

高齢者ターミナルケア：支援項目における用語の定義

1. 家族・親族の関係調整

本人を中心に家族関係の変化に応じて、ケアの方向性およびどういった最期を迎えるか意識を統一すること

2. 社会的援助

必要なケアが適切に提供されるように、人、物、金等の環境づくりを支援すること

3. 基本的ニーズへの援助

日常生活を維持するのに欠けている、主に身体機能を補うための援助

4. 心理・精神的援助

ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動揺に対して、ケアチームメンバーが傾聴し、共感し、患者が安心して自分の考え、気持ちが出出できるような関係を確立すること。

5. スピリチュアルペインへの援助

自己の人生に意味・価値を見出させること

6. デスマネジメント

死にゆく人と家族が、死を受容できるようになるまでのプロセス（否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容）を成し遂げるようにマネジメントすること

7. 喪失・悲嘆・死別サポート

様々な現れ方をする悲嘆を死にゆく人や家族と分かち合い、新しい関係を作り出せるよう支援すること

3) 事例分析

研究グループより12のターミナル事例(3)-1)を提出してもらい、事例の取り組み過程と取り組みの視点を、先に作成した枠組みに当てはめてみた。その結果、導入期・安定期・終末 臨死期・死別期で支援項目の内容が変化してくることがわかった。

現在、事例から抽出し、文言を統一し、類似のものを整理したアセスメント内容について、われわれの支援項目への当てはめの妥当性を検証するために、協力訪問看護ステーションの看護婦に3)-2)のようなアンケートを実施中である。

3)ー1 12のターミナル事例

通しNO	NO	入行 ソウ	CT名	性別	年齢	疾病名	記録期間	訪問開始	訪問終了	要介 護度	日常生活 自立	痴呆 度	同居の 有無	主介護者
1	1	鶴巻	植○和	男	50	左上顎歯肉癌、骨転移、前頭葉浸	9/27-11/18				J	I	妻、息	
2	2	鶴巻	田○忠	男	58	糖尿病、直腸癌(全身メタ)、肝硬変	11/29-1/2						妻、娘	
3	3	鶴巻	河○信	男	75	前立腺癌、転移あり	10/8-11/21				C-2		妻	
4	4	篠田	M	女	80	左肺癌、骨転移、					5 B-2(身 障1級:呼 吸障害)	なし	夫、娘 夫婦、 孫2人	
5	5	土浦	S.Y	男	68	左肺癌、骨転移、右上腕骨骨折		2002.6.14.	2003年1月時 点は入院中	2	A-2	正常	妻と2人	
6	6	白十 字	N.U	女	91	胃癌末期、貧血、痴呆症	2002/6/14- 2002/7/26,8 /21,9/10	2002/6/14	2002/7/26		A準寝た きり	II	次女夫 婦・長女	娘
7	7	多分 千駄												
8	1	篠田	K.	男	90	心筋梗塞に由来した心不全				2	B-2	II-a	独居	長男夫婦
9	2	千駄 木	○澤○ 郎	男	95	慢性心不全、高血圧、便秘によるイ リウス				4				
10	3	土浦	T.T	女	79	廃用性筋萎縮、痴呆症		2001/7/31	H14.7.9.	3	B-2から C-2へ	I	夫	
11	4	白十 字	H.T	女	93	心不全、腎不全、腎性貧血、高血圧 症	2002/3/15- 2002/11/1	2002/3/15	2002/9/5	3	B-1	なし	娘夫婦・孫	娘
12	5	白十 字	K.S	男	94	アルツハイマー型痴呆	2001/9/9- 2002/10/3	2001/9/9	2002/10/24	5	C-2	IV→M	妻と二人 暮らし	妻

