

【 退院支援カンファレンスの進め方 】

I. 目的

退院時支援が必要になると予測される患者の入院目的・治療方針の確認、
その上で退院時の状態像の共有し、どのような支援が必要かをチームで話し合う。

II. メンバー

病棟看護師・MSW・退院支援看護師（可能なら医師）

★話し合う事例によっては、薬剤師・リハビリメンバー・栄養士等も参加

★既存の多職種カンファを有効に活かすように企画・開催する

例)リハビリカンファ、緩和ケアカンファ、認知症ケアカンファ等々

III. 対象者

- 1) 今週の入院患者: 入院時スクリーニングのアセスメントにより「支援の必要性」がある患者
- 2) 退院支援が進行している患者
- 3) 入院中の患者で方向性が決まらず悩んでいる患者等
- 4) 在宅側から調整依頼があった患者

IV. 話し合うポイント

短時間で効果的なカンファを行うために、対象患者の検討課題をあらかじめ整理しておく

☛ 看護チームでの事前仕込みがポイント！

〈医療・看護上の検討課題〉

* ①～④の課題を列挙し、①～⑤の視点で解決策を検討しよう！

- ③ 病状確認・治療方針・今後の予測／②退院時も継続する医療管理・処置内容
- ③患者・家族への説明内容・理解・受け止め／④②の自己管理能力・家族のサポート体制

- ①患者・家族への教育・指導～服薬・療養生活・医療処置など
- ②生活の場で実施可能なシンプルケア～投薬の簡素化・カテーテル抜去など
- ③症状緩和ができていますか
- ④在宅医・訪問看護の必要性判断
- ⑤現実と希望のすり合わせ（合意形成）

〈ADL・IADL から生活・ケア上の課題〉

- * i ~ v の観点で退院時にめざす状態像をチーム間で共有し、必要な支援を議論
「入院前の状態⇒現在の状態⇒退院時にめざせる状態」と時系列に整理
i 食事／ii 排泄・排尿・排便／iii 移動に介助要／iv 保清／v 家屋評価
★ 生活支援・経済的支援について（生活困窮者・孤立・虐待等の疑いがある）

V. 対象

1)この1週間入院した患者について退院支援の必要性を検討する

- ①施設からの入院患者・ケアマネ・訪問看護等、地域事業所と連絡取る必要がある患者
入院診療計画を確認、退院時の状態を連絡し、早期から連携・協働できるように調整
- ②医療情報から、在宅医療移行の必要性検討(医療処置の有無・看取り期にある等)
- ③退院時にケア・生活支援が必要になるかどうか
- ④次回のカンファレンスまでに、
 - 病棟看護師による本人の想いの確認、病識の確認
 - 再度 IC 場面設定 ●連携室メンバーによる家族面談
 - リハビリ状況確認 ●薬剤指導・栄養指導

が必要であれば、役割分担をして進めていく

2)退院支援が動いている患者の進捗状況を報告・相談

- ①課題があれば共有、解決のための方法を検討する
⇒治療方針等の再検討が必要な場合は主治医が参加できるよう事前準備する
- ②医療情報、患者・家族の想い、理解、今までの生活状況等、総合的に判断し
『退院後どこでどのような生活をする事ができるか』をチーム間でイメージする。
- ③在宅生活のイメージをする。今までの患者の暮らし方・不自由さを工夫しながらできている事に視点をあて「帰る事」を前提に話し合う。必要があれば目的を共有して転院検討
- ④1)と同様に役割分担をする。

★患者・家族との対話を繰り返しながら、**自立支援**、本人の潜在能力・残存能力を引き出していく。

★病気の軌道をふまえた医療・ケア、そして意思決定支援 ACP の場面

VI. 記録

カンファレンス記録(退院支援)として登録

主治医と共有⇒ 病棟看護師より声をかけ、医師の意見があれば記録する