



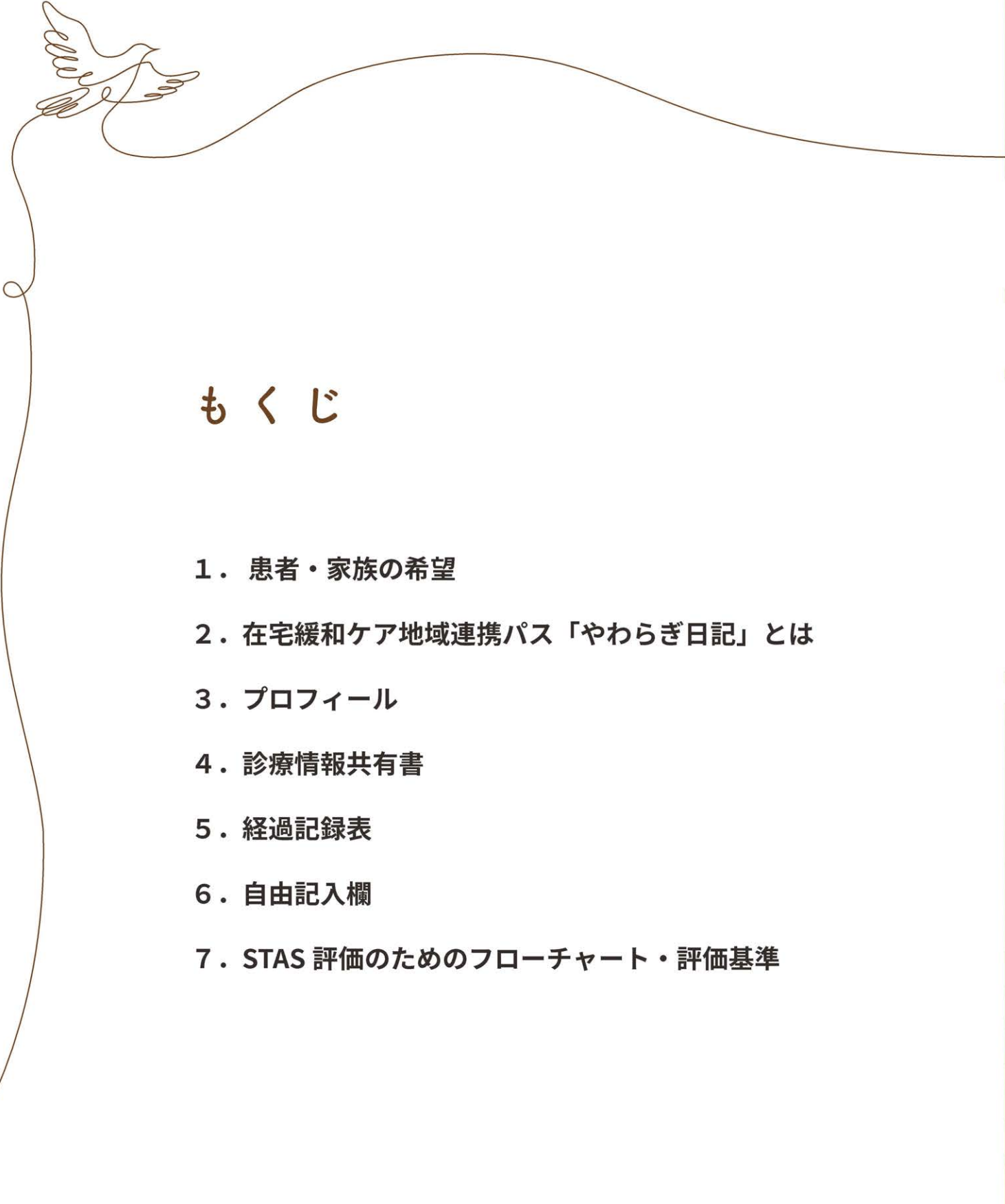
Yawaragi やわらぎ日記 *Diary*

この日記は、あなた自身のことを書くものです。あなたの日々の症状だけでなく、希望や目標、大切にしたいことなども自由に書きましょう。

これを見ることであなたのその時の状態や薬の効果・副作用などが一目でわかるように作られています。

難しいところは医師や看護師、薬剤師さんなどに記入してもらいましょう。

ご家族と話し合われたことなど、気がついた時に書き留めておくのにも利用してください。



も く じ

1. 患者・家族の希望
2. 在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」とは
3. プロフィール
4. 診療情報共有書
5. 経過記録表
6. 自由記入欄
7. STAS 評価のためのフローチャート・評価基準

