

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ー1「スタッフ用 ー在宅開始期ー」	12
(4)	様式3ー2「スタッフ用 ー在宅安定期ー」	13
(5)	様式3ー3「スタッフ用 ー在宅終末期ー」	14
(6)	様式3ー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"> 「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」 患者基本情報と支援関係者の情報を集約したもの。
様式2 「退院準備期」	<ul style="list-style-type: none"> 「患者家族が安心して円滑に在宅移行できること」 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。
様式4(1) 「病院入院中」	<ul style="list-style-type: none"> 「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」 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。
様式4(2) 「在宅期」	<ul style="list-style-type: none"> 「在宅移行や在宅療養生活中の不安の軽減」 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。
様式3-1 「開始期」	<ul style="list-style-type: none"> 「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」
様式3-2 「安定期」	<ul style="list-style-type: none"> 「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」
様式3-3 「終末期」	<ul style="list-style-type: none"> 「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」。
※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」「処置内容等」「退院準備・療養生活支援」「確認事項」の7項目で情報を記載・共有。	
様式3-4 「グリーフケア期」	<ul style="list-style-type: none"> 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」。 「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。

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"> 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 カンファレンス終了時完成を目指す 	<ul style="list-style-type: none"> 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）
	様式2		
院	様式4(1)・(2) (患者家族用)	<ul style="list-style-type: none"> 退院指導や退院に向けた情報収集の際に提示・説明 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整担当者又は病棟看護師
在宅	様式3(1) (開始期)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養開始後1週間前後（カンファレンス開催時等に） 	<ul style="list-style-type: none"> コーディネーター（各スタッフとの連携により）
	様式3(2) (安定期)	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	
	様式3(3) (終末期)	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	
	様式3(4) (グリーフ期)	<ul style="list-style-type: none"> 患者死亡後2カ月以内程度をめやすに 	

