

～高岡地域の訪問看護師の連携と交換会～ 意見内容

在宅医	<ul style="list-style-type: none">・在宅医と訪問看護師・利用者の考えが一致しない。・利用者は自宅で最期までという思いに対して在宅医は入院を勧める・在宅医が夜間は電話に出ないという方針・医師の考え方と在宅医療支える人達の考え方が違いうまくいかない事がある。・在宅医との情報共有をする際に診療の時間やICTツール活用なのか直接面談がいいのかその医師によって違ったり気を使う。・検査結果や往診時の情報、処方変更などの情報を共有できたらいいのではないか。・高齢者は主治医からの説明を理解しているわけではないため、利用者から相談されても憶測でしか返答できない事もある。・訪問看護指示書は形式だけで薄い内容の時がある。・手書きの指示書は字が見えない、読めない。・在宅医の力量に差がある。・往診時にかかりつけ医に事前に状態報告をFAXで送っているのが喜ばれることもある。
総合病院	<ul style="list-style-type: none">・病院で退院前カンファレンスに参加しても時間が守られなかったり記録も貰えなかったりして困る。・退院前カンファレンスをしてもらえなかった。（癌末期の本人と家族の関係性が悪くてカンファレンスできないと言われた）・病院から退院する際の指導が自宅での療養の実際と合わないことがある。（在宅をイメージした指導を実施してほしい）・病院でできても家ではできない。・総合病院の医師が主治医だった場合急変時や死亡時の連絡手段はどうするのか。・在宅医がいない状況での退院が多い。・退院前カンファレンスを積極的にしたいが、ソーシャルワーカーがあまり状況が変わらないからしない方向でと言われた。・些細な事でも相談できる関係がいいが連絡が取りづらい。（メールでとかできないのか）・退院時サマリーに入院前と比べてのADL変化や意思決定支援の内容なども記入があればいい。（ICの内容なども）

- ・サマリーの内容について実施していたリハビリや注意事項があるといいと思う。
- ・退院時のサマリーにPT、OT、STのリハビリ内容など記入して欲しい。
- ・サマリーに全介助とか一部介助ではなくどこまでできてどういう介助を必要とするのかや病院独自の用語ではな共通用語（嚥下食ではなくユニバーサルフードなど）で記載してもらいたい。
- ・入院中の生活状況として身体拘束をしていたのかやせん妄症状があったのかなどその時の対応なども記載してもらいたい。
- ・施設に退院するのではなく在宅に退院され看護師が介入するので訪問看護師に病状についての書類は来ないためある程度の病状は記載してもらえると助かる。
- ・サマリーに指導内容を記載してもらいたい。（おむつ交換指導ではなくどういった内容を指導し家族がどう理解しているかの反応も記載してもらえたら助かる。）
- ・患者や家族が『理解した』が重要で『説明した』ではない。
- ・胃ろう固定水などの材料を依頼すると生理食塩水が来た（思っていたのと違う）
- ・急に退院が決まり訪問看護を依頼される。（入院時から退院のことを予測していない。明日から入れますか？は無しでしょう。）
- ・初回訪問で処置の物品がそろっていなかった（パウチや留置カテーテルなど）
- ・退院後に必要な物品が購入方法の指導がされておらず交換・処置ができなかった。
- ・退院処方と入院中の薬、他からの薬が一緒になっており本人・家族も全く理解できていない。
- ・退院時のサマリーについて、退院前カンファレンスの時と一字一句同じことがある。退院前カンファレンス以降に指導変更したことなどの記載もお願いしたい。
- ・病棟看護師が見据える退院や連携に温度差（理解・知識など全般）があり指導に困っている。
- ・他院との連絡方法に迷うことがある。
- ・退院前カンファレンスの時正確な情報がなく受け入れる場合に戸惑うことがある。
- ・退院前カンファレンスで今後のサービスが検討、帰れるかなどは無し合うことがあり訪問につながらない事もある。
- ・「いつでも来てください」といわれるがスムーズに対応してもらえないケースが多い。いつでもってどんな時なのか？
- ・退院前カンファレンスが急に設定され訪問調整が必要になること。
- ・退院当日や前日に「退院しました」と連絡あり。患者や家族が第一です。

訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ 難しい利用者さん宅に入っているとき、2つのステーションで入ることで助かる。 ・ ひとつのステーションで悩んでいたらスタッフがやめてしまうことになる。またストレスになる。 ・ 2つのステーションでやっていると困ったときわからない事など教えてもらえる。 ・ 連携といわれるが同じ訪問看護としている方と話す機会が少ない。もっと話合う機会があればいいと思う ・ 2か所以上の訪問看護ステーションで介入時にどのタイミングでどのような情報共有をすればいいのか。 ・ 訪問看護ステーション同士での連携ネットみたいなのがあればいいのか。 ・ お互いのステーションで報告書を送りあったりしお互いの利用者の見方を理解している。
事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービス、訪問入浴、居宅、訪問看護が併設しているため横の事業所内での横のつながりが良い。その反面、訪看スタッフが他部署に対応しなくてはいけない。 ・ 訪問件数が少ない日は同じ施設（ショート）にお手伝いに行きなさいと言われる。 ・ スケジュール調整は誰がやっているか。 ・ 新規利用者の依頼が来たら担当者はどのように決めているか。
ケアマネ・他業種	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問回数などこちらで判断でケアマネや主治医に主張してもよいのか。（限度額の範囲内で） ・ 新規利用者が少ない傾向にあり困っている。ケアマネや病院の地域との連携が不足しているのか。 ・ ケアマネと利用者の関係性が悪いことがある。 ・ 通所系サービスとの連携が後々で利用者から初めて聞かされる（転倒したなど） ・ 他のサービスと手技統一などで情報共有したくてもなかなか共有できず統一した方法にならない事がある。 ・ ケアマネさんからのフィードバックがあまりなくこちらから確認することが多い。 ・ 訪看に相談もなくケアマネより〇〇科に受診したら？〇〇薬出してもらったら？急変時どうする？など助言され利用者さんからパニックになって連絡が来ることがある。 ・ サマリーがケアマネ経由で来ることが多く、なかなか訪看の手元に届かない。→情報がない。 ・ 小規模多機能との付き合い方で、訪看が入りたいが単位が足りず入れない時（状態悪化しているのを目に見えて予測できている） ・ ケアマネ以外のサービス担当者との連携をどうしたらいいのか。

<p>家族</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とその家族との関係にどこまで介入するべきか悩むことがある ・利用者とその家族がカルテ開示を求められたらどのようにしているのか？。 ・一人暮らしや高齢夫婦の受診または薬を取りに行く必要があるときすぐに動けない。
<p>ICT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・バイタルリンクの活用は情報共有という意味ではメリットが大きい ・緊急時すぐに対応していただけることがありがたい。 ・連携ツールがあるとより情報共有がスムーズにできる。 ・病院併設のステーションでは院内システムで対応で活用できるが在宅医との連携ネットやバイタルリンク以外にも既読確認ができるようなタイムリーなICTがあればいい。
<p>業務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーは誰が書いているか。 ・筋ジスで医療保険で介入中。介護保険申請したほうがいいのか。
<p>訪問トラブル</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神の訪問で介護度も無い方はケアマネがついていない事もあり看護師が相談に乗って動かないといけない。 ・HOTの利用者が酸素を使用しない。 ・服薬アドヒアランスの低下。認知症は無い。自分の考えに従う ・自分に都合のいいアドバイスのみ聴く、従う、受け入れる ・退院されたばかりの方は緊急での訪問が多い
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の訪問看護師の増員も重要ですが病院の中の看護師不足もあり具体的なプチプランナーの動員はどうなっていくのでしょうか？