

平成30年度第1回北空知地域入退院支援研修会グループワーク集計

グループ	あなたは今後どうしていきたいか（学びの成果）
1	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の1日の生活を見据えての生活支援が必要 ・早い時期でのカンファレンスが大切 ・家族の視点としてもケア病棟での在宅準備期間として重要だった。 ・退院後の状況ももらい、成果を実感できている。 ・退院後の外来（通院）状況も必要 ・互い（ケアマネ⇄病院）の情報交換 ・地域ケア病棟入院時の合同ケアカンができれば良い
2	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が困っている事、してほしい事を中心に考えていけたらいい。 ・本人と妻のそれぞれの本音を聞いてみては。 ・事前にケアマネと訪看と連絡をより情報交換する。 病院からの発信も大事、ケアマネとおしてヘルパーへ連絡が入っている。 ・ケアマネの情報はたくさんもっている。 ・退院したあと訪看が病院での事を伝えてくれている。 ・支援のし過ぎが自力を妨げていることもある。 ・まわり近所の支援があるかも ・本人を尊重する思い。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の時の打ち合わせだけでなく、タイムリーに話し合いができるとうい。日々利用者の状況を共有できる。関係者同士の信頼関係も深まる。 なので、会議の時の話がしやすい。 ・ケアマネが病棟に出来るだけ顔を出し、Nsに話しかけていく！ ・NsもWelcomeで！ ・再入院した場合、一度把握した情報を共有していけるとよい。 （病棟、外来）
4	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ いち早く情報をキャッチし、来院し、一緒にNsと目標を設定していきたい。⇒中間評価 ・包括ケア病棟に来た時、多職種カンファレンスを招集していくよう働きかけたい。転院後すぐに、1ヶ月で評価し、ENT近くに。 少人数でも・・・、Telでも・・・ 集まれる人は全員呼んでほしい。 お互いの顔、担当者が分かるようにしたい。 ・Faを巻き込んで理解を促す。 ・施設「空いていますよ」など情報を出していく。

	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師 ケアプランに入ってもらい、自宅にける、Dr n指示、契約、薬剤師が足りない。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ 用紙の使用、連携だけでなく病棟との連携をとる。 ・訪看 Pt・FaだけでなくNsとも共有 詳しく内容 ADL リハビリ 病状の変化 環境 入院時から直接会ってやりとり ⇒ TELしやすい ・病棟Ns Faだけでなく、ケアマネ・訪看からの情報 他の病棟から転院すること多い、病棟Ns間での情報共有
6	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲む意味、理由を考える。 ・院内の連携とれていたが、院外の連携を早めにケアマネ等と連携を取る。 ・こまめに様子を見に行く。 ・入院時に早期に客観的な目から見た様子を聞きたい。
7	<ul style="list-style-type: none"> ・OPの影響の有無⇒自宅の生活に影響が出ないように努めたい。 ・情報収集に心掛けている（積極的に） ・病棟の忙しい時間帯を把握することで情報収集がしやすくなる ⇒15時以降 ・関係者に遠慮なく情報提供、聞き取りができる体制の確立 ・退院カンファレンスに積極的に参加したい。 ・CMとしての情報発信に努めたい。 ・専門職としての情報提供したい。
8	<ul style="list-style-type: none"> ・限られた時間、関わりの中で本人、Faに対して早い時点で把握するようにしている。在宅を知っている方からの情報を知りたい。 ・入院したら添書を出していたが、病院へ出向いて在宅での情報提供、共有を図る。地域連携室だけでなく、病棟にも出向く。 ・本人、Faと病院側での見解に相違ある。タイムリーに連絡を取り合える関係が大切 ・先入観で捉えず、出来ることに目を向けること。 ・対象者のレベルや生活に合わせた支援 ・対象者も構えずに声をかける。
9	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの状態を知りたい、食事のことなど（ケアマネさん） ・入院中に在宅支援のサービスを紹介したい（ケアマネさん） ・本人の意見を尊重していきたい、どのように生活したいのか？ ・入院時から妻の出来ること、二男の出来ること、足りないところに訪問看護、介護を

10	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ 何でもやります！ もっと病棟に入る ・訪看 入院後の状況訪問、病棟Nsとの情報共有 ・ヘルパー ケアマネとの情報共有、逆にケアマネへの情報提供、ヘルパーの方が知っていることもある。 ・Ns 思いを受け止める。Ptだけでなく、介護者も含めたケア家族の関係性も考慮 ケアマネや訪看などへの連絡
11	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の希望される理由は何か？ 理由が分かれば目的を持った関わりが出来る。(本人のモチベーション、家族の指導の内容・・・) ・合同カンファに参加したい人実際ケア提供する人のギャップを埋めるのも必要(施設内でのコミュニケーション力UP) ・限られた時間でのカンファを充実させるために情報用紙の活用も重要(カンファに向けての事前準備必要) ・ツールの活用(事前の情報交換) ・入院早期から先々を見据えたケア、準備必要 ・看護師の立場から早くから情報収集、自宅での状況確認が大切 ・入院後早期に合同カンファが出来ればお互いの情報交換ができる。 (自宅での状況、病棟での状況をすり合わせる事でその人にあったケア提供出来る) ・デイサービス等で受け入れるにも合同カンファに参加出来れば安心して受け入れられる。 ・実際のケアをする人に対する指導、支援が大切(情報共有の大切さ)
12	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネは入院したら見に行く！ ・連絡あれば病棟Nsと情報共有 ⇒ 時間あわせてやっていく(要連絡) ・病棟Nsは「忙しいオーラ」を出さない。 ・話す内容を事前に整理しておく。 ・リハ室見学 ・本人の意思を尊重したいが、どう支援していくか、考えることが必要 ・妻の食事介助、今までの方法、認めほしかった。妻を支える人
13	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中から病院スタッフと関わり、退院に向けての支援を考えていけたら良い。 ・病院スタッフ、ケアマネ、サービス事業者、家族、一同に集まりカンファレンスを行っているので、在宅復帰後の生活が見えてくる。 ・入院時から入院前の住協を把握できたら退院に向けてじっくり準備できる。 ・病院に情報を紙で渡しているが、直接話できればもっと連絡しやすい。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーとしてケアマネと連携して、本人の様子を伝えていき、本人が暮らしやすくしていく。
14	<ul style="list-style-type: none"> ・病院Ns 家族と話せない、会えない・・・ ケアマネさん情報くれたらな・・・ とにかく入院前に情報を聞きたい 薬・食・排泄とパター決めている、対策もワンパターン 退院後の過ごし方フィールドバックあればなあ・・・ ・施設・ケアマネ 家族さん来てくれる人いるよ・・・ 自宅の情報得づらい、ショートステイで「帰りたい」との思い受け止めづらい。 退院のフィールドバック必要だね、 いっそNs訪問したら？ ・ケースワーカー 本人の思いを大切にしたい！ 「これだけは！」というもの、誰にもあるはず
15	<ul style="list-style-type: none"> ・本人から聞けないことを地域のスタッフから情報を得て共有したい（急性期のうちから） ・回復状態に合わせてながら進めていく ・入院中から食事で工夫できることはないか家族と共に考えていくと良い。 ・本人の喜ぶ事、生きがいを見つけ支援する。 ・本人の本当の思いを知って選択していく。 ・元々の生活を知る。