

スクリーニングの手順

記載の有無 **あり**
※表紙①に反映されます

病院名: 医療法人橘会東住吉森本病院

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 (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。

緩和ケアチーム回診・スクリーニング

目的 : がん患者とその家族へ適切な緩和ケアの提供を行うために、院内スタッフへの緩和ケアの知識と技術の普及を図る。

方法 : 「緩和ケア・コンサルテーション用紙」もしくは「がん性疼痛アセスメントシート」が提出されている部署へ週1回チームメンバーでラウンドを実施、相談・指導を行う。
以後、主治医から「打ち切り」の指示があるまでは、定期的にラウンドを継続。

時間 : 毎週金曜日、午前11時～11時30分の間(祝日なし)
コンサルテーションがあった場合は、コンサルテーションを最優先。ラウンド先で該当スタッフを交えて情報交換をする。
患者・家族への直接介入が必要と判断された場合は、主治医や病棟スタッフと相談後、ラウンド時に実施す。

記録 : ラウンド・カンファレンス記録: 電子カルテ上の「緩和ケアチームカンファレンス」に記載。

運用 : ①「緩和ケア・コンサルテーション用紙」もしくは「がん性疼痛アセスメントシート」を記載してもらったら、緩和ケアチーム(緩和病棟)へ提出してもらう。
「がん性疼痛アセスメントシート」に関しては、原本はカルテに綴じコピーを緩和ケア病棟へ提出してもらう。
②病院共通フォルダの緩和ケアチーム回診リストに、緩和ケアチームリーダーが記載し確認。
③提出のあった当該部署へは、週1回ラウンドする。

備考 : ラウンドの実施にあつては、事前に病院へその旨を説明しておく。
なるため、合同会議と師長会で説明してもらう。(主治医とのトラブルを防ぐため)

備考 : 外来については、主治医、看護師より「緩和ケア・コンサルテーション用紙」もしくは「がん性疼痛アセスメントシート」を緩和ケアチームに提出。
緩和ケアチームより患者、家族に連絡にて日程を調整する。

がん性疼痛アセスメントシート

患者氏名: _____ 年齢: _____ 記載日: 20____ 記載者: _____

病名:	転移部位 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位(_____)		
検査所見: 血液・画像データ	①血液データ(月 日)WBC/ _____ RBC/ _____ Hb/ _____ Ht/ _____ PLT/ _____ TP/ _____ マーカー/ _____ Alb/ _____ BUN/ _____ Cr/ _____ GOT/ _____ GPT/ _____ Ca/ _____ Na/ _____ K/ _____ ②画像診断(CT、MRIシッチなどの結果)		
本人の病気や疼痛のとらえ方	_____		
患者が希望する疼痛緩和目標	<input type="checkbox"/> 夜間の良眠 <input type="checkbox"/> 安静時の痛みの消失 <input type="checkbox"/> 体動時の痛みの消失		
現在 使用している 鎮痛薬	NSAIDs	_____	
	アセトアミノフェン	_____	
	オピオイド	_____	
	レスキュー	_____	
	鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 抗痙攣薬(_____) <input type="checkbox"/> 抗うつ薬(_____) <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬(_____) <input type="checkbox"/> ステロイド(_____) <input type="checkbox"/> 抗不安薬(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)	
過去に使用した鎮痛薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		
疼痛以外の症状の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> ぴくつき <input type="checkbox"/> その他(_____)		
今までの疼痛治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> その他(_____)		
疼痛部位	皮膚神経分布図 		疼痛の性質(患者の表現) <input type="checkbox"/> 鈍痛 <input type="checkbox"/> 締めつけるような <input type="checkbox"/> うずく <input type="checkbox"/> 刺し込む <input type="checkbox"/> ビリビリ <input type="checkbox"/> ピリピリ <input type="checkbox"/> しびれるような <input type="checkbox"/> 電気が走るような <input type="checkbox"/> その他(_____)
			疼痛による影響 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 活動の低下(歩行 排泄 清潔 その他) <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 苛立ち
			どんな場合に疼痛は軽減するのか _____
			どんな場合に疼痛は増強するのか _____
疼痛を増強させている影響因子	<input type="checkbox"/> 孤独感 <input type="checkbox"/> 寂しさ <input type="checkbox"/> 怒り <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 無価値感 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分(落ち込み・憂鬱) <input type="checkbox"/> 興味・喜びの消失 <input type="checkbox"/> 焦燥感 <input type="checkbox"/> 集中力・気力低下 <input type="checkbox"/> 仕事上の問題 <input type="checkbox"/> 経済上の問題 <input type="checkbox"/> 家庭内問題 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> その他(_____)		

<アセスメント>