

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

目標期間別ケア目標を中心とし、必要な医療は行いながら、在宅で安全にケアを受けられる体制づくりをし、安心感が持てるようにする。

***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○または数字を入れて下さい。)

主介護者：() 歳 主介護者(●)の介護者(O)の候補：1. 配偶者 2. 娘 3. 姉 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

高齢者本人の日常生活自立度

1. 正常、全く障害を有しない

2. 1. ランクA：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており自力で外出する (J1・J2)

3. 2. ランクB：室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない (A1・A2)

4. 3. ランクC：室内での生活はほぼ自立しているが、日常生活の一部を要し、日中もベッド上での生活を要するが、座位を保つ (B1・B2)

5. 4. ランクD：室内での生活はほぼ自立しているが、日常生活の一部を要し、日中もベッド上で過ごし、移動を要する (C1・C2)

6. 5. ランクE：室内での生活はほぼ自立しているが、日常生活の一部を要し、日中もベッド上で過ごし、移動を要する (C1・C2)

は本事例にのつての直業度 1. 非常に直業 2. 直業 3. やや直業 4. あまり直業でない 5. 直業でない

○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)	期待される成果に到達しなかった理由
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、食慾不振、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 <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 息の詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 関節性肺炎 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> スキントラブル <input type="checkbox"/> 皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 暑さ ペインコントロール <input type="checkbox"/> 至適温度 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 薬物療法に関する抵抗感			<input type="checkbox"/> 呼吸しやすい体位を確保する <input type="checkbox"/> 吸引器・吸入器などの導入の検討 <input type="checkbox"/> 咳下は痰が肺へばり、無菌に咳口より取り除くよう指導に指導する <input type="checkbox"/> 抗生物質の内服の検討 <input type="checkbox"/> クーリング <input type="checkbox"/> がんの進行状況・転移の有無の確認 <input type="checkbox"/> 水分摂取量の確認 <input type="checkbox"/> リンパマッサージ <input type="checkbox"/> 体位調整はあてず、ゆっくり、休みながら移動するように指導する <input type="checkbox"/> 腸管刺激剤、緩下剤、成瀉、浣腸などにて排便コントロールをはかる <input type="checkbox"/> 主治医と相談し、排泄を行うべきか本人・家族の意向もふまえて検討する <input type="checkbox"/> 山崎の主治医と相談して、リンパマッサージや半身浴などの指導を受ける必要はないか、食べることは本人の強がりがあるようになるので、なるべく食べられるものを用意してあげる必要があるか <input type="checkbox"/> マウスマッサージ <input type="checkbox"/> 本人の訴えを確認する <input type="checkbox"/> 症状にあわせて保冷・保温処置 <input type="checkbox"/> ステーションに合わせた暑さ対策 <input type="checkbox"/> スクリーンを使用しぬいぬいの状態を判断する <input type="checkbox"/> マウスマッサージ <input type="checkbox"/> クッションを用いたり、体位の工夫 <input type="checkbox"/> 降着ラダー(ステップ3〜5)を使用し、どの段階で降着コントロールされているのか把握する <input type="checkbox"/> プロットコールに沿って、薬剤の変更、増量などを <input type="checkbox"/> フロムアラート <input type="checkbox"/> 緊急搬送 <input type="checkbox"/> 副作用として現れてくること(嘔気・嘔吐、便秘、呼吸抑制などを本人・家族に説明する) <input type="checkbox"/> 腹部マッサージ <input type="checkbox"/> 腸管刺激剤、緩下剤、成瀉、浣腸などにて排便コントロールをはかる <input type="checkbox"/> 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、対処する	<input type="checkbox"/> 呼吸困難がない <input type="checkbox"/> 嘔吐がない <input type="checkbox"/> 関節性肺炎をおこさない <input type="checkbox"/> 新たな感染が出現しない <input type="checkbox"/> 解熱する <input type="checkbox"/> 脱水がない <input type="checkbox"/> 新たな浮腫がない <input type="checkbox"/> 自分のペースで移動できる <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐が軽減できる <input type="checkbox"/> 無理せず、趣向にあった食事ができる <input type="checkbox"/> 倦怠感が軽減しない <input type="checkbox"/> 新たな皮膚トラブルがない <input type="checkbox"/> 新たな暑さが出ない <input type="checkbox"/> 薬剤に関するトラブルがない <input type="checkbox"/> 降着コントロールができていて <input type="checkbox"/> 本人が望む状態まで副作用出現のパラメータが保たれている		
2. 薬剤の使用法について理解しているか 鎮痛剤の副作用を利用者・家族が知っているか 鎮痛剤が自分で行える緩和ケアを知っているか 鎮痛剤使用時の対応方法	ペインコントロールに関する意識の知識 <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 使用方法がわからない <input type="checkbox"/> 副作用症状がわからない <input type="checkbox"/> 副作用使用時の対応方法			<input type="checkbox"/> 薬剤の使用法の指導・教育 <input type="checkbox"/> 疼痛増強時の対応方法を利用者・家族に指導する <input type="checkbox"/> 副作用症状として現れてくること(嘔気・嘔吐、便秘、呼吸抑制などを本人・家族に説明する) <input type="checkbox"/> どのようなときに副作用に注意するべきかを指導する	<input type="checkbox"/> 薬剤が不安なく、疼痛コントロールができる <input type="checkbox"/> 疼痛増強時は、我慢せず、医療者に相談できる <input type="checkbox"/> 家族が副作用症状を理解できる		

