

医療者用

ホスピス・緩和ケア病棟をご紹介される医療者の皆さま

1. ホスピス・緩和ケア病棟

ホスピス・緩和ケア病棟（以下ホスピス）は、治すことの難しいがんをお持ちの患者さんが、自分らしい生活を送ることができるように援助するところです。そのためにホスピスでは、まず患者さまの苦痛をできる限り軽減できるように努力しています。また、十分に話し合って、患者さんのあらゆる必要にお応えします。また、ご家族のケアも大切であると考えています。

2. ホスピスにご紹介いただくにあたり、入棟基準について患者さん・ご家族にご説明下さい

- 患者さんががんであること、転移の有無について聞いておられること（理解できなくても伝えてはいること）
- 患者さんががんを縮小させる治療（抗がん治療）ができない状況であることを聞いておられること
- がんを縮小させる治療（抗がん治療）を、今後、希望しておられないこと
- 引き続き、緩和ケアが必要な身体の苦痛があること
- ホスピスでは、一部の治療（人工透析、血小板輸血、頻回な赤血球輸血、十分なりハビリテーション）ができないことを聞いておられること
- 患者さんとご家族全員がホスピスへの入院を希望していること
- 患者さんの予測される余命が2, 3か月以内であることを、家族が聞いていること
- 身体の症状が安定している場合、ホスピスへの入院を継続することができないことを聞いておられること
- ホスピスへの入院予約後、入院ベッドが用意できるまでは、すぐには入院できないことを聞いておられること

3. ホスピス入棟までの流れ

- 1) 医療機関から入院前家族面談の申し込みをお願いします。「診療情報提供書」「ホスピス入院前家族面談申込書」「ホスピス入院前家族面談確認書」を地域連携課へ FAX 送信して下さい。FAX 受信後、書類の確認をさせていただきます。記入内容に不足のある場合は、返送いたします。再度ご記入の上で再送信下さい。

※ホスピス入院前家族面談申込書は、患者さんの診療やケアを直接行っている医療者がご記入ください。

- 2) 診療情報提供書作成時点で以下の情報を必ず含めて下さい

- 担当医が予測する生命予後（必須）
- 最新の血液検査データ、投薬内容（内服薬、貼付薬、注射薬など）

3) 書類が揃いましたら面談日時を決定し、受診通知書を FAX 送信いたします。尚、患者さんご本人は来院いただけません。ご家族のみの来院になることをお伝え下さい。

【予約受付時間】月～金 9:00～16:00

【FAX 送信先】0120-846-489（地域連携課）

※送信は 24 時間可能、営業時間外は翌日以降の対応になります【お問合せ】地域連携課

4. 医療機関に準備いただくもの

①診療情報提供書（事前 FAX） ②ホスピス入院前家族面談申込書（事前 FAX） ③ホスピス入院前家族面談確認書（事前 FAX） ④CD-ROM（1 か月以内の胸部単純レントゲン写真、または胸部 CT、がんの状況がわかる最新の画像データ） ⑤検査データ ⑥（入院中の場合）看護サマリー

5. ご家族に入院予約外来時、持参いただくもの、費用

①診療情報提供書（原本） ②ホスピス入院前家族面談申込書（原本） ③ホスピス入院前家族面談確認書（原本）

④CD-ROM ⑤検査データ ⑥（入院中の場合）看護サマリー ⑦マイナンバーカード・資格確認書もしくは旧保険証 ⑧診察券（当院受診歴のある方）

【費用】入院面談料 5,500 円（税込）の費用が発生します。

6. ホスピス入院前家族面談の後、入棟判定会議を行った上で入院日が決定すれば、ご連絡をします

※当病棟は、緊急入院はできません。入院を待つ期間中は紹介元の医療機関での対応をお願い致します。

淀川キリスト教病院 地域連携課

〒552-0024 大阪市東淀川区柴島 1-7-50

TEL 0120-803-220（医療機関用） FAX 0120-846-489

次項にホスピス・緩和ケア病棟入院前面談申込書あり

医療者用

淀川キリスト教病院 地域連携課

FAX 0120-846-489

淀川キリスト教病院記載欄	受診歴 有・無	患者番号 ()
面談予約日	年 月 日 ()	予約時間 ()

淀川キリスト教病院 ホスピス・緩和ケア病棟入院前家族面談申込書
(医療者用)

