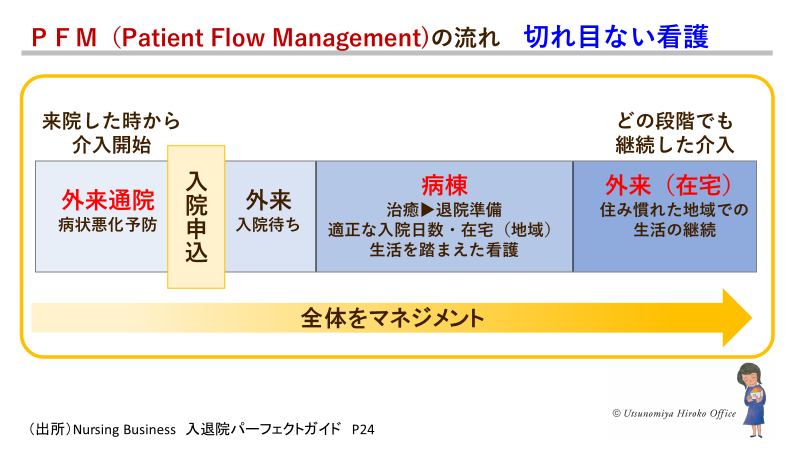
**【入退院支援看護師養成研修　事前レポート】　受講番号　　　　氏名**

1. **あなたは、図のどの時期に、どのような立場で、在宅療養支援に関わっていますか？**

外来　（一般外来看護師・入院時支援看護師・管理者）

病棟　（スッタフ　　管理者　　退院支援リンクナース等　）

地域連携室等入退院支援担当部門　（病棟担当　　管理者**）**

****

**入退院支援の流れ、シート・ツールについてどこに課題があると感じていますか？**

**出来ていること、工夫していることも、教えてください。**

〇退院支援が必要な患者を特定するためのスクリーングシートやアセスメントシートは、適時に、適切に活用できていますか？　　どこに課題がありますか

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇看護データベースや診療録と連動していますか？　➡（　はい　　いいえ）

〇外来看護師・入院サポートセンターナースと病棟看護師の連携はできていますか？

（予定入院➡　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（緊急入院➡　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇「退院支援カンファレンス」の構成メンバーは？　＊複数回答あり

　・病棟看護師　（主に参加しているのは➡　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・退院支援担当者（　退院支援看護師　　MSW　　その他（　　　　　　）

　・多職種　　医師　　　薬剤師　　　リハビリ担当者　　　管理栄養士　　心理士

同法人の在宅チーム（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇カンファレンスの進行は誰が行っていますか？　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　〇緩和ケアチーム・認知症ケア・リハビリ等他のカンファレンスと連動していますか？

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　〇カンファレンスをより効果的に行うためには、課題と感じていることは？

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※統一した流れやツールはない場合、どのように対応しているか、課題も書いてください。

　　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３．外来で行う『在宅療養支援』の取り組みについて教えてください。**

**※病棟看護師は、わかる範囲で書いてみましょう。**

|  |
| --- |
| 外来における5つの相談支援場面を想定　　（東京都退院支援マニュアルP84~参考）   1. 入院決定時：　a 予定入院   ｂ 緊急入院   1. 外来での検査結果・治療方針の説明（主に病状の悪化や新たな病変の発見、それに伴う治療方針変更など、いわゆるバッドニュースを伝える場面を想定） 2. 医療処置・経口抗がん剤の導入（症状緩和のための内服等もふくめて） 3. 状況変化のサイン（体調の変化や認知機能、生活面での変化に、気付き、医師やチームメンバーとの共有、そしてケアマネジメントへつなげるプロセスも含みます） 4. その他（経済的・社会的困難さが外来通院中に明らかになった場合） |

●**どの場面にどのような支援体制がありますか？**

**①の場面**

①は多いと思いますが、外来看護師と入院支援看護師の役割・連携はできていますか？

　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**②③④⑤の場面**

例）予定受診患者リストから、対象者を前もって抽出し、計画的に外来ナースが同席できるよう体制を持っている。

・地域連携室ナースやMSWにも事前にカルテチェックを依頼し、必要時外来受診後、面談を入れる。　　など・・・。

　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**記載日：2021年　　　月　　　　日**