3) - 2 各支援項目の番号(1~8)を、下記のアセスメント項目の左側にある番号記入欄にご記入下さい。

がん高齢者ターミナルケア:支援項目における用語の定義

1. 疼痛その他の苦痛症状のマネジメント
痛みをはじめとした全身倦怠感、食欲不振、呼吸困難、悪心・嘔吐などの身体症状を緩和すること
2. 心理・精神的援助
ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動揺に対して、ケアチームメンバーが傾聴し、共感し、患者が安心して自分の考え、気持ちを表出できるような関係を確立すること。
3. 社会的援助
必要なケアが適切に提供されるように、人、物、金等の環境づくりを支援すること
4. スピリチュアルペインへの援助
自己の人生に意味・価値を見出させること
5. 基本的ニーズへの援助
日常生活を維持するのに欠けている、主に身体機能を補うための援助
6. デスマネジメント
死にゆく人と家族が、死を受容できるようになるまでのプロセス(否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容)を成し遂げるようにマネジメントすること
7. 家族・親族の関係調整
本人を中心に家族関係の変化に応じて、ケアの方向性およびどういった最期を迎えるか意識を統一すること
8. 喪失・悲嘆・死別サポート
様々な現れ方をする悲嘆を死にゆく人や家族と分かち合い、新しい関係を作り出せるよう支援すること

番号記入欄	がんアセスメント項目一覧
	疼痛の有無
	疼痛の程度
	疼痛の部位
	疼痛の時間帯
	疼痛と体動との関連
	嘔気嘔吐の有無
	倦怠感の有無
	現在が一番つらい症状の有無
	睡眠の状態(傾眠含む)
	夜間せん妄
	精神症状の有無、言動
	鎮痛剤の種類
	鎮痛剤の使用量
	鎮痛剤の投与回数
	鎮痛剤の投与時期
	鎮痛剤投与方法(経口等)
	現在の薬の使用状況
	鎮痛コントロールできているか
	鎮痛についての患者の理解
	鎮痛についての家族の理解
	しびれの有無
	鎮痛剤の副作用症状の出現
	鎮痛剤の副作用を患者・家族が知っているか
	疼痛増強時の対応を家族・患者が知っているか
	患者と専門職との関係構築の状態
	家族と専門職との関係構築の状態
	緊急時に家族・患者が専門職へ連絡をとる方法を知っているか
	患者・家族が最期まで専門職の助けを借りて在宅療養ができると考えているか(看取りの覚悟)
	24時間連絡体制の確立
	住診医の有無
	利用者が外出(通院)できるか
	家族の思いが医師に伝わっているか
	医療者間(医師、看護師等)の連携状況
	ケアマネジャーを中心としたケアプランを多職種で共有しているか
	ケア提供者間で情報の提供ができていないか
	ケア提供者間で共通の理解ができていないか
	患者の疾病の理解
	患者の予後の理解
	患者の治療の理解
	家族の治療の理解
	患者の告知の有無
	患者の死の受け止め方
	家族の死の受け止め方
	患者が望んでいる死に場所
	死ぬ場所(在宅、ホスピス、病院)を決めているか
	家族が望んでいる死に場所
	患者の延命処置の希望
	家族の疾病の理解
	家族の予後の理解
	家族の告知の有無
	家族の延命処置の希望
	患者と家族の関係
	患者と親族との関係
	患者-家族間のコミュニケーションの状況
	心地よいと思う状態を把握
	生活に求めていること
	信仰宗教の有無
	今までの仕事、生き方
	生きることの意味(生きていること、存在していることの意味はどこか)
	死に対する考え方(死に対する恐怖や不安について話しているか)
	民間療法利用の有無
	患者がやりたいこと(ニーズ)は何か
	気になること、やり残していることはないか
	家族のケアへの参加状況
	家族の介護技術
	家族の介護への意欲

