

時期別ケア目標 密接な家族関係を保持し、不安なく看病できる 延命治療中止(ギアチェンジを行う) * 回答はすべて赤字でお願いします。

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() 姓 主介護者(○)副介護者(○)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. 医療保険 2. 介護保険 3. 医療保険と介護保険
障害者の日常生活自立度
1. 正常、全く障害を有しない
2. ランクJ: 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A: 屋内で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B: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、退出を保つ (B1・B2)
5. ランクC: 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)

◎本事例に与っての重要度 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
◎訪問看護師によ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

- 1. パリアンスを子エックする目的は、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、そのままでよいのですが、標準化するには該当しなかったものを捨却する必要があるからです。
2. 各「ケア行動」に別添紙を添付して実施できなくなった理由に「パリアンスコード」の番号を、「期待される成果」に別添紙を添付して「期待される成果」に到達しなかった理由に「パリアンスコード」番号を記入して下さい。
3. 表中に標準的アセスメントやケア行動として必要となるものが不足している場合は、赤字で記入して下さい。

- パリアンスコード: 必要ケアを実施できなかった理由/期待される成果に到達できなかった理由
1. 利用者の心身状態の悪化/到達できなかった
2. 利用者の意思/同意の不足/到達できなかった
3. 家族が意思/同意の不足/到達できなかった
4. スタッフの数が足りないため/到達できなかった
5. スタッフの能力不足のため/到達できなかった
6. 生活上の問題/同意の不足/到達できなかった
7. 連絡先の確認/担当者の変更/到達できなかった
8. 社会資源が不足していたため/到達できなかった
9. 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/到達できなかった
11. 対象には不必要・非該当

Table with columns: 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. Rows include: 1. 基本的ニーズへの援助, 日常生活を維持するのに欠けている、主に身体機能を補うための援助, 薬剤の管理, 栄養管理, 水分摂取量の調節, 清潔ケアの実施・指導, 排泄ケアの実施, ヘルパーへの介助、援助方法の指導, 排泄に関するケアの実施・教育(オムツの当て方など), 褥瘡ケアの実施(オムツの当て方など), リンパマッサージ, 主治医と相談し症状にあった教育・クリムなど処方してもらう.