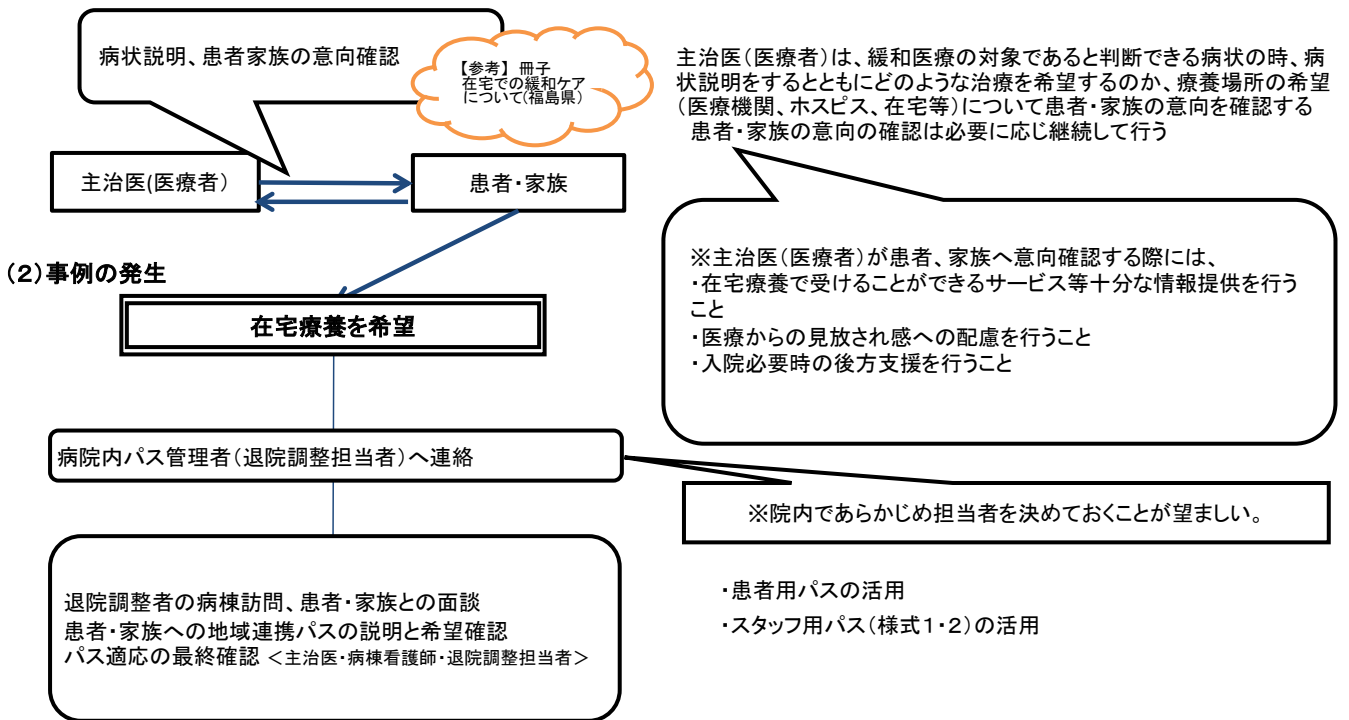
6 県北地域在宅緩和地域連携パス運用フローチャート

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

不安なくスムーズに在宅へ移行できることを目指す

在宅緩和ケアチームメンバーの検討と調整
合同カンファレンスの調整 <退院調整担当者>

- ・パス様式2(疾病管理方針～処置等の内容)の記入
<主治医・病棟看護師・退院調整担当者>
- ・パス様式2(退院準備支援～確認事項)の実施&チェック
と様式1の記入<退院調整担当者>

合同カンファレンスの開催
・患者家族とスタッフによる在宅療養(支援)目標共有化
・在宅療養支援計画の策定(スタッフ間役割分担確認)

- ・パス様式1・2の活用と完成<退院調整担当者>
- ・パスのみでは記載しきれない情報は、既存の情報提供様式等を活用

退院(在宅療養開始)

退院時迄に、在宅ケアチーム員に対し、パス様式1・2を送付
<退院調整担当者>

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状態継続のためのケア
- ・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3-2参照)

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いく。

(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>

- ・終末期不快症状緩和等への対処
- ・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 1 2	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。 ・交通機関等を利用して外出する ・隣近所へなら外出する	
	準寝たきり	A 1 2	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。 ・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。 ・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 1 2
C 1 2	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。 ・自力で寝返りをうつ ・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」にチェックがついた場合は、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。
- ・チェックがし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は、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 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他		
	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		カンファレンス参加記録	
	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。

様式2(1)

在宅緩和ケア準備期:在宅療養の希望を確認してから退院まで(入院医療機関)

患者ID()

目標	不安なくスムーズに在宅へ移行できる	記載者サイン・記載日 特記事項
ご本人・ご 家族の意 向確認	<input type="checkbox"/> 病名及び予後の告知 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 無 告知内容 → 本人 () 家族 () 受け止め方 → 本人 () 家族 () <input type="checkbox"/> 本人・家族の在宅療養生活目標(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 → 本人 () → 家族 () <input type="checkbox"/> 現在と今後予測される身体状況、治療方針、目標等の説明 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 在宅医療及び在宅ケアの説明 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの実施目的の説明と参加確認 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアチームに提供する情報(パス内容)の説明と、情報提供の同意 <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケア・在宅療養に関する疑問・不安等の確認とフォローの実施 → 疑問・不安の訴え : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (誰:) 内容:) → フォローの実施 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (誰:) 内容:)	
疾病管理 方針	<input type="checkbox"/> 退院後の治療方針と治療スタイルの確認 → 治療方針 : <input type="checkbox"/> 化学療法実施 <input type="checkbox"/> 放射線療法実施 <input type="checkbox"/> その他 () → 治療スタイル: <input type="checkbox"/> 通院と在宅医療の併用 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> バックベッドの確保 ()	
疼痛管 理・処方 (鎮痛薬に ついて、緩 和ケアのて びきⅡP2~ 「痛みのケ ア」参照)	<input type="checkbox"/> 現在の疼痛コントロール状態の評価(除痛目標) 在宅緩和ケアのてびき Ⅱ-P2 参照 → <input type="checkbox"/> 夜間睡眠の確保 <input type="checkbox"/> 安静時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> 体動時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 疼痛評価指標の活用状況 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (指標名:) <input type="checkbox"/> 退院に向けた鎮痛薬処方内容・量の決定と申し送り <input type="checkbox"/> 非オピオイド (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/> オピオイド (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬 (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/> レスキュー薬 (商品名:) 量:) 鎮痛薬による副作用 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> 症状及び対応策 </div> <input type="checkbox"/> 薬剤自己管理能力 → <input type="checkbox"/> 自己管理可 <input type="checkbox"/> 一部補完 () <input type="checkbox"/> 代行	

