

## がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制調査結果について

### 1 調査概要

#### (1) 目的

千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会において、緩和ケアの課題や現状を踏まえ、今後の緩和ケア対策について総合的・戦略的な対策等を検討するため、県内のがん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の実態を把握する。

#### (2) 調査対象

○がん診療連携拠点病院 14 か所

#### (3) 調査期間

○平成 26 年 12 月中旬から下旬

#### (4) 調査結果の報告

○千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会の検討資料として活用する。

\* 部会終了後、千葉県ホームページに掲載予定。

\* 千葉県がん診療連携協議会緩和医療専門部会に報告予定。

### 2 調査形式

○アンケートによる回収

○方法 ①各病院へメール及び郵送により調査用紙を配布する。

②健康づくり支援課がん対策班でメール及びファックスにより、回収・集計する。

### 3 調査事項

別紙 1 調査用紙のとおり (P2～)

### 4 調査結果

別紙 2 「がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制」のとおり (P6～)

緩和ケアの提供体制に関する調査

- 千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会で、県内のがん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制について、実態を把握し、今後の緩和ケアの推進に役立てるよう調査を実施します。
- 調査結果は、部会で検討する資料とします。  
\*緩和ケア推進部会は検討結果を資料と併せ、千葉県ホームページ上に公開しています。
- 回答方法 回答用紙をFAXまたはメールで下記あて送付願います。
- 回答期限 平成26年12月26日(金)必着

問い合わせ先：千葉県健康づくり支援課がん対策班  
 TEL:043(223)2686 FAX:043(225)0322  
 E-mail:cantaisaku@mz.pref.chiba.lg.jp

◆病院名 : \_\_\_\_\_

◆回答責任者：職氏名 \_\_\_\_\_

◆問い合わせ先：職氏名 \_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

E-mail：\_\_\_\_\_

\*該当する番号を○で囲んでください。

I 緩和ケアセンターの目的と活動状況

1 貴院に緩和ケアセンターを設置していますか。

- ① 設置している (平成 年 月 開設)
- ② 設置していない
- ③ 設置する予定

2 緩和ケアセンターの活動のうち、貴院で不十分だと思われるものはどれだと思いますか。

【複数回答可】

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| ① 看護カウンセリング (がん看護外来) | ② 週1回の看護カンファレンス    |
| ③ 緊急緩和ケア病床の確保        | ④ 月1回の地域カンファレンス    |
| ⑤ 在宅療養支援診療所等との連絡・相談  | ⑥ 患者・家族への高次の相談支援   |
| ⑦ 定期的な院内研修会等         | ⑧ 週1回以上の構成員カンファレンス |
| ⑨ その他 ( )            |                    |

## Ⅱ 緩和ケアのスクリーニングの方法と評価法について

1 スクリーニングの方法はどのようなものですか。

- ① STAS-Jを参考に、院内で統一した内容で実施している
- ② OPTIMを参考に、院内で統一した内容で実施している
- ③ 自院で独自に作成した内容で実施している

\*実際に使用している用紙の添付をお願いします。

2 緩和ケアチームとの連携はどのようにしていますか。【複数回答可】

- ① スクリーニングからハイリスク事例を抽出する
- ② ハイリスク事例について積極的にチームが関わる
- ③ その他 ( )

3 医師が診断結果や症状を説明するにあたり、どなたが同席していますか。【複数回答可】

- ① 緩和ケアチームの看護師
- ② 病棟の看護師
- ③ 外来の看護師
- ④ 担当（受け持ち）看護師
- ⑤ 医療心理に携わる者
- ⑥ 看護師または医療心理に携わる者
- ⑦ 看護師および医療心理に携わる者
- ⑧ その他 ( )

4 看護師等によるカウンセリングの活用はどのようにしていますか。

- ① 主治医が看護師等の面接を設定している。
- ② 診察等に同席した看護師等から事例にアプローチしている。
- ③ 看護外来を設置している。
- ④ その他 ( )

5 スクリーニング方法の評価について、教えてください。

①評価時期

( )

②評価内容を教えてください。

6 スクリーニング結果の評価について、教えてください。

①評価時期

( )

②評価対象者

( )

### Ⅲ がん治療における緩和ケアチームの関わりと評価

1 病棟ラウンドの回数は次のうちどれですか。

- ① 週1回
- ② 週2回
- ③ 週3回以上

2 カンファレンスの回数は次のうちどれですか。

- ① 週1回
- ② 週2回
- ③ 週3回以上

3 がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、初回処方を緩和ケアチームで実施していますか。

① している

⇒ 平成 25 年度 1 年間の処方数

- |              |            |               |
|--------------|------------|---------------|
| i 10 件以下     | ii 10～20 件 | iii 21 件～30 件 |
| iv 31 件～50 件 | v 50 件以上   |               |

② 主治医から相談された時、緩和ケアチームが必要と判断して処方する

⇒ 平成 25 年度 1 年間の処方数

- |              |            |               |
|--------------|------------|---------------|
| i 10 件以下     | ii 10～20 件 | iii 21 件～30 件 |
| iv 31 件～50 件 | v 50 件以上   |               |

③ 緩和ケアチームに相談した後、全て主治医が処方する

4 緩和ケア外来の開設回数は次のうちどれですか。

① 週 1 回

② 週 2 回

③ 週 3 回以上

5 看護師のがん患者カウンセリングの方法は、次のうちどれですか。【複数回答可】

① 看護師外来

② 外来看護師の面接

③ 病棟看護師の面接

④ その他 ( )

\* 御協力ありがとうございました。

◆この調査結果及び本年 9 月 1 日付け現況報告の緩和ケアに関する部分について、緩和ケア推進部会の資料として公表することに関して、お聞きします。

本調査結果及び本年 9 月 1 日付け現況報告の緩和ケアに関する部分について、緩和ケア推進部会の資料として公表することに

① 同意する

② 同意しない

③ 本調査結果のみ、同意する

④ 現況報告の緩和ケアに関する部分のみ、同意する

がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制

別紙2

項目	病院名	千葉県がんセンター	千葉大学医学部附属病院	千葉医療センター	船橋市立医療センター	東京歯科大学 市川総合病院	順天堂大学 医学部附属浦安病院	松戸市立病院	東京慈恵会医科大学 附属柏病院	成田赤十字病院	総合病院国保旭中央病院	亀田総合病院	君津中央病院	千葉労災病院	国立がん東病院	
	1設置	している	する予定	していない	していない	していない	していない	していない	していない	していない	する予定	する予定	していない	していない	している	
I 緩和ケアセンターについて	設問項目	① 看護カウンセリング(がん看護外来)      ② 週1回の看護カンファレンス ③ 緊急緩和ケア病床の確保                      ④ 月1回の地域カンファレンス ⑤ 在宅療養支援診療所等との連絡・相談      ⑥ 患者・家族への高次の相談支援 ⑦ 定期的な院内研修会等                        ⑧ 週1回以上の構成員カンファレンス														
	2活動のうち自院で不十分と思う項目	①				○		○		○	○	○				
		②		○								○				
		③		○				○		○						
		④	○	○		○		○		○	○	○				○
		⑤								○						
		⑥		○												
		⑦														
		⑧														
		その他														

項目	病院名													
	千葉県がんセンター	千葉大学医学部附属病院	千葉医療センター	船橋市立医療センター	東京歯科大学市川総合病院	順天堂大学医学部附属浦安病院	松戸市立病院	東京慈恵会医科大学附属柏病院	成田赤十字病院	総合病院国保旭中央病院	亀田総合病院	君津中央病院	千葉労災病院	国立がん東病院
1 方法	自院独自	自院独自	OPTIM	自院独自	自院独自	OPTIM	STAS-J	OPTIM	OPTIM	STAS-J	自院独自	STAS-J	OPTIM	自院独自
II スクリーニング	設問項目 ① スクリーニングからハイリスク事例を抽出する ② ハイリスク事例について積極的にチームが関わる ③ その他													
	2 緩和ケアチームとの連携			○		○	○	○		○		○		
			○	○	○				○			○	○	
	○	○				○		○	○	○			○	
		①				②		③	④	⑤			⑥	
	その他の内容	①まだ始まったばかりなのではっきりと決まっていますが、上記②となる予定です。 ②スクリーニングシートにチーム介入希望を記入した患者に関わる ③困難事例に対してチーム依頼をする ④緩和ケアチームのラウンドで拾い上げる ⑤緩和ケアチーム依頼のあるケースすべてに積極的にチームが関わる ⑥スクリーニング2点以上の患者で、主治医だけでは対処が困難と判断した場合												
3 診断結果等説明時の同席者	緩和ケアチームNS			○	○		○	○	○		○	○		
	病棟NS	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
	外来NS	○	○	○	○		○		○	○		○	○	○
	受け持ちNS			○		○	○		○		○			○
	医療心理				○									
	看護師または医療心理											○		
	看護師及び医療心理													
その他														専門看護師や認定看護師

