

スクリーニングの手順

記載の有無 **あり**
表紙に反映されず

病院名: 医療法人友誼会 彩都友誼会病院

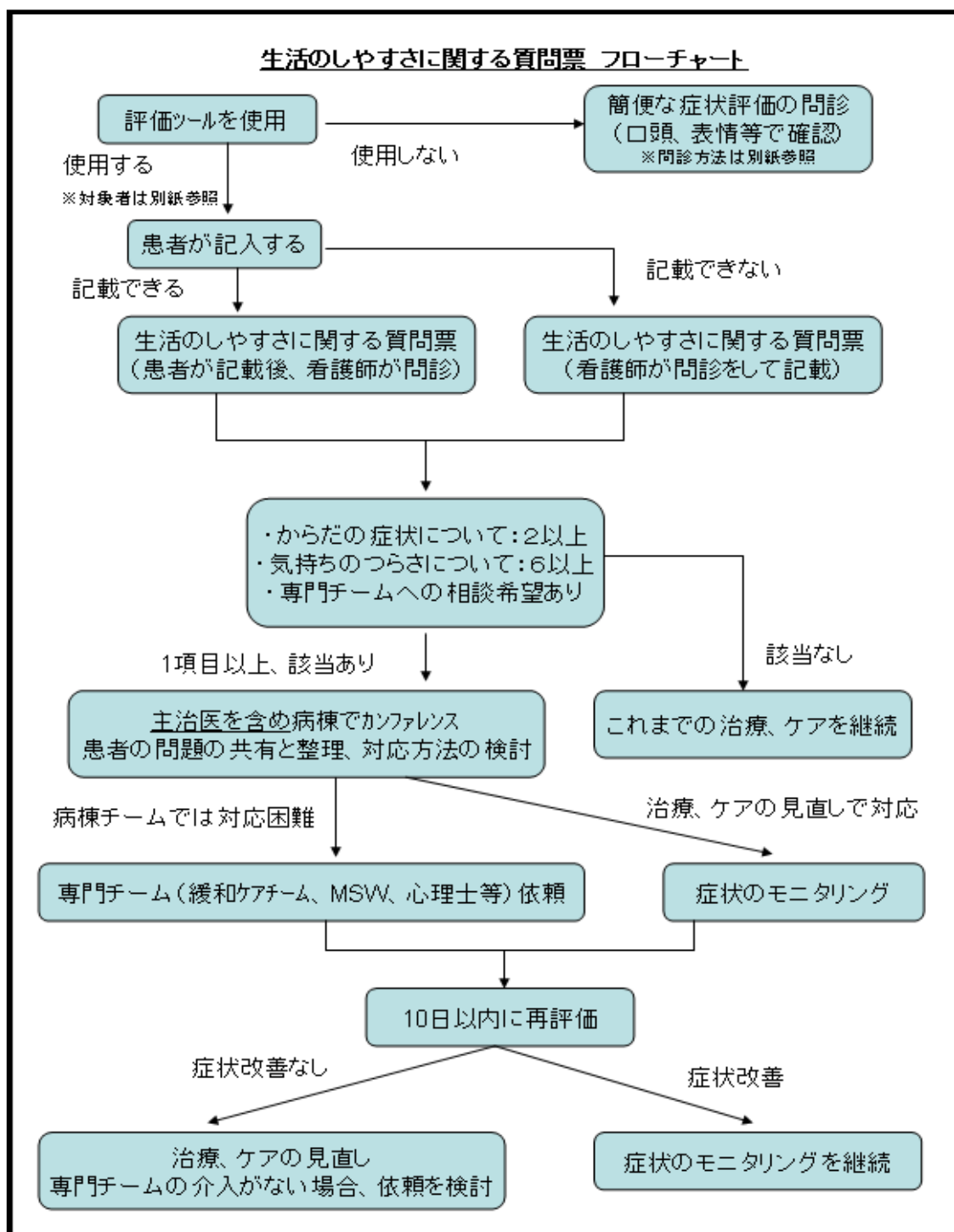
期間: 平成26年9月1日現在

スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者、スクリーニング結果の活用方法等についてご記載ください。

