

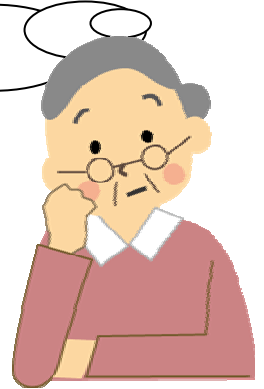
自宅で療養したいとお考えの皆様へ

住み慣れた家で暮らしたいと思ったとき、どんなことが心配ですか？

自宅で治療を受けられるなら、縁側で庭を眺めたり、近所の人と話したり、いろいろしたいことがあるけれど、どんな準備が必要なんだろう？

夜中に具合が悪くなったら、どうすればいいの？

それに、やっぱり家族に負担をかけてしまうのでは・・・。



入院している患者さんは、一つの医療機関の中で、主治医の先生や看護師さんなど、様々な職員に支えられ、治療を受けています。

退院して自宅等に戻ると、これらの治療は、複数の関係機関(地域の診療所、訪問看護ステーション、保険薬局、福祉サービス機関など)が連携して行うこととなります。

この連携を、円滑にしっかりと行っていくために作られたのが、「在宅緩和ケア地域連携パス」です。

【在宅緩和ケア地域連携パスとは】

入院中の患者さんが、家に帰り、適切な医療や介護サービスを受けられるようにするため、医療と介護の関係者が、患者さんやご家族の意向、病歴、病気の管理方針、処置などの内容、生活に関わることなどを共有し、連携するために作成された「連絡表」です。

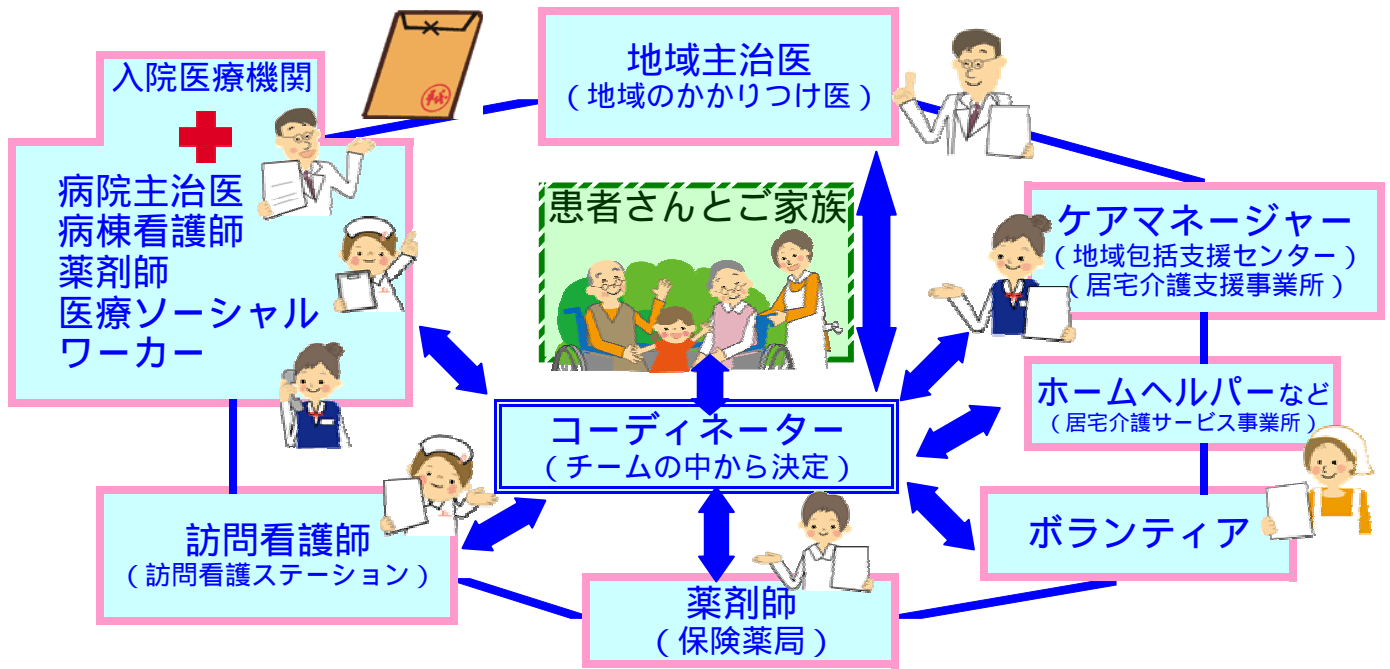
これらによって、患者さんをご家族が安心して在宅療養に移行でき、よりよい医療や介護を実現していくことを目指しています。