様式2(2)

<p>その他の 症状管理・ 処方</p>	<p><input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>処方(鎮痛薬以外の処方)・ケア内容</p>	
<p>処置等の 内容</p>	<p>※①～⑦の口にチェックがついた場合は、同じナンバーの別紙に記入し添付するか合同カンファレンスで情報提供ください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①点滴 <input type="checkbox"/> ②IVH <input type="checkbox"/> ③経管栄養 <input type="checkbox"/> ④HOT</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤吸引 <input type="checkbox"/> ⑥膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ⑦褥瘡管理 <input type="checkbox"/> ⑧その他()</p>	
<p>退院準備・療養 生活支援</p>	<p><input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアチームの決定 → 様式1へ</p> <p><input type="checkbox"/> 合同カンファレンスの調整と実施 → 実施日 (/)</p> <p><input type="checkbox"/> 退院予定日の確認 → 様式1へ</p> <p><input type="checkbox"/> 準備が必要なサービス・支援内容の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具()</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> 支援チーム員及びご本人・家族での療養目標の共有化</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅でのケア調整担当者の決定 → 様式1へ</p>	<p>家族構成</p>
<p>確認事項</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護保険→<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(介護度:自立 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 → <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(視 聴 音 肢 内 種 級)</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的問題 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p> <p>ADL <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()</p> <p><input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2</p> <p>連絡事項:</p>	
<p>その他 特記事項</p>		
<p>担当者名: 確認年月日</p>		
<p>主治医サイン 医療機関名</p>		

