

平成 22 年 月 吉日

各医療機関 施設長 殿

沖縄県がん診療連携協議会・相談支援部会長

樋口 美智子

沖縄県内緩和ケア病棟入院時における
「緩和ケア情報シート」の統一と運用について（依頼）

拝啓 陽春の候、ますますご清祥の段お慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび、沖縄県がん診療連携協議会・緩和ケア部会および相談支援部会により、沖縄県内の緩和ケア病棟入院時における、「緩和ケア情報シート」統一様式を、緩和ケア病棟のある医療機関のご協力のもと作成し、運用を開始することになりました。

「緩和ケア情報シート」は、患者さんやご家族が療養先を決定する際の相談支援を十分行うためのツールとして活用すること、また施設間の情報交換・共有がより円滑なものになることを目的としています。

つきましては、今後のアドバンスケアセンター、オリブ山病院、国立病院機構沖縄病院、友愛会南部病院緩和ケア病棟への入院相談に際しての診療情報提供等は、同封致しました様式をご利用頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、運用につきましては、告知の状況等により患者さん個々によって施設間で調整が必要な場合もあると思われます。また一般的な「診療情報提供書」の作成や算定につきましては、貴院内の関係部署との調整・確認をお願い致します。

（注）友愛会南部病院は緩和ケア対応病床を有しておりますが、施設基準により、平均在院日数 21 日以内と決められておりますので、患者さん・ご家族へ事前にご説明を宜しくお願い致します。

敬具

お問い合わせ先：

事務補佐員 松澤 智子

〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207

琉球大学医学部附属病院がんセンター

Tel:098-895-1368 Fax:098-895-1497

緩和ケア病棟を希望される患者様へ

氏名： _____ 性別： _____ 生年月日： _____

住所： _____

TEL： _____

これまでかかっていた医療機関および主治医名

[_____]

- ① 病気について誰からどのように説明されていますか（病名や病状などできるだけ具体的にお願いします）

[_____]

- ② あなた自身、今病気はどのような状態にあると思っていらいっしゃいますか

[_____]

- ③ 今、つらいことはなんですか

[_____]

- ④ 緩和ケア病棟はどのようなところだとお考えですか

[_____]

- ⑤ 緩和ケア病棟を希望される理由はなんですか

[_____]

⑥ 入院により何かお困りのことはありますか

[]

⑦ 現在心配なことお聞きになりたいことはありますか

- ☐現在の病状について ☐今後の見通しについて ☐今の苦痛がとれるかどうか ☐緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか
☐民間療法など是可以できるのか ☐経済的なことについて
☐その他 ()

⑧ 今後病気の説明をどの程度うけたいですか

- ☐詳しくうけたい ☐自分が望むときだけうけたい
☐うけたくない (知りたくない)
☐その他 ()

⑨ 病気のことを聞く場合

- ☐1人がいい ☐他の人と一緒(続柄) ☐どちらでもいい

⑩ 入院時部屋の希望はありますか

- ☐有料 ☐無料 ☐早ければどちらでもいい

⑪ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか

- ☐希望する ☐希望しない

⑫ 緩和ケア病棟の見学を希望されますか

- ☐希望する ☐希望しない ☐見学済み

自筆者署名 (代筆者署名)

平成 年 月 日

ご記入ありがとうございました

緩和ケア病棟を希望されるご家族の方へ

患者様の氏名： _____ 性別： _____
生年月日： _____ 年齢： _____
ご記入者の氏名： _____ 性別： _____ 続柄： _____
住所： _____
TEL： _____

① 病気について患者様本人は、医師からどのように説明されていますか

② 患者様ご本人は説明内容について、どのように理解されていると思われますか

③ 病気についてご家族（あなた）は、医師からどのように説明されていますか

④ ご家族（あなた）が緩和ケア病棟を希望される理由は何ですか

⑤ 現在心配なこと、お聞きになりたいことはありますか

☐現在の病状について ☐今後の見通しについて ☐今の苦痛がとれるかどうか ☐緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか
☐民間療法など是可以するのか ☐経済的なことについて ☐その他

()

⑥ 延命治療（人工呼吸器、心臓マッサージ）についてどうお考えですか

☐希望する ☐希望しない

☐その他 ()

⑦ 入院時部屋の希望はありますか

☐有料 ☐無料 ☐早ければどちらでもいい

⑧ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか

☐希望する ☐希望しない

⑨ その他ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください

(記入者署名)