※以下、すべての項目に記入もれがないようご確認下さい 記載日：西暦 年 月 日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
氏名				生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 ()			連絡先	電話 携帯		
連絡先①	氏名		年齢	歳	続柄		
	住所				連絡先	電話 携帯	
連絡先②	氏名		年齢	歳	続柄		
	住所				連絡先	電話 携帯	
診断名				転移			
	診断年月日	年	月	日	推定予後	<input type="checkbox"/> 1か月未満	<input type="checkbox"/> 2か月未満 <input type="checkbox"/> 3か月未満
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他 ()						
以下、苦痛症状、医療処置、ADL、患者さんご家族への説明や意向の確認は、患者さんの診療やケアを直接行っている医療者をご記入下さい。または、現在の状態を直接知る医療者に確認の上でご記入下さい							
苦痛症状	<input type="checkbox"/> 痛み(部位) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 食事量： <input type="checkbox"/> 普通量 <input type="checkbox"/> 普通量の半分 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 1割、 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 全く食べられない <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部の張り <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 下肢の浮腫 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症状 その他 ()						
医療処置	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 経鼻胃管カテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在のADL	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 絶食 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ						

ホスピス・緩和ケア病棟への入院前家族面談の確認書
(患者さんのご家族用)

当院のホスピス・緩和ケア病棟（以下ホスピス）での医療を十分にご理解いただくために、家族面談前に以下の内容についてご確認をお願いします。全ての項目に☐のうえで、ご署名をお願いいたします。ご病状が不安定なところ大変お手数をお掛けしますが、よろしくをお願いします。

淀川キリスト教病院ホスピス・緩和ケア病棟 責任医師 池永昌之

1, 患者さん自身についてお尋ねいたします。

- ご自分の病気ががんであること、転移の有無について聞いておられますか？
- ご自分のがんが、がんを縮小させる治療（抗がん治療）ができない病状であることを聞いておられますか？
- がんを縮小させる治療（抗がん治療）を、今後、希望しませんか？
- 引き続き、緩和ケアが必要な身体の苦痛がありますか？
- ホスピスでは一部の医療（人工透析、血小板輸血、頻回な赤血球輸血、十分なりハビリテーション）ができないことを聞いておられますか？
- 当院のホスピスに入院することを希望されていますか？
- 身体の症状が安定している場合、ホスピスへの入院を継続することができないことを聞いておられますか？
- ホスピスへの入院予約後、入院ベッドが用意できるまでは、すぐには入院できないことを聞いておられますか？

2, ご家族自身について（ご家族のご希望を代表する方）お尋ねいたします。

- 患者さんの病気ががんであること、転移の有無について聞いておられますか？
- 患者さんのがんが、がんを縮小させる治療（抗がん治療）ができない病状であることを聞いていますか？
- がんを縮小させる治療（抗がん治療）を、今後、患者さんに希望しませんか？
- 引き続き、緩和ケアが必要な身体の苦痛がありますか？
- ホスピスでは一部の医療（人工透析、血小板輸血、頻回な赤血球輸血、十分なりハビリテーション）ができないことを聞いておられますか？
- 患者さんの余命が2, 3か月以内であることを聞いておられますか？
- ご家族全員が、患者さんのホスピスへの入院を希望されていますか？
- 身体の症状が安定している場合、ホスピスへの入院を継続することができないことを聞いておられますか？
- ホスピスへの入院予約後、入院ベッドが用意できるまでは、すぐには入院できないことを聞いておられますか？

上記のとおりであることを確認しました。

西暦____年__月__日

ご家族の代表者の署名 _____ (続柄) _____

ホスピス・緩和ケア病棟への入院前家族面談の確認書
(ご家族がおられない患者さん用)

当院のホスピス・緩和ケア病棟（以下ホスピス）での医療を十分にご理解いただくために、家族面談前に以下の内容についてご確認いただきます。全ての項目に☑のうえで、ご署名をお願いいたします。ご病状が不安定なところ大変お手数をお掛けしますが、よろしくお願ひします。

淀川キリスト教病院ホスピス・緩和ケア病棟 責任医師 池永昌之

患者さん自身についてお尋ねいたします。

- ご自分の病気ががんであること、転移の有無について聞いておられますか？
- ご自分のがんが、がんを縮小させる治療（抗がん治療）ができない病状であることを聞いておられますか？
- がんを縮小させる治療（抗がん治療）を、今後、希望しませんか？
- 引き続き、緩和ケアが必要な身体の苦痛がありますか？
- ホスピスでは一部の医療（人工透析、血小板輸血、頻回な赤血球輸血、十分なりハビリテーション）ができないことを聞いておられますか？
- 余命が2，3か月以内であることを聞いておられますか？
- 当院のホスピスに入院することを希望されていますか？
- 身体の症状が安定している場合、ホスピスへの入院を継続することができないことを聞いておられますか？
- ホスピスへの入院予約後、入院ベッドが用意できるまでは、すぐには入院できないことを聞いておられますか？

上記のとおりであることを確認しました。

※患者さんが署名できない場合は、確認した施設担当者が署名してください。

西暦____年__月__日

署名（本人または確認した施設担当者） _____