

4. スピリチュアルペインへの援助 自己の人生に意味・価値を見出せるここと

アセスメント内容	件数	出現率(%)
□気になること、やり残していることはないか	33	71.7

判断	件数	出現率(%)
□気になることやり残していることがある	20	43.5
□遺書・遺言がある	4	8.7

ケア行動	件数	出現率(%)
□家族と本人の間で気になることが何か、そのような会話ができるよう双方に働きかける	26	56.5
□本人の気になること、やり残していることを実現できるよう調整する	18	39.1
□本人、家族の楽しみとなるイベントを実行する	7	15.2
□宗教にあわせた関係者(神父・牧師)と会えるようセッティングする	4	8.7

アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□家庭の遅り残していることがない	26	56.5
□本人の遅り残していることがない	20	43.5
□本人・家族の楽しみとなるイベントを行っている	10	21.7

5. 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、取引き、抑うつ、受容)を成し遂げられれるようにマネジメントすること

アセスメント内容	件数	出現率 (%)	
□家族が急変時に対する方法について知っているか	43	93.5	
□今後の病状変化に対してどのように対処しているか(入院治療・終末期入院・在宅死)	43	93.5	
□利用者・家族が長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)	43	93.5	
□家族は利用者の疾病、予後を理解しているか	41	89.1	
□家族は死を受容しているか、死に対する受け止め方確認、支援の必要性の観察、判断	41	89.1	
□家族の延命処置の希望の有無	41	89.1	
□お別れしたい親族が呼べているか	39	84.8	
□家族も本人にメッセージを伝えているか	34	73.9	
□本人が挨拶をしたい人を呼べているか	33	71.7	
□本人がメッセージを残しているか	29	63.0	

	判断	件数	出現率 (%)
□家族の死に対する不安・恐怖		32	69.6
□受容		40	87.0
□取引		6	13.0
□抑うつ		5	10.9
□否認		4	8.7
□怒り		1	2.2

	ケア行動	件数	出現率 (%)
□死が近いことを家族に伝える		46	100.0
□在宅にて看取りができるか、またできることの最後の確認をする		46	100.0
□様々な身体的精神的状況に対して、どのように対応すべきか指導する		44	95.7
□家族が常にそばにいるのは、在宅だからこそであることを伝える		43	93.5
□病院へ行つてもできる処置に大きな変わりはないことを伝える		41	89.1
□最後まで耳は聞こえていることを伝え、本人に伝えられるよう環境を整える		41	89.1
□お別れをしたい家族・友人を呼ぶように家族に伝える		37	80.4

アウトカム(期待される成果)	件数	出現率 (%)
□最期はどこで死を迎えたか家族が自己決定できる	46	100.0
□死を自然なこととして受け入れられる	44	95.7
□家族から本人へメッセージを伝えることができる	36	78.3
□日本人から家族へメッセージが残せている	23	50.0

6. 家族・親族との関係調整 本人を中心には家族間の変化に応じて、ケアの方向性およびどのような最後を迎えるか意識を統一すること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	
□家族のケアへの参加状況	43	93.5	
□家族の介護への意欲	41	89.1	
□利用者と親族との関係を把握、キーパーソンの有無	36	78.3	
□利用者－家族間のコミュニケーションの状況	35	76.1	
□利用者と家族の関係 家族としての役割遂行等されているか	35	76.1	
□利用者と家族が同じ気持ちで死に向かっているか	31	67.4	
□介護者の健康状態	42	91.3	
□介護者の精神的負担	42	91.3	
□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	41	89.1	
□介護者の身体的負担	41	89.1	
□介護知識・介護指導の必要性の観察・判断	37	80.4	

	判断	件数	出現率(%)
□日本人・家族・親族のコミュニケーション	36	78.3	
□家族成員としての役割遂行	32	69.6	
□介護知識の不足	8	17.4	
□介護拒否	2	4.3	
□介護負担感	30	65.2	

	ケア行動	件数	出現率(%)
□見取りの場を家族、親族内で意見が統一できるよう支援する	42	91.3	
□家族成員としての役割が遂行できるよう援助する	40	87.0	
□介護者の訴えを傾聴する	43	93.5	
□効果的な介護方法の指導	39	84.8	
□社会資源を有効活用する	25	54.3	
□介護者の代替を検討する	23	50.0	

	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□本人が長期まで家族の一員として役割を全うできる	40	87.0	
□利用者と家族が同じ気持ちで死に向かっていくことができる	38	82.6	
□介護・処置方法を理解し、実行できる	39	84.8	
□肉体的精神的負担が軽減し、安定した介護ができる	39	84.8	

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

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□死別時の状況	45	97.8	□家族の看取りの満足感	42	91.3	□家族ごよくここまで看取って看取ることができるましたね」と伝える	46	100.0	□満足した看取りができたことを遺族が感じている	43	93.5
□遺族の思い	45	97.8	□家族の悲嘆	34	73.9	□死後の処置を家族とともに使う	43	93.5	□在宅で過ごしたことの後悔の念がない	42	93.3
□遺族の思い表情・言動	45	97.8									
□希望する衣服はあるか	42	91.3									
□後悔の有無	41	89.1									

8. 基本的ニーズへの援助

日常生活を援助しているのに欠けている、主に身体機能を補うための援助

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)
□清潔の状態・保清方法の有無	41	89.1	□セルフケアの不足	31	67.4
□排泄方法の確認	37	80.4	□心地よい生活の文句	23	50.0
□床具・交換必要性の観察判断	36	78.3	□転倒などの危険	9	19.6
□心地よいと思う状態	35	76.1			

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)
□清潔の状態・保清方法の有無	41	89.1	□利用者・家族のニーズを把握する	42	91.3

アセスメント内容	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)
□清潔の状態・保清方法の有無	41	89.1	□介護者が正確なケアを実施できる	38	82.6
□排泄方法の確認	37	80.4	□日常生活を心地よいと感じられる	29	63.0
□床具・交換必要性の観察判断	36	78.3	□介護方法の教育指導	41	89.1
□心地よいと思う状態	35	76.1	□口腔ケア	40	87.0

アセスメント内容	件数	出現率(%)	期待される成果	件数	出現率(%)
□清潔の状態・保清方法の有無	41	89.1	□介護者が正確なケアを実施できる	38	82.6

