

平成30年度 第5回 純正会地域包括ケア推進委員会 開催しました

今回は、訪問看護の役割と、MSWの方の事例について学びました。ゲストとしてみなと・なかがわ介護支援センターの刑部さん、訪問看護ステーション太陽より、3名の看護師さんが参加されました。



2018/08/17

訪問看護の役割は！

地域包括ケアを推進していくために、各部門の職種の役割を知る必要があります。今回、訪問看護ステーション太陽の管理者の横井さんが訪問看護の役割について講義してくれました。

訪問看護ステーション太陽が大切にしていて『来てくれて安心、帰っても安心』について想いや、実際のケアについてわかりやすい講義でした。

参加者からは、「その人らしい個別性のケアを目指し実践できているのは素晴らしい」、「退院後、継続して看護ケアをしてくれるので、医療依存度が高い方が退院しても安心することが出来る」などの感想がありました。

訪問看護は、小児から高齢者まで自立度が高い方から、医療依存度の高い人まで、そして最期まで家で生活したい方の想いを叶えるために必要なサービスです。医療機関と在宅を結ぶうえで、医療機関側からもケアマネジャー側からも頼られる存在です。医療と福祉の架け橋になっているという訪問看護とは、これからも密度濃く連携をしていく必要性を再度確認することができました。今回は、連絡調整、退院時カンファレンスについて学び、さらなる連携強化を行っていききたいです。

事例検討『自宅に帰りたい本人と不安な妻の退院ケースについて』

今回の事例提供者は、名古屋西病院の二村さん。夫婦2人暮らしのAさん(70代)は7年前に食道癌と診断され、別の病院に通院していました。今年の6月に、紹介状を持って名古屋西病院に受診されました。嚥下が困難で、痰の喀出ができない状態だったため、入院し胃瘻を造設されました。

本人の希望は家に帰って生活をするつもりでしたが、妻は吸痰があるため家でできる事ができない不安な様子でした。二村さんは退院に向け、往診医やケアマネ、福祉用具等必要機関と連携しました。そして、入院後3週間で退院となり在宅での生活を開始する事になりました。しかし、退院の翌日に血痰がでてしまい急性期病院へ緊急搬送され、その後、家族の強い希望で、緩和ケア病棟へ入院となっていました。



二村さんは、担当者としてAさんの希望された在宅生活を継続する方法はなかったかと、振り返りました。

質疑応答ではケアマネより「本人の性格をイメージするために情報を教えて欲しい」との質問に対して「頑固な性格ではあったが、明るく笑顔がみられお話し好き。カメラが趣味。物づくりも好きでカメラの三脚で点滴棒を作ったりしていた」とのこと。

また、「この家族を他に支援する人はいなかったのか」の質問に対して「子どもが2人いるが遠方で支援が難しかった」とのこと。

医療機関より「状態変化があるなら、もう少し入院して様子を見る事も選択肢にあったかもしれない」という意見に対して「退院時は落ち着いており、本人の強い希望があったので退院となった」との事

参加者でケースを整理しながらでた意見は「MSWとしてやるべき事を行っていたと思う」、「元々、在宅が難しいと考えていた妻が、夫の吐血をみれば心が折れるのは理解できるし、本人自身も在宅は難しいと思ってしまったと思う」、「MSWは、多くの退院患者さんを見送っており、今回のように退院した方のその後の心配をされている事を改めて知る事ができたので、機会をみて退院後の患者さんがどう過ごされているかは伝えたい」という声がありました。

2部会変更！

9月より、2部会は、地域包括ケアの一環として、地域の方との交流する催事を企画する会に変更いたします。会議終了後、時間がある方はそのまま残って頂き、催事企画にご協力ください。

次回の予定

日付	行事	場所
9月21日 13時半	連絡調整、退院時カンファレンス	東洋病院