番号記入欄	がんアセスメント項目一覧
	家族の症状に対する対応方法の知識の有無
	家族が自分でできる緩和ケアを知っているか
	家族が急変時の観察方法と対処法を知っているか
	患者の在宅療養への不安
	家族の在宅療養への不安
	看取り方の不安の有無
	介護者の身体的負担
	介護者の精神的負担
	介護者の健康状態
	介護者が介護についてどこまで「自分で出来る」「専門職に頼む」と考えているのか(介護の見極め)
	キーパーソンの有無
	経済状況
	必要な介護用品(モーターベッド、ホータブル化、車いす等)があるか
	家族の楽しみとなる行事があるか
	遺書、遺言の希望の有無
	家族が死までの過程と対処方法について知っているか
	死亡時の医師への連絡や、医師への死亡確認について知っているか
	看取りの方向を家族内で相談しているか
	死後の処置の方法について確認
	亡くなった時に着せる衣服や葬式について気にかけているのか
	ADL、IADLの状態
	バイタルサインの把握
	血圧(特に下降)
	呼吸状態・肺音
	喘鳴
	咳や痰の増加
	腸音
	排泄の状態
	下血の有無
	肛門部びらん、疼痛
	ハルシカテールのトラブル、尿路感染
	排尿痛(感染)の有無
	腹瀉、宿便
	浮腫
	嚥下
	誤嚥性肺炎
	意識レベル
	利用者の判断力の変化(低下)の状況
	脱水
	会話の状態
	眼瞼結膜
	顔色・表情
	栄養状態
	口腔内の乾燥、汚れ
	清潔の状態
	吸引の必要性
	チアノーゼ
	SaO2
	褥瘡の有無
	浸出液のアセスメント
	治療、医療機器の選択の有無(点滴、吸引、酸素吸入など)
	1日の生活状況(生活リズム)
	輸液ルートの状況
	転倒危険性の有無
	痴呆の有無
	家族と共に死後の処置を実施したか
	死後の処置の際、家族の希望を取り入れたか(例:スーツを着せる)
	死別時の状況
	家族の思い
	在宅にて過ごしていた時の家族の受け止め方
	後悔の有無
	患者の死亡短期間後の家族の状況
	死亡1ヶ月後の家族の状況
	家族の悲しみのとらえ方
	ケアチームとしてケースをどう捉えていたのか(デス・カンファレンス)の実施

ご協力ありがとうございました。

各支援項目の番号(1~7)を下記のアセスメント項目の左側にある番号記入欄にご記入下さい。

高齢者ターミナルケア:支援項目における用語の定義

1. 家族・親族の関係調整
本人を中心に家族関係の変化に応じて、ケアの方向性およびどういった最期を迎えるか意識を統一すること
2. 社会的援助
必要なケアが適切に提供されるように、人、物、金等の環境づくりを支援すること
3. 基本的ニーズへの援助
日常生活を維持するのに欠けている、主に身体機能を補うための援助
4. 心理・精神的援助
ターミナル期にみられる患者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動揺に対して、ケアチームメンバーが傾聴し、共感し、患者が安心して自分の考え、気持ちが出せるような関係を確立すること。
5. スピリチュアルペインへの援助
自己の人生に意味・価値を見出させること
6. デスマネジメント
死にゆく人と家族が、死を受容できるようになるまでのプロセス(否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容)を成し遂げるようにマネジメントすること
7. 喪失・悲嘆・死別サポート
様々な現れ方をする悲嘆を死にゆく人や家族と分かち合い、新しい関係を作り出せるよう支援すること

番号記入欄	高齢者アセスメント項目一覧
	介護者の有無
	キーパーソンの有無
	介護する場所
	経済状態
	患者・家族と他の親族との連携状況
	家族内で連携がとれ、意見の一致がある。
	介護者の親族の介護の意向の把握
	現在利用しているサービス
	ケアチームの連携状況(意思疎通の状況、情報の共有化、意志の統一)
	具体的なケア方法の統一ができていますか
	病棟ナースとの連絡
	終末期に向けたケアチームの連携状況が構築されているか
	終末期に向けたサービスの変更がなされているか
	24時間連絡相談の体制が整っているのか
	福祉機器(ベッド等)導入の必要はあるか
	終末期に向けた福祉機器、介護用品の選択がなされているか(吸引、吸入器、エアマット)
	利用者、家族はケアチームにどのような期待をしているか
	受診状況の把握
	往診医の紹介・連絡
	急変、突発事への対応先の有無
	室内整備の状況(居室、トイレ、食堂、廊下、玄関/保温、換気)
	バイタルサイン
	栄養状態の観察
	食事の状況
	食欲
	水分バランス
	嚥下力の確認
	皮膚の清潔の状態観察
	口腔、陰部など汚れやすい部位の清潔状況
	排泄状態の観察
	緩和してほしい症状はないか
	呼吸苦の有無、肺音
	SPO2チェック
	褥瘡の有無
	感染症、呼吸、循環器疾患の観察と予防
	各種医療処置
	服薬状態の観察
	ADL、IADLの状態
	安楽な体位がとれているか
	拘縮の有無

