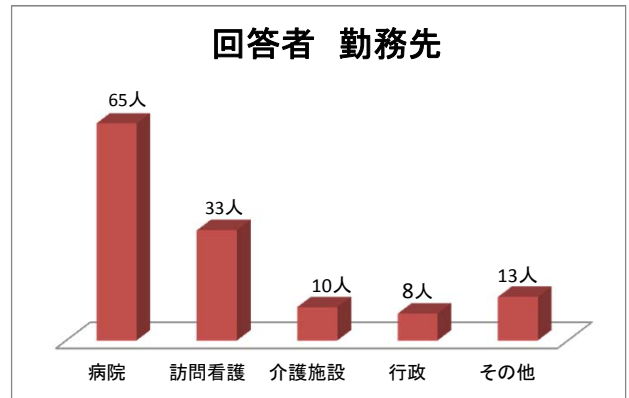
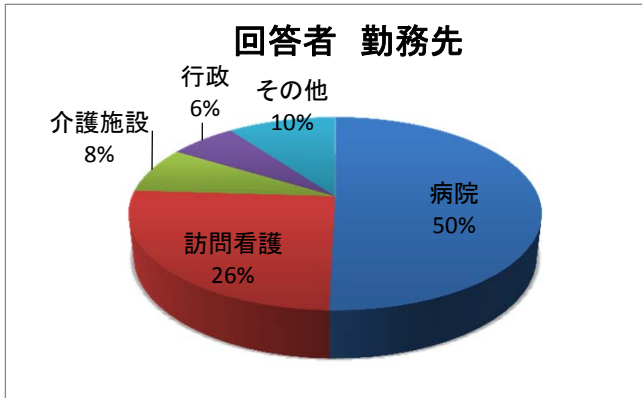


