

# 県北地域 在宅緩和ケア地域連携パス 活用マニュアル

2009. 初版



福島県在宅緩和ケア県北地域連携会議

この「地域連携パス活用マニュアル」は、緩和ケアを必要とする入院中の患者さんや御家族が、その意向を踏まえた上で、安心して円滑に在宅療養に移行し、質の高い在宅療養生活を継続できるように支援することをめざして、支援関係者が地域連携パスを効果的に活用できるように、運用のフローチャートや記入方法をまとめたものです。

在宅緩和ケアの推進にあたっては、「在宅緩和ケアの推進のためのてびき」も併せて活用ください。

福島県県北地域在宅緩和ケア地域連携パスは、県北地域の保健・医療・福祉関係者及び市民・患者団体等で組織する福島県在宅緩和ケア県北地域連携会議において作成されたものです。

## 目 次

1	地域連携パスの目的	1
2	対象	1
3	パスの構成	1
4	パス各期(様式)目標と内容	1
5	パスの記入時期と記入担当者	2
6	県北地域在宅緩和ケア地域連携パス運用フローチャート	3
7	記入にあたっての留意事項	6
8	県北地域在宅緩和ケア地域連携パス様式	
(1)	様式1「患者・スタッフ共通用」	9
(2)	様式2「スタッフ用 ー退院準備期ー」	10
(3)	様式3-1「スタッフ用 ー在宅開始期ー」	12
(4)	様式3-2「スタッフ用 ー在宅安定期ー」	13
(5)	様式3-3「スタッフ用 ー在宅終末期ー」	14
(6)	様式3-4「スタッフ用 ーグリーフケア期ー」	15
(7)	別紙①～⑦「スタッフ用 医療処置に関する連絡票」	16
(8)	様式4「患者様・ご家族用」に関するご説明	23
(9)	様式4「患者様・ご家族用(1)ー準備期ー」	24
(10)	様式4「患者様・ご家族用(2)ー在宅期ー」	25

# 福島県県北地域 在宅緩和ケア地域連携パス活用マニュアル

## 1 地域連携クリティカルパスの目的

県北地域において、緩和ケアを必要とする患者・家族が安心して円滑に在宅療養に移行し、質の高い在宅療養生活を継続していくための達成目標を、患者・家族と支援関係者双方が共有し、ケア（治療を含む）の連続性と効率性・質を確保するための具体的なツールとして活用する。

## 2 対象

在宅での療養（在宅緩和ケア）を希望しているがん患者

### 【在宅緩和ケア地域連携パス適応基準】

適 応	適 応 外
○本人又は家族が在宅療養（在宅緩和ケア）を希望している。 ○本人と家族、もしくは、どちらかに対し、現在の病状（病名・予後）の説明をし、理解を得ている。	○本人、家族が病院での療養を希望している。 ○本人と家族の双方に対し、現在の病状（病名・予後）の説明が未実施、または、理解が不十分。

## 3 パスの構成

県北地域在宅緩和クリティカルパスは、入院中のがん患者や家族が在宅緩和ケア（在宅療養）を希望した段階からスタートし、在宅緩和ケアを準備期からグリーフケア期までの5つのケアステップで展開するよう作成し、スタッフ用2様式、患者家族用1様式、スタッフ・患者共通1様式の計4つの様式で構成される。各ステップでは、ステップ毎の目標を設定し、目標達成のために必要な支援・調整・確認すべき内容を記載している。

対象		患者・スタッフ共通用	スタッフ用	患者・家族用
病 院	準備期	様式1	様式2	様式4(1)(病院)
在 宅	開始期		様式3(1)(在宅開始期)	様式4(2)(自宅等)
	安定期		様式3(2)(在宅安定期)	
	終末期		様式3(3)(在宅終末期)	
	グリーフケア期		様式3(4)(グリーフケア期)	

## 4 パス各期（様式）目標と内容

パス様式	目標と内容
様式1 「フェイスシート」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「在宅緩和ケアチームのメンバーと相談窓口、緊急時連絡体制の明確化と共有」</li> <li>患者基本情報と支援関係者の情報を集約したもの。</li> </ul>
様式2 「退院準備期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「患者家族が安心して円滑に在宅移行できること」</li> <li>円滑な在宅移行に必要な情報・支援・調整項目として「本人・家族の意向確認」「疾病管理方針」「疼痛管理」「症状管理」「処置内容等」「退院準備・療養生活支援」「確認事項」を記載。</li> </ul>
様式4(1) 「病院入院中」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「在宅移行や在宅療養に対する不安の軽減」と「在宅療養にむけた準備をスムーズに進めること」</li> <li>入院医療機関スタッフがどのような支援、調整等をしていくかを明記。</li> </ul>
様式4(2) 「在宅期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「在宅移行や在宅療養生活中の不安の軽減」</li> <li>在宅療養開始後、在宅支援スタッフがどんな支援が可能か等を明記。</li> </ul>
様式3-1 「開始期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「身体状況の安定」、「安心して家で療養できる環境の確立」、「患者家族の希望が尊重された在宅生活の実現」</li> </ul>
様式3-2 「安定期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「身体状況の安定状態の持続」、「身体状況や介護状況等の変化に応じた支援の確保」、「患者家族の希望が尊重された在宅生活の実現」</li> </ul>
様式3-3 「終末期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>「痛みや不快症状の可能な限りの軽減」、「患者家族の希望が尊重された生活の継続」、「安らかな看取りへの準備」。</li> </ul>