1. 基本的ニーズへの援助	アセスメント内容	判断	重要度	難易度	ケア行動	ケアが実施できなかった理由	期待される成果(アウトカム)
<p>1. 基本的ニーズへの援助</p>	<p>呼吸器・循環器疾患の症状観察・判断</p> <p>心音・肺音・腸音</p> <p>心臓音・心音の強さ、肺雑音・s3・s4入り</p> <p>呼吸や脈の増加の有無</p> <p>呼吸・脈・血圧の必要性</p> <p>SpO2</p> <p>呼吸音・チアノーゼの有無(下嚥時呼吸になっていないか)</p> <p>意識レベル・表情・音動</p> <p>予測される今後の症状</p> <p>意識変化が現れた正常な時期や経過をスタッフ・介護者より把握</p> <p>ADL・IADLの状態</p> <p>拘縮の部位・程度</p> <p>利用者のニーズを把握</p> <p>一日の過ごし方</p> <p>夜間せん妄の有無と程度</p> <p>睡眠時間</p> <p>便秘の程度(遠隔・排便、夜間せん妄等)</p> <p>訪問利用者に対し家族が気づくことはいいか</p> <p>利用者の状態に対する満足度</p> <p>家族の知識・理解・管理状況</p> <p>家族への指導内容・理解度</p> <p>必要と認識しているケアの理解と本人の意思</p>	<p>症状悪化と早期発見</p> <p>肺炎</p> <p>心不全</p> <p>浮腫</p> <p>脱水貯留</p> <p>胸水貯留</p> <p>出血</p> <p>下血(タール便になっていないか)</p> <p>吐血</p> <p>ADL・IADL低下</p> <p>関節可動域の制限</p> <p>本人・家族の意欲</p> <p>睡眠</p> <p>夜間せん妄</p> <p>不眠</p> <p>介護者の処置技術</p> <p>必要な医療機器の選択</p>			<p>ケア行動</p> <p>フィジカルアセスメント</p> <p>口腔ケア</p> <p>スクワイジング</p> <p>薬剤による呼吸器の持続管理</p> <p>呼吸器の高レベル(ハイフローカニ、加湿、吸引、痰の性状・量、痰の性状・量)を利用者・家族・医療者が見送さないよう援助する</p> <p>予測される症状について事前に説明する</p> <p>症状が重なる場合は利用時・家族に指導、対応方法を事前に説明し、必要に応じて看護師(専門知識)の援助を受ける</p> <p>介護方法で注意すべき点について指導</p> <p>ADL/IADLの介助の要請・教育</p> <p>利用者のADLレベルを上げ、ニーズに合わせた生活環境を整える。</p> <p>利用者・家族と相談し状態に合わせて入浴剤、安眠剤などを提供する</p> <p>本人の訴えを傾聴する</p> <p>できるだけ、本人に付き合うよう家族に指導する</p> <p>夜間は本人の傍で家族が過ごせる体制をつくる</p> <p>医療機器・処置の観察点と方法の指導</p> <p>必要に応じてネブライザー、加湿器、吸引器などを使用すること説明する</p> <p>点滴・酸素療法などもできることを説明する(プリント、デモ)を随時見せていく</p>	<p>家族介護者が利用者の症状の悪化に動揺し、パニックにならない</p> <p>在宅生活に必要な知識や技術、症状の悪化に対する対応方法を理解できる</p> <p>不自由なく日常生活を安楽に営める</p> <p>利用者が安心感を得ることが出来る</p> <p>家族が夜間も安心して見守ることが出来る</p> <p>医療知識は利用者への苦痛が最小限である</p> <p>機器を使用することによるプリント・デモを理解できる</p> <p>家族が自己決定できる</p>	
<p>2. 社会的役割</p> <p>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</p>	<p>現在利用しているサービスの有無</p> <p>介護認定や障害者の必要性の有無</p> <p>介護者・家族はチームにどのような期待をしているか</p> <p>利用時、家族はチームにどのような期待をしているか</p> <p>終末期に向けた権利保護、介護用品の選択がなされているか(吸引器、吸入器)</p> <p>終末期に向けたケアチームの連携の構築はどうか</p> <p>24時間連絡相談の体制が整っているか</p> <p>急変、緊急時の対応の有無</p> <p>緊急時の対応方法の理解の程度</p> <p>具体的なケア方法の統一ができていないか</p> <p>ケアチームの連携状況(緊急時の状況、情報の共有化、緊急の一環)</p> <p>ケアマネジャーを中心としたケアプランを他職種で共有しているか</p>	<p>在宅における必要なサービス</p> <p>社会資源の活用</p> <p>介護認定再調査の必要性</p> <p>終末期にあわせて必要なサービス</p> <p>利用する機器は選択できているか</p> <p>ケアチームの連携の不足はないか</p> <p>チームケアの連携体制</p> <p>緊急時(24時間)連絡体制</p> <p>緊急時の対応</p>			<p>ケアが実施できなかった理由</p> <p>必要なサービス、必要物品が無い、身の回りの環境がスムーズで、チームに対する不安がない</p> <p>利用者・家族は期待に合ったケアを受けている</p> <p>医療機器や処置方法を本人・家族で選択し決定することができる</p> <p>連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない</p> <p>ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる</p> <p>緊急時に対する対応が確保でき、在宅での看取りの体制が確立できる</p> <p>経済的負担を最小限にできる</p>	<p>必要なサービス、必要物品が無い、身の回りの環境がスムーズで、チームに対する不安がない</p> <p>利用者・家族は期待に合ったケアを受けている</p> <p>医療機器や処置方法を本人・家族で選択し決定することができる</p> <p>連携がスムーズで、チームに対する不安、不満がない</p> <p>ケアチーム内で必要時連絡がとれる体制を確立できる</p> <p>緊急時に対する対応が確保でき、在宅での看取りの体制が確立できる</p> <p>経済的負担を最小限にできる</p>	
<p>3. 家族・親族の関係構築</p> <p>本人を中心とした家族関係の悪化に際して、ケアの方向性およびどのような最善策を迎えるか意識を統一すること</p>	<p>介護者の有無</p> <p>介護者の関係の把握</p> <p>介護者の理解力</p> <p>介護者の体力</p> <p>介護者の介護技術</p> <p>介護者の知識・技能</p> <p>介護者の状況</p> <p>家族・親族・近隣の協力関係の把握</p> <p>家族の状況、家庭内での仕事の役割分担</p> <p>介護者が近頃負担できているか</p>	<p>介護力・介護体制</p> <p>介護負担感</p> <p>介護拒否</p> <p>介護知識の不足</p>			<p>介護力・介護体制</p> <p>介護負担感</p> <p>介護拒否</p> <p>介護知識の不足</p> <p>介護者の介護力</p> <p>介護者の介護技術</p> <p>介護者の知識・技能</p> <p>介護者の状況</p> <p>家族・親族・近隣の協力関係の把握</p> <p>家族の状況、家庭内での仕事の役割分担</p> <p>介護者が近頃負担できているか</p>	<p>ケアマネジャーを中心としたケアプランを他職種で共有しているか</p> <p>介護者の有無</p> <p>介護者の関係の把握</p> <p>介護者の理解力</p> <p>介護者の体力</p> <p>介護者の介護技術</p> <p>介護者の知識・技能</p> <p>介護者の状況</p> <p>家族・親族・近隣の協力関係の把握</p> <p>家族の状況、家庭内での仕事の役割分担</p> <p>介護者が近頃負担できているか</p>	<p>ケアマネジャーを中心としたケアプランを他職種で共有しているか</p> <p>介護者の有無</p> <p>介護者の関係の把握</p> <p>介護者の理解力</p> <p>介護者の体力</p> <p>介護者の介護技術</p> <p>介護者の知識・技能</p> <p>介護者の状況</p> <p>家族・親族・近隣の協力関係の把握</p> <p>家族の状況、家庭内での仕事の役割分担</p> <p>介護者が近頃負担できているか</p>

