

## 引用・参考文献

- 1) Saunders C., A personal therapeutic journey, *BMJ* 313(7072):1599-1601, 1996
- 2) Frank D. Ferris, Heather M. Balfour, A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice, Canadian Hospice Palliative Care Association(CHPCA), p17, 2002
- 3) World Health Organization, Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1996
- 4) 柏木 哲夫, 恒藤 暁, 細井 順: ターミナルケアマニュアル, 淀川キリスト教病院ホスピス, 1992
- 5) 志真 康夫, 本塚 好文, 的場 元弘: がんの症状マネジメント, 三輪書店, 1997
- 6) 季羽 倭文子, 岡部 まゆみ, 田村 恵子 他: ナースのためのホスピス・緩和ケア入門 一援助の概念と実際一, 三輪書店, 2002
- 7) 季羽 倭文子: ホスピス・緩和ケアにおける看護援助の視点, ターミナルケア, Vol.12, 2002
- 8) 島内 節, 友安直子編: 在宅ケアクリニカルパスマニュアルーケアの質保証と効率化, 中央法規出版, 2000
- 9) Ignatiavicius, D., Huasman, K. : Clinical pathways for collaborative practice, Saunders, 1995
- 10) Wheeler, K. : Critical pathways in home care, Developing a psychiatric home care program. In Dykers, P. C. & Wheeler, K. (eds). Planning, implementing, and evaluation critical pathways, Springer Publishing Company, 1997
- 11) Ferre, R. A. : Care planning for the older adult, Nursing diagnosis in long term care Saunders, 1994
- 12) 日本訪問看護振興財団編: 日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン, 日本看護協会出版会, 1997
- 13) Martin, K., Scheet, N. : The Omaha System, Applications for community health nursing, Saunders, 1992
- 14) Center for Health Education : STAT path, Critical paths for long-term care, vol. 1-5, 1996
- 15) Marrelli, T. M., Hilliard, L. S. : Home Care and Clinical Paths, Effective Care Planning Across the Continuum, Mosby, 1996
- 16) 島内節, 友安直子, 内田陽子編: 在宅ケア・アウトカム評価と質改善の方法, 医学書院, 2002

## 参 考 资 料

## 参考資料 1

島内 節：利用者アウトカムに基づいたケアの標準化、コミュニティケア 6(4) 24-26, 2004

経験とカンの世界という声も聞こえる在宅ケアの現場に、ケアの標準化を可能にするためには、それらの経験をまとめ、整理することで可能でしょうか？ 筆者は「ケアの標準化はエビデンスに基づいた利用者アウトカムから導かれるもの」と定義します。それでは、利用者のアウトカムに基づいたケアの標準化とはどのようなものなのか、その必要な条件を明らかにします。

### ケアの標準化はなぜ必要か

ケアの標準化は、利用者にとってのケアに一定の質を保証し、さらに水準の向上に寄与することを目指すものである。単に職場で簡単なマニュアルの検討をしてまとめれば標準化したとするものではない。

マニュアル書は一般に「よいケア」と考えられるものについて手順のみを示したものが多く、具体的な目標やアウトカム値が示されていることは少ない。ここで言う「アウトカム」とは、ケアの効果を測定できる、すなわち具体的なケア内容とケア行動との関連で明らかにされるものである。

つまり、ケアの標準化とは、利用者にとってのアウトカム、すなわち EBM (Evidence Based Medicine) や EBN (Evidence Based Nursing) のようにエビデンス（根拠）に基づいてそのアウトカムに到達するために、どのようにすればよいかについてケア内容と方法を示すものである。したがって、過去の習慣に頼って判断してまとめ上げるものではない。一定の条件と対象について根拠に基づいて適用できるものとして妥当性が十分検討されているものでなければならない。

ケアの標準化には、具体的にはクリニカルパスのように一定のケアパターンを時経列で示したものが考えられる。クリニカルパスの多くは、上に時間経過を、左にケア項目を設定し、両者の関連においてケア内容と方法が設定されている。

また、マニュアル・スタンダード・ガイドライン・プロトコルであっても到達すべきアウトカムを示し、これに到達するためにはこのケア内容と方法がよいと書かれていて、納得のいく根拠と手順が明示されていれば、これらもケアの標準化を意図して標準ケアを示したものと言えよう。