タイプA：がん高齢者ターミナル出現頻度(死別後) N=47

1. 損失・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

アセスメント内容	件数	出現率 (%)	判断	件数	出現率 (%)	ケア行動	件数	出現率 (%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率 (%)
□家族の思い	42	91.3	□家族の悲嘆	5	10.9	□在宅で看取れたのも、家族の強張りがあつたこと、よくやつたことを伝える	46	97.9	□満足のいく看取りがとれたことを遺族が認識する	46	97.9
□在宅にて過ごしていく時の家族の死に対する受け止め方把握	41	89.1	□家族の後悔	19	41.3	□思いを引き出し、思いを傾聴する	44	93.6	□遺族が死を乗り越え、立ち直って生活中に戻れる	40	85.1
□死別時の状況把握	39	84.8	□家族の喪失感	29	63.0	□家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正をする	33	70.2	□精神的・身体的に大きな異常がない	36	76.6
□後悔の有無	38	82.6	□在宅で看取ったことの満足感	41	89.1	□死亡1ヵ月後、1年後に家族とコントクトをとる	30	63.8	□ケースを通して、ケアチーム内の意識統一や連携の強化ができる	19	40.4
□死後の处置は家族の希望に沿つたものであったか	36	78.3	□遺族の身体的問題	24	52.2	□利用できる社会資源を使用する	17	36.2			
□遺族の身体的アセスメント	36	78.3	□遺族の精神的問題	27	58.7	□ケアチームカンファレンスをする	18	38.3			
□生活状況のアセスメント	35	76.1	□チームとしての評価	28	60.9						
□死亡1ヵ月後、1年後の家族の状況把握	34	73.9									
□未解決の悲嘆がないか観察	32	69.6									
□悲嘆のプロセスの把握	31	67.4									
□ケアチームとしてケースをどう捉えていたのか、チーム間での確認	28	60.9									

タイプB:徐々に衰退する高齢者ターミナル出現頻度(導入期) N=48

アセスメント内容		件数	出現回数	判断	件数	出現回数
□口頭表現の正確さと流暢さの評定	47	95.4	□口頭表現が正確で流暢な場合	30	62.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	85.4	□口頭表現が正確で流暢な場合	14	31.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	85.4	□口頭表現が正確で流暢な場合	4	8.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	26	75.0	□口頭表現が正確で流暢な場合	39	72.9	
□口頭表現が正確で流暢な場合	33	72.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	27	71.1	
□口頭表現が正確で流暢な場合	23	70.5	□口頭表現が正確で流暢な場合	29	69.4	
□口頭表現が正確で流暢な場合	45	91.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	26	54.2	
□口頭表現が正確で流暢な場合	46	91.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	11	23.6	
□口頭表現が正確で流暢な場合	45	93.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	30	61.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	44	91.7	□口頭表現が正確で流暢な場合	25	72.9	
□口頭表現が正確で流暢な場合	42	81.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	22	72.9	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	83.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	29	69.4	
□口頭表現が正確で流暢な場合	40	83.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	27	66.7	
□口頭表現が正確で流暢な場合	35	72.6	□口頭表現が正確で流暢な場合	19	38.4	
□口頭表現が正確で流暢な場合	40	93.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	26	75.0	
□口頭表現が正確で流暢な場合	44	91.7	□口頭表現が正確で流暢な場合	20	62.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	83.4	□口頭表現が正確で流暢な場合	3	6.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	36	81.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	29	54.2	
□口頭表現が正確で流暢な場合	24	56.0	□口頭表現が正確で流暢な場合	26	54.2	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	93.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	20	41.7	
□口頭表現が正確で流暢な場合	45	93.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	16	33.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	40	86.6	□口頭表現が正確で流暢な場合	9	18.8	
□口頭表現が正確で流暢な場合	40	83.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	6	12.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	34	75.0	□口頭表現が正確で流暢な場合	27	71.1	
□口頭表現が正確で流暢な場合	30	62.5	□口頭表現が正確で流暢な場合	25	62.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	47	91.3	□口頭表現が正確で流暢な場合	32	65.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	85.4	□口頭表現が正確で流暢な場合	22	45.0	
□口頭表現が正確で流暢な場合	37	77.1	□口頭表現が正確で流暢な場合	21	41.7	
□口頭表現が正確で流暢な場合	32	72.9	□口頭表現が正確で流暢な場合	21	41.7	
□口頭表現が正確で流暢な場合	20	75.0	□口頭表現が正確で流暢な場合	16	36.7	
□口頭表現が正確で流暢な場合	31	64.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	19	37.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	21	47.6	□口頭表現が正確で流暢な場合	13	27.1	
□口頭表現が正確で流暢な場合	20	41.7	□口頭表現が正確で流暢な場合	7	14.8	
□口頭表現が正確で流暢な場合	44	91.7	□口頭表現が正確で流暢な場合	3	6.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	42	87.5	□口頭表現が正確で流暢な場合	19	37.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	38	79.2	□口頭表現が正確で流暢な場合	13	27.1	
□口頭表現が正確で流暢な場合	31	64.8	□口頭表現が正確で流暢な場合	30	62.5	
□口頭表現が正確で流暢な場合	44	91.7	□口頭表現が正確で流暢な場合	27	56.3	
□口頭表現が正確で流暢な場合	43	86.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	42	87.5				
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	85.4				
□口頭表現が正確で流暢な場合	39	81.3				
□口頭表現が正確で流暢な場合	26	70.2				
□口頭表現が正確で流暢な場合	24	70.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	22	56.3				
□口頭表現が正確で流暢な場合	31	64.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	41	85.4				
□口頭表現が正確で流暢な場合	37	77.1				
□口頭表現が正確で流暢な場合	36	75.0				
□口頭表現が正確で流暢な場合	34	70.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	33	59.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	22	56.3				
□口頭表現が正確で流暢な場合	31	64.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	35	72.2				
□口頭表現が正確で流暢な場合	32	69.6				
□口頭表現が正確で流暢な場合	31	64.8				
□口頭表現が正確で流暢な場合	29	56.3				
□口頭表現が正確で流暢な場合	29	60.4				
□口頭表現が正確で流暢な場合	28	49.3				
□口頭表現が正確で流暢な場合	26	49.3				

タイプB:徐々に衰退する高齢者ターミナル出現頻度(率入期) N=48
1. 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、主に身体機能を損なうための援助

ケア行動		件数	出現回数	件数	出現回数
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	76	72.0	42	94.1	42
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	33	72.0	42	63.1	42
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	22	64.7	32	72.0	32
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	30	62.5	36	72.0	36
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	40	62.5	26	75.0	26
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	43	64.4	42	81.1	42
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	22	72.0	39	72.0	39
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	30	50.0	31	64.4	31
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	42	67.5	25	75.0	25
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	38	72.0	34	70.4	34
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	26	54.2	30	67.2	30
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	25	52.1	32	68.8	32
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	23	47.9	29	60.4	29
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	13	31.3	36	75.0	36
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	42	62.5	25	52.1	25
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	42	67.5	44	91.7	44
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	26	60.4	42	81.1	42
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	44	61.1	32	61.3	32
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	32	66.7	24	54.2	24
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	32	66.7	24	50.0	24
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	27	56.3	26	59.3	26
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	24	50.0	27	56.3	27
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	5	12.5	13	21.1	13
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	30	75.0	37	77.1	37
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	26	54.2	47	97.8	47
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	47	97.8	46	92.2	46
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	41	82.4	27	77.1	27
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	34	70.8	34	70.8	34
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	24	50.0	18	36.4	18
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	26	54.2	20	62.5	20
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	73	47.9	29	60.4	29
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	19	36.4	31	64.4	31
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	71	45.9	71	45.9	71
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	18	36.4	18	36.4	18
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	20	62.5	20	62.5	20
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	29	52.3	23	41.1	23
□問題の状況に合わせて施設が運営する □施設の運営方針・体制・幹部	30	41.7	30	41.7	30

