

事例のまとめ(記録様式3)を作成する際の着眼点

【事例】

事例概要

現病歴

家庭環境・生活状態

利用している社会資源（保健福祉サービス等）や制度

【第1段階 スクリーニング】

病院における退院後の説明について

家族・本人の療養希望先・思い

情報収集

医療上の検討課題

生活・介護上の検討課題

【第2段階 医療・ケア継続のための介護介入とチームアプローチ】

院内・病棟看護師による

情報収集とアセスメント

服薬

食事管理

排泄

ADL の評価

コミュニケーション評価

清潔

住宅環境

介護状態

意欲や生きがい

カンファレンス

利用者・家族と退院時のイメージ共有

【第3段階 地域や社会資源との連携・調整】

家族のセルフケア能力

介護申請と変更申請

居住とサービスの調整

退院前カンファレンス

退院前の最終確認

退院後のフォローと評価

【まとめ】

本事例の退院支援・調整の評価

研修のまとめ（記録様式 4）

1 看護実践

対象の望む生活を実現するための円環的アプローチ	療養生活サポートの必要性がある人を特定する 自立した生活に向けての情報収集と問題を明確化する 変化に応じた継続的支援のためのモニタリングと評価をする
生活安定のための病状管理	症状が安定するようコントロールする 生活の仕方に合わせた安全な医療処置の仕方を考える 病状に合わせた基本的な生活ニーズの充足を考える
利用者が生活者として主体的に生活できるようにする支援	今後の療養場所における利用者の希望を確認する 利用者ができることをやってみようと思えるように支援する 利用者を社会的存在として捉え、自己管理方法を確立する 利用者が自身の健康状態を認識し、生活の変化を自覚できるように支援する
家族のセルフケア能力を高める支援	家族の事情を理解する 利用者の希望を家族が理解できるように支援する 利用者と家族が互いの考えを理解し、方向性を見いだせるように支援する 利用者と家族の関係性をモニタリングし、互いの役割を見いだせるように支援する
利用者中心のケアを実現するためのチームアプローチ	目標達成に貢献するチームを編成する チームで方向性を明確にするための情報共有と合意形成の場をつくる 生活ニーズとサービスをつなぐ方法を提案する チームのメンバーシップを育てる

2 継続看護のアウトカム：帰結の実際

利用者・家族の新たな生活の再生	生活の安定 ・症状の安定 ・生活リズムの獲得 ・ADL の維持・改善 利用者・家族のセルフケア能力の向上 ・利用者・家族の自立した生活行動が増える ・利用者・家族が自分のやり方を見いだせる 家族とともに新たな社会関係の形成 ・利用者と家族の相互理解 ・利用者・家族の主体性と自立性の獲得 ・地域との関係性の再構築
系統的チームアプローチの実践	アプローチ方法の明確化 ・個別性を踏まえた継続看護 ・タイミングのよい介入 チームケア体制の構築 ・スタッフの役割認識の変化 ・協動的な連携体制