

タイプA:がん高齢者ケアプログラム(臨死期)

時期別ケア目標: 安寧な看取りができる

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果(アウトカム)
トータルペインへの対応	1. 痛みその他の苦痛症状のマネジメント <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 痛みをはじめとした恶心・嘔吐、食欲不振、全身倦怠感、呼吸困難などの身体症状を緩和すること <input checked="" type="checkbox"/> 身体症状の変化・悪化 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸状態・心音・消化器症状の観察 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱または感染症状 <input checked="" type="checkbox"/> 水分摂取量(inoutバランス) <input checked="" type="checkbox"/> 咳下状況 <input checked="" type="checkbox"/> がんの進行状況・転移の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 背痛以外の苦痛(倦怠感・しづれ) <input checked="" type="checkbox"/> スキントラブルの有無(湿潤・摩擦・圧迫・浸透) <input checked="" type="checkbox"/> ステージの有無(発赤・水泡形成・表皮剥離) <input checked="" type="checkbox"/> ベインコントロール(至適温度・疼痛度・中毒度) <input checked="" type="checkbox"/> 非特異的疼痛剤の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 必要レベル(必要以上にワットしていないか) <input checked="" type="checkbox"/> 副作用症状 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 副作用症状について本人・家族は理解しているか <input checked="" type="checkbox"/> 本人の監視・評価と副作用のバランスが保たれているか <input checked="" type="checkbox"/> ベインコントロールに関する家族の知識 <input checked="" type="checkbox"/> 家族が自分で実行する能力/アドバイスを知っているか <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛増強時の対応方法 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸しやすい体位を確保 <input checked="" type="checkbox"/> 吸引器・吸入器などの導入の検討 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸状況の変化の予測について説明、不規則・無呼吸の出現あるが、本人に苦痛の覚察がないことを説明 <input checked="" type="checkbox"/> 咳下状況が悪ければ、無理に吐き口より採取しないよう家族に指導 <input checked="" type="checkbox"/> ロクリング <input checked="" type="checkbox"/> 主治医と相談し、摺浴を行うべきか本人・家族の意向もふまえ検討 <input checked="" type="checkbox"/> 水分量を増やすことで度の量が増え、苦しい思いをさせることもあることを説明 <input checked="" type="checkbox"/> マッサージ <input checked="" type="checkbox"/> 本人の訴えを聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 咳伏(あわせた深済・軟膏処置) <input checked="" type="checkbox"/> ステージに合わせた第3種置・手筋 <input checked="" type="checkbox"/> ロスクルを使用し痛みの程度を判断 <input checked="" type="checkbox"/> マッサージ <input checked="" type="checkbox"/> クッションを用いたり、体位の工夫 <input checked="" type="checkbox"/> プロトコールに沿って、柔軟の変更、增量 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸苦が増強しない <input checked="" type="checkbox"/> 度による窒息死とならない <input checked="" type="checkbox"/> 家族が状態の変容を受容できる <input checked="" type="checkbox"/> 浮腫が増強したり、外觀が不良な状態にならない
		2. 心理・精神的援助 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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、動搖に対し、ケアチームメンバーが傾聴し、共感し、利用者が安心して自分の考え、気持ちが表出できるような団体を確立すること <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族の心理・精神的負担 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者に対する家族の反応 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養の中で困っていること、不安に思うこと、心配していること、手伝ってほしいこと <input checked="" type="checkbox"/> 症状理解・予後の理解の実態 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 夜間の睡眠状況 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族の思いを引き出し、受容 <input checked="" type="checkbox"/> 損失している認識について、修正 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅死することは可能であることを伝える <input checked="" type="checkbox"/> 症状が変化することで、今の思いに変化があつてもよいことを伝える <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族が感じていることや求めていることは叶えられるよう支援 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族の思いを医師に伝えることは代弁者となる <input checked="" type="checkbox"/> 在宅で過ごしていること、満足感を引き出し、実感を与える <input checked="" type="checkbox"/> 夜間は本人のそばで家族が過ごせる体制をつくる
3. 社会的援助	必要なケア <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ケアチームの構築と連携 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 医療者間(医師・看護師等)の連携状況 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時ににおけるファーストコールの確認 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と専門機との認識の統一 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器と医療機器 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 必要な医療機器を本人・家族が選択できているか <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族への指導内容・理解度・トラブルの有無 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ケア提供者間の情報の提供、共通の理解を把握・確認・調整 <input checked="" type="checkbox"/> ケアプランの内容を理解・実施 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内に死が近いことを告げ、内服薬などの確認 <input checked="" type="checkbox"/> 不安なときはいつでも連絡をするように家族に伝える <input checked="" type="checkbox"/> 専門機と家族の良好な関係を構築 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器・処置の指導 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器・処置方法は本人・家族の意向にそったものであるのか確認 <input checked="" type="checkbox"/> 慎重・吸引器・在宅酸素療法を希望しているかどうか家族と相談 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ケア提供者との連携がスムーズで、チームに対する不安がない <input checked="" type="checkbox"/> ケアチームとして利用者・家族を支援できる <input checked="" type="checkbox"/> 医療者間との信頼関係が築けている <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時に正確に連絡をとることができる <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族が思っていることが共通の認識として医療職に伝達できている <input checked="" type="checkbox"/> 必要な処置方法が理解できる <input checked="" type="checkbox"/> ローラー／クレードルが提供できる <input checked="" type="checkbox"/> 本人がどこまで機器を使用してほしいのか、家族と相談できている <input checked="" type="checkbox"/> 必要な医療機器を家族が自己決定ができる
		4. スピリチュアルへの援助 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 自己の人生に意味・価値を見出させてること <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 気になること、やり残していることはないか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口家族と本人の向て、気になること、迷り残していることが何か、そのような会話をできるよう双方に働きかける
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、取り引き、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 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 家族の死の受容プロセス <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 家族はその後、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 <input checked="" type="checkbox"/> 今後の疾状変化に対してどのように対応していくかと考えているか(入院治療・終末期入院・在宅死) <input checked="" type="checkbox"/> 家族の命運認識の希望の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・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) <input checked="" type="checkbox"/> 口お別れをしたい親族・友達を呼ぶように家族に伝える <input checked="" type="checkbox"/> 口本人・家族お互いにメッセージを伝えているか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口死が近いことを家族に伝える <input checked="" type="checkbox"/> 口身に現れてくる身体的精神的症状に対して、どのように対応するべきか指導 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅にて看取りができるかどうか、またできることの最後の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 病院へ行ってもできる処置に大きな変わりはないことを伝える <input checked="" type="checkbox"/> 家族が常にそばにいるのは、在宅だからこそあることを伝える <input checked="" type="checkbox"/> 口お別れをしたい親族・友達を呼ぶように家族に伝える <input checked="" type="checkbox"/> 口最後まで耳は聞こえていることを伝え、本人に伝えたことを伝えられるよう理解を尋ねる 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口死を自然なこととして受け入れられる <input checked="" type="checkbox"/> 口日本人から家族へメッセージが残せている <input checked="" type="checkbox"/> 口家族から本人へメッセージを伝えることができている <input checked="" type="checkbox"/> 口森林はどこで死を迎えるか家族が自己決定できる
		6. 家族・親族との関係調整 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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のような長期を迎えるか意識を統一すること <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族・親族の関係 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者と家族が同じ気持ちで死に向かっているか <input checked="" type="checkbox"/> 家族のケアへの参加状況ときめき <input checked="" type="checkbox"/> 利用者と親族との関係: 利用者・家族間のコミュニケーションの状況 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者と家族の関係: 家族としての役割進行等されているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護力・介護体制 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が介護についてどこまで「自分で出来ぬ」「専門職に任じ」と考えているか <input checked="" type="checkbox"/> 介護知識・介護指導の必要性の観察、判断 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の就業状況・精神的負担 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口見取りの様子を家族、親族内で見聞きが统一できるよう支援 <input checked="" type="checkbox"/> 口家族員としての役割が進行できるようサポート <input checked="" type="checkbox"/> 口介護者の代替を検討 <input checked="" type="checkbox"/> 口介護者の訴えを細聴 <input checked="" type="checkbox"/> 口社会資源を有効活用 <input checked="" type="checkbox"/> 口効率的な介護方法の指導
7. 意識・喪失・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 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 家族の悲嘆と看取りの満足感 <input checked="" type="checkbox"/> 口家族の想い <input checked="" type="checkbox"/> 口遺体の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 口遺族の想い表情・言動 <input checked="" type="checkbox"/> 口希望する衣服はあるか 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口死後の処理を家族とともに行う <input checked="" type="checkbox"/> 口家族に「よここまで頑張っておられたことがあります」と伝える 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 口満足した看取りができたことを家族が伝じている <input checked="" type="checkbox"/> 口在宅で過ごしたことの記憶のほかがない
		8. 基本的ニーズへの援助 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ADL低下 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 清潔の状態・清潔方法の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 介助具交換必要性の観察判断 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄方法の確認
再入院の有・無	再入院の具体的理由:	臨死期における通常訪問回数:()回	緊急訪問回数:()回

タイプA:がん高齢者ケアプログラム(死別後)

時期別ケア目標:ともに看取れ尊厳ある死と確認できる
遺族の慰めと健康管理
悲嘆からの立ち直りの援助

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果(アウトカム)
1.喪失・悲嘆・死別サポート <small>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に支援すること</small>	<p>グリーフケア</p> <p><input type="checkbox"/>死亡1ヵ月後、1年後の家族の状況把握</p> <p><input type="checkbox"/>悲嘆のプロセスの把握</p> <p><input type="checkbox"/>在宅にて過ごしていた時の家族の死に対する受け止め方把握</p> <p><input type="checkbox"/>死別時の状況把握</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の思い</p> <p><input type="checkbox"/>後悔の有無</p> <p><input type="checkbox"/>未解決の悲嘆がないか観察</p> <p><input type="checkbox"/>死後の処置は家族の希望に沿ったものであったか</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の身体的アセスメント</p> <p><input type="checkbox"/>生活状況のアセスメント</p> <p>チームとしての評価</p> <p><input type="checkbox"/>ケアチームとしてケースをどう扱えていたのか、チーム間での確認</p>	<p><input type="checkbox"/>思いを引き出し、思いを傾聴</p> <p><input type="checkbox"/>家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正</p> <p><input type="checkbox"/>死亡1ヵ月後、1年後に家族とコンタクトをとる</p> <p><input type="checkbox"/>在宅で看取れたのも、家族の頑張りがあったこと、よくやったことを伝える</p> <p><input type="checkbox"/>ケアチームカンファレンスをする</p>	<p><input type="checkbox"/>満足のいく看取りがされたことを遺族が認識する</p> <p><input type="checkbox"/>遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる</p> <p><input type="checkbox"/>精神的に安定している</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の健康状態が良好である</p> <p><input type="checkbox"/>ケースを通して、ケアチーム内での意識の統一や連携の強化ができる</p>
死別後の訪問回数:()回			

