

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. 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悪心・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 □身体症状の変化・悪化 □呼吸状態・心音・消化器症状の観察 □発熱または感染症状 □水分摂取量(Grout/バランス) □嘔下状況 □がんの進行状況・転移の有無 □疼痛以外の苦痛(他感感・しびれ) □スケントラブルの有無(渾身・摩擦・圧迫・浸痛) □ステージの有無(発赤・水泡形成・表皮剥離) □ペインコントロール(至適濃度・疼痛域・中重度) □即時鎮痛剤の有無 □意識レベル(必要以上にワウトしていないか) □副作用症状 □副作用症状について本人・家族は理解しているか □本人の望み・疼痛と副作用のバランスが保たれているか □ペインコントロールに関する家族の知識 □家族が自分で入れる緩和ケアを知っているか □疼痛増強時の対応方法	□呼吸しやすい体位を確保 □吸引器・吸入器などの導入の検討 □呼吸状態の変化の予測について説明、不規則、無呼吸の出現があるが、本人に苦痛の自覚はないことを説明 □嘔下状況が悪ければ、無理に嘔吐より摂取しないよう家族に指導 □クーリング □主治医と相談し、清浄を行うべきか本人・家族の意向もふまえて □水分量を増やすことで尿の量が増え、苦しい思いをさせることもあることを説明 □マッサージ □本人の訴えを聴き □症状にあわせて保冷・軟膏処置 □ステージに合わせた褥瘡処置・予防 □スケールを使用した痛みの程度を判断 □マッサージ □クッションを用いたり、体位の工夫 □プロトコルに沿って、薬剤の調整・投与 □副作用症状として現れてくること(嘔吐・便秘、呼吸抑制など)を本人・家族に説明 □腸管刺激剤、緩下剤、浣腸などにて排便コントロールをはかる □いずれかの副作用症状が現れたときには主治医に相談し、対処 □薬剤の使用法の指導・教育 □疼痛増強時の対応方法を本人・家族に指導 □どのようなときに看護職員に連絡するべきか指導	□呼吸苦が増強しない □尿による窒息死とならない □家族が状態の変化を受容できる □浮腫が増強したり、外観が不良な状態にならない □他感感・苦痛が増強しない □新たな皮膚トラブルがない □褥瘡が増強しない □至適濃度で疼痛コントロールがはかっている □副作用症状が緩和される最小限である □家族が不安なく、疼痛コントロールができる □家族が副作用症状を理解できている
	2. 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、動揺に対して、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、気持ちが発出できるような関係を建立すること □利用者・家族の心理・精神的負担 □利用者に対する家族の反応 □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、承けてほしいこと □所属理解・予後の理解の状況 □不眠 □夜間の睡眠状況	□利用者・家族の思いを引き出し、受容 □構っている認識については、修正 □在宅死することの可能性であることを伝える □病状が変化することで、今の思いに変化があってもよいことを伝える □本人・家族が感じていること求めていることは伝えられるよう支援 □利用者・家族の思いを医師に伝えられないときは、代弁者となる □在宅にて過ごせること、過ごせたことの満足感を引き出し、実感を与える □夜間は本人のそばで家族が過ごせる体制をつくる	□家族がケアチームスタッフに対して、自分の気持ちを表出することができる □在宅生活を安心して送る自信をもてる □医師・看護師に支えられていると実感している □本人が夜間不安なく過ごすことができる □家族が本人と向き合うことができる
3. 社会的援助	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、経済面等の環境づくりを支援すること □ケアチームの構築と連携 □医療者(医師、看護師等)の連携状況 □利用者・家族の思いを他の医療スタッフが知っているか □緊急時におけるファーストコールの確認 □家族と専門職との認識の統一 □医療処置と医療機器 □必要な医療機器を本人・家族が選択できているか □利用者・家族への指導内容・理解度・トラブルの有無	□ケア提供者間の情報の提供、共通の理解を把握・確認・調整 □ケアプランの内容を理解・実施 □往診に死が近いことを告げ、内服薬などの確認 □不安なときはいつでも連絡をするように家族に伝える □専門職と家族の良好な関係を構築 □医療機器、処置の指導 □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かの確認 □点滴・吸引器・在宅医療方法を希望しているかどうか家族に相談	□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 □ケアチームとして利用者・家族を支援できる □医療者間との信頼関係が築けている □緊急時に正確に連絡をとることができる □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も把握できている □必要な処置方法が理解できる □トラブルなく処置が提供できる □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 □必要な医療機器を家族が自己決定することができる
	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 □生きることの意味(生きていくこと、存在していることの意味は何か) □死にたいこと、やり残していることはないか	□家族と本人の間で、気になると、迷っていることが何か、そのような会話ができるよう双方に働きかける	□本人・家族の迷っていることがない