CanCanミーティング 第二部 実践事例検討結果

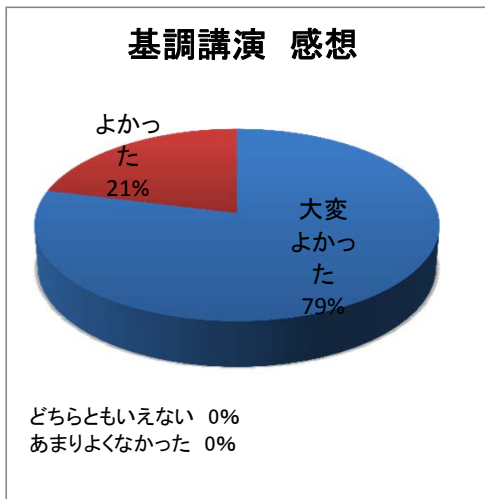
| ※退院支援を行っていく中で良かった点 | ※もっとこうの方がよかったのでは、改善できそうな点 |
|---|---|
| <p>【退院前の支援に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・独居・高齢という点からすぐにソーシャルワーカーへ連絡し、退院支援につながれた。 ⇒スクリーニングが病棟でできていたため、スムーズに退院調整看護師につながった。 ・退院調整看護師と訪看と入院早期に連携が素早くうまくいったため、退院後の不安に一つ一つ対応できた。病室で訪問看護師に会うことは不安軽減や書面上だけでは伝わらない部分が共有できたと思う。(同様意見多数) ・入院中に訪看が病院訪問し、本人、訪問看護師、病棟看護師で顔合わせを行うことができたため、退院後の初回訪問時に感情表出(不安で泣いていた)することができた。 ・地元の訪問看護が入ることができてよかった。 ・事前に病棟でどのように処置しているか、実際に見れたこと。ストマのパウチ交換の際、物品や手技の細かいところの確認ができた。退院カンファレンスでストマケアの場に入ることがあまりなかったため、同席することは良いことだと感じた。(同様意見多数) ・ストマ以外にもドレーン抜去部もあったので、退院前カンファレンスや訪問の日程調整が入院中にできていた。退院前カンファレンスは退院後の安心感にも繋がる。(同様意見多数) ・訪問看護が何してくれるのかを知る機会になる。 ・パウチ交換毎にコールしてもらい、退院までに自立できるよう指導することで、本人の安心に繋がる。 ・化学療法、ストマ管理について、知識がしっかりある訪看で良かった。 ・訪看が食事等についても情報提供できていた。 ・パウチ交換等や生活面の不安が大きかったが、余計な不安を与えない配慮があった。(看護師が「私がやるから」という後押しがあり、本人にあれもこれもやらなきゃいけないという不安感を与えなかった。) ・ICのあと、多職種とカンファレンスをしている。 ・退院前につながったことは訪看側としてはありがたい。 ・訪看が病棟でむすびあい手帳を確認しており、手帳が活用されていた。 | <p>【退院前の支援に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・化学療法での治療方針については患者一人ではなく、家族も含めて検討した方が良かったと思った。(予後などの話も必要、本人の意思も変わってくる為) ・退院前の化学療法の説明について。医師の説明内容やそれを受けての反応の様子が見えにくかった。IC内容を訪看に伝えたいと感じた。 ⇒IC内容や理解、思いの情報がほしい。病状説明時の反応をサマリーにきちんと書いてあるとその後につなげやすい。 ・補助Cxの説明は退院直前ではなく、もう少し前に行い、また本人に与える影響を本人が理解しているか確認すると良いと感じた。 ・今までの振り返り、今後の方向性について検討する際、本人のペースで進んで行くような関わりが必要。カンファレンスとして情報共有、検討し、患者が置いて行かれないようにする必要がある。 ・本人の疾患の受けとめについて、自宅で生活する覚悟を決めるまで支援したいと感じた。(同様意見多数) ・手技等の指導だけでなく、生活者として捉えた指導ができると良いと思った。 ・退院翌日に不安で泣いている状況だったことを考えると、もう少し入院中に訪問看護への情報提供や他職種との連携ができると良い。(同様意見多数) ・病棟でももう少し本人の不安の表出に関われば良かった。 ・医療者間の調整のみでなく、患者も含めて訪看がどんな役割の方かといったように、支援される側が支援をイメージできるよう働きかけたほうが良いと感じた。 ⇒訪看の存在を知らなかったと言われていたので、事前に訪看の情報を入れるとイメージももてる。 ・在宅でのケアの説明については、本人が受けとめた後、本人の反応をフォローすることを考えると、なるべく退院まで時間がある時にすると良い。 ・ケアマネ不在だったが、退院前から地域包括支援センターの関わりがあれば良かった。 ・サービスが入る予定があると本人への指導が薄くなってしまふ場合があると感じた。 ・家族との関わりが大事だと感じた。(パウチの手技等)在宅後の不安を家族も含めて、進めていくと宅配担当の手配などを事前に準備できたかもしれない。退院前の病状説明やカンファレンスに家族が同席したり、退院日も一緒に過ごすことで、不安軽減の可能性を感じた。(同様意見多数) ・事前に外泊を行い、イメージを持ってもらえると良かった。 ・病棟看護師は在宅での生活が理解しにくいいため、病棟看護師が患者宅に訪問するのも良いと感じた。 ・院内での退院支援チームの事前カンファ(しこみカンファ)ができると良い。 ・退院後の在宅のイメージが病棟看護師はつきにくいいため、訪看、外来・病棟看護師が退院前カンファレンスに参加すると良いと感じた。 |

