

沖縄県在宅緩和ケア地域連携

ていーあんだパス

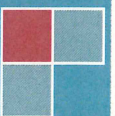
(在宅医・訪問看護師用)

「ていーあんだ」とは沖縄の方言で「手の^{あぶら}脂」、つまり「手のぬくもり」という意味、「こころを込めた」、「愛情を注いだ」というニュアンスがあります。沖縄県では、在宅での療養にあたり、そんなぬくもりある地域医療連携を目指します。



病院

2014/ /



も く じ

1. ていーあんだパス 運用要綱
2. ていーあんだパス 運用マニュアル
3. 「わたしのカルテ」の説明
4. 運用フローチャート
5. 診療情報提供書
6. 緩和ケア情報シート（医師用）
7. 看護サマリー
8. MSW 相談サマリー
9. 「くらしの医療サポートチーム」 連絡先
10. 医療者用情報交換シート

1. 沖縄県在宅緩和ケア地域連携パス(ていーあんだパス)

「沖縄県在宅緩和ケア地域連携パス」(以下ていーあんだパス)は、在宅緩和ケアを必要とする患者が、その主旨に同意を得たうえで安心して在宅療養へ移行し、多くの専門職との連携により質の高い在宅療養生活を継続できるよう支援することを目指します。

運用要綱

I 目的

- ① 患者を中心に、在宅医と病院医師、他の専門職との情報交換、連携を密に行うことで、切れ目のない医療と安心・安全を提供する。
- ② 質の高い在宅療養生活を継続するために、患者・家族が持つ種々の苦痛を緩和することを目標とし、ケアの連続性を確保するための具体的ツールとして活用する。
- ③ 「ていーあんだパス」を用いることで、在宅医と病院医師が同じ治療方針にもとづき診療を行う。また、患者と医療者が協働して利用することで、患者・家族自身も療養の内容を理解し、わかりやすく安全で質の高い療養生活が提供できる。

II 対象患者

- ① 入院中または通院中のがん患者で、在宅緩和ケアを希望している。
- ② 本人と家族、もしくはどちらかに対し、現病状を説明し、理解を得ている。
- ③ 今後の診療を、在宅医と病院医師が協働で、あるいは在宅医主体で診ていく必要があると考えられる患者。

III 「ていーあんだパス」の構成

ていーあんだパス(在宅医・訪問看護師用)

1. ていーあんだパス 運用要綱
2. ていーあんだパス 運用マニュアル
3. 「わたしのカルテ」説明書
4. 運用フローチャート
5. 診療情報提供書
6. 緩和ケア情報シート(医師用)
7. 看護サマリー
8. MSW 相談サマリー(カンファレンス記録等)
9. 「くらしの医療サポートチーム」連絡先
10. 医療者用情報交換シート

ていーあんだ「わたしのカルテ」(患者用)

- ① 救急時連絡票(案)
- ② わたしのカルテに係る同意書
- ③ くらしをサポートする専門職の役割・専門職からの役立つ情報
- ④ わたしが大切にしたいこと
- ⑤ みんなの伝言板
- ⑥ 療養記録
- ⑦ 「くらしの医療サポートチーム」連絡先

2. 沖縄県在宅緩和ケア地域連携パス (以下ていーあんだパス) 運用マニュアル (在宅医・訪問看護師用)

在宅医・訪問看護師用「ていーあんだパス」の構成

病院にて記載

- ☐ 診療情報提供書
- ☐ 看護サマリー
- ☐ MSW 相談サマリー
(退院前カンファレンス記録)

病院からの紹介時に使用している既存の情報ツールです。

- ☐ 緩和ケア情報シート

緩和ケア病棟へ紹介する際に使用している情報ツールと共通です。

(病院医師からの病状告知・予後告知とその理解度等の内容が盛り込まれています。)