<p>目標</p>	<p>1 在宅療養に移行後の、身体状況の安定が図られる。 2 ご本人やご家族が、安心して家で療養できる環境が確立できる。 3 ご本人やご家族の希望が尊重された在宅生活の実現ができる。</p>	<p>記載者サイン 記載日 特記事項</p>
<p>ご本人・ご家族の意向確認</p>	<p><input type="checkbox"/>在宅療養移行後の不安等の確認 →本人 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() →家族 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>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 →本人() →家族() <input type="checkbox"/>在宅スタッフ(支援内容等)に対する本人・家族の要望の確認 →本人 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() →家族 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有()</p>	
<p>疾病管理方針</p>	<p><input type="checkbox"/>本人の身体状況及び要望に応じた治療の検討と説明、同意による実施 <input type="checkbox"/>必要に応じ、病院主治医に治療方針等について相談。 緩和ケアのてびき II-P2 参照</p>	
<p>疼痛管理</p>	<p><input type="checkbox"/>現在の疼痛コントロール状態の評価(除痛目標) 緩和ケアのてびき II-P2 参照 →<input type="checkbox"/>夜間睡眠の確保 <input type="checkbox"/>安静時疼痛の消失 <input type="checkbox"/>体動時疼痛の消失 <input type="checkbox"/>その他() 本人の生活・行動スタイルに合わせた疼痛コントロール方法の検討 <input type="checkbox"/>非オピオイド (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/>オピオイド (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/>鎮痛補助薬 (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/>レスキュー薬 (商品名:) 量:) <input type="checkbox"/>服薬自己管理状況の管理と必要な指導・説明の実施 <input type="checkbox"/>鎮痛薬による副作用出現状態とその対応策 →副作用:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 症状及び対応策</p>	
<p>その他の症状管理</p>	<p><input type="checkbox"/>身体症状の確認 → <input type="checkbox"/>全身倦怠感 <input type="checkbox"/>悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>浮腫 <input type="checkbox"/>その他() <input type="checkbox"/>精神症状の確認 → <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>抑うつ <input type="checkbox"/>せん妄 処方・ケア内容</p>	
<p>処置等の内容</p>	<p><input type="checkbox"/>点滴 <input type="checkbox"/>IVH <input type="checkbox"/>経管栄養 <input type="checkbox"/>HOT <input type="checkbox"/>吸引 <input type="checkbox"/>膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/>褥瘡管理 その他() <input type="checkbox"/>医療処置でのトラブル <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() トラブルへの対応策</p>	
<p>療養生活支援</p>	<p><input type="checkbox"/>合同カンファレンスの必要性 → <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(カンファレンス開催日: /) → 様式1へ <input type="checkbox"/>各機関による在宅支援状況の確認と評価 <input type="checkbox"/>→在宅移行後の新たな問題等について: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>→支援プラン変更の必要性: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>追加が必要なサービス・支援内容の確認 → <input type="checkbox"/>往診・訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問薬剤管理 <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"/>介護保険 → <input type="checkbox"/>未申請 <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>認定済(介護度 自立 要支援Ⅰ・Ⅱ 要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) <input type="checkbox"/>身体障害者手帳 → <input type="checkbox"/>未申請 <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>認定済(視 聴 音 肢 内 種 級) <input type="checkbox"/>その他の医療福祉制度 → () <input type="checkbox"/>介護者支援の必要性の再評価 → <input type="checkbox"/>マンパワー <input type="checkbox"/>休息 <input type="checkbox"/>精神的支援 () <input type="checkbox"/>緊急時連絡先・方法等の家族(介護者)への説明と確認</p>	
<p>確認事項</p>	<p>ADL <input type="checkbox"/>食事 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>入浴 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>整容 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>更衣 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>移動 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>排泄 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>コミュニケーション <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>PS <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 連絡事項: 介護負担 <input type="checkbox"/>休息不足 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>経済的負担 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>その他(不安等) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有()</p>	
<p>担当者名:</p>	<p>確認年月日</p>	
<p>主治医サイン</p>	<p>医療機関名</p>	