トータルペインへの対応

*** 回答はすべて赤字でお願い致します。**

パリアンスをチャェックする目的は、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り異なるものならば、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検出する必要がありますからです。

- 2 各「ケア行動」に対応させて「実施できなかった理由」に「リアンスコードの番号を、」期待される成果
3 に対応しなかった理由」に「リアンスコード番号を記入して下さい。

ら、入塔者の能力不足のため美観/到達できなかった
10. その他理由で実情/到達できなかった
11. 対策には不十分、非対応

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

— 7 —

| 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った理由 |
|--|--|-----|-----|--|---------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 家族が自分で行える程度かを知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | <input type="checkbox"/> ベンコンロールに因する家族の知識
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか |
| 2. 心理・精神的援助 | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか |
| 3. 社会的援助 | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか |
| 4. スピリチュアル・ペインへの援助 | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか | <input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか
<input type="checkbox"/> 関係者の利用状況・家族が知っているか |

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(●)の続柄：1. 配偶者 2. 娘 3. 妹 4. 息子 5. その他()

介護認定：要介護() 保険の種類：1. 国民保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険

被介護者の日常生活自立度

1. 正味、全く障害を有しない

2. ランク1：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており自力で外出する (J1・J2)

3. ランク2：室内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない (A1・A2)

4. ランク3：室内の生活は何らかの介助を要し、日常生活においての生活が主体であるが、庭仕事を保つ (B1・B2)

5. ランク4：一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替などにおいての生活を要する (C1・C2)

は本事例に於ける重畳課税 1. 非常に重畳 2. 重畳 3. やや重畳 4. あまり重畳でない 5. 重畳でない

○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

[illegible]

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | ケアの実施で
きなかった理
由 | 期待される成果(アウトカム) | 期待されるほ
うな効果的な
理由 |
|---|---|-----|-----|---|-----------------------|--|--|
| <p>アセスメント内容</p> <p>□ 養育者の使用法について理解しているか
□ 養育者の使用法について理解しているか
□ 養育者が自分でできることと、手伝えること
□ 養育者が自分でできることと、手伝えること</p> | <p>ベインコントロールに悩む家族の知識</p> <p>□ 問題ない □ 使用法がわからない</p> <p>□ 問題ない □ 使用法がわからない</p> | | | <p>養育者の使用法の指導・教育</p> <p>□ 養育者の使用法について、養育者に指導する
□ 養育者の使用法について、養育者に指導する
□ 養育者の使用法について、養育者に指導する
□ 養育者の使用法について、養育者に指導する</p> | | <p>期待される成果(アウトカム)</p> <p>□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる
□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる
□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる</p> | <p>期待されるほ
うな効果的な
理由</p> <p>□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる
□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる
□ 養育者が不安なく、疼痛コントロールができる</p> |
| 2. 心理・精神的援助 | | | | | | | |
| <p>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、気持ちが出
てくるような関係を確立する
こと</p> | <p>利用者の心理・精神的負担</p> <p>□ 不安 □ 怒り □ 動揺
□ 不安 □ 怒り □ 動揺
□ 不安 □ 怒り □ 動揺
□ 不安 □ 怒り □ 動揺</p> | | | <p>利用者の心理・精神的負担</p> <p>□ 利用者の心理・精神的負担
□ 利用者の心理・精神的負担
□ 利用者の心理・精神的負担
□ 利用者の心理・精神的負担</p> | | <p>期待される成果(アウトカム)</p> <p>□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される
□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される
□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される</p> | <p>期待されるほ
うな効果的な
理由</p> <p>□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される
□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される
□ 利用者の心理・精神的負担が軽減される</p> |
| 3. 社会的援助 | | | | | | | |
| <p>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</p> | <p>ケアチームの構築と連携</p> <p>□ ケアチームの連携不足
□ ケアチームの連携不足
□ ケアチームの連携不足
□ ケアチームの連携不足</p> | | | <p>ケアチームの構築と連携</p> <p>□ ケアチームの構築と連携
□ ケアチームの構築と連携
□ ケアチームの構築と連携
□ ケアチームの構築と連携</p> | | <p>期待される成果(アウトカム)</p> <p>□ ケアチームの構築と連携が実現される
□ ケアチームの構築と連携が実現される
□ ケアチームの構築と連携が実現される</p> | <p>期待されるほ
うな効果的な
理由</p> <p>□ ケアチームの構築と連携が実現される
□ ケアチームの構築と連携が実現される
□ ケアチームの構築と連携が実現される</p> |
| 4. スピリチュアル・ペインへの援助 | | | | | | | |
| <p>自己の人生に意味・価値を見
出せること</p> | <p>生きることの目的(生きること、存在
すること、目的は何か)</p> <p>□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある</p> | | | <p>生きることの目的(生きること、存在
すること、目的は何か)</p> <p>□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある
□ 生きることに目的がある</p> | | <p>期待される成果(アウトカム)</p> <p>□ 自己の人生に意味・価値を見出せること
□ 自己の人生に意味・価値を見出せること
□ 自己の人生に意味・価値を見出せること</p> | <p>期待されるほ
うな効果的な
理由</p> <p>□ 自己の人生に意味・価値を見出せること
□ 自己の人生に意味・価値を見出せること
□ 自己の人生に意味・価値を見出せること</p> |

