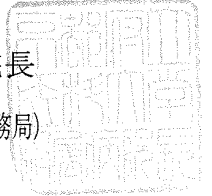


平成25年5月20日

社団法人 京都私立病院協会 会長 様

京都府立医科大学附属病院 病院長

(京都府がん医療戦略推進会議緩和ケア部会 事務局)



京都府における緩和ケアの地域連携パスの作成について

平素はがん対策に格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、京都府では、がん医療水準の向上や、がん診療に係る連携協力体制等を話し合うため、がん診療連携拠点病院等で構成する「がん医療戦略推進会議」を設置しており、本学附属病院は推進会議の「緩和ケア部会」の事務局として、緩和ケアの知識の普及や提供体制の整備促進を図るための協議や取組を進めております。

この度、上記の取組の一つとして、緩和ケアの必要な患者・御家族が安心して転院や在宅療養に移行できるよう、緩和ケアに係る地域連携パス（紹介時に必要な情報が盛り込まれたシート）を作成することとし、様式等を取りまとめましたので、お知らせします。

今後は、本様式をがん診療連携拠点病院等から転院されたり、在宅医療に移行されたりする患者さんに利用しながら、可能であれば、京都府内での一定の統一様式として推奨していきたいと考えておりますが、貴会におかれましては、本パスの普及・運営に今後とも御協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

また、本パスの普及に当たりましては、別添のとおり周知を図ることとしており、特に、関係者向けの説明会を開催することとしております。

御多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本説明会について、貴会会報に掲載いただく等の御協力をいただければ幸いに存じます。

お忙しいところ大変恐縮ですが、今後とも本会に貴会の御指導・御協力を賜りますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

記

1 参考資料

(1) 京都府緩和ケア地域連携パス 書類一式

① 京都府緩和ケア地域連携パス 概要説明書

② 様式

a) 緩和ケア地域連携パス (医療者用)

b) 緩和ケア地域連携パス (ご本人・ご家族用：緩和ケア病棟・ホスピス用)

c) 緩和ケア地域連携パス (ご本人・ご家族用：在宅用)

d) 説明書・同意書

(2) 京都府緩和ケア地域連携パスの作成経過と普及方法について

2 京都府における緩和ケアの地域連携パスに係る説明会の開催について

(1) 開催予定

	日 時	会 場
南部会場	H25. 7. 4 (木) 14:00～16:00	京都府医師会館 (京都市)
北部会場	H25. 7. 6 (土) 16:00～18:00	サンプラザ万助 (福知山市)

(2) 内容

- ・ 緩和ケア地域連携パス作成の趣旨説明
 - ・ パスの記載方法、使い方説明
 - ・ 質問受け付け
- 等

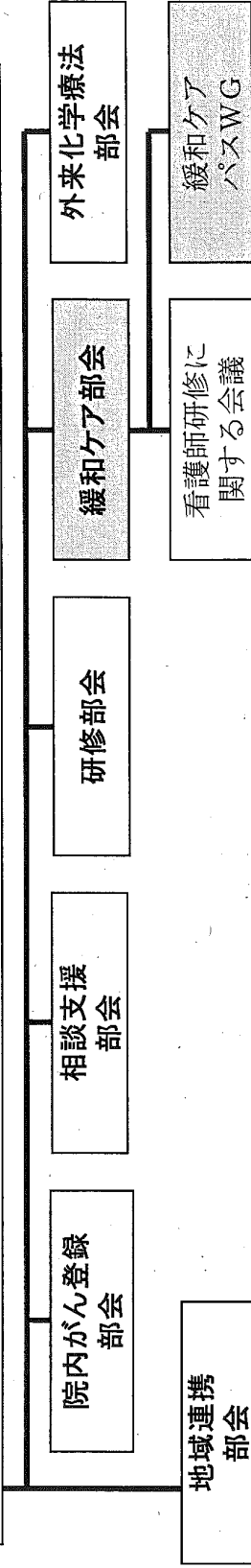
(3) 事前申し込み

不要

問い合わせ先：病院管理課 中村
電 話：075-251-5233 (直通)
FAX：075-251-5356
E-Mail：m-nakamura13@mail.pref.kyoto.jp

京都府がん医療戦略推進会議等について

京都府がん医療戦略推進会議 〔 京都府がん対策推進条例 第9条第2項 〕
議題 ○がん医療水準の向上方策 ○関係機関の間の連携方針 構成員 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、京都府がん診療連携病院、 京都府医師会、京都府病院協会、京都私立病院協会