タイプB:徐々に衰退する高齢者ケアプログラム（導入期）

時期別ケア目標

在宅で過ごす環境を整え、利用者・家族との信頼関係を築く
利用者・家族に対し、在宅生活に必要な知識や手技、症状変化の対応を教育し、在宅で安心して生活を送れる自信をつけ、援助する

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果（アウトカム）	
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、主に身体機能を損傷するための援助	食事管理 口飲食時の状況・内服薬の性味と要摂者の確認 口おもむろな食事をされた方法でめぐらされた回内服されているか 口作業用の確認 口器具の使用、道具を使用しているか 健康管理 口水筒（飲食・洗漱）の状況下水の状態 口食事調理、介助者の方法に応じての評価はいか 口咀嚼の評価、食事形態が合っているか 口ムラ、詰まり（ぬか） 口食事・水筒吸収、高・低体温、口腔の乾き、脱水、皮膚、体重、嘔 口工具、量具（注目、量）、 スキンマッサージ 口皮膚・口腔の清潔感 口排泄の方法（回数・清潔度）の実験者確認 口外見（肌・髪・頭髪）の評価はいか 排泄コントロール 口排泄に対するニーズを把握 口排泄動作が完全に行われるか 口排泄の回数・量（吐水量）・頻度・排泄状況の確認 口排泄動作に対する心の回数（回） 必要な寝床の確保 口寝床の有無 口眠りの有無 口寝ねこなし・寝ぼけ・必要な状態はいか 口寝ねこなしとされるか把握する 日常生活動作 口ADL-HANの状況・時間の部分（歩行） 口利用者の歩行のリピート率（回）・歩行者など 口利用者のニーズを把握 口就寝までの下地と早期離脱 口就寝・離脱・就寝時間の把握 口心身の状態（深睡・軽睡など） 口就寝時の心拍数・血圧・呼吸の必要性 口呼吸停止アラームの有無 口呼吸停止・就寝までの間違っていることはいか 口呼吸停止・ベル音符・警報 口呼吸停止の危険性 口自己否定・就寝への意欲性 口呼吸停止が見られた正規の時間や場所をスタッフ・介護者より把握 口在宅排泄管理 睡眠 口一日の過ごし方 口寝ねこなしの有無と程度 口就寝時間・程度（就寝・離脱・就寝時間の変動） 口利用者の就寝・就寝がなじむことにはいか 口利用者の就寝に対する満足度 医療器具管理 口利用者の就寝・就寝の管理状況 口利用者・家族への就寝守護・就寝・トラブルの対策 口就寝室は巡回・手順・方法などがされているか 口就寝室の就寝の有無と本人の意見 口就寝の満足度	口利用者の状況に合わせた就寝の内面方法を教育 口就寝の就寝方法を教育・指導 口就寝の指導 口就寝の作用・就寝用具の確認で、就寝の慣習の指導を把握に仰ぐ 口利用者の就寝に合わせた多かれ少なかれうつ回転方法の工夫を考える 口リラクゼーションを場合は、食事内容を変更するよう指導 口現在行っている食事方法などによって就寝状況を行なう（就寝・就寝・就寝者・家族の意向） 口水分攝取量の説明	口介護者が高齢管理ができる 口高齢によるトラブルがなく 口本人の状況に合わせた事ができる 口就寝状況を二段階、脱水がない 口脱水がない	
	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	在宅における必要なサービス 口在宅する場所の内装整備の状況（浴室、トイレ、廊下、玄関／保育、休 憩）、窓 口スマートフォンの導入（現状利用しているサービスの確認） 口利用者の家庭での様々なサービスを知っているか（区・市町村、各種団 体サービスなど） 口就寝・離脱の際の確認があるか 口利用者が外出（遠出）できるか 口就寝・就寝管理装置 口火災・漏水・サービス利用に関する安全的角眼の程度の確認 口介護認定状況の有無の有無 チームケアの適切体制 口利用者・家族との連絡・会話のよき確立をしているか確認 口就寝と専門職との連携・専門職が就寝ごとに心配感はいか 口就寝の有無 口就寝方法の統一ができるか 口フレーの連絡と就寝の問題の統一・情報の共同化・見守の統一・統括 口ケアマネジャーを中心としたケアプランを地域で共通しているか 口介護認定状況の有無 緊急時（2時間）連絡体制 口家庭間連絡状況の把握しているか 口連絡の方法と連絡の頻度	口在宅で必要なサービス・必要な品の選定、調達、準備を利用者の状況に合わせて実施 口生活の習慣 口は刺の予防 口ケアマネージャとの連携 口今後の在宅需要についてサポートできる範囲を明確に提示 口利用者の就寝の際の心配・懸念に付随する利用者・家族とともにケアプランを作成 口ケアチーム及び、区・市町村窓口において利用できるサービスを有効活用	口必要なサービス・必要な品が揃い、身の回りの環境に不自由しない 口連携がスムーズで、チームに対する不安がない 口連携し、 口利用者・家族が満足できる環境を確保できる 口在宅生活に必要な知識や技術、住みのままに対する理解を理解できる 口連携する専門職が見えて 口は刺し、
3. 家族・家族の関係性改善	東京介護力・介護体制 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 難抉を迎えるか意識を統一すること	口介護者の介護力と見極め、無理のない介護方法の検討・調整 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者が利用者の在宅就寝どのように関わっているか 見守り体制 口一人暮らしの質問・イメージ 口現在在宅過ごしの、入浴状況をきのうか（利用者・家族の意向） 口利用者・家族が就寝か離脱かと過ごせているか 口就寝状況に対する希望の有無	口介護者の介護力を見極め、無理のない介護方法の検討・調整 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者の体力の限界と介護の意向の把握 口介護者が利用者の在宅就寝どのように関わっているか 見守り体制 口一人暮らしの質問・イメージ 口現在在宅過ごしの、入浴状況をきのうか（利用者・家族の意向） 口利用者・家族が就寝か離脱かと過ごせているか 口就寝状況に対する希望の有無	口オーバーアクションを中心に在宅療養ができる 口介護者が在宅療養を実現できる自信がもてる 口介護負担が軽減できる
4. デスマネジメント	死にゆく人と家族が、死と向ききれる ようにするまでのプロセス（悲しき、恐 り、取り引き、抑うつ、受容）を死に近 づけられるようにマネジメントすること	死の受容プロセス 口利用者・家族への受け止め方 口どこで静養を迎えるかを決めているか	口死に対する悲情や不安、どのように対応しているか気持ちは引き出す 口本人・家族に在宅で生活することの安心感をもたらす 口静養及び在宅、両方のパターンでの死の迎え方にいてどう思っているか把握	口利用者・家族が不安に思っていることを伝えることができる 口在宅療養に拘泥している 口利用者・家族が最後まで迎える場所（病院・在宅）どのように思っているかを考え 口考えたいに対する対応が理解でき、在宅で暮すことの叶うかも
5. 心理・精神的援助	ターゲルームにみられる利用者・家族 の不安、いらだち、煩躁感、おそれ、 うつ、怒り、対話に難い、ケアチー ムメンバーが健馴し、利用者が安心 して自分の考え方、気持ちが表出来 るよう関係を確立すること	死の受容プロセス 口利用者・家族への受け止め方 口どこで静養を迎えるかを決めているか	口利用者・家族それぞれの想いを紹介できるように個別の絆立と相談を覚える 口十分に話せる時間をもつ 口利用者家族の想いをもたらす対応 口今までやってこれたことへのほがらかな温かさ 口サービスの目標・方法の一 口ケアチームガラフレンスの想い、利用者・家族の想いを共有	口多くのように適応していくかを理解できる 口在宅生活を安心して暮らす自信がもてる 口利用者との信頼関係が築ける 口ケアチームとして利用者・家族を支える
6. スピリチュアルレベルへの援助	自己の人生に意味・価値を見出させ ること	生きることの目標 口利用者・家族の人生・価値観 口今まで人生をどのように送っているのか 口利用者・家族が人生をいかにしていくのか	口利用者の人生目標を理解 口本人の気分になると、やり作成していること・楽しむイベントを理解	口利用者・家族の人柄・価値観・人生観が尊重され 口利用者・家族が自分なりに生きようとしても 口利用者本体が命の人生を育むことができる
再入院の有・無	再入院の具体的理由:	導入期における通常訪問回数:()回		緊急訪問回数:()回

タイプB:徐々に衰退する高齢者ケアプログラム（小康期）

時期別ケア目標

状況の急変に対応でき、残されたときを充実して、できるだけ快適に過ごせるようにする
利用者・家族に対し、在宅生活に必要な知識や手技、症状急変の対応を教育し、在宅で安心して生活を送れる自信をつけ、援助する