トータルペインへの対応

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 難易度 | ケア行動 | 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 |
|---|---|--|-----|--|---|-----------------------------|
| 5. デスマネジメント
死にゆく人と家族が、死を受容でき、死にゆく人に対するケア(苦痛、怒り、取り引き、抑うつ、尊厳)を成し遂げられるようにマネージメントすること | <input type="checkbox"/> 家族は利用者の死、死後を認識しているか
<input type="checkbox"/> 家族は死を受容しているか、死に対する受け止める準備、支障の必要性的認識、判断
<input type="checkbox"/> 家族が死受容の対応方法について知っているか
<input type="checkbox"/> 今後の家族死に際してどのような対応しているか
<input type="checkbox"/> 家族の死後ケアの希望の有無
<input type="checkbox"/> 利用者が死後ケアの希望の有無
<input type="checkbox"/> 在宅ケアで死後ケアの希望の有無
<input type="checkbox"/> お別れしたい人、お別れを呼んでいるか
<input type="checkbox"/> 本人が後世を望んでいる人、お別れを呼んでいるか
<input type="checkbox"/> 本人がメッセージを預けているか
<input type="checkbox"/> 家族も本人にメッセージを預けているか | | | <input type="checkbox"/> 死が近いことを家族に伝える
<input type="checkbox"/> 悔やみに残る身体的精神的苦痛に耐えて、どのように対応するかを指導する
<input 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をする
<input type="checkbox"/> 病院へ行ってでもできる如に大きな変化はないことを伝える
<input type="checkbox"/> 家族が常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
<input type="checkbox"/> お別れしたい人、お別れを呼ぶように家族に伝える
<input type="checkbox"/> 遺体まで見送ることを伝える、本人に伝えたいことを伝えられるよう環境を整える | <input type="checkbox"/> 死を自然なこととして受け入れられる
<input type="checkbox"/> 本人から家族へメッセージが送られている
<input type="checkbox"/> 家族から本人へメッセージを送ることができる
<input type="checkbox"/> 家族が死後ケアの希望を伝えることができる | |
| 6. 家族・親族との関係調整
本人を中心に家族関係の調整に際して、ケアの方向性およびどのような最期を迎えるか意思決定すること | <input 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 type="checkbox"/> 家族のケアへの参加状況
<input type="checkbox"/> 家族の介護への意欲
<input type="checkbox"/> 利用者・家族間のコミュニケーションの状況
<input type="checkbox"/> 利用者・家族との関係の把握、キーパーソンの有無
<input type="checkbox"/> 利用者・家族との関係の把握、家族としての役割の分担
<input type="checkbox"/> 利用者・家族の役割の分担 | 本人・家族・親族の関係
<input type="checkbox"/> 家族成員としての役割の分担
<input type="checkbox"/> 本人・家族・親族のコミュニケーション | | <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 家族成員としての役割の分担ができるよう援助する | <input type="checkbox"/> 利用者・家族が同じ気持ちで死に向かっていることができる
<input type="checkbox"/> 本人が家族間で家族の一員として役割を全うできる | |
| 7. 喪失・悲嘆・死別サポート
様々な死別を経験する家族を死にゆく人、家族と分かち合い、新しい関係を築き出すよう支援すること | <input type="checkbox"/> 死別時の状況
<input type="checkbox"/> 遺族の思い
<input type="checkbox"/> 遺族の喪失感
<input type="checkbox"/> 遺族の喪失感
<input type="checkbox"/> 希望する対応はあるか | 介護力・介護体制
<input type="checkbox"/> 介護負担感
<input type="checkbox"/> 介護拒否
<input type="checkbox"/> 介護知識の不足 | | <input type="checkbox"/> 介護者の代わりを補う
<input type="checkbox"/> 介護者の負担を軽減する
<input type="checkbox"/> 社会資源を有効活用する
<input type="checkbox"/> 効果的な介護方法の指導 | <input type="checkbox"/> 介護・処置方法を理解し、実行できる
<input type="checkbox"/> 肉体的精神的負担が軽減し、安定した介護ができる | |
| 8. 基本的ニーズへの援助
日常生活を援助しているのに、死にゆく人、家族と分かち合い、新しい関係を築き出すよう支援すること | <input type="checkbox"/> 心身ともに健康な状態
<input type="checkbox"/> 清潔な状態、保身方法の有無
<input type="checkbox"/> 心身の健康状態、保身方法の有無
<input type="checkbox"/> 保身方法の有無
<input type="checkbox"/> 保身方法の有無 | ADL低下
<input type="checkbox"/> 転倒などの危険
<input type="checkbox"/> 心身の健康状態、保身方法の有無
<input type="checkbox"/> セルフケアの不足 | | <input type="checkbox"/> 利用者・家族のニーズを把握する
<input type="checkbox"/> 介護方法の教育指導
<input type="checkbox"/> セルフケア
<input type="checkbox"/> 保身の援助、身体介護のための教育 | <input type="checkbox"/> 満足した看取りができたことを家族が感じている
<input type="checkbox"/> 在宅で過ごしたことの後悔の念がない | |
| 再入院の有・無 | 再入院の理由: | | | 随死期における通常訪問回数: () 回 | 緊急訪問回数: () 回 | 随死期における通常訪問回数: () 回 |