ただし、細かいケアの内容は、必ずしも表示されなくてもよい。すなわち中心軸はアウトカムに向かって、最短期間で最も効率的にアウトカムにたどり着ける論理的道筋として理解できるケアの内容と方法が手順として示されているものを意味している。

## ケアの標準化のメリットと それを満たす条件

では、ケアの標準化がなされることによって、どのようなメリットが生まれるだろうか？ 標準化を満たすための条件とともに考えると、下記の3点に集約されるだろう。

- ・専門家にとって効果・効率的なケア手順があり、このような手順を踏めば一定のアウトカムに到達できる、アウトカム改善を可能にするという理屈がわかり納得できるものであること

- ・ケアが標準化される（標準的ケアが示される）ことによって、管理者・ケア提供者間で相互に目標に向かって、バラツキなく統一的な方向でケアの内容と方法が共有できること。そして、それにより統合的で効率的なケアができること

- ・初心者がアウトカムとの関連で、その手順を踏めば一定のアウトカムに無駄を省いて到達できるというケア水準の底上げと向上を可能にするものであること

以上、・～・はケアの標準化の目的でもある。

## 目標に対応させた具体的な ケア内容・方法とアウトカム内容

ケアの目標やアウトカムがわかっていないケア提供者は誰でも、あるケアの方法を繰り返し、成果を上げられず無駄な時間と労力を使う。そして、結果として利用者にも不利益を与える。また、アウトカムへの到達の実感がないと、やりがいを感じることはできない。妥当な方法で評価される・することによってやりがい感をもって次への工夫や意欲が生まれ、ケアの向上へとつながる。

利用者の条件や状態に合わせたケアの目標に対して、アウトカムが示され、そのアウトカムに到達するために、アセスメント事項やケア行動として何を示すかを示すのが大切だ。これは、ケアチームメンバー間のコンセンサスやコミュニケーションツールとしても有用である。できるだけやさしい内容にして、利用者も共有できるようにすれば、利用者自身が自己の時間経過に沿って自己の努力目標と到達度としてのアウトカムが明確になりやすい。ただし、利用者に標準的ケアを示す場合には誤解を招かないようにしておく必要がある。利用者にケアを表示することは、こうすればこのアウトカムに到達できるはずであるという一種の契約情報となるからだ。

これは、本来ならば利用者とケア提供者が対等な関係として権利と義務を担い合うものなので、利用者に表示すべきものである。しかし利用者がバリアンス（利用者条件・スタッフ能力・ケアシステムの相違によるケアの実施やアウトカムの差）について理解することは容易ではない。したがって、自信がもてるものを示したほうがよい。アウトカムは利用者の条件のみでなく、サービス提

供側としてスタッフの力量やシステムに関連し合っただけで相違が生じるからである。

もしそれほどの自信がもてない場合は、利用者条件とシステム条件によるバリエーション（事例条件が示されたケア手順に適合しない、またはケア提供側の条件によって修正が必要な内容）が部分的に含まれることを十分に説明して示しておくべきである。

経時的に事例によるケアの差が出にくいシンプルな場合は、このバリエーションも発生しにくい。このような場合には、あえて初心者向けの簡単なものでよいであろう。ただし、利用者にとっては有用なものとなり、意義があると考えられる。

## ケアの標準化は、生活モデルと 医療モデルを組み合わせたものに

「生活モデル」とは、一般的に年齢、性、日課、労働条件、家族・職場・地域での立場と役割および人間関係、収入、消費パターンなどをケアに反映させたものをいう。

一方、「医療モデル」は、例えば病名・障害の種類や程度に基づいて治療・看護・リハビリテーションがどのような内容で行われるべきかを検討したものである。

ケアの標準化においては、この生活モデルと医療モデルを組み合わせて、時間経過に沿ってケア内容と方法が選択される。当事者や家族の条件によって、あるいは同一事例でも時間経過時期により、ケアは生活モデル中心のケア、医療モデル中心のケア、あるいは両方のケアがほぼ同じくらい必要というように重点が変化するものである。