在宅緩和ケアから緩和ケア病棟へ紹介する際は、変更内容を二重線で書き換え再利用できます。

- ☐ 療養記録(新規) → 「わたしのカルテ」に綴ります

「開始日」については、在宅移行時、病院医師が記載します。

在宅医・訪問看護師にて記載

「評価日」からは、在宅医・訪問看護師が記載し、症状観察の記録等情報共有に活用してください。

- ☐ 療養記録(継続) → 「わたしのカルテ」に綴ります

その他、「くらしの医療サポートチーム」連絡先、医療者用情報交換シートがあります。

「バリエーション」が生じた際の対応について

- | |
|---|
| バリエーション： 1) 症状マネジメント困難
2) 症状悪化で入院希望
3) サポートの問題で入院希望 |
|---|

患者・家族、在宅医・訪問看護師で、どのような対応をとるかご相談ください。「わたしのカルテ」の「わたしが大切にしたいこと」にある質問事項も参照してください。

入院が必要な場合は、8:30~17:15 までは病院地域医療連携室へ、それ以外は急病センターへご連絡ください。追って、「診療情報提供書」と直近の「療養記録」を病院地域医療連携室へ FAX を送信してください。

「ていーあんだパス」(在宅医・訪問看護師用) 開始後の中断、再開、終了

パスの中断・再開

在宅から病院への再入院時、パスは中断します。

その後の退院の際には、通常の情報ツール(診療情報提供書、看護サマリー、MSW 相談サマリー)を病院から提供し、パス再開とします。

パスの終了

パス適用期間中、患者の同意が得られない、緩和ケア病棟への入院、または死亡された際は、パスの終了とします。

3. ていーあんだパス「わたしのカルテ」の説明

ていーあんだパス「わたしのカルテ」の構成

① 救急時連絡票（案）

在宅医と相談のうえ病院への救急搬送が必要と判断されたとき、救急隊員と搬送先医療機関との連絡票として活用します。

② ていーあんだ「わたしのカルテ」に係る同意書

病院医師から、患者・家族へていーあんだ「わたしのカルテ」の「目的」、「利用方法」、「期待されること」の説明を行い、同意のうえ署名をもらいます。

③ くらしをサポートする専門職の役割・専門職からの役立つ情報

④ わたしが大切にしたいこと

患者・家族が、くらしの中で大切にしたいこと、趣味や好きなこと、こだわりなど、「くらしの医療サポートチーム」へ知らせたいことを自由に記入します。

⑤ みんなの伝言板

患者・家族が、「くらしの医療サポートチーム」へ質問や心配なこと、困ったこと、嬉しかったこと等、伝えたいことを自由に記入します。在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、医療ソーシャルワーカーなども、患者・家族へメッセージがある場合は記入し、双方の伝言板として活用してください。