番号記入欄	高齢者アセスメント項目一覧
	本人の衰弱に合わせたケアが提供されているか
	痴呆の有無
	浮腫の程度
	睡眠
	病状悪化の状況の把握
	合併症の有無
	廃用症候群
	自己抜去など事故へのリスクマネジメントを査定する
	安楽ケア(例:肩こりへのマッサージ)が必要かどうか
	介護者の理解力
	介護者の実践力
	介護者の健康状態
	介護負担の状況
	看取りの中での家族の不安
	家族介護者の混乱の有無、程度
	家族の死までのプロセスへの理解
	精神状態の観察
	利用者一家族のコミュニケーションの状態
	在宅療養の中で求めるものや思い
	利用者、家族の思いを他の医療スタッフが知っているのか
	在宅療養の中で困っていること、良かったとおもっていることを知る
	利用者の人柄、価値観
	家族の人柄、価値観
	利用者、家族が持つ宗教や信念
	今までの人生をどのように捉えているのか
	利用者、家族が思い残していることはあるのか。あるとしたらその内
	本人が死をどのように受け止めているか
	死ぬときの着物、遺影、お寺のこと(戒名)について不安があるか
	今後在宅で過ごすのか、入院治療をするのか
	本人、家族が安らかな時間を過ごしているか
	延命治療に対する希望
	臨死期の対応について具体的なイメージを持っているか
	臨死期の家族・親族への連絡方法を確認しているのか
	キーパーソンを中心に、どういった最期を迎えるか
	家族は本人の死を受け入れているか
	家族は日常生活に復帰できているか
	看取りの過程はどうだったのか
	家族の健康状態
	親族の家族への支援状況
	1ヶ月後のクリフケアの状況

ご協力ありがとうございました。

4. まとめ

1) 文献、研究者への聞き取り、事例分析等の研究をとおして、きわめて個別性が高く標準化にはそぐわないとされてきたターミナル期のケアの標準化が必要であることがあきらかになった。

事例分析をしてみると、ステーションや訪問看護師によっては、ターミナルケアの内容がかなり他と異なっている場合もあった。これは患者条件による対応の違い、対象の個別性というよりは、ステーション・看護師の姿勢の違いや能力の違いが反映された結果であると推測された。またターミナルケアのあるべきモデルがないために、また在宅ターミナルケアの評価がほとんどなされていないために、訪問看護師が適切なスキルを持つにいたっていない場合があることが推測された。ターミナルケアのガイドライン、ケアプログラムはまずケア提供者の質向上に役立つものとなるだろう。

2) 海外における研究や実践を見ると、ターミナル期のケアが、こう生きたい、こう死にたいという価値観モデルの反映であることがわかる。例えば、カナダで出されているガイドラインは10年以上の年月をかけて国民と行政とサービス提供者が死をどう迎えるかという社会的文化の枠組みを作り上げた結果である。カナダ国民にとっての望ましいターミナル期をどうしたら過ごせるかの手引書ともなっている。海外のこうしたモデルが即わが国の規範となるかは問題であるが、誰もが迎える死を少しでも幸せな形で受け入れることができるようになるのはのぞむところである。その点からも新しい枠組みの設定は意義がある。

3) 文献、研究者への聞き取り、事例分析等の研究をとおして、ターミナル期に求められる支援の量と種類の多さがあきらかになった。それについては現在進行中の調査結果を踏まえて、ケア枠組みの中にまとめあげる。ここではターミナルケアをおこなうに際して今後より重要となると考えられる点をいかにのべておく。

①患者と家族を主体とすることはもちろん、一体としてとらえ関る姿勢がもとめられる。

②その人の生きてきた道筋をありのままうけいれ、関ることが重要である。

③家族関係・夫婦関係を決して批判しない。自分が家族の一員のような意識(疑似家族意識)を持たない。

④様々な決定は基本的には本人・家族がおこなう。どうしても決定に加わらなければならない事態に備えて対応の仕方についての学習は必要である。

⑤他職種とのチームアプローチについての訓練が必要である。

- ⑥家族の不安を軽減できるような、具体的で易しいケアの技術や症状の判断の仕方を示すことは、心理的なサポートと同じくらい重要である。
- ⑦ケアの結果・効果を何らかの形で確認していくことはケア提供者の慰めとなると同時にケアの質を考える上で重要である。
- ⑧コミュニケーション技術は関係者間の気持のずれを少なくするために重要である。
- ⑨グリーフケアは現状では余りおこなわれていない。しかし、ターミナルケアの対象が家族をも含めることからして、今後充実していく必要がある。