## 標準化の内容はスタッフ能力や 利用者アウトカムによって部分修正を要す

●ケアの標準化は、どの場合にも正しいと固定しているものではなく、スタッフ能力やシステムに応じて実施可能なように変更・修正すべき

どんな標準ケア内容でも利用者とケア提供条件の相違に関係なく、そのまま適用可能なケアの標準はあり得ない。標準はあくまでも一般的なケアのパターンを時間軸に沿ったアウトカムに合わせて手順を示したものであるため、条件が違えばバリエーションを想定して修正を加えて用いるべきである。したがって、クリニカルパスは各職場で作り直すべきと言われる理由がここにある。

●ケアの標準としての内容と方法は、利用者アウトカムを見て整合性・妥当性を検討し、修正すべき

ケアの標準化を図り、あるいは標準化されたものを用いてケアを実施した後のアウトカムは大変重要である。アウトカム結果から逆にたどり直してケア手順としての内容や方法を修正すべき場合もある。この際にはアウトカム、ケア内容と方法の関係を照合し、整合性や妥当性を検討した上で標準ケアを修正す

る。思いつきで簡単に修正すべきではない。

常に一定のケアの質保証を図るためには、①アセスメント→②ケア内容・方法→③アウトカムという、いつも一方向にとらえ修正するものではなく、③→①→②、または③→②→①の順序で柔軟に見直し、修正していく必要がある。

\*

ケアの標準化は、利用者のアウトカムに注目することが大切で、標準といえども利用者のアウトカム・スタッフ能力・ケアシステムによって現場に適切に利用されるべきである。

## X 在宅看護におけるクリニカルパス

1980年代から米国では、クリニカルパスは入院期間の短縮による医療費の軽減、一方でケアの質を保証するための手順書として次第に洗練されてきた。今では医療機関で、共通用語としてその目的も方法も一定のパターンで共有化されるまでに拡大した。また、米国では在宅ケアの効果効率性を目指した質保証のための手順書として用いられているが、医療機関ほどには拡大していない。大きい在宅機関やケアの質保証と利用者満足度の向上を意識しているところでは、アセスメントと合わせて日常的に利用されている。わが国の熱心な医療機関においては同様な目的でパスの作成とその利用が拡大されつつあり、1999年にクリニカルパス学会をスタートさせるに至った。

わが国では、ケアの質保証というよりも介護保険制度などの創設とそれに伴う諸制度の改革があり、まず各区市町村で在宅ケアのための人材確保とシステム構築、およびケアの種類と量の拡大に注目せざるをえない時期であった。したがってアウトカムを含めたEBM (Evidence Based Medicine) またはEBN (Evidence Based Nursing) の発想に基づくケアのあり方は、本格的に取り組み始めたところである。

在宅ケアのクリニカルパスはまだ開発者も少なく、一部で用いられているにすぎない。しかし在宅ケアの効果効率性を目指し、一定の水準のケアを保証するにはパターン化しやすい利用者の問題点や疾病特性・機能障害などを有する内容について効果的、効率的にニーズの改善や解決を図るための、本人・家族・ケアチームメンバーの目標とケア内容・方法の共有ツールとして是非必要なものであるといえる。在宅ケアのクリニカルパスについての詳細は、他書<sup>1)</sup>を参照されたい。

## 1. クリニカルパスの必要性と意義

クリニカルパスは、まず効率的、効果的な教育機能を有するツールとして有用である。対象の問題点・疾病特性・障害のパターン化しやすい事例群についてクリニカルパスをもつことは、ケアの目標、月日を追っての専門職のケアの手順、ケア対象者本人と家族の努力目標、到達成果（アウトカム）などについて、本人・家族・チームケアメンバーすべての人が月日を追って目で見て確認でき、共有できるコミュニケーションとケア技術に関するツールである。