項目	病院名	千葉がんセンター	千葉大学医学部附属病院	千葉医療センター	船橋市立医療センター	東京歯科大学市川総合病院	順天堂大学医学部附属浦安病院	松戸市立病院	東京慈恵会医科大学附属柏病院	成田赤十字病院	総合病院国保旭中央病院	亀田総合病院	君津中央病院	千葉労災病院	国立がん東病院	
II スクリーニング	4 看護師等による カウンセリングの活用	設問項目 ① 主治医が看護師等の面接を設定している ② 診察等に同席した看護師等から事例にアプローチしている ③ 看護外来を設置している ④ その他														
	その他の内容	①	③	②	①、②、④	④	④	③	③	③	④	③	④	④	④	②、③
					下記 ①、②、③	①	②				⑤		④	⑤	⑥	
		①入院時にスクリーニングを行う ②患者の希望により、緩和相談や専門・認定看護師の面談を設定する ③緩和ケアチーム依頼、医療連携相談室経由で場所と時間を設定してアプローチしている。 ④必要時MSW、看護師が関わっている ⑤回答なし ⑥カウンセリングが必要であると判断される場合、医師(又は看護師)⇒当該看護師長⇒副看護部長に連絡が入り専門・認定看護師が同席できるよう調整														
5 方法の評価 および 6 結果の評価については別表(P9～P10)のとおり																
III 緩和ケアチームの 関わりと評価	1 ラウンド回数	週3回以上	週1回	週2回	週3回以上	週3回以上	週3回以上	週1回	週3回以上	週1回	週3回以上	週2回	週1回	週1回	週3回以上	
	2 カンファレンス回数	週1回	週1回	週2回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週1回	週3回以上	
	3 初回処方	処方の実施	チーム判断	チーム判断	している	主治医	チーム判断	主治医とチーム判断	している&チーム判断	主治医	主治医	主治医	主治医	主治医	初回処方時に全例緩和ケアチームに相談が来るわけではないが①～③のどれにもあてはまらない。	チーム判断
		処方の件数	50↑	測定不可	50↑	50↑	50↑	10↓	10↓				それぞれ31-50			50↑
	4 緩和ケア外来	週3回以上	週3回以上	週3回以上	週2回	週1回	週3回以上	週1回	月2回	週2回	週1回	週3回以上	週1回	週1回	週3回以上	
	5 看護師の カウンセリング方法	看護師外来	○	○									○			
外来看護師の面接		○	○						○					○	○	
病棟看護師の面接					○			○			○	○		○	○	
その他				○	○	○	○				○	○		○		
その他の内容			①	下記 ①、⑤、⑥	②	③				④	⑤		⑥			
		①認定看護師の面接 ②必要時に面談 ③専門・認定看護師とがん相談員研修(3)を修了した看護師 ④現在検討中 ⑤緩和ケアチーム看護師(依頼時)の面接 ⑥ベッドサイドにて緩和ケアチームの看護師が面接														



## 調査項目Ⅱの5 スクリーニング方法の評価

(スクリーニングの実施の時期の設定及び実施内容の評価方法について把握したもの)

病院名	評価時期	評価内容
千葉県がんセンター	現在試行で使用中的であるため、時期の設定まではしていない。	試行の結果を踏まえ、今年度中に検討する予定である。
千葉大学医学部附属病院	診断を伝え最初の治療が提示されたとき、「入院時」を現在は設定。その他化学療法開始時、放射線治療開始時などのタイミングを検討中	治療のこと、病気のことの知識 身体症状 気持ちの落ち込み 仕事のこと、経済的なこと など
千葉医療センター	入院患者：入院時 外来患者：外来化学療法時または外来放射線療法時	スクリーニング用紙 P15
船橋市立医療センター	がんと診断されて、検査・治療の方針を説明する時	スクリーニング用紙 P19
東京歯科大学市川総合病院	27年度末	27年度末にドクター・ナースにアンケート調査を行う
順天堂大学医学部附属浦安病院	不定期	* 緩和ケアリンクナースに対し、各病棟の現状確認を行い、運用などに問題が生じていないか確認している。 * スクリーニングした結果を以下について活用できているか、データの集計を行っている。 ・看護師によるカンファレンスの実施 ・ペインスケールや STAS-J の活用 ・看護計画立案への反映 ・緩和ケアチーム依頼の有無 など
松戸市立病院	記載なし	記載なし
東京慈恵会医科大学附属柏病院	がんと診断された時に行う。その後は健康の段階に合わせて適宜スクリーニングを行う。	・身体症状(痛み、しびれ、眠気 etc) ・精神症状(不安、睡眠 etc) ・地域へつなげたケースのサマリー
成田赤十字病院	入院時に評価を行うが、方法についての評価はまだ行っていない。	がん患者入院時にスクリーニングシートで把握し、介入を要する症例については、緩和ケアチームに連絡が回る。
総合病院国保旭中央病院	・症状緩和1週間、その後の1週間評価 ・死亡時、転帰時、終了評価	・身体的症状、その他身体的、社会的、精神・心理的面の経過と緩和評価を行う。
亀田総合病院	入院時、病状変化時	NRSで苦痛症状について入力→自由記載について苦痛症状を記入してNRSで評価
君津中央病院	スクリーニング実施の時期は、がんの入院患者へ随時または入院患者必要時	各セクションのリンクナースによりサポートが必要な患者を選択し、緩和ケアチームへつなぐ(STAS-J)を使用しハイリスク患者を抽出している)
千葉労災病院	回答なし	回答なし
国立がん東病院	外来：初診時・初診時に継続支援を要すると判断された患者の外来受診毎 入院：入院から48時間以内、退院までの間1週間毎	<外来> ・外来看護師：資料1・資料2(資料2は緩和医療科のみ) ・サポーターケアセンター看護師：資料3に基づいて、外来看護師と連携し介入 <入院> ・資料4(入院時から退院まで)

調査項目Ⅱの6 スクリーニング結果

(スクリーニングした結果を踏まえた評価(評価時期や評価対象などの見直し)について把握したもの)

病院名	評価時期	評価対象
千葉県がんセンター	毎月がん看護外来担当者が集計している。	スクリーニング結果から関わった、全ての患者
千葉大学医学部附属病院	未定	未定
千葉医療センター	スクリーニング要観察となつてすぐ	スクリーニング要観察者
船橋市立医療センター	後日、面談の希望の有無を聞き予約を取る時	原則がんと診断された患者さんすべてに1次スクリーニング(スクリーニング用紙 P20)を行い、チェックされた患者さん
東京歯科大学市川総合病院	27年度末	スクリーニング項目④(スクリーニング用紙 P24) 専門チームへの相談を希望した患者
順天堂大学医学部附属浦安病院	入院時、入院後 14 日目、(退院前)	がんと診断された入院患者(外来患者は今年度中に運用開始予定)
	【補足】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スクリーニング結果は運用手順(アルゴリズム)に基づき、医師看護師にてニーズアセスメントを行い、病棟における緩和ケアの充足・緩和ケアチーム依頼・更なる疼痛評価の実施・STAS-Jの活用・専門職者への連携・リンクナースと緩和ケアチーム専従NSとの連携強化などを構造的に実施。その結果の評価として、再スクリーニング時期は入院後 14 日目 退院前。</li> <li>・上記の考えに基づき②評価対象者は患者が評価スクリーニング対象者と判断。</li> <li>・医療者視点での評価対象者であれば、医師・看護師がファースト評価者。</li> </ul>
松戸市立病院	記載なし	記載なし
東京慈恵会医科大学附属柏病院	スクリーニングを開始したばかりであり、まだ評価まで至っていない。	
成田赤十字病院	入院時	苦痛(身体的・精神的)の程度が強く、主治医が緩和ケアチームの介入を必要だと判断した患者
総合病院国保旭中央病院	今までに行っていないが、今年度より実施していく。	緩和ケアチーム依頼対象者
亀田総合病院	スクリーニング施行直後	NRSでの評価で4点以上の患者に介入検討を行う
君津中央病院	毎週木曜日	緩和ケアチームメンバー
千葉労災病院	スクリーニング施行者	患者本人
国立がん東病院	<p>外来:初回外来時(診療科限定:呼吸器科・消化器内科・乳腺腫瘍内科)その後適宜</p> <p>入院:入院~48時間以内、1週間毎</p>	<p>&lt;外来患者&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サポータティブケアセンター看護師:資料3の基準を基に初診患者及び経過観察中に外来看護師から依頼があった患者に適宜使用し、電子カルテに情報を入力</li> <li>・外来看護師:資料1・資料2を使用し初診患者(基本的に全診療科)に聞き取りをし、①の資料3に該当する患者をサポータティブケアセンターに紹介し、その他の患者には、症状ありの患者に外来毎に同資料を使用して定期評価を実施</li> </ul> <p>&lt;入院患者&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・資料4を使用し、入院時から48時間以内に資料4-2最下段の説明に基づきサポータティブケアセンターに電子カルテ上で送信する</li> <li>・連絡を受けたサポータティブケアセンターではMSW・看護師で状況を共有の上、評価内容を精査し部署にフィードバックする</li> <li>・全患者、退院までの1週間毎に部署のカンファレンスで評価を行い資料4-2最下段の説明に基づきサポータティブケアセンターに送信(入院中の状況変化に対応)</li> </ul>

# がん診療連携拠点病院で正在している スクリーニング用紙の実際

(調査項目Ⅱの1 「スクリーニング方法」関係)

月 日

お名前

がん看護外来では、乳がんと診断された患者様やご家族の病気や治療についてなどの不安や疑問、困りごとなどの相談を乳がん看護認定看護師が行っております。専門性を活かし、医師などと連携を図りながら解決できるように支援します。面談希望の有無や当てはまるものにチェックをつけて下さい。ご記入がすみましたら、受付窓口に出してください。

面談希望  なし（今後ご希望があれば窓口にお声かけ下さい）

あり（日時の相談をさせていただきます。

ご希望日時があればご記入ください）

{例：次回診察後など

}

※面談希望の場合、相談したい項目で当てはまるものをチェックして下さい。（複数可）

病気や治療について

症状（痛みや息苦しさ、リンパ浮腫など）

気持のつらさ

家族について

その他（自由記載）

[ ]

ご協力ありがとうございました。

緩和ケアセンター

乳がん看護認定看護師 西 弘美

.....  
毎週 水曜日 15:00~16:00 がん看護外来（乳がん）を行っています。

予約制となっておりますが、日時はご都合に合わせて調整させていただくことも可能です。

ご希望の場合は、医師または外来窓口にお問い合わせください。

月 日

お名前

緩和ケアセンターでは質問用紙を用いて、不安・疑問などをお持ちの患者様に早期から対応できるよう努めております。

現在、不安や疑問、困りごとなどありましたら下記項目にチェックをしてください。(複数可)  
チェックがある場合、担当看護師がお話を伺わせていただきます。

ご希望がある場合、もしくは担当看護師が必要と考えた場合は認定看護師が対応させていただきます。

特になし

ある場合

病気や治療について

症状 (痛みや息苦しさ、リンパ浮腫など)

