

思いをつなぐシート

記入日:平成 年 月 日

機関名 様



機関名: _____ 連絡先: _____

担当者: _____ (所属部署)

I 本人の基本情報

氏名 _____ (男・女) (才) 介護保険: 未申請 ・ 申請中
住所 _____ (TEL) 介護認定: 要支援 1・2
病名 _____ 要介護 1・2・3・4・5
主治医 _____ ケアマネージャー _____ (所属: _____)

該当に 通院中 最終通院日 年 月 日 入院中 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院予定)

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師説明	受け止め・思い(当事者の言葉で表現)	これからどのようにしたいのか
本人	同席者 _____ 月 日	(月 日)	(月 日) 在宅看取り希望(有・無・未)
家族 (聞いた人)	(月 日)	(月 日)	(月 日) 在宅看取り希望(有・無・未)

III 説明概要

末期 がん告知 (未・済) 予後の告知(未・済/誰に)

IV 本人状況 (該当する欄に✓、必要事項は記入)

A 生活支援 の必要性 (内容:介助者 予定も含む)	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ (内容: _____)	介助者: _____
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (内容: _____)	介助者: _____
B 医療処置 の必要性 (可能なら余白 部分に誰に指 導したか記載)	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT		
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻		
	<input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外を含む)		
	<input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理() <input type="checkbox"/> その他()		
C 介護の問題			

IV. サービスの利用希望

在宅医 薬局 訪問看護 福祉用具 訪問入浴 訪問介護
訪問リハ その他()

V. 看護職へお願いしたいこと

VI キーパーソン 氏名() 続柄() 電話番号()

家族構成: 独居 ・ 同居あり()

思いをつなぐシートの記載にあたり

1 活用にあたりお願いしたいこと

従来のサマリーでは伝えられなかった、本人や家族の療養生活への思いを在宅及び施設等で支援する看護者に思いをつなぐこと。そして、本人はもとより家族が残された日々をその人らしく送れるよう支援することを目的とします。

(全ての項目を聴きだすことは難しいことで、最初は聴ける範囲からすすめて下さい。)

2 シートへの記載方法について説明をしています。

1) 機関名

情報を提供したい施設名 { 退院して自宅で療養を始める方へ訪問看護サービス
提供事業所
退院して入所する施設
退院して通院する診療所等

2) 提供者

機関名、氏名、連絡先等所在を明確に記載してください。

3) I 本人の基本状況

氏名、性別、年齢、住所、病名、主治医 を記載する。
介護保険の申請や認定状況について該当箇所に○を付ける。
ケアマネージャーがいる場合は氏名と所属を記載する。
現在通院中か入院中かをチェックし、該当の年月日を記載する

4) II 医師説明と本人・家族の受け止めと今後療養への思い

それぞれの欄に該当内容を記載する。(出来るだけ当事者のことばで表現する)
いつの時点の思いなのかわかるよう日付を記載する。
医師の説明の時、同席者(家族、○○看護師等)を記載する。
家族欄の医師の説明では本人とは別に家族のみに説明があった場合に記載する。
これからどのようにしたいかの欄に在宅看取りの希望の有無について確認する。

5) III 説明概要

医師の説明で本人もしくは家族のみに がん末期であるとの説明があった場合 □に
✓をつける。

本人にがん及び予後の告知はされているのか。該当に○を付ける。予後の告知は誰にされているかを記載する。

6) IV 本人の状況

A 生活支援の必要性
各項目について該当の□に✓をつけ、介助内容及びそれを誰が担っているのか記載する。

B 医療処置の必要性

該当項目の□に✓をつけ、余白に誰に指導したかを記載する。(わかる範囲内で記載)

C 介護の問題

現時点で想定できる問題を記載する。

7) IV サービスの利用希望

該当項目の□に✓をつける。

8) V 看護職へお願いしたいこと

上記以外で伝えたい、配慮して欲しいこと等を記載する。

9) VI キーパーソン

氏名や続柄、連絡先を記載し、家族構成には独居かどうか、同居ありの場合 続柄を記載する。