

終末期の点滴を考える前に確認したいチェックリスト

ご家族だけで点滴の可否を決める表ではありません。分かる範囲で○をつけ、在宅医・訪問看護師へ相談する時の状態整理にお使いください。

確認すること	該当する□にチェックをつけてください（複数回答可）	見るポイント
本人の希望	☐ 点滴したい ☐ 点滴したくない ☐ 答えられない ☐ 分からない	医学的な適応とともに、ご本人の思いを確認します
飲水量	☐ 0mL ☐ 0～500mL ☐ 500mL 以上	完全に飲めないか、少量なら飲めるかを見ます
飲めない理由	☐ 嚥下困難 ☐ むせ ☐ 嘔吐 ☐ 腸閉塞 ☐ 口内炎 ☐ 眠気 ☐ その他	一時的、または治療できる原因があるかを考えます
飲めなくなった時期	☐ 数日以内 ☐ 1～2 週間 ☐ それ以上	急な変化か、徐々に変化してきたのかを確認します
尿量	☐ 500mL/日以上 ☐ 500mL/日未満 ☐ ほとんど出ない ☐ 不明	水分出納や腎機能を考える手がかりになります
乾燥・むくみ	☐ 舌の乾燥 ☐ 皮膚の乾燥 ☐ むくみ ☐ 胸水/腹水 ☐ 痰	乾燥の所見と、水分が体にたまっている所見を分けて見ます
ここ 1 か月の体重	☐ 減少 ☐ 横ばい ☐ 増加 ☐ 不明	増加がむくみや腹水による場合は注意が必要です
自覚症状	☐ 口渇 ☐ 倦怠感 ☐ 立ちくらみ ☐ めまい ☐ 空腹感 ☐ 吐き気 ☐ 頭痛	何を点滴で改善したいのかを明確にします
ほかの症状	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 痛み ☐ 息苦しさ ☐ 痰 ☐ 吐き気 ☐ 不安 ☐ その他	点滴より先に別の治療が必要なことがあります
活動量	☐ 寝たきり ☐ 室内移動可 ☐ 制限なし	期待する利益と、点滴による負担のバランスを考えます
意識・覚醒	☐ 眠っている時間が長い ☐ 呼びかけで覚醒 ☐ しっかり覚醒	全身状態と、点滴の目的を考える手がかりになります
精神状態	☐ 元気がない ☐ 無気力 ☐ 落ち着かない ☐ 混乱 ☐ イライラ ☐ 普段通り ☐ 穏やか ☐ 分からない	脱水の影響と、針や点滴が落ち着かなさを増やす負担の両方を考えます
点滴のしにくさ	☐ 血管が細い ☐ すぐ漏れる ☐ 針の自己抜去 ☐ 皮膚が弱い ☐ 特になし	点滴そのものの苦痛や管理負担を見ます
主治医の判断	☐ やらないことを推奨 ☐ どちらでもよい ☐ やることを推奨	全身状態と目的を合わせて総合的に判断します