時期別ケア目標と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りますからです。
2. 各「ケア行動」に対応させて「実施できなかった理由」にバリアンスコードの番号を、「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. 枠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いる場合は、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った理由／アウトカムに到達する事ができなかった理由 | |
|--|-----------------------------|
| 1. 利用者の心身状態のため実施/到達しなかった | 6. 遺族上の問題があり実施/到達できなかった |
| 2. 利用者が拒否したあるいは希望がなかったため出来なかった | 7. 遺族年の婚姻・担当者が他籍をばたきなかった |
| 3. 家族が拒否したあるいは希望がなかったため実施/到達できなかった | 8. 社会資源が不足していたため実施/到達できなかった |
| 4. スタッフの能力不足のため実施/到達できなかった | 9. 社会資源の質に問題があり実施/到達できなかった |
| 5. スタッフの数が足りないため実施/到達できなかった | 10. その他の理由で実施/到達できなかった |
| | 11. 対象には不必要・非該当 |

* 回答はすべて赤字でお願い致します。

- ◎ 本事例にとっての重要度 1. 非常に重要 2. 重要 3. やや重要 4. あまり重要でない 5. 重要でない
- ◎ 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 | 難易度 | 重要度 | 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） | 期待される成果に到達しなかった理由 |
|---|---|-----|-----|--|---------------|--|-------------------|
| 1. 喪失・悲嘆・死別サポート
様々な預け方をする悲嘆を、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 | 家族の悲嘆と喪失
□ 悲嘆
□ 後遺
□ 喪失感
在宅で看取ったことの満足感
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 | | | □ 思いを引き出し、思いを傾聴する
□ 家族の後遺の部分には、一度思いを受け止めて、修正をする
□ 死亡1か月後、1年後に家族とコンタクトをとる
□ 在宅で看取れたのも、家族の理解があったこと、よくやったことを伝える
□ 利用できる社会資源を使用する
□ ケアチームカンファレンスをする | | □ 満足いく看取りがとれたことを遺族が認める
□ 遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に返れる
□ 精神的・身体的に大きな異常がない
□ 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ってきた回数(回目)ごとに枠の中に記号を記入して下さい。訪問ができなかった理由については、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った理由
○をつけて下さい(複数可) | | | | |
| 導入期 | 1回目 | 下から選り番号で記入(1から7)
の場合は具体的に記入 | 解決(○)・未解決(x) | 日勤(○)・準夜(△)・深夜(◎) | 日勤(○)・準夜(△)・深夜(◎) | 下から選り番号で記入(AからG)
の場合は具体的に記入 | スタッフ不足 | サービスの経済的制約 | 利用者の経済的制約 | その他 |
| | 2回目 | | | | | | | | | |
| | 3回目 | | | | | | | | | |
| | 4回目 | | | | | | | | | |
| | 5回目 | | | | | | | | | |
| 安定期 | 1回目 | | | | | | | | | |
| | 2回目 | | | | | | | | | |
| | 3回目 | | | | | | | | | |
| | 4回目 | | | | | | | | | |
| | 5回目 | | | | | | | | | |
| 臨死期 | 1回目 | | | | | | | | | |
| | 2回目 | | | | | | | | | |
| | 3回目 | | | | | | | | | |
| | 4回目 | | | | | | | | | |
| | 5回目 | | | | | | | | | |