気持のつらさ

家族について

その他 (自由記載)

[ ]

ご協力ありがとうございました。

緩和ケアセンター

「がんとわかったときからはじまる 緩和ケア」の冊子を読まれて、どのように感じられましたか。これからの治療の中で様々な支援が活用できることを御理解いただけたかとおもいます。

下記スクリーニング用紙に、チェックを入れてスタッフ（医師、看護師、クラーク）にお渡しください。相談窓口などのご提案をさせていただきます。

お名前： \_\_\_\_\_（男・女）

ID(診察券番号): \_\_\_\_\_

- 病気のこと、治療の事でわからないことがある
- 体調がすぐれない
- 気持ちがはれない
- 自宅での生活に不安がある
- 仕事に関する不安がある
- 経済的な不安がある
- 今は特に不安はない

現在特に相談が必要なことはなくとも、いずれかの時点で必要となるかも知れません。いつでもスタッフにお声をおかけください。

千葉大学医学部附属病院  
がん相談支援センター（患者相談窓口内）  
緩和ケア支援チーム

緩和ケアスクリーニングシート運用手順書

がん診療連携拠点病院運営委員会・緩和ケアチーム作成 第1版

平成26年9月1日改訂

1. 対象者・対象日

対象者：①入院がん患者

②意識状態が悪い、認知症等で意思決定出来ないと判断した場合は御家族が代理対象者

③がん診断の検査入院の入院当日は行わなが、がんと診断された時点でスクリーニング対象者

対象外：がん治療（手術、化学療法、放射線、緩和）目的以外の入院患者

対象日：①入院日（緊急入院は翌日施行）

②がんと診断された日

③入院後、緩和ケアチームへの診療希望があった時

④病状変化、苦痛症状が出現し、再度スクリーニングが必要と医療者が判断したとき

がん告知がされていない患者にも基本的には行う、緩和ケアスクリーニングシートには「がん」という表記や質問はない。また看護師による対面での問診を行うので、緩和ケアスクリーニングシートが直接患者さんの目に触れるということも少ない。

2. 入力場所

「テンプレート」「共通」「入院時看護セット」「緩和ケアスクリーニングシート」

3. スクリーニング基準

スクリーニング基準	評価項目数	評価ツール	評価基準
スクリーニング基準1：身体的問題	9項目	NRS	NRS7以上 必要性あり
スクリーニング基準2：精神的問題	2項目	NRS	NRS7以上 必要性あり
スクリーニング基準3：社会的問題	1項目	希望の有無	希望あり 必要性あり
スクリーニング基準4： 緩和ケアチームへの診察希望	1項目	希望の有無	希望あり 必要性あり

NRS：Numeric Rating Scale 「0：痛みがない」から「10：最悪の痛み」の11ポイント症状を評価

スクリーニング基準1, 2, 3, 4、評価基準「必要性あり」に1つでもチェックある

＝緩和ケア要観察患者

4. 方法

緩和ケアスクリーニング活用方法：フローシートの番号と同じ番号を記載してあります。

**入院担当看護師**

緩和ケアスクリーニングシートは患者さんの主観を評価するシートです。用紙を渡して記入する、看護師の判断で評価するものではないです。入院担当看護師が対面して問診を行ってください。

①入院担当看護師は、スクリーニング1, 2, 3, 4に対して問診をする。電子カルテ「緩和ケアスクリーニングシート」の入力を行う。

<スクリーニング基準1, 2, 3, 4「必要なし」の場合>

②現在緩和ケア介入の必要性が低いと判断し、次回入院時や病状の変化時等に再びスクリーニング対象者とする

### <スクリーニング基準1, 2, 3, 4「必要あり」の場合>

- ・以下の③④⑤⑥を参考に主治医チームと病棟内カンファレンスを行い、組織内で共有する。
- ・緩和ケアスクリーニングシートを印刷し、緩和ケアスクリーニングシート回収ファイル（オレンジのクリアファイル）に挿む。スクリーニング基準が重複する場合、まとめて1枚で提出する。
- ・カンファレンスの内容は、「緩和ケア要観察患者カンファレンス」として電子カルテに記入する。
- ・スクリーニング基準1, 2, 3, 4「必要あり」が重複する場合、スクリーニング基準4：緩和ケアチームの診療が優先され、緩和ケアチームの介入を行う。

#### ③スクリーニング基準1：身体的問題

身体症状の原因となるものをアセスメントし、基本的な緩和ケアを開始する。看護計画立案、看護指示を入力、評価を行う。

#### ④スクリーニング基準2：精神的問題

原因となるエピソード（がん告知、再発の告知、バッドニュース等）をアセスメントする。また訴えを共感的態度で傾聴を行う。看護計画立案、看護指示を入力、評価を行う。

#### ⑤スクリーニング基準3：社会的問題

退院支援「入院時スクリーニングシート」と関連付けてアセスメントを行う。退院支援・退院調整マニュアル「入院時スクリーニングシートの活用」にそって介護保険等の説明を行う。⑦退院調整カンファレンスに提案や退院支援計画書の作成を検討する。看護計画立案、看護指示を入力、評価を行う。

#### ⑥スクリーニング基準4：緩和ケアチームの診療希望

緩和ケアチームの診療の介入を速やかに行う。緩和ケアチームに相談したい内容を、スクリーニング基準1, 2, 3, からや、問診でアセスメントし、看護計画立案、看護指示を入力、評価を行う。⑨「緩和ケアチーム介入依頼」「緩和ケア初期アセスメントシート」を作成し、緩和ケアチーム介入開始とする。

### 5. 緩和ケアサポートナースを中心とした病棟看護師

- ・緩和ケアスクリーニング対象者にスクリーニングがされているか確認する。
- ・緩和ケア要観察患者の基本的な症状コントロールが開始されているか、または緩和ケアチーム介入がされているか確認する。開始された症状コントロールの看護計画立案、看護指示が入力、評価がされているか確認する。
- ・緩和ケア要観察患者、緩和ケア介入患者のデータ集計を行う。

### 6. 緩和ケアチーム

⑩緩和ケアスクリーニングシートの回収を行う。

⑪提出された緩和ケアスクリーニングシートより、緩和ケア要観察患者を把握し、月（東病棟＋8階）、火（西病棟＋8階）の緩和ケアチームカンファレンスにて緩和ケア介入の検討を行う。

⑫緩和ケア介入が必要ないと判断した場合は、現在は緩和ケア介入の必要性は低いと判断し、フローシート②に戻り、病状の変化時、次回入院時に再びスクリーニング対象者となる。

⑬介入する場合は対象病棟に連絡し、⑨緩和ケア介入の手続きを依頼、⑭緩和ケアチーム介入開始となる。

※カンファレンスの内容は看護記録に記載する。またスクリーニングシートは一定期間保管理する。



患者 ID

患者氏名

診療科

受け持ち医師

受け持ち看護師

記入者

1.  身体的問題

●この1週間で以下の症状が一番強いときは、どのくらいの強さでしたか？

NRS 評価		← 最大に強い	
なし		← 要経過観察者	
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> ねむけ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日に1回 <input type="checkbox"/> 2~5回/日	<input type="checkbox"/> 6回/日以上	
<input type="checkbox"/> 排便	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6回 <input type="checkbox"/> 週1~3回	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 便の性状	<input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかい	<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々起きるが大体眠れる	<input type="checkbox"/> 眠れない	

●一番困っている症状について、1日を通して症状の変化はどのパターンですか

一番困っている症状

1 ほとんど症状がない

2 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある

3 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする

4 強い症状が、1日中続く

2.  精神的問題

●この1週間の気持ちのつらさを平均すると当てはまる数字はどのくらいですか

NRS 評価		← 最高につらい	
つらくはない		← 要経過観察者	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
支障はない		← 最高に生活に支障がある	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