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果(アウトカム)	
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、主に身体機能を補うための援助	褥瘻管理 □褥瘻時の状況・内因性の罹患と管理者の確認 □決められた食事と決められた方法で決められた内因性でできているか □副作用の確認 □内因性の作用・副作用を理解しているか 栄養管理 □栄養状態・食欲・嚥下力の観察 □食事動作・介助者と方法に頼るのか訴えはないか □食事をすることに対して、本人・家族はどのように思っているのか □ムズ・筋強度・気配はないか スキンマッサージ □皮膚・四肢の状態確認 □便出後の処理 排泄コントロール □排泄に対するニーズを把握 □排泄動作が安全に行われているか 必要な症状の緩和 排泄の有無 □利用者・家族の症状に関する訴えはないか 苦痛の有無 □誰もではない症状・コントロールして欲しい症状はないか 尿意・尿位の把握 日常生活動作 □ADL/ADLの介助の実績・教育 □利用者のADLレベルを主眼に、ニーズに合わせた生活環境を整える 症状悪化の予防と早期発見 □感染症・呼吸・循環器疾患の症状観察 □心電図・心音の聴取・胸部聴取・入り・SpO2 □咳や痰の量・性状・量・93%の必要性 □呼吸苦・チアノーゼの有無 □嘔吐・既往歴で問題になることはないか 疼痛・ベル・表情・嘔吐 痴呆の有無・骨肉 意識変化が現れた正確な時期や経過をスタッフ・介護者より把握 在宅環境整備 睡眠 □一日の過ごし方 □施設滞在・程度(午睡、就寝、夜間せん妄等) □夜間起眠者に対する家族が対応することはないか 医療機器管理 □利用者・家族の実績・管理状況 □利用者・家族の介助内容・理解度・トラブルの有無 □医療器具は毎回同じ手順・方法がとられているか □必要な医療器具の確認と本人の意思 □物忘れの対応	□利用者の状況に合わせた褥瘻の内因性方法を教育 □褥瘻の使用方法を教育・指導 □内因性の認証 □褥瘻の作用・副作用が確認でき、褥瘻の増減の指示を医師に仰ぐ □利用者の好みに合わせた食事がとれるよう調理方法の工夫を考える □ムゼなどがある場合には、食事内容を変更するよう指導 □現在行っている医療方法からどこまで医療処置を行うか(経口→胃ろう→点滴)利用者・家族の意向を把握 □水分摂取量の調整 □角膜ケア・口腔ケアの実績・指導 □皮膚などあるいは、主に医師に相談、教育またはその状況に合わせた処置 □便出後の処置 □排泄マッサージ(マッサージに合わせて) □排泄に対するニーズ把握 □排泄動作が安全に行われているかは、介助者導入 □排泄コントロールでできるよう排泄装置(尿管下、尿管、法精) □尿失禁部位を精査し、そのための環境を整える □マッサージ □クッションを用いたり、ベッドの角度を調整 □原因が分的な症状に対して担当看護師、及びチームで早期対応を行い苦痛の軽減を目指す □ADL/ADLの介助の実績・教育 □利用者のADLレベルを主眼に、ニーズに合わせた生活環境を整える □状況に応じたリハビリを介護者及びチームで実践 □ADLの介助の実績・教育 □利用者のADLレベルを主眼に、ニーズに合わせた生活環境を整える □状況に応じたリハビリを介護者及びチームで実践 2. 社会的援助 必要なケアが適切に提供されるよう、人、物、経済面等の環境づくりを支援すること 在宅における必要なサービス □現在利用しているサービスの確認 □利用者・家族などのどのようなサービスを知っているか(区・市町村、各種団体等) チームケアの連携体制 □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 □住民との有無 □具体的な方法の統一ができるか □ナースの連絡状況を確認の状況、情報の共有化、忘忘の統一確認 緊急時(24時間)連絡体制 □24時間連絡体制の体制が整っているのか □緊急時の対応方法の確認 3. 家族・親族の因縁改善 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 家族介護力・介護体制 □介護者の有無 □介護者の性別・介護の意向の把握 □介護者の理解力・介護技術 □介護者の健康状態 □介護者の状況 家族・家族・近隣の協力者の具体的な介護協力 □家庭の状況、家庭内外での仕事の割り振り □介護者が近隣に通じているか □本人・家族・親族のコミュニケーション □利用者と家族の関係・コミュニケーションの状態 □利用者・家族と他の親族との協力状況 □親族と利用者の在宅準備にどのように取り組んでいるか 意思決定 □ナースの有無・キーパーソンの在宅ケアのイメージ □今まで在宅で過ごすのか、入院治療をするのか利用者・家族の意向 □利用者・家族がどちらかと間違を防いでいるか 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、取り引き、抑うつ、愛着)を成し遂げられるようにマネジメントすること 死の受容プロセス □利用者・家族の死への受け止め方 □どこで最終を迎えるかを決めているか 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、悲愁感、おそれ、うつ、怒り、勃搾に対して、ケアチームメンバーが傾聴し、利用者が安心して自分の考え、気持ちが表出できるような関係を確立すること 効果的なコピング(本人と家族) □結果を家族はどうやって受け止めているか □精神的・物理的の健康(覚醒・非覚醒) □会話の状況 □利用者・家族相互間の反応 □利用者・家族の精神的負担 □在宅準備の中での心のやせ □これまで楽しくしていること、今後不安に感じていること、困っていることについての心のやせ □利用者・家族の精神的解消法はよいか 6. フィリュアルペインへの対応 自己の人生に意匠・価値を見出せること 生きることの目標 □利用者・家族の人生、価値観 □今までの人生とどのように捉えているのか □利用者・家族が何を叶えていきたいのか	□介護者の介護力を見極め、実際の介護方法の把握・調整 □介護者の健康状態をチェック(バーゲルサイン測定など) □確認した内容は担当看護師及びチームで共有 □在宅ケアを継続していくことの思いを支援 □利用者・家族との懸念との向き合い調整 □今後入院を検討することを考えているのか確認 □医療処置(通院処置)に対する本人・家族の意向を確認 □本人・家族の意思を尊重 □本音をひらくの字がされるよう把握する	□キーパーソンを中心とした在宅療養ができる □介護者が在宅療養を継続できる自信をもてる □介護負担感の軽減である □他者による介護の基準に慣れる □心理負担がない □利用者・家族が不安なく死を受容できる □在宅療養に納得できている □利用者・家族が最後を迎える場所(病院か在宅)を伝えることができる
再入院の有・無	再入院の具体的な理由:	小康期における通常訪問回数:()回	緊急訪問回数:()回	