1. 患者・家族の希望

在宅療養を始めるにあたり、可能な限り患者さんご本人・ご家族の希望に沿った生活が送れるように、どのような生活を望まれているか、家族やスタッフと共有しましょう。

希望は、身体や心の状態によって変化することもありますので、希望に変化を感じれば、希望を伝えたり記入したりして、思いを共有してください。

退院時

本人の希望	例) なるべく家族と一緒にいたい	月	日	記載
家族の希望	例) 痛みやつらさ少なく過ごしてほしい	月	日	記載

在宅療養開始後

本人の希望		月	日	記載
家族の希望		月	日	記載
本人の希望		月	日	記載
家族の希望		月	日	記載
本人の希望		月	日	記載
家族の希望		月	日	記載

2. 在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」とは

「在宅緩和ケア地域連携パス」とは、

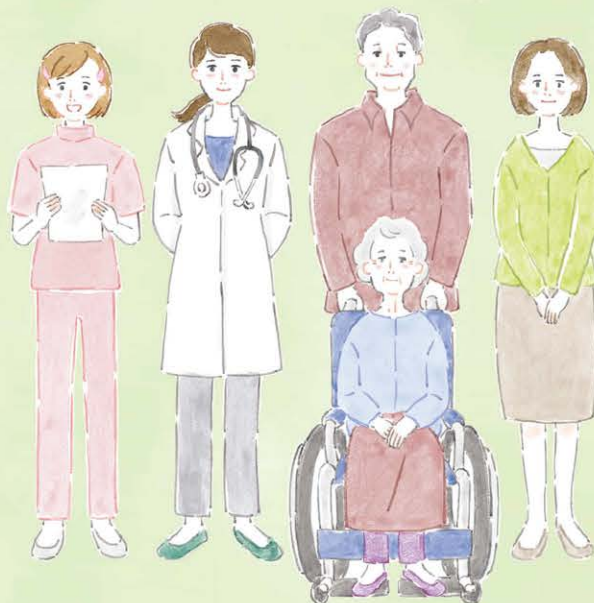
療養の場が変わっても、切れ目のない質の高い治療・ケアが継続できる様に、関わる医療ケアチームが協力して患者さんの治療・ケアを行っていくための **診療計画表のこと**です。

この **「やわらぎ日記」** には、

在宅療養の内容とその時必要な観察項目が書かれており在宅での診療、看護ケア、処方、介護などの内容が記入されます。

在宅の現場において、訪問毎に記載された病状を以後の医療・ケアの担当者が参照する事により、患者さんの状態やその経過が一目で分かり、病状や療養における問題点を、可能な限り遅れのないように情報共有を行う事ができます。

患者さん自身も体の状態や療養の内容を理解しやすく、かかりつけ医のもとで必要な時には病院医師と連携しながら在宅療養を継続し、安心してご家族との生活を送ることが出来ます。



3. プロフィール

年 月 日 現在

基本情報	本人氏名				性別	
	生年月日					
	家族構成					
	氏名		性別	年齢	続柄	職業
	世帯状況		☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 日中独居 ☐ その他			
	経済状況		医療保険	☐ なし ☐ 国保 ☐ 健保（ ☐ 協会 ☐ 組合） ☐ 各種共済 ☐ 後期高齢 ☐ その他（ ）		
			年金	☐ 国民 ☐ 厚生 ☐ 各種共済 ☐ 遺族 ☐ その他（ ）		
			介護保険	☐ なし ☐ あり 要支援 ☐ 1・ ☐ 2 要介護 ☐ 1・ ☐ 2・ ☐ 3・ ☐ 4・ ☐ 5 ☐ 申請中（ / ）		
障害手帳		☐ なし ☐ あり⇒ ☐ 身体 種 級（ ） ☐ 精神 級 ☐ 療育				
住宅形態		☐ 一戸建 ☐ 平屋 ☐ 二階建 ☐ 集合住宅		本人の寝室	☐ あり（ ☐ 専用・ ☐ 兼用） ☐ なし	
				段差	☐ 問題なし ☐ 問題あり	
障害自立度		☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
認知自立度		☐ 正常 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M				