<p>目標</p>	<p>1 痛みのコントロールや身体状況の安定状態が持続できる。 2 ご本人の身体状況や家族の介護状況等の変化に応じた支援が受けられ、安心して療養生活を送ることが出来る。 3 ご本人やご家族の希望が尊重された快適な在宅生活が 実現できる。</p>	<p>記載者サイン 記載日 特記事項</p>
<p>ご本人・ご家族の意向確認</p>	<p><input type="checkbox"/> 地域主治医より、本人の身体状況及び今後の治療方針の説明 <input type="checkbox"/> 在宅療養上の不安等の確認 → 本人: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () → 家族: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 在宅療養継続意思の確認 → 本人: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 無 () → 家族: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 療養目標の実現や生活満足度を高めるために、必要なものは? → 本人 () → 家族 ()</p>	
<p>疾病管理方針</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人の身体状況及び要望に応じた治療の検討と説明、同意による実施 <input type="checkbox"/> 必要に応じ、病院主治医に治療方針等について相談。 <input type="checkbox"/> 必要に応じ、バックベッドの確保</p>	
<p>疼痛管理</p>	<p><input type="checkbox"/> 疼痛コントロール状態の評価(除痛目標 → <input type="checkbox"/> 夜間睡眠の確保 <input type="checkbox"/> 安静時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> 体動時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 本人の生活・行動スタイルに合わせた疼痛コントロール方法の検討 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理状況の管理と必要な指導・説明の実施 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬による副作用出現状態とその対応策 → 副作用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状及び対応策</p>	
<p>その他の症状管理</p>	<p><input type="checkbox"/> 身体症状の確認 → <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神症状の確認 → <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 処方・ケア内容</p>	
<p>処置等の内容</p>	<p><input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療処置でのトラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () トラブルへの対応策</p>	
<p>療養生活支援</p>	<p><input type="checkbox"/> 合同カンファレンスの必要性 → 無 有 (カンファレンス開催日: /) → 様式1へ <input type="checkbox"/> 各機関による在宅支援状況の確認と評価 <input type="checkbox"/> → 支援を要する新たな問題等について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> → 支援プラン変更の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 追加が必要なサービス・支援内容 → <input type="checkbox"/> 往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <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"/> () <input type="checkbox"/> 介護保険 → <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(介護度 自立 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 → <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(視 聴 音 肢 内 種 級) <input type="checkbox"/> 介護者支援の必要性の再評価 → <input type="checkbox"/> マンパワー <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 緊急時連絡先・方法等の家族(介護者)への説明と確認</p>	
<p>確認事項</p>	<p>ADL <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 介護負担 <input type="checkbox"/> 休息不足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> その他(不安等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()</p>	<p>連絡事項:</p>
<p>担当者名: 確認年月日</p>		
<p>主治医サイン</p>	<p>医療機関名</p>	

<p>目標</p>	<p>1 痛みや不快症状が可能な限り少ない状況が持続できる。 ご本人・ご家族が希望する療養場所や治療方法を再確認の上、ご本人やご家族の意思を尊重した生活の継続ができるの身体状況や家族の介護状況等の変化に応じた支援が受けられ、安心して療養生活を送ることが出来る。 3 ご家族が、どんなときにどこに連絡すればよいのか対応の仕方を理解し、安らかな看取りへの準備ができる。</p>	
<p>ご本人・ご家族の意向確認</p>	<p><input type="checkbox"/> 地域主治医より、本人の身体状況(終末期)及び今後の治療方針の説明 <input type="checkbox"/> 本人・家族の病状(終末期)認識の確認 <input type="checkbox"/> → 本人 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 → 家族 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 在宅療養上の不安等の確認 <input type="checkbox"/> → 本人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) <input type="checkbox"/> → 家族 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) <input type="checkbox"/> 在宅療養継続意思の確認 <input type="checkbox"/> → 本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 無 ()) <input type="checkbox"/> → 家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 無 ())</p>	<p>記載者サイン・ 記載日・特記事項</p>
<p>疾病管理方針</p>	<p><input type="checkbox"/> 終末期の身体症状及び精神症状に対する処置内容の検討と説明、同意による実施 <input type="checkbox"/> 必要に応じ、病院主治医に治療方針等について相談 <input type="checkbox"/> 必要に応じ、バックベッドの確保 ())</p>	
<p>疼痛管理</p>	<p><input type="checkbox"/> 疼痛コントロール状態の評価(除痛目標) → <input type="checkbox"/> 夜間睡眠の確保 <input type="checkbox"/> 安静時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> 体動時疼痛の消失 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 本人の身体及び精神的苦痛内容の確認と緩和方法の検討と実施 <input type="checkbox"/> 必要時、薬剤投与・管理方法等の再指導 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬による副作用出現状態とその対応策 → 副作用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状及び対応策</p>	
<p>その他の症状管理</p>	<p><input type="checkbox"/> 身体症状の確認 → <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 精神症状の確認 → <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 処方・ケア内容</p>	
<p>処置等の内容</p>	<p><input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療処置でのトラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) トラブルへの対応策</p>	
<p>療養生活支援</p>	<p><input type="checkbox"/> 合同カンファレンスの必要性 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (カンファレンス開催日: /) → 様式1へ <input type="checkbox"/> 緊急と判断される症状や状況、緊急時の対処方法の支援スタッフ間の確認 <input type="checkbox"/> 各機関による支援内容変更の必要性 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) <input type="checkbox"/> 追加が必要なサービス・支援内容の確認 → <input type="checkbox"/> 往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <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"/> ()) <input type="checkbox"/> 介護者支援の必要性の再評価 <input type="checkbox"/> マンパワー <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> ()) <input type="checkbox"/> 家族に対する「看取りケア」内容の説明 <input type="checkbox"/> 緊急時連絡先・方法等の家族(介護者)への説明と確認 <input type="checkbox"/> 死亡時の対処方法についての家族(介護者)への説明</p>	
<p>確認事項</p>	<p>ADL <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 介護 <input type="checkbox"/> 休息不足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) 負担 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) <input type="checkbox"/> その他(不安等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()) 看取り <input type="checkbox"/> 各機関への連絡 <input type="checkbox"/> 残薬の有無及びその廃棄方法の確認と説明 直後 <input type="checkbox"/> レンタル機器等の回収方法の確認と手配</p>	<p>連絡事項:</p>
<p>担当者名:</p>	<p>確認年月日</p>	
<p>主治医サイン</p>	<p>医療機関名</p>	