タイプB:徐々に衰退する高齢者ケアプログラム（臨死期）

時期別ケア目標

密接な家族関係を保持し、不安なく看病できる
延命医療中止（ギアエンジを行う）

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果（アウトカム）
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	■栄養管理 □日常生活の状況・内服薬の摂取と管理者の確認 □決められた薬を決められた方法で決められた回数内服できているか □副作用の確認	□利用者の状況に合わせた栄養の内服方法を教育 □栄養の使用方法を教育・指導 □口腔蓋の指導 □栄養の摂取が適切で、栄養の摂取の状況を医師に伝へ □利用者の嗜好に合わせた食事がどれらうよう調理方法の工夫を考える（無理に食事をさせない） □ムゼなどがある場合には、食事形態を変更するよう指導 □現在行っている食事方法がどこでどこで医療処置を行なうか（ドローブルーポン）利用者・家庭の意向・実現はいかない □水分摂取量の確認	□介護者が栄養管理ができる □患者によるトラブルがない □食べさせられない、食べる事が苦しいことへのこだわりがない □誤嚥性肺炎を起こさない
栄養管理	□食事状況・飲食・食事の状況・摂取量の確認 □食事・水分摂取量・高・低熱・血栓・口の乾き・発熱・歯痛・発汗 ■吐瀉・嘔吐・腹痛・食欲はないか □咀嚼能力の評価・食事形態は合っているか	□利用者の嗜好に合わせた食事がどれらうよう調理方法の工夫を考える（無理に食事をさせない） □ムゼなどがある場合には、食事形態を変更するよう指導 □現在行っている食事方法がどこでどこで医療処置を行なうか（ドローブルーポン）利用者・家庭の意向・実現はいかない □水分摂取量の確認	
スキントラブル	□皮膚・口腔内・陰部の状況確認 □褥瘡の方法の確認 □外傷はないか・褥瘡などできまつ部位はないか	□清潔ケア・口腔ケアの実施・指導 □温度などあるときには、主治医に相談。軟膏またはその状況に合わせた処置 □ヘルパーへの介助・援助方法の指導 □褥瘡位置（スキン）に合わせて	□皮膚が清潔に保たれている □現状の皮膚状態を指揮し、新たな皮膚トラブルが起きない □褥瘡が悪化しない
排泄コントロール	□排泄の回数・量・性状（便意）・腰痛の確認 □排泄に対するニーズと把握 □排泄動作が安全に行なわれているか	□排泄に対するケアの実施・教育 □排便コントロールできるよう援助（導尿管留置、緩下剤、座薬、浣腸）	□排泄に対する苦痛・ストレスがない □排便コントロールができる
■腰痛	□腰痛の有無 □利用者・家族の症状に関する訴えはないか □苦痛の有無 □既往してない症状・コントロールしてない症状はないか □既往の体位がされるか把握する	□安寧な体位を維持し、そのための環境を整える □マッサージ □クッションを使用したり、ベッドの角度を調整 □リバーマッサージ □主治医と相談し、夜間にあたる軟膏・クリームなど処方してもらう	□苦痛症状が軽減できる □表情が穏やかになる
日常生活動作	□ADL・IADLの状況・内服の部位・程度 □利用者のニーズと把握	□ADL・IADLの状況・教育 □利用者のADLレベルを生かし、ニーズに合わせた生活環境を整える	□日常生活を安楽に営める
■症状悪化の早期発見	□感染症・呼吸・循環器疾患の症状観察 □心臓・心音・心電図の検査・音階音・心電図-Spo2 □呼吸や痰の量・性状・吸込量・吸引の必要性 □呼吸器・チアノーゼの発現（下顎骨呼吸にならないか） □意識レベル・表情・嘔吐 □呼吸の有無・程度 □意識状態が悪化した正確な時期や経緯をスタッフ・介護者より把握 □予測される今後の症状	□フィジカルアセスメント □体温 □本邦による対応方法の指示確認 □感染のリスクを利用者・家族が見逃さないよう援助 □感染方法で注意するべき点について指導 □スクリーニング □既往の生活習慣について利用者・家族に指導対応方法（様子観察・症状への対応） □予測される症状について家族に説明	□本邦介護者が利用者の症状の変化に気付く、パニックにならない □在宅生活に必要な知識や技術、症状の悪化に対する対応を理解できる
■呼吸	□一日の体調・方 □呼吸時・呼吸（呼吸・嘔吐・咳痰・咳せん・乏勢） □夜間利用者にむすび声が聞こえないか □呼吸困難の原因に対する対応	□利用者・家族に相手に状況に合わせて入眠前、安定剤などを使用する □本人の訴えを確認する □夜間は人の便で家族が過ごせる体制をつくる	□利用者が安心感を得ることができる □家族が夜間も安心して見守ることができる
■呼吸器管理	□呼吸の実施・管理状況 □家族への担当内容・理解度・トラブルの有無 □小糸から呼吸器の状況と本人の想い	□呼吸器・処置の観察点と方法の指導 □負担に耐えられるスリーブ・加湿器、吸引器など使用できること説明する □成膜・脱酸素法などできると説明する（メリット・デメリットを踏まえて）	□医療処置による利用者の苦痛が最小限である □機器を使用するによるメリット・デメリットを理解できる □家族が自己決定できる
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、経済面での環境づくりを支 援すること	■終末期に合わせた必要なサービス □現在利用しているサービスの確認 □2週間連続待合室の体制が保っているのか □緊急時の対応方法の理解の確認 □終末期に向けた看護師・介護用品の選択がなされているか（吸引器、etc.） □終末期に向けたケアチームの連携はどうか ■チームケアの準備体制 □利用者、家族がどのような期待をしているか確認 □ケアマネジャーを中心としたケアプランと他職種で共有しているか □具体的なアプローチ法の統一ができているか □ケアチームの連携状況と意思疎通の状況・情報の共有化、意思の統一	□在宅に必要なサービス・必要な物品の選定・調達・準備を利用者の状況に合わせて実施 □ケアマネージャーとの連携 □今後のお宅搬送についてサポートできる範囲を明確に提示 □利用者・家族の個性の高い期待に沿えるよう利用者・家族とともにケアプランを作成 □終末期に向けたサービスに変更をする □利用者・家庭に2時間体制について具体的な連絡方法を伝える □訪問看護師・看護師が家庭訪問の際にすぐ訪問できる体制づくり □往診への連絡がない場合は往診医を必ず尋ね □利用者宅へアコムをおこ □ケアチーム内で連絡会議をする □連絡した内容は担当看護師及びチームで共有	□必要なサービス、必要な物品が揃い、身の回りの環境に不自由しない □連携がスムーズで、チームに対する不安がない □所長にそっとアコムを買っている □医療機器や処置方法を本人・家族で選択し決めることができる □緊急時に応じる方が理解でき、在宅でのお取りの体制が確立できる
3. 家族・家族の関係調整			
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 面接を迎えるかを想定しすること	■家族介護力・介護体制 □介護者の有無 □介護者の親類の介護の意向の把握 □介護者の理解力・介護技術 □介護者の精神状態 □介護負担の有無 □家族・親族・近隣の協力者の具体的な介護協力 □家庭の状況・家庭内での仕事の分割把握 □介護者は年齢高齢でいるか □日本人・家族・親族のコミュニケーション □利用者・家族・他の親族との協力関係 □親族が利用者の在宅療養にどのように関わっているか ■意思決定 □家族内での連絡が取れ、意見の一致があるかどうか □今後住宅を出さないか、入院・療養するのか利用者・家族の意向 □利用者・家族がなかなか話を通せているか □亡命治療に対する希望の有無	□介護者の介護力を見極め、実際の介護方法の把握・調整 □介護者の健康状態をチェック（バイタルサイン・判定など） □介護介護者の性格 □確認した内容は担当看護師及びチームで共有 □在宅ケアを実施していくことの意思を確認 □家族成員としての役割が運行できるよう援助 □他の家族との連絡が修復できるよう向かわる	□チーバーソンを中心とした在宅療養ができる □介護者が在宅療養を直面まで取る自信をもてる □介護負担感が軽減できる
4. デスマネジメント			
死にゆく人と家族が、死を学びてできるよ うになるまでのプロセス（否認・怒り、 取り引き、抑うつ、受容）を成し遂げられ るようにマネジメントすること	■死の受容プロセス □利用者・家族の死への受け止め方 □どこで最後を迎えるか決めているか □死までのプロセスの理解・思い □臨死期の状況について具体的なイメージを持っているか □利用者・家族の死の現象の有無、程度 □死致・葬儀への対応方法 □お別れの場面のセッティング □お別れしたいたい言葉を呼んでいるか □本人が会いたい人呼べているか □本人・家族がお互いにメッセージを交換しているか	□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 □死が長いことを家族に伝える □帰って戻ってくる身体的財物被災状況において、どのように対応すべきか指導する □在宅で見取りりができるかどうか、またできることの確認をする □どのくらい家族を迎えるかを確認する □内閣府行なっている標準に大きな変わらないことを伝える	□利用者・家族が不安なく死を受けし、最後のときを在宅で迎えるこ とができる
5. お別れ・死別・死別サポート			
自分を現れ方をするが障壁を死にゆく人 や家族と分かれ合い、新しい関係を作 り出せるよう支援すること	□死別時の状況 □死別の有無 □遺族の表情、嘔吐、思ひ □朝はすす衣服はあるか	□死別の効率を遺族とともに進行 □本人もしくは、家族の希望していた衣装を着る □本人・遺族ともに満足したこと、ねきらしい気持ちを伝える	□満足のいく手を取りができたことを遺族が感じることができ る
6. 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、憤り、動搖に対して、ケアチーム メンバーが積極的に利用者が安心して自 分の考え方、気持ちを表すことができるよ うな関係を確立すること	■命的的なコーピング（本人と家族） □精神状態の観察（精神的、非精神的） □会話の状況 □利用者・家族相互の反応 □利用者・家族の精神的食糧 □現在どう思っていること、今後不安を感じていること、困っていること、助けてほしいこと □利用者・家族の精神的解消はよいか □利用者・家族の思いを他の医療者が知っているのか	□利用者・家族それぞれの思いを傾聴できるような関係の確立と環境を整える □十分に傾聴できる時間をつくる □利用者・家族の思いを引き出し・受容 □今までやってきたことのねきらしい言葉か □サービスの目録・方法の統一 □ケアチームガーランスの保、利用者・家族の思いを共有 □説いている理由については、修正する □在宅で見たりしていること、満足感を引き出し、感謝を与える □本人・家族が抱いていたこと、おもづけ叶わなかったことを聞き	□在宅で過ごせていること、過ごせたことの満足感を高めさせ、信 頼がかかる
7. 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	□さることの目標 □利用者・家族の人柄、価値観 □今までの人生をどのように見てているのか □自己丸・人生が叶わしていこうか	□利用者の人生を理解 □本人の気になりこと、やりがいしていること、楽しみなイベントを理解または実行	□利用者・家族の人柄・価値観・人生観が尊重される □利用者・家族が自分たちらしさをもつてできる □利用者・家族が悔いのない生活を営むことができる □自己丸ことやりがいしていることが解かれている
再入院の有・無	再入院の具体的理由：	臨死期における通常訪問回数：()回	緊急訪問回数：()回

タイプB:徐々に衰退する高齢者ケアプログラム（死別後）

時期別ケア目標 遺族が心身ともに安全に過ごせるようにする
悲嘆からの回復の援助

	アセスメント内容	ケア行動	期待される成果(アウトカム)
1. 悲失・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	<p>グリーフケア</p> <p><input type="checkbox"/>死亡1ヶ月後、1年後の家族の状況把握</p> <p><input type="checkbox"/>悲嘆のプロセスの把握</p> <p><input type="checkbox"/>在宅にて過ごしていた時の家族の死に対する受け止め方把握</p> <p><input type="checkbox"/>死別時の状況把握</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の思い</p> <p><input type="checkbox"/>後悔の有無</p> <p><input type="checkbox"/>未解決の悲嘆がないか観察</p> <p><input type="checkbox"/>死後の处置は家族の希望に沿ったものであったか</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の身体的アセスメント</p> <p><input type="checkbox"/>生活状況のアセスメント</p> <p>チームとしての評価</p> <p><input type="checkbox"/>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</p>	<p><input type="checkbox"/>思いを引き出し、思いを傾聴</p> <p><input type="checkbox"/>家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正</p> <p><input type="checkbox"/>死亡1ヶ月後、1年後に家族とコンタクトをとる</p> <p><input type="checkbox"/>在宅で看取れたのも、家族の頑張りがあったこと、よくやったことを伝える</p>	<p><input type="checkbox"/>満足のいく響取りがされたことを遺族が認識する</p> <p><input type="checkbox"/>遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる</p> <p><input type="checkbox"/>精神的に安定することができる</p> <p><input type="checkbox"/>遺族の健康状態が良好である</p>
		ケアチームカンファレンスをする	<input type="checkbox"/> ケースを通して、ケアチーム内での意識の統一や連携の強化ができる
死別後の訪問回数:()回			

15. ケア期間別電話回数と緊急訪問回数とその理由

1) タイプA：がん高齢者ターミナル事例

ケア各期における電話平均回数は、タイプAでは臨死期 1.48 回、小康期 1.09 回、導入期 0.45 回であった。そのニーズは各期ともに第1が本人の症状変化が最多で利用者の 37.1～79.4% に出現、第2がサービスの連携 5.9～14.3%、第3が疼痛コントロール不良、チューブ等医療トラブルと服薬管理、第4が転倒など事故の順であった。

期間別の緊急訪問回数は、臨死期 4.04 回、小康期 1.5 回、導入期 0.99 回であった。そのケア内容は第1が身体的ケア 27.3～31.3%、第2が本人と家族への精神的ケア（特に臨死期）と介護技術（特に導入期）、第3がサービス調整・連携、第4が指導であった。

表 11 タイプA:がん高齢者のケア期間別の電話回数・緊急訪問回数とニーズ

	ニーズ	導入期 N=47	小康期 N=32	臨死期 N=46
電話	利用者数	11	12	32
	利用率	23.4%	37.5%	69.6%
	延べ回数	21	35	68
	平均回数	0.45	1.09	1.48
その理由	1.本人の症状の変化（発熱、出血、呼吸状態など）	10 (47.6%)	13 (37.1%)	54 (79.4%)
	2.疼痛コントロールの不良	3 (14.3%)	6 (17.1%)	2 (2.9%)
	3.チューブ類・医療機器のトラブル	1 (4.8%)	2 (5.7%)	3 (4.4%)
	4.服薬管理の相談	1 (4.8%)	4 (11.4%)	1 (1.5%)
	5.転倒など事故	1 (4.8%)	1 (2.9%)	1 (1.5%)
	6.サービスの調整・連携について	3 (14.3%)	5 (14.3%)	4 (5.9%)
	7.その他	2 (9.5%)	4 (11.4%)	3 (4.4%)
緊急訪問	利用者数	11	8	36
	利用率	23.4%	25.0%	78.3%
	延べ回数	44	48	186
	平均回数	0.94	1.50	4.04
その理由	1.身体的ケア	12 (27.3%)	15 (31.3%)	49 (26.3%)
	2.本人への精神的ケア	4 (9.1%)	10 (20.8%)	17 (9.1%)
	3.介護技術	9 (20.5%)	5 (10.4%)	24 (12.9%)
	4.介護者への精神的ケア	6 (13.6%)	6 (12.5%)	42 (22.6%)
	5.指導	3 (6.8%)	4 (8.3%)	12 (6.5%)
	6.サービス調整・連携（医師・福祉系）	7 (15.9%)	6 (12.5%)	27 (14.5%)
	7.その他	3 (6.8%)	2 (4.2%)	15 (8.1%)