電話の具体的内容

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

3. チューブ類・医療機器のトラブル
(自己除去含む)

4. 服薬管理の相談
5. 転倒など事故

6. サービスの連携について
7. その他

緊急訪問の内容

- 本人への直接ケア (A. 身体的ケア B. 精神的ケア)
介護者へのケア (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

調査票3：利用者・家族の緊急訪問・相談のニーズ

各時期において訪問以外に電話がかかってきた回数(回目)ごとに枠の中に記号を記入して下さい。訪問ができなかった理由については、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 | 緊急訪問の内容 | 訪問が必要だったが訪問できなかった理由
○をつけて下さい(複数可) | | | |
| | 下から選び番号で記入(1から7)
の場合は具体的に記入 | 解決(○)・未解決(×) | 日勤(○)・準夜(△)・深夜(◎) | 日勤(○)・準夜(△)・深夜(◎) | 下から選び番号で記入(AからG)
の場合は具体的に記入 | スタッフ不足 | サービスの経済的制約 | 利用者の経済的制約 | その他 |
| 導入期 | 6回目 | | | | | | | | |
| | 7回目 | | | | | | | | |
| | 8回目 | | | | | | | | |
| | 9回目 | | | | | | | | |
| | 10回目 | | | | | | | | |
| 安定期 | 6回目 | | | | | | | | |
| | 7回目 | | | | | | | | |
| | 8回目 | | | | | | | | |
| | 9回目 | | | | | | | | |
| | 10回目 | | | | | | | | |
| 臨死期 | 6回目 | | | | | | | | |
| | 7回目 | | | | | | | | |
| | 8回目 | | | | | | | | |
| | 9回目 | | | | | | | | |
| | 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

3. チューブ類・医療機器のトラブル
(自己抜き含む)

4. 服薬管理の相談
5. 転倒など事故

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
- 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 | | | | |

[illegible]

| 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) | 期待される成果に到達しなかった理由 |
|---|---|-----|-----|--|---------------|---|-------------------|
| 3. 家族・親族の関係性
本人を中心とした家族関係の強化に努める。ケアの方向性およびどのような役割を担うかを意識を統一すること | 家族介護力・介護体制
□介護負担感
□介護拒否
□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指導・訓練をする
□介護者の健康状態をチェックする(バイタルサイン測定など)
□介護代替者の検討
□検討した内容は担当看護員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支援する | | □キーパーソンを中心に在宅ケアができる
□介護者が在宅ケアを継続できる自信がもてる
□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、死を覚悟できるようになるまで、ケアの提供を受ける。ケアの方向性およびどのような役割を担うかを意識を統一すること | □本人・家族・親族のコミュニケーション
□家族成員としての役割変化
□意思決定できているか
□延命処置の希望 □何もして欲しくない
□利用希望・キーパーソンの在宅療養の意思の一致 | | | □在宅で過ごすことのようにイメージしているのか確認する
□今後在宅で過ごすことを考えているのか確認する
□低体位処置(延命処置)に対する本人・家族の意向を確認する
□本人・家族の意思を確認する | | □本人、家族、親族内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継続していくかをイメージできる | |
| 5. 心理・精神的援助
利用希望・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、利用者が安心して自分の考え、気持ちが出発できるような関係を確立すること | □利用希望・家族の不安・恐怖
□死の受容プロセス
□否認 □怒り □取り
□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を聞き出す
□本人・家族に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ケアの進め方についてどう感じているかを確認する | | □利用希望・家族が不安に思っていることを伝えられることができる
□在宅療養に納得できている
□利用希望・家族の考えや気持ちを理解できる
□利用希望・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、利用者が安心して自分の考え、気持ちが出発できるような関係を確立できる | |
| 6. スピリチュアルケア
自己の人生に意味・価値を見出すこと | □利用希望・家族の不安・恐怖
□死の受容プロセス
□否認 □怒り □取り
□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を聞き出す
□本人・家族に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ケアの進め方についてどう感じているかを確認する | | □利用希望・家族が不安に思っていることを伝えられることができる
□在宅療養に納得できている
□利用希望・家族の考えや気持ちを理解できる
□利用希望・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、利用者が安心して自分の考え、気持ちが出発できるような関係を確立できる | |

徐々に衰退する高齢者ターミナル記入フォーマット(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

* 回答はすべて赤字でお願い致します。

利用者の同意(あてはまるものに○または数字を入れて下さい。)

