

タイプA:がん高齢者

調査票1

I. 利用者情報

利用者の在宅ケアに関する情報

| | |
|---------------|--|
| 1. 在宅ケア期間 | 初回訪問時 H 年 月 日 |
| | 訪問終了日 H 年 月 日 |
| 2. 在宅ケア開始前の状況 | 1. 病院 2. ホスピス 3. 他の訪問看護ステーション 4. その他() |

利用者背景

| | |
|----------------------------|--|
| 1. 性別 | 1. 男性 2. 女性 |
| 2. 生年月日 | M・T・S 年 月 日 ()歳 |
| 3. 診断名 ※参照資料1より2桁の番号を記入 | 主疾患 副疾患 |
| 4. 病名告知の有無 | 告知(有・無) 告知した人 1. 医師から 2. 家族から 3. その他() |
| 5. 予後(予測について)の告知 | 告知(有・無) 告知した人 1. 医師から 2. 家族から 3. その他() |
| 6. 同居者の有無 | 1. あり 2. なし 「あり」の場合、該当する番号すべてに○を記入下さい。 1. 配偶者 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. 姉妹 6. 兄弟 7. 孫 8. その他() 合計 名 |
| 7. 痴呆性老人の日常生活自立度 ※参照資料2 | 1. 正常 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明 |

II. 訪問看護師の背景

| | |
|-----------------|--|
| 1. 性別 | 1. 女性 2. 男性 ()歳 |
| 2. 臨床経験年数 | 在宅()年 病院・施設()年 |
| 3. 役職 | 1. 所長(管理者) 2. 主任等 3. スタッフ |
| 4. 勤務形態 | 1. 常勤 2. 非常勤 |
| 5. ケアマネジャーの資格 | 1. あり 2. なし ケアマネジャーの業務を 1. 行っている(兼務) 2. 行っていない |
| 6. 在宅での看取りの経験事例 | 合計()事例 |

がん高齢者ターミナル記入フォーム(導入期)

* 回答はすべて赤字でお願い致します。

利用者の背景(あてはまるものに○または数字を入れて下さい。)

| | | | | | | |
|-----------|------------------|---------|-------|-------|-------|-----------|
| 主介護者:()様 | 主介護者の勤介護者(O)の経験: | 1. 医療看護 | 2. 療養 | 3. 婦人 | 4. 介護 | 5. その他() |
|-----------|------------------|---------|-------|-------|-------|-----------|

介護記録: ①家族の目録 ②医療保険 ③医療保険と介護保険

障害者の日常生活自立度

1. 正常、全く障害等を有しない
2. ランクA: 別々の障害等を有するが、日常生活はほぼ自己しており独立で外出する (J1・J2)
3. ランクB: 室内の生活は概ね自己でありますが、介助してもらったり、扶助してもらったりして外出しない (A1・A2)
4. ランクC: 室内の生活は明らかに介助が必要であるが、床 POLITICO (B1・B2)
5. ランクD: 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、洗浴において介助が必要とする (C1・C2)

◎本事例についての質問医 1. 非常に重症 2. 重症 3. やや重症 4. やり重症でない 5. 重症でない

◎訪問看護師にとってアセスメントと判断の難易度 1. 大変難しい 2. 難しい 3. やや難しい 4. 比較的簡単 5. 簡単

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | アグア実施で きなかった要 因 | 期待される成 果(アウトカム) | 期待される医療 に影響なかつ る理由 |
|-------------------------------|------------|-------|-------|-------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. 併発其他の苦痛症状のマネジメント | | | | | | | |
| 脳卒中はじめとした悪心・嘔吐、口呼吸状態の観察 | 身体症状の変化・悪化 | □呼吸困難 | □呼吸困難 | □呼吸困難 | □呼吸困難 | □呼吸困難 | □呼吸困難 |
| 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 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □発熱または感染症状の有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □体温結果 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □今までの経過(問題など) | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □水分攝取量(1時間/ランス) | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □食事内容の有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □心音の確認 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □消化器症状の観察 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □嚥下状況 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □嚥下以外の苦痛の有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □皮膚の観察(斑青・麻痺・圧迫・腫瘍) | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □搔痒感の有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □スチーシンの有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □搔痒の程度 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □搔痒の緩和方法 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □疼痛強制時の対応方法を本人が理解しているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □意識レベル(必要以上にウオトシしていないか) | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □薬物使用に対する本人・家族の抵抗感はないか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □副作用症状の有無 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □副作用症状について本人・家族は理解しているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □訴えられる副作用と耐えられない副作用 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □日本人の望む除痙と副作用のバランスが保たれているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □薬の使用方法について理解しているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □鎮咳剤の副作用を利用者・家族が知っているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □家族が自分で行える緩和法を知っているか | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |
| □疼痛強制時の対応方法 | □呼吸困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 | □嚥下困難 |

トータルペインへの対応

| 2. 心理・精神的援助 | | アセスメント内容 | | 判断 | | 重要度 | | 難易度 | | ケア行動 | | アカデミックな知識をつかった趣 | | 期待される成果(アウトカム) | | 期待される結果 に精通しないか と理由 | |
|-------------------|---|---|--|---|---|-----|--|-----|--|------|--|-----------------|--|----------------|--|---------------------------|--|
| ターミナル期にみられる利用者 | 口利用者、家族の精神的負担 口精神状態の変化 口恐怖、うつ、怒り、動搖に対する反応 口自己意識が安心していられない 口自己意識が高められ、苦痛感 口利用者に対する家族の反応 口在宅療養の中でやめるものや思い 口在宅療養の中で困っていること、不便に思ふこと、 口在宅療養に対する理解度 日本人、家族の精神的問題 口利用者、家族の今までの治療してきてしたことに対する心配 口改めて確認できているか | 利用者・家族の心理・精神的負担 口不安 口立ち止 口孤独感 口恐怖 口うつ 口なり 口勤務 口安心 口思ひなど生活環境のため一過性ない 口痛みがあるために眠れない 口せん妄の出現 | 口利用者・家族の意思を引き出し、受容する 口悩んでいる医師については、修正をすること 口在宅療養することは可能であることを伝える 口在宅療養が変化することで、今の感じに変化がめっぽうよいことを伝える 口変化することにどうしたいかを確認する予定であることを説明する 口利用者・家族の思いを医師に伝えられないときは、代弁者となる 口なぜ離れないのか、利用者・家族の思いを引き出す 口入院経験者、家族と相談し、必要であれば入院料、安静料などを使用 口医療費用の増加 | 口精神的な安定をはかることができる 口今食どのように過ごしていくかを教説できる 口在宅生活を安心して送る自信がもてる 口利用者・家族の予定であることを説明する 口改めて不安全で過ごすことができる 口医療費用はできる | 口精神的な安定をはかることができる 口今食どのように過ごしていくかを教説できる 口在宅生活を安心して送る自信がもてる 口利用者・家族の予定であることを説明する 口改めて不安全で過ごすことができる 口医療費用はできる | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ケアチームの構成と連携 口在籍医の有無 口医療者間(医師、看護師は等)の連携状況 ロカラームの連携不足 ロカラームセンターを中心としたケアラムを多様化で共存しているが、 利用者、家族の思いを他の医療スタッフが知つて いるのか 口緊急時:家族・利用者が専門機関へ連絡をとる方法 ロ緊急時ににおけるファーストコールの確認 専門機との関係を把握 口専門機と本人・家族の関係 口家庭と専門機との距離の統一 ケアサービスのアドバイント ロ大人・家族が希望するサービス ロ必要な介護用品(エアーパン、モーターベンド、 ボーティング、車椅子など)があるか ロ必要な医療用品(尿袋など) ロ利用者・家族への指導内容・理解度 ロラブルの有無 ロ必要な医療機器を連携できているか ロ物品の準備状況 ロ使用方法の理解度 | 口在籍医がない場合は、担当医の必要性を説明し、導入する ロケア提供者間の情報の提供、共同の理解を把握・確認・調整を図る ロケアプランの内容を理解・実施する 日本人、家族も含めたケアチームカンファレンスをする ロ緊急時のファーストコールの確認 ロ緊急時の連絡先を紙に書いてます 専門機と本人・家族の関係 ロ家庭と専門機との距離の統一 ケアサービスのアドバイント ロ大人・家族が希望するサービス ロ必要な介護用品(エアーパン、モーターベンド、 ボーティング、車椅子など)があるか ロ必要な医療用品(尿袋など) ロ利用者・家族への指導内容・理解度 ロラブルの有無 ロ必要な医療機器を連携できているか ロ物品の準備状況 ロ使用方法の理解度 | ロケア提供者の連携がスムーズで、チーム に対する不安がない ロケアチームとして利用者・家族を支援できる 体制を確立する ロ緊急時に正確に連絡をとることがができる ロ専門機が思っていることが専門機の役 割として医療行為にも影響している ロ医療行為ごとの連絡体制が整っている ロ利用者の活動範囲を確保できる ロ必要な物品がすべてそろう ロ必要な医療方法が理解できる ロトラブルなく医療が提供できる ロ必要な医療機器が何か把握することができる ロ専門機に担当かわかるものが何か伝えることができる | ロケア提供者の連携がスムーズで、チーム に対する不安がない ロケアチームとして利用者・家族を支援できる 体制を確立する ロ緊急時に正確に連絡をとることがができる ロ専門機が思っていることが専門機の役 割として医療行為にも影響している ロ医療行為ごとの連絡体制が整っている ロ利用者の活動範囲を確保できる ロ必要な物品がすべてそろう ロ必要な医療方法が理解できる ロトラブルなく医療が提供できる ロ必要な医療機器が何か把握することができる ロ専門機に担当かわかるものが何か伝えることができる | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 生きるにこころの目標(生きていること、存在 していることの目標など) 口利用者のやりたいこと(ニーズ) 口気になること、やり残していること、やり残していることを実現できるよう調整す る 日本人、家族の楽しみとなるイベントを準備、調整する ロ医療行為の有無 ロ医療行為の有無 | 生きるにこころの目標(生きていること、存在 していることの目標など) 口生きるにこころの目標がある ロ気になることややり残していることがある ロ家族の楽しみとなるイベントはないか ロ医療行為の有無 ロ医療行為の有無 | ロ家族と本人のこと、やり残していること何か、そ のよきな会話ができるよと努力に向き合える ロ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 日本人、家族の楽しみがある ロ生きていることの実感があり、目標をもてる | ロ家族と本人のこと、やり残していること何か、そ のよきな会話ができるよと努力に向き合える ロ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 日本人、家族の楽しみがある ロ生きていることの実感があり、目標をもてる | | | | | | | | | | | | |