※開始期～終末期は、「本人・家族の意向確認」「疾病管理方針」「疼痛管理」「症状管理」

様式3-4 「グリーフケア期」	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りをされた御家族等の「心身の健康の保持増進」と「在宅での看取りへの思い（評価を含む）の確認」。</li> <li>「介護者・御家族への確認と支援」「療養生活支援」「確認事項」「特記事項」の4項目で記載。</li> </ul>
--------------------	---

## 5 パスの記入時期と記入担当者

	パス様式名	記入（説明）時期	記入（確認）担当者
病	様式1	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者家族の在宅療養希望を確認したら記入を開始し、カンファレンス開催前に一通り記入する</li> <li>カンファレンス終了時完成を目指す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整担当者（リハビリカー等）（病棟スタッフや担当ケアマネジャー等との連携により）</li> </ul>
	様式2		
院	様式4(1)・(2) (患者家族用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院指導や退院に向けた情報収集の際に提示・説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整担当者又は病棟看護師</li> </ul>
在宅	様式3(1) (開始期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養開始後1週間前後（カンファレンス開催時等に）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コーディネーター（各スタッフとの連携により）</li> </ul>
	様式3(2) (安定期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>安定期は必要に応じ2～4週毎（カンファレンス開催時等に）</li> </ul>	
	様式3(3) (終末期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期移行と判断されたら早期に（カンファレンス開催時等に）</li> </ul>	
	様式3(4) (グリーフ期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者死亡後2カ月以内程度をめやすに</li> </ul>	