5. デスマネジメント	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するためのプロセス(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 □家族の死の受容プロセス □家族は事後、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 □家族が最期時の対応方法について知っているか □今後の病状変化(死)に対してどのように対応していきたいと考えているか(入院治療・終末期入院・在宅死) □家族の延命処置の希望の有無 □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てきたか(看取りの受容) □お別れしたい親族・挨拶をした人と呼んでいるか □本人・家族お互いにメッセージを伝えているか	□死が近いことを家族に伝える □徐々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 □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 □病状へ行ってでもできる処置に大きな変化はないことを伝える □家族が家にそばにいられるのは、在宅だからこそであることを伝える □お別れをしたい親族・友人を呼ぶように家族に伝える □最後まで耳は聞こえていることを伝え、本人に伝えたいことを伝えられるよう環境を整える	□死を自然なこととして受け入れられる □本人から家族へメッセージが残せている □家族から本人へメッセージを伝えることができる □最期はどこで死を迎えたいか家族が自己決定できる
	6. 家族・親戚との関係調整 本人を中心に家族関係の質化に応じて、ケアの方向性およびどのような意図を迎えるか意識を統一すること □本人・家族・親戚の関係 □利用者や家族が同じ気持ちで死に向かっているか □家族のケアへの参加状況と意図 □利用者や親戚との関係・利用者・家族間の実・ケアシートの状況 □利用者や家族との関係・家族としての役割遂行等されているか □介護力・介護体制 □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」と考えているか □介護知識・介護指導の必要性の観察・判断 □介護者の健康状態・精神的身体的負担	□見取りの場を家族、親戚内で意見が統一できるような支援 □家族成員としての役割が運行できるよう援助 □介護者の代替を検討 □介護者の訴えを聴き □社会資源を有効活用 □効果的な介護方法の指導	□利用者や家族が同じ気持ちで死に向かっていることができる □本人が最期まで家族の一員として役割を全うできる □介護・処置方法を理解し、実行できる □肉体的精神的負担が軽減し、安定した介護ができる
7. 喪失・悲嘆・死別サポート	7. 喪失・悲嘆・死別サポート 様々な預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 □家族の悲嘆と看取りの満足感 □遺品の思い □後悔の有無 □遺品の思い・喪失・富勃 □希望する衣服はあるか	□死後の処置を家族と話し合う □家族に「よくここまで頑張ってきたね」と伝える	□満足した看取りができたことを感謝が込んでいる □在宅で過ごしたことの後悔の念がない
	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 □ADL低下 □清潔の状態、保清方法の有無 □器具交換必要性の観察・判断 □排泄方法の確認	□利用者・家族のニーズを把握する □介護方法の教育指導 □口腔ケア □清潔の援助、身体清潔のための教育	□日常生活を心地良く感じられる □介護者が正確なケアを実施できる
再入院の有・無	再入院の具体的な理由:	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 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	グリーフケア <input type="checkbox"/> 死亡1か月後、1年後の家族の状況把握 <input type="checkbox"/> 悲嘆のプロセスの把握 <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 <input type="checkbox"/> 死別時の状況把握 <input type="checkbox"/> 遺族の思い <input type="checkbox"/> 後悔の有無 <input type="checkbox"/> 未解決の悲嘆がないか観察 <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 <input type="checkbox"/> 遺族の身体的アセスメント <input type="checkbox"/> 生活状況のアセスメント	<input type="checkbox"/> 思いを引き出し、思いを傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正 <input type="checkbox"/> 死亡1か月後、1年後に家族とコンタクトをとる <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	<input type="checkbox"/> 満足のいく看取りがとれたことを遺族が認識する <input type="checkbox"/> 遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる <input type="checkbox"/> 精神的に安定している <input type="checkbox"/> 遺族の健康状態が良好である
	チームとしての評価 <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	<input type="checkbox"/> 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			