役職等に個人名が記載されていないことをご確認ください。

このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙15とした電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 **なし** (あり・なし)
 ファイル形式 **Word** (ワード、一太郎、リッチテキスト、エクセル、パワーポイント、PDF、その他)
 その他の場合ファイル形式を記載してください。 **Word**



生活のしやすさに関する質問票の運用の方法

・使用するツール：生活のしやすさに関する質問票

・対象者：入院期間が1週間以上の患者。ただし、以下の患者は除外とする。

除外患者

- 1) 記入に同意が得られない
- 2) 自らの状態を評価し記入することができない、もしくは問診に答えることができない
(例：意識障害のある患者、認知機能に低下がある患者等)
- 3) 記入もしくは問診することで、精神的な動揺を高める可能性が高い

・使用手順

1. プライマリーナースは、入院1週間を経過した時点で受け持ち患者が質問票の使用対象となるかを判断する。

リンクナースは、質問票が実施できているか2週に1回は確認し、プラ

かけを行う。

2. プライマリーナースが質問票に記入日、ID、氏名を記載し、対象者に記載方法を説明する。患者が記載後、問診をして記載内容を確認する。記載できない患者については、看護師が問診をして記載する。

3. 問診の結果、「からだの症状について：2以上」「気持ちのつらさについて：6以上」「専門チームへの相談希望あり」のいずれかに該当する場合は、主治医を含め病棟でカンファレンスを行い、対応方法、専門チームへの依頼について検討する。

4. 質問票の記載内容はカルテに記載し、サブタイトルを「緩和ケアスクリーニング」とし保存する。

5. 病棟クラークは、記載した質問票をスキャナーで取り込み、原本を患者ファイルに保存する。Yドライブ、緩和ケア委員会内の「緩和ケアスクリーニング対象者(部署)」のファイルに入院日、スクリーニング実施日、IDを記載する。対応については緩和ケアチームが記載するので入力不要です。

・注意事項

1. 除外患者については、質問票を用いず日々のケアを通じて「今気になっていること」「身体の苦痛症状の有無」について尋ねるもしくは、表情や言動で観察する。

2. 質問票の記載にあたっては、ワードパレットにあらかじめ設定しておくことスムーズに記載できる。

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

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・排泄・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

現在のからだの症状はどの程度ですか？

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？

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

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

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、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………

からだの症状が2以上、気持ちのつらさが6以上のときは、詳しく症状をうかがうため右ページにご記入下さい。

※化学療法(抗がん剤治療)を受けられている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

■この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

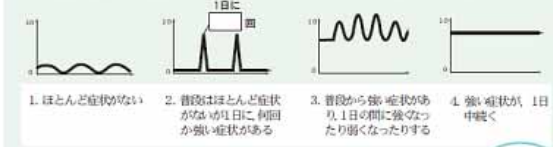
	全くなかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	これ以上考えられないほどひどかった
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
だるさ(つかい)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

嘔吐 なし 1日に1回 2～5回/日 6回/日以上 嘔吐 よく飲める 時々起きるが飲みたい 飲めない

便秘 毎日 週4～6回 週1～3回 なし 硬い 普通 やわらかい 下痢

口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり食べられる 食事の工夫が必要 十分に食事ができない

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？(一番困っている症状についてご記入下さい)



1. ほとんど症状がない

2. 普段はほとんど症状がないが、毎日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日の間に強弱が繰り返す

4. 強い症状が1日中続く

症状の強さを点数で伝えるのは、難しいと思います。しかし、血圧と同じように数字で伝えていただくことで、医師や看護師があなたの症状を理解しやすくなります。

痛いです

先週は7だった痛みが、今週は2になっている。痛みが軽くなっている。

痛みが2に減りました