**事前レポート【地域連携に携わっている看護職員回答】**

**記載日：　　　年　　　月　　　日**

**施設名　　　　　　　　　　　　　　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・施設等

****

**★訪問看護・施設等に従事している看護師のかたへ**

**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）**

**★病院に従事する看護師のかたへ**

**※以下の内容は看護管理者と共有してから提出して下さい。**

**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。**

□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

□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➡

（緊急入院➡

□「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➡

　　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？

　□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　　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）
3. 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）
4. 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）
5. 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）

①～⑤の**場面で、現在どのような支援ができていますか？**

**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？**

　➡

1. **③④⑤の場面**

　➡

**提出締め切り　2023年12月5日(火)必着**