クリニカルパスの主な4つの機能は、①利用者アウトカム、②時間軸の設定、③協働、④ケアの理解であるとされている (Ignatiavicius & Hausman, 1995)<sup>2)</sup>。クリニカルパスは提供される医療ケアが適切な内容で、適切なタイミングで、適切だけ行われることの調整を行うツールである (Wheeler, 1997)<sup>3)</sup>。このことは学生教育の效果的、効率的資料である。また在宅ケア現場における専門職の一定水準以上のケア技術を保持するという意味での力量形成における底上げの意義がある。利用者と時期別目標と実施内容と手順を共有することによって、利用者の力を効率的に引き出す動機づけと、どのようにするかの方法の学習の助けとなる。これによって、より早期の自立促進や健康回復につなげられる。

いずれにしても在宅ケアにおけるクリニカルパスには、ケアの質の保証とケアの継続性だけでなく、利用者・在宅チームケア提供者間のコンセンサス、さらにはコミュニケーションツールとしても大きな機能が期待される。

## 2. 日本の在宅ケアの現場と医療および福祉等のシステムやケアの実施可能性に合わせたクリニカルパスの作成と使用法

在宅ケアは急性期医療病院のケアではない。したがってケアの目的も異なるわけであり、病院でのクリニカルパスは在宅ではそのまま利用できない。アメリカ合衆国の在宅ケアにおけるクリニカルパスの必要性は、医療費の定額制が在宅ケアにも及んだときに急速に進化した。短期間で最大限の効果をあげるための方法論を考える必要に迫られたからである。また急性期においてはクリティカルパスという語が用いられるのはよく理解できる。米国やカナダのように短期入院（1～7日）では、クリティカル状況であり、また退院の際にも完全に安定した状況ではない。したがってこれらの国々では退院後在宅ケアにおいてもクリティカルパスの用語を用いているところが多



い。ところによってはクリニカルパスの名称を用いている。

わが国では、これらの国々とは状況が異なり、入院期間が長く急性期を過ぎ慢性化した状態で退院する。したがって、日本の在宅ケアにおいてはクリティカルという用語は現状を反映されないと考えている。在宅ケアでは、生活ケアを軸にした医療ケアであり、疾病分類・障害分類・活動性・役割行動・ライフスタイルに合った自立促進を含めた個別援助を目指す、Ferri (1994)<sup>4)</sup> がいうクリニカルパスという用語を用いるのが妥当と考える。

また、Wheelerによる疾病のケアを対象とするものから「ライフスタイル変化への適応の個別的援助」に焦点を当てたものへと移行する必要がある。従来、急性期疾患クリニカルパスは疾患名や処置名ごとに作成されているが、長期疾患が対象となる場合には「患者の問題点」とか「患者の機能別（片麻痺など）」などで作成することも可能である。たとえば、同じ脳血管疾患であっても急性期の場合にはそのような疾患名別でもよいが、リハビリテーションの時期には脳血管疾患によって脳のどの領域のADL障害を受けたのかによってケアは異なる。そうなると障害レベルや種類別で分類したクリニカルパスのほうが長期療養や在宅ケアの場合には適切である。

在宅ケアや慢性期のクリニカルパスでは機能に焦点が当てられることも多く、目標としては「機能を回復し、もしくは維持し、可能な限り日常生活が自立できるようにする」という考え方でパスが作成されることが大切である。そこで、クリニカルパスではADLだけでなく、それを支援する服薬等の薬剤使用や食事、さらには予防的ケアなど、在宅ケアのときに実施される看護は重要な内容となる。しかし、クリニカルパスはそもそも看護職など特定職種のみが利用するものではなく、在宅ケアのチームメンバーと利用者・家族が共有できる内容にすることを旨とするものである。

在宅ケアにおけるクリニカルパスは他のどこかの内容をそのまま使用することは難しい。それは利用者特性、スタッフ能力と構成メンバー特性、さらには地域の社会資源が影響するからである。したがって、各現場に合うものに作り直す必要がある。

### 3. 在宅ケアでクリニカルパスが有効な期間

在宅でのクリニカルパスが有効な期間は、在宅ケア開始後2カ月間である。在宅ケアは早期の自立度向上・安定した生活パターン形成および医療の安定的確保の確立期として重要な時期であり、最もアウトカムを高めやすい時期である。またパターンが持続されやすいので、この2カ月間は本人の障害克服や健康回復に多大な意味をもつ時期である。これは米国においてもそうであり、メディケア対象者はOASIS (The