緩和ケア部会 緩和ケアパスワーキンググループ
議題 緩和ケアの病診連携・病病連携推進のため、誰にでもわかりやすく 情報共有ができる地域連携パス(情報共有シート)を作成。
構成員 がん診療連携拠点病院、京都府がん診療連携病院 京都府医師会、京都府病院協会、京都私立病院協会 緩和ケア病棟設置施設、在宅緩和ケア従事医師、京都府

緩和ケア地域連携パスの作成経過と普及方法について

1 趣旨

- 緩和ケアの病診連携・病病連携推進のため、誰にでもわかりやすく情報共有ができる地域連携パス（情報共有シート）を作成する。
- 情報の多すぎ、少なすぎを解消し、なるべく手軽に情報共有できるような項目、様式とする。
- 地域連携パスの様式が施設により異なるのは、連携先医療機関にとって負担となるため、京都府内での統一様式を検討し、推奨していく

2 作成経過等

作成経過	備 考
第1回WG (H24. 7. 3)	素案検討
第2回WG (H24.10. 1)	修正案確認
第3回WG (H24.11.26)	修正案確認
関係者の意見聴取(H24.12月～1月)	看護協会、薬剤師会、介護支援専門員会に文書照会
第4回WG(H25. 2.26)	修正案確認、普及方法の確認

3 普及方法

(1) 方向性

- ・まずは、本WG参加施設及び拠点・連携・推進病院で発行・使用する
- ・その他の医療機関でも使用されるよう、周知を図る

(2) 周知方法

①正式文書による通知・別添（案）参照

送付先	医師会、看護協会、薬剤師会、介護支援専門員会 京都府病院協会、京都私立病院協会 がん診療連携拠点病院、京都府がん診療連携病院・推進病院 緩和ケア病棟設置施設
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------

②京都府ホームページでの公表

③説明会の開催

a)開催予定

	日 時	会 場
南部会場	H25. 7. 4 (木) 14:00～16:00	京都府医師会館（京都市）
北部会場	H25. 7. 6 (土) 16:00～18:00	サンプラザ万助（福知山市）

b)広 報：上記送付先へ通知、会報掲載等依頼

c)説 明 内 容：緩和ケア地域連携パス作成の趣旨説明

パスの記載方法、使い方説明

質問受け付け

等

京都府緩和ケア地域連携パス

概要説明書

平成25年4月

京都府がん医療戦略推進会議 緩和ケア部会

<項目>

- 1 京都府緩和ケア地域連携パスの目的
- 2 対象
- 3 パスの様式と用途
- 4 想定されるパスの運用方法
- 5 その他留意事項
- 6 パスの様式・運用方法に関する御意見について
- 7 様式
 - (1) 緩和ケア地域連携パス（医療者用）
 - (2) 緩和ケア地域連携パス（ご本人・ご家族用：緩和ケア病棟・ホスピス用）
 - (3) 緩和ケア地域連携パス（ご本人・ご家族用：在宅用）
 - (4) 緩和ケア地域連携パス使用に係る説明書・同意書

1 京都府緩和ケア地域連携パスの目的

緩和ケアを必要とする患者・家族が安心して転院したり、在宅療養に移行したりできるよう、ケア（医療を含む）の連続性と効率性・質を確保するためのツールとして、誰にでもわかりやすく情報共有ができる「地域連携パス」（紹介時に必要な情報が記載できるシート）を作成・運用する。

2 対象

- (1) 緩和ケア病棟やホスピス等緩和ケアを中心とする医療機関への転院を希望しているがん患者・ご家族
- (2) 在宅での療養（在宅緩和ケア）を希望しているがん患者・ご家族
- (3) 緩和ケアについて説明を受け、理解しているがん患者・ご家族

[対象外]

- ご本人、ご家族が一般病棟等での治療を希望している。
- ご本人とご家族双方に対し、現在の病状（病名・予後）の説明が未実施である
- ご本人とご家族双方とも、現在の病状（病名・予後）について理解が不十分である。

3 パスの様式と目的

様式		目的	想定される記載者（※）
緩和ケア地域連携パス （医療者用）		緩和ケア病棟やホスピス、在宅療養に移行する際の情報共有に使用	紹介元の主治医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー
緩和ケア地域 連携パス （ご本人・ご家族用）	緩和ケア病棟 ホスピス用	緩和ケア病棟やホスピス、在宅療養に移行する際、患者・ご家族が主体的に取り組み、安心して新たな療養先での療養に移行できる	患者・ご家族 ※患者・ご家族による記載が困難な場合は、紹介元の医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー代筆可
	在宅用		