2) タイプB：徐々に衰退する高齢者ターミナル事例

ケア各期における電話平均回数は、タイプBでは小康期 1.92 回、臨死期 1.39 回、導入期 0.38 回であった。そのニーズは各期ともに第1が本人の症状変化が 76.1～86.6%、第2が疼痛コントロール不良であった。

期間別の緊急訪問回数は、小康期 4.49 回、臨死期 3.12 回、導入期 0.79 回であった。そのニーズは第 1 が身体的ケア 72.2~85.3% で、時期が進むほど多くなっていた。第 2 が介護者の精神的ケア 12.3~17.0%（特に臨死期）、第 3 がサービス調整・連携 8.0~15.7%（特に臨死期）と指導 9.8~18.2% であった。

表 12 タイプ B: 徐々に衰退する高齢者のケア期間別の電話回数・緊急訪問回数とニーズ

	ニーズ	導入期 N=48	小康期 N=42	臨死期 N=49
電話	利用者数	11	20	38
	利用率	22.9%	47.6%	77.6%
	延べ回数	18	81	68
	平均回数	0.38	1.93	1.39
その理由	1.本人の症状の変化（発熱、出血、呼吸状態など）	13 (72.2%)	64 (79.0%)	56 (82.4%)
	2.疼痛コントロールの不良	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (2.9%)
	3.チューブ類・医療機器のトラブル	3 (16.7%)	3 (3.7%)	1 (1.5%)
	4.服薬管理の相談	1 (5.6%)	3 (3.7%)	0 (0.0%)
	5.転倒など事故	1 (5.6%)	2 (2.5%)	0 (0.0%)
	6.サービスの調整・連携について	0 (0.0%)	2 (2.5%)	2 (2.9%)
	7.その他	0 (0.0%)	5 (6.2%)	7 (10.3%)
緊急訪問	利用者数	9	19	37
	利用率	18.8	45.2	75.5
	延べ回数	38	187	153
	平均回数	0.79	4.45	3.12
その理由	1.身体的ケア	13 (34.2%)	59 (31.6%)	44 (28.8%)
	2.本人への精神的ケア	3 (7.9%)	27 (14.4%)	8 (5.2%)
	3.介護技術	7 (18.4%)	22 (11.8%)	8 (5.2%)
	4.介護者への精神的ケア	6 (15.8%)	23 (12.3%)	26 (17.0%)
	5.指導	4 (10.5%)	34 (18.2%)	15 (9.8%)
	6.サービス調整・連携（医師・福祉系）	4 (10.5%)	15 (8.0%)	24 (15.7%)
	7.その他	1 (2.6%)	7 (3.7%)	28 (18.3%)

タイプ A とタイプ B の類似と相違

タイプ A とタイプ B での電話と訪問回数とニーズの出現傾向の類似と相違は、タイプ A は臨死期が多くのニーズで多いこと、タイプ B は小康期が多い、タイプ B は小康期の期間が長いことによると考えられる。

ニーズの出現傾向は電話と訪問ともに症状の変化や身体ケアが最多で、精神的ケアは、本人は小康期に、家族は臨死期に多くなっていた。訪問では介護技術は両群ともに導入期に高く、サービス調整・連携は両群ともに臨死期に高かった。

16. サービス体制・提供方法およびサービスの総合的効果に関する遺族による評価
(タイプAとタイプB)

(1) 回答者の概要

回答者：81名、平均年齢57.9歳

続柄：配偶者13名、娘37名、嫁17名、息子11名、その他2名

(2) 在宅サービスの体制や提供方法に対する満足度

タイプAとBの両方を合わせて回答者は81名であった。A、Bともに娘が最多で2番目はAが配偶者、Bが嫁となっていた。全体的には満足度は比較的高い。満足度が低いのはサービス選択・種類・時間、サービスの説明・手順の統一、モニタリングの全般、サービス効果であった。

評価点数(とても思う=4 やや思う=3 あまり思わない=2 思わない=1)

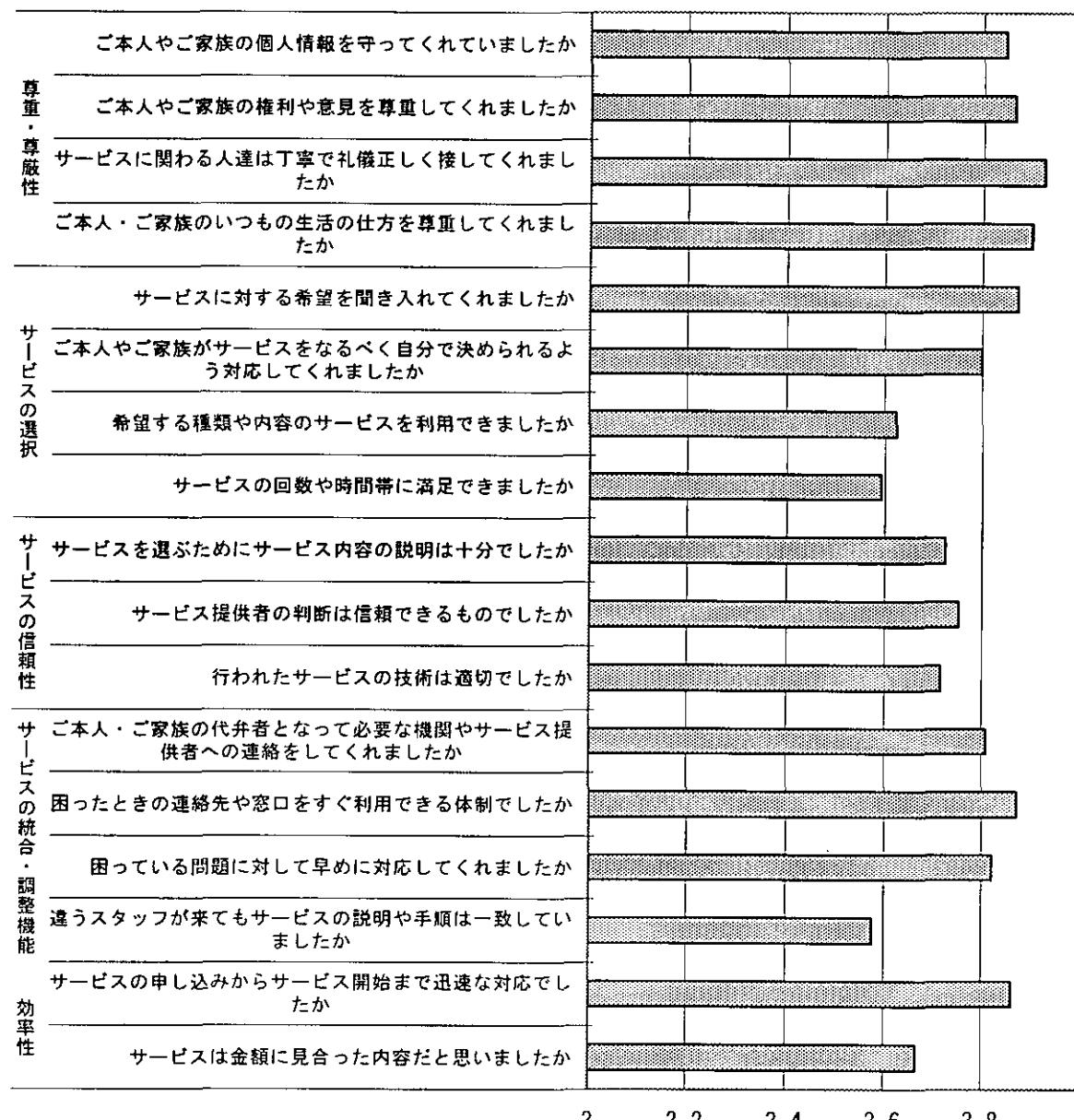


図1 サービス満足度

(3) サービス提供方法の評価

評価点数(とても思う=4 やや思う=3 あまり思わない=2 思わない=1)

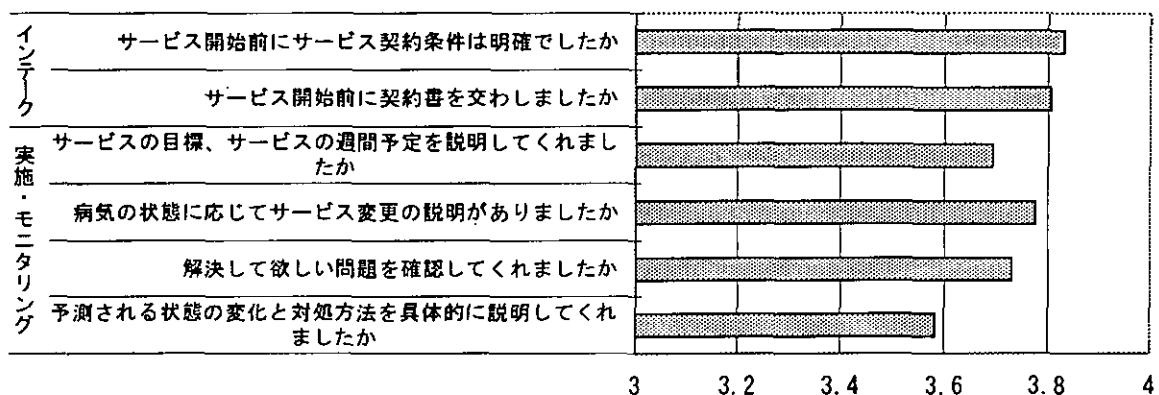


図 2 サービス提供方法の評価

(4) サービス効果の評価

評価点数(とても思う=4 やや思う=3 あまり思わない=2 思わない=1)