| 5. デスマネジメント | アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | アアが実施した回数 | 期待される成果(アウトカム) | 満足度(星5段階) |
|--|--|---|--|-----|---|------------|---|-----------|
| 死にゆく人と家族が、死を受容できる 死にならまるまでの受け止め方、支障の必要性の観察評定 取り引き、抑うつ、憂鬱)を成し遂げられるようにマネジメントする | □利用者の死の受容の状況、予後の理解 □利用者の死への受け止め方、支障の必要性の観察評定 □終末期に対する考え方(死への受け止め方)を成し遂げられる □終末期に対する考え方(死への受け止め方)を成し遂げられるようにマネジメントする | □利用者の死に対する不安・恐怖 □家族の死に対する不安・恐怖 □利用者の死の受容プロセス | | | □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 □日本人、家族に生きて生活することの安心感を与えること □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えることができる □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えること □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えること | | □日本人、家族が死に対する不安や恐怖を抽出することができる □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えることができる □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えることができる □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えることができる □日本人、家族が死で生活することの安心感を与えることができる | |
| 6. 家族・家族との関係調整 | 本人を中心とする家族系の変化に応じて、ケアの方向性およびどのような対策を取るか意図を統一すること | □利用者と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 □家族の介護への意欲 □利用者-家族間のコミュニケーションの状況 □利用者と家族との関係を把握、キーパーソンの有無 □利用者と家族の関係、家族としての役割遂行等さされているか | 本人・家族・家族の関係 □家族員としての役割変化 □家族員としての役割変化 | | □見取りの場を家族、家族内で意見が统一できるよう支援する □家族員としての役割が進行できるよう援助する | | □利用者と家族が同じ気持ちで死に向かっていけることができる □家族員の役割変化を家族員が受容できる | |
| 7. 基本的ニーズへの援助 | 日常生活を援助していくのに欠けている、主に身体機能を維持するための援助 | □1日の生活扶助(生活リズム)の観察 □心地よいと思われる □ADL、IADLの状況 □日常生活扶助性の観察判断 □臥位の有無、精神状態の観察 □会話の状態、音量、非言語、表情等 □排泄の状態、排泄方法の有無 □排泄方法の選択 | 介護力・介護体制 □介護者と被介護者の関係 □介護者と被介護者の関係 □介護者の健康は悪化 □介護者の身体的負担 □介護者の精神的負担 | | □介護者の訴えを相手にする □介護者の代勞をする □社会資源を有効活用する □効率的な介護方法の指導 | | □精神的的負担が軽減され、充実した介護ができる □介護方法が理解できる | |
| 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 | | |

がん高齢者ターミナル記入フォーム (安定期)

ID -

時期別ケア目標 状況の急変に対応でき、残されたときはを充実して、できるだけ快適に過ごせるようにする

*回答はすべて赤字をお願いします。

利用者の背景(あてはまるものに○または数字を入れて下さい。)

| | |
|------------|--|
| 主介護者()様 | 主介護者()の勤労状況: 1. 配偶者 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. その他() |
| 介護認定要介護() | 保険の種類: 1. 医療保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険 |

- 1 パリアンスをチェックする目的は、アセスメント・ケア行動開始される成果の整合性を確認するためのものです。事例の個別条件によらざるならば、そのままでよいのです。各ケア行動が標準化するには該当しなったものを横切る必要があります。
- 2 各「ケア行動」の番号、「期待される成果」に対する理由に「期待される成果」に対応させて「期待される成果」に該当しなかった理由に「パリアンスコード番号を記入して下さい。
- 3 特中に意識的アセスメントやケア行動として必要なものが不足して入れば、赤字で記入して下さい。

| |
|--|
| パリアンスコード: 必要なケアを実現できなかった理由(アウトカムに到達する事ができなかつた理由) |
| 1. 利用者の心身条件の変化が予期した通り/到達出来なかつた 2. 利用者が既往したいろいろな希望量がなかなかため出来なかつた 3. 家族が抱きこじめはあるが希望量がなかなかため実現到達できなかつた 4. タスクの数が少ないので実現/到達できなかつた 5. スタッフの能力不足のため実現/到達できなかつた 6. その他の理由で実現/到達できなかつた 7. ほれ土の問題/相手が職能ははださなかつた 8. 財産が不足してため出来なかつた 9. 社会資源の質で問題があるため実現/到達できなかつた 10. その他の理由で実現/到達できなかつた 11. 特異には不必要/非理 |

| アセスメント内容 | 判断 | 難易度 | 重要度 | ケア行動 | ケアが実現できなかつた理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される成果(アウトカム)に該当しなかった理由 |
|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|----------------|--------------------------|
| 1. 症状その他の苦痛症状のマネジメント | 身体症状の変化 | | | 呼吸ややすい体位を確保する 吸引器・挿入器などの導入の試行 | 呼吸困難もしくは手助けをかりることで、 呼吸困難がない 呼吸困難がない | | |
| | 口渴・食欲・食慾などの身体症状を緩和するに 向かねばならぬ | | | 嚥下状況が悪ければ、適理に経口より飲食しないよう嘗試に指導 口吸生物質の内服の検討 ローリング ロバーリング | 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない 嚥下状況が出現しない | | |
| 2. 水分摂取量の増加 | 水分摂取量(100ml/ランク) | | | 水分摂取量の調整 水分摂取量の調整 | 水分摂取量の調整 | | |
| 3. 食欲・栄養の確保 | 口下咽・口呼吸 | | | 口下咽・呼吸が困難である 嚥下困難の改善、喉下薬、抗生素などにて後便コントロールをはかる | 嚥下困難せず、嚥下にあつた食事ができる 嚥下困難 | | |
| 4. 心音の確認 | 心不全 | | | 主治医と相談し、補添を行うべきか本人・家族の意向もふまえ検討する 心筋の状態はあわせて、ゆっくり、休みながら移動するよう指導する | 心筋の状態はあわせて、心筋が体力をもたせないため運動するよう指導する | | |
| 5. 呼吸器症状の観察 | 呼吸困難 | | | 呼吸困難と相談し、補添を行うべきか本人・家族の意向もふまえ検討する 心筋の状態はあわせて、心筋が体力をもたせないため運動するよう指導する | 呼吸困難せず、嚥下にあつた食事ができる | | |
| 6. 噎下状況 | 口下咽・口呼吸 | | | 口下咽・呼吸が困難である 嚥下困難 | 嚥下困難 | | |
| 7. 呼吸器以外の苦痛の軽減 | 口便祕感 | | | 本人の訴えを理解する | 口便祕感、苦痛が増強しない 口便祕感 | | |
| | 口腹痛/腰痛/脚痛/肛門/頭痛 | | | 症状にあわせた保湿・軟膏使用 口座(ル)シードに合わせて清潔な处置・予防 | 口便祕感ブルがいい 口便祕感ブルがいい 口便祕感ブルがいい | | |
| | 口尿路の炎症(尿失禁・尿漏) | | | スキンコントロール ロボトロ | スキンコントロール | | |
| | ロステンジの有無(失禁・失瀉) | | | ロボトロ | ロボトロ | | |
| 8. 治療の程度 | ペインコントロール | | | スキンコントロールの程度を判断する ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |
| 9. 膣外炎熱剤の有無 | ペインコントロール ロモダグマ | | | ロクジョン(スチブ1-3)を使用し、どの皮膚で疼痛コントロール されているのかを確認する ロボトコールに沿って、薬剤の変更、增量などをする ロロマサージ ロ音楽療法 | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |
| 10. 疼痛管理の対応方法を本人が知っているか ○疼痛レベル(必要以上にうつしてないか) | 口便祕 | | | ロクジョン(スチブ1-3)を使用し、どの皮膚で疼痛コントロール されているのかを確認する ロボトコールに沿って、薬剤の変更、增量などをする ロロマサージ ロ音楽療法 | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |
| 11. 薬物使用に対する本人・家族の抵抗感はないか | 口便祕 | | | ロクジョン(スチブ1-3)を使用し、どの皮膚で疼痛コントロール されているのかを確認する ロボトコールに沿って、薬剤の変更、增量などをする ロロマサージ ロ音楽療法 | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |
| 12. 計画的用意症候の有無 | 口便祕 | | | ロクジョン(スチブ1-3)を使用し、どの皮膚で疼痛コントロール されているのかを確認する ロボトコールに沿って、薬剤の変更、增量などをする ロロマサージ ロ音楽療法 | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |
| 13. 計画的用意作用とそれられない副作用 ○本人の望む麻痺と副作用のバランスが保たれて いるか | 口便祕 | | | ロクジョン(スチブ1-3)を使用し、どの皮膚で疼痛コントロール されているのかを確認する ロボトコールに沿って、薬剤の変更、增量などをする ロロマサージ ロ音楽療法 | ロマサージ | ロマサージ | ロマサージ |