●その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか

3.  社会的問題

●自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるか相談したい

希望しない  希望する

病棟内で検討し、速やかに緩和ケアチーム介入依頼。

4.  緩和ケアチームの診療について

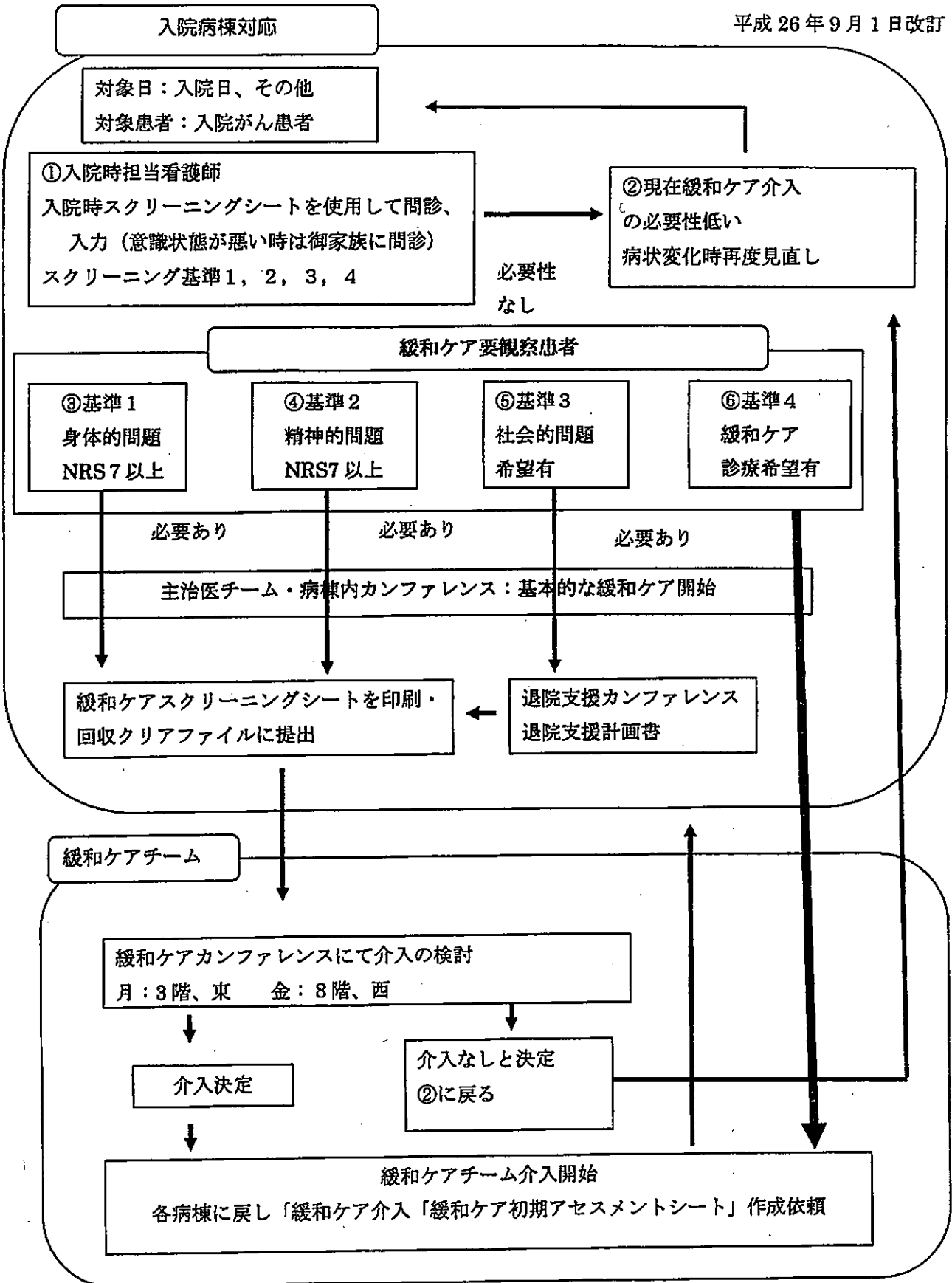
●痛みなどの体やこころのつらさをやわらげる緩和ケアの診療を希望されますか。

希望しない  希望する

緩和ケアスクリーニングシートの活用方法：フローシート

がん診療連携拠点病院運営委員会・緩和ケアチーム作成 第1版

平成26年9月1日改訂



【がん患者スクリーニング1】

患者氏名:	年齢:	記載年月日:
患者ID:	性別:	記載者氏名:

番号	質問内容	患者の返答
①	気がかりなこと、心配なことはありませんか？	○はい    ○いいえ
②	何か症状で困っていることはありませんか？	○はい    ○いいえ

- 上記がどちらも「いいえ」の場合⇒スクリーニングは終了です。
- 上記が1つでも「はい」の場合⇒患者さんに「トータルペイン問診票」を渡してください。  
\* 患者さんが記載できないときは、聞き取りを行い代筆してください。
- 記載された結果をexチャットへ入力し、医師に問診票を渡してください。
- 入力と医師の診察が終了したら、問診票はシュレッダーにかけて破棄します。

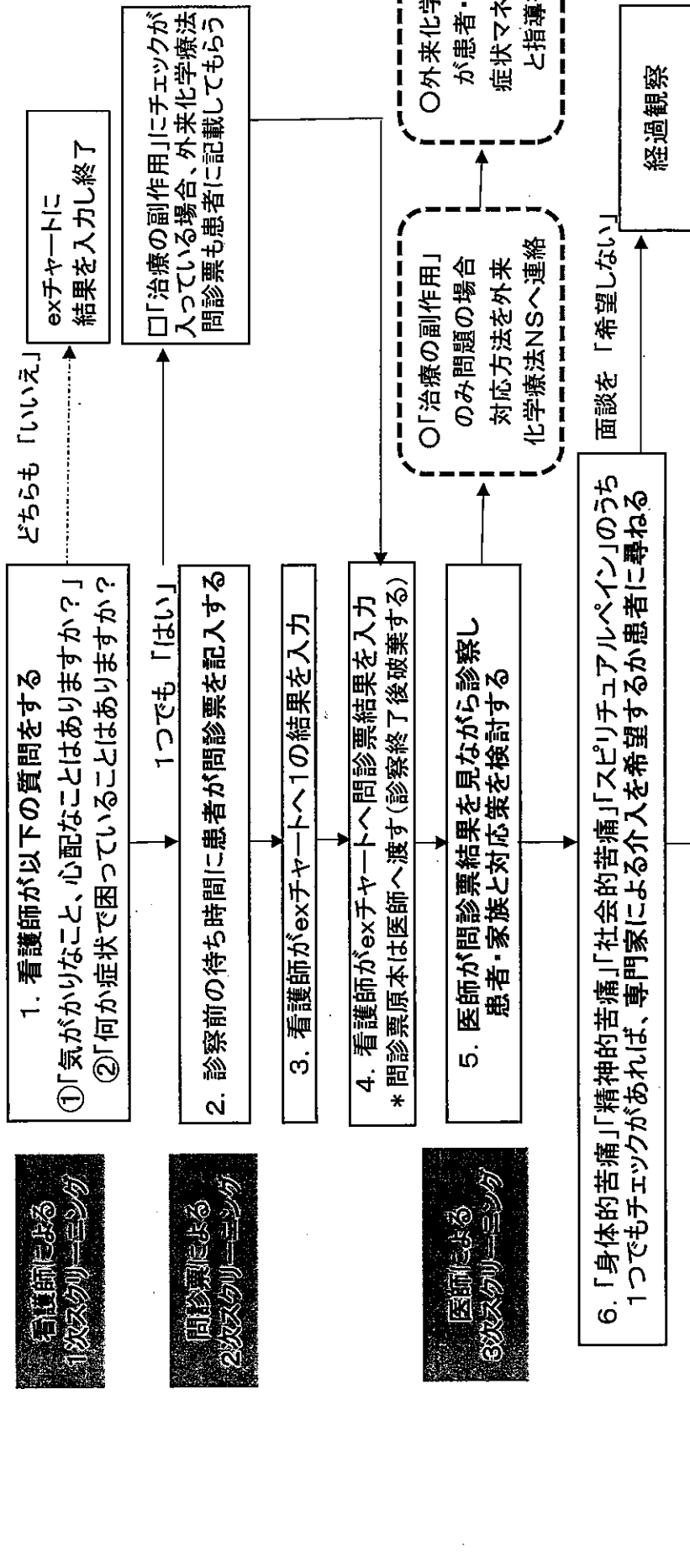
# 【がん患者スクリーニングシート2】

患者氏名:	年齢:	記載年月日:
患者ID:	性別:	記載者氏名:

□ 1	身体的苦痛	<input type="checkbox"/> 疼痛	
		<input type="checkbox"/> 疼痛以外の身体症状( )	
		<input type="checkbox"/> 治療(手術、抗がん剤、RT)の副作用	
		<input type="checkbox"/> 日常生活動作の支障	
□ 2	精神的苦痛	<input type="checkbox"/> 診断・治療・医療者への不満や怒り	
		<input type="checkbox"/> 不安	
		<input type="checkbox"/> 恐れ	
		<input type="checkbox"/> 抑うつ	
		<input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 経済上の問題	
□ 3	社会的苦痛	<input type="checkbox"/> 仕事上の問題	
		<input type="checkbox"/> 人間関係・家族関係の問題	
		<input type="checkbox"/> 孤独感・疎外感	
		<input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 「なぜ、私なのか」	
□ 4	スピリチュアルペイン	<input type="checkbox"/> 「家族や他人の負担になりたくない」	
		<input type="checkbox"/> 「私はダメな人間だ」	
		<input type="checkbox"/> 「生きる意味があるのか」	
		<input type="checkbox"/> 「誰も私のことをわかってくれない」	
		<input type="checkbox"/> 「ばちがあたった」	
		<input type="checkbox"/> 「正しく人生を送ってきたのに」	
		<input type="checkbox"/> 「私の人生は無駄だった」	

