

緩和ケア病棟への登録と入院について (患者さん・ご家族の方へ)

ID: _____
氏名: _____ 様

1. 緩和ケアの目指すもの

- (1) 緩和ケアの1番の目標は、がんのつらい症状を治療し、苦痛の緩和を行うことです。そのために、担当医師・看護師と協力して、入院中・外来通院中の患者さんに、専門的な治療・ケアを提供します。
- (2) 緩和ケアの2番目の目標は、患者さんとご家族が安心して自宅で過ごすことができるように援助することです。そのために、訪問看護ステーションの院外の紹介・手配を行います。
- (3) 緩和ケアの3番目の目標は、患者さんとご家族に安心して過ごせる療養の場を提供することです。そのために、自宅で過ごすことが難しくなった患者さんには緩和ケア病棟に入院していただきます。緩和ケア病棟ではがんの積極的な治療は行わず、つらさを和らげる治療が提供されます。

2. 緩和ケアの受診について

- ◆ まずは主治医から紹介していただいて緩和ケア外来に受診していただきます。最初にご家族でもかまいません。緩和ケアの方針や対応できる医療について説明します。
- ◆ 緩和ケアに継続して受診することを希望される場合は「緩和ケアを希望される患者さんへ」「緩和ケアを希望されるご家族の方へ」の用紙を記入していただきます。主治医ともよく相談されて、緩和ケア外来に提出していただきます。申込用紙がそろった時点で、今後の方針を相談いたします。
- ◆ 緩和ケア病棟に入院していただくか、一般病棟で緩和ケアを受けていただくか、外来で緩和ケアを行うか、一番あった方法を本人ご家族とも一緒に検討します。

3. 緩和ケア病棟への入院について

- ◆ 登録された患者さんは、以下のような場合希望すれば緩和ケア病棟に入院し必要なケアを受けることができます。
 - (1) 痛みなどの症状が悪化し、専門的な症状コントロールが必要な場合
 - (2) 身体が衰弱して、自宅で過ごすことが難しくなった場合
 - (3) 環境の変化やご家族の事情で、自宅での介護が難しくなった場合

4. 緩和ケア外来と在宅ケアについて

- ◆ 緩和ケア外来について
専門外来として「緩和ケア外来」を設けています。緩和ケア病棟から退院した患者さん、緩和ケア科で経過観察中の患者さんの診療をおこなっています。
- ◆ 訪問看護・訪問診療について
当院緩和ケア科では、訪問看護・訪問診療サービスは実施していません。しかし、地域の訪問看護ステーションやかかりつけ医師と連携をとり、在宅での療養をサポートしています。

患者氏名	男・女	年齢	職業(現在または過去)
住所	電話番号		宗教
1. 現在つらいと思うことは何ですか(いくつでもチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 咳	
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> おなかのはり	<input type="checkbox"/> 食べられない	
<input type="checkbox"/> 吐く	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> むくみ	
<input type="checkbox"/> 一人で動けない	<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み		
<input type="checkbox"/> その他()			
2. 病名や今の状態、今後の方針についてどのように説明を受けていますか			
1) 誰から説明を受けましたか <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()			
2) 今の病状をどのように聞いていますか			
3) 緩和ケアについて主治医から説明を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
3. 緩和ケアにどのようなことを希望されますか(いくつでもチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 苦痛な症状を緩和してほしい			
<input type="checkbox"/> 療養場所などを相談したい			
<input type="checkbox"/> 気持ちのつらさが和らぐようにしてほしい			
<input type="checkbox"/> 特にない			
<input type="checkbox"/> その他()			
4. 病気のことや心配なこと、聞きたいことはありますか(いくつでもチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 現在の病状や今後の見通し			
<input type="checkbox"/> 生活するうえでの注意点や制限			
<input type="checkbox"/> 緩和ケアで受けられる治療			
<input type="checkbox"/> 民間療法を受けることやサプリメントをとることについて			
<input type="checkbox"/> その他()			
5. 病状について、どなたにお話すればよいですか(いくつでもチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 本人(自分)			
<input type="checkbox"/> 配偶者	氏名()		
<input type="checkbox"/> 親	氏名()		
<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	氏名()		
<input type="checkbox"/> 子	氏名()		
<input type="checkbox"/> その他	氏名()	<u>ご関係</u> _____	

6. 病気以外に心配なこと、気にかかることはありますか(いくつでもチェックしてください)

- 仕事のこと ()
 家庭のこと ()
 経済的なこと ()
 その他 ()

7. 今後どこで過ごしたいと考えていますか(いくつでもチェックしてください)

- 自宅
 四国がんセンター
 四国がんセンター以外の病院や施設 ()
 その他 ()

8. ご家族の状況をお伺いします

- 一人暮らし
 同居している人がいる

9. 患者さんの生活の状況を教えてください

1) 介護や身の回りのことを主にされるのはどなたですか

2) かかりつけの病院・診療所はありますか

- ない ある(病院・診療所名)

3) 現在、訪問看護やホームヘルパーなどのサービスを受けていますか

- はい いいえ

4) サービスを受けている方は具体的に教えてください

介護度(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5)

- ケアマネージャー ()
 訪問看護 ()
 訪問診療 ()

10. いつか迎える最期のときに人工呼吸や心臓マッサージは控えたいと思います。今のあなたの意向を教えてください。(これを機会に、患者さんご家族等で思われることを話し合ってください)

- 人工呼吸や心臓マッサージをしないでほしい 人工呼吸や心臓マッサージをしてほしい

11. あなたが何かを自分で決めるのが難しいとき、あなたの意思を代わりに伝えてくださる方を教えてください

氏名 _____ ご関係(_____)

電話番号 _____

住所 _____

記入年月日 年 月 日

署名・代理人署名 _____

患者氏名		患者さんと記入者の関係性	
記入者氏名	男・女	記入者年齢	記入者職業
記入者住所		記入者電話番号	
<p>1. ご家族は病名や今の状態、今後の方針についてどのように説明を受けていますか</p> <p>1) 誰から説明を受けましたか <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>2) 今の病状をどのように聞いていますか</p> <p>3) 緩和ケアについて主治医から説明を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>			
<p>2. ご家族は緩和ケアにどのようなことを希望されますか(いくつでもチェックしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 苦痛な症状を緩和してほしい <input type="checkbox"/> 療養場所などを相談したい <input type="checkbox"/> 気持のつらさが和らぐようにしてほしい <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他()</p>			
<p>3. 病気のことで心配なこと、聞きたいことはありますか(いくつでもチェックしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の病状や今後の見通し <input type="checkbox"/> 生活するうえでの注意点や制限 <input type="checkbox"/> 緩和ケアで受けられる治療 <input type="checkbox"/> 民間療法を受けることやサプリメントをとることができるか <input type="checkbox"/> その他()</p>			
<p>4. 病状について、どなたにお話すればよいですか(いくつでもチェックしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 氏名() <input type="checkbox"/> 親 氏名() <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 氏名() <input type="checkbox"/> 子 氏名() <input type="checkbox"/> その他 氏名() <u>ご関係</u></p>			
<p>5. いつか迎える最期のときに人工呼吸や心臓マッサージは控えたいと思います。今のご家族の意向を教えてください。(これを機会に、患者さんご家族等で思われることを話し合ってみてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 人工呼吸や心臓マッサージをしないでほしい <input type="checkbox"/> 人工呼吸や心臓マッサージをしてほしい</p>			
<p>記入年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">署名 _____</p>			