以上。

Research Plan

Development and Evaluation Methods of Care Programs in Respond to Longitudinal Changes in Needs of Home Terminal Patients

Purpose

To develop standardized care programs and guideline for longitudinal needs in terminal cancer patients with pain and debilitated elderly patients. To put them into practical use by applying them to actual cases and identify evaluation methods.

2002 We develop care programs based on a case study in Japan, and conduct a feasibility study on framework of the care programs and care contents while we compare current situations on terminal care programs in 6 countries (U.K., Sweden, Finland, Canada, U.S.A., and Japan): (1) to develop framework of terminal cases for cancer patients with pain and elderly debilitated patients, and (2) to collect information from typical case records and study the developed framework.

2003 After revising the program in Japan, to apply them in 30 cancer patients and 30 elderly patients, and then revise them again and identify evaluation measures. Next, to study feasibility of the developed care programs in 10 cancer patients and 10 elderly patients in six countries, and revise them if it is necessary.

2004 In order to study validity of the developed care programs and guideline, to apply them in actual cases again in participating countries, and revise them. Furthermore, to apply the care programs to 60 cancer patients and 60 elderly patients in Japan to study usefulness of the care programs and guideline, and complete the care programs and guideline by adding evaluation measures.

Methods

Subjects: cancer patients with pain and debilitated elderly patients in terminal periods.

Participants: 1) Visiting nurse, [2) Care manager, 3) Hospice physician, and 4) Patient and Family]

Method:

1) The First Survey in Japan (August 2002 – October 2002)

(1) Development of care programs for terminal patients by referring to "Canadian Palliative Care Association Guideline" and "A Good Death-Development of a Nursing Model of Care."

(2) Describing actual standard care contents for terminal patients from nursing documents along with the framework of the care programs.

(3) Revision of the framework of the care program.

2) The Second Survey in Japan (January 2003 – March 2003)

(1) To conduct a feasibility study for 30 cancer patients with pain and 30 debilitated elderly patients and identify evaluation measures.

(2) To evaluate the data of patients and family (caregiver) and outcomes (goal attainment, rate of emergency visit, death at home), and implemented care and methods by care providers.

Study Methods in Six Countries

The First Survey in Six Countries (November – December, 2002)

Data collection by researcher in each country (See their kind Materials)

1. A table was developed by crossing terminal periods and need categories (Table 1)
2. Describe whether the framework of the care programs is applicable or not about periods and care categories in Table 2(1-①), 2(1-②) and Table 2(2-①), 2(2-②). Please refer to Table 3 (1)-(4) cancer patients with pain and Table 4(1)-(4) debilitated elderly patients.
3. Describe comments on care contents and other than those in Table 1 regarding typical one cancer patient with pain and one debilitated elderly patient.

Data collection in U.K., Sweden Finland, Canada and U.S.A.

The Second Survey in Six Countries (April – June, 2003)

To study feasibility of the developed care programs in 10 cancer patients with pain and 10 debilitated elderly patients.

Table 1 No.1. For Cancer Patient In Terminal Care (Home Care)

Period	Introductory *Material 1			Stable period *Material 2			Clinical death period *Material 3			Bereaving period *Material 4		
	Assurance to live comfortably at home			1) Help the client to live the remaining life as fully and comfortably as possible 2) Response to an acute condition change			Education and assistance to the family for peaceful dying			1) Confirm the death with dignity and comfort 2) Support overcoming grief 3) Comfort family and care for their mental and physical health		
Care Categories	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
Pain and symptom management												
Psychological, social and spiritual support												
Loss, grief and bereavement support												
Synthesis: Self-image												
Continuation of care, Surrender												
Self-determination												
Right of choice												

Table1 No.2. For Elderly Patient In Terminal Care in Home Care)

Period	Introductory			Stable period			Clinical death period			Bereaving period		
	Assurance to live comfortably at home			1)Help the client to live the remaining life as fully and comfortably as possible 2)Response to an acute condition change			Education and assistance to the family for peaceful dying			1)Confirm the death with dignity and comfort 2)Support overcoming grief 3)Comfort family and care for their mental and physical health		
Care Categories	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
Provision of care												
ADL IADL												
Pain and symptom management												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												
Continuation of care: Surrender												
Self-determination												
Right of choice												

Table 2 (1-①) For Cancer Patients (periods)

Please answer (appropriate or not) this sheet

The care program needs to be revised by researches in each country.