| ※退院支援を行っていく中で良かった点 | ※もっとこうの方がよかったのでは、改善できそうな点 |
|---|---|
| <p>【退院後の支援に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後翌日に訪看に初回訪問に入ってもらったのがよかった。患者自身が不安を表出することができ、訪看は不安を聞いた上で対応してくれた。(同様意見多数) ・退院後、訪看の初回訪問時に、生活面の不具合が見えてきて、訪看がすぐにヘルパーステーションや宅配弁当に連絡をいれたため、すみやかに介入してもらうことができた。(同様意見多数) ・介護保険は不要ということだったが、初回訪問を受けて地域包括支援センターに繋いでいたのは良かった。 ・ストマ交換時に訪看が訪問することで、どこまで理解できているか、受けとめ方を確認することができた。 ⇒ケアを通じて関わることができる。 ・便もれ時、訪看で対応できてよかった。 (訪看によっては、どうしていいかわからず、病院に連絡がくることもあるため) ・医療面だけでなく、訪看が精神的なフォローをする役割も担っていた。 ・緊急時の対応もできていて、本人の安心感に繋がった。 ・退院後に時間をかけてパウチ交換の指導をし、自立することができて良かった。 ・その場面場面で、訪看、MSWがきちんと対応している。患者自身も、3ヵ月後に自身の状況を受け入れ、自立することができている。80才代で家に帰れて、自立することができている。友人と会うことも実現できた。 | <p>【退院後の支援に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・むすびあい手帳の有効活用について、課題があると感じた。 ⇒訪看から連絡したいときは病院に問合せしたり、むすびあい手帳を活用していたことだが、対応する方が看護師でないと専門的なことが分からない。 (外来看護師はその時々で対応する人が変わる。) 手帳について、医師の認知度がまだまだ低い。 受診時に毎回持参することが必要。 事業所で統一したルールで書けていない(事業所各々で対応) ・退院する時に、もう少し生活の資料から情報を得たいと感じた。実際に帰って訪看が入ってから、生活の不具合が見え、サービスが介入したこともあった。入院中に生活イメージと一緒に作る働きかけをしていれば、早期にケアマネ、地域包括支援センターが介入して提案できた可能性も有り。FAXでの情報提供だけでなく、直接顔を合わせ関わること、整えて帰ることができるケースもあると感じた。(同様意見多数) ・初回の訪問時、家族同席を依頼してもよかった。 ・退院前にIADLの情報等、調整が必要と感じた。 ・退院直後に、病棟看護師と訪問看護師と一緒に外向き、初回の訪問看護を入れても良かったと感じた。 ・パウチが変わって便もれをしたが、便もれ時の対策(外来看護師の力)や、もれた時の対処方法等の指導を事前に行っておくと良いと思った。 ・便もれが気になって外出が不安になっていたが、訪看が対応することで軽減できる。 ・今後の病状が進んだ場合、かかりつけ医についてどのように対応するかについても支援が必要。 |
| ※全般的な要望等 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・訪看も緊急訪問は加算が発生するので、週末退院は出来るだけ避けたほうがよい。 ・在宅と病院が共有できるシートがほしい。簡単に記入できるもの。 ・むすびあい手帳を地域包括支援センター以外にも配って欲しい。 ・一人暮らしの場合は特に、在宅サマリーが早く欲しい。入院後7日以内にカンファレンスを実施することが望ましいため。 | |

1. 回答者の勤務先



2. 基調講演の感想



◎主なご意見

【大変よかった】

- ・ 講師の経験をもとに講演していただき、退院前カンファレンスに在宅領域で活躍されている看護師の参加が重要という点、入院前の生活状況の把握が重要という点を教えてもらった。
- ・ 話の内容が具体的でわかりやすく、楽しい講演だった。
- ・ 退院調整ナースとしてどう関われば良いか参考になった。
- ・ 退院支援についてどうしたら患者＝生活者のためになるのか考えることができた。
- ・ 退院支援についてあいまいになっていた部分が理解できた。
- ・ 考え方や見方がリフレッシュできた。
- ・ 講演が分かりやすく、自然に言葉や思いが入ってきた。
- ・ 実例を踏まえて話していただいたので、分かりやすかった。
- ・ 業務の振り返りになった。

【よかった】

- ・ 主体的に聞き入るほどひきつけられた。
- ・ 時間をもっと長くしてほしいかった。（同様意見多数）
- ・ 病院から在宅に戻る際の支援の仕方が良くわかった。
- ・ 急性期病棟の経験から年月が経っているので、話についていくのに大変な部分があった。