2. 社会的援助 必要なケアが適切に提供されるように、ひともの、経済面等の環境づくりを支援すること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	件数	出現率(%)	
□現在利用しているサービスの有無	46	95.8	□在宅における必要なサービス・本人・家族が希望するサービス	46	95.8
□ケアマネジャーの確認	41	85.4	□在宅における必要なサービス・専門職からみた必要なサービス	40	83.3
□社会資源の活用状況	41	85.4	□在宅における必要なサービスは保たれているか	36	75.0
□室内整備の状況(居室、ドレ、食室、廊下、玄関／保温、換気)	40	83.3	□在宅における必要なサービス・社会資源の活用が必要	30	62.5
□福祉機器(ベッド等)導入の必要はあるか	39	81.3	□在宅における必要なサービス・金銭管理者の管理能力は十分か	25	52.1
□利用者が家族がどのようならサービスを知っているか(区・市町村、各種団体等)	38	79.2	□在宅における必要なサービス・転倒の危険性	23	47.9
□介護する場所の確認	37	77.0	□在宅における必要なサービス・社会資源負担額の増加の可能性	20	41.7
□経済・金銭管理状態	36	75.0	□在宅における必要なサービス・介護認定再調査の必要性	14	29.2
□利用者が外出(通院)できるか	33	68.8	□チームケアの連携体制・チームの連携ができている	41	85.4
□収入源、サービス利用に対する金銭的負担の程度の確認	29	60.4	□緊急時(24時間)連絡体制・緊急時の対応	41	85.4
□介護認定再調査の必要性の有無	29	60.4	□緊急時(24時間)連絡体制・必要時、入院ベッドの確保はできるか	17	35.4
□家族と専門職との関係	41	85.4			
□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確認	40	83.3			
□24時間連絡相談の体制が整っているのか	40	83.3			
□緊急時の対処方法の理解の確認	40	83.3			
□往診医の有無	39	81.3			
□緊急、突然事の対応先の有無	39	81.3			
□ケアチームの連携状況(悪性腫瘍の状況、情報の共有化、意志の統一確認)	37	77.1			
□ケアマネージャーを中心としたケアプランを他職種で共有しているか	36	75.0			
□家へ専門職が来ることへの抵抗感はないか	35	72.9			
□具体的なケア方法の統一ができるか	32	66.7			
□ケア提供者の窓口の設定	30	62.5			

アセスメント内容	件数	出現率(%)	件数	出現率(%)	
□在宅で必要なサービス・必要な物品の選定、搬送、準備を利用者の状態に合わせて実施する	42	87.5	□必要なサービス・必要な物品が相い、身の回りの環境に不自由しない	39	81.3
□生活環境整備	42	87.5	□連携がスマートで、チームに対する不安がない	38	79.2
□延滞の予防	41	85.4	□延滞しない	38	79.2
□ケアマネージャーとの連携	41	85.4	□チームスタッフにどのようなことを期待しているのか意識を伝えることができる	34	70.8
□今後の在宅療養についてサポートできる範囲を明確に提示する	35	72.9	□経済的負担を最小限にできる	30	62.5
□利用者・家族の個別性の高い期待に沿えよう利用者・家族とともにケアプランを作成する	32	66.7	□ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる	44	91.7
□利用できるサービスを有効活用する	30	62.5	□連携がスマートで、チームに対する不安、不満がない	42	87.5
□負担する金額としわせをしながら状態に応じたサービスを導入する	22	45.8	□主治医をだれにするのか意志を伝えることができる	39	81.3
□緊急時にに対する対応が理解でき、在宅で過ごす自信が持てる	32	66.7			

アセスメント内容	件数	出現率(%)	件数	出現率(%)	
□在宅における必要なサービス・本人・家族が希望するサービス	46	95.8	□在宅で必要なサービス・必要な物品が相い、身の回りの環境に不自由しない	39	81.3
□在宅における必要なサービス・専門職からみた必要なサービス	40	83.3	□連携がスマートで、チームに対する不安がない	38	79.2
□在宅における必要なサービスは保たれているか	36	75.0	□延滞がスマートにどこがやができる	38	79.2
□在宅における必要なサービス・社会資源の活用が必要	30	62.5	□チームスタッフにどのようにして意識を伝えることができる	34	70.8
□在宅における必要なサービス・金銭管理者の管理能力は十分か	25	52.1	□経済的負担を最小限にできる	30	62.5
□在宅における必要なサービス・転倒の危険性	23	47.9	□ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる	44	91.7
□在宅における必要なサービス・社会資源負担額の増加の可能性	20	41.7	□連携がスマートで、チームに対する不安、不満がない	42	87.5
□在宅における必要なサービス・介護認定再調査の必要性	14	29.2	□主治医をだれにするのか意志を伝えることができる	39	81.3
□チームケアの連携体制・チームの連携ができている	41	85.4	□緊急時にに対する対応が理解でき、在宅で過ごす自信が持てる	32	66.7
□緊急時(24時間)連絡体制・緊急時の対応	41	85.4			
□緊急時(24時間)連絡体制・必要時、入院ベッドの確保はできるか	17	35.4			

3. 家族・親族の関係調整 本人を中心とした家族関係の変化に応じて、ケアの方向性およびどのような最後を迎えるか意識を統一すること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□介護負担の状況	48	100.0	□家族介護力・介護体制・介護負担感	36	75.0	□介護者の介護力を見極め、無理のない介護方法の把握・調整をする	46	95.8	□キーパーソンを中心とした療養ができる	45	93.8
□介護者の理解力	47	97.9	□家族介護力・介護体制・介護知識の不足	24	50.0	□介護者の健康状態をチェックする(ハイタルサイン測定など)	46	95.8	□介護者が在宅療養を維持できる自信がもてる	38	79.2
□介護者の体力	46	95.8	□家族介護力・介護体制・介護拒否	3	6.3	□介護代替者の検討	43	89.6	□介護負担感が軽減できる	38	79.2
□介護者の介護技術	46	95.8	□家族員としての役割変化	25	52.1	□傾聴した内容は担当看護師及びチームで共有する	36	75.0	□本人・家族・親族内の人間関係を把握できる	41	85.4
□介護者の健康状態	45	93.8	□本人・家族・親族のコミュニケーション	9	18.8	□在宅ケアを維持していくことの思いを支援する	24	50.0	□本人および家族・親族内で在宅ケアをイメージできることを把握できる	40	83.3
□介護者が夜間良眠できているか	43	89.6	□意思決定できているか・利用者・キーパーソンの在宅療養の意見の一貫性	29	60.4	□利用者・家族と他の親族との関係を把握する	44	91.7			
□家族・親族・近隣の協力者の具体的な介護協力	42	87.5	□意思決定できているか・何もして欲しくない、	27	56.3	□在宅で過ごすことができるようイメージしているのか確認する	43	89.6			
□介護者の有無	40	83.3	□意思決定できているか・延命処置の希望	6	12.5	□今後入院治療することを考えているのか確認する	43	89.6	□医療処置(延命処置)に対する本人・家族の意向を確認する	41	85.4
□家事の状況、家庭内での仕事の役割把握	40	83.3				□本人・家族の意思を尊重する	38	79.2			
□介護者の親族の介護の意向の把握	36	75.0									
□親族が利用者の在宅療養にどのように関わっているか	43	89.6									
□利用者・家族の関係	40	83.3									
□利用者・家族のミニケーションの状態	37	77.1									
□利用者・家族との協力関係	37	77.1									
□今後在家で過ごすのか、入院治療をするのか利用者の意向	44	91.7									
□キーパーソンの有無	41	85.4									
□キーパーソンの在宅ケアのイメージ	36	75.0									
□延命治療に対する希望の有無	32	66.7									