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)	期待しなかつた理由	
3. 家族・親族の関係調整	<input type="checkbox"/> 利用者・家族・親族との協力関係 <input type="checkbox"/> 親族が利用者の在宅療養にどのように関わっているか <input type="checkbox"/> 今後在宅で過ごすのか、入院治療をするのか <input type="checkbox"/> 利用者・家族の意向 <input type="checkbox"/> 家族内で連絡が取れ、意見の一致があるかどうか <input type="checkbox"/> 延命治療に対する希望の有無	<input type="checkbox"/> 本人・家族・親族のコミュニケーション <input type="checkbox"/> 重要決定ができていない <input type="checkbox"/> 延命処置の希望 <input type="checkbox"/> 利用者・キーパーソンの医療知識や延命処置の意見の一致			<input type="checkbox"/> 利用者・家族・親族との関係が良好に保てるよう配慮する <input type="checkbox"/> 見守り・情報提供 <input type="checkbox"/> 医療知識や意向に対する本人・家族の意向を再度確認する <input type="checkbox"/> 医療知識や意向に対する不安を聞き、どこまで行のか家族内で決定できるように支援する <input type="checkbox"/> 本人・家族の意見を尊重する	<input type="checkbox"/> ケアの方向性、およびどのような療養を望まれるか家族、親族の意見を統一できる <input type="checkbox"/> 本人および家族、親族内で意思の統一ができる	<input type="checkbox"/> ケアの方向性、およびどのような療養を望まれるか家族、親族の意見を統一できる <input type="checkbox"/> 本人および家族、親族内で意思の統一ができる	<input type="checkbox"/> 本人が家族、親族にメッセージを渡すことができる
4. デスマネジメント	<input type="checkbox"/> 利用者、家族の死への受け止め方 <input type="checkbox"/> 死までのプロセスの理解度・思い <input type="checkbox"/> 死後の対応について具体的なイメージを持っているか <input type="checkbox"/> どこまで最終を望みたいか <input type="checkbox"/> 利用者・家族の混乱の有無、程度 <input type="checkbox"/> 家族・親族への連絡方法 <input type="checkbox"/> お別れをしたい親族を呼んでいるか <input type="checkbox"/> 本人が会いたい人を呼んでいるか <input type="checkbox"/> 本人がメッセージを残しているか <input type="checkbox"/> 家族も本人にメッセージを伝えているか	<input type="checkbox"/> 家族の死の不安・恐怖 <input type="checkbox"/> 死の受容プロセス <input type="checkbox"/> 否認 <input type="checkbox"/> 怒り <input type="checkbox"/> 取りつ <input type="checkbox"/> 嘆息 <input type="checkbox"/> 死を望むときの具体的なイメージはあるか <input type="checkbox"/> お別れの場面のセッティング <input type="checkbox"/> 初期のメッセージ <input type="checkbox"/> 役割分担			<input type="checkbox"/> 死に対する恐怖や不安、どのように受け止めているのか <input type="checkbox"/> 死が近いことを家族に伝える <input type="checkbox"/> 陣々に現れてくる身体的精神的症状に対して、どのような対応するべきか提案する <input type="checkbox"/> 在宅で看取りができるかどうか、またできることの確認をする <input type="checkbox"/> どのような最終を望むかを把握する <input type="checkbox"/> 病院へ行ってでもできる処置に大きな変わりはないことを伝える <input type="checkbox"/> お別れをしたい親族・友人などを呼ぶよう家族に伝える <input type="checkbox"/> 最終まで互は話し合っていることを伝え、本人に伝えたいことを伝えるよう環境を整える	<input type="checkbox"/> 本人が家族、親族にメッセージを渡すことができる	<input type="checkbox"/> 本人が家族、親族にメッセージを渡すことができる	<input type="checkbox"/> 本人が家族、親族にメッセージを渡すことができる
5. 専任・派遣・医師が不在	<input type="checkbox"/> 死別後の状況 <input type="checkbox"/> 遺族の思い <input type="checkbox"/> 遺族の準備 <input type="checkbox"/> 遺族の準備、意欲 <input type="checkbox"/> 希望する状態はあるか	<input type="checkbox"/> 家族の看取りの満足感 <input type="checkbox"/> 家族の悲嘆			<input type="checkbox"/> 死後の処置を家族とともに行う <input type="checkbox"/> 本人もしくは、家族の希望していた状態を看る <input type="checkbox"/> 本人、遺族ともに頑張ったこと、ねぎらいの気持ちを伝える	<input type="checkbox"/> 満足いく看取りができたことを遺族が感じることができる	<input type="checkbox"/> 満足いく看取りができたことを遺族が感じることができる	<input type="checkbox"/> 満足いく看取りができたことを遺族が感じることができる