Outcomes Assessment Information Set) によって2カ月毎に同一のアセスメントシートを用いて、アウトカム測定が義務化されている。これによって、在宅ケア開始から2カ月間が自立度や病状の改善が最も高い時期であることが実証されている。わが国においても筆者らの研究により同様な研究成果を得ている。

経費の効率的利用という面でも、必要な時期にこうして集中的に自立を促進することが重要である。しかし現状では保険制度上の制約もあり、在宅では月に何回、週に何回などアウトカム測定をしないままケアが提供されがちである。介護保険料も、6カ月間中のどの時期に集中的にケアすべきかを選択できる弾力化が必要といえよう。

#### 4. クリニカルパスは標準化された生活ケアと医療ケアにかかわる人々の共通の手順書

クリニカルパスとは特定の疾病や生活障害を有する利用者に対して、時期に合わせた目標とケア内容と方法を示し、利用者と家族のセルフケアを含めた努力目標と期待されるアウトカムを示すものである。

##### 1) ケア期間の区切り方 (横軸)

クリニカルパス(表27)に示すように、内容をその対象特性に合わせて一定のパターンで変化が生じやすい時期を区切る。これは表の横軸である。在宅酸素療法(HOT)事例であれば、8~14日、15~30日、31~60日で区切るのが過去の事例分析から妥当と判断したものである。

##### 2) 各時期に合わせた行動目標を設定

各時期別に在宅療法を行っている事例の専門職の行動目標が設定されている。

##### 3) ケア内容と方法および評価項目

縦軸を評価項目とし、各ケアのカテゴリーに28項目を設定してある。この13カテゴリーは、まず日本訪問看護振興財団<sup>51)</sup>による在宅ケアのアセスメント票、オマハ<sup>6)</sup>による看護診断分類カテゴリー、介護認定審査用の調査票、STAT path vol.1.5<sup>7)</sup>、Marrelli<sup>8)</sup>らによる *Home Care and Clinical Paths* におけるケアカテゴリーなどから検討し、

そのうえで在宅ケア現場のリーダーと研究者が討議し抽出した。

ケアの質を保証するための実施方法と評価方法の標準的手順、すなわちクリニカルパスは、本来それぞれの在宅ケア機関の条件によって修正して用いるべきものであるが、ここでは一般的に用いる基準として作成してある。ケアのカテゴリーは下記に示したとおりである。

- ①疾病経過（利用者の主疾患および合併症の経過，看護師の行動目標）
- ②薬剤治療（薬剤使用に関する指示とそのケア）
- ③処置（在宅における医療処置とケア）
- ④検査（特定の在宅療養の継続管理のために必要な検査など）
- ⑤理学療法（運動療法，機能訓練，リハビリテーションに関するケア）
- ⑥セルフケア（療養者または家族が自己管理のために実施するケア）
- ⑦コミュニケーション（療養者と，またはケア提供者間の意思疎通に関するケア）
- ⑧栄養（療養者本人の栄養に関する指示とケア）
- ⑨排泄（排泄に関するケア）
- ⑩日常生活（療養者の家庭における治療や処置を伴った日常生活状況とケア）
- ⑪安全（療養者の事故防止，感染予防，環境上の安全とケア）
- ⑫清潔（身体，創部などの清潔ケア）
- ⑬心理・社会（療養者の心理面および社会的側面に関するケア）
- ⑭社会資源（諸制度および地域資源の利用とケア）

#### 4) ケア実施と評価期間および訪問頻度

上記の各評価項目に各事例群の特徴を加えて，具体的ケア内容・ケア行為を設定してある。また，それぞれの期間を区切ってアウトカム評価の時期と各期間中の訪問頻度も記入されている。

なお，次の事項を基準としている。

##### ■ 在宅ケア開始から2カ月に限定している

訪問開始初期の訪問頻度は，利用者がその時期までに到達すべきアウトカムを達成できるような必要期間を設定している。

その結果，各事例群によって訪問頻度の設定は異なるものになる。過去の調査事例データの結果に基づき訪問頻度が設定されている。同じケアのカテゴリーであっても，時期別に内容が変化していく。各時期別に達成可能と思われるアウトカム指標を設定する。