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ない。主に身体機能を維持するための援助	薬剤管理 □薬の種類・状況・内服薬の種類と管理者の確認 □決められた薬を決められた方法で決められた回数・回数で飲んでいるか □副作用の確認 □内服薬の作用・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・介助者と方法に問題はないか □食事をするときに、本人・家族はどのように思っているのか □ムシ、経路異常、発熱はないか □スキントラブル □皮膚・口腔内の状態観察 □発汗の有無 □排泄コントロール □排泄に対するニーズを把握 □排泄物が安全に行われているか □必要な症状の緩和 □褥瘡の有無 □利用者・家族の症状に関する訴えはないか □苦痛の有無 □緩和してはいない症状・コントロールして欲しい症状はないか □不安な体位がとれるかを把握する □日常生活動作 □ADL/IADLの状態・拘束の部位・程度 □利用者・家族のリハビリの希望(回帰・補行者など) □利用者のニーズを把握 □症状悪化の予防と早期発見 □感染症・呼吸器・循環器疾患の症状観察 □心臓音・心音の減退・肺音・吸入/SpO2 □咳や痰の増加・性状・吸引の必要性 □呼吸器・チアノーゼの有無 □呼吸器・低酸素血症で問題になることはないか □意識レベル・表情・音動 □転倒の有無・原因 □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 □睡眠時間・程度(睡眠・覚醒・夜間せん定等) □夜間利用者に介護者がいることはないか □利用者の睡眠に対する満足度 医療機器管理 □利用者・家族の実施・管理状況 □利用者・家族への指導内容・理解度・トラブルの有無 □医療機器は毎回・手順・方法がとられているか □必要な医療機器の確認と本人の意見 □機器の修理状況	□利用者の状況に合わせた薬剤の内服方法を教育 □薬剤の使用方法を教育・指導 □服薬の指導 □薬剤の作用・副作用が確認でき、薬剤の増減の指示を医師に伝へ □利用者の条件に合わせた食事ができるよう調理方法の工夫を考える □ムシなどがあがる場合には、食事形態を変更するよう指導 □現在行っている食事方法からどこまで医療処置を行うか(経口→嚥下→点滴)利用者の意向を把握 □水分摂取量の観察 □清潔ケア・口腔ケアの実施・指導 □褥瘡などあるときには、主治医に相談し、処置またはその状態に合わせた処置 □発汗の処置 □排泄物(2チームに合わせた) □排泄に関するケアの実施・教育 □排泄に負担があるようであれば、介助者導入 □排泄コントロールできるように補助(排便器・下剤・応急・浣腸) □褥瘡の発生を予防し、そのための環境を整える □クッションを用いたり、ベッドの角度を調整 □緩和が必要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図る □本人の訴えをゆくりと確認する □ADL/IADLの介助の実施・教育 □利用者のADLレベルを主とし、ニーズに合わせた生活環境を整える □状態に応じたリハビリを介護者及びチームで実施 □フィジカルアセスメント □口腔ケア □薬剤による副作用の指示確認 □感染の兆候を利用者・家族・医療者が見逃さないよう援助 □ケア方法で注意するべき点について指導 □医師等の指導 □症状が悪化するべき点については利用者・家族に指導し対応方法(様子観察の症状への対応)を指導し適切な処置を促す □褥瘡予防処置を予防 □なるべく日中はイベントを埋め、夜間眠れるようパターンを促す □本人の訴えを確認する □医療機器の管理・回収 □医療機器・処置の観察点と方法の指導 □医療機器のコストが最小限になるようにする □器具がらみに対してネプライザー、加湿器、吸引機など使用できること説明する □足りぬものは調達	□介護者が薬剤管理ができる □薬剤によるトラブルがない □本人の意向に合わせた食事ができる □摂食性肺炎を起こさない □脱水がない □皮膚が清潔に保たれている □新たな皮膚トラブルが起らない □褥瘡が軽快または治癒する □排泄がスムーズにできる □排泄に向する苦痛・ストレスがない □排便コントロールができる □苦痛症状が軽減できる □表情が穏やかになる □褥瘡を予防できる □2次の褥瘡を併発させない □新たな感染症がない □感染症の発生・悪化が進行しない □在宅生活に必要な知識や技術、症状の急変に対する対応を理解できる □在宅生活が充実している □転倒しない □利用者・家族が満足できる機能を確保できる □家族が安心して見守ることができる □必要な医療処置方法を理解できる □医療処置による利用者への苦痛が最小限である
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	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・家族がどのようなサービスを知っているか(区・市町村、各種団体のサービスなど) チームケアの連携体制 □利用者・家族がチームどのような期待をしているか確認 □相談の有無 □具体的ケア方法の統一がされているか □ケアチームの連携状況(意思疎通の状況、情報の共有化、意思の統一・調整) 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か □緊急時の対応方法の理解の確認	□在宅で必要なサービス・必要物品の選定・調達・準備を利用者の状況に合わせて実施 □生活環境整備 □転倒の予防 □ケアマネジャーとの連携 □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 □利用者・家族の個別性の高い期待に応えられるよう利用者・家族とともにケアプランを作成 □外来受診が負担であれば、往診医に切り替える □在宅医の連携・必要性の説明 □利用者宅へケアノートをおく □ケアチーム内で調整を図る □訪問看護師、及び医師が緊急連絡の期にすぐ対応できる体制づくり □利用者・家族に24時間連絡体制についての具体的な連絡方法を伝える	□必要なサービス、必要物品が揃い、身の回りの環境に不自由がない □連携がスムーズで、チームに対する不安がない □新たな外傷、骨折を生じない □期待に合ったケアを受けている □ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制が確立できる □連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない □役割の負担を最小限にできる □主治医にだれにするのか意思を伝えることができる □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