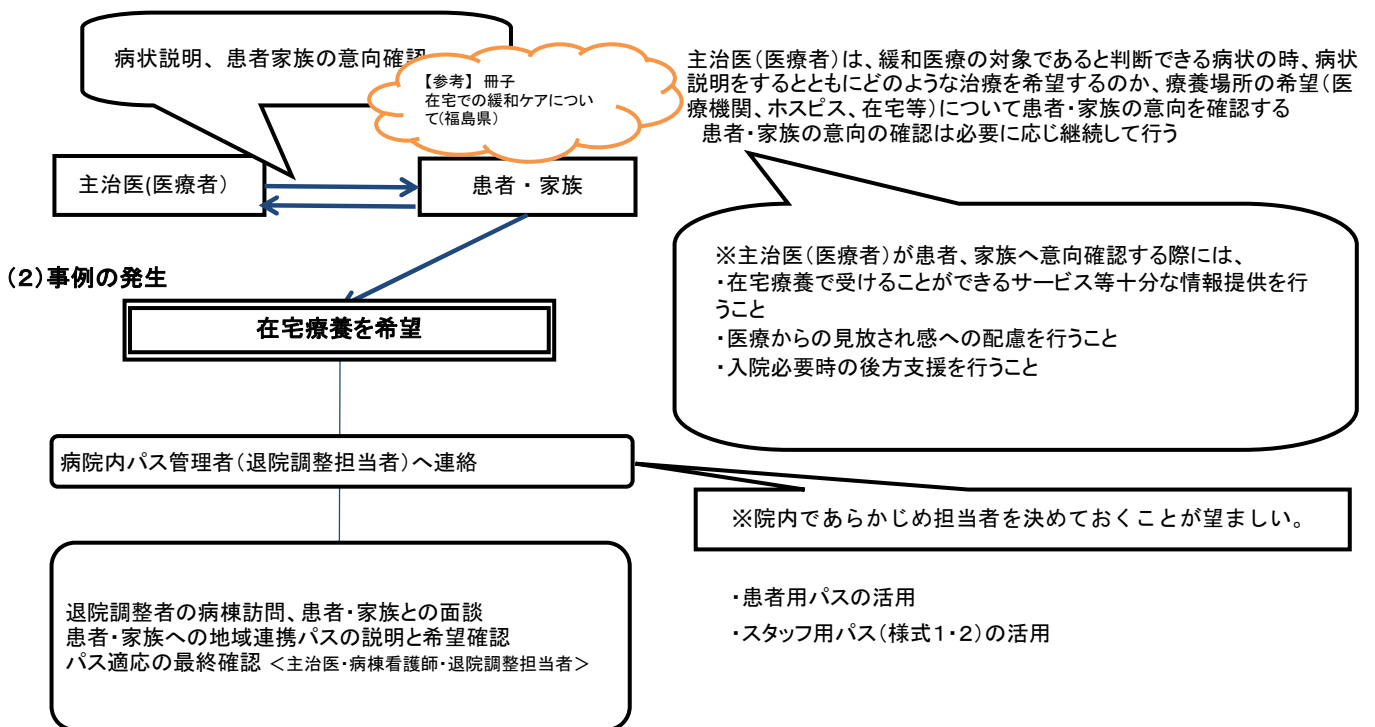
## 6 県北地域在宅緩和地域連携パス運用フローチャート

### 入院から在宅療養への移行を検討

#### (1) 在宅療養移行の検討時期

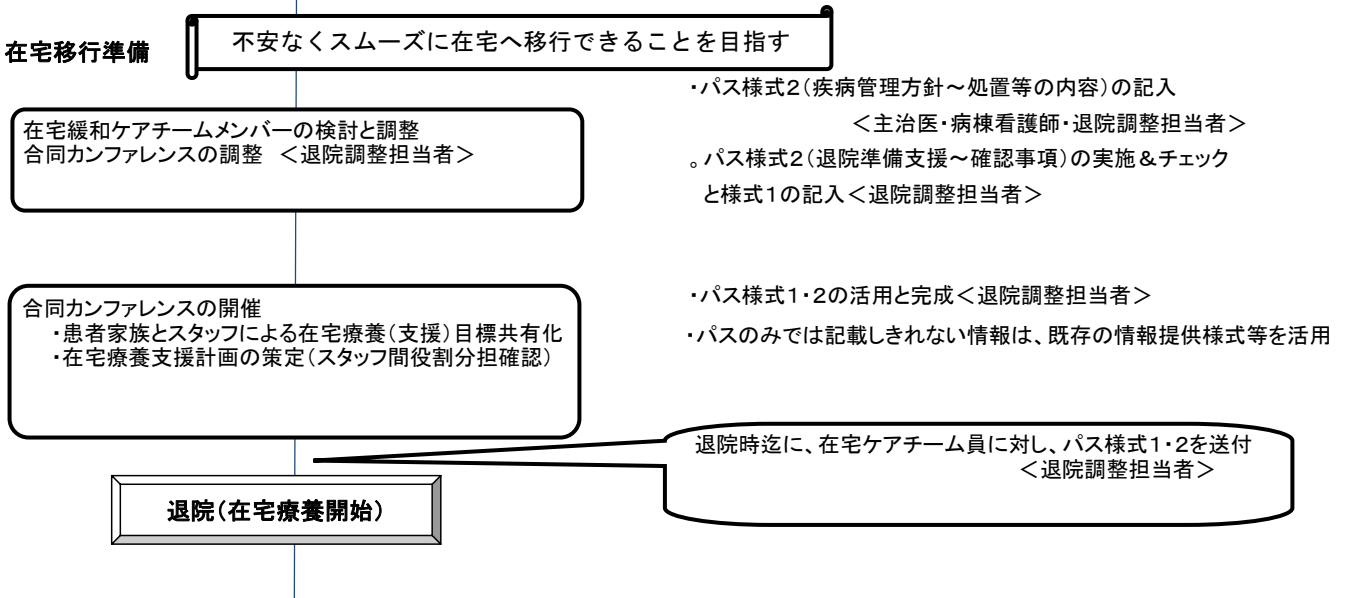
在宅緩和ケアへの移行のタイミング(宮城県がんセンター在宅ホスピスケア作業部会編「在宅ホスピスケアの手引き」H13.3より)

- 予後6ヶ月から3ヶ月くらいは症状も少なく、医療処置も少ないことから在宅に移行しやすい。  
しかしこの時期は、医療者側、患者・家族にも末期の認識がうすく、治療に期待を抱いているために在宅移行の意識は少ない。
- 予後1ヶ月前では、症状コントロールも難しくなり、医療処置が多くなるため、在宅への移行が困難になるので、その前に在宅治療を検討すべきである。



### 在宅への移行準備(地域連携パス ケアステップ「準備期」の段階)

#### (3) 在宅移行準備



在宅療養期（地域連携パス ケアステップ「開始期～終末期」の段階）

(4) 開始期

安心して療養できる環境の確立と、本人・家族の希望を尊重した生活の実現を目指す

支援計画に基づくケアの実践 <各支援チーム員>  
 ・痛みのコントロールや身体状況の安定のためのケア  
 ・本人、家族の療養目標実現のためのケア  
 ・介護負担軽減のためのケア

・基本的に必要とされる支援項目（パス様式3-1参照）

在宅療養支援評価  
 合同カンファレンス開催&支援プランの修正

・退院後1週間前後に「様式3-1」によりケア評価を行う。

(5) 安定期

身体状況や介護状況等の変化に応じた支援の確保と、本人・家族の希望を尊重した生活の継続を

支援計画に基づくケアの実践 <各支援チーム員>  
 ・痛みのコントロールや身体状況の安定状態継続の継続  
 ためのケア  
 ・本人、家族の療養目標実現のためのケア  
 ・介護負担軽減のためのケア

・基本的に必要とされる支援項目（パス様式3-2参照）

在宅療養支援評価  
 必要時、合同カンファレンス開催&支援プランの修正

・安定期では、状態に応じ2~4週毎に「様式3-2（安定期）」  
 によりケア評価を行う <在宅ケア調整担当者>

療養場所が変わる場合（ex.再入院、施設入所等）は、パス様式（1・2・3）を組み合わせ活用し、支援関係者間の情報・支援目標の共有を図って

(6) 終末期

本人・家族の希望を尊重した生活の継続と安らかな看取り（終焉）の実現を目指す

支援計画に基づくケアの実践 <各支援チーム員>  
 ・終末期不快感緩和等への対処  
 ・介護者（家族）に対する看取りのための支援  
 ・介護負担軽減のためのケア