トータルペイインへの対応

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施できなかった理由 | 期待される成果(アウトカム) |
|--|---|--|---|---|---|--|
| 口医療剤の副作用を利用者・家族が知っているか 口家族が自分で行える操作法を知っているか 口医療機器の対応方法 | ペインコントロールに関する家族の知識 口問題ない 口使用方法が分からず 口作用症状がわからず | 利用者・家族の心理・精神的負担 口不安 口苦立ち 口恐怖感 口恐れ 口うつ 口心配 口不安が入り混れない 口家族などの生活習慣のために困らない 口せん妄の出現 | □医薬の使用方法の指導・教育 □疼痛強制時の対応方法を利用者・家族に指導する □個人・家族に対する説明 □どのよなが本当に医療するべきか指導する | □家族が不安なく疼痛コントロールができる □疼痛強制時は、我慢せず、医療側に相談できる □家族が副作用症状を理解できる | □精神的な安定をはかることができる □今後どのように過ごしていくかを理解できる □日常生活を安心して送る自信がもてる □医師・看護師に支えられていると実感している | □精神的な安定をはかることができる □日常生活を安心して送れる自信がもてる □医師・看護師に支えられていると実感している |
| 2. 心理・精神的援助 | ターミナル期にみられる利用者、家族の精神的負担 家庭の不安、いじだら、孤独感、恐怖感、精神状態の変化、精神疾患(言語的、非言語的) 口精神状態が悪い、言葉を使いたくない 口否定的言動が増えていないか 口利用者に対する家族の反応 口在住者の中でやめるものや悪いこと、心配していること、手伝ってほしいこと 口在宅療養に対する理解度 口病状理解・予後の理解の実感 口改固角膜眼症でいいむか | 利用者・家族的心理・精神的負担 口不安 口苦立ち 口恐怖感 口恐れ 口うつ 口心配 口不安が入り混れない 口家族などの生活習慣のために困らない 口せん妄の出現 | □利用者・家族の思いを引き出し、実感する □誤っている認識については、修正する □在宅を維持することは可能であることを伝える □病状が変化することで、今の自己に対する変化がある □利用者・家族の思いを医師に伝えられないときは、代替となる □なぜ改固角膜眼症ですか □利用者、家族と相談し、必要であれば入院料、安静処置などを用 □入院阻害因子を取り除く □医薬料の増加 | □利用者・家族の思いを引き出す □在宅を維持することができる □改固角膜眼症できる | □利用者・家族の思いを医師に伝えられる □改固角膜眼症できる | □精神的な安定をはかることができる □今後どのように過ごしていくかを理解できる □日常生活を安心して送れる自信がもてる □医師・看護師に支えられていると実感している |
| 3. 社会的援助 | 必要がケアが適切に提出される ように、人、物、経済面等の環境づくりを支援すること 口医療・利用者間に認識のずれはないか 口医療・利用者と専門職・通締をとる方法を取っているか 口緊急時におけるファーストコールの確認 | ケアチームの構成と連携 □ケアチームの連携不足 □緊急時の連絡方法 | □医療機器の情報の提供、弁護の資料を把握・選択・調整を図る □ケアプランの内容を理解・実施する □本人、家族も含めたケアチームカンファレンスをする □緊急時のファーストコールの確認 □緊急時の連絡先を紙に書いておく □専門職と家族の良好な関係を構築する | □ケアチームとして利用者・家族がスマーズで、チームに対する不安がない □緊急時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機器にも把握できている □医療機器との連絡体制が確立している □必要な活動範囲を確保できる □必要な物語がすべてそろい、周囲なり活用できる □必要な方法が理解できる □トラブルなく医療が提供できる □必要な医療機器を自分で選択することができる □今後の医療処置・治療的などについてどうじたいのか伝えることができる | □医療機器の情報の提供 □本人・家族の関係 □専門職と専門職・通締の認識の統一 □本人・家族が望むするサービス □専門職からみた必要なサービス □医療見込と検査 □必要な医療機器 □必要な医療機器を選択できているか □物品の準備状況 □使用方法の理解度 | □医療機器・利用者間に認識のずれはないか □利用者の外出(退院)状況の把握 □必要な介助用品(スマートフォン、モーターベッド、ボータブルトイレ、車椅子など)があるか □必要な医療機器の選択と大人の意思 □利用者・家族への指導内容・理解度 □トラブルの有無 □必要な医療機器を選択できているか □物品の準備状況 □使用方法の理解度 |
| 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 | 生きることの目標(生きていることが何か、存在していることの目標はどこか) □利用者のやりたいこと(ニーズ) | □家族と本人の間で、気になること、迷り現していることが何か、そのような社会ができない双方に働きかける □本人の気になること、やり残していることと實現できるよう調整する | □生きることの目標がある □気になることややり残していることがある □家族の楽しみなどもあるイベントを実行する □日本人希望であれば、愛着・遺言を残せるよう支撐する □終歿にあわせた訓練体験(神父・牧師)と会えるようチャーチングする | □気になること、やりたいことなどを実行していることの意味があり、日常生活していることの意味があり、自尊がある | □精神的な安定をはかることができる □日常生活を安心して送れる自信がもてる □医療機器に支えられていると実感している |

| アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 難易度 | ケア行動 | 期待される成果(アウトカム) |
|--|---|--|--|---|----------------|
| 5. デスマネジメント | | きなかつた理由 | | | |
| 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、取り引き、和うつ、受容)を成し遂げられるようにマネジメントすること | □利用者の死に対する不安・恐怖 □家族の死に対する不安・恐怖 □利用者の死への受け止め方・支援の必要性の観察・判断 □死に対する考え方(死に対する恐怖や不安について悩んでいるか) □利用者が選ぶべき死を選択する場所(在宅・ホスピス・精神科を決めているか) □家族は利用者の医療・予後を理解しているか □家族は死を受容しているか、死に対する受け止め方選択、支障の必要な觀察・判断 □家族が急変時の対処方法について知っているか □今後の様子変化に対してどのように対処していくか □と考えているか(入院治療・精神科入院・在宅死) □家族の医療判断の希望の有無 □利用者・家族が既存まで専門職の助けるを借りて在宅療養ができると考へているか(看りの対応) | □利用者の死に対する不安・恐怖 □家族の死に対する不安・恐怖 □利用者の死の受容プロセス □否認 □怒り □和うつ □受容 □家庭の死の受容プロセス □否認 □怒り □和うつ □受容 | □死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか(恐怖を出しき出すことができる □日本人・家族が死で生活することの安心感を与える □日本人・家族が在宅で生活することの安心感 □死を自然なこととして受け入れられる □今後どのように過ごしていくかを意識できる □在宅生活はどうか、心地よく生活できているのか、本人・家族の思いを読みとる | □本人・家族が死に対する不安や恐怖を出しき出すことができる □日本人・家族が在宅で生活することの安心感 □死を自然なこととして受け入れられる □今後どのように過ごしていくかを意識できる | |
| 6. 家族・家族との関係調査 | □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時期を迎えるか(初期を統一する) □家族のケアへの参加状況 □家族の介護への意欲 □利用者・家族間のコミュニケーションの有無 □利用者と家族との関係・家族としての役割進行等されているか □介護者が介護についてどこまで自分で出来るか □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 □介護者の身体的負担 □介護者の精神的負担 | □本人・家族・親族の関係 □家族成長としての役割変化 □本人・家族・親族のコミュニケーション □介護力・介護体制 □介護負担 □介護拒否 □介護知識の不足 | □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 □家族成長としての役割が進行できるよう援助する | □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 □利用者・家族がそれぞれの役割を遂行できる | |
| 7. 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たり、主に身体機能を補うための援助 □生活に求めていることはないか □会話の状態・音量・音質等、接種等 | □ADL低下の可能性 □ひどい生活の不如 □介護ケアの不足 □既往歴などの家族 | □利用者・家族のニーズを把握する □ADL・IADLの介護実施・教育 □日常生活を心地よいと感じている | □自分の意見を伝えられる □日常生活を心地よいと感じている | |
| 再入院の有・無 | 再入院の具体的理由: | 安定期における通常訪問回数:()回 | 緊急訪問回数()回 | | |

がん高齢者ターミナル記入フオーマット（臨死期）

時期別ケア目標 安寧な看取りができる

*回答はすべて赤字でお願い致します。

利用者の背景(あてはまるものに○または数字を入れて下さい。)

| |
|--|
| 主介護者:()様 主介護者(〇)の情報: 1. 記録者 2. 娘 3. 婦 4. 息子 5. その他() |
| 介護認定:要介護() 保険の種類: 1. 医療保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険 |

