

スクリーニングの手順

記載の有無
表紙に反映されます **あり**

病院名: **NTT西日本大阪病院**

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。 **なし**

症状緩和チーム 介入手順

受診目的
 入院中および外来のがん患者で、難治性の症状により苦痛の軽減が困難なとき

身体的苦痛

- ・がん性疼痛
- ・呼吸困難感
- ・消化管閉塞
- ・倦怠感
- ・嘔気、嘔吐
(化学療法後・オピオイド刺激等)
- ・治療に伴う苦痛症状
(ヘルペス後遺・末梢神経障害等)
- ・その他、患者の苦痛症状

精神的苦痛

- ・不眠
- ・不安感
- ・抑うつ気分
- ・せん妄
- ・焦燥感
- ・その他

社会的苦痛

- ・医療費、生活費の心配
- ・療養の場の検討
- ・その他

スピリチュアルペイン
 「患者相談」で対応
 水曜：PM

退院後は、個別相談で対応します

サイコオンコロジー外来で継続もあり

回診までの流れ

1. 「院内紹介状」の記入(病名・受診目的)
2. 「**神経科の外来カルテ**」作成する。(カルテ依頼用紙の「神経科」と「**緩和ケア**」に○をして作成)
3. 「**症状緩和チーム依頼用紙**」を記入する
4. 「紹介状」「**症状緩和チーム依頼用紙**」「**外来カルテ**」を神経科外来に**月曜日**におろす
5. 翌日、**火曜日**に回診スタート
- * 月曜に関わらなかった場合は、当日AM中に1-4の手順で準備しておく

ラウンドの実際:コンサルテーション型

原則：初回の回診時は、主治医と患者の状況・治療方針など話し合います
 主治医より患者診察の依頼あれば、主治医同席のもと行います

1. 毎週火曜日 14時～17時
2. 対象患者の病棟へ回診
3. 病棟スタッフ(当日の受け持ちNurse、リーダー、主治医、等)と、症状緩和に対する現状、治療効果を話し合う
4. 習熟介入の提案
5. 精神的な症状に関しては、退院時サイコオンコロジー外来と連携・症状コントロールに関しては、金Dr又は認定習熟師(和田)に電話相談後、対応を決定していく

緩和ケアスクリーニングシート

主治医()担当看護師()

年齢: | 疾患名: | 立案日(/)

立案までの経過 予後予測	
-----------------	--

身体活動 状態	排泄 食事 清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器) <input type="checkbox"/> バルカテール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 絶食中 <input type="checkbox"/> シャワー(自立・介助) <input type="checkbox"/> 全身清拭(自立・一部介助・全介助)
------------	----------------	---

目標達成を妨げる苦痛とその対策【終末期看護マニュアル参照】

(一つでも患者の苦痛にチェックがつけばカンファレンス用紙記入)

	患者の苦痛	医師の対策	立案者	コメディカルの対策	立案者
身体的苦痛	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 尿閉・失禁 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 痺れ () <input type="checkbox"/> 不眠				
精神的苦痛	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 怒り <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いらだち () <input type="checkbox"/> 孤独感				
スピリチュアル ペイン	<input type="checkbox"/> 自律存在() <input type="checkbox"/> 時間存在() <input type="checkbox"/> 関係存在()				
社会的苦痛	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 経済上の問題 <input type="checkbox"/> 介護者の有無 <input type="checkbox"/> 仕事の問題 <input type="checkbox"/> その他 ()				
病状認識	【理解度・余命告知など】				
家族の苦痛					

標準看護計画立案 | 終末期患者の標準看護計画 月単位 週単位 日単位 時間単位

他部門介入	緩和	栄養士	薬剤師	PT	OT	NST	褥創対策	退院支援	MSW
日付									
サイン									

緩和ケア実施記録

NO. 1	(続柄・氏名)	NO. 1
長期目標		長期目標
短期目標(一週間以内に達成可能な目標)		短期目標(一週間以内に達成可能な目標)
この希望に至った患者の思い		この希望に至った家族の思い
ケアプラン		ケアプラン
その結果・患者の評価(SOAPのSで記入)		その結果・家族の評価(SOAPのSで記入)
医療者の介入の評価(OAPで記入)		医療者の介入の評価(OAPで記入)
評価日 / まで		評価日 / まで