6. 心理・精神的援助	<input type="checkbox"/> 精神状態の観察(言語的、非言語的) <input type="checkbox"/> 会話の状態 <input type="checkbox"/> 利用者に対する家族の反応 <input type="checkbox"/> 家族に対する利用者の反応 <input type="checkbox"/> 利用者・家族の精神的負担 <input type="checkbox"/> 現在まで強いになっていること、今後不安に感じていること <input type="checkbox"/> 利用者・家族の意欲の観察はよいか <input type="checkbox"/> 利用者、家族の思いを他の医療スタッフが知っているのか <input type="checkbox"/> 病棟では考えられない在宅ケアでしか得られないことになったか <input type="checkbox"/> 利用者・家族の在宅での不安の有無 <input type="checkbox"/> 利用者、家族が安らかな時間を過ごしているか	<input type="checkbox"/> 効果的なコーピング(家族) <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 祈り <input type="checkbox"/> 孤独感 <input type="checkbox"/> 恐れ <input type="checkbox"/> 怒り <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 安らかな時間の確保			<input type="checkbox"/> 利用者・家族それぞれそれぞれの思いを傾聴できるような関係の確立と援助を望める <input type="checkbox"/> 十分に傾聴できる時間をつくる <input type="checkbox"/> 利用者・家族の思いを引き出し、受容する <input type="checkbox"/> 傾聴している状態については、修正をする <input type="checkbox"/> 今までやってこられたことへのねぎらいの言葉かけ <input type="checkbox"/> 在宅で過ごさせていること、過ごさせたことの満足感を引き出し、満足を与える <input type="checkbox"/> 本人、家族が感じていること、求めるものは伝えられるよう支援する <input type="checkbox"/> サービスの目標・方法の統一 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 家族が気づけず生活が送られるよう支援する	<input type="checkbox"/> 在宅で過ごさせていること、過ごさせたことの満足感を望める <input type="checkbox"/> 家族としての十分なコミュニケーションを図れる	<input type="checkbox"/> 在宅で過ごさせていること、過ごさせたことの満足感を望める <input type="checkbox"/> 家族としての十分なコミュニケーションを図れる	<input type="checkbox"/> 在宅で過ごさせていること、過ごさせたことの満足感を望める <input type="checkbox"/> 家族としての十分なコミュニケーションを図れる
7. スピリチュアルケアへの援助	<input type="checkbox"/> 利用者、家族の人生・価値観 <input type="checkbox"/> 今までの人生をどのように捉えているのか <input type="checkbox"/> 利用者、家族が思い残していることはあるか	<input type="checkbox"/> 生きることの目標(生きていくこと・存在していること・目標はどこか)の消失 <input type="checkbox"/> 思い出、生きてきた実績、誇りなどの喪失			<input type="checkbox"/> 利用者・家族の人生観を傾聴する <input type="checkbox"/> 家族に合わせた関係者(神父、牧師)と会えるようセッションを行う <input type="checkbox"/> 本人の思いになること、やり残していることを実現する <input type="checkbox"/> 利用者・家族の楽しみとなるイベントを実施する	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の人生観が尊重される <input type="checkbox"/> 利用者、家族が自分たちらしさをまっとうできている <input type="checkbox"/> 利用者・家族が思い残している生活が実現できている <input type="checkbox"/> 思いになること、やり残していることが解決できている	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の人生観が尊重される <input type="checkbox"/> 利用者、家族が自分たちらしさをまっとうできている <input type="checkbox"/> 利用者・家族が思い残している生活が実現できている <input type="checkbox"/> 思いになること、やり残していることが解決できている	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の人生観が尊重される <input type="checkbox"/> 利用者、家族が自分たちらしさをまっとうできている <input type="checkbox"/> 利用者・家族が思い残している生活が実現できている <input type="checkbox"/> 思いになること、やり残していることが解決できている