※既存の様式で代用可

入退院	年 月 日～	年 月 日退院
入退院	年 月 日～	年 月 日退院(予定)
退院指導		

身体・精神状態	視力		栄養状態	食欲	☐ なし ☐ あり
	聴力			栄養バランス	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 肥満 ☐ 悪液質
	麻痺	☐ なし ☐ あり	口腔状態	自歯	☐ なし ☐ あり
	拘縮	☐ なし ☐ あり		義歯	☐ なし ☐ あり
	皮膚トラブル (褥瘡の有無)	☐ なし ☐ あり		口腔の問題	☐ なし ☐ あり
	症状				

A D L の 状 態	移動(屋内)	☐ 支障なし ☐ あり		食事	☐ セッティング ☐ 介助あり	
	移動(屋外)	☐ 支障なし ☐ あり		食事内容		
	寝返り	☐ 支障なし ☐ あり		入浴	☐ 支障なし ☐ あり	
	起き上がり	☐ 支障なし ☐ あり			最終日	月 日
	座位	☐ 支障なし ☐ あり		更衣	☐ 支障なし ☐ あり	
	移乗	☐ 支障なし ☐ あり				
	排尿	回/日	☐ 洋式トイレ ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ バルーン (ml/日)			
	排便	回/日	☐ 洋式トイレ ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ コントロール要 ☐ ストマ			
	最終排泄 状況					
	バイタル サイン	体温	脈拍	血圧	SPO2	



年 月 日 現在

[illegible]

退院時医療器具

※既存の様式で代用可

☐ 末梢点滴	☐ CV ポート	☐ CV カテーテルのみ	☐ 経管栄養
☐ 減圧胃瘻	☐ 気管切開	☐ 吸引器	☐ HOT
☐ 尿道カテーテル	☐ 人工肛門（腸瘻）	☐ 尿路ストマ	☐ その他

現症	
血液検査	
腫瘍マーカー	
画像	
疼痛	☐ なし ☐ あり ⇒ ☐ 体性痛（部位 ） ☐ 内臓痛（部位 ） ☐ 神経障害性疼痛（部位 ）
疼痛に対する薬	

今後予測される症状

☐ 食欲不振	☐ 悪心	☐ 嘔吐	☐ せん妄
☐ 腹水	☐ 胸水	☐ 発熱	☐ 呼吸困難
☐ 黄疸	☐ 浮腫		
☐ 疼 痛 ()			
☐ その他 ()			

急変時の対応

[Redacted]

経過記録表

【維持目標】 患者家族の希望が 叶えられる	在宅開始時									
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

↓当てはまる症状のみ記入。STAS 3 または 4 になった場合に主治医や緩和ケアチームへ連絡

自覚症状の判断基準（STAS）※	体のつらさ 0～4で 評価	疼痛				
		眠気				
		全身倦怠感				
		呼吸困難				
		咳嗽				
		食欲不振				
		掻痒感				
		便秘				
		下痢				
		嘔気・嘔吐				
	心のつらさ	抑うつ、不安				
	せん妄の有無	有・無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※	自由記載欄	記入例： 身の置きどころの なさあり				
記入者サイン						
※ STAS 判断基準目安		0 = 症状がない 1 = 現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある 2 = 時に悪い日があり、日常生活に支障がある（中程度） 薬の調節や処置が必要だが、ひどい症状ではない 3 = しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす（重度） 4 = ひどい症状が持続的にある				

指示内容	オピオイド薬(ベース)				
	薬剤名、用量				
	オピオイド(レスキュー)				
	薬剤名、用量				
	タイミング・効果 例：14:30 ○ 21:00 ×				
その他 (輸液や他処方等)					
オピオイドの副作用	便秘・嘔気・眠気・その他	有・無	有・無	有・無	有・無
バイタルサイン	血圧(収縮期/拡張期)	(/)	(/)	(/)	(/)
	脈拍 (回/分)	() 回/分	() 回/分	() 回/分	() 回/分
	体温 (℃)	() ℃	() ℃	() ℃	() ℃
	在宅酸素療法	() ℓ	() ℓ	() ℓ	() ℓ
	酸素飽和度 SpO2 (%)	() %	() %	() %	() %