・基本的に必要とされる支援項目（パス様式3-3参照）

・看取りへの準備のためのパンフ（てびきⅡ-25~27参照）

看取り・死亡時のケア

退院調整者へ患者の旅立ちを連絡するとともに、  
 パス様式3-1・2・3を送付  
 <在宅ケア調整担当者>

グリーフケア期（地域連携パス ケアステップ「グリーフケア期」の段階）

(7)グリーフケア期

介護者（家族）の健康維持と新しい生活にむけた支援を行う

支援計画に基づく遺族ケアの実践 <各支援チーム員>  
・遺族の気持ちの整理に向けた支援

・基本的に必要とされる支援項目（パス様式3-4参照）

支援計画に基づく遺族ケアの継続 <各支援チーム員>  
・遺族の気持ちの整理に向けた支援  
・遺族の療養支援に対する評価確認

療養支援の振り返りと評価

## 7 記入にあたっての留意点等

### (1) 様式1【患者フェイスシート】

- ・病棟スタッフから連絡を受けた段階で記入を開始する。
- ・患者のIDは、各医療機関ごとに設定し、記入する。
- ・「基本情報」、「入院医療機関情報」、「紹介目的」は、退院調整者が病棟訪問により記入し、完成させる。  
(※「退院予定日」「退院日」「療養場所希望の確認年月日」は必ず記入のこと)
- ・在宅支援チームの情報は、地域のケアマネジャー等と連携しながら記入していく。
- ・カンファレンスに参加した支援者は、カンファレンス参加記録にサイン(署名)する。  
(※退院前共同指導料算定等の資料とするためには、このサインは必須)
- \*退院準備期に作成・完成をした「様式1」は、在宅期に移行後もカンファレンス開催時の記録終了し、合同カンファレンス終了後退院までに、患者家族、退院調整担当者、在宅ケアチーム員それぞれが持てるようにする。
- \*退院準備期に作成・完成をした「様式1」は、在宅期に移行後もカンファレンス開催時の記録、また、必要な修正等を加えながら支援チーム一覧として活用していく。

### (2) 様式2【在宅緩和ケア準備期パス】

#### <ご本人・家族の意向確認>

- ・各説明や確認について、実施していれば口内にチェック(レ印)をつけ、誰に行ったか等、必要事項を( )に記入する。
- ・病名及び予後告知については、誰に実施しているのかを口内にチェックし、告知内容と受け止め方を、( )もしくは特記事項の欄に記入する。
- ・在宅療養に関する疑問、不安の訴えが有にチェックされた場合は、( )もしくは特記事項に必要事項を記入する。

#### <疾病管理方針>

- ・主治医に確認の上、該当する口にチェックをする。

#### <疼痛管理・処方>

- ・各項目について、実施または確認できていれば口にチェックし、必要事項は( )に記入する。
- ・疼痛評価指標の活用で有にチェックした場合、( )に指標名を記入する。
- ・鎮痛薬処方内容については、該当する薬剤の( )に商品名と使用量について記入する。  
※鎮痛薬の種類の詳細については、「てびきⅡ-P2~8」参照
- ・鎮痛薬の副作用について有にチェックした場合、症状内容とその対応策の欄  に、具体的な症状と対応策を記入する。
- ・薬剤自己管理能力の確認では、一部補完にチェックした場合、( )に必要な支援内容を記入する。

#### <その他の症状管理>

- ・記載時点で管理が必要な症状について、該当のものにチェックをつける。
- ・チェックがついた症状への処方内容や必要なケア内容を、 に記入する。

#### <処置等の内容>

- ・該当する医療処置にチェックをつける。
- ・チェックがついた医療処置については、該当する別紙①~⑦に、必要な情報を記載して添付するか、合同カンファレンスで別紙内容等を情報提供する。

#### <退院準備・療養生活支援>

- ・各項目について、確認もしくは実施できたら口にチェックする。
- ・家族構成は、右の口内に記入し、同居しているものを  で囲む。

#### <確認事項>

- ・各項目について、該当する状況の口にチェックをし、( )に必要事項を記入もしくは該当項目を○で囲む。
- ・PS (Performance States) は、表1に基づき、該当する状態の口にチェックをする。
- ・寝たきり度は、表2に基づき、該当する状態を○で囲む。

- ・連絡事項の欄は、入院医療機関スタッフから在宅療養支援スタッフへ申し送り（連絡）する内容がある場合に記入する。（※連絡事項等がなければ、特に記入の必要はない）

【表1】PS分類基準

Grade	Performance Status (PS)
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発症前と同等にふるまえる。
1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や坐業はできる。 たとえば軽い家事、事務など
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
3	身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

【表2】寝たきり度分類基準

分類	内容
生活自立	J 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
	1 ・交通機関等を利用して外出する
	2 ・隣近所へなら外出する
準寝たきり	A 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
	1 ・介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
	2 ・外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている。
寝たきり	B 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。
	1 ・車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
	2 ・介助により車椅子に移乗する。
	C 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。
	1 ・自力で寝返りをうつ
	2 ・自力で寝返りもうたない

#### <その他・特記事項>

- ・各項目に記入しきれない内容については、右側や2枚目下にある「特記事項」に記入をする。

#### <担当者名・チェック日>

- ・内容全体の記載漏れ等がないかを確認した年月日と確認者名を記入する。
- ・様式2に関する記載内容と支援関係者で共有することについて、主治医に確認しサインをもらう。