再入院の理由: () 再入院の具体的な理由: () 緊急訪問回数: () 随死における通常訪問回数: () 随死における緊急訪問回数: ()

徐々に衰退する高齢者ターミナル記入フォーム（死別期） ID0000-0000

時期別ケア目標

遺族が心身共に安全に過ごせるようになる
悲嘆からの回復の援助

- 1 バリアンスを子エックする目的は、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れば、赤で記入して下さい。

<p>バリアンスコード：必要なケアを実施できなかった理由/期待される成果に到達できなかった理由</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の心身条件のため実施/到達出来なかった 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 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 4. スタッフの数が足りないため実施/到達できなかった 5. スタッフの能力不足のため実施/到達できなかった 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 連携上の問題があり実施/到達できなかった 7. 連携先の機関・担当事者が連絡をばたさなかった 8. 社会資源が不足していたため実施/到達できなかった 9. 社会資源の質に問題があり実施/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します。

◎ 本事例にのっての重要度 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

◎ 訪問看護士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
<p>7. 尊厳・悲嘆・死別サポート 様々な現れ方を示す悲嘆を死にゆく人や家族と分ち合ひ、新しい関係を作り出せるよう支援すること</p> <p>グリーフケア <input type="checkbox"/> 死亡1か月後、1年後の家族の状況把握 <input type="checkbox"/> 悲嘆のプロセスの把握 <input type="checkbox"/> 在宅にて過ごしていた時の家族の死に対する受け止め方把握 <input type="checkbox"/> 死別時の状況把握 <input type="checkbox"/> 遺族の思い <input type="checkbox"/> 後悔の有無 <input type="checkbox"/> 未解決の悲嘆がないか観察 <input type="checkbox"/> 死後の処置は家族の希望に沿ったものであったか <input type="checkbox"/> 遺族の身体的アセスメント <input type="checkbox"/> 生活状況のアセスメント <input type="checkbox"/> チームとしてケアをどう捉えているのか、チーム間での確約</p>	<p>家族の悲嘆と喪失 <input type="checkbox"/> 悲嘆 <input type="checkbox"/> 後悔 <input type="checkbox"/> 喪失感 在宅で看取ったことの満足感 <input type="checkbox"/> 満足感 遺族の身体的・精神的問題 <input type="checkbox"/> 身体的問題 <input type="checkbox"/> 精神的問題 <input type="checkbox"/> チームとしての評価</p>	<p>.....欄に1つずつ番号記入</p>	<p>.....欄に1つずつ番号記入</p>	<p><input type="checkbox"/> 思いを引き出し、思いを傾聴する <input type="checkbox"/> 家族の後悔の部分には、一度思いを受け、修正をする <input type="checkbox"/> 死亡1か月後、1年後に家族とコンタクトをとる <input type="checkbox"/> 在宅で看取れたのも、家族の頑張りがあったこと、よくやったことを伝える <input type="checkbox"/> 利用できる社会資源を使用する <input type="checkbox"/> ケアチームカンファレンスをやる</p>	<p>.....欄に1つずつ番号記入</p>	<p><input type="checkbox"/> 満足いく看取りがとれたことを遺族が認識する <input type="checkbox"/> 遺族が死を乗り越え、立ち直って生活に戻れる <input type="checkbox"/> 精神的・身体的に大きな異常がない <input type="checkbox"/> ケースを通して、ケアチーム内での意識の統一や連携の強化ができる</p>	<p>.....欄に1つずつ番号記入</p>

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

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
	下から選り番号で記入(1から7)の 場合は具体的に記入 その他	解決(O)・未解決(x)	日動(O)・準夜(△)・深夜(◎)	日動(O)・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 その他	スタッフ不足 サービスの経済的制約 サービスの経済的制約 その他
導入期	1回目					
	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. 本人の症状の悪化(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
 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	緊急訪問の時間帯	緊急訪問の内容	訪問が必要だった訪問できなかった理由
	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(x)	日動(○)・準夜(△)・深夜(◎)	日動(○)・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 その他	訪問がなかった理由 ○をつけて下さい(複数可) 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
6回目						
7回目						
8回目						
9回目						
10回目						
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

- 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Ⅲ 遺族によるサービス体制とサービス効果に対する評価

訪問看護師 各位

平成 16 年 2 月 6 日

「ご遺族様への調査票（在宅サービスとQOLに関する調査票）配布のご協力
のお願い」

拝啓

皆様におかれましては、お忙しい毎日をお過ごしのことと存じます。
私どもは、在宅サービスをご利用される方が在宅で安らかな死を迎えられる
ために、医療・保健・福祉サービスのあり方を検討しております。

この度、厚生労働省の研究により、東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学
教室では、訪問看護機関のご協力を得て、利用者様への在宅サービスについ
ての調査を行うこととなりました。

この調査は、在宅サービスをご利用された方のご感想やご意見をお伺いし、
今後のよりよい在宅サービスのあり方と訪問看護を中心として訪問制度の制約
に対する制度改革を検討するためのものです。