3. 家族・関係者の関係構築 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 □介護者の特徴 □介護者の役割の介護の意向の把握 □介護者の理解力・介護技術 □介護者の健康状態 □介護負担の状況 □家族・親族・近隣の協力者の具体的な介護協力 □家事の状況、家庭内での仕事の役割分担 □介護者が活用可能かどうか □本人・家族・親族のコミュニケーション □利用者や家族の健康・コミュニケーションの状況 □利用者・家族と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 □カーパニックの有無・カーパニックの在宅ケアのイメージ □今後在宅で過ごすか、入院治療をするか(利用者・家族の意向) □利用者・家族が安らかな時間を過ごしているか □在宅治療に対する希望の有無	□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 □介護者の健康状態をチェック(バイタルサイン測定など) □相談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への思いを支援 □利用者・家族と他の親族との関係を調整 □今後入院治療することを考えているかの確認 □医療処置(延命処置)に対する本人・家族の意向を確認 □本人・家族の意思を尊重 □不安を少しでも解消できるように支援する	□カーパニックを中心に在宅療養ができる □介護者が在宅療養を継続できる自信がもてる □介護負担感が軽減できる □他者による介護の導入に慣れる □心理負担がない □本人・家族・親族間の人間関係を把握できる □本人および家族、親族内で在宅ケアをどのように実践していくかをイメージできる □家族としての十分なコミュニケーションを図れる
4. デスマネジメント 死にゆく人と家族が、死を受け得るようになるまでのプロセス(否認、怒り、取り引き、拗うつ、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 □どこで最後を迎えたいかを決めているか	□死に対する恐れや不安、どのように受け止めているか(気持ちや引き出す) □本人・家族が在宅で生活することの安心感を与える □病院及び在宅、両方のパターンでの死の迎え方についてどう思っているか把握	□利用者・家族が不安なく死を受け得る □在宅療養に納得できる □利用者・家族が最後を迎える場所(病院/在宅)を伝えることができる
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、落胆感、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、利用者が安心して自分の考え、気持ちを表出できるように関係を確立すること	効果的なコーピング(本人と家族) □結果を予想はどのように受け止めているか □精神状態の観察(意識、非言語的) □会話の状況 □利用者・家族関係の反応 □利用者・家族の精神的負担 □在宅療養の中でどのような思い、 □現在まで抱えていること、今後不安に感じていること、困っていること、 □利用者・家族の負担の軽減はよいのか □利用者・家族の思い(他の医療者が抱えているのか)	□利用者・家族それぞれの思いを確認できるように関係の確立と信頼を築く □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す・受容 □今までやってこられたことへのねぎらいの言葉かけ □ケアチームの目標・方法の統一 □ケアチーム・ケアプランの統一、利用者・家族の思いを共有 □構っている認識については、確認をする	□今後どのように通していくかを表現できる □在宅生活を安心して送る自信がもてる □医療者間との信頼関係が築ける □ケアチームとして利用者、家族を支援できる
6. スピリチュアルベインへの援助 自己の人生に意味・価値を見出させること	生きることの意味 □利用者・家族の人生・価値観 □今までの人生をどのように捉えているのか □利用者・家族が思い描いていることはあるのか	□利用者の人生観を理解 □本人の拠りどころ、やり残していること・楽しみなイベントを理解または実行	□利用者・家族の人生・価値観・人生観が尊重される □利用者・家族が自分らしさをもちあつて居る □利用者・家族が悔いなく生活を送ることができる
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(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. 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	グリーフケア <input type="checkbox"/> 死亡1ヵ月後、1年後の家族の状況把握 <input type="checkbox"/> 悲嘆のプロセスの把握 <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 <input type="checkbox"/> 死別時の状況把握 <input type="checkbox"/> 遺族の思い <input type="checkbox"/> 後悔の有無 <input type="checkbox"/> 未解決の悲嘆がないか観察 <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 <input type="checkbox"/> 遺族の身体的アセスメント <input type="checkbox"/> 生活状況のアセスメント チームとしての評価 <input type="checkbox"/> ケアチームとしてケースをどう捉えていたのか、チーム間での連携	<input type="checkbox"/> 思いを引き出し、思いを傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の後悔の部分には、一度思いを受容し、修正 <input type="checkbox"/> 死亡1ヵ月後、1年後に家族とコンタクトをとる <input type="checkbox"/> 在宅で奪取れたのも、家族の頑張りがあったこと、よくやったことを伝える <input type="checkbox"/> ケアチームカンファレンスをする	<input type="checkbox"/> 満足のいく着取りがとれたことを遺族が認識する <input type="checkbox"/> 遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる <input type="checkbox"/> 精神的に安定することができる <input type="checkbox"/> 遺族の健康状態が良好である <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)