4. 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、取引、抑うつ、受容)を成し遂げられるようにマネジメントすること

アセスメント内容	件数	出現率(%)
□どこで最後を迎えたいかを決めているか	33	68.8
□利用者・家族の死への受け止め方	30	62.5

判断	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)
□利用者・家族の死の不安・恐怖	20	41.7	□病院及び在宅、両方のパターンでの死の迎え方にについてどう思っているか把握する	40	83.3
□死の受容プロセス・受容	17	35.4	□本人・家族に在宅で生活することの安心感を与える	32	52.1
□死の受容プロセス・否認	5	10.4	□死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか気持ちを引き出す	25	52.1
□死の受容プロセス・取引	3	6.3			
□死の受容プロセス・抑うつ	3	6.3			
□死の受容プロセス・怒り	2	4.2			

アtoutカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□利用者・家族が不安に思っていることを伝えることができる	40	83.3
□在宅療養に納得できている	40	83.3
□利用者・家族が最後を迎える場所(病院or在宅)をどのように思っているかを考えることができる	30	62.5

5. 心理・精神的援助 ターミナル期にみられる利用者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動搖に対するケアチームメンバーが確認し、利用者が安心して自分の考え方、気持ちが表出できるような関係を確立すること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□利用者に対する家族の反応	41	85.4	□効果的なコーピング(本人と家族)・痴呆	28	58.3	□利用者・家族それぞれの思いを傾聴できるよな関係の確立と環境を整える	39	81.3	□今後どのように過ごしていくかを表現できる	40	83.3
□利用者家族の精神的負担	41	85.4	□効果的なコーピング(本人と家族)・不安	24	50.0	□十分に傾聴できる時間を持つる	39	81.3	□在宅生活を安心して送る自信がもてる	38	79.2
□精神状態の観察(言語的、非言語的)	39	81.3	□効果的なコーピング(本人と家族)・動搖	17	35.4	□利用者家族の思いを引き出し受容する	37	77.1	□医療者間との信頼関係が築ける	36	75.0
□会話の状態	39	81.3	□効果的なコーピング(本人と家族)・恐れ	12	25.0	□誤っている認識については、修正をする	37	77.1	□今後どのように過ごしていくかを表現できる	32	66.7
□家族に対する利用者の反応	38	79.2	□効果的なコーピング(本人と家族)・うつ	10	20.8	□今までやつてこられたことへのねぎらいの言葉かけ	36	75.0	□家族としての十分なコミュニケーションを図れる	36	75.0
□現在まで悩んでいること、今後不安に感じていること、困っていること、助けて欲しいこと	38	79.2	□効果的なコーピング(本人と家族)・孤独感	10	20.8	□サービスの目標・方法の一統化	30	62.5			
□痴呆の有無と程度	37	77.1	□効果的なコーピング(本人と家族)・苛立ち	9	18.8	□ケアチームカンファレンスの際、利用者・家族の思いを共有する	28	58.3			
□在宅療養の中で求めるものや思い	37	77.1	□効果的なコーピング(本人と家族)・怒り	5	10.4	□家族みずいらずの生活が送れるよう支援する	36	75.0			
□利用者・家族の言動の解釈はよいか	34	70.8	□効果的なコーピング(本人と家族)・安らかな時間の確保	32	66.7						
□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	33	68.8									
□痴呆を家族はどうのように受け止めているか	28	58.3									
□うつの有無と程度	13	27.1									
□うつを家族はどうに受け止めているか	11	22.9									
□利用者・家族の在宅での不安の有無	43	89.6									
□病院では考えられない在宅ケアでしか得られないことばかりか	29	60.4									

6. スピリチュアルペインへの援助　自己の人生に意味、価値を見いだせること

アセスメント内容	件数	出現率 (%)	判断	件数	出現率 (%)	ケア行動	件数	出現率 (%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率 (%)
□利用者・家族の人柄・価値観	42	87.5	□生きることの目標(生きていること・存在していることの目標はどこか)の消失	27	56.3	□利用者の人生観を理解する	26	54.2	□利用者・家族の人柄・価値観・人生観が尊重される	34	70.8
□今までの人生をどのように捉えていられるのか	32	66.7	□思い出、生きてきた実績、特になどの裏出	16	33.3	□利用者・家族の宗教や信念を共有する	22	45.8	□利用者・家族が自分たちらしさをまとうことができる	31	61.6
□利用者・家族の人柄・価値観	30	62.5	□本人の気にならること、やり残していることを実現できるように調整する	13	27.1	□利用者・家族が新しい生活を営むことができる	31	64.6	□利用者・家族の楽しみとなるイベントを準備、調整する	13	27.1
□利用者・家族の宗教や信念の有無	23	47.9									