### (3) 様式3(1)~(3)【在宅期（開始期~終末期）】

#### <ご本人・家族の意向確認>

##### \*各期共通\*

- ・各説明や確認について、実施していれば口内にチェックをつける。
- ・在宅療養等に関する不安や在宅支援スタッフに対する要望については、本人と家族それぞれの訴えの有無を確認し、有にチェックした場合、（ ）にその内容を記入する。

##### \*開始期\*

- ・本人、家族の療養生活目標（どのように生活したいか、今したい・大切にしたいこと等）の確認は、本人と家族それぞれに行い、（ ）に内容を記入する。

##### \*安定期\*

- ・在宅療養継続意思の確認については、本人・家族それぞれに行い、該当するものにチェックする。「迷っている」「無」にチェックがつけられた場合は、その理由等を（ ）に記入する。
- ・療養目標や生活満足度を高めるために必要と考えることについて、本人・家族それぞれに確認し、その内容を（ ）に記入する。

#### <疾病管理方針>

- ・主治医に確認の上、該当する口にチェックする。

#### <疼痛管理>

- ・各項目について、実施または確認できていれば、口にチェックをする。
- ・鎮痛薬の副作用について有にチェックした場合、症状内容とその対応策の欄  に、具体的な症状と対応策を記入する。

#### <その他の症状管理>

- ・記載時点で管理が必要な症状について、該当する症状の口をチェックする。
- ・チェックがついた症状への対応策を、「処方・ケア内容」の欄  に記入する。

#### <処置等の内容>

- ・在宅療養の中で実施している医療処置にチェックをつける。
- ・医療処置でのトラブルの有無について該当部分にチェックをつけ、有にチェックした場合は、( ) にトラブルの内容を  にその対応策を記入する。

#### <療養生活支援>

- ・各項目について、確認もしくは実施できたら、口にチェックをする。
- ・( ) には、必要時内容を記入する。

#### <確認事項>

- ・各項目について、該当する状況の口にチェックをし、( ) に必要事項を記入する。
- ・介護負担評価は、支援スタッフが介護者や家族のことば、および状況から判断して記入。有にチェックした場合は、( ) もしくは特記事項の欄にその内容を記入する。
- ・連絡事項の欄は、各支援スタッフ間の申し送り（連絡事項）がある場合に記入する。  
(※連絡事項等がなければ、特に記入の必要はない)

#### <担当者名・チェック日>

- ・カンファレンスの際に記載した場合は、カンファレンス終了時点でコーディネーターが記載内容を確認し、記入月日（カンファレンス開催日）・記入者名を記載する。
- ・カンファレンス開催がなく、コーディネーターが中心となって記入した場合は、確認ができ記入した月日と記入者についてを記入する。

#### <主治医サイン>

- ・様式3の各様式を診療情報提供書として活用する場合には、様式3に関する内容と支援関係者で共有することについて、主治医のサインが必要。

### (4) 様式3(4)【グリーンケア期】

※記入は、患者死亡後、適切と判断される時期に、コーディネーターが家族と面談、各支援スタッフへの連絡等により確認し、記入する。

#### <時期>

- ・患者の旅立ち日とグリーンケアを実施した日が、旅立ち日から何週目にあたるかを記入する。

#### <介護者・ご家族への確認と支援>

- ・各内容について実施できたら口にチェックをつける。

#### <療養生活支援>

- ・各項目について、確認もしくは実施できたら口にチェックをする。

#### <確認事項>

- ・家族の健康問題等の状況について、問題の有無について該当する口にチェックをし、有にチェックをした場合は、問題状況の具体的な内容を( ) もしくは特記事項の欄に記入する。
- ・在宅療養に対する評価については、各項目について該当する口にチェックをし、( ) もしくは特記事項の欄に、具体的な希望内容等を記入する。

様式1

福島県県北地域在宅緩和ケア地域連携パス ID( )

基本情報	患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		生年月日	M	T	S	H	
	住所						電話番号					
	主介護者名(続柄)		連絡先①				連絡先②					
	診断名			診断年月日				医療保険種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 後高	
	既往歴 家族歴											
	入院目的 (症状・検査等)											
	入院年月日			退院予定日				退院日				
	病院名			科名(病棟)					退院前	在	宅	
入院機関	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											
	退院調整担当者					連絡先						
在宅ケアチーム	診療所		主治医			連絡先						
	調剤薬局		担当者			連絡先						
	訪問看護		担当者			連絡先						
	事業所等		ケアマネジャー			連絡先						
						連絡先						
						連絡先						
						連絡先						
	患者・家族等					連絡先						
在宅ケア調整担当者(コーディネーター)			所属				連絡先	※参加者はサインを入れてください。				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 本人・家族の希望する療養場所についての確認					確認年月日						
	→ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( )											
緊急時連絡先			→				→					

記載日 記載者

※在宅での療養生活で何かお困りのこと、相談したいこと等がある場合は・・・

まず( ) 電話: ( )にご連絡ください。





## ①点滴

### 1 使用薬剤

- 輸液基剤 ( )
- 注射薬 ( )
- その他 ( )

### 2 必要医療機材

- 注射針 ( )
- 輸液セット ( )
- ポンプ (設定速度: mL/時 )
- その他 ( )

### 3 必要衛生材料

- 消毒薬 (薬品名: mL)
- カット綿 ( )
- 絆創膏 ( )
- その他 ( )