※「想定される記載者」は一例であり、メディカルクラークが記載する等、各施設で運用しやすいよう記載者を決めていただいで差し支えない。

4 想定されるパスの運用手順

- (1) ご本人の療養場所についての希望・目標の確認
 - 転院・在宅療養への移行を希望される場合、パスを使用し情報提供することに関する同意を得る。
 - 医療者パスと同意書をカルテとして保管する。
- (2) 院内カンファレンスの実施
- (3) 紹介先（転院先又は、在宅医・訪問看護・ケアマネジャー等）の決定
 - 紹介先を探す際に連携パス等を活用
- (4) 退院前カンファレンスの実施
- (5) 紹介先へ連携パス等を送付

5 その他留意事項

- (1) 診療情報提供書・看護サマリー等との関係
 - 「京都府緩和ケア地域連携パス」は、緩和ケアが必要な患者さんを紹介する際に必要な情報をとりまとめたものであり、紹介の際、診療情報提供書・看護サマリーになりうるものとして作成されている。
- (2) 緩和ケアと併行して治療を行う患者への適用
 - 本様式は、緩和ケアに関する診療情報をとりまとめたものであり、治療を継続する患者さんを紹介する場合の情報提供を想定しているものではない。
 - 緩和ケアと併行して治療を継続する患者さんを紹介する場合は、その他の様式で治療に関する診療情報を共有するなどの対応をお願いします。
- (3) 情報提供の方法
 - 情報提供は、紹介先へ本パスを紙媒体で送付することを想定しているが、各施設で運用しやすいような方法を採用していただいで差し支えない。
 - 当面は紙媒体、またはExcelファイルにより情報提供を行うこととする。

6 パスの様式・運用方法に関する御意見について

この地域連携パスは定期的に改定を行いたいと考えますので、改善点や御意見等をぜひ御連絡いただきますようお願い申し上げます。

(連絡先)

京都府健康対策課 がん対策担当

郵 送：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

F A X：075-431-3970

E-mail：kentai@pref.kyoto.lg.jp

先生御机下

作成年月日

年 月 日

患者基本情報	フリガナ氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家族構成	
	生年月日	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 同居
	住所					<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 同居
	TEL					<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居
	キーパーソン	氏名	続柄	TEL		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 居住市町村:				<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
	緊急連絡先①	氏名	続柄	TEL		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
	居住市町村:				<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居	
緊急連絡先②	氏名	続柄	TEL		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居	
	居住市町村:				<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居	
紹介元医療機関	施設名			医師名		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
	所在地			看護師名		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
	TEL			FAX		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同居
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅: 関係() <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入院待機 (入院予定日 / 頃) <input type="checkbox"/> 施設入所中: 施設名等() ※ 緩和ケアチーム介入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
	<input type="checkbox"/> 入院継続 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通院と在宅の併用 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> その他 ※ バックベットの確保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
						<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
						<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
診療情報	診断名					<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
	確定診断日	年	月	日		<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
	転移の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:		<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
	既往歴	歳	歳			<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
		歳	歳			<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
	臨床的予後予測	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 2ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位				<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居
今後起こりうる症状					<input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 同居	
治療歴	主疾患に対する手術	年 月 日				
		術式				
	放射線治療	年 月 日 ~ 年 月 日				
		<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中				
		部位	線量	Gy		
化学療法	<input type="checkbox"/> 過去に実施 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無					
	主な抗がん剤:					
免疫療法	<input type="checkbox"/> 過去に実施 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無					
その他						
紹介目的(複数可)	<input type="checkbox"/> 痛みや不快症状の緩和 <input type="checkbox"/> 家族のレスパイト <input type="checkbox"/> 本人のレスパイト <input type="checkbox"/> 最終療養先として <input type="checkbox"/> 最終療養先を決めるまで <input type="checkbox"/> その他					
現病歴						

処方	<経口>	<非経口>	<持続注入>		
	禁忌薬・注意すべき薬剤	使用できない造影剤など			
身体症状	1. 痛み	部位	NRS () VAS () フェイススケール()		
		部位	NRS () VAS () フェイススケール()		
		部位	NRS () VAS () フェイススケール()		
	2. 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	4. 発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	5. 口渇	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
	10. イレウス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	11. 浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:			
	12. 便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
	13. 尿閉・失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			
14. 褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:				
15. その他					
精神症状	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症				
活動	P S	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
説明		患者		家族	
		説明日		説明日	
	病名について	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明
	病状について	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明
	予後について	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明
	紹介先について	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明
がんの積極的治療は行わないことについて	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	
苦痛緩和の治療が中心となることについて	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	<input type="checkbox"/> 説明済 /	<input type="checkbox"/> 未説明	
特記事項	職業や家族歴、検査結果等について、特記事項があれば記載して下さい				