○患者さんが記載した問診票をもとに、担当看護師が入力してください。

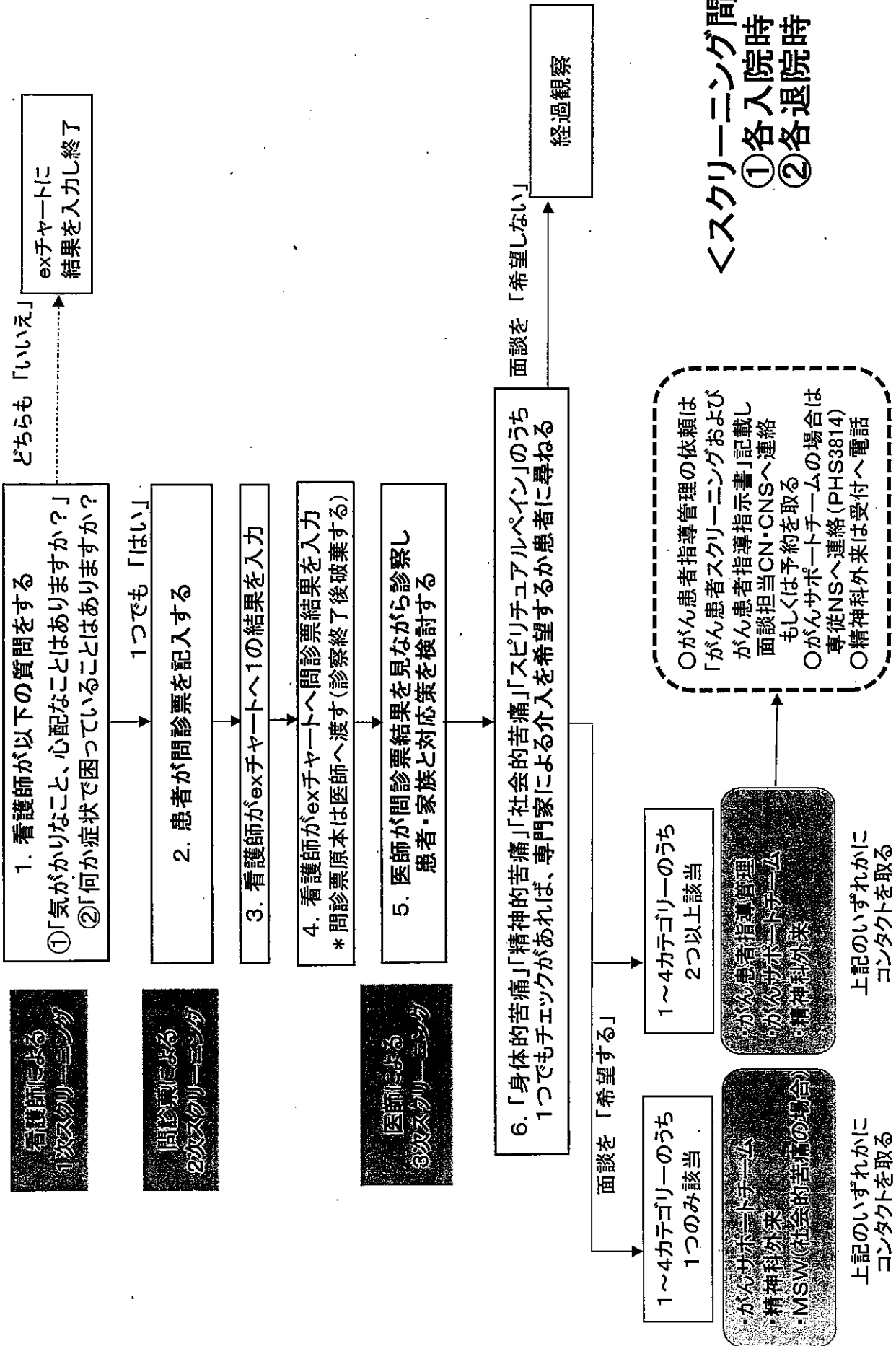
外来



＜スクリーニング間隔＞  
①がん告知後初回診察  
②主科各外来診察日

○がん患者指導管理の依頼は「がん患者スクリーニングおよびがん患者指導指示書」記載し面談担当CN・CNSへ連絡もしくは予約を取る  
○がんサポートチームの場合は専従NSへ連絡(PHS3814)  
○精神科外来は受付へ電話

入院



<スクリーニング間隔>  
①各入院時  
②各退院時

# 【トータルペイン問診票】

患者氏名:	年齢:	記載年月日:
患者ID:	性別:	確認看護師:

□ 1	身体的つらさ	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、つらい
		<input type="checkbox"/> 痛み以外の症状( )があり、つらい
		<input type="checkbox"/> 治療(手術・抗がん剤・放射線)の副作用で困っている
		<input type="checkbox"/> 日常生活動作(食事をとる、眠る、排泄する、歩くなど)で支障がある
		<input type="checkbox"/> 診断、治療、医療者との関係で悩んでいる
□ 2	精神的つらさ	<input type="checkbox"/> 日常的に不安を感じたり、気持ち力が張りつめている
		<input type="checkbox"/> 病気のこと、将来のことなどに恐れを感じる
		<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込んだり、やる気が起きない
		<input type="checkbox"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 医療費の支払い、家のローンなど、経済的なことで悩んでいる
□ 3	社会的つらさ	<input type="checkbox"/> 仕事のこと悩んでいる
		<input type="checkbox"/> 家族関係、人間関係で悩んでいる
		<input type="checkbox"/> 孤独感、疎外感を感じる
		<input type="checkbox"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 「なぜ、自分が病気になるのか」と常に考えてしまう
□ 4	心理的つらさ	<input type="checkbox"/> 「家族へ負担をかけている」と常に考えてしまう
		<input type="checkbox"/> 自分のことを「ダメな人間だ」と考えてしまう
		<input type="checkbox"/> 生きる意味について常に考えてしまう
		<input type="checkbox"/> 誰も自分のことをわかってくれないと感じる
		<input type="checkbox"/> 「病気になったのは、ばちがあたったのだ」と考えてしまう
		<input type="checkbox"/> 「正しく人生を送ってきたのに」と常に考えてしまう
		<input type="checkbox"/> 病気になったことで、自分の人生は無駄だったと感じている
		<input type="checkbox"/>

○皆さんのつらさに早急に対応するための問診です。当てはまるものにチェックをして看護師にお渡しください。

## 生活のしやすさに関する質問票

記入者  患者さん  ご家族  医療者

記入日	
ID	
フリガナ	
氏名	

### ① 気になっていること、心配していることをご記入下さい

- 病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある……  あり
- 経済的な心配や制度で分からないことがある……………
- 日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排尿・排便など)…
- 通院がたいへん……………

### ② からだの症状についておうかがいします

【程度の指標】

- 4 我慢できない症状がずっとつづいている
- 3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい
- 2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい
- 1 現在の治療に満足している
- 0 症状なし



症状は何ですか？

あてはまる項目の( )内に症状の程度を0~4までの数字で記入して下さい。(複数回答可)

痛み( ) しびれ( ) ねむけ( ) だるさ( )

息苦しさ( ) 食欲不振( ) 吐き気( ) 便秘( )

不眠( ) 口腔内の痛みや不快感( )

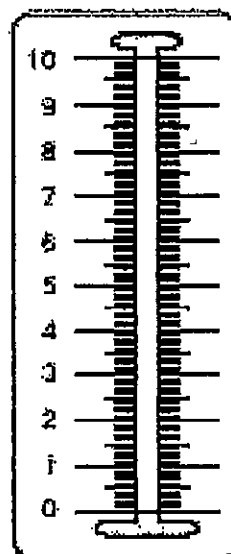
### ③ 気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない



### ④ 専門のチームへの相談を希望しますか？

希望する

- 痛みなど、からだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師 ……
- 経済的な問題や、医療制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー ……
- 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい ……






患者ID：  
 患者氏名：  
 記載日：

病気や治療から生じる症状や精神的ストレスにお悩みの場合、体の痛みやここのつらさを和らげることで、自分らしい生活を送ることができます。

皆様と一緒に、医師や看護師・薬剤師を含めた専門スタッフがサポートさせていただきます。

ご参考までに以下の質問の該当する番号に○をつけてください。

**◆ここ1週間くらいのおからだやお気持ちのつらいときがありましたか？**

- 4： つらい状態が続いている 
- 3： 我慢できないことはないが、  
つらいことがしばしばあり対応してほしい
- 2： それほどひどくはないが、  
方法があるのなら考えてほしい
- 1： 現在の治療に満足している
- 0： 症状はない 
- 

具体的にどのような状況ですか？

例；腰痛がある・下痢がある・眠れない・落ち着かないなど

**◆専門のチームへの相談を希望しますか？**

- 1： 痛みなどからだの症状やお気持ちのつらさに対応する  
緩和ケア医師・看護師
- 2： 経済的問題・制度・自宅での生活がしやすいように  
利用できるサービスについての相談

確認サイン	
医師	
看護師	

## 別紙 16

## \*スクリーニング

外来に関しては、現状では各科先生、看護師等、医療従事者が必要とあれば、当院のマニュアルに沿って緩和ケアチームに紹介していく方針です。

入院に関しては項目方法において病棟で何らかの苦痛がひどいと思われるがん患者さんを対象に STAS-J 症状版にて評価をして緩和ケアチームで判断し重点的に回診を行なうかどうかの検討をカンファレンスで検討を行なう。

## STAS-J 症状版

症状が患者に及ぼす影響

0= なし

1= 時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない。

(現在の治療に満足している、介入不要)

2= 中等度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある。

(薬の調節や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない)

3= しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす。

(重度、しばしば)

4= ひどい症状が持続的にある。(重度、持続的)

\* 評価不能

疼痛 0 1 2 3 4 *	しびれ 0 1 2 3 4 *	全身倦怠感 0 1 2 3 4 *	呼吸困難 0 1 2 3 4 *
せき 0 1 2 3 4 *	たん 0 1 2 3 4 *	嘔気 0 1 2 3 4 *	嘔吐 0 1 2 3 4 *
腹満 0 1 2 3 4 *	口渴 0 1 2 3 4 *	食欲不振 0 1 2 3 4 *	便秘 0 1 2 3 4 *
下痢 0 1 2 3 4 *	尿閉 0 1 2 3 4 *	失禁 0 1 2 3 4 *	発熱 0 1 2 3 4 *
ねむけ 0 1 2 3 4 *	不眠 0 1 2 3 4 *	抑うつ 0 1 2 3 4 *	せん妄 0 1 2 3 4 *
不安 0 1 2 3 4 *	浮腫 0 1 2 3 4 *	その他 ( ) 0 1 2 3 4 *	

生活のしやすさに関する質問票

体温  ℃  
 脈拍  回/分  
 血圧  mmHg  
 S-O<sub>2</sub>  %  
 体重  kg

記入者  医師 看護師 口ご家族 口ご患者  
 ( ) 氏名

① 痛くなっていないこと、心配していることをご記入下さい

② からの症状についてお答えが出来ます

③ 気持のつらさについてお答えが出来ます

④ 専門のチームへの相談をお望みますか？

からなる症状が② 以上ときは、詳しく症状をつかため右ページにご記入下さい。  
 気持のつらさが⑥  
 ※化学療法を望まれている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