主介護者: () 姓 主介護者(○)副介護者(○)の続柄: 1. 配偶者 2. 娘 3. 姉 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

介護老人の日常生活自立度

1. 正座・金(銀)箸を有しない

2. ランクA: 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する (J1・J2)

3. ランクB: 室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない (A1・A2)

4. ランクC: 室内での生活はほぼ自立しているが、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ (B1・B2)

5. ランクD: 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する (C1・C2)

○本事例にとっての重要度 1. 非常に重要 2. 重要 3. やや重要 4. あまり重要でない 5. 重要でない

○訪問看護事例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) | 期待される成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、主に身体機能を増進するための援助 | 薬剤の管理
<input type="checkbox"/> 介護者の知識不足 <input type="checkbox"/> 問題ない
副作用症状出現
<input type="checkbox"/> 副作用症状がある
栄養管理
<input type="checkbox"/> 嚥下力の低下による低栄養
<input type="checkbox"/> 自力での摂取困難による低栄養
<input type="checkbox"/> 嘔血
<input type="checkbox"/> 便秘の可能性
<input type="checkbox"/> 脱水の可能性
<input type="checkbox"/> セルフケアの不足
<input type="checkbox"/> 利用者・介護者にかかる身体的負担
<input type="checkbox"/> 介護者の手技
<input type="checkbox"/> 皮膚トラブル
<input type="checkbox"/> 排泄の皮膚トラブル
<input type="checkbox"/> 便秘
排泄コントロール
<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 便秘
必要な症状の緩和
<input type="checkbox"/> 浮腫
<input type="checkbox"/> 疼痛
<input type="checkbox"/> 倦怠感
<input type="checkbox"/> 痛み
<input type="checkbox"/> しびれ・痺れ感
<input type="checkbox"/> 睡眠時にほいほい症状はないか
<input type="checkbox"/> 睡眠時に必要な症状はないか
<input type="checkbox"/> 安楽な体位がとれるか把握する
感情状態
<input type="checkbox"/> 感染・呼吸・循環器疾患の症状観察・判断
<input type="checkbox"/> SpO2
<input type="checkbox"/> 呼吸器・消化器で問題になることはないか
<input type="checkbox"/> 検査結果は必要時(血液・Hb, Ht, Na, K, T, P, GUL, GOT, GPT, CPK, BUN), (血清・CRP), 尿検査(中国版)
<input type="checkbox"/> 臨床の観察と程度
<input type="checkbox"/> 臨床の観察と程度 | <input type="checkbox"/> 利用者の状態に合わせた薬の内服方法を教育する
<input type="checkbox"/> 薬剤の使用方法を教育・指導
<input type="checkbox"/> 副作用の指導
<input type="checkbox"/> 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確認する
<input type="checkbox"/> 利用者の嗜好に合わせた食事ととれるよう調理方法の工夫を考える
<input type="checkbox"/> 現在行っている食事方法から、どこまで医療的介入を行うか(経口→胃ろう→点滴)利用者の嗜好の意向を把握する
<input type="checkbox"/> ムセなどがある場合には、食事形態を変更するよう指導
<input type="checkbox"/> 水分摂取量の観察
<input type="checkbox"/> 清潔ケアの実施・指導
<input type="checkbox"/> 介護力不足の場合には、介護代替をする
<input type="checkbox"/> 口腔ケアの実施
<input type="checkbox"/> 通尿などあるときには、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
<input type="checkbox"/> 排泄の観察
<input type="checkbox"/> 排泄困難(ステージに合わせて)
<input type="checkbox"/> 排泄に関するケアの実施・教育
<input type="checkbox"/> 薬剤に副作用があるようであれば、医師に報告する
<input type="checkbox"/> 利用者・家族が排泄コントロールでできるような援助(経口・胃ろう・点滴、経下剤、経腸、経静脈)
<input type="checkbox"/> リンパマッサージ
<input type="checkbox"/> 主治医と相談し、状況にあった教育などの方針をもうける
<input type="checkbox"/> 安楽な体位を維持し、そのための環境を整える
<input type="checkbox"/> マッサージ
<input type="checkbox"/> クッションを用いたり、ベッドの角度を調整する
<input type="checkbox"/> 医師が必要と認めた状況に対して、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
<input type="checkbox"/> 本人の訴えをゆっくりと確認する
<input type="checkbox"/> フジカルアセスメント
<input type="checkbox"/> 口腔ケア
<input type="checkbox"/> SpO2
<input type="checkbox"/> スクリーニング
<input type="checkbox"/> 薬剤による副作用の指示確認
<input type="checkbox"/> 食事療法
<input type="checkbox"/> 感染の兆候(バイタルサイン、紅腫、発熱、痰の性状、量、尿の性状・量)を利用者・家族・医師が気づかないよう指導する | <input type="checkbox"/> 介護者が薬剤管理ができる
<input type="checkbox"/> 薬剤によるトラブルがない
<input type="checkbox"/> 本人の意向に合わせた食事ととれることができる
<input type="checkbox"/> 食事摂取に際しては、固執から柔軟が観察される
<input type="checkbox"/> 嚥下は安定している
<input type="checkbox"/> 水分が不足していない
<input type="checkbox"/> 皮膚が清潔に保たれている
<input type="checkbox"/> 新たな皮膚トラブルが起かない
<input type="checkbox"/> 排泄が良好、または改善する
<input type="checkbox"/> 排泄に関する苦痛・ストレスがない
<input type="checkbox"/> 排便コントロールができる
<input type="checkbox"/> 苦痛症状が軽減できる
<input type="checkbox"/> 2次の疾患を併発させない
<input type="checkbox"/> 新たな苦痛がない
<input type="checkbox"/> 臨床状況の急激な進行がない | | | | |