Please answer the following questions:

Is it appropriate for your practice?

If it is appropriate, please write ○.

If it is not appropriate, please write ×.

If not, please describe the item, which is not applicable in your country.

Look at each period with each horizontal category of Table3(1)~(4)

Period		Answer	Appropriate	Not appropriate	Comments
introductory period	1.Goal of support				
	2.Concrete care contents				
	3.Evaluation of goal attainment				
stable period	4. Goal of support				
	5. Concrete care contents				
	6. Evaluation of goal attainment				
clinical death terminal period	7. Goal of support				
	8. Concrete care contents				
	9. Evaluation of goal attainment				
bereaving period	10. Goal of support				
	11. Concrete care contents				
	12. Evaluation of goal attainment				

Table 2 (1-②) For Cancer Patients (categories)

Please answer (appropriate or not) this sheet

The care program needs to be revised by researches in each country.
Please answer the following questions:

Is it appropriate for your practice?

If it is appropriate, please write ○.

If it is not appropriate, please write ×.

If not, please describe the item, which is not applicable in your country.

Look at each vertical category of Table3(1)~(4)

Categories	Answer		Comments
	Appropriate	Not appropriate	
Provision of care			
Pain and symptom management			
Psychological, social and spiritual support			
Loss, grief and bereavement support			
Synthesis/Self-image			
Continuation of care/Surrender			
Self-determination			
Right of choice			

Table 2 (2-①) For Elderly Patients (periods)

Please answer (appropriate or not) this sheet

The care program needs to be revised by researches in each country.
Please answer the following questions:

Is it appropriate for your practice?

If it is appropriate, please write ○.

If it is not appropriate, please write ×.

If not, please describe the item, which is not applicable in your country.

Look at each period with each horizontal category of Table4(1)~(4)

Period		Answer	Appropriate	Not appropriate	Comments
introductory period	1. Goal of support				
	2. Concrete care contents				
	3. Evaluation of goal attainment				
stable period	4. Goal of support				
	5. Concrete care contents				
	6. Evaluation of goal attainment				
clinical death terminal period	7. Goal of support				
	8. Concrete care contents				
	9. Evaluation of goal attainment				
bereaving period	10. Goal of support				
	11. Concrete care contents				
	12. Evaluation of goal attainment				

Table 2 (2-②) For Elderly Patients (categories)

Please answer (appropriate or not) this sheet

The care program needs to be revised by researches in each country.
Please answer the following questions:

Is it appropriate for your practice?

If it is appropriate, please write ○.

If it is not appropriate, please write ×.

If not, please describe the item, which is not applicable in your country.

Look at each vertical category of Table4(1)~(4)

Categories	Answer	Appropriate	Not appropriate	Comments
Provision of care				
ADL/IADL				
Pain and symptom management				
Psychological, social and spiritual support				
Loss, grief and bereavement support				
Synthesis/Self-image				
Continuation of care/Surrender				
Self-determination				
Right of choice				