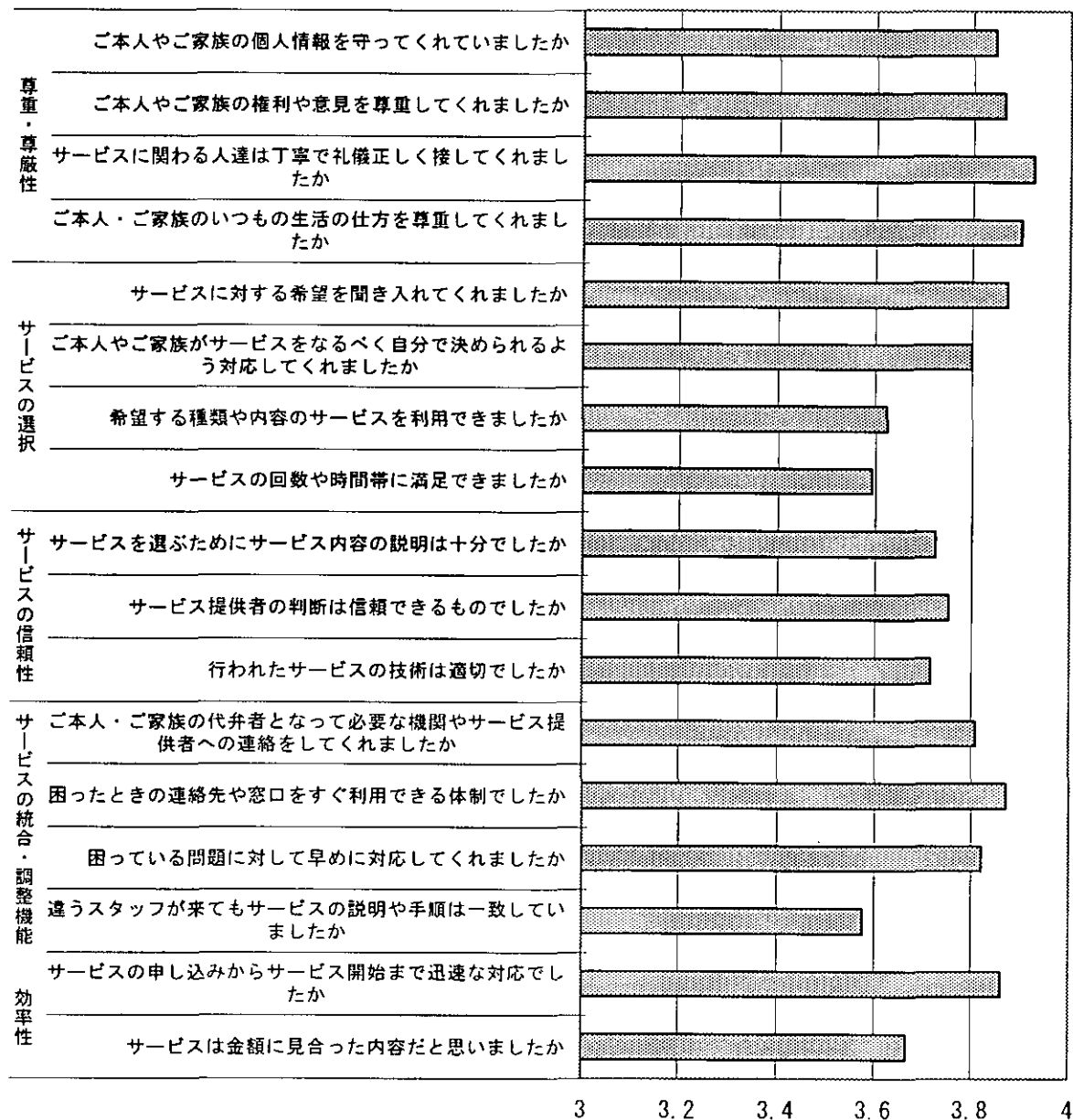


図1 サービス満足度

(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)

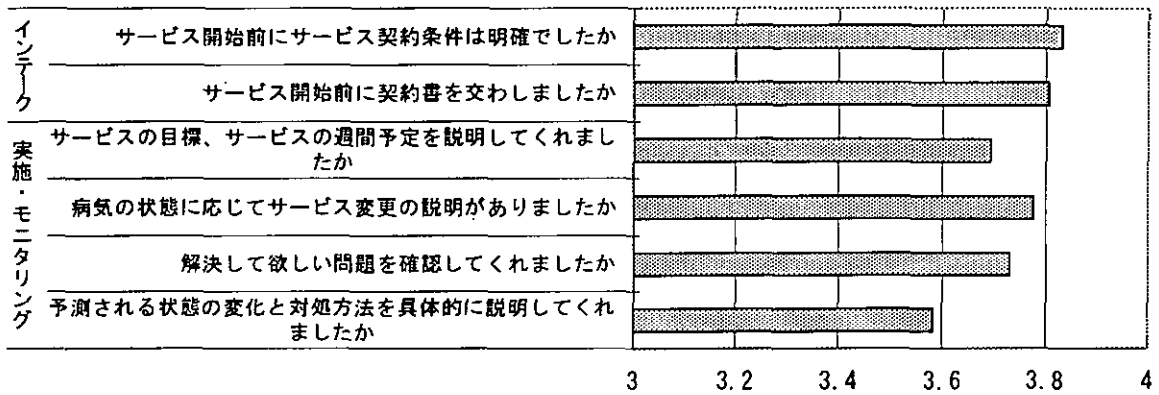


図2 サービス提供方法の評価

(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)

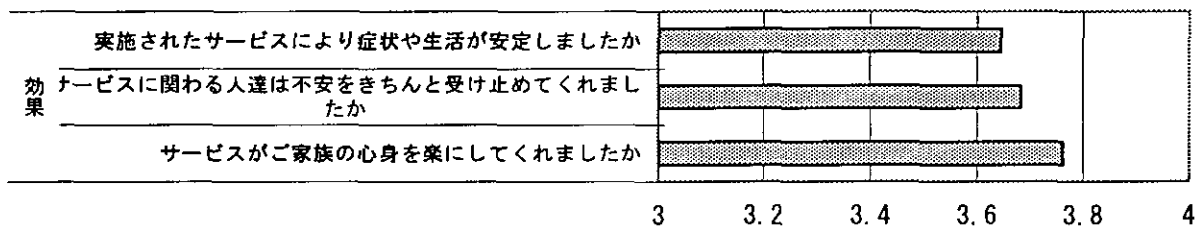


図3 サービス効果の評価

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いが、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%以上で比較的良いと判断していた。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