【どちらともいえない】

- ・ せっかくの基調講演なのでもっと時間をとって欲しかった。

◎主なご意見

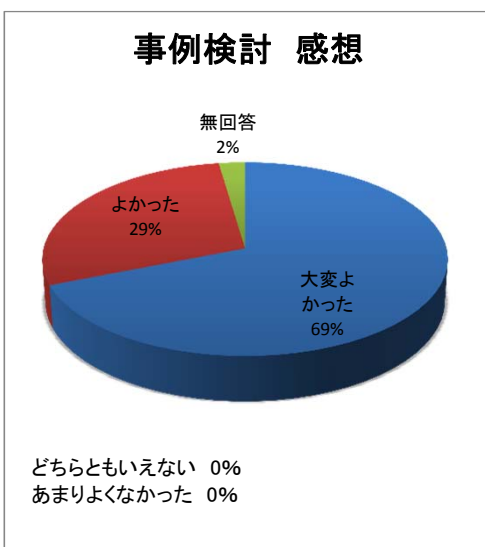
【大変よかった】

- ・ 非常に活発だった。
- ・ 初対面でありつつも、それぞれの立場から一つのテーマに対して活発な意見交換ができた。会場の雰囲気も良かった。
- ・ 情報共有の場となった。
- ・ 退院一週間前のカンファレンスで、訪看やケアマネ等、在宅の人も一緒に参加できる環境づくりをしたいと思った。
- ・ 事例を通して自分自身の不足点や改善点を考えるヒントとなった。
- ・ 講師が会場の意見を理解し、目指せるような方向性に説明を加えて噛み砕いて教えてくださいました。
- ・ 自分ひとりでは考えきれない事をみんなで話しあい、良い所悪い所を見れて良かった。
- ・ 顔の見える関係が深まった。
- ・ 先生と楽しくやり取りしながらワークが進んでよかった。
- ・ 事例検討の時間が長く十分話し合いをすることができた。
- ・ 時間が十分取れていて、一つずつコメントが入ったところ。

【よかった】

- ・ 解説がわかりやすい。素晴らしい取り組みをしていることが分かった。
- ・ 現状に沿ってわかりやすかった。
- ・ 日常の問題点など情報収集できて良かった。
- ・ 地域連携手帳の活用は素晴らしいと思う。できれば地域で共通できるサマリ併用のような連携シートの活用ができるといい。
- ・ もう少し詳しく知りたかった。
- ・ 病院、訪看、ステーション等それぞれの立場があることが分かった。

