

第2回 ことう地域チームケア研究会



彦根市立病院 医療情報センター
多目的室

平成25年5月14日(火)

グループワーク

- 講演を聞いた感想・もっと知りたいこと
- 今、私たちの取り組んでいること

など

- ・グループホームに訪問看護 本人の状況や生活の様子が主治医に伝えられる。
- 服薬の評価は薬剤師。
- 管理栄養士 直接相談してもらおうとよい。
- 訪問看護ステーションの特色出してもらいたい。そうすることで選択しやすくなる。
- 福祉用具の選択のアドバイスをもらえる。訪問看護との連携により可能になる。
- 他業種との連携の必要性を強く感じる。

- ・訪問看護ステーション利用の仕方。
- ・制度上の書類(=指示書)が大変(医師)。
- ・ケアマネとの連携が重要。
- ・管理栄養指導 病院では一般的な栄養指導になっていて、在宅に反映できていない。もっと普及して欲しい。
- ・褥瘡ケア 訪問看護のアドバイスも欲しい。
- デイサービスで看取りも関与したいと思っている。訪問看護がきてもらえると嬉しい。

- 退院後に専門家から言ってもらって食事の改善ができた事例がある。
- 介護職としては、どんな量でどんな形態でという具体的な指導がもらえると嬉しい。年齢や身体の大きさなどもある。
- 多職種と連携している。
- 栄養ケアステーション 住み慣れたまちで最後まで生活できる支援の拠点ができたらいい。

- 訪問看護師との信頼関係が大切。
- 制度が複雑。訪問看護師と相談して決めている。
- 低栄養・状態の様子が変わった時に訪問看護を利用。
- 訪問看護師 いろんな判断をしてもらえ、とても安心できる。積極的に使いたい。
- ヘルパーとしては、特別食の時に相談にのってもらえるとありがたい。

- 居宅療養管理指導、退院後しばらくたってから利用するといい。細かな指導があるといい。
- ヘルパーや家族への指導をしてもらいたい。
- 料金の仕組みを知りたい。
- 訪問看護 とてもお世話になっている。
- グループホーム ケアマネを通じての連絡なのか、連携の必要。
- 訪問看護側は断らないようにしている。積極的に活用してください。

- 管理栄養士より指導してもらい、家族も安心して在宅療養できた事例がある。
- 訪問看護師の存在は安心につながる。
- 認知症の場合は、看護師なら受け入れてもらいやすい。
- 訪問看護ステーション間の連携ができています。
- 精神面の看護 介護保険のサービス量では足りない。家族の相談へ対応が少ない。
- 訪問看護師からのアドバイスはありがたい。

- 在宅栄養指導は、病院を退院する時につないでもらっているとスムーズに行くが、退院後はなかなかつなぎにくい。
- 在宅ケースの栄養指導導入の課題。かかりつけ医に指示書を書いていただくこと。
- 町内に医師が少なく、看取りも難しい。訪問看護師がいることで在宅看取りも可能となる。
- 認知症の場合、訪問看護の導入が難しいこともある。

- 訪問看護は使い勝手はよいが、支援者が訪問看護の役割を理解することが大切。
- 入院中の訪問看護利用について、新しい知識が得られた。
- 病棟との連携が重要。
- 指示書の依頼は誰が担当するのか。新規ケースには、ケアマネの関与を希望する。
- ケアマネにタイムリーに動いてもらおうとうれしい。
- 「何でも頼ってください」(訪問看護)。

- 家族に訪問看護の必要性を理解してもらえない時もある。
- いろんな人が入ることで、いろんな視点で見えることがある。
- グループホームとの連携 判断がつかないときに助かる。
- 栄養指導は、今後活用したい。
- 在宅へ管理栄養士が介入しているのは県下でも少ない。広まっていくといいな。

- 看取り グループホーム 主治医との連携。
アドバイスもらえるのでありがたい。
- 訪問看護が関与することで、在宅看取り 家族への支援 後押ししてもらえる。
- 主治医とケアスタッフのつなぎ役を担ってもらえる。
- 主治医への連絡のタイミングが難しい。

- 訪問看護のオプションの状況について まずは相談してみるところから。
- 本人の希望をかなえられるといい。
- 施設でのリハビリは、現状維持が精一杯の状況。
- OT・PTがいる施設・事業所はどこなのか？
- 在宅栄養指導は、どの主治医の指示書でもOK！
- 社会資源をもっと知りたい、発信してほしい。