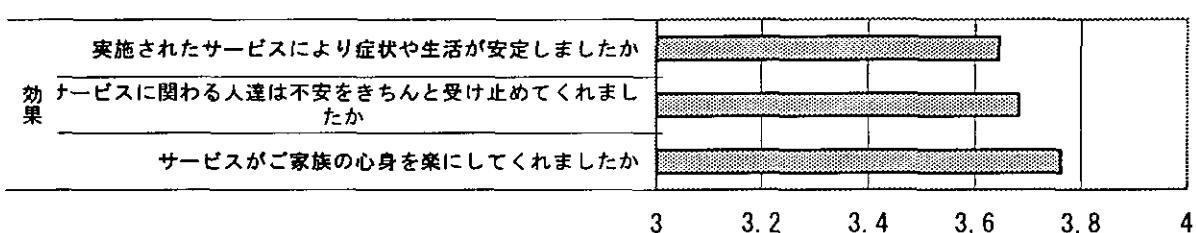


図 3 サービス効果の評価

17. 遺族のサービス効果（アウトカム）に対する評価

- ① A は心理・精神面のケア、社会的援助は良いが苦痛・だるさ、呼吸、皮膚の問題、死の準備として本人・家族間のメッセージ、本人・家族の目標の共有、会話・精神的苦痛についてはいずれも 3 点以下であった。
- ② B は心理・精神、社会面のケアは比較的良好が、基本ニーズでは皮膚・排泄、家族がやり残したことがある、楽しみの経験、死別後の体調は 3 点以下であった。
- ③ A、B ともに満足のいく看取りができた、自宅で看取れて良かったは高く 3.8 点であった。
- ④ A、B についての看護師の評価は皮膚、呼吸・疼痛コントロールは 68%以上で比較的良好と判断していた。家族がやり残したことがあるは 44%、本人がやり残したことがあるは 64%であった。

死別後の満足度は高く約 90%である。介護者の心身は異常なしの判断が 77%であり、介護者本人は 65%でやや低くずれがあると思われた。

1) タイプ A：がん高齢者ターミナル事例

(1) 回答者の概要

回答者：38 名、平均年齢 55.7 歳

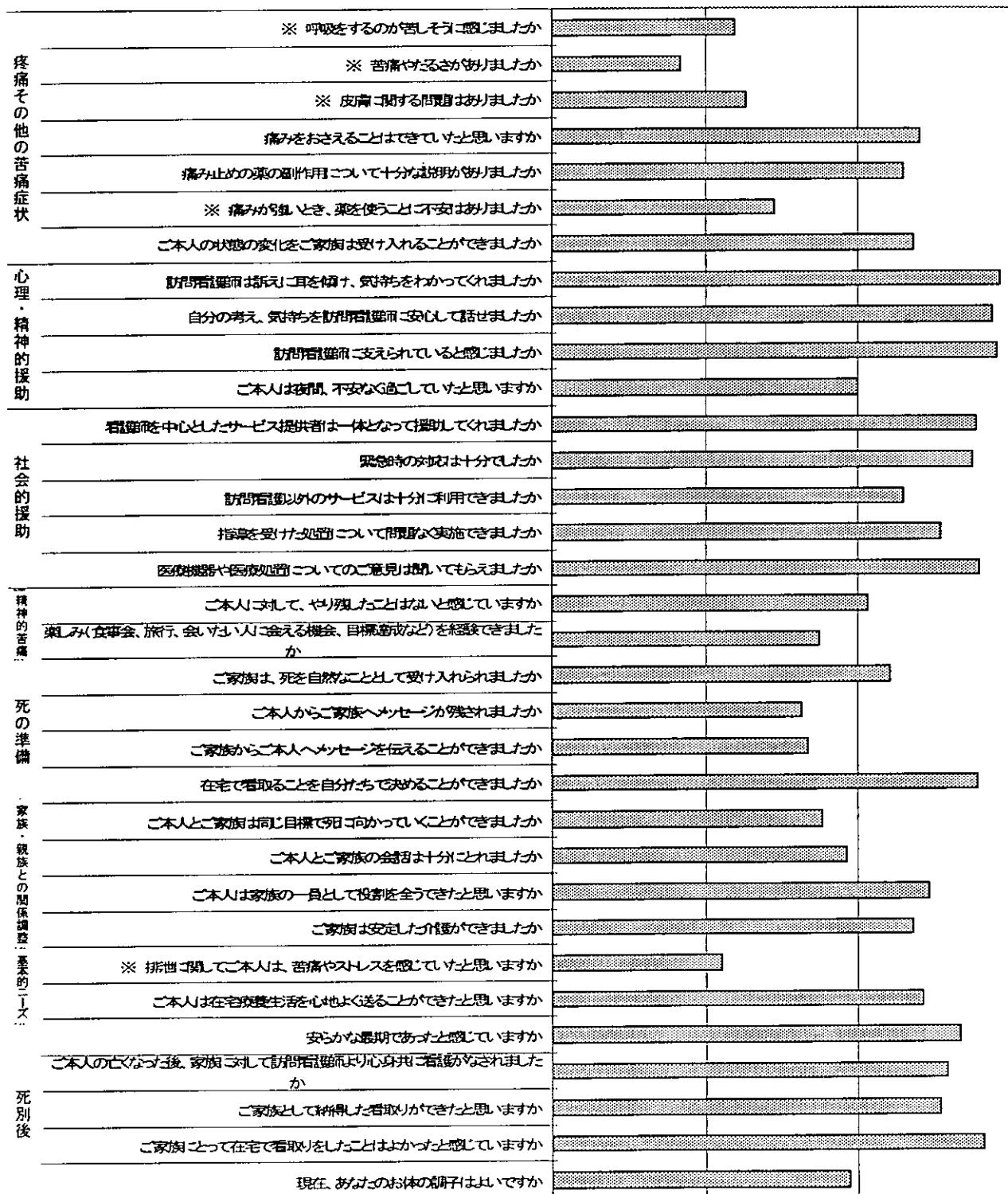
続柄：配偶者 8 名、娘 20 名、嫁 6 名、息子 3 名、その他 1 名

亡くなった後、希望する訪問看護師の訪問時期：平均 1.28 ル月以内

(2) 遺族のサービス効果に関する評価

評価点数(とても思う=4 やや思う=3 あまり思わない=2 思わない=1)

※印のついている項目は逆転項目として扱い(4→1 3→2 2→3 1→4)記載



1 2 3 4

図 4 サービス効果の評価(タイプ A)

2) タイプB: 徐々に衰退する高齢者ターミナル事例

(1) 回答者の概要

回答者: 43名、平均年齢 59.9歳

続柄: 配偶者5名、娘17名、嫁11名、息子8名、その他1名、無記入1名

亡くなった後、希望する訪問看護師の訪問時期 平均 1.85カ月以内

(2) 遺族のサービス効果に関する評価

評価点数(とても思う=4 やや思う=3 あまり思わない=2 思わない=1)

※印のついている項目は逆転項目として扱い(4→1 3→2 2→3 1→4)記載

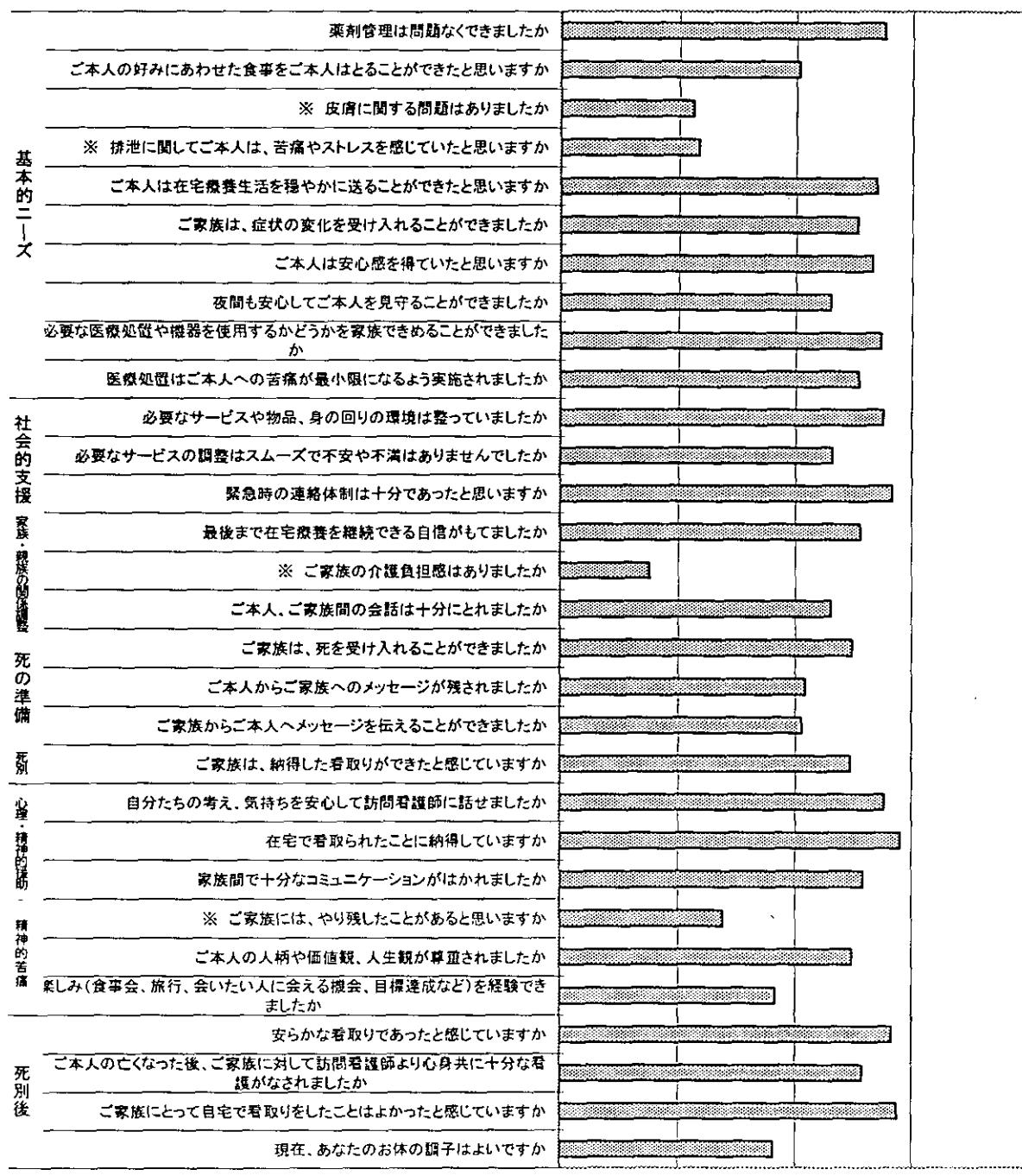


図5 サービス効果の評価(タイプB)

18. ターミナルケアのアウトカム評価 利用者と看護職の一致度

1) タイプA：がん高齢者ターミナルケア

良いアウトカムで一致した項目のうち 85%以上の項目は、「緊急時の対応は十分でしたか (97.4%)」「訪問看護師を中心としたサービス提供者は一体となって援助してくれましたか (94.7%)」「自分たちの考え、気持ちを訪問看護師に安心して話せましたか (94.7%)」「在宅で看取ることを自分たちで決めることができましたか (94.3%)」「訪問看護師に支えられていると感じましたか (89.5%)」「ご本人は家族の一員として役割を全うできたと思いますか (85.7%)」であった。ケアカテゴリーでみると、心理・精神的援助、社会的援助に両者は良いアウトカムで一致していた。

