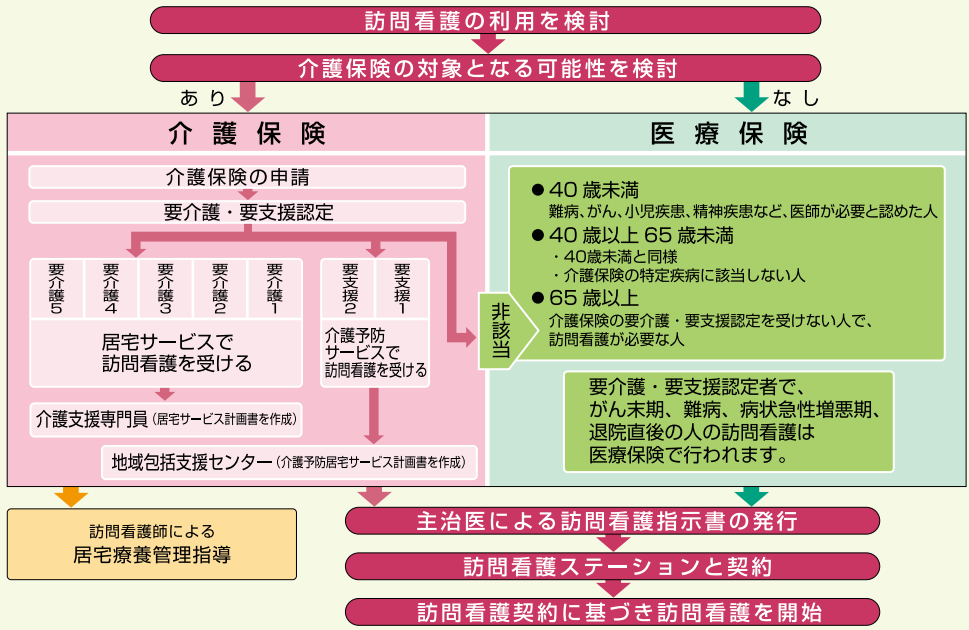


退院支援に求められる看護の役割



社会資源の調整

訪問看護を利用するまでの流れ

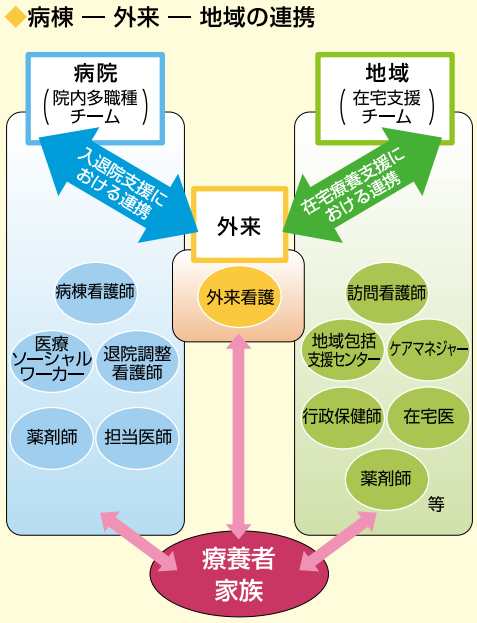


退院前カンファレンスの実施

カンファレンス当日の運営ポイント

- 1) 情報の守秘義務
- 2) 情報交換にはコミュニケーションが不可欠
自由な発言の確保
- 3) 効率的な話し合い
事前に議題を提示し、各自意見をまとめてきてもらうなどの工夫
出席できないメンバーがいるときは、事前に意見を聞いておくこと
- 4) 進行(レジュメを用意する) 資料 3 P51~52を参照
①全員の自己紹介 ②会議の目的の説明
③経過と議題の説明 ④議題ごとの意見交換
⑤結論と全員への確認 ⑥今後の予定の確認
- 5) 使う言葉への配慮
- 6) 役割分担を明確にし、相互に確認すること
- 7) 会議の結果を記録しておくこと、共有しておくこと

退院時支援とモニタリング



一人ひとりの看護職が行う

退院支援 マネジメント

ガイドライン

山梨県
公益社団法人 山梨県看護協会

退院支援マネジメントフロー



療養者・家族の自己決定支援・受容支援

※退院支援のプロセスは、療養者の病状の変化や家族の状況により、反復して行う場合もある。

※退院支援に関わる診療報酬は資料5 P54 を参照
※() 内のページ数はガイドライン冊子のページを表す。

退院支援に向けたスクリーニングとアセスメント

＜スクリーニング＞

療養者およびその家族が在宅で安心して暮らすことをめざし、入院した時点でスクリーニングを行います。「入院後48時間以内を 目指しましょう。」

＜アセスメントのポイント！＞

医療管理上の検討課題：退院後も継続する医療管理・処置項目を把握し生活の場での自己管理能力や家族のサポート力の検討

生活ニーズ上の検討課題：入院により生活のどこが変化するのか、治療やリハビリでどこまで回復が可能かを検討

退院にかかわる問題の明確化と目標の共有

1. 院内退院準備カンファレンス

退院支援にかかわるメンバーが、退院後の生活をイメージして帰れる状態を目指すために入院初期に行うチームカンファレンスです。

＜カンファレンスの参加メンバー＞

病院メンバー

主治医
病棟看護師
退院調整看護師
医療ソーシャルワーカー
外来看護師
リハビリ担当 等

+

在宅のイメージができるスタッフ

在宅医
訪問看護師
ケアマネジャー
保健師 等

2. 退院に向けての準備におけるポイント

医療管理上の検討課題	生活ニーズ上の検討課題
●生活の場で継続可能な簡素化したケアへの切り替え（点滴・注射・内服等） ●患者・家族への教育・指導 ●現症状と予測症状の確認と症状緩和 ●病状悪化時の医療提供体制 ●治療の継続	●退院後の生活のイメージ *療養者と家族のイメージの乖離 *療養者・家族と現状のイメージの乖離 *療養者・家族と支援者とのイメージの乖離 ●退院後の生活を見据えた視点※で身体介助と環境調整 【食事】 【排泄】 【移動】 【清潔】 【楽しみや生きがい】 【住環境】
●家族の思い・介護力・生活状況	

◆ 退院に向けての準備は、※「退院後の生活を見据えた視点」が大切 ◆

*食 事：買い物は誰がする？ 調理は？

*排 泄：トイレは和式？ 洋式？ 手すり？ 衣服の上げ下げは？ 始末はどこまでできる？

*移 動：段差、手すり、滑りやすいところは？

*清 潔：お風呂の高さ・深さは？ 手すりは？ どこまで洗える？

*楽しみや生きがい、続けたいことなど

*住環境：住まいは何階？ 階段？ エレベーターは？