

2020 年度医療と介護の意見交換会

広域「井戸端」会議 開催レポート

◇開催日時・場所：令和2年11月26日 13：30～15：00 多目的室南北

◇テーマ：「どんな訪問看護を目指していますか？」「どんな訪問看護を求めていますか？」

- ・訪問看護で良かったケース、困ったケース
- ・訪問看護への希望、要望
- ・訪問看護からの希望、要望 等

A グループの学び

- ・家族への対応で協力が得られず困っている。家族の介護力が弱まっていると感じることが多い。
- ・本人の望む形のケアになっていない。
- ・患者さん本人と話すより家族と話すことの方が多いため、本人の希望より家族の希望がでてくる。
やろうと思ってもやれない家族と、やれるけどやろうとしない家族もいる。
- ・認定審査会：苦勞してやっていること=できるではない。ここに手が加わっていることを伝える
ことできちんと審査できるようにしていくことが大事。
- ・看取り：意思決定していく過程に看護師が関わる時間は長いので関わっていきたい。
麻薬が始まると夜間せん妄などで家族が困り救急車を呼んでしまう。家族の不安に対する対応や説明をケアマネからもして欲しい。医療のことは看護師にお任せではなく看護師は看護師、ケアマネはケアマネと別々ではなく一緒に。
- ・訪問は誰のために？：誰の想いに重きをおくのか、本人の意向？家族？そこをまちがえると
こんなはずじゃなかったとなってしまう。そうならないようにコミュニケーションをとりながら、
考えながらやっていくのが大事。本人の前では言えない家族、家族の前では言えない本人、1回で

はわからないから考えながら！

- ・病棟看護師から訪問看護師を経験して：病棟では時間がないので本人がやるのを待てず看護師がやっていましたが、在宅へ帰った時のためなるべく本人にやってもらうべきでした。家に帰ることで活力になる人も多いと知った。

入院は減点式であれできない、これできない。在宅は加点式であれができるようになった、これができるようになった。

- ・帰る場所がある人はがんばれる！



B グループの学び

- ・コロナ：コロナで緊張感がありリフレッシュできない感じ。

状態の悪い人に訪問看護入ってほしいと頼んだら、PCR 検査を看護師より希望された。認知症あり不安もある中で検査行すが、検査結果がわかるまで訪問は行けないと言われた。本人と家族は置きざりで医療・介護共ストップしてしまう。

熱発時の訪問看護はフル装備で状態確認のみ行っています。

今できることとして手洗い、うがい、マスク着用を自分だけでなくお互いできるようにすること。

各事業所別で対応を決めています。

- ・看取り：看取りのケースは頑張っている。がん末は以前より訪問の依頼は早めに来るようになっていますが、もっと早い方が関係を築きやすい。

本人が在宅を希望しても家族の負担が大きいため、動けないと入院になるケースが多いですが

今は面会ができないため在宅が増えています。在宅では訪問看護だけでは成り立たず家族に参加してもらうよう誘導することが大事です。

- ・訪問リハビリ：100才近い方のリハビリでは高齢者ならではのことを理解してほしい。

看護師よりリハビリの在宅サービスが多い。リハビリメインは¼くらいで看護師メインが多い。

リハビリはゴールを決めて定期的にあセスメントしている。

- ・医療保険での訪問看護：ケアマネとして関わりにくい。介護保険でも難病で障害を持っているとケアプランが大変そう。24時間ケアが必要なので障害担当の人と連携がとれると良い。

- ・訪問看護について：在宅医と訪問看護ステーションは連携がとりやすいところとやる必要がある。

訪問看護ステーションから先生に特別訪問看護指示書を希望するときは、理由の説明が必要。

緊急時加算は契約で希望があった人のみにつけます。

主治医からの指示書がないと訪問看護に入れません。本人、家族、ケアマネが希望しても主治医の了解が必要です。在宅医療・介護を支えるにはタテやヨコの連携が大切です。



C グループの学び

- ・精神に強い訪問看護の話を聴くことができました：1時間おき電話、でない5分おきにかかると家族の中でのルール作りを家族を巻き込んで作っていくと良い。

妄想性障害があるときは身体の治療医から精神科の先生に切り替える。

精神の方に訪問看護依頼、服薬管理と保清で関わってもらった。排便コントロールもできました。

・看取り：入院中の大きな病院の主治医に訪問看護を入れなくてよいと言われ訪問に繋がらなかった。

抗がん剤治療の時から在宅医が関わるべき！がんの人は短期なので、早くから関われると末期に手の中で時間がわかります。急に退院されるとバタバタするだけ、治療している時からリハビリだったり栄養相談だったり、早い段階で在宅の先生や訪問看護に入ってもらおうと本人が帰りたいたいと思っている気持ちが在宅へ繋がり喜びが生まれます。

先生からも訪問看護が間に入ってくれるとまずは家族から訪問看護へ連絡が行き、訪問看護より先生へ…その間準備をしていくことができるので、そういうルール作りをしているとスムーズ。

・包括：要支援の人のほうが家族の不安強く、本人も元気で訴えが多いような感じがある。

区分変更など医療ではそんなに引かからないような時でも、主治医には何で困っているか伝わっていないことが多いので、日頃から何で困っているかを伝えて正しい判定に繋がっていくと良い。

・コロナ：自殺、不登校、うつが増えている。施設入所や入院では面会できないので、なんとか在宅で支えていかないといけないと改めて思った。



D グループの学び

・訪問看護師がいなく話が聞けなかった。

・どんな時に訪問看護を入れる？：体調悪い時、病気が進行している時が多い。

独居、高齢者、認知症の方が増えている。メンタルに問題のある方も多くなっている。訪問看護でメンタルの方に入ってもらおうと落ち着かれること多く、生活が乱れていても立て直してくれるこ

とが多いようなのでメンタルの方に訪問看護をお願いすることは大事。

・緊急時加算について：居宅では加算がついていることが多いが包括では半々。電話で深夜でも相談でき見に来てくれる。適切な指示を出してくれること多く助かる。でも、電話しても明日受診してねと言われて見に来てくれないという話もありました。

・連携について：服薬管理を訪問看護で行うことは多いですが、訪問薬剤管理指導で薬剤師さんへお願いしていいですよと訪問看護師より勧めてもらおうと良い。

ヘルパーだけで不安が強い時訪問看護師と連絡をとって上手に介護ができたので連携は大事。

リハビリで療法士が訪問中に状態悪化していたとき訪問看護師に連絡とるなど連携は必要。

先生より何かあったらケアマネさんと言われ核になる存在。多職種で連携しながらその方の生活をしっかり立て直せるようにがんばらないといけない。

・ターミナルの方に大きな病院の先生より在宅は無理、施設と言うことばが良く出る。本人はがっかりされる。実際に帰られて在宅を続けている人もいる。



不手際があり申し訳ありませんでした。顔を見ての意見交換！

すっきりされたでしょうか？ありがとうございました♡