A D L 状 況	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 抱っこ			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可			
		※ 食事内容	<input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> 粥 ()分粥 <input type="checkbox"/> とうもろこし <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 流動注入食 <input type="checkbox"/> その他		
	口腔内保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 機械浴				
会 話	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> 不能 (<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 指さし <input type="checkbox"/> うなづき <input type="checkbox"/> 手話) <input type="checkbox"/> 認知障害のため不可				
チ ュ ー ブ 類	DIVライン	G 部位:	留置日: /	家族指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誰に:	
	CVライン	Fr 部位:	留置日: /	家族指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誰に:	
	CVポート	Fr 部位:	留置日: /	家族指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誰に:	
	胃管・胃瘻・ イレウス管	<input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> イレウス管		目的:	<input type="checkbox"/> 栄養・水分補給 <input type="checkbox"/> 減圧
		Fr 最終交換日: /			
	バルンカテーテル	Fr 最終交換日: /			
	ストーマ(便)	種類:	交換間隔: 日毎	ケア実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療従事者	
		術式:		製 品 名:	
	ストーマ(尿)	種類:	交換間隔: 日毎	ケア実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療従事者	
		術式:		製 品 名:	
	自己導尿	ケア実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療従事者			
	持続硬膜外・皮下・くも膜下	<input type="checkbox"/> 硬膜外 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> くも膜下			
		部位:	留置日: /		
	気管カニューレ	種類:	サイズ:	交換間隔	日毎
腎盂カテーテル	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左右	Fr 最終交換日	/	次回交換予定日 /	
PTCDチューブ	留置日: /				
酸素	L %	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> リザーバー			
吸引	実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療従事者				
その他					
最 終 の 希 望	本人	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 緩和ケア専門施設 <input type="checkbox"/> 元の医療機関ほか <input type="checkbox"/> 未定			
	家族	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 緩和ケア専門施設 <input type="checkbox"/> 元の医療機関ほか <input type="checkbox"/> 未定			
そ の 他	療養に関する希望・気がかりなど <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 経過のこと <input type="checkbox"/> 治療のこと <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> その他				
療 養 支 援 体 制	介護保険	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不要			
		認定済 介護度: <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
		担当ケアマネ名:			
		事業所名		TEL:	
		利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他		
身 体 障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中				
	認定済: 級 (<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語)				
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	事業所名: 担当看護師名:		かかりつけ薬局	薬局名: 担当薬剤師名:	

緩和ケア地域連携パス 緩和ケア病棟・ホスピス（ご本人 ご家族用）

目標	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の希望を大切にしたい時間が過ごせる <input type="checkbox"/> 安心して転院・退院の準備ができる
----	------------------------------------------------------------------------------------------------

	✓ ご本人、ご家族が行うこと		✓ 医療者が行うこと	
説明について	<input type="checkbox"/>	気がかりなことを看護師や医師に聞いて確認しましょう	<input type="checkbox"/>	医師が現状、今後起こりうる症状について、治療についてお話しします
	<input type="checkbox"/>	病気や治療のことで説明を受ける時にはご家族も一緒に聞きましょう	<input type="checkbox"/>	医師からの説明について、分からないことや気がかりはないか、看護師がお伺いします
	<input type="checkbox"/>	治療についての希望があれば医師や看護師に遠慮なく伝えましょう	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
転院について	<input type="checkbox"/>	転院先について看護師、医師や、転院についての担当者から情報を集めましょう	<input type="checkbox"/>	転院について窓口になる担当者が決定し、医師、看護師と情報を共有し、安心して転院できるようチームを作ります
	<input type="checkbox"/>	転院先がどんなところか見学に行くときは予約が必要です 転院についての担当者に申し出ましょう	<input type="checkbox"/>	転院の担当者が、転院先の担当者と連携し、面談や予約、転院の日程を調整します
	<input type="checkbox"/>	転院先に受診する日を担当者と相談し予約を取りましょう	<input type="checkbox"/>	これからの希望や気がかりがあれば、双方の医療チームで連携して対応します
	<input type="checkbox"/>	受診の時には、ご本人やご家族が「どんな生活を送りたいか」「どんなことが不安か」を担当者に伝えましょう	<input type="checkbox"/>	緩和ケア病棟・ホスピスの機能、特長について説明します
	<input type="checkbox"/>	転院先を決めたら看護師や医師に伝えましょう	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
病気や症状について	<input type="checkbox"/>	痛みがある場合は、定期的に使う薬や痛みが強い時の対処方法について、確認しておきましょう	<input type="checkbox"/>	痛みやつらいと感じる症状を和らげるための治療やケアを行います
	<input type="checkbox"/>	つらい症状、気になる症状があれば、どのような症状でも看護師や医師にすぐに伝えましょう	<input type="checkbox"/>	痛みの状況を確認しながら鎮痛薬の副作用予防やお薬の処方、ケアを行います
	<input type="checkbox"/>	今後、起こりうる症状と対処について聞いておきましょう	<input type="checkbox"/>	お薬の内容、服用方法などについて薬剤師が説明します
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
メモ				