⑥ 療養記録

患者の症状等について、在宅医と訪問看護師が訪問時に書き込み、症状観察等情報の共有に活用してください。

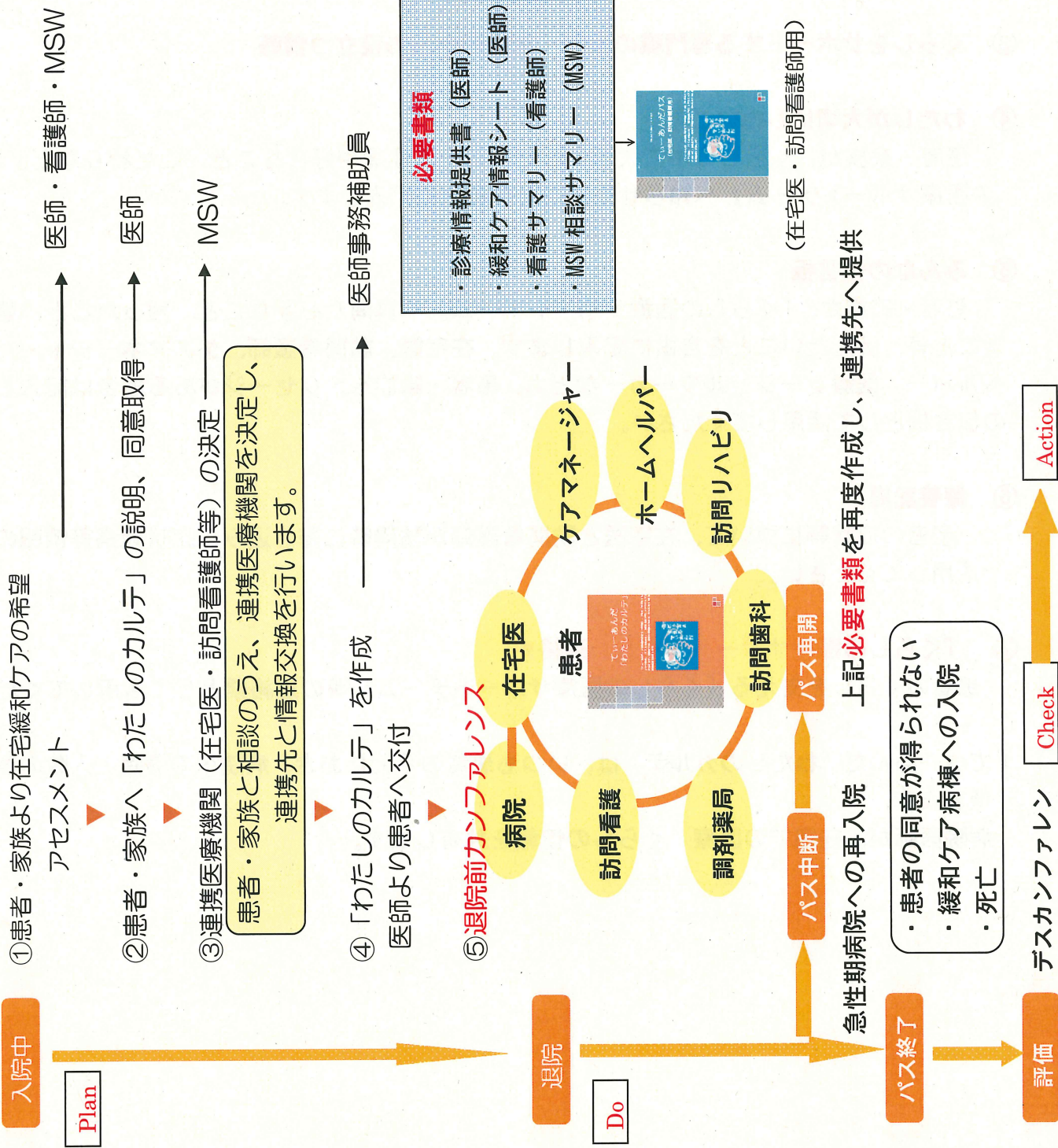
⑦ 「くらしの医療サポートチーム」連絡先

患者のくらしを支える「くらしの医療サポートチーム」等の連絡票として活用してください。

*ていーあんだ「わたしのカルテ」は、いつも患者の手元におき、病院への通院、入院の際に持参頂きます。

病院医師が、在宅での医療・くらしの情報を共有します。

4. 運用フローチャート



「救急時連絡票（案）」について

救急搬送が予測される患者
について主治医が記載

退院時、「わたしのカルテ」
（裏面）として患者へ交付

救急搬送時、家族が救急隊員へ
提示

救急隊員が、搬送先医療機へ
連絡する時活用する。



（患者用）

6. 『緩和ケア情報シート』（医師用）～沖縄県在宅緩和ケア地域連携～

「ていーあんだパス」

患者氏名： _____ 性別： _____
生年月日： _____ 年齢： _____

① 病状は、診療情報提供書をご参照下さい。

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

- ☐ 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

⑧DNR 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 ()

記入年月日： 平成 年 月 日

医療機関名： 那覇市立病院 医師名：

9. 「くらしの医療サポートチーム」連絡



記載日：平成 年 月 日

氏名：		生年月日： 年 月 日		血液型：	
➤ 在宅医	☎	クリニック名：	医師：		
➤ 訪問看護	☎	ステーション名：	担当：		
➤ ヘルパー	☎	ステーション名：	担当：		
➤ ケアマネージャー	☎	居宅介護支援事業者名：	担当：		
➤ 調剤薬局	☎	薬局名：	担当：		
➤ 病院	☎	病院名：	医師： 医療ソーシャルワーカー：		
➤ 家族連絡先	☎	①	②		
➤ 病状説明をして欲しい人	☎	名前	(本人との関係)		

We are support team for your life with a lot of love...

10. 医療者用情報交換シート

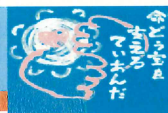


月／日

サイン

We are support team for your life with lot of love...

10. 医療者用情報交換シート



月／日

サイン

We are support team for your life with lot of love...