

在宅緩和ケア地域連携パスの運用ガイドライン

【対象患者】

在宅緩和ケアを必要とする患者

【パス適応条件】

1. 岡山県内のがん診療連携拠点病院またはがん診療連携推進病院に入院していて、症状が緩和・安定している
2. 患者さん・ご家族共に在宅療養を希望されている
3. 病状の理解ができている
4. 抗がん治療を終了している
5. 地域連携パスを用いた診療に同意している
6. STAS-Jが基本的に0～2である
7. 予後の見通しが週単位以上である
8. 退院前ケア会議が開かれている

【運用手順1－退院まで】

前提として、患者さんご家族に在宅療養の希望を確認する

1. 病院内でケアカンファレンスを行う(担当医、担当看護師、薬剤師、MSW, 臨床心理士、など)
2. 病診連携室・退院支援チームにも連絡して、調整に入る
3. 訪問診療担当施設・訪問看護担当施設・ケアマネジャー、などを決める
4. 退院前ケア会議を行う

【運用手順2－退院後の在宅期】

1. 退院後、各施設の担当者からも電話で様子を尋ねる
2. 各施設間で定期的に連絡をとり、再入院に備えて情報交換する
3. 在宅療養の可否を定期的に判定する

【運用手順3－再入院時】

1. 在宅訪問施設からの要請があった時には、専門施設は直ちに対応する(再入院に備えて1ベッドは必ず用意しておく)
2. 在宅訪問施設は入院施設に情報提供する

【運用手順4－再入院後】

1. 再入院の原因となったことが解決された時、されなかった時、その後のことを相談して決める
 - ・再び在宅療養に戻る
 - ・再入院した施設で入院を続ける
 - ・地域の医療施設や緩和ケア病棟に転院する

在宅緩和ケア地域連携クリニカルパス（診療役割分担表）

		診療役割	施設要件
施設A	がん治療専門医療機関 ・がん診療連携拠点病院 ・がん診療連携推進病院	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅移行のコーディネートを行う ・在宅医からの要請で再入院を受ける ・在宅医療機関からの相談を受ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院が必要なより高度な診療が可能 ・必要時再入院が可能 ・レスパイトケアも可能
施設B	訪問診療担当施設	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を行う ・訪問看護師・訪問薬剤師と連携をとる 	<ul style="list-style-type: none"> ・オピオイド（麻薬）の処方ができる ・24時間の対応が可能 ・「がん緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じた診療ができる（緩和ケア研修会を受講済）
施設C	訪問看護担当施設	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を行う ・医師・ケアマネ・ヘルパーと連携をとる 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の対応が可能 ・「がん緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」を理解している
施設D	地域の入院施設	<ul style="list-style-type: none"> ・施設Aから在宅移行前の調整入院を受ける ・地域の在宅医のバックベッドの機能 	緩和ケア研修会を受講済みの医師が常勤
施設E	緩和ケア担当入院施設	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケア中に施設Aに再入院後再び在宅に戻れない入院患者を受け入れる ・レスパイトケアを受ける 	承認緩和ケア病棟
施設F	保険薬局	訪問薬剤指導を行う	オピオイド（麻薬）の調剤・指導ができる
施設G	緩和ケアセンター	訪問診療機関などからの相談を受ける	多職種から構成された緩和ケアチームが機能している

*緩和ケアガイドブック：2008年版緩和ケアガイドブック、日本医師会監修

*ステップ緩和ケア：<http://gankanwa.jp/tools/step/index.html>

岡山県がん診療連携協議会（2013年1月）