緩和ケア地域連携パス 在宅（ご本人・ご家族用）

<input type="checkbox"/> ご本人やご家族の状況に応じた、在宅サービスが整い、安心して在宅療養に移行できる <input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の希望を大切にしたい時間を過ごせる		
	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人、ご家族が行うこと	<input checked="" type="checkbox"/> 医療者が行うこと
説明について	<input type="checkbox"/> 気がかりなことを看護師や医師に聞いて確認しましょう	<input type="checkbox"/> 医師が現状、今後起こりうる症状について、治療についてお話しします
	<input type="checkbox"/> 病気や治療のことで説明を受ける時にはご家族も一緒に聞きましょう	<input type="checkbox"/> 医師からの説明について、分からないことや気がかりはないか、看護師がお伺いします
	<input type="checkbox"/> 治療についての希望があれば医師や看護師に遠慮なく伝えましょう	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院について	<input type="checkbox"/> 在宅医や訪問看護ステーションについて看護師や医師、退院調整担当者等から情報を集めましょう	<input type="checkbox"/> 退院について窓口になる担当者が決定し、医師、看護師と情報を共有し、安心して在宅療養できるようチームを作ります
	<input type="checkbox"/> 在宅医や訪問看護ステーションと面談の時には、ご本人やご家族が「どんな生活を送りたいか」「どんなことが不安か」を伝えましょう	<input type="checkbox"/> 退院までに、在宅のチームとの面談を行うために日程を調整します
	<input type="checkbox"/> かかりつけの薬局はどこか、担当薬剤師はいるか、確認しておきましょう	<input type="checkbox"/> 療養についての希望や気がかりについて、病院の医師や看護師、在宅のチームがうかがいます
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気や症状について	<input type="checkbox"/> 痛みがある場合は、定期的に使う薬や痛みが強い時の対処方法について、確認しておきましょう	<input type="checkbox"/> 痛みやつらいと感じる症状を和らげるための治療やケアを行います
	<input type="checkbox"/> つらい症状、気になる症状があれば、どのような症状でも看護師や医師にすぐに伝えましょう	<input type="checkbox"/> 痛みの状況を確認しながら鎮痛薬の副作用予防やお薬の処方、ケアを行います
	<input type="checkbox"/> 今後、起こりうる症状と対処について聞いておきましょう	<input type="checkbox"/> お薬の内容、服用方法などについて薬剤師が説明します
	<input type="checkbox"/> 自宅で行う処置や対処方法などについて聞いておきましょう	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ	在宅医： 訪問看護： ケアマネ： かかりつけ薬局： 介護認定：	

緩和ケア地域連携パス使用に係る説明書・同意書

平成 年 月 日

説明者（医師） 病院 科（ ）

私は、患者さんの緩和ケア地域連携パスを活用した支援について、下表の如く説明いたしました。

1. 目的	当院では、緩和ケアを必要とする患者さん・ご家族が安心して転院したり、在宅療養に移行したりできるよう、「緩和ケア地域連携パス」を活用しています。 この「連携パス」を用いて地域の病院や診療所と情報を共有し、退院後も、引き続き質の高い緩和ケアを提供していきます。
2. 方法	当院から、転院先の病院や、かかりつけの医療機関に患者さんの情報をお伝えし、診察を続けて参ります。
3. 期待されること	患者さんを診察する上で必要な情報を転院先やかかりつけの医療機関にお伝えすることで、連続性を持った診察や緩和ケアの提供が可能となります。
4. 質問の自由	ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談下さい。

私は、緩和ケア地域連携パスを活用した支援を受けることに

- 同意します
 同意しません

平成 年 月 日

患者氏名（ ）
家族等氏名（ ） 続柄（ ）