《パスに記載されていること》

在宅療養についての患者さんをご家族の意向
入院医療機関及び在宅支援スタッフの連絡先
患者さんをご家族の個人情報の取扱方法とその同意
退院準備から在宅療養中の達成目標
患者さんをご家族に行っていただくこと
入院医療機関における治療経過や今後の治療方針等
介護保険の申請状況や必要とする福祉サービス等
合同カンファレンス参加記録



在宅緩和ケアを支える人たち



関係者・関係機関	主な役割(例示)
ご家族	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんが自分らしく安心して家で過ごせるように考えます。 患者さんを精神的に支え、スタッフと連絡調整します。
入院医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんを治療し、在宅療養の際はその準備を支援します。 地域主治医へ医療情報を提供し、急変時の対応等支援します。 自宅等のある地域の状況や、患者さんのご希望により、継続して治療を行います。
退院調整担当者	退院へ向けた連絡調整を行います。(医療ソーシャルワーカー)
コーディネーター	チームの中から選ぶ、地域連携の中心となる人です。
地域主治医	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活全体をみて症状に応じた医療・緩和ケア等を提供し、患者さん、ご家族、スタッフへの助言を行います。 訪問看護ステーションや保険薬局へ処置・処方等を指示します。
訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> 主治医からの指示に基づいて看護し、患者さんの症状や、ご家族の負担を評価し、必要な支援や情報等を提供します。 患者さんにご家族の希望や不安を理解し、対応を考えます。
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 主治医からの指示に基づいて調剤し、服薬指導を行います。 服薬による鎮痛効果の確認や副作用対策を行います。 薬剤保管の管理指導を行い、残った麻薬等を処理します。
ケアマネージャー	介護保険によるケアプランを立て、市町村や居宅介護サービス事業者等との連絡調整や相談等を行います。
ホームヘルパー	家事援助(掃除、洗濯、調理、買い物等)や身体介護(入浴介助、洗髪、清拭、食事介助、体位交換、排泄介助、口腔ケア等)など訪問介護を行います。
(訪問入浴)	(訪問入浴介護: 移動入浴車による入浴介助を行います。)
ボランティア	患者さんやご家族の気分転換を図るなどの支援を行います。
(市町村)	(介護保険や福祉サービスの総合相談窓口です。)

ご家族や地域の状況により、在宅緩和ケアを受けられる体制が十分に整わない場合も、患者さんにご家族の希望に添えるよう調整を行うとともに、情報を収集して提供します。

患者さんにご家族が行うこと

このページには、ご本人やご家族が、病院から在宅での療養にスムーズに移行するため、また、「こんなふうに過ごしたい」を大切にしたい在宅療養生活を実現するために、ご本人・ご家族がどんなことをしていくのかを記載しています。

退院に向けた準備を進める上で、また、在宅療養生活を送る中で、支援する各スタッフが、ご本人やご家族の方々に様々なご説明などをさせていただきますので、その確認の際などにご活用ください。

それぞれの内容について、理解できたかどうかを確認しながら、理解できたことには「」にチェックをつけたり、疑問が残った時は、そのことをメモして、再度説明してくれるよう相談しましょう。