タイプB:様々なに変遷する高齢者ターミナル出現頻度(小癡期) N=42

1.基本ニーズへの援助 日常生活を維持するが困難となっている。主に高齢者特有の運動

アセスメント内容	件数	出現率(%)	件数	出現率(%)	
□門診系の管理・管理者の確認	37	88.1	□介護者の状況に合わせた柔軟な対応を実現する	32	76.2
□口服用薬の確認	27	64.3	□薬剤によるトラブルがない	28	66.7
□内服薬の作用、副作用と理解しているか	24	57.1	□本人の選択に合わせた食事ができる	30	71.4
□内服薬の作用、副作用と理解していないか	20	47.6	□薬剤の作用、副作用が確認でき、医師の指示を医師に確認する	10	23.8
□内服薬の作用、副作用と理解しているか	24	57.1	□薬剤の使用方法を教育・指導	6	14.3
□内服薬の作用、副作用と理解していないか	20	47.6	□内服薬の使用方法の確認	24	57.1
□内服薬の作用、副作用と理解しているか	24	57.1	□口水分取扱いの問題	35	83.3
□内服薬の作用、副作用と理解していないか	20	47.6	□ムラがある食事は、食事形態を変更するよう指導	31	73.0
□内服薬の作用、副作用と理解しているか	40	95.2	□現在行っている食事から必要な工夫を考える	19	45.2
□内服薬の作用、副作用と理解していないか	40	95.2	□現在行っている食事から必要な工夫を行なう(例)「一回の利用を、本格的に行なう」として、必要な工夫を考慮する	28	66.7
□内服薬の作用、副作用と理解しているか	35	83.3	□内服薬の作用、副作用と理解しているか	16	38.1
□食事の量をどのくらいに限っているか	30	71.4	□介護者が高齢者に便している	37	88.1
□食事の量をどのくらいに限っているか	41	97.6	□介護者トラブルが起きない	30	71.4
□食事の量をどのくらいに限っているか	21	50.0	□内服薬を間違えず、また間違える	22	52.4
□食事の量をどのくらいに限っているか	34	81.0	□排泄マヌスマニアで	36	85.7
□食事の量をどのくらいに限っているか	32	76.2	□排泄マヌマニアで	32	76.2
□食事の量をどのくらいに限っているか	28	65.7	□排泄マヌマニアで	29	69.0
□食事の量をどのくらいに限っているか	33	78.6	□内服薬の量を間違わせない	31	73.8
□食事の量をどのくらいに限っているか	32	76.2	□内服薬の量を間違わせない	30	71.4
□食事の量をどのくらいに限っているか	32	76.2	□内服薬の量を間違わせない	19	45.2
□食事の量をどのくらいに限っているか	30	71.4	□内服薬の量を間違わせない	38	90.5
□食事の量をどのくらいに限っているか	29	69.0	□内服薬の量を間違わせない	36	85.7
□食事の量をどのくらいに限っているか	29	69.0	□内服薬の量を間違わせない	22	52.4
□食事の量をどのくらいに限っているか	28	65.7	□内服薬の量を間違わせない	21	50.0
□食事の量をどのくらいに限っているか	26	61.9	□内服薬の量を間違わせない	39	92.9
□食事の量をどのくらいに限っているか	26	61.9	□内服薬の量を間違わせない	32	76.2
□食事の量をどのくらいに限っているか	20	47.6	□内服薬の量を間違わせない	15	35.1
□食事の量をどのくらいに限っているか	14	33.3	□内服薬の量を間違わせない	30	71.4
□食事の量をどのくらいに限っているか	40	95.2	□内服薬の量を間違わせない	23	54.8
□食事の量をどのくらいに限っているか	31	73.8	□内服薬の量を間違わせない	20	47.6
□食事の量をどのくらいに限っているか	35	83.3	□内服薬の量を間違わせない	3	7.1
□食事の量をどのくらいに限っているか	27	64.3	□内服薬の量を間違わせない	28	66.7
□食事の量をどのくらいに限っているか	31	73.8	□内服薬の量を間違わせない	26	61.9
□食事の量をどのくらいに限っているか	19	45.2	□内服薬の量を間違わせない	29	67.7
□食事の量をどのくらいに限っているか	14	33.3	□内服薬の量を間違わせない	27	63.3
□食事の量をどのくらいに限っているか	37	88.1	□内服薬の量を間違わせない	21	50.0
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	35	83.3	□内服薬の量を間違わせない	13	31.0
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	29	69.0	□内服薬の量を間違わせない	30	71.4
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	22	52.4	□内服薬の量を間違わせない	26	61.9
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	28	65.7	□内服薬の量を間違わせない	20	47.6
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	24	57.1	□内服薬の量を間違わせない	16	38.1
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	16	38.1	□内服薬の量を間違わせない	17	40.5
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	33	78.6	□内服薬の量を間違わせない	29	69.0
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	20	47.6	□内服薬の量を間違わせない	25	59.5
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	28	65.7	□内服薬の量を間違わせない	41	97.6
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	24	57.1	□内服薬の量を間違わせない	35	83.3
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	16	38.1	□内服薬の量を間違わせない	34	81.0
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	33	78.6	□内服薬の量を間違わせない	24	57.1
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	20	47.6	□内服薬の量を間違わせない	27	64.3
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	28	65.7	□内服薬の量を間違わせない	26	61.9
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	33	78.6	□内服薬の量を間違わせない	23	54.8
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	31	73.8	□内服薬の量を間違わせない	20	47.6
□内服薬の量をどのくらいに限っているか	30	71.4	□内服薬の量を間違わせない	22	52.4

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、経済面等の環境づくりを支援すること

アセスメント内容	出現率(%)	件数	判断	件数	出現率(%)
□現在利用しているサービスの有無	36 85.7	34	□在宅における必要なサービス・本人・家族が希望するサービス	34	81.0
□利用者・家族はケアチームにどのようないい相談をしているか確認	36 85.7	34	□在宅における必要なサービス・専門職からみた必要なサービス	34	81.0
□利用者・家族がどのようなサービスを知っているか(区・市町村、各機関のサービスなど)	27 84.3	28	□在宅における必要なサービス・環境衛生は保たれているか	28	86.7
□利用者が外出(通院)できるか	16 38.1	14	□在宅における必要なサービス・社会資源の活用不足	14	33.3
□緊急時の対処方法の理解の確認	36 85.7	12	□在宅における必要なサービス・転倒の危険性	12	28.6
□ケアチームの連携状況(意思疎通の状況、情報の共有化、意志の折衷)確認	36 85.7	36	□チームケアの連携体制・緊急時の対応	36	85.7
□急変、突発事の対応先の有無	34 81.0	33	□チームケアの連携体制・チームの連携ができる	33	78.6
□24時間連絡相談の体制が整っているのか	33 78.6	33	□具体的なケア方法の統一ができる	33	78.6
□往診医の有無	31 73.8	31			

アセスメント内容	出現率(%)	件数	ケア行動	件数	出現率(%)
□在宅で必要なサービス・必要物品の運送、準備を利用する	39 92.9	39	□在宅における必要なサービス・必要物品の運送、準備を利用する	39	92.9
□ケアマネージャとの連携	41 97.6	41	□在宅における必要なサービス・必要物品の運送、準備を利用する	40	95.2
□今後の在宅療養についてサポートで生きる範囲を明確に提示する	40 95.2	40	□必要なサービス・必要物品が届く、身の回りの環境に不自由しない	38	90.5
□生活環境整備	34 81	34	□連携がスムーズで、チームに対する不安がない、	38	90.5
□利用者・家族の個別性の高い期特に沿えるよう利用者・家族とともにケアプランを作成する	29 69	29	□新たな外傷、骨折を生じない、	29	69
□転倒の予防	21 50	21	□連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない、	38	90.5
□訪問看護師、及び医師が緊急連絡の際にすぐ訪問できる体制づくりをする	40 95.2	40	□ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる	36	85.7
□利用者・家族に24時間体制について具体的な連絡方法を伝える	37 88.1	37	□緊急時に対する対応が理解でき、在宅で過ごす自信が持てる	36	85.7
□傾聴した内容は担当看護師及びチームで共有する	36 85.7	36	□経済的負担を最小限にできる	28	66.7
□住診医の連絡・必要性の説明	35 83.3	35	□主治医をだれにするのか意志を伝えることができる	21	50
□利用者宅へケアノートをおく	28 66.7	28			
□負担する金額どりありわせをしながら状態に応じたサービスを導入する	28 66.7	28			
□ケアチーム内で調整会議をする	24 57.1	24			
□ケアチーム及び、区・市町村窓口において利用できるサービスを有効活用する	17 40.5	17			
□外来受診が負担であれば、往診医に切り替える	16 38.1	16			