## 5) クリニカルパスを事例に適用した際に当てはまらないバリエーション

これらのアウトカムに到達できなかったときには表 28 のバリエーションの番号を記入する。すなわち必要なケア内容を実施できなかった理由を示すものである。この理由はできるだけ早く解決へ導くチェック内容と考えるべきである。

バリエーションとは、上記のような理由でケア内容とアウトカムに必ずしも当てはまらない、落ちこぼれる、あるいははみ出る要素を指す。「必要なケア内容を実施できなかった理由」および「アウトカムを得ることができなかった理由」について、それぞれ 10 項目（共通）を挙げている。ケア内容やアウトカムが当事例に当てはまらないときには、それはなぜか、事例条件なのか、スタッフの能力やシステム条件・社会資源条件なのかをとらえ直す。

クリニカルパスはあくまでも一定の手順を示したものであり、それぞれの在宅ケア機関のケア体制、利用できる社会資源の範囲によって作り替えて使う参考となる標準枠組みといえる。またバリエーションを設定しておくことによって、なぜこのクリニカルパスのとおりにならなかったかと問い直し、その事例を早期に改善に向けるチェックポイントとして利用できる。またクリニカルパスそのものの追加や修正を考える材料としても使える。

表 28 クリニカルパスにおけるバリエーションコード

コード 番号	バリエーションの理由	
	必要なケア内容を実施できなかった理由	アウトカムに到達することができなかった理由
①	利用者の心身条件のため実施できなかった	利用者の心身条件のため到達しなかった
②	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためできなかった	利用者が拒否したあるいは希望がなかったためしなかった
③	家族が拒否したあるいは希望がなかったため実施できなかった	家族が拒否したあるいは希望がなかったため到達しなかった
④	スタッフ数が足りないため実施できなかった	スタッフ数が足りないため到達しなかった
⑤	スタッフ能力不足のため実施できなかった	スタッフ能力不足のため到達しなかった
⑥	連携上の問題があり実施できなかった	連携上の問題があり到達しなかった
⑦	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった	連携先の機関・担当者が機能を果たさなかった
⑧	社会資源が不足していたため実施できなかった	社会資源が不足していたため実施できなかった
⑨	社会資源の質に問題があり実施できなかった	社会資源の質に問題があり到達できなかった
⑩	その他の理由で実施できなかった／対象には不必要・非該当	その他の理由で到達できなかった／対象には不必要・非該当

## 5. クリニカルパスの種類

クリニカルパスの種類はいろいろなものが考えられるが、大きく分けて下記のようなパスモデルがある。

### 1) 医療ケア事例

在宅酸素療法、連続携行式腹膜透析、褥瘡などのように、在宅ケア開始後に医療的ケアニーズを有する事例においては、適切な医療的技術提供と利用者・家族に対する知識・技術の徹底した指導が必要である。加えて、病状の観察、変化への予測的なアセスメントと予防的なケアが重要である。したがって、これらのクリニカルパスにおいては、このような点を重視した疾病経過の観察、医療処置、セルフケアが強調されるのが特徴である。

こうした医療的ケア事例のクリニカルパスは、経過の予測が可能でケアをパターン化しやすく、したがってパスを作成しやすく、かつ現場での利用において有用性が高い。

### 2) 日常生活援助を主体とするケア事例

排泄障害や大腿骨頸部骨折などでは自立促進が主要なニーズとなり、早期のケアが後の生活の拡大やQOLに多大な影響をもたらす。したがって、これらのクリニカルパスにおいては、心身の状態を的確にアセスメントし、家族や関係職種と協力しつつ本人のモチベーションを高め、一定レベルの自立が可能になることを目指している。

骨折事例では、入院期間が1カ月などと一定期間であるならばケアのパターンを定めやすく、現場での有用性が高い。排泄障害は一般排泄障害と留置カテーテル使用者のものを作成できる。しかし排泄障害は本人条件によるバリエーションが生じやすいので、さらに原因別排泄障害者のクリニカルパスの開発が必要である。

