

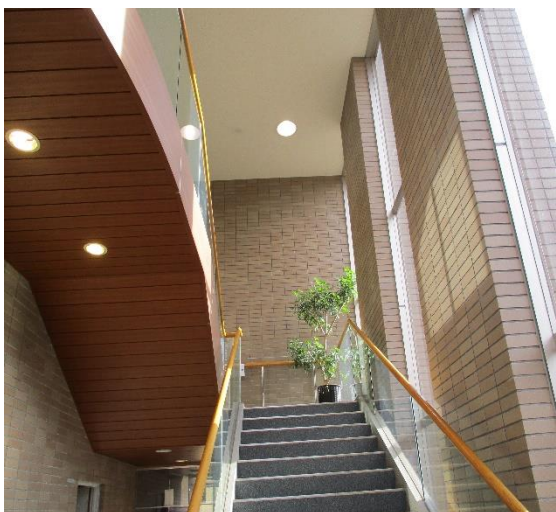
訪問看護ステーション つぼみ

施設アピール

出会いが 重なり 広がる輪

困難事例でもお受けいたします。
交通費は頂きません。
他のサービス事業所との連携を密に取り合います。
なにかあったら、こちらから出向き
ます。
フットワークは、どこよりもいいと
自負しています。

法務局閉設後に事務所が開設されました
まるでホテルのロビーのような空間です。



那須塩原市橋本町8-50

施設の役割や特徴

病気や障がいがあっても、住み慣れた家で、自分らしく安定した療養生活を送れるよう、主治医や多職種と密接に連携を図りながら心が通い合う在宅療養を提供させていただきます。

同事業所内に、訪問介護・障がい福祉、居宅支援、相談支援、デイサービス、福祉・介護タクシーが併設されていて、連携がとりやすく複雑な需要にも対応ができる環境があります。利用者の家族の状況に応じて、時間外、急遽な利用も、相談に応じています。

連携している主な医療機関

様々な病院と連携をしています。最近では、精神疾患の利用者が多くなっています。県北健康福祉センター、ゆずり葉などからの依頼があります。精神疾患の利用者は、服薬管理が困難な場合があり、多職種・他事業所との情報共有が重要で、連携が大切になります。独自の連携ノートの活用と電話での連絡が欠かせません。

利用者保険割合
医療保険：3割
介護保険：7割
所長 岡友美様
(看護師)

ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーの職種によって、課題に対してすぐ対応する場合と、時間がかかる場合があります。

すべてケアマネジャー(任せきり)ではないので、一緒に同行して、サービスの内容や対応を検討したいと考えています。

医療処置が困難なケースも受け入れているので、ケアマネジャーとは、当然密に連絡をすることが多いです。看取りの場合も、特にトラブルはなく、スムーズに行えています。

連携ノートを活用し、他職種と安心して対応できるように、支援環境を整えています。

ケアマネジャーに期待

ターミナルケアは、どうしても医療が中心になりがちですが、ケアマネジャーも苦手な分野と手を引かずに、本人・家族の相談役、話を聞いてあげられる人になってほしいです。私たち看護師も、ケ



何事にもトライする精神的に頼れる女性像・・・

横のつぼみんも心なしか頑張っている岡さんに、感心しているようですね！

ケアマネジャーの適切な介入や情報共有することにより、勉強になっていきます。

障がい・難病等医療依存度の高い利用者の場合は、その制度に長けたケアマネジャーの方もいるので頼りになります。特に、精神や難病は、介護サービスと連携して、普通の生活が送れたり、服薬管理ができたり、緊急時の対応を取れたりすることができずす。
お互いのもっている技術や知識を、十分に活かして、一緒にやっ
ていきましょう。



マスコットのつぼみん
黒磯公園の桜をイメージした
のかな？



記憶に残る事例

その1

高齢者夫婦の二人暮らしをされていた方でした。夫が肺がん、VH施行での自宅退院となり、訪問看護を利用開始されました。妻は、病院からの退院指導はありましたが、担当する看護師により手法の説明がそれぞれ違っていき、よく理解できずにいました。訪問看護師が、実際にやりながらの支援で対応がうまくできるようになり、県外にいる娘さんが時々来てくれてはいましたが、不安感は強かったです。

そんなある日、夫から、「お寿司が食べたい」と話が出ました。食欲がない夫の、食べたいとの思いをかなえたいと妻、娘夫婦から相談されて、がってん寿司に行く計画をしました。

実行日は、ケアマネジャー、訪問リハビリのスタッフにも協力を得て、本人、妻、娘夫婦、訪問看護師の7人で、がってん寿司に行きました。状態は良くなって、ほとんど食べられなかった夫が、「ア貫も食べられた。」とみんな大喜びでした。

その後は、一度入院されましたが、再び自宅に戻ることができました。本人の覚悟と家族の覚悟に、私たちは支援を続けました。

最期は、おだやかに、みんなの手を取り、夫は「ありがとう」と伝え、亡くなりました。

これが多職種連携で、できないことはないと強く思った事例でした。

その2

ターミナル期の夫を介護していた奥様のことです。

奥様は、夫の最期は、自宅で「自分が仕立てた着物を着せてあげたい。」と願っていました。だんだん体調が悪く

なって、夫の気持ちが悪くか受け止めにくくなってきていました。

そのような中、夫が入院中に作った日めくりカレンダーがありまして。カレンダーには、妻へのメッセージが毎日書いてありました。それを見た奥様は、その日めくりカレンダーが、夫からのメッセージだったことに気づいたのでした。

夫婦の目に見えない絆を感じた事例でした。

その3

他事業所を利用されていて、毎日何らかのサービスを利用していた方でした。ケアマネジャーから「服薬管理ができない状況の方」との依頼があり訪問看護が開始されました。本人の状況や実態を確認し、利用しているサービス事業所の職員、訪問介護士とともに、「いつ、誰が、服薬するか」、連携ノートを活用し、調整しました。

さらに、内服薬を誰が見てもわかるように、整理をしました。

訪問看護が導入されることにより、薬が飲めていない方が、内服できるようになった事例でした。

今後の課題も見えています

- ①ケアマネジャーから訪問看護を利用したいが、(病状をみていないから) 指示書をかける医師が見つからない。
- ②退院したいが、往診してくれる医師が少なく、主治医が決まらない。
- ③往診はできても、夜間時などの緊急時対応ができない主治医は、救急車を呼ぶように言われる。

在宅医療に携わる医師と、私達訪問看護師、介護の専門職等の連携の必要性を強く感じます。



インタビュー後、「これから1件行ってきま〜す。」と颯爽と走り去りました。早く桜のつぼみが見たくなりました。