3. 家族・親族の関係調整 本人を中心とした家族関係の変化に応じて、ケアの方針性およびどのような最後を迎えるか意識を統一すること

アセスメント内容	件数	出現率 (%)	判断		件数	出現率 (%)	ケア行動		件数	出現率 (%)
			外	内			外	内		
□介護者の健康状態	41	97.6	□家族介護力・介護体制・介護負担感	31	73.8	31	73.8	□在宅ケアを継続していくことの意を支援する	39	92.9
□介護負担の状況	40	95.2	□家族介護力・介護体制・介護知識の不足	20	47.6	20	47.6	□介護者の介護力を見極め、無理のない介護方法の把握、調整をする	37	88.1
□介護者の体力	38	90.5	□家族介護力・介護体制・介護負担否	8	19	8	19	□相談した内容は担当看護師及びチームで共有する	37	88.1
□介護者が医療依頼できているか	36	85.7	□家庭社員としての役割変化	15	47.6	15	47.6	□介護者の健康状態をチェックする(ハイタルサイン測定など)	35	83.3
□家族・親族・近隣の協力者の具体的な介護能力	35	83.3	□日本人・家族・親族のコミュニケーション	9	21.4	9	21.4	□介護代替者の検討	19	45.2
□介護者の理解力	33	78.6	□利用者・キーパーソンの在宅療養の意見の一致	25	59.5	25	59.5	□利用者・家族との関係を調整する	25	59.5
□介護者の介護技術	33	78.6	□何もして欲しくない	23	54.8	23	54.8	□他の家族との関係が構築できるよう関わる	13	31
□家事の状況、家庭内での仕事の役割把握	31	73.8	□意思決定ができる	8	19	8	19	□日本人・家族の意を尊重する	40	95.2
□介護者の有無	30	71.4	□医療処置の希望	2	4.8	2	4.8	□今後入院治療することを考えているのが確認する	36	85.7
□介護者の親族の介護の意向の把握	30	71.4						□医療处置(送命处置)に対する本人・家族の意向を確認する	35	83.3
□利用者・家族のコミュニケーションの状態	33	78.6								
□親族が利用者の在宅療養にどのように関わっているか	33	78.6								
□利用者と家族の関係	31	73.8								
□利用者・家族・他の親族との協力關係	30	71.4								
□今後在宅で過ごすのか、入院治療をするのか利用者・家族の意向	36	85.7								
□キーパーソンの有無	32	76.2								
□医療处置に対する希望の有無	31	73.8								
□キーパーソンの在宅ケアのイメージ	30	71.4								

4. テスマネジメント 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(宿題、怒り、取引、抑うつ、受容)を成し遂げられるようにマネジメントすること

アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
<input type="checkbox"/> 在宅療養に納得できている	38	90.5
<input type="checkbox"/> 利用者・家族が最後を迎える場所(病院or在宅)を選べることができる	31	73.8
<input type="checkbox"/> 利用者・家族が不安なく死を受容できる	21	50

アセスメント内容	判断	件数	出現率(%)	ケア行動	件数	出現率(%)
<input type="checkbox"/> 利用者・家族の死の不安・恐怖	21	50		<input type="checkbox"/> 本人・家族に在宅で生活することの安心感を与える	39	92.9
<input type="checkbox"/> 死の受容プロセス・受容	19	45.2		<input type="checkbox"/> 病院及び在宅、両方のパターンでの死の迎え方にについてどう思っているか把握する	30	71.4
<input type="checkbox"/> 死の受容プロセス・否認	7	16.7		<input type="checkbox"/> 死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか気持ちを引き出す	27	64.3
<input type="checkbox"/> 死の受容プロセス・抑うつ	6	14.3				
<input type="checkbox"/> 死の受容プロセス・怒り	2	4.8				
<input type="checkbox"/> 死の受容プロセス・取引	2	4.8				

5. 心理・精神援助 ターミナル期にみられる利用者・家族の不安、いらだち、孤独感、おそれ、うつ、怒り、動機に対して自分の考え方、気持ちを拿出できるような関係を確立すること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)
□利用者に対する家族の反応	36	85.7	□効果的なコーピング(本人と家族)・毎日	19	45.2
□利用者家族の精神的負担	33	78.6	□効果的なコーピング(本人と家族)・不安	19	45.2
□精神状態の観察(言語的、非言語的)	30	71.4	□効果的なコーピング(本人と家族)・動揺	13	31
□家族に対する利用者の反応	29	69	□効果的なコーピング(本人と家族)・恐怖	11	26.2
□在宅療養の中で求めるものや思い	29	69	□効果的なコーピング(本人と家族)・苛立ち	10	23.8
□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	29	69	□効果的なコーピング(本人と家族)・うつ	8	19
□利用者・家族の言動の解釈はよいか	27	64.3	□効果的なコーピング(本人と家族)・孤絶感	8	19
□会話の状態	26	61.9	□効果的なコーピング(本人と家族)・怒り	5	11.9
□結果を家族はどうのように受け止めているか	25	59.5	□安らかな時間の確保	30	71.4
□現在まで悩いになつていていること、今後不安に感じていること	24	57.1			
□うつの有無と程度	12	28.6			
□うつを家族はどうのように受け止めているか	7	16.7			
□利用者・家族の在宅での不安の有無	32	76.2			
□利用者・家族が安らかな時間を過ごせているか	31	73.8			
□病院では考えられない在宅ケアでしか得られないことはなかつたか	23	54.8			

	ケア行動	件数	出現率(%)
□利用者家族の思いを引き出し受容する	38	90.5	
□今までやつてこられたことへのねぎらいの言葉かけ	36	85.7	
□サービスの目標・方法の統一	36	85.7	
□利用者・家族それぞれの思いを傾聽できるような関係の確立と環境を整える	34	81	
□十分に傾聴できる時間をつくる	32	76.2	
□ケアチームがンファレンスの際、利用者・家族の思いを共有する	30	71.4	
□誤っている認識については、修正をする	24	57.1	
□家族みずいらすの生活が送れるよう支援する	33	78.6	

	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率(%)
□医療者間との信頼関係が築ける	37	88.1	
□ケアチームとして利用者・家族を支援できる	35	83.3	
□在宅生活を安心して送る自信がもてる	32	76.2	
□今後どのように過ごしていくかを表現できる	31	73.8	
□家族としての十分なコミュニケーションを図れる	30	71.4	

6. スピリチュアルペインへの援助　自己の人生に意味・価値を見いだせること

アセスメント内容	件数	出現率(%)	判断	件数	出現率(%)
□利用者、家族の人柄・伝達性	36	85.7	□思い出・生きてきた裏話、物語などの提出	7	48.7
□今までの人生をどのように捉えているのか	29	69	□生きることの目標(生きていること・存在していること・この目標はどこか)の消失	14	33.3
□利用者、家族が思い残していることはあるのか	27	64.3			