- 1 バランスをチェックする目的は、アクセスメント・ケア行動・期待される成果の整合性を確認するためのものです。事例の個別条件によるものならば、そのままよいのですが、標準化するには該当しなかったものを選択する必要があります。
- 2 各「ケア行動」に応じて評価基準(〇の番号)の番号を、「期待される成果」に記入させて「期待される成果」に該当しない場合は「評価基準」に評価基準番号を記入して下さい。
- 3 株の中に標準的なアセスメントやケア行動として必要なものが不足して入れば、赤字で記入して下さい。

| アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実現できなかった理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される結果に該当した理由 |
|--|---|---|--|--|------|---------------|----------------|----------------|
| 1. 連絡その他苦痛症状のマネジメント | | | | | | | | |
| 痛みほんじめどした悪心・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 | ①身体症状の変化・悪化 □胸水貯留 □痰の痰濁 □呼吸困難 □持続性節炎 □頭痛 □脱水 □浮腫 □心不全 □肺水貯留 □便秘 □口下血 □口吐血 □食欲不振 □嘔吐、嘔吐止 □便失禁 □排泄困難 □皮膚以外の苦痛の有無 □皮膚の脱落／癰瘍・感染・圧迫 □筋肉・筋膜の有無 □皮膚の脱落・剥離・水泡形成・潰瘍形成 □角膜結膜病変の有無 □歯痛の程度 □口腔内感染症 | □呼吸しやすい体位を確保する □吸引器・吸入口器などの導入の検討 □呼吸状態の悪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 □嚥下状況が悪ければ、無理に嚥口より原直ないよう家族に指導する □クリーリング □がんの進行状況・転移の有無の確認 □水分攝取量の調整(水分摂取量は減少させ、脱水気味にする) □リントバイマークーション □主治医と相談し、情報を交換する □出血のある部分には、新しいオールセイゼンなど家族を動かさせないよう手に記載する □水分量を増やすことで家の量が増え、苦しい思いをさせることもあることを説明 □点滴中止につけて変態が併発できるよう説明 | □呼吸が増強したり、外觀が不良な状態にならない □嘔吐による窒息死ならない □嚥下が改善されたり、外觀が不良な状態にならない | □家族が状態の変化を受容できる | | | | |
| ○訪問看護師についてアセスメントと判断の結果 1. 平常 2. 善き 3. やや善き 4. 不良 5. 痛苦 6. 臓 | | | | | | | | |
| トータルベインへの対応 | スキントラブル 口压迫トラブル 口瘻孔 ペインコントロール 口至溝黒斑 口徐便性 口中嘔瀉 口鼻漏 | □スケールを使用し痛みの程度を判断する □マッサージ □日本式における保育・教育・看護 □ステージに合わせた看護を行う □マッサージ □本日の訴えを確認する □マッサージ □口瘻孔の洗浄 □スキントラブルをいたり、体液の工具 □除毛ラージ(スティック1~3)を使用し、どの段階で接着コントロールされているのか把握する □嚥下が別に合せせず、内服薬から點滴煎などに変更する □プロコールに沿って、薬剤の変更・增量などをする □アロマテラピー □舌苔除去法 | □創作用症状の有無 □創作用症状について本人・家族は理解しているか □詮述される副作用に耐えられない副作用 □日本人の望む除痛と副作用のバランスが保たれていいるか | □創作用症状が緩和する最も優である □本人・家族に説明する □監視マッサージ □ sondage液剤、緩下料、座薬、洗腸などにて飲食コントロールをはかる □いっしゃのかの副作用症状が現れたときには主治医に相談し、対処する | | | | |

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施された理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される結果に到達した理由 |
|--|--|---|--|---|------------|----------------|-------------------|
| 口薬の使用方法について理解しているか □薬の使用方法について理解していない。 □家族が自分でできる操作や手順を理解している。 □家族が自分でできる操作や手順を理解していない。 | ペインコントロールに関する家族の知識 | 口薬剤の使用方法の指導・教育 □疼痛増強時のお応用方法を理解する □利尿作用症状など理解する □呼吸困難、咳、痰などの症状に対する対応方法 | 口薬剤の使用方法の指導・教育 □利尿作用症状など理解する □呼吸困難、咳、痰などを理解する □どのような状況に警戒感に連絡するべきか理解する | □薬剤が不安なく、併用コントロールができる □薬剤が副作用症状を理解できている | | | 期待される結果に到達しなかった理由 |
| 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、動搖に対して、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、気持ちが表現できるような関係を確立すること | 利用者・家族の心理・精神的負担 □不安 □苦立ち □恐怖感 □恐れ □うつ □怒り □動搖 □夜間の睡眠状況 | □利用者・家族の思いを引き出し、垂耳する □口頭でいる限りは修正をする □住宅死するることは可能であることを伝える □口腔状態が変化することで、今の思いに変化があつてもよいことを伝える □日本人・家族が感じていること求めていることは叶えられるよう支援する □利用者・家族の思いを医師に伝えられないときは、代弁者となる責任をとる □在宅にて過ごせていること、過ごせたことの満足感を引き出し、実感を与える □なぜ服れないのか、利用者・家族の思いを引き出す □利用者、家族と相談し、必要であれば入院料、安眠料など使用 □入院経験因子を防ぐ □口腔は本人のそばで家族が過ごせる体制をつくる | □患者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 □住宅生活を安心して送る自覚が持てる □医師・看護師に支えられていると実感している | | | 期待される結果に到達しなかった理由 |
| 3. 社会的援助 | 必要なケアが適切に提供されようになる環境づくりを支援すること | □医療専門職(医師、看護師等)の連携状況 □利用者、家族への信頼感等の環境づくりを支援すること | □ケアチームの構成と連携 □ケアチームの連携不足 □緊急時の連絡方法 □緊急時ににおけるファーストコールの確認 | □ケア提供者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 □医療者間との情報関係が密接している □緊急時に連絡をとることができる | | | 期待される結果に到達しなかった理由 |
| トータルペイン | □専門職と家族との連携は一貫性がないか □必要な医療処置の種類と本人の意思 □利用者・家族への指導内容・理解度 □トラブルの有無 □必要な医療機器を選択できているか | □専門職と家族との連携は一貫性がないか □医療専門職(医師、看護師等)の連携状況 □利用者、家族への信頼感等の環境づくりを支援すること | □専門職と家族との連携は一貫性がないか □医療機器、効率の指導 □医療機器・処置方法が理解できる □日本人がどこまで情報を使用してほしいのか、家族と相談している □必要な医療機器を家族が自己決定することができる | □科医・家族が思っていることが共通の医療に対する不安がない □必要な処置方法が理解できる □トラブルなども知り合っている □日本人がどこまで情報を使用してほしいのか、家族と相談している □必要な医療機器を家族が自己決定することができる | | | 期待される結果に到達しなかった理由 |
| 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 | 生きることの目標(生きることの目標はどこか) □気になることややり残していることがある □過去と本人の間で、気になること、やり残していることがある | □日本人の通り廻していることが何か、そのような会話ができるように話しかける □日本人の気になることややり残していることがある □過去と本人の間で、気になることややり残していることがある | □日本人の通り廻していることがない □家族の通り廻していることがない □日本人・家族の楽しみとなるイベントを行っている | | | 期待される結果に到達しなかった理由 |

| | アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | アガリ美濃 かなかづか | 期待される成果(アウトカム) | 期待される結果に達した理由 |
|-----------------|--|---|--|------|--|---|--|--|
| 5. デスマネジメント | <p>死にゆくほど家族が、死を受容できようになるまでのプロセス(否認、実感、支援の必要性の見直し、判断し過ぎたり引き止める)を成し遂げられるようナシントすること</p> | <p>□家族は利用者の死後手続きを行っているか □家族は死を受けているか、死に対する受け止め方を確認、支援の必要性の見直し、判断</p> <p>□その後の状況変化に対してどのように対応しているか □お別れしているかお別れしないかの希望の有無</p> <p>□利用者・家族が最終まで専門医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) □お別れしたい家族が呼べているか □本人が接拶をしたい人を呼べているか □日本人がメッセージを残しているか □家族も本人にメッセージを伝えているか</p> | | | <p>□家族の死に対する不受理 家族の死の受け止め方 □否認 □実感 □取引 □印象 □受取</p> | <p>□死が現実にことを家族に伝える □徐々に理解する □家族が信頼できるかどうか、またできることの最後の確認をする □病院へ行ってもできる範囲に大きな変わりはないことを伝える □家族が常にそこにはいられるのは、住宅だからこそあることを伝えても □お別れをしたい時は友人や人に呼ぶように家族に伝えても □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</p> | <p>□死を自然のこととして受け入れられる □日本人から家族へメッセージが届けられる □日本人から家族へメッセージが届けられる □死期はどこで死を迎えたいか家族が自己決定できる</p> | |
| 6. 家族・親族との関係調整 | <p>本人を中心とした家庭関係の変化について、ケアの方向性およびどのような最期を迎えるか意識を統一すること</p> | <p>□利用者と家族が同じ病棟で死に向かっているか □家族のケアへの参加状況 □家族の介護への意欲 □利用者・家族間のミニケーションの状況 □利用者と家族との関係を把握、キーパーソンの有無 □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</p> | <p>本人・家族・親族の關係 □家族が員としての役割進行 □本人・家族・親族のコミュニケーション</p> | | <p>□見取りの場を家族、家族内で意見が統一できるよう支援する □家族会員としての役割が遂行できるよう援助する</p> | | <p>□利用者と家族が同じ病棟で死に向かっていきことができる □日本人が最初まで家族の一員として行動できる</p> | |
| 7. 喪失・悲嘆・死別サポート | <p>様々な現れる方と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</p> | <p>□死別時の状況 □遺族の思い □後性の有無 □遺族の思い・感情・行動 □希望するお祝いがあるか</p> | <p>□家族の喪失の調査 □家族の悲嘆</p> | | <p>□介護者の代替を検討する □介護者の訴えを理解する □社会資源を有効活用する □効果的な介護方法の指導</p> | | <p>□介護・処置方法を理解し、実行できる □肉体的精神的負担が解消し、充実した介護ができる</p> | |
| 8. 基本的ニーズへの援助 | <p>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</p> | <p>□心地よいと思う状態、保証方法の有無 □医具交換必要な医療判断 □洋式方法の使用</p> | <p>ADL低下 □活動などの危険 □心地よい生活の欠如 □セルフケアの不足</p> | | <p>□死後の安置を家族などに行なう □家族に「よくここまで頑張ってお世話をありがとうございましたね」と伝える</p> | | <p>□日常生活を中心として援助される □介護方法の教育指導 □口説ヶ7 □医療の運動、身体練習のための指導</p> | <p>□満足した看取りができたことと遺族が安心している □人生で過ごしたことの後悔の念がない</p> |
| 再入院の有・無 | 再入院の具体的理由: | | 緊急訪問回数:()回 | ()回 | | | | |