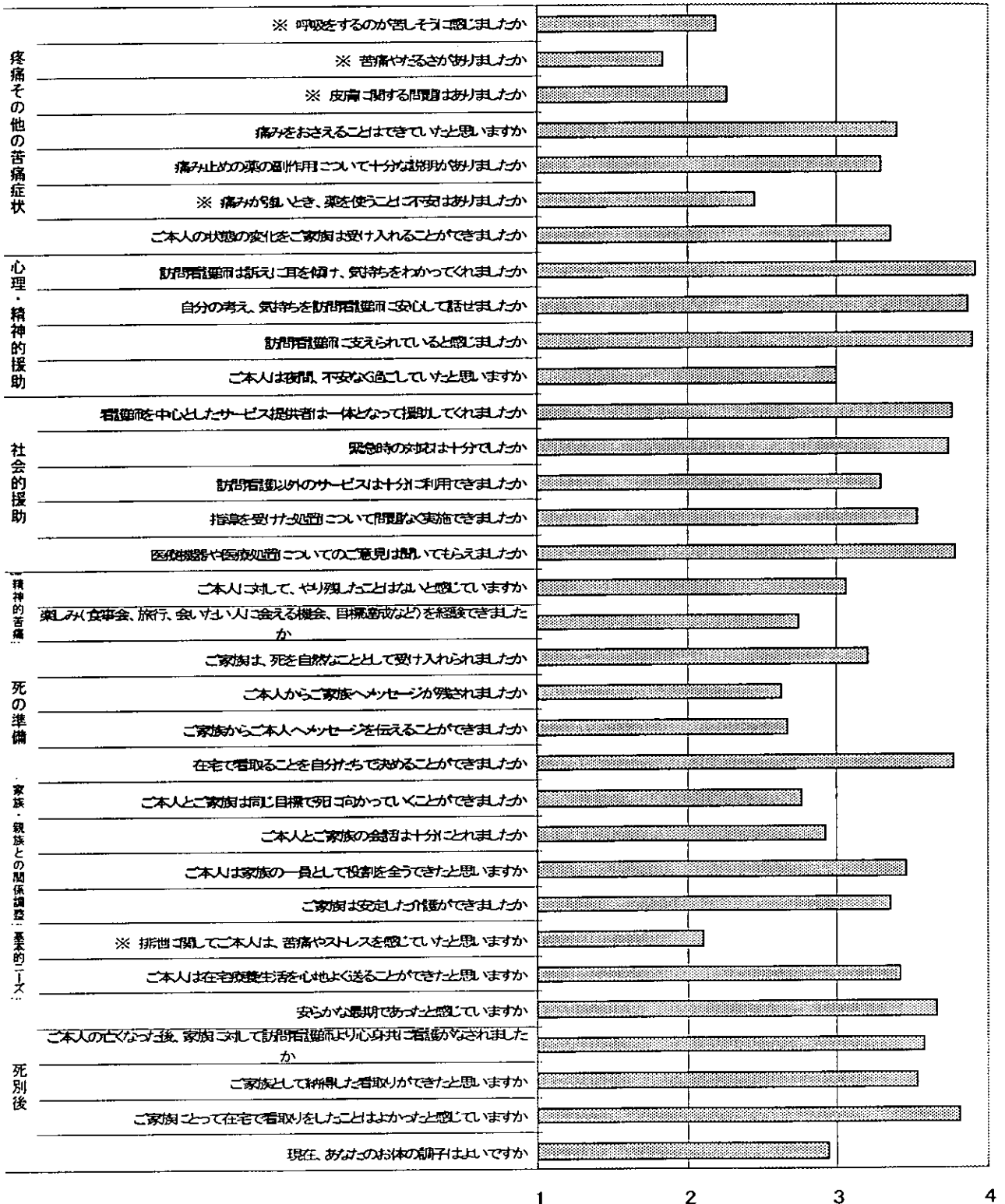


図4 サービス効果の評価(タイプA)