皆様の貴重なご意見やご感想をお聞かせいただきますために、お忙しいとは
存じますが、ご協力のほどを何卒宜しくお願い致します。

敬具

調査実施機関：東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学教室
調査担当者：島内 節

記入上の注意

1. 利用者様タイプAはがん高齢者の方用、タイプBは徐々に衰退する高齢者
用です。お間違えのないように郵送して下さい。
 2. 利用者様のID番号を必ず記入してください。
 3. 調査票は1枚です。お願い文と調査票A3を1枚です。
 4. 調査票は、ご本人様を看取られた後、ご家族の方に調査にご協力をお願い
の上、郵送してください。
 5. ご家族の方が調査票を受け取ってから1週間以内に、同封の返信用封筒に
入れて、返信して下さいますようお願いしてください。
 6. ご記入は介護者あるいは家族でできるだけご本人様に身近な存在であった
方がご記入下さるようお願いしてください。
 7. 調査票を返送したかどうか確認や促しをしていただけると幸いです。
- この調査の内容や記入に関するお問い合わせは、下記にお願いいたします。

〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45

東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学教室

島内研究室 電話：03-5803-5355

ご家族 様

平成16年2月6日

様のご逝去を悼み、謹んでお悔やみ申しあげますとともに、心からご冥福をお祈りいたします。

私ども東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学教室では、在宅サービスをご利用される方が在宅で安らかな死を迎えられるために、厚生労働省の研究により、サービス内容・方法を含めて制度改革に結びつけることを考えております。そこでこの度、訪問看護機関の御協力を得て、在宅サービスに関わる調査を行うこととなりました。

この調査は、在宅サービスを利用されながら在宅で看取られたご家族様のご感想やご意見をお伺いし、今後のよりよい在宅サービスのあり方を考えるためのものです。調査の内容は、統計的にまとめ、個人の回答をそのまま公表する事はありません。どうぞ率直なご回答をお寄せください。

皆様の貴重なご意見やご感想をお聞かせいただきますよう、御協力をよろしくお願いいたします。

調査協力機関：おもて参道訪問看護ステーション

調査実施機関：東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学教室

調査担当者：島内 節

記入上の注意

1. 調査票は1枚です。
2. ご記入は介護者あるいは家族でできるだけご本人様に身近な存在であった方がご記入ください。
3. 調査票を受け取ってから1週間以内に、返信用封筒に入れて返送をお願いいたします。

この調査の内容や記入に関するお問い合わせは、下記をお願いいたします。

〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45

東京医科歯科大学大学院在宅ケア看護学教室

島内研究室 電話：03-5803-5355

在宅サービスに対するご意見・ご感想 (看取り後記入)

No. 1

アンケートの記入者：亡くなった方から見て (1. 配偶者 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. その他)

あなたの年齢 () 歳 ご本人が亡くなられた 年 月

在宅療養中のサービスについてお伺いします。下記の問いの該当する番号に○をつけ、空欄にはご意見をお書きください。

注) サービス：ご本人・ご家族にかかわったすべてのサービス

質問		回答				
		とても思う	やや思う	あまり思わない	思わない	
サービス満足度	尊重・尊厳性	1. ご本人やご家族の個人情報を守ってくれていましたか	4	3	2	1
		2. ご本人やご家族の権利や意見を尊重してくれましたか	4	3	2	1
		3. サービスに関わる人達は丁寧で礼儀正しく接してくれましたか	4	3	2	1
		4. ご本人・ご家族のいつもの生活の仕方を尊重してくれましたか	4	3	2	1
	サービスの選択	5. サービスに対する希望を聞き入れてくれましたか	4	3	2	1
		6. ご本人やご家族がサービスをなるべく自分で決められるように対応してくれましたか	4	3	2	1
		7. 希望する種類や内容のサービスを利用できましたか	4	3	2	1
	サービスの信頼性	8. サービスの回数や時間帯に満足できましたか	4	3	2	1
		9. サービスを選ぶためにサービス内容の説明は十分でしたか	4	3	2	1
		10. サービス提供者の判断は信頼できるものでしたか	4	3	2	1
		11. 行われたサービスの技術は適切でしたか	4	3	2	1
	サービスの統合・調整機能	12. ご本人・ご家族の代弁者となって必要な機関やサービス提供者への連絡をしてくれましたか	4	3	2	1
		13. 困ったときの連絡先や窓口をすぐ利用できる体制でしたか	4	3	2	1
		14. 困っている問題に対して早めに対応してくれましたか	4	3	2	1
	効率性	15. 違うスタッフが来てもサービスの説明や手順は一致していましたか	4	3	2	1
		16. サービスの申し込みからサービス開始まで迅速な対応でしたか	4	3	2	1
		17. サービスは金額に見合った内容だと思いましたか	4	3	2	1
サービス提供法の評価	インテーク	18. サービス開始前にサービス契約条件は明確でしたか	4	3	2	1
		19. サービス開始前に契約書を交わしましたか	4	3	2	1
	実施・モニタリング	20. サービスの目標、サービスの週間予定を説明してくれましたか	4	3	2	1
		21. 病気の状態に応じてサービス変更の説明がありましたか	4	3	2	1
		22. 解決して欲しい問題を確認してくれましたか	4	3	2	1
サービス効果評価	効果	23. 予測される状態の変化と対処方法を具体的に説明してくれましたか	4	3	2	1
		24. 実施されたサービスにより症状や生活が安定しましたか	4	3	2	1
		25. サービスにかかわる人達は不安をきちんと受け止めてくれましたか	4	3	2	1
		26. サービスがご家族の心身を楽にしてくれましたか	4	3	2	1