がん高齢者ターミナル記入フォーム（死別期）

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

- 1 バリアンスをチェックする目的は、アセスメント・ケア行動・期待される成果の整合性を確認するためのものです。事例の個別条件によるものならば、そのまままでよいのですが、標準化するには該当しなかったものを検討する必要があるからです。
 2 各「ケア行動」に対する理由に「対応されない理由」に「期待される成果」に対応させて「期待される成果に到達しなかった理由」にバリアンスコード番号を記入して下さい。
 3 株の中に標準的アセスメントやケア行動として必要なものが不足して入れば、赤字で記入して下さい。

| | |
|--|--|
| バリアンスコード : 必要なケアを実施できなかつた理由／アウトカムに到達する事ができなかつた理由 | |
| 1. 料理上の問題があり実施できなかつた 2. 利用者の状況があつたため出来なかつた 3. 遺族が相手しなるいは希望がなかつたため実施できなかつた 4. スタッフの能力が足りないため実施できなかつた 5. スタッフの能力が足りないため実施できなかつた 6. 料理上の問題があり実施できなかつた 7. 遺族の状況が担当者が理解できなかつた 8. 社会資源が不足していたため実施できなかつた 9. 社会資源の質に問題があり実施できなかつた 10. その他の理由で実施できなかつた 11. 料理には必要と見えた | |

* 回答はすべて赤字でお願い致します。

- ◎本事例についての重要度 1. 非常に重要 2. 重要な 3. やや重要 4. あまり重要でない 5. 重要なない
 ◎訪問看護師にとってアセスメントと判断の難易度 1. 大変難しい 2. 鮮しい 3. やや難しい 4. 比較的容易 5. 容易

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施できなかつた理由 | 期待される成果（アウトカム） | 期待される成果に到達しなかつた理由 |
|--|--------|--|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 1. 喪失・悲嘆・死別サポート 様々な現れ方をする悲嘆を、死にゆく人々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 | 家族の悲嘆と喪失 □悲嘆 □後悔 □喪失感 □在宅で看取ったことの満足感 □満足感 | □思いを引き出し、思いを傾聽する □家族の後悔の部分には、一度思いを乗容し、修正をする □死亡1ヵ月後、1年後に家族とコンタクトをとる □在宅で看取れたのも、家族の頼りががあったこと、よくやつたことを伝える | □満足のいく看取りがされたことを確認 □認識するが先を乗り越え、立ち直って生活に戻れる | | | |
| | | 家族の死後の家族の希望に沿つたものであったのか □死後の処置は家族の希望に沿つたものであったのか □遺族の身体的・精神的問題 □身体的問題 □精神的問題 □チームとしての評価 | | | □精神的、身体的に大きな異常がない □チームがソーシャルレンズをする | | |
| | | □死後状況のアセスメント □生活状況のアセスメント □アチーブメントベースをどう捉えていたのか、チームでの確認 | | | | □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 | | | | | | | |

調査票3：利用者・家族の緊急訪問・相談のニーズ

ID□□□□-□□□□

各時期において訪問以外に電話がかかる回数(回目)ごとに枠の中に記号を記入して下さい。訪問ができなかつた理由については、4つの中から該当するものに○をつけてください。

電話の具体的な内容と、緊急訪問の内容については、下記の枠の中から選んで、番号および記号を記入して下さい。その他の場合には、具体的に記入して下さい。

導入期：在宅で安全にケアを受けられるという保証を与え、在宅ケアチームを作り上げる時期(開始1週間～10日間)

安定期：状況の変更に対応でき、残されたときはを充実して、できるだけ快適に過ごす時期

臨死期：安寧な看取りをする時期(亡くなる1週間～10日間)

| 電話対応 | | | 訪問対応 | | | |
|------|--------------------------------|-----------|--------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| | 電話の具体的な内容 | 電話連絡の対応状況 | 電話の時間帯と所要時間 | 緊急訪問の時間帯 | 緊急訪問の内容 | 訪問が必要だったが訪問できなかつた理由 ○をつけて下さい(複数可) |
| 導入期 | 下から選び番号で記入(1から7) の場合は具体的に記入 | その他 | 解決(○)・未解決(×) | 日勤(○)・準夜(△) △)・深夜(◎) | 下から選び記号で記入(からG) の場合は具体的に記入 | その他 スタッフ不足 サービス的制約 経済的制約 利用者の性 格 その他 |
| | 1回目 | | | | | |
| | 2回目 | | | | | |
| | 3回目 | | | | | |
| | 4回目 | | | | | |
| 安定期 | 5回目 | | | | | |
| | 1回目 | | | | | |
| | 2回目 | | | | | |
| | 3回目 | | | | | |
| | 4回目 | | | | | |
| 臨死期 | 5回目 | | | | | |
| | 1回目 | | | | | |
| | 2回目 | | | | | |
| | 3回目 | | | | | |
| | 4回目 | | | | | |
| 臨死期 | 5回目 | | | | | |

- 電話の具体的な内容**
1. 本人の症状の変化(発熱、出血、呼吸状態など)
 2. 疼痛コントロールの不良

- 緊急訪問の内容**
3. チューブ類・医療機器のトラブル
(自己抜去含む)
 4. 服薬管理の相談
 5. 転倒など事故

- 緊急訪問の内容**
6. サービスの連携について
 7. その他

- 緊急訪問の内容**
- E. 指導
 - F. サービス調整・連携(医師・福祉系など)
 - G. その他

調査票3：利用者・家族の緊急訪問・相談のニーズ

IDLEレコード

各時期において訪問以外に電話がかかる回数(回目)ごとに枠の中に記号を記入して下さい。訪問ができなかつた理由については、4つの中から該当するものに○をつけてください。

電話の具体的な内容と、緊急訪問の内容については、下記の枠の中から選んで、番号および記号を記入して下さい。その他の場合には、具体的に記入して下さい。

導入期 在宅で安全にケアを受けるという保証を与え、在宅ケアチームを作り上げる時期(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
 臨死期 安寧な看取りをする時期(亡くなる1週間～10日間)

| 電話対応 | | 訪問対応 | | | | |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----|
| 電話の具体的な内容 | 電話連絡の対応状況 | 電話の時間帯と所要時間 | 緊急訪問の時間 | 訪問が必要だったが訪問できなかつた理由 ○をつけて下さい(複数可) | その他 | その他 |
| 導入期 | 下から選び番号で記入(1から7) その場合は具体的に記入 | 解決(○)・未解決(×) | 日勤(○)・準夜(△) (△)・深夜(◎) | 下から選び記号で記入(AからG) の場合は具体的に記入 | スタッフ不足 サービスの利用者の経済的制約 | その他 |
| | 6回目 | | | | | |
| | 7回目 | | | | | |
| | 8回目 | | | | | |
| | 9回目 | | | | | |
| | 10回目 | | | | | |
| | 6回目 | | | | | |
| | 7回目 | | | | | |
| | 8回目 | | | | | |
| | 9回目 | | | | | |
| 安定期 | 10回目 | | | | | |
| | 6回目 | | | | | |
| | 7回目 | | | | | |
| | 8回目 | | | | | |
| | 9回目 | | | | | |
| | 10回目 | | | | | |
| | 6回目 | | | | | |
| | 7回目 | | | | | |
| | 8回目 | | | | | |
| | 9回目 | | | | | |
| 臨死期 | 10回目 | | | | | |

電話の具体的な内容

- 1.本人の症状の変化(発熱、出血、呼吸状態など)
- 2.疼痛コントロールの不良

緊急訪問の内容

- 3.チューブ類・医療機器のトラブル
(自己抜去含む)
- 4.服薬管理の相談
- 5.転院など事故
- 6.サービスの連携について
- 7.その他

緊急訪問の内容

- A.身体的ケア
本人への直接ケア
介護者へのケア
- B.精神的ケア
(C.介護技術
D.精神面へのケア)
- E.指導
- F.サービス調整・連携(医師・福祉系など)
- G.その他

タイプB:徐々に衰退する高齢者 調査票1

I. 利用者情報

利用者の在宅ケアに関する情報

| | |
|---------------|--|
| 1. 在宅ケア期間 | 初回訪問時 H 年 月 日 |
| | 訪問終了日 H 年 月 日 |
| 2. 在宅ケア開始前の状況 | 1. 病院 2. ホスピス 3. 他の訪問看護ステーション 4. その他() |

利用者背景

| | |
|----------------------------|--|
| 1. 性別 | 1. 男性 2. 女性 |
| 2. 生年月日 | M・T・S 年 月 日 ()歳 |
| 3. 診断名 ※参照資料1より2桁の番号を記入 | 主疾患 副疾患 |
| 4. 病名告知の有無 | 告知(有・無) 告知した人 1. 医師から 2. 家族から 3. その他() |
| 5. 予後(予測について)の告知 | 告知(有・無) 告知した人 1. 医師から 2. 家族から 3. その他() |
| 6. 同居者の有無 | 1. あり 2. なし 「あり」の場合、該当する番号すべてに○を記入下さい。 1. 配偶者 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. 姉妹 6. 兄弟 7. 孫 8. その他() 合計 名 |
| 7. 痴呆性老人の日常生活自立度 ※参照資料2 | 1. 正常 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明 |

II. 訪問看護師の背景

| | |
|-----------------|--|
| 1. 性別 | 1. 女性 2. 男性 ()歳 |
| 2. 臨床経験年数 | 在宅()年 病院・施設()年 |
| 3. 役職 | 1. 所長(管理者) 2. 主任等 3. スタッフ |
| 4. 勤務形態 | 1. 常勤 2. 非常勤 |
| 5. ケアマネジャーの資格 | 1. あり 2. なし ケアマネジャーの業務を 1. 行っている(兼務) 2. 行っていない |
| 6. 在宅での看取りの経験事例 | 合計()事例 |