利用者が良く看護者が悪い項目のうち 35%以上の項目は、「楽しみを経験できましたか (48.6%)」「医療機器や医療処置についてのご意見は聞いてもらいましたか (47.2%)」「ご本人は在宅療養生活を心地よく送ることができたと思いますか (36.1%)」「ご本人は夜間、不安なく過ごしていたと思いますか (35.1%)」であった。ケアカテゴリーでみると、精神的苦痛（スピリチュアルペイン）、社会的援助の項目において利用者が良く看護者が悪いと思っている傾向にあった。

利用者が悪く看護職が良いと回答していた項目のうち 35%以上の項目は、「呼吸をするのが苦しそうに感じましたか (52.8%)」「苦痛やだるさはありましたか (40.5%)」「皮膚に関する問題はありましたか (44.1%)」であった。この3項目はケアカテゴリーでみるとすべて、疼痛その他の苦痛症状であった。

これらの結果から考えられることは、心理・精神的援助、社会的援助の項目は利用者・看護職とともにアウトカムが高い傾向にあると思われる。利用者が良く看護職が悪いと思っている項目は、精神的苦痛（スピリチュアルペイン）であり、逆に利用者が悪く看護職が良いと思っている項目は、疼痛その他の苦痛症状であった。この結果は、ケアプログラムの出現率にも反映されており、精神的苦痛（スピリチュアルペイン）について看護職は積極的に実施されておらず、出現率が低い傾向にあった。しかしながらアウトカム評価では利用者側においては、アウトカムは高かった。また利用者が悪く看護職が良いアウトカム項目は、疼痛その他の苦痛症状であり、いわゆる利用者の症状についてであった。看護職は身体症状についてはとてもよく観察しており、得意とする項目であるが、精神面であるスピリチュアルペインについてはケアできない傾向にあると考えられる。

2) タイプB：徐々に衰退する高齢者ターミナルケア

良いアウトカムで一致した項目のうち 85%以上の項目は、「緊急時の連絡体制は十分であったと思いますか (92.9%)」「最後まで在宅療養を継続できる自信が持てましたか (85.0%)」であった。ケアカテゴリーでみると社会的支援、家族親族の関係調整の項目が、両者のアウトカムは高い傾向にあった。

利用者が良く看護者が悪い項目のうち 35%以上の項目は、「ご本人からご家族にメッセージが残されましたか (45.5%)」「ご本人は在宅療養生活を穏やかに送ることができたと思いますか (38.5%)」であった。

利用者が悪く看護職が良いと回答していた項目のうち 35%以上の項目は、「ご家族の介護負担感はありましたか (68.3%)」「皮膚に関する問題はありましたか (52.5%)」「排泄に関してご本人は、苦痛やストレスを感じていたと思いますか (46.3%)」であった。

両者ともに良いアウトカムで一致した項目は、タイプAと同様に社会的支援の項目であった。また利用者が良く看護者が悪いと回答した項目、利用者が悪く看護者が良いと回答した項目もタイプAと同様の結果であった。タイプAと同様の解釈であるが、看護職は身体症状についてはとてもよく観察しており、得意とする項目である。しかし精神面であるスピリチュアルペインについてはケアできない傾向にあると思われた。タイプAと違いのあったものは、家族親族の関係調整のケアカテゴリである「家族の介護負担感」の項目であった。利用者が在宅にてターミナル状態にある場合、看護職が思っているより家族には介護負担感があるということが理解できる。

表13 タイプA：ターミナルケアのアウトカム評価 利用者（N=38）と看護職（N=47）の一致度

①とても思う、②やや思う、③あまり思わない、④思わない
 ①と②、③と④の項目内容によって良い・悪いの2区分にした

	内容項目	良いアウトカム で一致	利用者良い 看護者悪い	利用者悪い 看護者良い	悪いアウトカムで一致
疼痛その他の苦痛症状	1. 呼吸をするのが苦しそうに感じましたか	27.8	18.9	52.8	5.6
	2. 苦痛やだるさはありましたか	18.9	0	40.5	40.5
	3. 皮膚に関する問題はありましたか	26.5	5.9	44.1	23.5
	4. 痛みをおさえることはできていたと思いますか	60.6	30.3	6.1	3.0
	5. 痛み止めの薬の副作用について十分な説明がありました	60.7	32.1	3.6	3.6
	6. 痛みが強いとき、薬を使うことに不安はありましたか	35.5	9.7	29.0	25.8
	7. ご本人の状態の変化をご家族は受け容れることができましたか	81.1	8.1	8.1	2.7
精神的援助	8. 自分達の考え、気持ちを訪問看護師に安心して話せましたか	94.7	5.3	0	0
	9. 訪問看護師に支えられていると感じましたか	89.5	10.5	0	0
	10. ご本人は夜間、不安なく過ごしていたと思いますか	43.2	35.1	8.1	13.5
社会的援助	11. 訪問看護師を中心としたサービス提供者は一体となって援助してくれましたか	94.7	2.6	2.6	0
	12. 緊急時の対応は十分でしたか	97.4	0	2.6	0
	13. 訪問看護師以外のサービスは十分に利用できましたか	79.4	2.9	17.6	0
	14. 指導を受けた処置について問題なく実施できましたか	77.8	16.7	2.8	2.8
	15. 医療機器や医療処置についてのご意見は聞いてもらいましたか	52.8	47.2	0	0
精神的苦痛	16. ご本人に対してやり残したことないと感じていますか	51.4	20.0	14.3	14.3
	17. 楽しみ（食事会など）を経験できましたか	17.1	48.6	8.6	25.7
死の準備	18. ご家族は死を自然なこととして受け入れられましたか	76.3	5.3	18.4	0
	19. ご本人からご家族にメッセージが残されましたか	29.6	33.3	18.5	18.5
	20. ご家族からご本人へメッセージを伝えることができましたか	48.4	9.7	25.8	16.1
	21. 在宅で看取ることを自分たちで決めることができましたか	94.3	0	5.7	0
家族関係調整	22. ご本人とご家族は同じ目標で死に向かっていくことができましたか	63.3	6.7	20.0	10.0
	23. ご本人は家族の一員として役割を全うできたと思いますか	85.7	8.6	5.7	0
	24. ご家族は安定した介護ができましたか	81.1	10.8	8.1	0
ニーズ	25. ご本人は在宅療養生活を心地よく送ることができたと思いますか	61.1	36.1	2.8	0
死別後	26. ご家族として納得した看取りができたと思いますか	84.2	2.6	13.2	0
	27. 現在あなたのお体の調子は良いですか	68.6	11.4	14.3	5.7