### 3) 現状維持・一定期間後に悪化が予測されるケア事例

現状維持・一定期間後に悪化が予測される事例では、特に家族の存在と役割が重要となる。したがって、本人の心身のケアに加え、家族の健康と生活を支援する必要があり、起こりうる問題の予測と危機予防、および危機発生時の早期ケアが必要である。

こうした点のがんのターミナル期および痴呆におけるクリニカルパスに反映されている。

これには成人がんターミナル・高齢者がんターミナル・自覚症状をあまり伴わず徐々に死に至る事例がある。ケアの時期には、在宅ケア導入期・安定期・臨死期・死後の家族ケアなどに期間を区分して、ある程度のケア方針・期間・ケア内容・方法を大まかに設定し、参考にはするが個別性を重視したケアが重要である。

次に、痴呆高齢者におけるアルツハイマー型や脳血管型事例などが挙げられる。これらの事例については、パターンはある程度おおまかな手順書と考えて、個別プランを加えるほうがよい。

## 6. 在宅ケアのクリニカルパスはケア方針や手法のパターンとして利用しつつ、一方で個別的条件を十分配慮

在宅では病院のように生活環境が一定しているわけではなく、住環境・ライフスタイル・価値・習慣・家族・経済・社会資源・寒冷地医療へのアクセスなどの地域環境などが異なる。そのためにクリニカルパスは有用な手順書ではあるが、併せて個々人の条件を常に視野に入れて、パスを応用しながら個別条件に注目する必要がある。特に生活援助を主体とするケア事例においては、生活環境条件が自立促進やマイナス条件として大きく影響しやすいからである。

在宅におけるクリニカルパスの利用可能性と目的を3つ挙げる。

第1は、クリニカルパスを使用してケアの標準的目標や手順、期間別のアウトカム評価をめざして実施することにより、ケアの質を保証できる点。

第2はケアマネジャーがケアプランを作成する際、クリニカルパスの目標やケア内容、方法やアウトカムを参照し、より効率的なケアプランを作成することができる点。

第3はケア頻度の確保やコスト管理、必要な費用を確保する資料として利用できるという点である。

いずれにしても、効果的・効率的な質の高いケアを提供し、自立への道程を短くすることが在宅でのクリニカルパスの目的であり、ケアに携わるプロの役割でもある。そのためには、利用者の条件やケアのためのシステム、資源を考慮し、クリニカルパスを基準にしながらも個別事例に合うように修正して、柔軟に利用するべきである。

近年EBM・EBNが強調される状況ではケアの期間別目標・ケアカテゴリーと手順のみでなく、特に具体的なアウトカムを確認し、さらにバリエーションによる修正点を確

認・評価しながら、次の期間でのケアへ進める方法が重視されている。まさにクリニカルパスはEBM・EBNの概念を具体化する一つの重要な手法である。まずは在宅クリニカルパスの既存のものを利用することから取り組んでみることをお勧めしたい。次に、積極的にそれぞれの現場でサンプルを見ながらその現場に合うものを作成し直し、アウトカムを評価し、次に進むという発展的なサイクルを現場に作り出していくことが現場を改善するステップともなる。このためには、多数事例の統計的分析や比較的典型的な事例の丁寧な分析が必要である。現場の人と研究者が共に検討し発展させていくという考え方で進めたほうがよいと考える。

# 調查票



調査Ⅰ 第4回調査 アセスメント項目をカテゴリー別に実践例記録物から抽出(表示)後にアセスメント項目のカテゴリー分類の妥当性検討の調査  
 (調査票:タイプA(がん高齢者ターミナルケア)用)

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

- 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
- 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。
- 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
- 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
- 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
- デスマネジメント  
患者と家族が、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
- 家族・親族の関係調整  
患者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
- 喪失・悲嘆・死別サポート  
様々な現れ方をする悲嘆を患者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	がん高齢者ターミナルケア 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(費取りの覚悟)
	24時間連絡体制の確立
	往診医の有無
	患者が外出(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피스、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
	家族の治療の理解
	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
	生きることの目標(生きていること、存在していること)の目標はどこか
	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	がん高齢者ターミナルケア 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
	家族が自分で行え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(モーターヘッド、ネーフル化、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
	嚔嚕
	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
	バルーンカテーテルのトラブル、尿路感染
	排便痛(感染)の有無
	腫瘍、宿便
	浮腫
	嚔下
	誤嚥性肺炎
	意識レベル
	患者の判断力の変化(低下)の状況
	脱水
	会話の状態
	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
	漢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
	転倒危険性の有無
	拘束の有無
	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。