### 4 家族指導の状況


- 無
- 有 
  - 誰に( )
  - 内容( )

### 5 自己(家族)管理能力


- 自己管理できる ( )
- 一部介助が必要 ( )
- 全面介助 ( )

6 その他、必要事項等(退院時持ち帰る物品など含む)があれば、以下に記入ください。

## ②IVH

- 1 使用薬剤（提供機関： \_\_\_\_\_ ）
- 輸液基剤（ \_\_\_\_\_ ）
  - 抗凝固剤（ \_\_\_\_\_ ）
  - ビタミン剤（ \_\_\_\_\_ ）
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 2 投入方法
- 持続
  - 間久（ \_\_\_\_\_ 時間／日、他 \_\_\_\_\_ ）・注入速度（ \_\_\_\_\_ ml／時間）
- 3 必要医療機材
- 輸液回路（ \_\_\_\_\_ セット）
  - インジェクションプラグ（ \_\_\_\_\_ 個）
  - 注射針（ \_\_\_\_\_ 本）
  - 注射器（ \_\_\_\_\_ 本）
  - ヒューバー針（ \_\_\_\_\_ 本）
  - フィルター（ \_\_\_\_\_ ）
  - 輸液ポンプ（設定速度： \_\_\_\_\_ ml／時）
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 必要衛生材料
- 消毒薬（薬品名： \_\_\_\_\_ ml）
  - 滅菌綿棒（ \_\_\_\_\_ 本）
  - 滅菌ガーゼ（ \_\_\_\_\_ 枚 × \_\_\_\_\_ パック）
  - その他（ \_\_\_\_\_ 本）
  - 絆創膏（ \_\_\_\_\_ 個）
- 5 家族指導の状況
- 無
  - 有  誰に（ \_\_\_\_\_ ）  
内容（ \_\_\_\_\_ ）
- 6 自己(家族)管理能力
- 自己管理できる（ \_\_\_\_\_ ）
  - 一部介助が必要（ \_\_\_\_\_ ）
  - 全面介助（ \_\_\_\_\_ ）
- 7 その他、必要事項等（退院時持ち帰る物品など含む）があれば、以下に記入ください。

### ③経管栄養

- 1 使用栄養剤（提供機関： \_\_\_\_\_ ）
- 栄養剤名（ \_\_\_\_\_ ）
    - ・ 注入回数（ \_\_\_\_\_ ）
    - ・ 注入量（ \_\_\_\_\_ ）
    - ・ 1回の注入時間（ \_\_\_\_\_ ）
  - その他：水分などの注入量（ \_\_\_\_\_ ）
- 2 投入方法と交換頻度
- 経鼻（ \_\_\_\_\_ ）／日 毎交換
  - 胃ろう（ \_\_\_\_\_ ）／日 毎交換
- 3 必要医療機材
- カテーテル（種類： \_\_\_\_\_ 太さ： \_\_\_\_\_ Fr）
  - イルリガート（ \_\_\_\_\_ ）  注射器（ \_\_\_\_\_ 本）
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 必要衛生材料があれば記入ください。
- 5 家族指導の状況
- 無
  - 有  誰に（ \_\_\_\_\_ ）  
内容（ \_\_\_\_\_ ）
- 6 自己(家族)管理能力
- 自己管理できる（ \_\_\_\_\_ ）
  - 一部介助が必要（ \_\_\_\_\_ ）
  - 全面介助（ \_\_\_\_\_ ）
- 7 その他、必要事項等(退院時持ち帰る物品など含む)があれば、以下に記入ください。

## ④HOT

### 1 酸素投与方法

- 持続 ( ) L/分 )
- 間欠 ( ) L/分、 時間/1日 動作時 睡眠時 他 ( )
- その他 ( )

### 2 必要医療材料

### 3 担当業者について

- 業者名 ( )
- 業者連絡先 ( )

### 4 家族指導の状況

- 無
- 有  誰に ( )
- 内容 ( )

### 5 自己(家族)管理能力

- 自己管理できる ( )
- 一部介助が必要 ( )
- 全面介助 ( )

6 その他、必要事項等(退院時持ち帰る物品など含む)があれば、以下に記入ください。



## ⑥膀胱留置カテーテル


### 1 必要医療機材

- 尿道カテーテル (種類: \_\_\_\_\_ 太さ: Fr 交換頻度: 回/\_\_\_\_\_)  
 蓄尿袋 ( \_\_\_\_\_ 個)  
 注射器 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 2 必要衛生材料

- 滅菌綿棒 ( \_\_\_\_\_ 本)       絆創膏 ( \_\_\_\_\_ 個)  
 消毒薬 (薬品名: \_\_\_\_\_ ml)  
 潤滑材 (薬品名: \_\_\_\_\_ 本)  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3 家族指導の状況

- 無  
 有 

### 4 自己(家族)管理能力

- 自己管理できる ( \_\_\_\_\_ )  
 一部介助が必要 ( \_\_\_\_\_ )  
 全面介助 ( \_\_\_\_\_ )

5 その他、必要事項等(退院時持ち帰る物品など含む)があれば、以下に記入ください。

## ⑦褥創管理

### 1 褥創部位

部位( )

### 2 使用薬剤

- 軟膏 (薬品名: ) 頻度: )
- ドレッシング (薬品名: ) 頻度: )
- その他 ( )

