



やわらぎ日記 ver.2

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飲み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. 希望記入欄
2. 連携パスについて
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、可能な限り患者様ご本人・御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. 連携パスについて

「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、
関わる医療介護チームが協力して
あなたの治療・ケアを行っていくための
診療計画表のことです。

この「連携パス」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、毎回記載された病状を
以後の医療・介護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
ないように効率の良い情報共有を行う事ができます。

ご自身も体の状態や療養の内容を理解し易く、
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

記入者名: _____

____年 ____月 ____日 現在

基本情報	本人氏名	_____			性別	_____
	生年月日	____年 ____月 ____日				
	家族構成					
	氏名	性別	年齢	続柄	職業	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他					
経済状況	医療保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 (<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合) <input type="checkbox"/> 各種共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 各種共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 (_____ / _____)				
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 身体 種 級 (_____) <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 療育					
住宅形態	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 平屋	本人の寝室		<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 専用・ <input type="checkbox"/> 兼用) <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 二階建 <input type="checkbox"/> 集合住宅	段差		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
障害自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	聴力			栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 悪液質
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 腔状態	自歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	皮膚トラブル (褥瘡の有無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 腔の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	症状				

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

※既存の様式で代用可

退院時医療器具

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

現症	
<血液検査>	
<腫瘍マーカー>	
<画像>	
<疼痛>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体性痛 <input type="checkbox"/> 内臓痛 <input type="checkbox"/> 神経障害性疼痛
<疼痛に対する薬>	

今後予測される症状

<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> せん妄
<input type="checkbox"/> 腹水	<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
<input type="checkbox"/> 黄疸	<input type="checkbox"/> 浮腫		
<input type="checkbox"/> 疼痛（			
<input type="checkbox"/> その他（			

急変時の対応

経過記録表

(経過記録表・自由記入欄が埋まった時は、「やわらぎ日記」ホームページ
<https://www.yawaraginikki.com>よりダウンロードして使用してください)

【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	
	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓ 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】	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 (%)	() %	() %	() %	() %

経過記録表

(経過記録表・自由記入欄が埋まった時は、「やわらぎ日記」ホームページ
<https://www.yawaraginikki.com>よりダウンロードして使用してください)

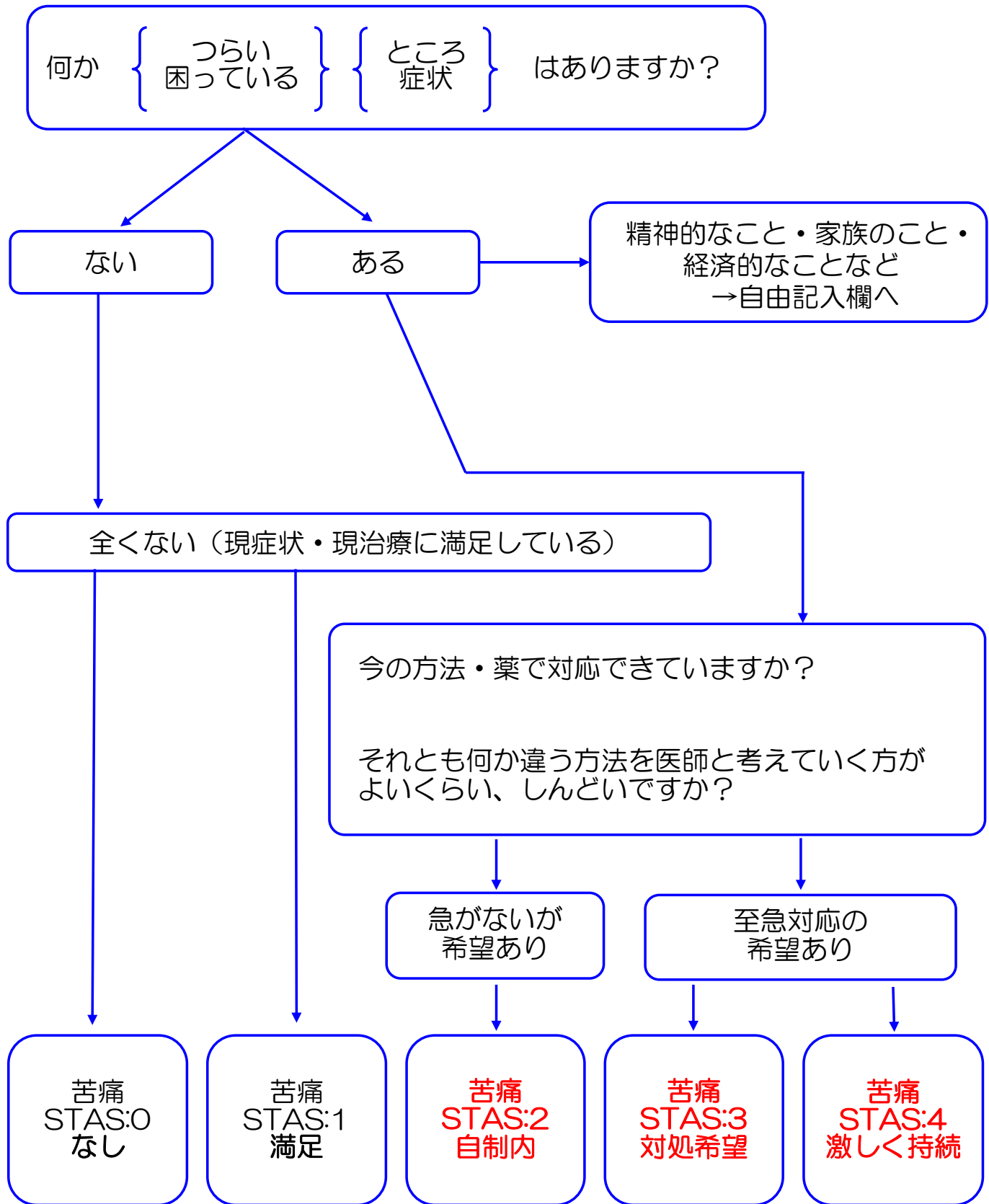
【維持目標】 患者家族の希望が 叶えられる	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓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】	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 (%)	()%	()%	()%	()%

7. STAS評価のためのフローチャート



7. STAS評価基準

STAS:0
なし

【症状なし】

STAS:1
満足

【現在の症状マネー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。

細かい症状記載は不

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なると良い」
「急がないけど何かあれば考えてほしい」

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」

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
勤務時間中激しい症状が持続している

評価自由・細かい症状・評価理由などを
記入欄に記載する

連絡先

フリガナ	生年月日		性別	血液型
名前	明治 大正 昭和 平成 令和	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			
			☎	
	紹介元担当医・病院名			
			☎	
	訪問看護ステーション			
		☎		
ケアマネージャー（事業所）				
		☎		
薬剤師・調剤薬局名				
		☎		
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）			