Table 3(1) For Cancer		Introductory		
		Assurance to live comfortably at home		
Care Categories		Goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
C l i e n t a n d f a m i l y c a r e	Provision of care	Client and family don't confuse at sudden change of physical condition	◇observe the current condition *informed consent	Caregiver and family understood for disease
		Provided care meets the needs of client and family	◇observe the symptom ◇cleanliness ◇sore ◇medication ◇nutrition ◇excretion ◇living will	Care needs solved by care provider.
		Provided care satisfies the expectation of client and family	◇symptom check ◇caregiver education	Client and family's request aim solved by care provider.
	Pain and symptom management	Total pain and other symptoms are relieved as much as possible	Care contents for: observation, assistance and confirmation	Patient lived comfortably everyday by symptom control.
		Client and family are satisfied with minimum total pain and other symptoms		
	Psychological , social and spiritual support	Able to move to home comfortably	◇Nurse confirm following : How much did the understand it ?	Patient understood own condition, Patient and relatives relation became smooth. No ,anxiety No expression
		Able to contact health care providers whatever they need	◇Collaboration with doctor and district nurse ◇Care provider	Care provider could visit patient home.
	Loss,grief and bereavement support	Explain the significance of living at home for their understanding	◇Nurse confirm that caregiver and family hope ot die at home. ◇Do you have key person.	Patient and family preferred home care .
	Synthesis/ Self-image	Patient has concrete determination with death,and patient has image for death process	◇Patient concreat image how to process final stage.	Patient expressed one's wish how to die .
	Continuation of care/ Surrender	Continuous care is provided at transferring period to home	◇Assurance of continuer caremanager,patient & caregiver and care provider share whocare plan. ◇Family have confidence about care.	Other care provider shared care plan.
		Continuous care from hospital physician and nurse to community health care providers		Regularly conference Good human relations
	Self-determination	Patient can be self-determined	◇Patient wished to stay at home	Living at home Patient hoped dying at home
	Right of choice	Client and family prefer to live at home	◇Family would like to care the patiant for final stage at home.	
		Informed choice is given to client and family	◇Patient and family decide at home for final stage.	

Table 3(2) For Cancer		Stable period		
		①Help the client to live the remaining life as fully and comfortably as possible ②Response to an acute condition change		
Care Categories		Goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
C l i e n t a n d f a m i l y c a r e	Provision of care	Caregiver cared for patient with stable physical condition.	collect information To devise of care instrument	Caregiver and family understood for disease
		Care is suited patient and caregiver needs.	It provide care by patient conditions.It keeps patient and family's demand,needs.	Care needs solved by care provider.
		Care is suited patient and caregiver expectation..	Nurse confirmed patient and family exception.It provide care with exception.It adjust co-medical with expectation.	Client and family's request aim solved by care provider.
	Pain and symptom management	Symptom control as much as possible.	◇observed content ◇assisted content:Put into effect of routine care ◇confirmed content	Patient can lived comfortably everyday by symptom control.
		Patient and family satisfied patient total pain relief .		
	Psychological , social and spiritual support	Able to communicated with other person.	Nurse decided continuously at home.	Nurse communicated about spiritual.
		Patient contacts nursing agency anytime. Able to interchange of other person	A 24-hour system.....Mobile phone. It has visit informal support.	Care provider could visit patient home.
	Loss,grief and bereavement support	Accept own death livelity life.	To training Death of education.	Patient and Family, relatives wished home care.
	Synthesis/ Self-image	Patient makes good use of final stage.	It confirmed patinet's hobby by nurse side.	Patient expressed one's wish how to die .
	Continuation of care/ Surrender	To take team care system	Co-medical collaborated patient and family.Care problem doesn't raise during co-medical.	Other care provider shared care plan.
		Family can appropriately care for patient.	Family cared for patient.	regularly conference Good human relations
	Self-determination	Patient makes good use of final stage.		living at home Patient hoped dying at home
	Right of choice	Patient and family hopes to home care.	Patient talk to family about death.	
		Patient and family are given informed choice.		