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

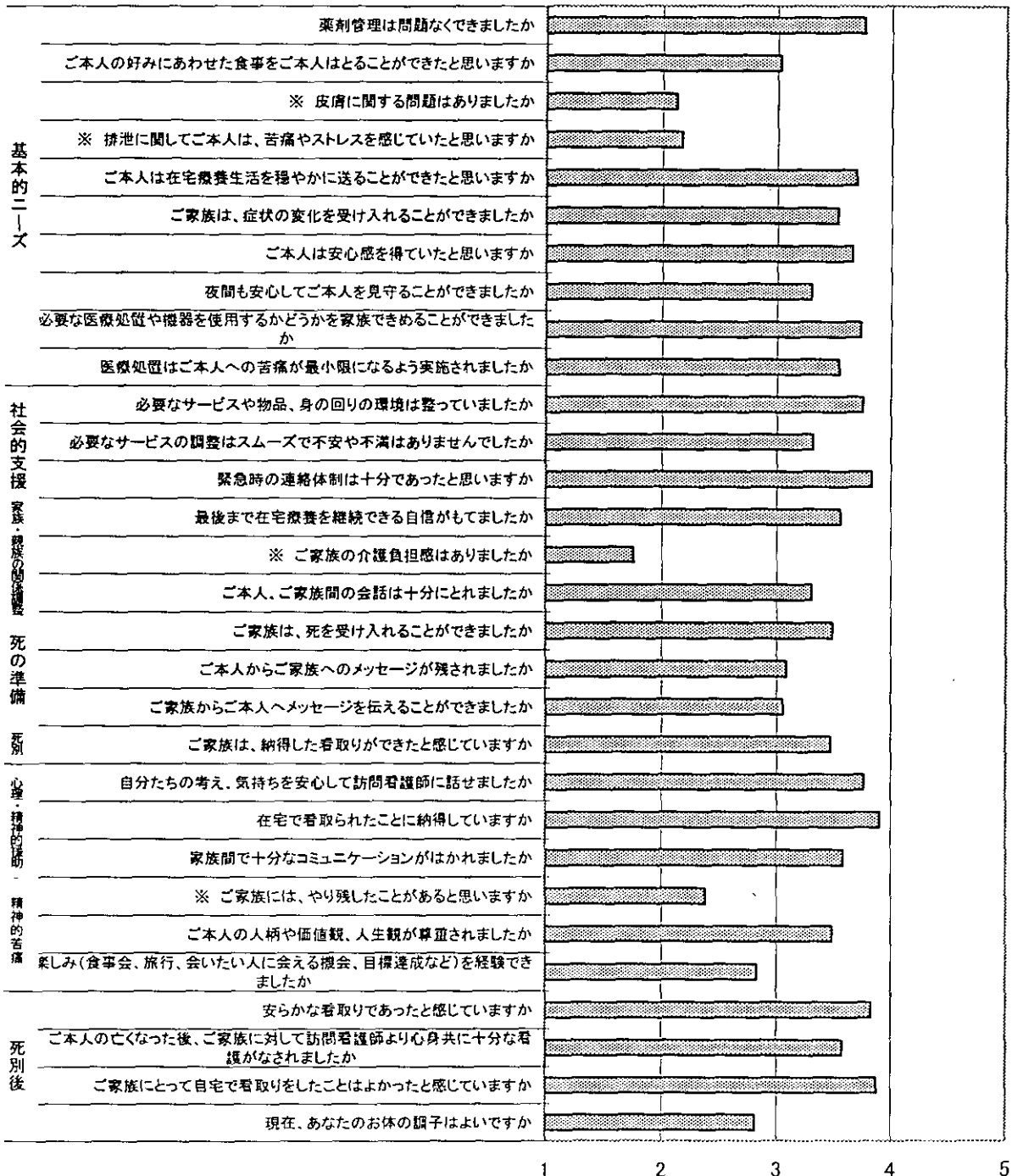


図 5 サービス効果の評価(タイプ B)

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えましたか (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がありましたか (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ーである「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	13.9	52.8	5.6
	2. 苦痛やだるさはありませんでしたか	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か	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入れることができましたか	81.1	8.1	8.1	2.7
精神的援助 心理・	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えましたか	52.8	47.2	0	0
苦痛 精神的	16. ご本人に対してやり残したことは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. 在宅で看取す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・親族との関係調整	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
基本的	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