### 3 必要衛生材料

- 消毒薬 (薬品名: ) ml 本)
- 滅菌ガーゼ ( )
- 固定用フィルム ( )
- 絆創膏 ( )
- その他 ( )

### 4 家族指導の状況

- 無
- 有 

### 5 自己(家族)管理能力

- 自己管理できる ( )
- 一部介助が必要 ( )
- 全面介助 ( )

6 その他、必要事項等(退院時持ち帰る物品など含む)があれば、以下に記入ください。

## 福島県県北地域在宅ケア地域連携パス【患者様・ご家族用】に関するご説明

ID \_\_\_\_\_

様 \_\_\_\_\_

この在宅ケア地域連携パスは、患者様やご家族が、病院から在宅での療養に無理なくスムーズに移行されるために、また、安心できる環境の中で、「こんなふうにご過ごしたい」を大切に在宅療養生活を実現するために、ご本人・ご家族、支援スタッフがともに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、患者様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御活用ください。

患者様やご家族が、支援スタッフから説明や指導をお受けになる時、また、受けた後などに、説明や指導事項等がご了解いただけただけの場合には○をつけ、疑問や不安が残り、もう一度説明を受けたい、まだ説明を受けていないなどがある場合には空欄にしておき、それを支援スタッフに申し出ていただけたらと思います。

在宅療養に対する希望や疑問は、患者様の状態やご家庭の状況等によりそれぞれ違いもあるかと思しますので、不安や疑問などは遠慮なく支援スタッフにお話しいただき、一緒に安心・満足できる在宅療養生活の実現を目指していきましょう。

### 【記入例】

前に痛みの評価・記録方法についてきいたけど、先生が往診する時だけつければよいのかな？ もう一度聞いておきたいな…  
※空欄にして、支援スタッフへ。

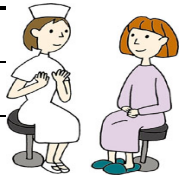
療養場所	病院（退院日まで）			
達成目標	退院に向けた準備ができる。			
	確認	ご本人・ご家族が行うこと	確認	入院医療機関スタッフが行うこと
痛みなどの 症状対策		・今後、症状が変わるかもしれません。痛みやつらいと感じる症状は我慢せずに、主治医や看護師に、痛い(つらい)ところやどのよう痛み(つらさ)が正確に伝えましょう。	○	・痛みやつらいと感じる症状をとるための治療(薬物療法など)やケアを継続して行います。
		・痛みの評価法や記録法についての疑問等は、看護師や薬剤師等に伝え、確認しておきましょう。	○	・看護師や薬剤師などが、痛みやつらさの評価・記録方法についてご説明します。
		・便秘、吐き気、めまいなど、お困りの症状等がある場合には、主治医や看護師にすぐに伝えましょう。	○	・ご本人の訴えや状況を確認しながら、鎮痛薬の副作用(便秘・めまい・吐き気等)予防や軽減のためのお薬の処方やケアを行います。
		・退院にあたって、お薬に関する疑問や不安な点があれば、看護師や薬剤師に相談しましょう。	○	・退院後のお薬の内容、服用方法、管理方法について、薬剤師や看護師から説明をします。
		・不明・不安な点は、随時また退院前の地域スタッフとの面接やカンファレンスなどを利用し、納得ゆくまで確認しましょう。	○	・退院前に、地域の主治医や支援スタッフに、痛みやつらいと感じている症状の治療やケアの内容と方法について、連絡と調整をします。