自由記入欄

- 患者さん、ご家族が相談したいこと、心配なこと
- 訪問看護師、ケアマネージャーなどスタッフからのメッセージ
- その他特記事項 など自由に記載してください

[illegible]

経過記録表

【維持目標】	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
患者家族の希望が 叶えられる	はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ	
	☐	☐		☐	☐		☐	☐		☐	☐	

↓当てはまる症状のみ記入。STAS 3 または 4 になった場合に主治医や緩和ケアチームへ連絡

自覚症状の判断基準 (STAS) ※	体のつらさ 0～4で評価	疼痛				
		眠気				
		全身倦怠感				
		呼吸困難				
		咳嗽				
		食欲不振				
		掻痒感				
		便秘				
		下痢				
		嘔気・嘔吐				
※	心のつらさ	抑うつ、不安				
	せん妄の有無	有・無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	自由記載欄	記入例： 身の置きどころの なさあり				
記入者サイン						
※ STAS 判断基準目安		0 = 症状がない 1 = 現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある 2 = 時に悪い日があり、日常生活に支障がある（中程度） 薬の調節や処置が必要だが、ひどい症状ではない 3 = しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす（重度） 4 = ひどい症状が持続的にある				

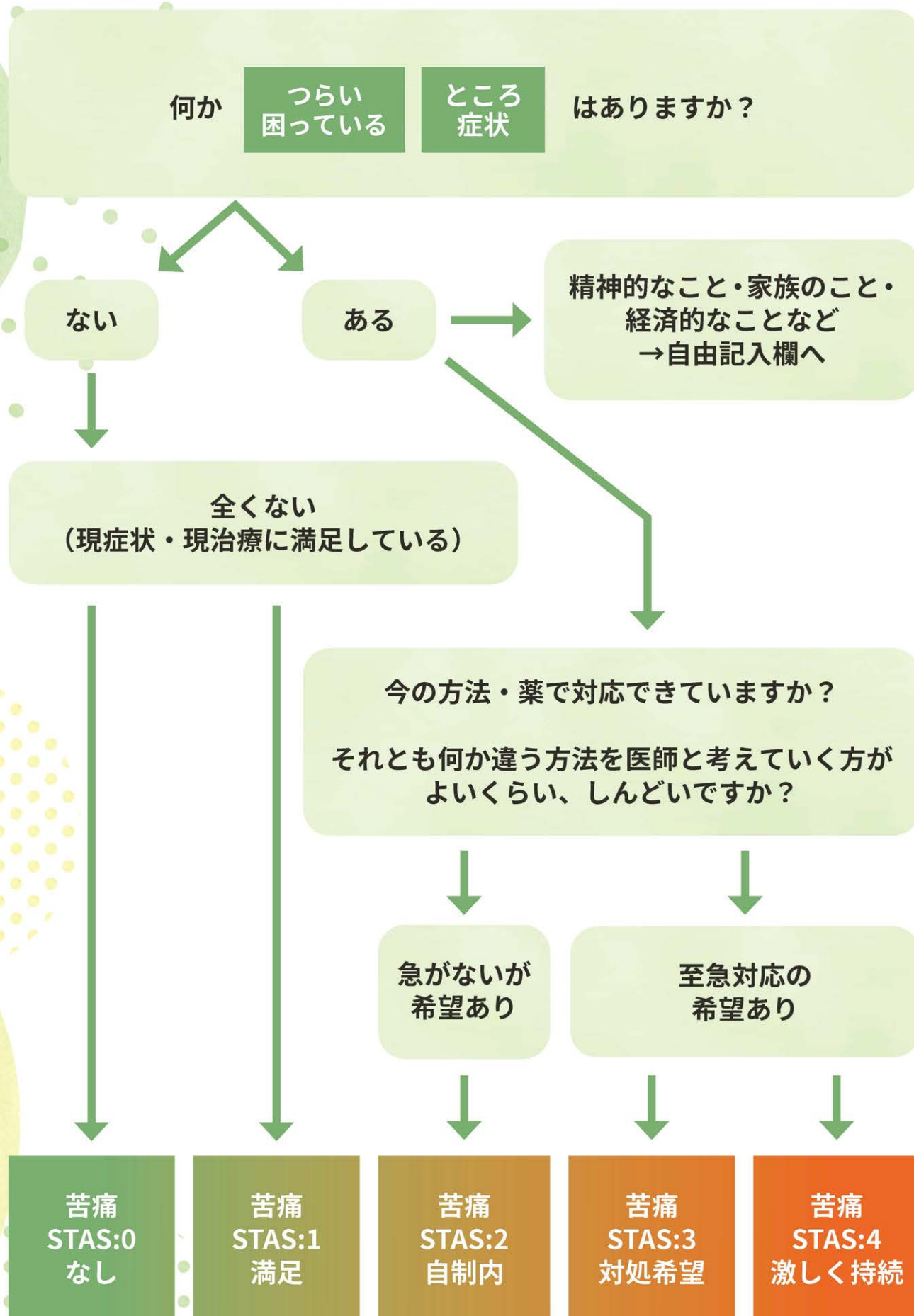
指示内容	オピオイド薬（ベース） 薬剤名、用量				
	オピオイド（レスキュー）				
	薬剤名、用量				
	タイミング・効果 例：14:30 ○ 21:00 ×				
	その他 (輸液や他処方等)				
オピオイドの副作用	便秘・嘔気・眠気・その他	有・無	有・無	有・無	有・無
バイタルサイン	血圧(収縮期/拡張期)	(/)	(/)	(/)	(/)
	脈拍 (回/分)	() 回/分	() 回/分	() 回/分	() 回/分
	体温 (℃)	() ℃	() ℃	() ℃	() ℃
	在宅酸素療法	() ℓ	() ℓ	() ℓ	() ℓ
	酸素飽和度 SpO2 (%)	() %	() %	() %	() %