ケア行動		件数	出現率(%)
□利用者の人生観を理解する		27	64.3
□利用者・家族の宗教や信念を共有する		20	47.6
□本人の気になること、やり残していることを実行する		12	28.6

アウトカム(期待される成果)		件数	出現率(%)
□利用者・家族の人柄・伝達性・人生観が尊重される		30	71.4
□利用者・家族が忙いのない生活を営むことができる		28	66.7
□利用者・家族が自分たちしさをまとつてできる		27	64.3

タイプB:徐々に衰退するターミナル出現頻度(臨死期)

N=49

アセメント内容	件数	出張率(%)
□内服薬との併用と管理者の確認	34	69.4
□上記おられたをもとめた方法で内服できているか	31	63.3
□内服薬の確認	25	53.1
□内服薬の作用、副作用を理解しているか	23	46.9
□内服薬は外見に似た方法で内服できているか 外見に似た方法で内服できているか	43	87.8
□内服薬の確認	42	55.7
□口臭で、歯周病、歯科疾患はないか	42	65.7
□歯科検査	39	75.6
□歯科検査が終了	34	63.4
□口腔衛生の評価、食事形態は合っているか	32	65.3
□口臭は	30	61.2
□食事や水分、介助者と方法に配慮しての食事はないか	24	49.0
□外出がないか、運動などでもうな部位はないか	48	98.0
□洗濯の手順	47	95.9
□衣服・口腔内洗浄の方法と確認	45	91.8
□口腔内洗浄の方法と確認	41	83.7
□おさげた時の確認	47	95.9
□おさげた時の確認	46	93.9
□おさげた時の確認	45	91.8
□おさげた時の確認	32	65.3
□手洗いの確認	45	91.6
□手洗いが四か所から確認する	40	81.6
□手洗いの手順	39	79.6
□手洗いの確認	36	73.5
□利用者が女性の妊娠状況はわからないか	33	67.3
□コンドームしてほしい症例が	24	49.0
□口器・導管などの消毒	23	46.9
□おむつ・呼吸器・吸痰装置などの圧迫部位・押出	48	98.0
□子供おらしゆの状況	48	98.0
□心の動き・心音・心拍	47	95.9
□呼吸音・チアーザーでの呼吸音(下野呼吸等)についてないか	47	95.9
□心臓・心筋の状態、脳脊液等入り	46	93.9
□呼吸器に付いた正誤判別は終わったかとスタッフが確認	46	93.9
□心電説明会は終ったか	45	91.8
□心電説明会は終ったか	43	86.6
□心電説明会は終ったか	43	86.6
□注水水温・吸引の必要性	47	83.7
□吸引・吸引の必要性	37	74.4
□口腔内部位・口腔	32	65.3
□内服薬のニーズと口腔	30	61.2
□歯周病の評価(歯周、歯肉、歯石など)	39	79.6
□口腔内洗浄に対する適切度	36	73.5
□歯周病の治療方針	34	69.4
□口腔内洗浄に対する適切度	31	63.3
□口腔内洗浄に対する適切度	30	61.2
□口腔内洗浄に対する適切度	42	85.7
□口腔内洗浄に対する適切度	39	79.6
□口腔内洗浄に対する適切度	35	74.4

N=49

判断	件数	出現率 (%)
□本剤の管轄・介護者の知識不足	10	20.4
□本剤の管轄・はなれない	32	63.3
□副作用用法・副作用症状がある	4	8.2
□本資管理・院外	41	83.7
□本資管理・低次費	29	79.6
□本資管理・高次費	32	65.3
□本資管理・販賣	17	34.7
□本資管理・利用者・介護者にかかる事は珍員坦	47	95.9
□本資管理・海が何に慣れているか	41	83.7
□本資管理・海が何に慣れているか	40	81.6
□本資管理・海が何に慣れているか	37	75.5
□本資管理・セラフアの不足	36	75.0
□本資管理・介護者の手技	35	71.4
□本資管理・施設の反応・トラブル	26	53.1
□休憩コントロール・便祕	39	79.6
□休憩コントロール・下痢	6	12.2
□本事・本件の連絡・浮腫	22	65.3
□本事・本件の連絡・痛み	25	51.0
□本事・本件の連絡・精神神経状(不安・不定愁訴)	21	42.9
□本事・本件の連絡・倦怠感	18	36.7
□本事・本件の連絡・頭痛	8	16.3
□本事・本件の連絡・消化器	2	4.1
□本事・本件・早期発見・感染	30	61.2
□本事・本件・早期発見・心不全	30	61.2
□本事・本件・早期発見・浮腫	26	59.2
□本事・本件・早期発見・腹水肝腫	9	18.4
□本事・本件・早期発見・腹水肝腫	5	10.2
□本事・本件・早期発見・出血	5	10.2
□本事・本件・早期発見・下血(ツール便になつていいか)	3	6.1
□本事・本件・早期発見・吐血	1	2.0
□本事・本件・早期発見・ADL・IADL低下	33	67.3
□本事・本件・早期発見・老人・家族の意欲	31	63.3
□本事・本件・早期発見・他の可制御的問題	30	61.2
□離職・辞退せん	18	36.7
□離職・不安	15	30.5
□介護者の心理技術	31	75.5
□介護者の心理技術の選択	31	63.3