平成 年 月 日

ご記入ありがとうございました

『緩和ケア情報シート』（看護師用）

担当ナースの方へ

患者名：_____

記載者名：_____

所属：_____

記入日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

ADLについてお尋ねします

① 身体状況

- 1) 麻痺 有 () 無
- 2) 関節拘縮 有 () 無
- 3) 皮膚疾患 有 () 無
- 4) 寝返り できる できない (体位変換 要 否)
- 5) 起き上がり できる つかまればできる できない
- 6) 座位保持 できる 支えればできる できない
- 7) 立ち上がり できる つかまればできる できない
- 8) 歩行 できる 一部介助 (杖 歩行器 その他:)
できない
- 9) 車椅子移乗 できる (自走 可 不可) 一部介助 全介助
- 10) 喀痰吸引 有 無
- 11) ベッド エアマット その他 ()
- 12) 酸素使用 有 (0) 無

② 食事

- 1) 食事内容 種類 () Kcal
- 2) 自分で食べられる 介助 (セッティング 全介助)
胃ろう NGチューブ IVH
- 3) 水分 むせる むせない
- 4) 口腔 義歯 部分義歯 自歯

③ 排泄

- 1) 尿 自立 オムツ 留置カテーテル
- 2) 便 自立 オムツ 人工肛門
トイレ使用 ポータブルトイレ使用
- 3) 排泄時移動 できる 一部介助 全介助

④清潔

- 1) 入浴方法 シャワーストレッチャー シャワーチェア 清拭
(自立 一部介助 全介助)
- 2) 更衣 自立 一部介助 全介助

⑤コミュニケーション

- 1) 意思伝達 十分できる いくらか困難 具体的要求のみ できない
2) 表現方法 会話 筆談 その他 ()
3) 聴力 問題なし 大きな声で 難聴 (補聴器 有 無)
4) 視力 問題なし 眼鏡 障害あり ()
5) ナースコール 押せる 押せない

⑥理解・行動

- [illegible]

⑦その他気をつけるところがあればおしえてください

ご記入ありがとうございました

『緩和ケア情報シート』（医師用） 緩和ケア病棟を依頼される医師の方へ

患者氏名： _____ 性別： _____

生年月日： _____ 年齢： _____

① 簡単な病歴をお願いします

② 診断

1) 原疾患： _____ 原発部位： _____

2) 病理診断： _____ 確定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3) 転移・再発 ☐脳 ☐肺 ☐肝 ☐副腎 ☐腹膜 ☐骨 ()
☐リンパ節 () ☐その他 () ☐不明・未検査

5) 合併症 ☐意識障害 ☐せん妄 ☐呼吸困難 ☐胸水 ☐腹水
☐歩行障害 ☐抑うつ ☐難治性浮腫 ☐褥そう ()
☐その他 ()

6) 既往歴：

③これまでの治療

1) 外科的治療 ☐無
☐有 手術年月日 _____ 術式 _____

2) 放射線治療 ☐無
☐有 照射部位 _____ 総線量 _____ 時期 _____

3) 化学療法・内分泌療法・免疫療法 ☐無
☐有 治療薬 _____ 時期 _____

④現在の治療

1) 現在の処方内容（点滴内容・量などふくむ）

2) 栄養

- ☐経口 (内容と摂取量)
- ☐経腸 [☐胃ろう ☐腸ろう ☐経鼻胃管] 内容と投与量
- ☐末梢輸液
- ☐TPN ☐CVカテーテル (挿入部位) ☐CVポート (挿入部位)
- 3) 装着されているチューブ類 ☐無 ☐有 ()

⑤緩和ケア病棟紹介経緯

- ☐治癒を目的とした治療に反応しなくなったため ☐本人の希望
- ☐末期状態になったため ☐家族の希望
- ☐その他 (具体的に) ()

⑥病名・病状告知状況とその理解度

- 患者 ☐全告知 ☐部分告知* ☐未告知* *の理由 ()
- ☐十分理解している ☐ある程度理解している ☐理解しているか疑わしい
- ☐理解不能
- 家族 ☐全告知 ☐部分告知* ☐未告知* *の理由 ()
- ☐十分理解している ☐ある程度理解している ☐理解しているか疑わしい
- ☐理解不能

⑦予後の告知の有無とその理解度

- 患者 ☐告知あり 内容 () ☐告知なし
- ☐十分理解している ☐ある程度理解している ☐理解しているか疑わしい
- ☐理解不能
- 家族 ☐告知あり 内容 () ☐告知なし
- ☐十分理解している ☐ある程度理解している ☐理解しているか疑わしい
- ☐理解不能

⑧DR order について

- 患者 ☐了承している ☐蘇生を希望 ☐未説明
- 家族 ☐了承している ☐蘇生を希望 ☐未説明

⑨臨床的予後予測

- ☐6ヶ月以上 ☐3~6ヶ月 ☐3ヶ月程度 ☐1ヶ月程度 ☐週単位
- ☐日単位 ☐急変可能性あり ☐その他 ()

⑩感染症 (HC, HB など) データがございましたらコピーをお願いします。また、血液データ、画像などできるだけお貸しいただければ幸いです。

*ご記入ありがとうございました

記入年月日: _____

医療機関名: _____ 科 医 師 名: _____