また、説明を受けていない項目があれば、そのことをスタッフに伝えて、説明してもらいましょう。

退院するまで	病院スタッフに伝えて、相談すること。	メモ
	処置内容や対処方法などで不明なこと・要望	
	在宅での治療や療養方法等(希望する地域主治医や訪問看護ステーションなど)の希望内容	
	在宅支援スタッフ(地域主治医・訪問看護師・薬剤師・ケアマネージャーなど)に対する希望内容	
	「退院後、どんな生活を送りたいか」「今までの生活で大切にしてきたことや、これからの生活で大切にしていきたいこと」	
	「退院後のどんなことが不安か」、「どのような場合に再入院したいと考えているか」「退院後の相談窓口の確認」	
	お薬に関する疑問や不安な点	
	痛みの評価法や記録法についての疑問など	
	在宅で利用できる医療・福祉サービスの内容や使い方	
	在宅支援スタッフとのカンファレンスに参加する。	
在宅での療養生活に向けた準備を支援スタッフと一緒に 行いましょう。		
自宅等で	在宅支援スタッフに伝えて、相談すること。	
	病気のことで心配なこと、聞きたいこと、治療や療養方法等の希望内容	
	体調の変化(小さなことでも)	
	痛みの状態やつらいと感じる症状(具体的に)	
	「どんな生活を送りたいか」や「どんな支援を受けたいか」	
	療養生活で不自由なこと、不安なこと	
	便秘・めまい・吐き気・眠気等、薬の副作用でお困りのこと	
	病院へ再入院しての療養を希望するとき	
	薬の服用(定期的服用を指示された薬は、痛みが無くても時間と量を守ること。)	
	薬の服用(突然の痛みに対しての頓服用の薬がある場合は、指示のあった量、方法を守ること。)、服用回数の記録、スタッフへの報告	
痛みの評価、記録		
病状や治療方針等の説明を受ける(ご家族の方も一緒に)。		

療 養 メ モ

ご本人、ご家族がどのように生活したいか、今したい・大切にしたいことや、支援スタッフに聞きたいことなど、気が付いた時にメモをしておいたり、支援スタッフに相談した際のアドバイスなどの記録用紙としてお使いください。

また、体調の変化、痛みの状態や、つらいと感じる症状(正確に)、薬の服用回数(痛みに対しての頓服用の薬など)の記録にもお使いください。

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

月 日()

スタッフ記載欄

生活の満足度(満足 やや満足 普通 やや不満 不満)
痛みの強さ(なし 軽度 中等度 強度 我慢できないくらい)

県中地域在宅緩和ケア地域連携パス (患者ID)

ふりがな	男	明 大 昭 平	入院年月日	.	.	
患者氏名	女	年 月 日生	退院年月日	.	.	
患者さん・ご家族	家族構成		【在宅緩和ケアを希望する理由】			
	療養場所		カンファレンス参加記録			
			/	/	/	
家族	主介護者 氏名		続柄 ()	電話		
	副介護者 氏名		続柄 ()	電話		
入院医療機関	病院名・所在地・電話番号					
	主治医					
	緩和ケア担当医					
	看護師					
	薬剤師					
	医療ソーシャルワーカー					
在宅支援チーム	退院調整担当者					
	機関名		氏名	電話		
	主治医					
	副主治医					
	訪問看護師					
	薬剤師					
	ケアマネジャー					
	ホームヘルパー					
在宅ケア調整担当者(コーディネーター)						
個人情報管理	【個人情報の管理方法】情報提供同意後に、添付書類を追加する場合は、追加及び配付範囲について、コーディネーターが意思決定者の同意を得て行います。チーム全員に配付する必要が無いものについては、特記事項に配付範囲を記載します。					
	書類名		特記事項・自由記載欄			
	地域連携パス					
	添付書類	入院医療機関	診療情報提供書			
			患者さんへの病状説明時記載メモ			
			訪問看護指示書			
			サマリー			
			訪問薬剤管理指示書			
	在宅期		患者さんへの病状説明時記載メモ			
			訪問看護計画書			
居宅サービス計画書						
薬剤情報提供書						
【情報提供同意】						
平成 年 月 日						
この地域連携パスを使用し、本書記載の情報及び添付書類の情報を在宅支援チーム員が共有することに同意します。						
氏名(署名)						

県中地域在宅緩和ケア地域連携パス

(患者 I D)

