宅へ移行する場合は、訪問看護師や在宅医と連携をとり、統一した指導を心掛けましょう。

今後も多くの患者さん達が在宅で安心して生活していける様にみんなで協力していきましょう。

最後にもう一度！

この胃瘻管理マニュアルは病院の医師、看護師、在宅の医師、看護師で話し合い作成した手作りのマニュアルです。地域で統一したマニュアルとなれる様に病院で指導にあたる時、在宅で指導にあたる時、このマニュアルに沿って説明していただくと幸いです。

在宅には在宅のやり方がある

患者、家族は大変な思いをして在宅療養を開始します。少しでも負担のない方法を考えてあげることが必要です。病院では“**病棟看護師が行なっている処置の方法をそのまま家族に指導していませんか？**”これは医療に携わっていない家族にとっては非常なストレスとなってしまいます。

私たち在宅医療の現場では、家族の生活の中での負担、処置に対する不安と理解状況などを見ながら現場で必要なものから指導します。出来ないことは少しずつ覚えてもらい出来るだけ負担にならないように考えています。

指導を始めると、あれも、これも、と説明したくなると思います。しかし、そこはグッとこらえ、「退院後に担当してくれる訪問看護師がいるので、ここから先についてはその看護師さんのやり方があると思うので相談してみてください」と責任の負えないことに関しては説明や指導しないことが親切です。そして、必ず“**引き継ぎ**”を行ない「ここまで説明しています。ここから先は看護師さんと相談するようにに話しました」と申し送りをしていただくことが理想です。