＜看護計画定型文 兼 看護面談＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■池田氏(2/28)　サマリ次(2/28、8/28)　村上Dr　※褥計あり　※パスありFa ：来たら心理士に対応してもらい心理アセスメントと支援のアドバイスを頂く（村山DrOK）・ENTに関する経済的問題確認・トロミ、ティシュ・つなぎ外れた！・アクエリアスDr･上司：・eps悪化早めにENTした方がいいかも計：・褥瘡計画のWT忘れずにS/O看護面談「あーや・・・あーや・・・」トロミ、ティッシュの持参についてはまだご協力いただけておらず、経済的負担の具体的問題も明らかにされない。心理士と協働してアセスメントしていく予定（前担当医OK）。要介護３取得済みである。皮膚トラブル改善次第、施設入所に向けて家族へのICをセッティングしていく。A看護計画評価転倒、異食なく、14時の補水も良好で、精神状態もプラカードで十分に説明することで放声が軽減するため介護ケアも問題なく行えている。一方、原因不明のADL低下に関連した好褥状態、嚥下機能低下がみられ、悪化すれば＃３のリスクが高まると思われる。4/26のカンファレンス：P 褥瘡診療計画更新する。計画雄継続する。　 | ■安永氏(2/18)　サマリ次(4/4、7/4、1/4)　吉村Dr　※パスなしFa ：・Dr: ・To：・0時トイレ誘導強制・おむつ上に自分で上げてたら回収する計： S/0看護面談「　　。」（孤独や食について）イレウスや誤嚥に関して観察を受けながら、精神症状に関しては寛解と日常生活に支障をきたさない程度の憎悪を繰り返しながら経過している。病棟では対応できているが、施設では対応できないと思われる。A/P 　看護計画評価転倒、窒息なく経過できている。＃２現在も妄想に左右される状態である。夜のドア立ちや睡眠状況を正確に記録し、また、適時使用する屯用の効果を確認し、服薬調整へ繋げたい。夫に関しての話題は関心をもって話す。離婚したことに孤独を感じ、通院のきっかけとなった可能性も考えられる。関わりや共感を増やす計画を追加している。計画継続。＃３　妄想による水分拒否→イレウスのリスク→薬物療法の困難→妄想という悪循環に対し、補水を強化している。短期目標は未達成である。計画継続する。・（尿失禁が続けばADL低下を立案） | ■湯場崎氏(2/28)　サマリ次(4/28、10/28)　松岡Dr　※パスなしFa：・退院調整会議で話題に出れば、自立支援医療について説明To：・病気じゃなく障害・紙面にフォーミュレーション、心理士に助言もらう　てーま：面会、TEL、ほしいもの、夜男の人が触るのは、消灯に関連してカーテンを触っているのでは・浄土真宗相談窓口「いのちと念仏」相談センター教学相談 月火水木9:00～17:00 075-371-5024／心の悩み相談 月水12:30～16:00　075-371-5811計：O 看護面談は別紙７つのコラムまたはケースフォーミュレーション参照。妄想状態により施設では対応困難である。自立支援医療も未申請。医療チームの判断に応じてICのセッティングも検討する。A/P　看護計画評価恋愛感情の妄想化がみられる。心理士と協働し、考えの罠を探り、対両親関係や生活、服薬の認知に対する心理的変化を期待する。現在の所、幻覚に対する病識は乏しく、目標は未達成である。★サマリー★内服管理された病棟内においては、過激になることはなく、日常生活に支障をきたすほどの影響はなく、屯用の使用頻度もほぼ無かった。夜間帯にトイレへ小走りすることがあるが、今のところ転倒は無い。向精神薬の量が多く、長期服用しており減薬は難しい為、今後も副作用に注意しながら日常を援助する必要がある状況。 | ■山田氏(2/28)　サマリ次(2/28、8/28)　植村Dr　※褥計あり　※パスなし・PSWとDrと上司: IC検討To・義歯作成後きざみへS/O看護面談「　　」医療チームは施設入所を提案している。PSWより介護保険の必要性を妹氏に説明し、同意が得られ、現在介護認定申請中となっている。医療チームの判断に応じて、退院先に関連したICのセッティングも検討する。A/P看護計画評価認知症により私物管理は難しいものの、コップの自己管理は可能で、盗んだりトラブルを起こしたりすることもなく、預かっている日用品の在処を確認して来ることがあるが説明をすればすぐに安心し、日々、穏やかに、協力的に病棟で生活を送っている。他患とのトラブルはしばらく見られていないため、このまま計画継続する。 |
|  | 看護面談シート（メモ） |
|  | 患者氏名 | サンプル | 池田　様 | 安永　様 | 湯場崎　様 | 山田　様 |
| 　　本人の選択 生き甲斐 ACP 　（どうなりたいか） |  |  |  |  | マンション独居 |  |
| 退院先  | 希望の施設：退院不可の場合： |  |  |  |  |
| 退院前 | 前訪問、プレDC |  |  |  |  |
| 退院後 | 訪問、DC、ショートステイ |  |  |  |  |
| 看護計画　（薬自己管理　本人の不安等） | 同意（有・無）　目標達成率：　　　 |  |  |  |  |
| 　家族の心構え（どうしたいか） |  |  |  | ①病棟　②施設 |  |  |
| 退院先  | 希望の施設：退院不可の場合： |  |  |  |  |
| 退院前 | 前訪問、プレDC |  |  |  |  |
| 退院後 | 訪問、DC、ショートステイ |  |  |  |  |
| 看護計画　（DNRや行動制限など） | 同意（有・無）　目標達成率：　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |
| 　医療チームの判断（どうできるか） |  |  |  |  |  |  |
| 選択肢の提案 | 退院不可の場合： |  | 施設 |  |  |
| 退院先の受入状況 | *／　　までに退院を目標* |  |  |  |  |
| 社会資源の手立て | *介護・福祉・生保・自立支援**精年金・精手帳・相談支援* |  | *要介護3* |  |  |
| 看護計画　（問題点や評価） |  |  |  |  |  |