様式3-4 グリーフケア期

患者ID()

時期	()週目 旅立ち日： 年 月 日		
達成目標	①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。 ②ご家族の身体的・精神的・社会的健康状態が確保され、ご家族が新しい生活の見通しを少しずつもつことができる。		
介護者・ご家族への確認と支援	<input type="checkbox"/> 在宅での看取りを経験しての希望や想いの確認 <input type="checkbox"/> 家族として最後まで看取ったことへの労をねぎらう		
療養生活支援	<input type="checkbox"/> 家族の健康状態の確認(確認事項) <input type="checkbox"/> 家族に感情表出を促すなど精神的ケアの実施 <input type="checkbox"/> 身辺整理等への支援ニーズの確認と支援の実施 <input type="checkbox"/> 看取りの経験を共有できる機会等の紹介 <input type="checkbox"/> 病院主治医への経過報告		
確認事項	家族の健康問題等に関する評価	食事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		睡眠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		活動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		感情	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		基礎疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		グリーフケア継続の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	在宅療養に対する評価	在宅療養満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明
		支援内容満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明
		支援内容への希望	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
在宅移行時期評価		<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	
特記事項			
担当者名 チェック日	担当者名： チェック年月日：平成 年 月 日		

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 

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
- 間欠（ _____ 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 

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」を大切にされた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場合にはし点を付け、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・記録方法について聞いたけど、先生が往診する時だけつけばよいのかな？
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	<input checked="" type="checkbox"/>	・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)が正確に伝えましょう。	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。
	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。
	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。	<input type="checkbox"/>	・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。
	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。
	<input checked="" type="checkbox"/>	・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。	<input checked="" type="checkbox"/>	・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？往診の時だけでよい？

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	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
病気の治療	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
痛みなどの症状対策	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
処置等の内容	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
処置等の内容	<input type="checkbox"/> ・自宅で行う処置の内容や方法について確認しましょう。	<input type="checkbox"/> ・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。	
退院準備療養生活支援	<input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	
	<input type="checkbox"/> ・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。 <input type="checkbox"/> ・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。	<input type="checkbox"/> ・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。	


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"> ・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。 ・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。 ・「こんなことがしたい」「こんなふうに過ごしたい」を大切にしたい時間が過ごせる。 

	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	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
病気の治療	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
痛みなどの症状対策	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みの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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
処置等の内容	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みの状態に応じて、頓服薬の処方なども行います。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、薬局より薬剤師がご自宅を訪問し、お薬の飲み方や管理方法などのご説明とご相談に応じます。
療養生活支援	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
メモ・自由記載欄				

説明日: / /

説明者:

患者様サイン