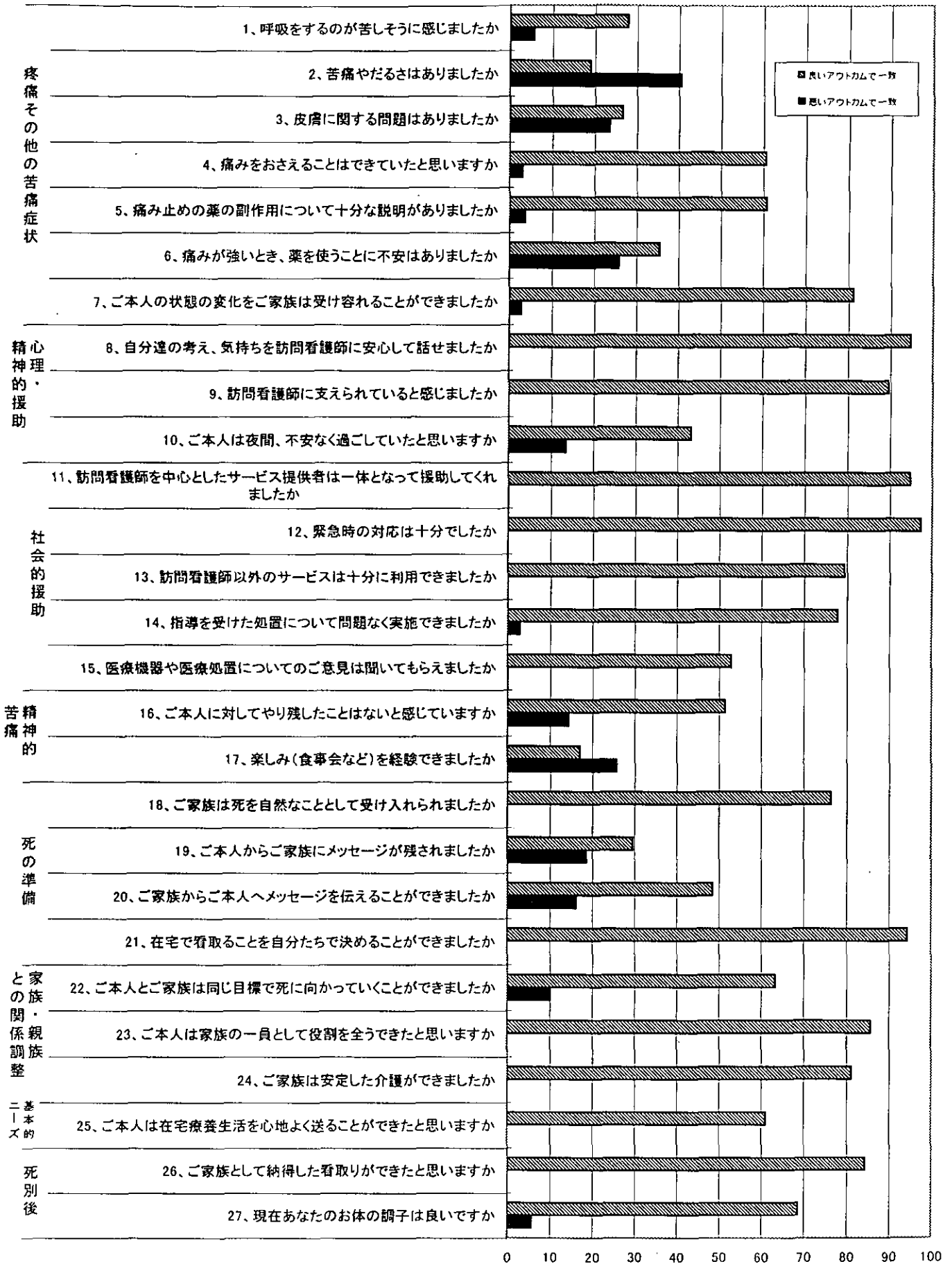


図6 タイプA(がん高齢者):ターミナルケアのアウトカム評価 利用者(N=38)と看護職(N=47)の一致度

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・親族の 関係調整	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せんでしたか	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
心理・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. ご本人の人格や価値観、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

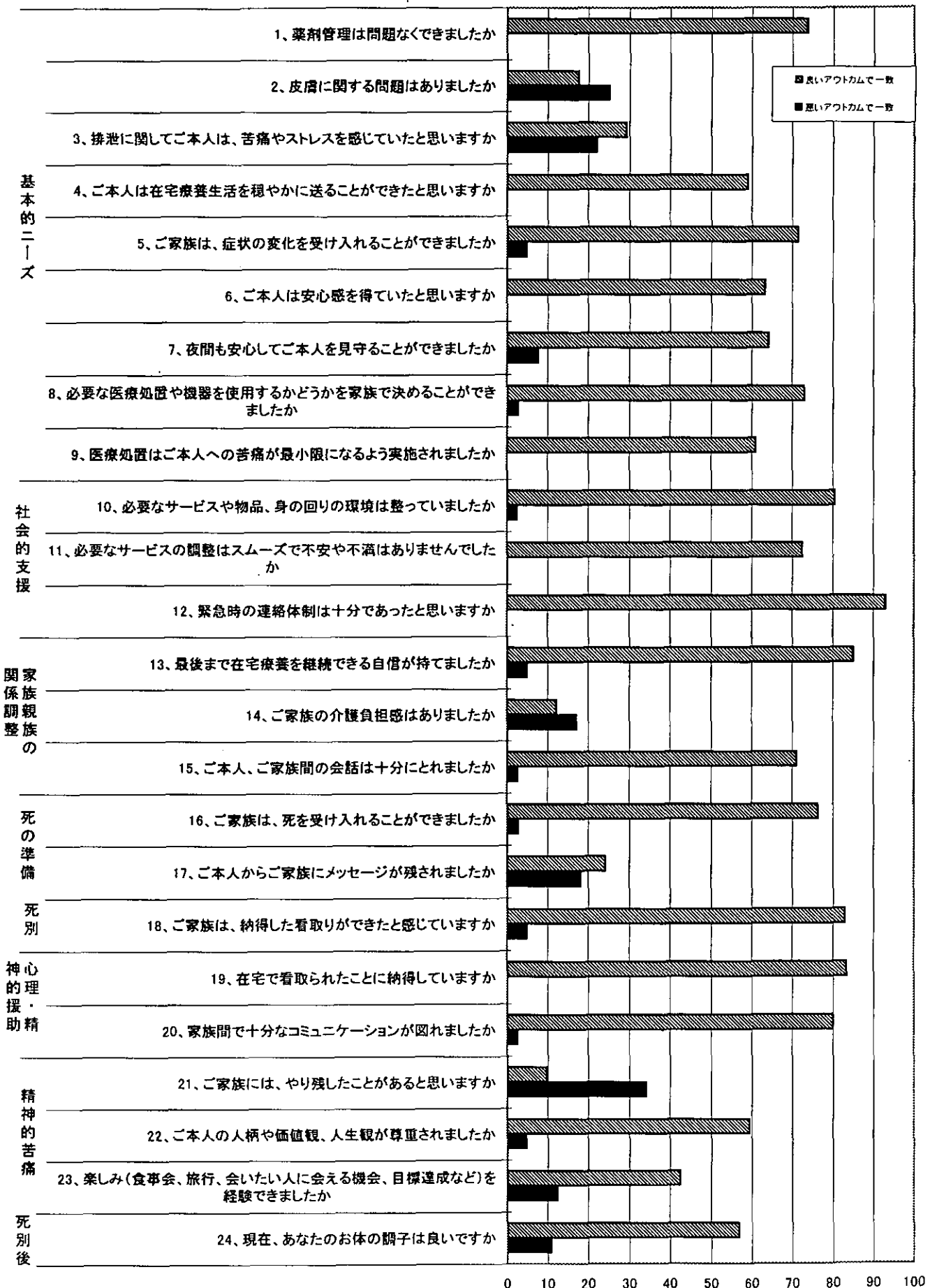


図7 タイプB(除々に衰退する高齢者):ターミナルケアのアウトカム評価 利用者(N=43)と看護職(N=49)の一致度

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 ヶ月以内、タイプ B では 1.85 ヶ月以内であった。
- 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。