直前の1週間、以下の症状が1週間おとせば、どれくらいお楽になりましたか？

症状	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
痛み(一番強いとき)											
(一番弱くとき)											
しびれ											
吐きけ(おとせば)											
だるさ(つかない)											
息切れ(お楽さ)											
食慾不振											
吐き気											

薬 処方 1日に何回 2~5回/日 6回/日以上 7回/日以上 8回/日以上 9回/日以上 10回/日以上

副作用 毎日 週4~6回 週1~3回 なし 軽い 普通 やわらかい 下痢

説明 薬の効果が 十分に出ている 十分に出ない 十分に出ない 十分に出ない

薬の効果が 十分に出ている 十分に出ない 十分に出ない 十分に出ない

1. ほとんどお楽でない 2. 薬のほとんどが効かない 3. 薬のほとんどが効かない 4. 薬のほとんどが効かない

5. 薬のほとんどが効かない 6. 薬のほとんどが効かない 7. 薬のほとんどが効かない 8. 薬のほとんどが効かない

9. 薬のほとんどが効かない 10. 薬のほとんどが効かない

痛みが2日に減りました

先週は1週間お楽でしたが、今週は2週間お楽です。痛みが軽減している様です。

生活のしやすさに関する質問票

記入日 年 月 日 記入者 本人 ご家族 医療者( )

1. からだの症状についてお伺いします。

①現在の症状とその程度について  を参考に数字に○をつけてください。



痛み	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	吐き気	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
息苦しさ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	お腹の張り	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
だるさ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	その他	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
食欲がない	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	( )	

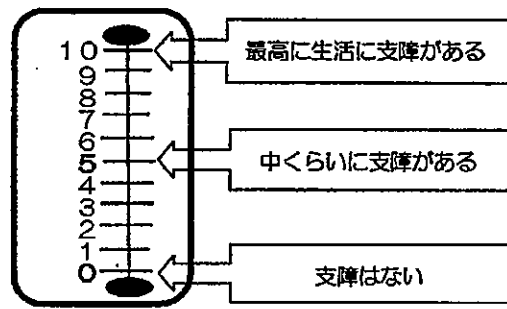
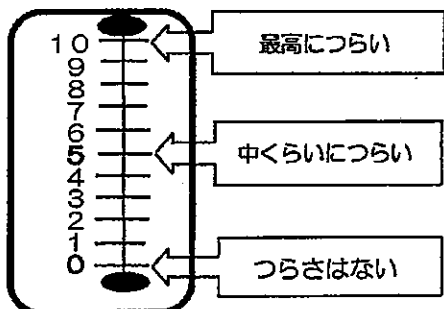
②現在のからだの症状は、生活の支障になっていますか。

- 症状があり困っている
- 症状があるが困っていない

2. 病気や治療、生活の変化などに対する気持ちのつらさについてお伺いします。

①この 1 週間の気持ちのつらさを平均して、  
最もあてはまる数字に○を付けてください。

②その気持ちのつらさのためにこの1週間  
どの程度日常生活に支障がありましたか。



3. 現在気になっていること、心配していることについてしるしをつけて下さい。(複数回答可)

- 病状や病気について、知りたいことや相談したいことがある
- 経済的なことや制度でわからないことがある
- 日常生活で困っていることがある(食事、入浴、移動、排便・排尿など)
- 通院が大変である
- その他

4. 専門の職種への依頼を希望しますか。(複数回答可)

- 身体の症状を和らげる緩和医師・薬剤師・看護師
- 気持ちのつらさを和らげる精神科医師、臨床心理士
- 経済的なことや制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー
- 在宅の生活で利用できるサービスについて相談する医療ソーシャルワーカー
- 主治医と相談の上で決めたい
- 専門のチームへの依頼は不要

医師承認サイン  
( )

## 「生活のしやすさに関する質問票」の運用基準

### I. 適応基準

- ・入院・・・がん患者の入院時（連結入院などを含む）
- ・外来・・・（導入時）緩和ケア外来 初診時  
通院治療センターで抗がん剤治療を受ける患者の初回来院時  
（2回目以降は、「通院治療センター問診票」を使用）
- ・症状評価のために適宜使用可能

### II. 除外基準

- ・通院治療センター通院中の患者で、輸血療法を行なう者、がん患者以外の者

### III. 運用開始

平成 26 年 10 月 1 日（水）

### IV. 質問紙使用方法

#### 1. 用紙 質問紙・・・A4 版 片面

※原本「生活のしやすさ質問票」は、電子カルテ内に保存する。

【病院ツール→ファイルサーバー→各部門→緩和ケア】

#### 2. 使用方法

##### 1) 外来での使用方法

- (1) 緩和ケア外来初診時、緩和ケア外来受付で、クラークが「初診問診票」と共に「生活のしやすさに関する質問票」の記入を患者または家族に依頼する。
- (2) クラークは、記入済み「生活のしやすさに関する質問票」を外来伝票フォルダーにはさむ。  
(外来伝票フォルダー・・・診察担当ブースへ搬送)
- (3) 医師は、診察時に「生活のしやすさに関する質問票」の内容を踏まえ、患者の診察を行う。
  - ①主治医は、医師承認欄にサインをする。
  - ②必要時、専門職種にコンサルトする。
  - ③診察後、外来伝票フォルダー内に保管する。(当面、紙運用のため)

##### 2) 通院治療センターでの使用方法（詳細は別にある）

###### (1) 質問紙の使用について

- ・「生活のしやすさに関する質問票」・・・通院治療センターに初回来院時  
通院中の方は、センター来院時に初回実施
- ・「通院治療センター問診票」・・・化学療法を実施している患者に毎回実施  
・皮下注射（ビダーザ）で毎日来院している患者は、Day1

###### (2) 用紙の配布・回収

通院治療センター利用中の患者は、通院治療センターで配布・回収する。

###### (3) 記入

- ・初回記入・・・来院時に記入
- ・継続治療の患者は、治療終了時に用紙を渡す。原則、次の治療日に合わせ自宅で本人または家族が記入する。(点滴刺入部の安静を保つため)

###### (4) 用紙の保管

外来伝票フォルダー内に保管する。

(5) 質問紙の活用について

- ①症状及び看護介入の内容は、看護記録に記載する。必要時、(次回継続事項など)情報シートにも簡単に記載する。
- ②必要に応じて、医師をはじめとする専門職種と連携をはかる。

3) 入院での使用方法

- (1) 看護師が、入院時調査票とともに「生活のしやすさに関する質問票」の記入を患者または家族に依頼する。
- (2) 医療者が代筆する場合は、記入者：医療者( )欄に名前を記入する。
- (3) 主治医は、医師承認サイン欄に確認サインをする。また、必要時、他部門に依頼を行う。
- (4) 他職種カンファレンスで活用し、計画立案、実践、評価を行なう。
- (5) 入院病棟での用紙の保管は、病棟で皆が活用しやすい場所がよい。ただし、退院時は、外来伝票フォルダ内に入れる。

V. 指標：つらさと支障の寒暖計について

我が国のがん患者の不安、抑うつを簡便に評価するために開発された自己記入式の尺度である。下の指標は目安とし、医療者の判断を踏まえ、緩和チームに相談依頼する。

参考文献：([http://pod.ncc.go.jp/a\\_0e.html](http://pod.ncc.go.jp/a_0e.html) 日本医師会監修(2008年版)がん緩和ケアガイドブック 70-75)

寒 暖 計		対 応
つらさ	4点以上	気持ちのつらさがあり、治療のポイントに基づいて対応
支障	3点以上	
つらさ	5点以上	重い抑うつが疑われるため、専門家にコンサルテーション
支障	4点以上	

VI. 専門職種への依頼方法について

専門職種	緩和ケア依頼書記入	依頼先
身体症状を和らげる緩和医師・薬剤師・看護師	要	①緩和ケア認定看護師(山下) PHS 412 ②不在時、外来看護係長(清宮) PHS 415 ③緩和ケア医師(石井、伊藤)へ連絡
気持ちのつらさを和らげる精神科医師、臨床心理士	要	①緩和ケア認定看護師(山下) PHS 412 ②不在時、外来看護係長(清宮) PHS 415 ③至急時は、直接依頼
経済的なことや制度の疑問に対する医療ソーシャルワーカー	不要	医療相談室へ直接依頼
在宅の生活で利用できるサービスについて相談する医療ソーシャルワーカー	不要	医療相談室へ直接依頼

**痛みのアセスメント評価表(1)**

評価日  時刻  〇初回 〇定期

全人的苦痛  
<身体的苦痛>  
 無  有

**痛みのアセスメント評価表(2)**

名前

2)疼痛の強さ(NRS)、疼痛がターン

部位	部位詳細	位置	疼痛の性質	NRS	薬物の投与	評価困難
〇全身	〇胸部	〇前胸部	〇肋骨	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	〇腹部	〇腹部	〇腹部	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
〇頭頸部	〇頭部	〇頭部	〇頭部	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	〇頸部	〇頸部	〇頸部	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
〇四肢	〇上肢	〇上肢	〇肘部	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	〇下肢	〇下肢	〇膝部	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
〇位置	<input type="radio"/> 左右 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左					

3)その他の症状

無  有  
 便秘  眠気  悪心嘔吐(倦怠感)  呼吸困難  浮腫  褥瘡  消化器穿孔  肺炎  
 その他

4)日常生活の支障

無  有  
 睡眠  食事  排泄  その他

<精神的苦痛>  無  有

<社会的苦痛>  無  有

テキスト出力

確定

閉じる



上肢  上肢全体  前腕  肘部  手背  手首  手指  手背  手指  指間  
 下肢  下肢全体  大腿  膝部  膝蓋部  下腿  足背  足趾  足部  足趾  足背  足部  足趾  足背  足部