体づくり表 延年の両脚百メートル記入フォーム（専人期）

ID□□□□-□□□□

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

利用者の背景（あてはまるものに○または数字を入れて下さい。）
＊回答はすべて赤字でお願いいたします。

1. パリアンスもチェックする目的は、アセスメント・ケア行動・期待される成果の整合性を確認するためのものです。事例の個別条件によるものなら
は、そのままよいですが、複雑化な場合は該当するものを候補する必要があるからです。

2. 各「ケア行動」に該当させて実施できなかつた理由に「リニアスコード」の番号を、「期待される結果」に対応させて「期待される結果」に割り当てる
かった理由に「リニアスコード」番号を記入して下さい。

3. 件の中に標準的アセスメント・ケア行動として必要なものが不足して入れば、赤字で記入して下さい。

| パリアンスコード：必要なケアを実施できなかつた理由／期待される結果に割り当てる理由 | |
|---|------------------------------|
| 1. 利用者の心身条件のために実施困難が出来なかつた。 | 6. 通常上の問題があり実施困難が出来なかつた。 |
| 2. 利用者が拒否した。 | 7. 通常の問題が担当者が操作ではだめかかった。 |
| 3. 言葉が短いあるいは希望がなかつたため実施できなかつた。 | 8. 社会資源が不足していなかったため実施できなかつた。 |
| 4. スタッフの力が足りないため実施できなかつた。 | 9. 社会資源の質が低いため実施できなかつた。 |
| 5. スタッフの能力不足のため実施できなかつた。 | 10. その他の理由で実施できなかつた。 |
| 6. 対象には必要性・判斷力 | 11. 対象には必要性・判斷力 |

○本章例にについての留意点 1. 非常に重篤、2. 重篤、3. やや重篤、4. あまり重篤でない、5. 重篤でない

○訪問看護師にとってアセスメントと判断の難易度 1. 大変難しい、2. 難しい、3. やや難しい、4. 比較的容易、5. 容易

| アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施できな | 期待される成果（アウトカム） | 期待される結果に割り当てる理由 |
|---|---|---------------------|--|-----|------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 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 能を補うための援助 | 口腹薬物の状況の確認 口内腹薬の種類と管薬器の確認 口決められた方法で決められた回数内で できなかつた。 | 口介護者の認識不足 口間違はない | 口利用者の状態に合わせた看護の内服方法を教説する 口薬剤の使用方法を教育・指導 口屯服薬の指導 | | | 口薬剤によるトラブルがない | 口薬剤が薬剤管理ができる | |
| 口副作用の確認 口副作用出発時の対応方法の確認どのよう に促えているか | 口副作用はまだある | 口副作用はまだある | 口利用者の状態に合わせた看護がどれかを確認する方法の工 夫を考える | | | 口薬剤によるトラブルがない | 口薬剤が薬剤管理ができる | |
| 口内腹薬の作用、副作用を理解しているか 口栄養の確保 | 口下力の低下による低栄養 口自力での摂取困難による低栄養 口食 | 口栄養の可塑性 | 口現在行っている食事方法からどこまで医療的を行つか (機ローブラウジング)利用者、家族の意向を把握する ロムセなどがある場合には、食事形態を変更するよう指導 | | | 口水分攝取量の回転 | 口水分攝取量の回転 | |
| 口食事の状況 口食事動作、介助者と方法に關しての訴えはないか 口嚥下力の確認 | 口嚥下力の評価、食事形態は合っているか ロムセ 助理食、発熱等 | 口嚥嚥の可塑性 | 口摺嗽ケアの実施・指導 口介護が不足の場合には、介護代替をする | | | 口摺嗽ケアの実施・指導 | 口摺嗽ケアの実施・指導 | |
| 口食事水分摂取量、高・低N/血便、口唇の赤み、先 端、口腔、歯茎、歯肉、歯垢、下痢、尿量(性状、黄、 白) | 口水分摂取量 | 口摺嗽の可塑性 | 口口摺嗽などあるときには、主治医に相談し、飲食またはその 状態に合わせた処置をする | | | 口摺嗽ができない | 口摺嗽ができない | |
| 口皮膚・口腔内の状態観察 | 口セルフケアの不足 | 口利用者・介護者にかかる身体的負担 | 口摺嗽のタイミングに合わせて | | | 口摺嗽がスムーズにできる | 口摺嗽に關する音節・ストレスがない | |
| 口保湿の方法と回数の確認 口清潔ケアの実施看護 | 口皮膚トラブル 口褥瘡 | 口皮膚トラブル | 口摺嗽に關するケアの実施・教育 利用者・家族があるようであれば、介助者導入する 利用者、家族がいる場合は、介助者が手洗いする(看護 介助者、接下術、床業、洗顔)。 | | | 口排便コントロール | 口排便コントロールができる | |
| 口外出後の看護 口排泄状態の確認 | 口外便はないか、漏瀝などできそうな部位はないか 口排泄に対するニーズを把握 | 口排泄 | 口利用者が貪欲な場合は、介助者が手洗いする(看護 介助者、接下術、床業、洗顔)。 | | | 口便通に關する音節・ストレスがない | 口排便コントロールができる | |
| 口排泄活動が安全に行われているか 口排泄 | 口排泄活動に対するニーズを把握 | 口便通 | 口利用者が貪欲な場合は、介助者が手洗いする(看護 介助者、接下術、床業、洗顔)。 | | | 口排便コントロール | 口排便コントロールができる | |
| 口排泄介助に対する意図の負担はないか 口排泄の回数・量、性状(膿血)確認 | 口排泄活動が安全に行われているか 口排泄 | 口便通 | 口リソバベッサージ 口主治医と相談・症状にあつた歎息など処理してもらう 口安眠な体位を維持し、そのための看護を強化する ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |
| 口呼吸の有無 口嘔氣、嘔吐の有無 | 口利用者・家族の症状に関する訴えはないか 口嘔氣の有無 | 口嘔氣の有無 | ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |
| 口嚥嚥和してほしい症状はないか 口嚥嚥の必要性はないか 口嚥嚥がどれか把握する | 口嚥嚥和してほしい症状はないか 口嚥嚥の必要性はないか 口嚥嚥がどれか把握する | 口嚥嚥 | ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |
| 口ADL-IADLの状態 | 日常生活動作 | 口嚥嚥 | ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |
| 口拘縮の部位・程度 | ロマサージ | 口嚥嚥 | ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |
| 口利用者のニーズを把握 | ロマサージ | 口嚥嚥 | ロマサージ | | | ロマサージ | ロマサージ | |

| アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実現できなかつた理由 | 期待される成果(アウトカム) | | |
|---------------|--|--------------|-----|-----|------|--|--|--|--|
| 1. 基本的ニーズへの接遇 | 平素・急救室・看護部長・副主任は予防 | 症状悪化の予防と早期発見 | | | | □次の点を評価せない、 □新たな危険性がない、 □心拍数、血圧 □呼吸音、心音の強さ、肺線維音、吸引り □咳や痰の増加の有無 □症状・量・弱りの必要性 □呼吸音・チアノーゼの有無 □既往歴・既往で問題になることはないか □意識レベル・精神・筋肉 □予測される今後の経過 □自己体位・症状などの危険性 □意識変化が現れた正確な時間や經過をスタッフ・介護者より把握 □在宅医療経験 | □頭痛 □嘔吐 □心不全の可及性 □浮腫 □胸水や肝腫脹 □胸水吸引管 | □フィジカルアセスメント □口腔ケアシング □スクリーニング □薬剤による対処療法の指導確認 □食事療法 □感染の本原(バクテリア・ウイルス・細菌・真菌、他の性状)、量、 量の性状・量)を利用する、家族・医療者が見逃さないよう推動する。 | |
| | 一日の過ごし方 | | | | | □症状悪化すべき点については利用者・家庭に指導し対応する方法(例えば医師の連絡への対応)や問題へ連絡)を伝え □医療的専門職を予防する □介護方法で注意べき点について指導 □伝票予防の指導 | □在宅生活に必要な知識や技術、症状の危険に対する対応を理解できる □専用性連携が起きない □伝票しない | □利用者・家族が満足できる連絡を確保できる | |
| | 口咳間せん妄の有無と程度 | 口不安 | | | | □利用者・家族と相談し状態に合わせて入眠剤、安定期など □なるべく日中はイベントを増やし、夜間眠れるように(ターン制を実行する □本人の好みを尊重する | □利用者・家族が満足できる連絡を確保できる □医療専門職はコストが最も小額になるよう努力する □医療専門職は介護士に対してネブライザー、加湿器、吸引器などを使用できることが叶う □足りないものは調達 | □利用者・家族が満足できる連絡を確保できる □医療専門職は利用者の好みの情報を □医療専門職は利用者の好みの方法であるか □必要な医療機器を自分で選択できる | |
| | 口施設時間 | | | | | | | | |
| | 口施設の効率、活動性の変化 | | | | | | | | |
| | □施設利用者に対する喜びが新たになることではないか □利用者の経験に対する適足感 | | | | | | | | |
| | □利用者・家族への指導内容・理解度 | | | | | | | | |
| | □オーバルの有無 | | | | | | | | |
| | □医療専門職は施設回廊じ手順・方法がどうされているか □必要な医療専門職の確認と本人の意思 | | | | | | | | |
| | □物品の準備状況 | | | | | | | | |
| | □使用方法の理解度 | | | | | | | | |
| 2. 社会的援助 | 必要なケアが適切に提供されないように、人、物、経済面等の環境づくりを支援すること | | | | | | | | |
| | □介護する場所の確認 | | | | | | | | |
| | □施設内設備の状況(居室、ドレ、食堂、廊下、玄関)／保証金、借料) | | | | | | | | |
| | □現在利用しているサービスの有無 | | | | | | | | |
| | □ケアマネジャーの連絡 | | | | | | | | |
| | □利用者・家族がどのようサービスを知っているか (区・市町村、各施設のサービスなど) | | | | | | | | |
| | □口咳・換気扇(ヘット等)導入の必要はあるか | | | | | | | | |
| | □利用者が外出(通院)できるか | | | | | | | | |
| | □経済・金銭管理状態 | | | | | | | | |
| | □収入源、サービス利用に対する金銭的負担の程度の確認 | | | | | | | | |
| | □社会資源の活用状況 | | | | | | | | |
| | □介護認定専門職の必要性の有無 | | | | | | | | |
| | □家族と専門職との関係 | | | | | | | | |
| | □利用者・家族はカーターにどのような期待をしているか □専門職の有無 | | | | | | | | |
| | □24時間連絡相談の体制が整っているのか | | | | | | | | |
| | □島交文、交換書の対応先の有無 | | | | | | | | |
| | □医療専門職の対応方法の理解の確認 □具体的な方法の統一がされているか □カーターの連絡状況の状況、情報の共有 □ケアマネジャーを中心としたケアプランが充実しているか □ケア連絡会の窓口の設定 | | | | | | | | |
| | □必要な医療専門職は主治医と連携をとる | | | | | | | | |

| アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実現できな かった理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される成果に現 れたかかった理由 |
|-------------------|---|--|-----|-----|--|---|--|-----------------------|
| 3. 家族・家族の既往歴 | 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 | 家庭介護力・介護体制 | | | 口介護者の能力を尊重し、無理のない介護方法の把握。 ロ介護者を中心には在宅療養ができる | ロ介護者の能力を把握する ロ介護者の健康状態をチェックする(ハサウエーハン测评など) ロ介護者相談が得意ができる ロ介護担当者は担当専門家及びチームで連携する ロ在宅ケアを継続していくことの意を支援する | ロキーパーソンを中心とした家族が在宅療養を継続できる ロ介護者が在宅療養を継続できる自慢がもらえる ロ介護員相談が得意できる | |
| | 口介護者の体力 口介護者の介護技術 口介護者の健康状態 ロ介護員の状況 ロ家族・親族・近隣の協力者の具体的な介護能力 ロ家族の性別、家族内での仕事の役割把担 ロ介護者が在宅療養できているか ロ利用者一家族のミニケーションの状態 ロ利用者と家族の関係 ロ家族が利用者の在宅療養にどのように関わっているか ロキーパーソンの性別 ロ今後住宅を譲り受け、入院治療をするのか利用者・経済的理由 ロ生命治療に対する希望の年齢 | 口介護員相談 ロ介護者不足 ロ介護知識の不足 | | | ロ在宅で過ごすことをどうにイメージしているのか確認する ロ今後入院治療することを考えているのか確認する ロ医療利用(医命尊重)に対する本人・家族の意向を確認する ロ本人・家族・親族のコミュニケーションの改善 ロ家族としての役割変化 | ロ利用者・家族との家族との関係を把握する ロ在宅で過ごすことをどうにイメージしているのか確認する ロ今後入院治療することを考えているのか確認する ロ本人・家族の意見を尊重する | ロキーパーソンを中心とした家族が在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる | |
| 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 ロ利用者、家族の死への受け止め方 ロどこで最後を迎えるかを決めるか ロシメントするなど | 口利用者・家族の死の不安恐怖 死の受容プロセス ロ否認　ロ怒り　ロ取引 ロ抑うつ　ロ受容 | | | ロ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付かせます ロ本人・家族に生きて生活することの安心感を与える ロ家族及び本人が死を受け入れるか理解する | ロ利用者・家族が不安に思っていることを伝え ることができる ロ在宅を優先に評議会で評議する ロ医療相談などの情報関係が築ける ロ在宅での死の運びがどのように思っているかを考えることができる | ロキーパーソンを中心とした家族が在宅療養ができる ロ在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる | |
| 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、孤独感、おそれ、うつ、怒り感、アチーム・バーが発現し、利用者が安心して自分の考え方、気持ちが受け入れられるようになっていけること、図していくこと、助けて欲しいこと ロ利用者・家族の精神的負担 ロ利用者、家族に対する精神的反応 ロ家族に対する精神的負担 ロ現在まで悩んでいたこと、今は不方に感じてしまふこと、生きること、生きること、生きること、生きること ロ利用者・家族の解説はよいか ロ利用者、家族の見いき他の医療スタッフが知っているのか ロ家族では考えられない在宅ケアでしか見られないこと ロ利用者、家族が支らかな時間を感じさせているか | 効果的なコーピング(本人と家族) ロ喪失 ロうつ ロ不安 ロ苦悞感 ロ逃避 ロ恐れ ロ怒り ロ動揺 | | | ロ利用者・家族それぞれの思いを理解できるような関係の確立と面接を怠らない ロ十分に理解できる時間を持つ ロ利用者相談の點を引き出し、受け取る ロ説いている問題については、修正をする ロ今までやつてこられたことのなまらの言葉がかけられ ロサービスの目標、方法の統一 ロ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 | ロキーパーソンを中心とした家族が在宅療養ができる ロ在宅を優先した評議会を開く ロ在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる | | |
| 6. スピリチュアルペインへの援助 | 自己の人生に意味・価値を見出されること ロ利用者、家族の人生、西洋医学 ロ今までの人生などをどのように捉えているのか ロ利用者・家族の宗教や信念の理解 ロ利用者、家族が思い残していることはあるのか | ロ生きるこの日暮らし生きること、人生としていることの目標はどちらの消失 ロ思い出、生きてきた実績、跡などの表出 ロ利用者、家族の宗教や信念の理解 ロ利用者、家族が思い残していることはあるのか | | | ロ利用者の人生経験理解する ロ利用者・家族の宗教や信念を共有する ロ日本人の心になること、やり残していることを実現できるように支援する ロ利用者・家族の楽しみとなるイベントを準備、実施する | ロ利用者・家族の人生が尊重される ロ利用者、家族が自分たちしさをまとつうできる ロ利用者・家族が無いのない生活を送ることができる | ロキーパーソンを中心とした家族が在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる ロ在宅療養を継続できる | |
| 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 | | |

徐々に衰退する高齢者ターミナル記入フォーム（安定期）

時期別ケア目標
状況の変化に対応でき、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、症状変容の対応を教育し、在宅で安心して生活を送れる自信をつけ、援助する

* 回答はすべて赤字でお願い致します。

利用者の背景(あてはまるものに〇または數字を入れて下さい。)

| |
|---|
| 主介護者:()様 主介護者(◎)副介護者(○)の姓氏: 1. 保険種類: 1. 医療保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険 障害老人の日常生活自立度 1. 正常、全く障害等を有しない、 2. ランクA: 何かの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独立で外出する (J1 ~ J2) 3. ランクB: 室内での生活は較く自立しているが、介助なしには外出しない (A1 ~ A2) 4. ランクC: 室内での生活は自立するが、生活が本体であるが、自分の服を脱ぐ (B1 ~ B2) 5. ランクD: 日中ベッド上で過ごし、徐々に食事、普段のにおいて介助を要する (C1 ~ C2) |
|---|

●本事例における重要度 1. 非常に重要な要素 2. 重要な要素 3. やや重要な要素 4. あまり重要な要素 5. 重要な要素 6. 不要ない

●訪問看護師にとってアセスメントと判断の重要度 1. 大変難しい 2. 難しい 3. やや難しい 4. 比較的容易 5. 容易

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施できなかった理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される結果に到達しなかった理由 |
|---|---|------|------|---|--|----------------|-------------------|
| 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、主に身体機能を保つための援助 | □内服薬の種類と量と量を規定する □副作用出発症の対応方法の確認(どのように扱えているか) | ★★★★ | ★★★★ | 口科用者の状態に合わせた薬剤の内服方法を教育する □薬剤の使用方法を教習 □也阻害の指導 | □介護者が薬剤管理ができる | | |
| 2. 薬剤の作用、副作用を理解しているか 内服薬の作用、副作用を理解しているか | □副作用症状がある | ★★★★ | ★★★★ | 口薬剤によるトラブルがない、 医師に確認する | □介護者が薬剤管理ができる | | |
| 3. 家庭状況の観察 口嚥下力の確認 | □嚥下力の低下による低栄養 口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 □胸血、肺鳴音、完歎はないか | ★★★★ | ★★★★ | 口嚥を行っている食事方法からどこまで医療判断を行おうか (挂口→胃ろう→食道)利用者・家族の意向を把握する □ムセなどがある場合には、食事が咽頭がどのよう開展する □水分不足量の調節 | □医療性助長を起こさない □脱水がなければ □口腔が清潔に保てている | | |
| 4. 家庭内の状態観察 口皮膚・口腔内の状態観察 | □セルフケアの不足 □科用者・介護者にかかる身体的負担 □口腔の手技 | ★★★★ | ★★★★ | □介護力不足の場合には、介護代替入をする □口腔ケアの実績 □医療などあることには、主治医に相談し、教育またはその状態に合わせた処置をする □漱口水の使用 | □新たなる医療トラブルが起きない □清創が便便は、また止むを得ない □排泄がスムーズにできる □排泄する苦痛、ストレスがない □排泄コントロールができる | | |
| 5. 口臭出没の対応 □尿を我慢するニーズを把握 □排泄動作が安全に行われているか | □口嚥制コントロール □下痢 □便秘 | ★★★★ | ★★★★ | □排泄制管(テレジン)に合わせて □尿に異臭があるようであれば、介護者導入する □科用者・家族が便便コントロールできるよう援助する(腸管形成術、脚下術、通糞、洗腸)。 □リハバマッサージ | □苦痛感が緩和できる | | |
| 6. 症状の有無 □呼吸・嚥吐の有無 □利尿・水肿の有無 □筋肉・骨骼の有無 □脳梗塞の有無 □感染症の有無 □感染の有無 | ／ □呼吸・嚥吐の有無 □利尿・水肿の有無 □筋肉・骨骼の有無 □脳梗塞の有無 □感染症の有無 □感染の有無 | ★★★★ | ★★★★ | □主治医と相談、症状があつた教育など助言してもらう □安寧な体位を維持し、そのための面倒を認める □マサージ □クッションヨークを用いたり、ベッドの角度を調整する □排泄が必要な症状に対して拍当看護師、及びチームで早期対応を行ふ旨の説明を認める □本人の訴えをやさりと傾聽する | □2次的な疾患を併発せられ、 □新たなる感染症がない | | |
| 7. 症状の変化の予防と早期発見 □貧血 □SPO2 | ／ □SPO2 □頭部・既往症で問題にすることはないか □P. Gui. GOT. GPT. CPK. BUN. (血清. CR P.)、尿検査 (尿沉 R) | ★★★★ | ★★★★ | □フィジカルアセスメント □口腔ケア □スクリーニング □薬剤による対応療法の指示確認 □食事療法 | □既往の基礎(バイタルサイン、肛門、膀胱、尿の性状、量、尿の性状)を科用者・家族・医療者が見通さないよ う確認する □尿検査やの急激な進行がない | | |