[調査票:タイプB(徐々に衰退する高齢者ターミナルケア)用

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  
患者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、気持ちが表出できるような関係を確立すること。
5. 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
6. デスマネジメント  
患者と家族が、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患者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	高齢者ターミナルケア 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)
	患者、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
	室内設備の状況(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
	褥創の有無
	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	高齢者ターミナルケア アセスメント項目一覧
	患者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
	患者-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
	患者、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
	患者の人柄、価値観
	家族の人柄、価値観
	患者、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
	患者、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容。
	患者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
	患者、家族が安らかな時間を過ごせているか
	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
	家族は患者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ヶ月後のグリーフケアの状況

ご協力ありがとうございました。

## 調査Ⅱ 15年度ターミナルケアプログラム ケア項目抽出のための調査

看護職による利用者への実施状況

# 調査の手引き

### 平成15年度 本調査

1. 事例対象は、65歳以上のターミナル高齢者(タイプA・タイプB)の各事例を、大変お忙しい中、誠に申し訳ありませんが、全事例お願いいたします。  
\*ただし、全事例が不可能な場合は無作為で調査可能な事例を抽出してください。(例えば、ID番号の奇数、担当していた看護師退職した場合はその事例は抜いていく等)  
タイプA：癌で比較的症状が強いターミナル高齢者  
タイプB：徐々に衰退するターミナル高齢者  
平成15年1月～同年12月に 在宅で看取ったタイプA、タイプBの各全事例としてください。
2. 事例調査票  
\*タイプA：癌のターミナル高齢者  
①調査票1:利用者背景  
②調査票2:導入期、安定期、臨末期、死別期の4期にわけたチェック用記入フォーマット  
③調査票3:利用者・家族の緊急訪問と電話回数  
\*タイプB：徐々に衰退する高齢者  
タイプAと同様(①、②、③)
3. 各時期の定義  
導入期:在宅で安全にケアを受けられるという保証がえられ、在宅ケアチームを作り上げる時期  
(訪問開始1週間～10日間)  
安定期: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す時期  
臨末期:安寧な看取りをする時期(亡くなる1週間～10日間)  
死別期:亡くなった直後からの時期(3ヵ月間)
4. 調査票記入時の手順  
調査票1 (利用者背景)：各事例について基本情報を記入して下さい。訪問看護師については、その事例を担当した訪問看護師としてください。  
調査票2 (タイプA、タイプBの4期ごとのフォーマット)：  
\*アセスメント内容・ケア介入行動・アウトカムにおいては、その事例について行なった項目、到達した項目にチェックをしてください。  
\*「ケアが実施できなかった理由」「期待される成果に到達しなかった理由」それぞれを、バリエーションコードから番号を選び、理由を番号で記入して下さい。  
(チェックがついた項目に対してはバリエーションコードは不要になります。)

\* 判断の項目は、実際に判断した項目にチェックをつけて下さい。

\* 重要度と難易度はその事例にとってのアセスメントの重要度と難易度を5段階で、枠の中に1つだけ記入してください。

調査票3 (利用者・家族の緊急訪問・相談のニーズ):

カルテもしくは思い出しで、かかってきた回数(回目)ごとに内容を記入して下さい。

各期ごとに5回目までとしています。それ以上になる場合には2枚目を使用してください。

調査票4 ご遺族様への調査票(在宅サービスとQOLに関する調査票)

調査に関してご不明な点などありましたら、以下までご連絡下さいますよう  
何卒宜しくお願い申し上げます。

〒113-8510 東京都文京区湯島 1-5-45

Tel : 03-5803-5355 Fax : 03-5803-0158

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 地域保健・在宅ケア看護学講座

教授 島内 節

博士後期課程 川上 千春 090-6120-0772

博士前期課程 大木 正隆 090-9313-2986

博士前期課程 遠山 寛子 090-3436-0753