最後に在宅サービスについてのご意見・ご要望がありましたら、下記にご自由にお書き下さい。

10□□□-□□□

サービス効果や生活上の問題に関する調査 (タイプA) No. 2

亡くなりになる1週間ぐらいの間の状態について、ご家族で介護を中心になさった方が看取りの後にご記入ください。

在宅療養中に受けられた訪問看護師を中心とするサービスに関してのご本人・ご家族の状態についてお伺い致します。下記の該当する番号に○をつけ、空欄にはご意見をお書き下さい。

質問		回答		とても思う	やや思う	あまり思わない	思わない	非該当
疼痛その他の苦痛症状	1. 呼吸をするのが苦しそうに感じましたか	4	3	2	1			
	2. 苦痛やだるさがありましたか	4	3	2	1			
	3. 皮膚に関する問題がありましたか	4	3	2	1			
	4. 痛みをおさえることはできていたと思いますか	4	3	2	1			
	5. 痛み止めの薬の副作用について十分な説明がありましたか	4	3	2	1			
	6. 痛みが強い時、薬を使うことに不安はありましたか	4	3	2	1			
	7. ご本人の状態の変化をご家族は受け入れることができましたか	4	3	2	1			
心理・精神的援助	8. 訪問看護師は訴えに耳を傾け、気持ちをわかってくれましたか	4	3	2	1			
	9. 自分達の考え、気持ちを訪問看護師に安心して話せましたか	4	3	2	1			
	10. 訪問看護師に支えられていると感じましたか	4	3	2	1			
	11. ご本人は夜間、不安なく過ごしていたと思いますか	4	3	2	1			
社会的援助	12. 看護師を中心としたサービス提供者は一体となって援助してくれましたか	4	3	2	1			
	13. 緊急時の対応は十分でしたか	4	3	2	1			
	14. 訪問看護以外のサービスは十分に利用できましたか	4	3	2	1			
	15. 指導を受けた処置について問題なく実施できましたか	4	3	2	1			
	16. 医療機器や医療処置についてご意見は聞いてもらえましたか	4	3	2	1			
精神的苦痛	17. ご本人に対して、やり残したことはないと感じていますか	4	3	2	1			
	18. 楽しみ(食事会、旅行、会いたい人に会える機会、目標達成など)を経験できましたか	4	3	2	1			
死の準備	19. ご家族は、死を自然なこととして受け入れられましたか	4	3	2	1			
	20. ご本人からご家族へメッセージが残されましたか	4	3	2	1			
	21. ご家族からご本人へメッセージを伝えることができましたか	4	3	2	1			
	22. 在宅で看取ることを自分たちで決めることができましたか	4	3	2	1			
家族・親族との関係調整	23. ご本人とご家族は同じ目標で死に向かっていくことができましたか	4	3	2	1			
	24. ご本人とご家族の会話は十分にとれましたか	4	3	2	1			
	25. ご本人は家族の一員として役割を全うできたと思いますか	4	3	2	1			
	26. ご家族は、安定した介護ができましたか	4	3	2	1			
基本的	27. 排泄に関してご本人は、苦痛やストレスを感じていたと思いますか	4	3	2	1			
	28. ご本人は在宅療養生活を心地よく送ることができたと思いますか、	4	3	2	1			
亡くなった後についてお答え下さい。								
死別後	29. 安らかな最期であったと感じていますか	4	3	2	1			
	30. ご本人の亡くなった後、家族に対して訪問看護師より心身共に看護がなされましたか	4	3	2	1			
	31. ご家族として納得した看取りができたと思いますか	4	3	2	1			
	32. ご家族にとって在宅で看取りをしたことはよかったと感じていますか	4	3	2	1			
	33. 現在、あなたのお体の調子は良いですか	4	3	2	1			
亡くなった後、どのくらいの時期に訪問看護師による訪問を受けたいですか？ ()ヶ月以内								
自由記載欄								

在宅サービスに対するご意見・ご感想 (看取り後記入)

No. 1

アンケートの記入者：亡くなった方から見て（1. 配偶者 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. その他）