| 1. 基本的ニーズへの医助 | | アセスメント内容 | | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実現できな かつた理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される成果に到 達しなかった理由 | |
|-----------------|---|--|---|---|-----|-----|---|--|--|--|--|
| □ADL-IADLの状態 | □機能の部位・程度 | 日常生活動作 | □日常生活動作 | □ADL-IADLは下 | | | □介助/IHLの介助の実現・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。 □状態に応じたリハビリを介護者及びチームで実施する | □自由なく日常生活を安全に送れる | □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 □専用性状体が起きない □伝制しない | | |
| □自己直去・外出などの危険性 | □危険度が増した場合のケア(リハビリ)の実施 | 症状悪化の予防と早期発見 | □脚炎 □転倒 □チーフ風の自己抜去 | □状態に応じた方法(椅子・靴などの状況への対応や問題行動へ対 応する方法など)を実施する □専用性状体を予防する □介護方法で注意すべき点について指導 | | | □症状で注意すべき点について注目する □専用性状体へ対応する □介護方法で注意すべき点について指導 | □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 □専用性状体が起きない □伝制しない | | | |
| □在宅避難経験 | □一日の過ごし方 | 電気 | □不安 □夜間せん妄 | □利用者・家族と相談状態に合わせて入眠剤、安定剤などを使用する □なるべく日中はイベントを増やし、夜間眠れるようバーンを貰える □日本人の訴えを理解する | | | □利用者・家族が満足できる睡眠を確保できる □家族が夜間も安心して見守ることができる | | | | |
| □睡眠時間 | □施設の特徴・活動性の質化 | □施設の運営・睡眠・就寝、夜間せん妄等) □医療利用者に対する家族が気になることはない □利用者の睡眠に対する適応度 | □利用者・家族への指導内容・理解度 | □トラブルの有無 □医療利用者は毎回同じ手順・方法がとられる □必要な医療利用の質感と本人の意思 | | | □医療用品の管理・回収をする □医療機器・処置の観察点と方法の指導 □医療利用はコストが最も小額になるような方法であるか | □必要な医療利用方法を理解できる □医療利用への苦痛が最小限である | | | |
| □利用者・家族の実績・管理状況 | □利用方法の選択 | □必要な医療機器の選択 | | □利用者・家族の実績・管理状況 | | | □係から私に対してネブライザー、加湿器、吸引器など使 用できること説明する □足りないものは購入 | □必要な医療機器を本人または家族が選択でき 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 | チームケアの連携体制 | □往診の有無 □緊急時の対応方法の理解の確認 □具体的なケア方法の統一ができているか □介助/IHLの24時間体制の体制が整っているのか □急変・突然死の対応先の有無 | □現在利用しているサービスの有無 □利用者・家族がどのようなサービスを知っているか □利用者が外出(通院)できるか □利用者がチームにどのような期待をしているか確認 | | | □在宅における必要なサービス・必要な物品の選定、固定、準備を 利用者の状態に合わせて実施する □生活環境整備 □伝制の予防 □ロカモーションとの連携 □今後の在宅療養についてサポートできる範囲を明確に □利用者・家族の個別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する | □必要なサービス、必要な物品が無い、身の回り の道具が不自由しない □連携がスムーズで、チームに対する不安がない □新たな外傷、骨折を生じない □精神的にそつたケアを受けている | □連携がスムーズで、チームに対する不安、不 満がない □ケアチーム内で必要な情報を共有する □担当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 □外来受診が負担であれば、往診医に切り替える □往診医に内容は担当看護師及びチームで共有する □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 □緊急時に対応が理解でき、在宅で過 ごす自信が持てる | □主治医をばれににするのが重きを伝えることが できる □緊急時に対応が理解でき、在宅で過 ごす自信が持てる | |

| セクション | アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアが実施できなかつた理由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待される成果(アウトカム)に到達しなかった理由 |
|-------------------|---|---|--|---|---|--|--|--------------------------|
| 3. 葬儀・遺族の問題 | 本人を中心にして、家族關係の変化について、ケアの方向性およびどのような最後を迎えるか意識を持つこと | □介護者の家族の介護の意向の把握 □介護者の健康状態の把握 □介護者の体力 □介護者の理解力 □介護者の介護技術分析 □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 □家庭の状況・家庭内での仕事の役割把握 □介護者が家庭内でできているか □介護者のミーティングの状態 □利用者と家族との協力關係 □利用者と家族との在宅医療にどのように関わっているか □キーパーソンの存在 □今後在家で過ごすのか・入院治療をするのか □生命治療に対する希望の有無 | 家族介護力・介護体制 □介護負担感 □介護負担否 □介護知識の不足 | □介護者の介護力を見極め、無理のない介護方法の提案・面接をする □介護者の健康状態をチェックする(バイタルサイン・副症状) □介護技術の検討 □情報した内容は担当看護師及びチームで共有する □在宅ケアを継続していくことの思いを表達する | □介護者の介護力を見極め、無理のない介護方法の提案・面接をする □介護者の健康状態を維持できる自信がある □介護技術が経験できる □介護者による介護の導入に慣れる □心配食がない | ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる | ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる ロキーパーソンを中心とした医療ができる | |
| 4. デスマネジメント | 死にゆく人と家族が、死を受容するようにならぬまま 口利用者、家族への受け止め方 □どこで最終を想定したいかを決めていか 取り引き、ゆうつ、憂鬱)を成し遂げられること | □利用者・家族の死の不安・恐怖 □死の受容プロセス □否認 □怒り □取引 □抑うつ □受容 | □死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか □口利用者・家族に不安を与えることの安心感を与える □絶縁及び住宅、両方のパートナーでの死の迎え方にについてどう思っているか把握する | □死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか □口利用者・家族に不安を与えることの安心感を与える □絶縁及び住宅、両方のパートナーでの死の迎え方にについてどう思っているか把握する | □利用者・家族が不安なく死を受容できる □在宅医療に納得している □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 | □今後どのように過ごしていくかを教示できる □在宅生活を安心して送る自信がある | □利用者・家族が不安なく死を受容できる □在宅医療に納得している □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 | |
| 5. 心理・意緒的的援助 | 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、動揺に対するケーブルメンバーが傾聴し、利用者が安心して自分の考え方、気持ちが表現できるような関係を確立すること | □痴呆 □うつ □不安 □苦立ち □恐怖 □恐れ □怒り □勤務 | 効果的なコーピング(本人と家族) □痴呆はどのように受け止めているか □うつ □うつ症と精神疾患 □不安 □苦立ち □恐怖 □恐怖 □恐怖 □勤務 | □利用者・家族がそれぞれの思いを隠さず確立し情報を盛り込む □十分に相談できる時間をつくる □利用者家族の思いを引き出し受容する □残っている疑問については、修正をする □今までやってきたことへのねぎらいの言葉かけ | □今後どのように過ごしていくかを教示できる □在宅生活を安心して送る自信がある □ケアチームとして利用者、家族を支援できる □家族との十分なコミュニケーションを図れる | □利用者・家族が隠さず自分の思いを隠さず確立し情報を盛り込む □十分に相談できる時間をつくる □利用者家族の思いを引き出し受容する □残っている疑問については、修正をする □今までやってきたことへのねぎらいの言葉かけ | □利用者・家族が隠さず自分の思いを隠さず確立し情報を盛り込む □十分に相談できる時間をつくる □利用者家族の思いを引き出し受容する □残っている疑問については、修正をする □今までやってきたことへのねぎらいの言葉かけ | |
| 6. スピリチュアルペインへの援助 | 自己の人生に意味・価値を見出させること | □利用者、家族の人生・価値観 □今までの人生などのように捉えているのか □利用者、家族が感じていることはあるのか | □生きるなどの目標生きていること存在していること □目標はどこかの消失 □思い出、生きてきた興味、特になどの喪失 | □利用者の人生観を理解する □利用者・家族の宗教や信念を共有する □日本人の気にすること、やり残していることを実行する | □利用者・家族の人柄・価値観・人生観が尊重される □利用者・家族が自分たちしさをまとうできる □利用者家族が無いのない生活を喜びこぶができる | □利用者の人生観を理解する □利用者・家族が自分たちしさをまとうできる □利用者家族が無いのない生活を喜びこぶができる | □利用者の人生観を理解する □利用者・家族が自分たちしさをまとうできる □日本人の気にすること、やり残していることを実行する | |
| 再入院の有・無 | 再入院の具体的な理由: | 安定期における通常訪問回数:()回 | 緊急訪問回数:()回 | | | | | |