

訪問看護から

道南訪問看護ステーション連絡協議会

事例 A氏 76歳男性 胆管癌術後 退院時

- 数か月間入院されていましたが、在宅療養されるとのことでB病院より連絡あり、コロナ禍であるため全員が集合して退院前カンファレンスができない状況
- 退院支援看護師よりご本人の状況の説明、紙面でのサマリーの受け取り
- 病院よりオンラインでの退院前カンファレンス提案
- ご家族やケアマネは病院で、他の担当者はオンラインでの参加

オンラインでの退院前カンファレンスでは

- 入院中の病状等の説明
- オンラインではあったが、こちらからの確認事項等の質問に対し回答を得ることができた
(点滴内容や屯用薬の確認、処方薬の確認、食事の摂取状況や排泄についてなど)
- ご本人のADL状況の確認ができた
(歩行状態を実際に見せていただき、ポータブルトイレの利用やデイサービスの検討など)
- 退院前にメディカをつないでいただくことで治療の経過、主治医のコメント、検査データなど退院直前まで確認できた

退院後

- 退院日は状態良くご自宅へ
- 訪問看護は当日訪問し状況の確認
- 移動は手すりと介助は必要だが行えていた
- 事前に福祉用具や手すりの準備されていましたが、退院後使用してみて手すりの位置のみ変更が必要
- 幸いにも妻は介護経験があったため、看護師の説明と指導で理解を得られた
- 介護事業所間での情報共有のため、退院後にご自宅で担当者会議の実施
(デイケア職員等も含めてADL状況の確認とリハビリ等の検討)

入院直後～入院中

- 在宅中は状況報告や相談等をメディカや退院支援看護師に電話等で報告しながら経過
- しばらく自宅で過ごせていたが、発熱と腹痛等で体調悪化あり、受診後入院
- 入院直後から入院中はメディカを活用し、検査データや主治医のコメントから状況の把握が大まかにだげできた
- 退院支援看護師から入院中の状況報告が定期的により、さらに状況把握ができた
- 数週間入院後、退院される

まとめ

- 退院前カンファレンスができない状態では患者把握ができず、事業所間での情報の共有が難しい
- オンラインで退院前カンファレンスを行えることで、今まで通り情報の共有が可能
- ステーション事務所内で参加できるため時間短縮できた
- 今回は看護師1名の参加であったが、時間が合えば複数名での参加が可能なため、スタッフ間でも共有できる
- 入院中でもメディカの活用や退院支援看護師からの定期的な情報提供で状況の把握ができた
- 入院した患者の退院の時期が予測できた