時期	退院まで	在宅移行期（退院後1週間以内）
達成目標	不安なくスムーズに在宅へ移行できる。	ご本人の身体状況の安定が図られる。療養環境が確立し、ご本人ご家族の希望を尊重した在宅生活を実現できる。
説明・助言	病名の告知(内容、全部か一部か、理由) 本人() 家族() 予後の告知(") 本人() 家族() 療養生活についての本人・家族の希望確認 ()	告知状況の変化 有・無 (理由等) 療養生活についての本人・家族の希望確認
	病名: 手術: 年 月 日(部位等) 化学療法: 年 月 日~ (クール) 放射線療法: 年 月 日~ (部位・方法) 対症療法: 治療方針:化学療法 無・有() 放射線療法 無・有() 添付書類記載のとおり ハックハット:医療機関名・連絡先 ()	前回と同じ 変更
症状・処置	全身倦怠感 悪心・嘔吐 呼吸困難 食欲不振 便秘 浮腫 不眠 不安 抑うつ せん妄 その他気になる症状() 持続皮下注射:()	前回と同じ 変更
疼痛管理・処方	痛み: 無 軽度 中等度 強度 我慢できない 処方: 無 有() 副作用:無 有() 薬剤自己管理: 可 一部可 代行	前回と同じ 変更
介護	認知症: 無 有() PS: 0 1 2 3 4 寝たきり度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	前回と同じ 変更
	介護保険 未申請 申請中 認定済 自立 要支援() 要介護()	介護負担 無・有()
	身体障がい 者手帳 (視 聴 音 肢 内 種 級) 必要なサービス:	必要なサービス 前回と同じ 変更
パス記載	退院前合同カンファレンス開催日 . . . 記載者 : 主治医 医療機関名 サイン	記載日 . . . (カンファレンス 有 無) 記載者 : 主治医 医療機関名 サイン

県中地域在宅緩和ケア地域連携パス (患者 I D)

時期	在宅安定期 (2 週間 ~ 4 週間毎)	在宅安定期 (2 週間 ~ 4 週間毎)
達成目標	痛みのコントロールや身体状況の安定した状態が持続でき、ご本人やご家族の希望を尊重した在宅生活が実現できる。 ご本人の症状やご家族の介護負担など状況の変化に応じた支援を行い、ご本人とご家族が安心して療養生活を送ることができる。	同左
説明・助言	告知状況の変化 有 ・ 無 (理由等) 療養生活についての本人・家族の希望確認	告知状況の変化 有 ・ 無 (理由等) 療養生活についての本人・家族の希望確認
治療経過・治療方針	前回と同じ 変更	前回と同じ 変更
症状・処置	前回と同じ 変更	前回と同じ 変更
疼痛管理・処方	前回と同じ 変更	前回と同じ 変更
介護	前回と同じ 変更	前回と同じ 変更
パス記載	記載日 . . (カンファレンス 有 無) 記載者 :	記載日 . . (カンファレンス 有 無) 記載者 :
	主治医 医療機関名 サイン	主治医 医療機関名 サイン

コピーしてお使いください。

県中地域在宅緩和ケア地域連携パス (患者ID)

時期	在宅緩和期	グリーンケア期
達成目標	<p>痛みや、つらい症状が、可能な限り少ない状況が持続できる。 ご本人やご家族の希望する療養場所や治療方法を再確認し、ご本人・ご家族の状況及び意思を尊重した生活を継続できる。 ご家族が、どんなときに、どこに連絡をすればよいのかについて、対応の仕方を理解して、安らかな看取りへの準備ができる。</p>	<p>ご家族が、大切な家族との別れや在宅で看取ったことに対する想いを十分に表現できる。 ご家族の身体的・精神的・社会的健康状態が確保され、新しい生活の見通しを少しずつ持つことができる。</p>
説明・助言	<p>病状認識の確認 本人：有 無 不明 家族：有 無 不明 家族に対する看取りケアの説明 家族に対する予期悲嘆への配慮 家族への死亡時の対処方法の説明 本人・家族の希望確認</p>	<p>最後まで看取ったことへの労をねぎらう。 家族の健康状態の確認</p>
治療経過・治療方針		<p>支援ニーズの確認</p>
症状・処置		<p>在宅での看取りを経験しての想いの確認 (在宅療養に対する評価の確認)</p>
疼痛管理・処方	<p>前回と同じ 変更</p>	
介護	<p>前回と同じ 変更</p>	<p>グリーンケア継続の必要性 有 無</p> <p>病院主治医への経過報告</p>
パス記載	<p>記載日 . . . (カンファレンス 有 無) 記載者 :</p>	<p>記載日 . . . 記載者 :</p>
	<p>主治医 医療機関名 サイン</p>	<p>主治医 医療機関名 サイン</p>