

在宅・施設移行時（終末期）カンファレンスシート

在宅・施設移行時（終末期）カンファレンスシートの使用について

地域包括ケアのシステム化が進む中、医療ニーズが高い要介護者への支援を拡充し、終末期においても可能な限り在宅療養（施設）での看取りができる在宅医療と介護の連携を進めています。

具体的には医療・介護の実施拠点（往診医・訪問看護ステーション・保険薬局・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・ヘルパーステーション等）の連携です。

（病院から退院する時に行われる）多職種（医療と介護）が参加する退院前カンファレンスは、患者の心身及び環境（住・人・経済・制度など等）の最低限の情報を共有し患者像がイメージできる情報が必要です。

限られた時間での会議は、病院チームと在宅（施設）ケアチームが事前に収集した情報の不足や変化した情報を確認し合い、退院後の患者・家族が望む在宅（施設）での生活、生き方への支援の有り方、方法に焦点を当てた意見交換が重要です。

終末期を在宅（施設）で過す患者・家族の日常生活の安心・安全・尊厳が確保されなければなりません。その対応・方法などを、病院・在宅ケアチームの多職種が各専門的立場から意見交換をし、サポート体制を確認し合う重要な時間です。

限られた時間でのカンファレンスを充実させるために、退院する患者のイメージができる最低限の患者情報の参考となるシートを作成しました。

このシートは、「在宅・施設へ移行時（終末期）」患者の退院前カンファレンスに使用する情報収集シートです。

病院から提供されるシートと重なる情報項目は、省いて使ってください。

地域には大切な慣習・文化があります。各地域性を踏まえた退院前カンファレンスシートを作成する時の参考にして下さい。

その人らしさ（尊厳）等の個別性の情報も重要です。

退院前カンファレンスには、ケアマネジャーと訪問看護師は必ずペアで参加してください。

カンファレンスの時間は30分程度とします。

患者が在宅（施設）療養に移行後も在宅（施設）ケアチームのカンファレンスは適宜必要です。

協力機関

広島県緩和ケア支援センター緩和ケア支援室

県立広島大学保健福祉学部

広島県地域包括ケア推進センター

広島県リハビリテーション支援センター（公立みつぎ総合病院）

「在宅・施設医療ネットワーク広島」厚生労働省在宅医療連携拠点事業

受付日	平成 年 月 日	病院名
氏名（ふりがな）	男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日（ 歳）
住所	TEL	
主治医（ ）	地域連携室（担当者名 ）	看護師（ ）
病名（ ）	合併症 無 有（部位 ）	転移 無 有（ ）
認知機能障害 無 有（ ）		
<u>現病歴</u>	<u>退院時処方</u>	
	<u>必要な治療・処置</u>	
<u>既往歴</u>	<u>予測されること（予後など）</u>	
・本人への説明： 病名 現症状 予後 ・説明に対し： 理解できた 受容している ・家族への説明： 病名 現症状 予後 ・説明に対し； 理解できた 受容している 具体的に 本人（ ） 家族（ ）		
<u>退院後の在宅生活への思い・希望</u>		
本人（ ）		
家族（ ）		
<u>生活歴（職業・趣味・特技・こだわりなどを含め）</u>	家族構成図（キーパーソン）	
	具体的な介護力	
住環境（持ち家、借家 ）	経済状態（ ）	
介護保険申請 未 申請中 有（要介護度 ），医療保険（ ）	その他利用できる制度： 原爆 身体障害 特定疾患（ ） 生活保護 その他（ ）	
<u>主訴</u> ： 痛み（部位 ） 全身倦怠感 発熱（ ） 呼吸困難 食欲不振 咀嚼困難 嚥下困難 便秘（排便 回 / 日） 不眠 その他（ ）		
<u>身体所見</u> ： 胸水 腹水 浮腫（部位 ） 炎症（褥瘡・口内炎・その他 ）		
<u>精神状態</u> ： 安定 不安定（ ） せん妄（ ）		
<u>ADL・IADL等</u>		
必要に応じた生活リハビリテーション（ ）		
栄養：（ 自立 一部介助 全介助） 普通食 粥・軟飯 注入食（Mチューブ・胃瘻・腸瘻）	食事量（ ） 嗜好物（ ） その他（ ）	
移動： 自立 杖 歩行器 車椅子 その他（ ）		
排泄：トイレ（ 自立 一部介助 要介助） ポータブルトイレ オムツ 留置カテーテル 人工肛門 その他（ ）		
保清：入浴（ 自立 一部介助 全介助） 清拭（ 自立 一部介助 全介助）		
口腔ケア：（ 自立 一部介助 全介助） 部分義歯 総義歯 その他（ ）		
意思疎通： 可 不可 コミュニケーション方法 会話 筆談 その他（ ）		