

# 安佐医師会 在宅緩和ケア地域連携パス運用マニュアル

## 1. 計画管理病院のスタッフ

### 1) 連携パス開始前の手順

- ① がん患者・家族の在宅療養希望を確認
- ② 患者・家族へ「同意書兼確認書」の説明、同意取得（医師・看護師）
- ③ 総合相談室へ調整依頼
- ④ 患者・家族と面談（退院調整担当）
- ⑤ 各病棟・外来で連携パス作成（担当看護師）
- ⑥ 連携医療機関（在宅医、訪問看護師）の調整・決定（退院調整担当）
- ⑦ 退院前カンファレンス（退院調整担当）
- ⑧ 連携パスシートを在宅医・訪問看護ステーションへ郵送  
（退院調整担当・在宅コーディネーター）

### 2) 連携パス開始後の手順

- ① 連携機関より質問・要望・相談がある場合  
「Q&A・要望シート」内容を確認し早期に対応する（医師・看護師）
- ② バリエーション発生時：  
「バリエーション報告書」は、紹介内容により早急に対応する（医師・看護師）
- ③ 在宅での看取りの場合：  
「在宅看取り報告書」「在宅看取り調査書」は、内容をデータ管理入力しておく  
（在宅コーディネーター・看護師・事務員）

## 2. 在宅医療提供スタッフ

### 1) 連携パス開始前の手順

- ① 退院前合同カンファレンスに参加

### 2) 連携パス開始後の手順

- ① 質問・要望・相談がある場合には「Q&A・要望シート」を FAX 送信
- ② バリエーション発生時は「バリエーション報告書」を FAX 送信
- ③ 在宅での看取りの場合（パス終了時）は「在宅看取り報告書」「在宅看取り調査書」を FAX 送信
- ④ その他