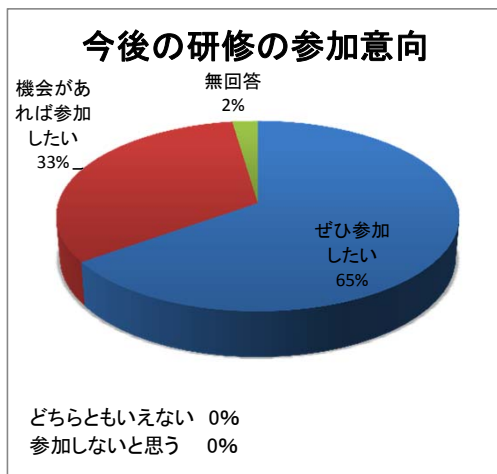
3. 事例検討の感想



4. 業務の中で取り入れたいこと

- ・ 早期に関わりをもち、病院との連携をさらに深めていきたい。
- ・ 看護職就職ガイダンス内でも病院・訪看との連携をテーマとしたセミナーを行ってみたい。
- ・ 圏域ごとで診療所看護師との接点を作っていきたい。
- ・ 訪看から病院への入院時の申し送りの項目を検討したい。
- ・ 介護施設でもICの場面、看取りの場面で参考になることが多かったので業務に取り入れたい。
- ・ 入院時のサマリーについて、もう少しお互いが必要な情報を簡素化して作りたい。
- ・ 病院との情報収集やカンファレンスの時期について。病院の状況も分かった。
- ・ 連携の方法や在宅に戻る際のポイントなど。
- ・ 退院前に訪看に来てもらい指導や話合いの同席を依頼する。訪問看護に退院調整カンファレンスに参加してもらおう。
- ・ 家での様子や病院での様子など、得られた情報を他機関の人と共有していけるようにしたい。
- ・ 病院と顔の見える関係が必要と思ったので退院支援等に積極的にかかわっていきたくと思った。
- ・ 連携を確実に進めようと思った。退院日が決まる前の調整や病院の処置場面の同席は数年前から私達もできていると思ったがますます頑張りたい。
- ・ 外来受診時の療養手帳の活用。
- ・ 入院7日目のカンファレンスの開催。
- ・ 退院支援から病院と関わりたい。利用者・家族と今後の生き方について考えていきたい。
- ・ 病棟で働いているのが、もっと在宅チームと話し合い、患者のためになる支援をしていきたい。
- ・ 地元に戻って連携研修会の開催したい。
- ・ 化学療法を繰り返している患者に対して、適切な時期に訪看を取り入れていきたい。ケアマネや地域包括の人とも連携をとっていきたい。
- ・ 外出時や家屋調査時に看護師も同行したい。
- ・ 事例を通して病棟看護師として何をしなければいけないか考えさせられた。訪看ナースが退院時に何を必要としているのか聞くことができたので、今後活かしていきたい。
- ・ サマリー内容にご本人の生き方、あり方、希望を記入できるようにしたい。
- ・ 正式なカンファレンスの前に関係者間で簡単な打ち合わせを行い、すり合わせを行うこと。
- ・ 退院後から利用を開始する方に「いつでも帰ってきていいですよ」と声かけをしようと思った。
- ・ 在宅支援病棟で今後の参考にしていきたい。
- ・ 病棟勤務でなかなか患者の気持ちを聞けないが、どう考えているのか聞くことの大切さを知った。
- ・ 看護師の気持ちを押し付けることのないよう気をつけていきたい。
- ・ 外来看護師を今後中心に取り込んでいく。
- ・ 外来看護の中で今まで以上に患者に寄り添うかわりをしていきたい。
- ・ 病棟看護師が患者の在宅での生活をイメージできるか。在宅側(訪看やケアマネ)から退院前に訪問できるか。互いの努力で関係性を深めたい。
- ・ 初回訪問診療の前に患者のところに outward。
- ・ IC後の看護サポート体制。
- ・ 退院が決定してからカンファレンスに入るのではなく、病棟カンファレンスの時点で入れるよう、システムを考えていこうと思った。
- ・ 訪看に対して、小さなことでも連絡して良いことがわかったので今後連携したい。
- ・ サマリー内容に家族の思いを追記する項目を検討したい。
- ・ 今までにただ業務の一つとしてスクリーニングシートを記入していた。退院後の患者の生活全体を考えて、患者・家族とかかわりを持てるようにしていきたいと思った。
- ・ 当事者視点で患者との意思決定支援に関わりたい。

5. 今後の研修の参加の意向



◎主なご意見

【ぜひ参加したい】

- ・ 医療・福祉分野にて事業を行っているが、地域包括ケアの中心となる看護師の方々の話が聞ける重要な場のため。
- ・ 日頃の支援を振り返ることができる。
- ・ 地域に根ざした医療を提供したい。
- ・ 自分たちで気づいていない事もあり、勉強になった。
- ・ 自分への刺激になるので。
- ・ 病院・訪看・施設の考えを知りたい。

【機会があれば参加したい】

- ・ 地元で勉強会をしたい。
- ・ 勉強になるから。

6. 今後、取り上げてほしいテーマ

- ・ 在宅での看取りについて。
- ・ ターミナル期の退院支援について。
- ・ 看取りまでの訪看、本人の意思決定。
- ・ 退院支援、調整看護師のかかわり方、症例検討。
- ・ 施設看護師の思い。
- ・ 医療と介護の連携。
- ・ 地域包括ケア病状。
- ・ 在宅での看取りに関して必要な知識・技術等。
- ・ 宇都宮先生からまた来ていただきたい。