

済生会横浜市南部病院 在宅緩和ケア連携シート
2014.10.17 改訂

南部病院

担当科名
担当者名

【医療機関用】

訪問診療担当施設

患者氏名

生年月日

年

月

日

年齢

歳

訪問看護担当施設

患者の 情報	疾患名		現在の 状態	主な症状	<input type="checkbox"/> 痛み(部位: <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄・認知症 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> その他()	連携の 情報	在宅希望	本人	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	パス 関連 情報	パス開始日	年 月 日
	がんの 部位			オピオイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 坐剤 <input type="checkbox"/> 持続注射			アウトカム	安心して在宅療養を継続できる			
	<input type="checkbox"/> 肺			経口摂取	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃ろうなど			対象患者	在宅緩和ケアを必要とするがん患者			
	<input type="checkbox"/> 骨			PS	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			パス適用条件	<input type="checkbox"/> 病状の理解ができている <input type="checkbox"/> 在宅療養の希望がある <input type="checkbox"/> 抗がん治療を終了している <input type="checkbox"/> STAS-J 0~2である <input type="checkbox"/> 地域連携パスを用いた診療に同意している <input type="checkbox"/> 予後の見通しが週単位以上である			
<input type="checkbox"/> 脳		今後の 予測	起こりうる病態	<input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> 吐血・喀血 <input type="checkbox"/> 下血・血尿 <input type="checkbox"/> 体表の瘡の自壊・出血 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 嚥下困難・食道狭窄 <input type="checkbox"/> 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝不全 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> その他()	家族	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的						
<input type="checkbox"/> 髄膜			見通し	<input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 短め月単位 <input type="checkbox"/> 週単位								
<input type="checkbox"/> 肝												
<input type="checkbox"/> 腹膜												
<input type="checkbox"/> リンパ節												

	経過 (病状の変化の目安)	月ごとの変化	週ごとの病状変化 (病状の増強、ADLの低下)	日ごとの病状変化 (臨死期)
南部病院	診察/検査/治療	適宜、訪問診療担当施設・訪問看護担当施設からの診療依頼を受ける		
	その他	適宜、訪問診療担当施設、訪問看護担当施設からの相談を受ける		
訪問診療担当施設	訪問の目安	隔週	週1回以上	随時
	診察	STAS-Jを使用して適宜評価		
	検査/治療	緩和ケア研修会テキストに基づいた症状マネジメント(WHO方式疼痛マネジメント)		
	その他	患者・家族の不安への対処 訪問看護担当施設と密な連絡		
訪問看護担当施設	アセスメント	STAS-Jを使用して適宜評価		
	看護介入	緩和ケア研修会テキストに基づいた症状マネジメント(WHO方式疼痛マネジメント) 生活支援 患者・家族の不安への対処		
	その他	訪問診療担当施設と密な連絡 ケアマネジャー・ヘルパーと連携		

パス継続の検討事項

* 下記の事項があった場合、本人、家族、訪問診療担当施設、訪問看護担当施設で相談する。

- 症状マネジメント困難
- 病状の悪化により入院を希望
 - 経口摂取減少
 - ADL低下
 - 看取り
 - その他
- その他

* 死亡時はパスを中止する

パス継続 ←

→ パス中止

	パリアンス発生時の対応	
	入院の場合	死亡の場合
南部病院	入院を受ける	訪問診療担当施設・訪問看護担当施設へ文書で報告
訪問診療担当施設	南部病院に連絡及び情報提供	南部病院に文書で報告
訪問看護担当施設	訪問診療担当施設に連絡・相談	
	入院決定 ⇒南部病院に連絡及び情報提供	