位置  左右  右  左

部位	部位詳細	位置	疼痛の性質	NRS	疼痛の持続	評価困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) その他の症状  
 無  有  
 便秘  眩暈  悪心嘔吐(倦怠感)  呼吸困難  浮腫  褥瘡  肩こり  腰痛  頭痛  耳鳴  目眩

4) 日常生活の支障  
 無  有  
 睡眠  食事  歩行  その他

<精神的苦痛>  
 無  有  
 いらだち  不安  孤独感  恐れ  怒り  
 うつ状態  その他

<社会的苦痛>  
 無  有  
 仕事止  経済困  孤立  
 その他(情報)

Title 111

テキスト出力に「カルテ」展開した際、記載内容を2次利用する事はできません。

閉じる

確定

テキスト出力



痛みのアセスメント評価表(1)

2. マスシフト  
<身体的苦痛>  
 無  有

<社会的苦痛>  
 無  有

痛みのアセスメント評価表(2)

<精神的苦痛>  
 無  有

<セリヤコアル>  
 無  有

3. 評価

\*2回目以降は評価も必要。

テキスト出力

確定

閉じる

診療科：腫瘍内科

## 亀田総合病院外来 共通問診票

【栄養】

### 1. あなたの最近の栄養状態について、お伺いします。

- ①最近（もしくは、前回の受診以降）、あまり食欲がない。 はい / いいえ
- ②最近（もしくは、前回の受診以降）、体重が減った。 はい / いいえ

【運動機能】

### 2. あなたの運動機能の状態について、お伺いします。

- ①過去1年間（もしくは、前回の受診以降）、転んだことがある。 はい / いいえ
- ②階段の上り下りができない（もしくは、困難である）。 はい / いいえ
- ③つえなどの歩行補助具が必要である。 はい / いいえ
- ④車いすが必要である。 はい / いいえ
- ⑤一日の半分以上を寝て過ごす。 はい / いいえ

【疼痛】

### 3. あなたの現在のからだの痛みについて、お伺いします。

- ①いま、からだに痛みがある。 はい / いいえ

→上記3. ①の質問で「はい」とお答えした方にお伺いします。

- ②どこが痛みますか。具体的にお答えください。

- ③いつから痛みを感じていますか。

- ④いまの痛みの大きさに該当する数字を、○で囲んでください。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

[痛みなし] ←————→ [最もつらい]

【感染症 その他】

### 4. その他の症状について、お伺いします。

- ①長く続く咳が出ている。 はい / いいえ
- ②皮膚にぶつぶつ(発疹・じんましん・水ぶくれ)が出ている。 はい / いいえ
- ③吐き気や嘔吐がある。 はい / いいえ
- ④1日3回以上、水のような下痢がある。 はい / いいえ
- ⑤便秘がある。(3日以上便が出ていない)。 はい / いいえ
- ⑥尿がなかなかでない。尿の回数が減っている。 はい / いいえ

## 亀田クリニック 共通問診票

記入日：20      年      月      日

**【栄養】**

**1. あなたの最近の栄養状態について、お伺いします。**

- ①最近(もしくは、前回の受診以降)、あまり食欲がない。 はい / いいえ
- ②最近(もしくは、前回の受診以降)、体重が減った。 はい / いいえ

**【運動機能】**

**2. あなたの運動機能の状態について、お伺いします。**

設 問	は い(○) いいえ(×)	点数配分
よく物忘れをして困っている。		2 点
歩くときに、杖や歩行器など補助具を使用する。		2 点
過去、1年以内に転んだことがある。		3 点
睡眠剤(マイスリー、レンドルミンなど)や安定剤(リスパダール、セレネースなど)を服用している。		1 点
尿回数が多い。(日中8回以上、夜間2回以上)		1 点
目が見えにくく、日常生活が不自由である。		1 点
合計点 (5点以上は転倒高リスク)		点

**【疼痛】**

**3. あなたの現在のからだの痛みについて、お伺いします。**

- ①いま、からだに痛みがある。 はい / いいえ

→上記3. ①の質問で「はい」とお答えした方にお伺いします。

- ②どこが痛みますか。具体的にお答えください。

- ③いつから痛みを感じていますか。

- ④いまの痛みの大きさに該当する数字を、○で囲んでください。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

[痛みなし] ←—————→ [最もつらい]

**【感染症 その他】**

**4. その他の症状について、お伺いします。**

- ①長く続く咳が出ている。 はい / いいえ
- ②皮膚にぶつぶつ(発疹・じんましん・水ぶくれ)が出ている。 はい / いいえ

ID \_\_\_\_\_

## 緩和ケア実施計画書

様

緩和ケアとは、治療や病気にとまなう苦痛をやわらげて、できる限り快適な生活が送れるように支援する医療です。

痛みなどの「からだ」や「こころ」のつらさ、ご本人やご家族の心配ごとが「緩和ケア」の対象です。緩和ケアチームは、主治医、担当医や病棟の看護師と協力して痛みの緩和などの治療と支援を行います。現在の主治医、担当医は今まで通り診療を継続して行います。

### 緩和ケアチーム

担当医	_____ (疼痛・緩和ケア科)	_____ (心療内科・精神科)
担当看護師	_____ (緩和ケア認定看護師)	
担当薬剤師	_____ (緩和薬物療法認定薬剤師)	

現在考えられている病名・症状

#### 【診断】

1.	2.	3.										
【からだの症状】	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(最高)
<input type="checkbox"/> 痛み ( /10)	(なし)											

#### 【痛み以外の身体症状】

<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 食欲低下 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 便秘 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> だるさ ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 浮腫のつらさ ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 【こころの症状】

<input type="checkbox"/> 不安 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 不眠 ( /10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 【その他】

( )

#### 【これから予定している具体的な治療】

(本人・家族の希望、治療目標、緩和治療・検査計画等)

退院後、再度入院する場合にはこの計画を継続します。

#### 【その他】

診療開始日 平成26年 月 日

上記を説明しました。

緩和ケアチーム担当医: \_\_\_\_\_

緩和ケアチームの治療を受けることに、

同意します

ご署名 \_\_\_\_\_

(本人でない場合には患者様との関係: )

同意しません

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

項目	点		月		日		月		日		月		日	
	満	採	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
<b>1. 痛みのコントロール</b> 0:なし 1:時折の痛みは新薬が単一の薬のみで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである 2:中程度の痛み、時に劇痛の強い日もある。痛みのため機能が落ちる可能性がある日常生活に支障をきたす 3:しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や仕事への集中力が著しく低下をきたす 4:持続的な痛みを呈し、強い痛みが頻りに繰り返す。他のことを考えることができない	満	採												
<b>2. 痛みの程度</b> 0:なし 1:時折の痛みは新薬が単一の薬のみで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである 2:中程度の痛み、時に劇痛の強い日もある。痛みのため機能が落ちる可能性がある日常生活に支障をきたす 3:しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や仕事への集中力が著しく低下をきたす 4:持続的な痛みを呈し、強い痛みが頻りに繰り返す。他のことを考えることができない	満	採												
<b>3. 患者の不安</b> 0:なし 1:不安が患者に及ぼす影響 2:不安が患者に及ぼす影響 3:不安が患者に及ぼす影響 4:不安が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>4. 家族の不安</b> 0:なし 1:家族の不安が患者に及ぼす影響 2:家族の不安が患者に及ぼす影響 3:家族の不安が患者に及ぼす影響 4:家族の不安が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>5. 患者の病状</b> 0:なし 1:患者の病状が患者に及ぼす影響 2:患者の病状が患者に及ぼす影響 3:患者の病状が患者に及ぼす影響 4:患者の病状が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>6. 家族の病状</b> 0:なし 1:家族の病状が患者に及ぼす影響 2:家族の病状が患者に及ぼす影響 3:家族の病状が患者に及ぼす影響 4:家族の病状が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>7. 患者と家族とのコミュニケーション</b> 0:なし 1:患者と家族とのコミュニケーションが患者に及ぼす影響 2:患者と家族とのコミュニケーションが患者に及ぼす影響 3:患者と家族とのコミュニケーションが患者に及ぼす影響 4:患者と家族とのコミュニケーションが患者に及ぼす影響	満	採												
<b>8. 患者と家族との関係</b> 0:なし 1:患者と家族との関係が患者に及ぼす影響 2:患者と家族との関係が患者に及ぼす影響 3:患者と家族との関係が患者に及ぼす影響 4:患者と家族との関係が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>9. 患者と家族との生活</b> 0:なし 1:患者と家族との生活が患者に及ぼす影響 2:患者と家族との生活が患者に及ぼす影響 3:患者と家族との生活が患者に及ぼす影響 4:患者と家族との生活が患者に及ぼす影響	満	採												
<b>10. 患者と家族との未来</b> 0:なし 1:患者と家族との未来が患者に及ぼす影響 2:患者と家族との未来が患者に及ぼす影響 3:患者と家族との未来が患者に及ぼす影響 4:患者と家族との未来が患者に及ぼす影響	満	採												

■ からだの症状についてお伺いします

● 現在のからだの症状はどの程度生活の支障になっていますか？

- 0 症状なし
- 1 現在の治療に満足している
- 2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい
- 3 我慢できないことがあり対応してほしい
- 4 我慢できない症状がずっと続いている

● この24時間で、以下の症状が一番強い時は、どのくらいの強さでしたか？

		← 全く なかった	→ これ以上 考えられないほど ひどかった
<input type="checkbox"/>	痛み	一番強い時	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		一番弱い時	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	ねむけ (うとうとした感じ)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	だるさ (つかれ)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	息切れ (息苦しさ)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	食欲不振		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	おなかの張り		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/>	ほろほろ		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