自由記入欄

- 患者さん、ご家族が相談したいこと、心配なこと
- 訪問看護師、ケアマネジャーなどスタッフからのメッセージ
- その他特記事項 など自由に記載してください

[illegible]

7. STAS 評価のためのフローチャート



7. STAS 評価基準

苦痛 STAS:0 なし	症状なし	細かい症状記載は不要
苦痛 STAS:1 満足	現在の症状マネジメントに満足している 時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。	
苦痛 STAS:2 自制内	何らかの処置が必要であるが、それほどひどくない 中等度の症状。時に調子の悪い日もある。 症状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。 ● 屯用を使えば十分に治まるが、「出来ればもう少し何とかできると良い」「急がないけど何かあれば考えてほしい」	評価・細かい症状・評価理由などを自由記入欄に記載する
苦痛 STAS:3 対処希望	我慢できない症状が出現することがある 度々強い症状がある。 症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。 ● 屯用を使って多少治まるが、「なんとかしてほしい」「数日以内には対応してほしい」	
苦痛 STAS:4 激しく持続	我慢できない症状が持続的にある 持続的な耐えられない激しい症状。 ほかのことを考えることができない。 ● 屯用を使ってもなにをしても激しい症状が持続している	

参考文献：Tanabe K et al. 医療薬学, 35, 806-817 (2009)
Usefulness of Palliative Care Screening by Means of Support Team Assessment Schedule(STAS) より
改変 Seirei Mikatahara Hospital's

連絡先

フリガナ	生年月日		性別	血液型
名前	年 月 日			
住所	〒 -			
かかっている医療者（連絡先）	かかりつけ医・病院名			
	名前		TEL	
	紹介元担当医・病院名			
	名前		TEL	
	訪問看護ステーション			
	名前		TEL	
	ケアマネージャー（事業所）			
名前		TEL		
薬剤師・調剤薬局名				
名前		TEL		
緊急時の 連絡先 (1)	連絡する人の名前 (本人との関係)			
	電話番号（自宅 / 携帯）			
緊急時の 連絡先 (2)	連絡する人の名前 (本人との関係)			
	電話番号（自宅 / 携帯）			