Table 3(3) For Cancer		Clinical death period		
		Education and assistance to the family for peaceful dying		
Care Categories		Goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
C l i e n t a n d f a m i l y c a r e	Provision of care	Caregiver cared for patient with stable physical.	◇observe of current condition	Family and caregiver think death and they cared for patient.
		It provide that care be suited patient and caregiver needs.	◇observe of symptom ◇cleanliness ◇sore ◇medication◇nutrition ◇excretion◇Living will	Care provider confirmed patient and family needs and it solved.
		It provide that care be suited patient and caregiver expectation..	◇symptom check ◇caregiver education	Care provider provided patient and family expectation.
	Pain and symptom management	Symptom control relief as possible as it .	◇observed content ◇assisted content ◇confirmed content	Patient wasn't pain by symptom control.Patient receive death
		Patient and family satisfied patient total pain.		
	Psychological , social and spiritual support	Able to other person communicated [meaning a live] [a live in pain].	◇Nurse confirmed following : Does patient understand what degree about disease. ◇Patient confirmed for prediction	Family cared for patient on satisfactory place.
		Patient makes contact Nursing agency everytime. Able to interchange of other person	◇Collaboration with doctor and district nurse ◇Care provider ◇How to call of emergency	
	Loss,grief and bereavement support		◇Nurse confirme that caregiver and relatives hope die at home. ◇Do you have key person.	
	Synthesis/ Self-image	Patient will make good use of final stage.	◇Patient concreat image how to process final stage.	
	Continuation of care/ Surrender	To take Team care system	◇Care insurance concentrate caremanager,patient & caregiver and care provider share to care plan.	Continuously care provide patient.
		Family can appropriate care for patient.	◇Family have confidence about care.	When patient condition took a sudden turn for the worse,Family call to doctor.
	Self-determination	Patient will make good use of final stage.	◇Patient hope at home	
Right of choice	Patient and family hope at home care.	◇Family would like to care for final stage at home.	Family consented treatment plan after this.	
	Patient and family give informed choice.	◇Patient and family decided at home for final stage.		

Table 3(4) For Cancer		Bereaving period		
		①Confirm the death with dignity and comfort ②Support overcoming grief ③Comfort family and care for their mental and physical health		
Care Categories		Goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment
C l i e n t a n d f a m i l y c a r e	Provision of care			
	Pain and symptom management			
	Psychological , social and spiritual support			
	Loss,grief and bereavement support	Nurse assist that family overcame loss,grief.	Nurse visit to family home	
	Synthesis/ Self-image			
	Continuation of care/ Surrender			
	Self-determination			
	Right of choice			

Table4(1) for elderly		Introductory			
		Assurance to live comfortably at home			
Care Categories	The goal of support	Concrete care contents	Evaluation of goal attainment		
C l i e n t a n d f a m i l y c a r e	Provision of care	Client and family don't confuse at sudden change of physical condition	◇observe of current condition	Caregiver and family understood for disease	
		Provided care meets the needs of client and family	◇observe of symptom ◇cleanliness ◇sore ◇medication◇nutrition ◇excretion◇Living will	Care needs solved by care provider.	
		Provided care satisfies the expectation of client and family	◇symptom check ◇caregiver education	Client and family's request •aim solved by care provider.	
	ADL/IADL	When the patient fall off physical function , Patient and family accept home care	◇To explain physical ,social , mental function. ◇Caregiver understand current condition ◇To prevent complication from bedridden	Family understood patient's physical, mental , and social condition . It prevent complication from bedridden.	
	Pain and symptom management	Total pain and other symptoms are relieved as much as possible	◇observed content ◇assisted content ◇confirmed content	Patient could lived cofortably everyday by symptom control.	
		Client and family are satisfied with minimum total pain and other symptoms			
	Psychological, social and spiritual support	Able to move to home care comfortably	◇Nurse confirmed following : Does patient understand what degree about disease. ◇Patient confirmed for prediction	Patient understood own condition, patient 's relation with relatives became smooth. No anxiety, No expression	
		Able to contact health care providers whenever they need	◇Collaboration with doctor and district nurse ◇Care provider ◇How to call of emegency	Care provider could visited patient home.	
	Loss,grief and bereavement support	Explain the significance of living at home, and get their understanding	◇Nurse confirme that caregiver and relatives hope die at home. ◇Do you have key person.	Patient and Family, relatives liked to visit patient 's home.	
	Synthesis/ Self-image	Patient comes to determination to death,and has any image for death process	◇Patient concreat image how to process final stage.	Patient expressed one's wish how to die .	
Continuation of care/ Surrender	Continuous care is provided at transferring period to home	◇Care insurance concentrate caremanager,patient & caregiver and care provider share to care plan. ◇Family have confidence about care.	Other care provider shared care plan.		
	Continuous care from hospital physician and nurse to community health care providers		regularly conference Good human relations		
Self- determination	Patient can be Self-determination	◇Patient hope at home	living at home Patient hope dying at home		
Right of choice	Patient and family prefer to live at home	◇Family would like to care for final stage at home.			
	Informed choice is given to patient and family	◇Patient and family decided at home for final			