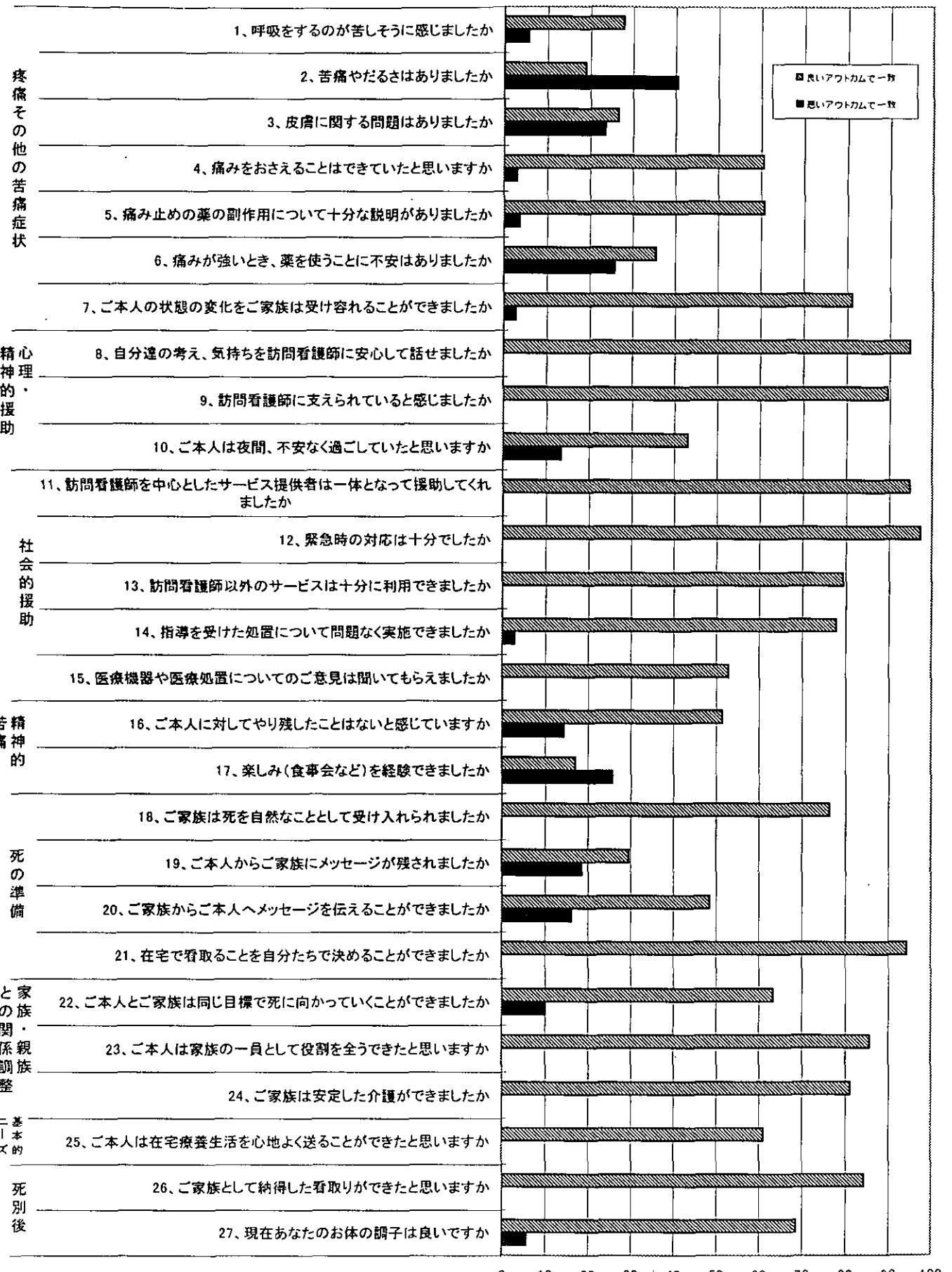


図6 タイプA(がん高齢者):ターミナルケアのアウトカム評価 利用者(N=38)と看護職(N=47)の一致度

表14 タイプB：ターミナルケアのアウトカム評価 利用者（N=43）と看護職（N=49）の一一致度

①とても思う、②やや思う、③あまり思わない、④思わない
 ①と②、③と④の項目内容によって良い・悪いの2区分にした

	内容項目	良いアウトカムで一致	利用者良い看護者悪い	利用者悪い看護者良い	悪いアウトカムで一致
基本的ニーズ	1. 薬剤管理は問題なくできましたか	73.7	23.7	2.6	0
	2. 皮膚に関する問題はありましたか	17.5	5.0	52.5	25.0
	3. 排泄に関してご本人は、苦痛やストレスを感じていたと思いますか	29.3	2.4	46.3	22.0
	4. ご本人は在宅療養生活を穏やかに送ることができたと思いますか	59.0	38.5	2.6	0
	5. ご家族は、症状の変化を受け入れることができましたか	71.4	21.4	2.4	4.8
	6. ご本人は安心感を得ていたと思いますか	63.4	31.7	4.9	0
	7. 夜間も安心してご本人を見守ることができましたか	64.1	23.1	5.1	7.7
	8. 必要な医療処置や機器を使用するかどうかを家族で決めることができましたか	73.0	24.3	0	2.7
	9. 医療処置はご本人への苦痛が最小限になるよう実施されましたか	61.0	31.7	7.3	0
社会的支援	10. 必要なサービスや物品、身の回りの環境は整っていましたか	80.5	17.1	0	2.4
	11. 必要なサービスの調整はスムーズで不安や不満はありませんでしたか	72.5	12.5	15.0	0
	12. 緊急時の連絡体制は十分であったと思いますか	92.9	2.4	4.8	0
家族関係・親族の調整	13. 最後まで在宅療養を継続できる自信が持てましたか	85.0	5.0	5.0	5.0
	14. ご家族の介護負担感はありましたか	12.2	2.4	68.3	17.1
	15. ご本人、ご家族間の会話は十分にとれましたか	71.1	13.2	13.2	2.6
死の準備	16. ご家族は、死を受け入れることができましたか	76.3	13.2	7.9	2.6
	17. ご本人からご家族にメッセージが残されましたか	24.2	45.5	12.1	18.2
死別	18. ご家族は、納得した看取りができたと感じていますか	82.9	4.9	7.3	4.9
神心的援助・精神的援助	19. 在宅で看取られたことに納得していますか	83.3	16.7	0	0
	20. 家族間で十分なコミュニケーションが図れましたか	80.0	12.5	5.0	2.5
精神的苦痛	21. ご家族には、やり残したことがあると思いますか	9.8	26.8	29.3	34.1
	22. ご本人の人柄や価値観、人生観が尊重されましたか	59.5	33.3	2.4	4.8
	23. 楽しみ（食事会、旅行、会いたい人に会える機会、目標達成など）を経験できましたか	42.5	20.0	25.0	12.5
死別後	24. 現在、あなたのお体の調子は良いですか	56.8	10.8	21.6	10.8

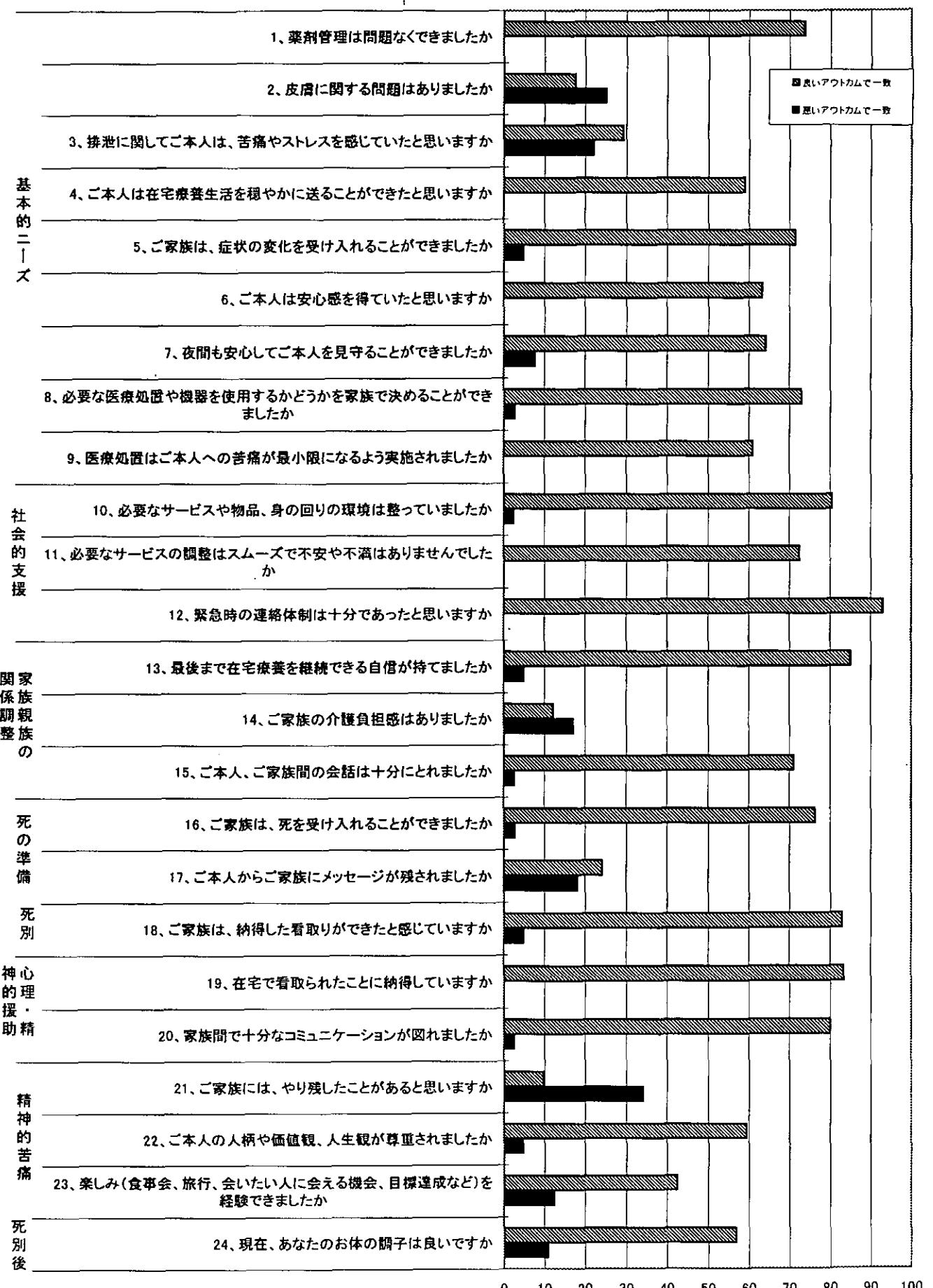


図7 タイプB(除々に衰退する高齢者):ターミナルケアのアウトカム評価 利用者(N=43)と看護職(N=49)の一致度

IV. 結論

- 1) 在宅ターミナルケアのタイプAとタイプB高齢者のケアプログラムの妥当なアセスメント項目の抽出ができた。タイプAとBではケアカテゴリーの重要度順位が異なっていた。すなわちタイプAはアセスメント131項目中、疼痛その他の苦痛症状のマネジメントに53アセスメント項目が集中していた。タイプBでは、アセスメント80項目中、基本的ニーズのケアが28項目で多かった。したがって、ケア内容およびアウトカム（期待される成果）もこれらに対応するものとなっていた。
- 2) タイプAとBでは、対象の特徴としてAは平均年齢79.3歳で癌、Bは87.4歳で脳血管疾患・心疾患・呼吸器疾患など多様であった。在宅ケア期間はAが平均46日、Bが198日でBはAの4.3倍の期間であった。
- 3) クリニカルパス方式によるプログラムの妥当性については、アセスメント・ケア行動・アウトカム（期待される成果）は指標として表現を短縮してわかりやすくすれば利用が可能と思われる。しかし修正後に事例への適用可能性を確認する必要がある。
- 4) ケアプログラム中、判断の部分はプログラム内に入れる必要はないと考えられる。初心者向けにはあった方がよいと考えられる。
- 5) ケアプログラムの中で、スピリチュアルペインやデスマネジメントの重要度と難易度が高いにもかかわらず、アセスメントとケア行動の実施率が低い部分があり、文献や研修等による強化が必要といえよう。
- 6) ケア期間中の電話相談については料金化されていないが、各期ともに多くの事例で特に症状の変化、疼痛コントロール、チューブ類や、医療機器トラブル等で行っていた。これについては料金化されるべきである。タイプAとタイプBでの電話と訪問回数とニーズの出現傾向の相違は、タイプAは臨死期が最も多いこと、タイプBは小康期が多い、タイプBは小康期の期間が長いことによると考えられる。ニーズの出現傾向は電話と訪問とともに症状の変化や身体ケアが最多で、精神的ケアは本人は小康期に、家族は臨死期に多くなっていた。訪問では介護技術は両群ともに導入期に高く、サービス調整・連携は両群ともに臨死期の方が高かった。
- 7) 遺族によるサービス体制や方法に対する満足度は全般的にはよいが、サービスの選択、モニタリングが低い傾向があった。サービス効果については、社会的援助はよいが、疼痛その他の症状の改善、精神的苦痛、死の準備(特に本人・家族とのメッセージ)、排泄はケアのアウトカムがあまりよくなかった。死別後は、看取ったことの満足、安らかな死は高いが、介護者の体調はあまりよくない結果であった。
- 8) 死別後に訪問していた回数は、タイプAが平均1.2回、タイプBが平均1.3回であった。これらは料金化されていないが、ほとんどの事例で現実にその必要性が高く、制度化すべきと考える。
- 9) 死別後の訪問看護師の訪問時期の希望は、タイプAでは平均1.28ヵ月以内、タイプBでは1.85ヵ月以内であった。
- 10) 以上の多くのエビデンスに基づいてケアプログラムをできる限り簡素化したものをp.74~81に示した。これらの普及のため、汎用性を16年度に検討し、必要な内容について研修の上で効果的な研修方法を明らかにしたい。