### メモ・自由記載欄

痛みの記録は、いつ、何に書いておいたらよいのか？  
家に戻ったら、いつ、誰に痛みの状態を伝えるのか？往診の時だけで

退院後は診療所の先生が、病院にいる時と同じように痛みなどの症状に対応してくれることがわかった。

療養場所		病院（退院日まで）	
達成目標		退院に向けた準備ができる。	
	確認	ご本人・ご家族が行うこと	確認 入院医療機関スタッフが行うこと
説明と確認		<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気のことで心配なこと、医師や看護師から聞きたいことがあれば、遠慮なくその内容を伝えましょう。また、納得ゆくまで確認しましょう。</li> <li>・病状や治療方法等の説明を受ける際は、家族の方も一緒に受けましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院主治医が、現在と今後予想される病状・治療方法について説明します。</li> <li>・看護師やソーシャルワーカーが、在宅で利用できる医療・福祉サービスなどについて説明をします。</li> </ul>
	病気の治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療や療養方法等の希望があれば遠慮なく考えを伝えましょう。希望する往診医師や訪問看護ステーションなどがある場合は申し出てください。</li> <li>・どのような場合に入院したいと考えているか等、要望や確認したいことなどあれば遠慮なく伝えましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院主治医（スタッフ）が、退院後の治療方法について、説明をし、ご本人・ご家族の希望を確認し、地域の主治医と調整していきます。</li> <li>・ご本人・ご家族の希望を基に、病院と在宅スタッフで、再入院が必要になった場合の受入病院について確保確認し、ご説明します。</li> </ul>
痛みなどの症状対策		<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、症状が変わるかもしれません。痛みやつらいと感じる症状は我慢せずに、主治医や看護師に、痛い（つらい）ところやどのような痛み（つらさ）か正確に伝えましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みやつらいと感じる症状をとるための治療（薬物療法など）やケアを継続して行います。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みの評価法や記録法についての疑問等は、看護師や薬剤師等に伝え、確認しておきましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師や薬剤師などが、痛みやつらさの評価・記録方法についてご説明します。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・便秘、吐き気、めまいなど、お困りの症状等がある場合には、主治医や看護師にすぐに伝えましょう。</li> <li>・退院にあたって、お薬に関する疑問や不安な点があれば、看護師や薬剤師に相談しましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人の訴えや状況を確認しながら、鎮痛薬の副作用（便秘・めまい・吐き気等）予防や軽減のためのお薬の処方やケアを行います。</li> <li>・退院後のお薬の内容、服用方法、管理方法について、薬剤師や看護師から説明をします。</li> </ul>
処置等の内容		<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅で行う処置の内容や方法について確認しましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご自宅で行う処置への対応方法について、介護される方やご家族に説明します。</li> </ul>
退院準備 療養生活 支援		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人やご家族が、退院後「どんな生活を送りたいか」や「どんなことが不安か」などを、退院調整担当者や看護師に伝えましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整担当者が、ご本人やご家族の希望や不安に応じ、在宅療養を支援するスタッフ（地域主治医・訪問看護師・薬局・ケアマネジャーなど）を調整し、決定します。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養を支援するスタッフ（地域主治医・訪問看護師・薬局・ケアマネジャーなど）に対する希望があれば、退院調整者に申し出ましょう。</li> <li>・在宅療養を支援するスタッフとのカンファレンスなどに積極的に参加し、在宅での療養生活に向けた準備をスタッフと一緒に進めていきましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人やご家族の希望を確認しながら、在宅療養支援スタッフとともに、①退院方法や予定日、②緊急時の連絡体制、③利用するサービス内容、各スタッフがどんな支援をしていくのかなどを決定していきます。</li> </ul>
メモ・自由記載欄			
説明日： / /		説明者： 患者様サイン	



療養場所	自宅等
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みなどのつらさが、治療等によりコントロールされている。</li> <li>・ご本人やご家族の状況に応じ、必要な在宅サービス等が受けられ、安心して在宅療養を継続できる。</li> <li>・「こんなことがしたい」「こんなふうに過ごしたい」を大切に時間を過ごせる。</li> </ul> 

	確認 ご本人・ご家族が行うこと	確認 宅療養支援スタッフが行うこと
説明と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気のことで心配なこと、医師や看護師から聞きたいことがあれば、遠慮なくその内容を伝えましょう。</li> <li>・病状や治療方針等の説明を受ける際は、家族の方も一緒に受けましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域主治医が、ご本人の身体状況、治療方針、療養にあたっての注意点等を説明します。</li> <li>・予め病状や治療方針などを説明する際に、どなたに説明をすればよいか(希望)を確認します。</li> </ul>
病気の治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療や療養方法等の希望があれば遠慮なく考えを伝えましょう。</li> <li>・体調の変化があれば、小さなことでも主治医や看護師に相談しましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域主治医や看護師等が定期的な訪問(往診・訪問看護)を行い、ご本人の身体状況や要望を確認しながら、必要な治療や検査を行います。</li> <li>・体調変化の原因や対応方法等を説明するとともに、本人・ご家族の希望を確認しながら必要な支援を行います。</li> </ul>
痛みなどの症状対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院へ入院しての療養を希望される場合は、主治医や看護師に伝えましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人やご家族が入院を希望される理由や状況を確認し、必要に応じて入院の調整をとります。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みや状態やつらいと感じる症状は、往診や訪問看護の際に、できるだけ正確に主治医や看護師に伝えましょう。入院中に実施していた痛みの評価法や記録法があれば、それを継続しましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院していた病院での痛みやつらさの評価方法などを活用し、往診や訪問看護の際に、痛みや症状の確認をしていきます。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的に服用を指示された薬は、痛みがなくても、時間と量を守ってきちんと飲みましょう。</li> <li>・突然の痛みに対しての頓服用の薬がある場合は、指示のあった内容・量・方法を守って服用しましょう。なお、その服用の回数は記録し、主治医や看護師に報告しましょう。</li> <li>・便秘・めまい・吐き気・眠気等、薬の副作用でお困りのことがある場合は、主治医や看護師、薬剤師などに申し出ましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医や看護師等が定期的な往診や訪問看護を行い、痛みや症状をやわらげるための治療(薬物療養など)やケアを継続して行います。</li> <li>・痛みや状態に応じて、頓服薬の処方なども行います。</li> </ul>
処置等の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処置の内容や方法などについて、不明・不安な点がある場合、ご本人やご家族に希望内容などがある場合には、主治医や看護師に相談しましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体調の変化に応じながら、主治医や看護師が必要な処置などを実施していきます。</li> </ul>
療養生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養生活や介護される中で、不自由や不安なことがある場合は、ケア調整担当者に相談しましょう。</li> <li>・ご本人やご家族が、「どんな生活を送りたいか」や「どんな支援を受けたいのか」などを、支援スタッフに伝えましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ、ケアマネージャーやケア調整担当者が、利用できるサービス(医療サービス、介護・福祉サービスなど)の提案と調整をします。</li> </ul>

メモ・自由記載欄



説明日:     /     /

説明者:

患者様サイン