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 頻度 | 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) | 期待される成果に到達しなかった理由 |
|---|---|-----|----|--|--|----------------|-------------------|
| <div>□ADL・IADLの状況</div> <div>□地域の状況・程度</div> <div>□介護予防のためのケア(リハビリ)の実施</div> <div>□利用者・家族のニーズの把握(回数・場所・内容)</div> <div>□利用者のニーズを把握</div> <div>□意識レベル・表情・言動</div> <div>□自己ケア・転倒などの危険性</div> <div>□認知機能が低下した状態の観察や経過をスタッフ・介護者より把握</div> <div>□在宅環境整備</div> <div>□一日の過ごし方</div> <div>□睡眠時間</div> <div>□夜間の音・活動性の変化</div> <div>□睡眠の程度(睡眠・覚醒・夜間せん妄等)</div> <div>□夜間利用希望に対し、家族が気づくことではないか</div> <div>□利用者の睡眠に対する満足度</div> <div>□利用希望・家族の実施・管理状況</div> <div>□利用希望・家族への指導内容・理解度</div> <div>□トラブルの有無</div> <div>□医療処置は毎回手回し手回し方法がとれているか</div> <div>□必要な医療処置の承認と本人の意思</div> <div>□物品の準備状況</div> <div>□使用方法の理解度</div> | <div>日常生活動作</div> <div>□ADL・IADL低下</div> <div>□認知機能の低下</div> <div>□本人・家族の意欲</div> <div>症状悪化の予防と早期発見</div> <div>□肺炎</div> <div>□転倒</div> <div>□チューブ管の自己抜き</div> <div>睡眠</div> <div>□不安</div> <div>□夜間せん妄</div> <div>□介護者の処置技術</div> <div>□必要な医療機器の選択</div> | | | <div>□ADL/IADLの介助の実施・教育</div> <div>□利用者のADLレベルを高め、ニーズに合わせて生活環境を整える。</div> <div>□状態に応じたリハビリを介護者及びチームで実施する</div> <div>□認知予防の指導</div> <div>□認知機能が低下した状態の観察や経過をスタッフ・介護者より把握</div> <div>□在宅環境整備</div> <div>□一日の過ごし方</div> <div>□睡眠時間</div> <div>□夜間の音・活動性の変化</div> <div>□睡眠の程度(睡眠・覚醒・夜間せん妄等)</div> <div>□夜間利用希望に対し、家族が気づくことではないか</div> <div>□利用者の睡眠に対する満足度</div> <div>□利用希望・家族の実施・管理状況</div> <div>□利用希望・家族への指導内容・理解度</div> <div>□トラブルの有無</div> <div>□医療処置は毎回手回し手回し方法がとれているか</div> <div>□必要な医療処置方法を理解できる</div> <div>□医療処置は利用者への苦痛が最小限である</div> <div>□必要な医療機器を本人または家族が選択できる</div> <div>□必要な医療機器を本人または家族が選択できる</div> | <div>□不自由なく日常生活を営める</div> <div>□身体的苦痛を感じない</div> <div>□転倒を予防できる</div> <div>□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</div> <div>□服用性薬物群が起きない</div> <div>□転倒しない</div> <div>□利用者・家族が満足できる睡眠を確保できる</div> <div>□家族が夜間も安心して見守ることができる</div> <div>□必要な医療処置方法を理解できる</div> <div>□医療処置は利用者への苦痛が最小限である</div> <div>□必要な医療機器を本人または家族が選択できる</div> | | |
| <div>□現在利用しているサービスの有無</div> <div>□利用希望・家族がどのようなサービスを知っているか(区・市町村・各機関のサービスなど)</div> <div>□利用希望が外出(通院)できるか</div> <div>□利用希望・家族はケアチームにどのような期待をしているか確認</div> <div>□往診の有無</div> <div>□24時間連絡相談の体制が整っているのか</div> <div>□急変・緊急時の対応先の有無</div> <div>□緊急時の対応方法の理解の確認</div> <div>□具体的なケア方法の統一ができているか</div> <div>□ケアチームの連絡状況(意思疎通の状況・情報の共有化・意思の統一)確認</div> | <div>在宅における必要なサービス</div> <div>□連絡先は保たれているか</div> <div>□転倒の危険性</div> <div>□社会資源の活用不足</div> <div>□本人・家族が希望するサービス</div> <div>□専門職からみた必要なサービス</div> <div>チームケアの連携体制</div> <div>□チームの連携ができていない</div> <div>□緊急時の対応</div> | | | <div>□在宅で必要なサービス・必要物品の選定・調達・準備を利用者の状態に合わせて実施する</div> <div>□生活環境整備</div> <div>□転倒の予防</div> <div>□ケアマネジャーとの連携</div> <div>□今後の在宅療養についてサポートできる範囲を明確に提示する</div> <div>□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</div> <div>□ケアチーム内で調整会議をする</div> <div>□利用者等へケアノートをおく</div> <div>□連携した内容は担当看護師及びチームで共有する</div> <div>□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</div> <div>□外未受診が負担であれば、往診に切り替える</div> <div>□往診の連絡・必要性の説明</div> <div>□利用者・家族に24時間体制についての具体的な連絡方法を伝える</div> <div>□ケアチーム及び、区・市町村窓口において利用できるサービスを有効活用する</div> <div>□負担する負担とすりあわせをしながら状態に応じたサービスを導入する</div> | <div>□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しない</div> <div>□連絡がスムーズで、チームに対する不安がない</div> <div>□新たな外傷、骨折を生じない</div> <div>□精神にそったケアを受けている</div> <div>□連絡がスムーズで、チームに対する不安、不満がない</div> <div>□ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる</div> <div>□主治医をだれにするのか意思を伝えることができる</div> <div>□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</div> <div>□経済的負担を最小限にできる</div> | | |
| 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 | | | | | | | |
| 必要なケアが適切に提供されるように、人、物、経済面等の環境づくりを支援すること | | | | | | | |