↑ 一番困っている症状に☑をつけてください

● 以下の症状がありますか？

- 嘔吐 なし ・ あり ( ) 回/日
- 便秘 なし ・ あり ( ) 回/週 硬い ・ ふつう ・ やわらかい
- だん なし ・ 少しあり ・ 多い
- せき なし ・ 少しあり ・ 多い
- 発熱 なし ・ あり
- の中の痛み なし ・ あり
- 睡眠 よく眠れる ・ 時々眠れるがだいたい眠れる ・ 眠れない

↑ 困っている症状に☑をつけてください

■ 痛みについてお伺いします

● 今までと同じ部位ですか？

同じ ・ ちがう 部位( )

● 「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「ジンジンする」感じはありますか？

なし ・ あり

● 痛みが強くなる時はどんな時ですか？

定期的な薬を飲む前 夜 からだを動かしたとき 食事(前 ・ 後 )  
 排尿や排便をする時 その他 ( )

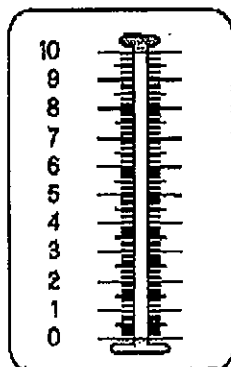
■ こころの状態についてお伺いします

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない

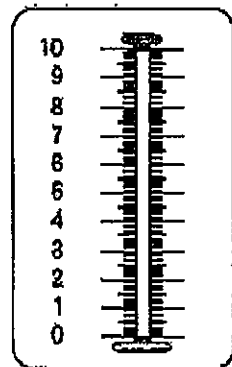


②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？

最高に生活に支障がある

中くらいに支障がある

支障はない



カルテNo.:

患者名:

作成日: 年 月 日

## Step1:意思決定支援に必要な大事な情報

疾患名	Stage : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
治療方針 病状説明の内容	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> BSC <input type="checkbox"/> その他 ( )
今後の見通し	3ヶ月後... <input type="checkbox"/> 生存している <input type="checkbox"/> 生存していない
支援を検討する上で特記すべき課題	<input type="checkbox"/> 過去に緊急入院の既往 <input type="checkbox"/> 今の問題を今後も繰り返す可能性 <input type="checkbox"/> 新たに別の問題が出現する可能性( )
病気・治療についての理解 本人・家族の意向	患者: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の病院 <input type="checkbox"/> 他の施設( ) 家族: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の病院 <input type="checkbox"/> 他の施設( )
プライバシーへの特別な配慮	<input type="checkbox"/> 必要:
家族・支援者の背景	<input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 協力的でない <input type="checkbox"/> 関係性がよくない <input type="checkbox"/> 知識・情報不足 <input type="checkbox"/> 介護力の不足・低下 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 病状の受け入れ場不十分
緊急時の連絡方法	(名前: TEL: )
今後の支援のポイント	

## 現在の状態

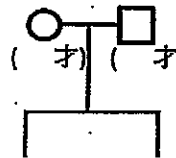
身長 ( cm) 体重 ( kg) BMI ( ) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害		
領域	項目 (現在の状態・支援を必要とする項目に☑)	備考
症状コントロール支援	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 全体的な調子	
ADL	<input type="checkbox"/> 物の運搬 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 移動 ( <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 食事 ( <input type="checkbox"/> 誤嚥) <input type="checkbox"/> 食事形態( ) <input type="checkbox"/> 清潔 (更衣・洗面・整容) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 ( <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)	
IADL	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 移動 ( <input type="checkbox"/> 通院) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ捨て <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 金銭管理	
転倒	6ヶ月の転倒回数 回	
認知	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> せん妄	
合併症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患	
継続した医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 永久気管孔 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> ポート	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理	

カルテNo.:

患者名:

作成日: 年 月 日

STEP2 社会資源シート

居住地:		家族構成	
<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族介護・育児		 (才) (才)	
介助・支援者: 運転: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明 就労: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 治療: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明			
キーパーソン: 運転: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明 就労: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 治療: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不明			
住環境	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅    階 ( <input type="checkbox"/> エレベーターなし) <input type="checkbox"/> 介護施設 特記する点 ( )		
通院時の交通手段	通院所要時間 分 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関等 ( ) 付添い: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 準備中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> あり _____ 級		
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 準備中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 認定済: 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2    要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ケアマネージャーの情報: 利用サービス: 診療医・訪問看護ステーション:		
経済状況	<input type="checkbox"/> 医療費支払困難 <input type="checkbox"/> 今後支払い困難になる可能性有 <input type="checkbox"/> 生活保護: 担当者( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
就労状況	<input type="checkbox"/> 有職(フルタイム) <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		



STEP3: 今後必要な医療処置および支援 (必要な項目に☑)	備考
今後の療養先 <input type="checkbox"/> 在宅(自宅) <input type="checkbox"/> 転院( ) <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( ) メインとなる医療機関 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院( ) <input type="checkbox"/> 調整が必要	
<input type="checkbox"/> 服薬管理支援が必要 <input type="checkbox"/> 自己管理の支援 <input type="checkbox"/> 他者管理の支援 <input type="checkbox"/> 退院後も継続した医療処置が必要 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 永久気管孔 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> ADLの介助が必要 <input type="checkbox"/> 物の運搬 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> IADLの介助が必要 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ捨て <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 通院の介助が必要 <input type="checkbox"/> 認知症への支援・診療 <input type="checkbox"/> せん妄への支援・診療 <input type="checkbox"/> 生活への支援が必要 <input type="checkbox"/> 禁煙・禁酒 <input type="checkbox"/> 活動状況の確認 <input type="checkbox"/> 摂食状況の確認 <input type="checkbox"/> 症状コントロールの支援が必要 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 全体的な調子 <input type="checkbox"/> 住環境の調整支援が必要 <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 緊急受診先(悪化した時の対応先)の調整が必要 <input type="checkbox"/> 地域資源を見つける必要(訪問診療・訪問看護・訪問薬剤師・レスパイト受入れ機関など) <input type="checkbox"/> 家族・支援者への支援が必要 <input type="checkbox"/> 関係性の調整 <input type="checkbox"/> 知識・情報提供 <input type="checkbox"/> 介護方法 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 経済的支援が必要 <input type="checkbox"/> 就労支援が必要 <input type="checkbox"/> 繰り返す可能性のある問題・症状への教育	
【支援および計画】	

## 今後の支援の必要性

<input type="checkbox"/> 保留	<input type="checkbox"/> さらに情報収集が必要(情報内容; ) <input type="checkbox"/> 治療・ケア方針の確認が必要 <input type="checkbox"/> 治療方針の確認 <input type="checkbox"/> 多職種でカフアリス <input type="checkbox"/> 院内協力者 ⇒ ( )と相談	【備考】
<input type="checkbox"/> 必要(再評価日を設定する) <input type="checkbox"/> 不要(再評価日を設定する)		

多職種間との連携 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (入院の場合)退院前合同カフアリスの開催 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		【備考】
<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族( )		
院内: <input type="checkbox"/> 医師( ) <input type="checkbox"/> 看護師(病棟・外来) <input type="checkbox"/> ホータケアセンター		
<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他( )		
院外: <input type="checkbox"/> 往診医 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 行政担当者		

再評価日 月 日 <input type="checkbox"/> (入院の場合)看護指示入力済	【備考】
<input type="checkbox"/> STEP1~3を見直す	

退院支援アセスメントシート

項目	内容
治療方針	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> 終末期症状緩和(予後短〜短い月単位) * <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 低栄養・脱水 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> その他の症状 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状コントロール(終末期) * <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 永久気管孔 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> ロスト・マケア <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 立位保持可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立歩行が困難な場合 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 座位保持可 <input type="checkbox"/> 自立可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 食事の準備・買い物 <input type="checkbox"/> 本人が実施 <input type="checkbox"/> 介護者が実施 <input type="checkbox"/> 要サービス * <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> コロストミー <input type="checkbox"/> イレオストミー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 浴槽はまたげない <input type="checkbox"/> 一般浴室で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助・機材浴 * <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> リスク高 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 自己管理可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> センシング <input type="checkbox"/> コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 病状予測 <input type="checkbox"/> 退院時ADL・IADLの低下は予測はされない <input type="checkbox"/> 治療後再評価が必要 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 退院時にADL・IADLが低下する可能性が高い * <input type="checkbox"/>

退院支援アセスメントシート

入力項目①

必要と考える福祉用具  不要  車イス  電動ベッド  褥瘡マット  シャワーチェア  ポータブルトイレ  ロスロップ  その他  \*

家族・介護者の状況  同居・介護者あり  独居  日中独居  高齢者世帯  同居者はいるが介護者不在  \*

患者以外の家族成員に介護や育児を要する人がいる  \*

退院後、家族成員からの支援が得られない  \*

訪問看護・訪問介護等のサービスを利用している  \*

その他  \*

家屋状況  一軒家  集合住宅  エレベーター無  △

退院予定時期  未定  時期  [ ]

退院支援  退院支援不要  退院支援ハイリスク  退院支援要調整 \*

MSWへの依頼項目  医療処置・ケアの継続のための在宅サービス利用の検討・調整

介護力不足による社会資源の利用の検討と調整

家屋内環境調整(福祉用具の選定など)

経済的問題に対する相談・調整

その他

メッセージ送信先

\*メッセージに1箇所でもチェックが入った場合は退院支援要調整 坂本SWにメッセージを送信

脳・肝・肺・骨転移を有し ①年齢が介護者共に70歳以上 ②心疾患・COPD・糖尿病・腎臓病の既往歴をもつ

③自宅からの病院までの通院に1時間以上を要する ④Aマークに該当 ⑤退院してから1週間以内の再入院

①～⑤のいずれかに該当する場合は退院支援ハイリスクとして退院支援担当 中村までメッセージを送信

退院支援要の場合