序号	出題範囲(5)	ケア行動	解説
1	□口利用者の状態に合わせた柔軟の外服方法を採用する(なるべく他の外服法)	34 39.4 30 61.2	□口利用者の状態に合わせた柔軟の外服方法:柔軟な指揮・指導
2	□口看取るの指導	28 57.1	
3	□口高齢者の作用・作用が確認でき、柔軟の指揮を医師に伝ぐ	27 55.1	
4	□口利用者の状態に合わせた柔軟な指揮方法の大さを考慮する無理	44 59.8	□口利用者の状態に合わせた柔軟な指揮方法の大さを考慮する無理
5	□口既往症でいる食事の好みから今まで医療対応を行うか(既口一胃3つ→既口)	39 79.6	□口既往症でいる食事の好みから今まで医療対応を行うか(既口一胃3つ→既口)
6	□口食事に対する喜びがある場合には、食事好きな要とする(既口)	35 71.4	□口食事に対する喜びがある場合には、食事好きな要とする(既口)
7	□口水分摂取の奨励	31 54.6	□口水分摂取の奨励
8	□口清涼ラフアの実施・指導	48 98.0	□口清涼ラフアの実施・指導
9	□口介護能力不足の場合には、介護代替えをするする	43 87.8	□口介護能力不足の場合には、介護代替えをするする
10	□口高齢者アドバイスの実施	40 81.0	□口高齢者アドバイスの実施
11	□口老衰があるときには、主治医に相談し、改善またはその状態に合わせて処置をする	26 53.1	□口老衰があるときには、主治医に相談し、改善またはその状態に合わせて処置をする
12	□口ヘルパーへの介助・援助方法の指導	26 53.1	□口ヘルパーへの介助・援助方法の指導
13	□口高齢者虐待(スルガジに合わせて)	25 51.0	□口高齢者虐待(スルガジに合わせて)
14	□口利用者が介護する(既口)の状況(既口の担当の方など)	44 89.9	□口利用者が介護する(既口)の状況(既口の担当の方など)
15	□口安否記録と同様に近所にあつた敷地・クリームなどを記してもらう	40 81.6	□口安否記録と同様に近所にあつた敷地・クリームなどを記してもらう
16	□ロリカラマッサージ	48 98.0	□ロリカラマッサージ
17	□ロマサージ	45 98.0	□ロマサージ
18	□ロラクタの角度を調整する	45 91.8	□ロラクタの角度を調整する
19	□ロラクタの直角に向けた頭位で坐位を保たせる	39 79.6	□ロラクタの直角に向けた頭位で坐位を保たせる
20	□ロラクタの直角に向けた頭位で坐位を保たせる	39 77.6	□ロラクタの直角に向けた頭位で坐位を保たせる
21	□口日本・常識の折合をゆうじと認める	24 49.0	□口日本・常識の折合をゆうじと認める
22	□ロラクタセシメント	4 82	□ロラクタセシメント
23	□ロマセウム	49 98.0	□ロマセウム
24	□ロスカーラシング	48 98.0	□ロスカーラシング
25	□ロマセウムの使用方法の指示	47 95.9	□ロマセウムの使用方法の指示
26	□口既往に有る既往歴(ハイパルテイク、アレルギー、禁物、発作、既往の性状)を	45 91.8	□口既往に有る既往歴(ハイパルテイク、アレルギー、禁物、発作、既往の性状)を
27	□口利用者が家族・医療者が興味がないように説明する	44 89.8	□口利用者が家族・医療者が興味がないように説明する
28	□ロマセウムを服用すべき人にについて家庭に説明する	43 87.8	□ロマセウムを服用すべき人にについて家庭に説明する
29	□ロマセウムの服用方法(液体型)	35 71.4	□ロマセウムの服用方法(液体型)
30	□ロマセウムの服用方法(粉末型)	23 59.2	□ロマセウムの服用方法(粉末型)
31	□口介護方法で注意すべき点にして指導	33 67.3	□口介護方法で注意すべき点にして指導
32	□口利用者のOULへの実施・実習	31 63.3	□口利用者のOULへの実施・実習
33	□口利用者のOULへ生かし、ニーズに合わせた生活環境を整える。	33 67.3	□口利用者のOULへ生かし、ニーズに合わせた生活環境を整える。
34	□口利用者の状況に合わせて入浴剤・安定期などを使用する	33 67.3	□口利用者の状況に合わせて入浴剤・安定期などを使用する
35	□日本人の味覚を維持する	33 67.3	□日本人の味覚を維持する
36	□口自分で口元にあつてネオライザー・加湿器・吸引器など使用する	20 40.8	□口自分で口元にあつてネオライザー・加湿器・吸引器など使用する
37	□ロマセウム・処置の要点と方法の指導	36 73.5	□ロマセウム・処置の要点と方法の指導
38	□ロマセウムに対してネオライザー・加湿器・吸引器など使用する	34 69.7	□ロマセウムに対してネオライザー・加湿器・吸引器など使用する
39	□ロマセウム・効果・副作用などでもできるこを説明する(リスト・データ)を記載して	29 59.2	□ロマセウム・効果・副作用などでもできるこを説明する(リスト・データ)を記載して

件数	出現率 (%)
アワカム(開けられる成葉)	34 69.4
□介護者が玉利音符ができる	34 69.4
□薬剤によるトラブルがない	34 61.2
□「へきせつぶない、まへるがくはくでいくどいのこだわりが」 い	26 53.1
□喘息状態を起こさない	40 81.6
□尿が清潔に保っている	37 75.5
□耳介の皮膚状態を整頓し、新たに皮膚トラブルが起きない	31 63.3
□褥瘡が悪化しない	36 73.4
□排泄も漏する苦痛、ストレスがない	34 69.4
□排便コロールができる	30 61.2
□舌痴症状が緩和できる	29 59.2
□歯科的問題がなくなる	44 66.8
□日常生活に必要な道具や技術、次回の見直しに対する評価を理解できる	31 75.5
□家庭介護者が利用者の症状の変化に割り勘し、ハニシングにならない	24 49.0
□不自由なく日常生活を安楽に営むる	34 69.4
□家族が医療院を安心して見守ることができる	33 67.3
□利用者が安心感を得ることができる	31 63.3
□医療処置は利用者への手順が最も小競である	35 71.4
□機器を使用するにによるメモード・デバイスを操作できる	33 67.3
□機器を使用するにによるグリッド・デバイスを理解できる	

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・経済面等の環境づくりを支援すること

アセスメント内容	件数	出現率 (%)	判断	件数	出現率 (%)	ケア行動	件数	出現率 (%)	アウトカム(期待される成果)	件数	出現率 (%)
□現在利用しているサービスの有無	35	71.4	□在宅における必要なサービス・社会資源の活用	24	48.0	□在宅で必要なサービス・必要物品が届い、身の回りの環境に不自由しない、	45	91.8	□必要なサービス・必要物品が届い、身の回りの環境に不自由しない、	41	83.7
□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(質既)	35	71.4	□在宅における必要なサービス・介護認定	9	18.4	□連携がスムーズで、チームに対する不安がない、	45	91.8	□連携がスムーズで、チームに対する不安がない、	41	83.7
□介護認定再調査の必要性の有無	17	34.7	□終末期におけるサービス・ケア	34	69.4	□利用者・家族は期待にそつたケアを受けている、	41	83.7	□利用者・家族は期待にそつたケアを受けている、	40	81.6
□終末期に向けた搬送機器・介護用品の選択がなされているか(吸引器、吸入口器)	37	75.5	□終末期における機器の不足はないか	29	59.2	□医療機器や处置方法を本人・家族で選択し決定することができる、	39	78.6	□医療機器や处置方法を本人・家族で選択し決定することができる、	34	69.4
□終末期に向けたケアチームの連携の構築はどうか	37	75.5	□緊急時の対応	48	98.0	□連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない、	47	95.9	□連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない、	44	89.3
□急変、突然死の対応先の有無	49	100.0	□緊急時(24時間)連絡体制	41	83.7	□ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる、	48	98.0	□緊急時に对于する対応が理解でき、在宅での看取りの体制が確立できる、	43	87.8
□24時間連絡相談の体制が整っているのか	48	98.0	□チームケアの連携体制	29	59.2	□経済的負担を最小限にできる、	32	65.3			
□緊急時の対処方法の理解の確認	48	98.0									
□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)確認	43	87.8									
□具体的なケア方法の統一ができるか	41	83.7									
□ケアマネジャーを中心としたケアプランを他医療機関で共有しているか	35	71.4									