| アセスメント内容 | 判断 | 重要度 | 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) | 期待される成果に到達しなかった理由 |
|---|--|---------|---|---------------|---|-------------------|
| 3. 家族・親族の関係性
本人を中心とした家族関係の再構築を図る。ケアの方向性およびどのような目標を達成するかを明確にすること | 家族介護力・介護体制
□介護負担
□介護拒否
□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把握・調整をする
□介護者の健康状態をチェックする(バイタルサイン測定など)
□介護者の役割の分担
□介護者の役割の分担
□介護者の役割の分担
□在宅ケアを継続していくことへの思いを支援する | | □キーパーソンを中心に在宅介護ができる
□介護者が在宅介護を継続できる自信がもてる
□介護負担が軽減される
□他者による介護の導入に慣れる
□心理負担が軽減される | |
| 4. デスマネジメント
死にゆく人と家族が、死を乗り越えるようになるまで、受容(否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容)を促し、受け入れられるようマネジメントすること | 家族介護力・介護体制
□介護負担
□介護拒否
□介護知識の不足 | | □本人・家族・親族のコミュニケーション
□家族成員としての役割強化
□意思決定ができている
□延命処置の希望 □何もしない
□利用希望・キーパーソンの在宅介護の意思の一致 | | □本人、家族、親族のコミュニケーションが円滑になる
□家族成員としての役割強化
□意思決定ができている
□延命処置の希望 □何もしない
□利用希望・キーパーソンの在宅介護の意思の一致 | |
| 5. 心理・精神的援助
本人・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、利用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 | 効果的なコミュニケーション(本人と家族)
□拒否
□うつ
□不安
□苛立ち
□孤独感
□恐れ
□怒り
□動揺 | | □利用希望・家族それぞれの思いを傾聴できるような関係の確立と関係性を築く
□十分に傾聴できる時間をつくる
□利用希望・家族の思いを引き出し、受容する
□傾聴している状態については、修正をする
□今までやってこられたことへのねぎらいの言葉かけ
□サービスの目標・方法の統一
□ケアチームカンファレンスの際、利用希望・家族の思いを共有する | | □今後どのように過ごしていくかを相談できる
□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希望、家族を支援できる | |
| 6. スピリチュアルケアへの援助
自己の人生に意味・価値を見出すこと | □安らかな時間の確保 | | □家族みずから生活が送れるよう支援する | | □家族としての十分なコミュニケーションを図れる | |
| 再入院の有・無 | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: |
| 再入院の有・無 | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: | 再入院の理由: |