**在宅看護（入退院支援）研修会　11/9　宇都宮宏子先生**

**「地域ケアシステムにおける在宅療養に向けた支援」　事前課題**

**《締　　切》　令和6年6月10日（月）17:00**

**《提出方法》　①メール添付****houmon▲niigata-kango.com**

＊メールする際は、「▲」を「＠」に置き換えてご利用ください。

**②郵送　　　　〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11**

**③FAX　　　　025-233-7672**

**④5/23に持参**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 所属施設名称 |  |

**【下の図において、自分がどの時期に在宅療養支援に関わっているか、考えながらご回答ください】**

****

**【全員にお聞きします】**

1. **あなたは、どのような立場で、在宅療養支援に関わっていますか？**

□病院　□外来　　　　　（　□一般外来看護師　　□入院時支援看護師　　□管理者　）

□病棟　　　　　（　□スタッフ　　□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　）

□訪問看護ステーション　（　□管理者　　□管理者に準ずる立場　　□スタッフ　）

□地域包括支援センター　（　□管理者　　□スタッフ　）

□診療所　　　　　　　　（　□看護管理者　　□スタッフ　）

□施設等　　　　　　　　（　□看護管理者　　□スタッフ　）

**【訪問看護ステーション・地域包括支援センター・診療所・施設等に従事している方】**

**２.病院看護職との看護連携についての課題は、どのようなものがありますか？**

**その課題に対して、解決のために取り組んでいることはあります？**

**①②③の場面に分けて記載してください。**

**①入院・退院時連携**

**②外来通院時連携（変化があった時・急変時など）**

**③看取り期に関連する連携（情報共有・意思決定支援・ACPなど）**

**【病院に従事している方】**

**3.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。**

**※外来に就業されている方は、分かる範囲でご記入ください。**

○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

➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○シート・ツールは、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

　○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？

予定入院の場合➡□はい　　□いいえ

緊急入院の場合➡□はい　　□いいえ

○退院支援カンファレンスの構成メンバーは？

　　□病棟看護師；主に参加しているのは➡　□入院中の担当看護師　□その日の担当看護師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

　　□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（　　　　　　）

○カンファレンスの進行は誰が行っていますか？

　　　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　○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？

　　➡□連動している　　　□連動していない

　○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。

　　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**4．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、連携部門で就業されている方は分かる範囲でご記入ください。**

|  |
| --- |
| 外来では、5つの相談支援場面を想定されます　《参考；東京都退院支援マニュアルP84~》1. 入院決定時　（予定入院・緊急入院）
2. 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）1. 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）
2. 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む）1. 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）
 |

1. **の場面でどのような支援をしていますか？　外来看護師と病棟看護師の連携はできていますか？**

　➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. の場面でどのような取り組みをしていますか？

➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. の場面でどのような取り組みをしていますか？

➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. の場面でどのような取り組みをしていますか？

➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. の場面でどのような取り組みをしていますか

➡（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）