あなたの年齢（ ）歳 ご本人が亡くなられた 年 月

在宅療養中のサービスについてお伺いします。下記の問いの該当する番号に○をつけ、空欄にはご意見をお書きください。

注) サービス：ご本人・ご家族にかかわったすべてのサービス

質問		回答	とても思う	やや思う	あまり思わない	思わない
サービス満足度	尊重・尊厳性	1. ご本人やご家族の個人情報を守ってくれていましたか	4	3	2	1
		2. ご本人やご家族の権利や意見を尊重してくれましたか	4	3	2	1
		3. サービスに関わる人達は丁寧で礼儀正しく接してくれましたか	4	3	2	1
		4. ご本人・ご家族のいつもの生活の仕方を尊重してくれましたか	4	3	2	1
	サービスの選択	5. サービスに対する希望を聞き入れてくれましたか	4	3	2	1
		6. ご本人やご家族がサービスをなるべく自分で決められるように対応してくれましたか	4	3	2	1
		7. 希望する種類や内容のサービスを利用できましたか	4	3	2	1
		8. サービスの回数や時間帯に満足できましたか	4	3	2	1
	サービスの信頼性	9. サービスを選ぶためにサービス内容の説明は十分でしたか	4	3	2	1
		10. サービス提供者の判断は信頼できるものでしたか	4	3	2	1
		11. 行われたサービスの技術は適切でしたか	4	3	2	1
	サービスの統合・調整機能	12. ご本人・ご家族の代弁者となって必要な機関やサービス提供者への連絡をしてくれましたか	4	3	2	1
		13. 困ったときの連絡先や窓口をすぐ利用できる体制でしたか	4	3	2	1
		14. 困っている問題に対して早めに対応してくれましたか	4	3	2	1
		15. 違うスタッフが来てもサービスの説明や手順は一致していましたか	4	3	2	1
	効率性	16. サービスの申し込みからサービス開始まで迅速な対応でしたか	4	3	2	1
		17. サービスは金額に見合った内容だと思いましたか	4	3	2	1
サービス提供法の評価	インテーク	18. サービス開始前にサービス契約条件は明確でしたか	4	3	2	1
		19. サービス開始前に契約書を交わしましたか	4	3	2	1
	実施・モニタリング	20. サービスの目標、サービスの週間予定を説明してくれましたか	4	3	2	1
		21. 病気の状態に応じてサービス変更の説明がありましたか	4	3	2	1
		22. 解決して欲しい問題を確認してくれましたか	4	3	2	1
サービス効果評価	効果	23. 予測される状態の変化と対処方法を具体的に説明してくれましたか	4	3	2	1
		24. 実施されたサービスにより症状や生活が安定しましたか	4	3	2	1
		25. サービスにかかわる人達は不安をきちんと受け止めてくれましたか	4	3	2	1
		26. サービスがご家族の心身を楽にしてくれましたか	4	3	2	1

最後に在宅サービスについてのご意見・ご要望がありましたら、下記にご自由にお書き下さい。

10000-0000

サービス効果や生活上の問題に関する調査 (タイプB) No. 2

亡くなりになる1週間ぐらいの間の状態について、ご家族で介護を中心になされた方が看取りの後にご記入ください。

在宅療養中に受けられた訪問看護師を中心とするサービスに関してお伺い致します。下記の該当する番号に○をつけ、空欄にはご意見をお書き下さい。

質問		回答				非該当	
		とても思う	やや思う	あまり思わない	思わない		
基本的ニーズ	1. 薬剤管理は問題なくできましたか	4	3	2	1		
	2. ご本人の好みに合わせた食事をご本人はとることができたと思いますか	4	3	2	1		
	3. 皮膚に関する問題はありましたか	4	3	2	1		
	4. 排泄に関してご本人は、苦痛やストレスを感じていたと思いますか	4	3	2	1		
	5. ご本人は在宅療養生活を穏やかに送ることができたと思いますか	4	3	2	1		
	6. ご家族は、症状の変化を受け入れることができましたか	4	3	2	1		
	7. ご本人は安心感を得ていたと思いますか	4	3	2	1		
	8. 夜間も安心してご本人を見守ることができましたか	4	3	2	1		
	9. 必要な医療処置や機器を使用するかどうかを家族内で決めることができましたか	4	3	2	1		
	10. 医療処置はご本人への苦痛が最小限になるよう実施されましたか	4	3	2	1		
社会的支援	11. 必要なサービスや物品、身の回りの環境は整っていましたか	4	3	2	1		
	12. 必要なサービスの調整はスムーズで不安や不満はありませんでしたか	4	3	2	1		
	13. 緊急時の連絡体制は十分であったと思いますか	4	3	2	1		
家族関係の調整	14. 最後まで在宅療養を継続できる自信がもてましたか	4	3	2	1		
	15. ご家族の介護負担感がありましたか	4	3	2	1		
	16. ご本人、ご家族間の会話は十分にとれましたか	4	3	2	1		
死の準備	17. ご家族は、死を受け入れることができましたか	4	3	2	1		
	18. ご本人からご家族へメッセージが残されましたか	4	3	2	1		
	19. ご家族からご本人へメッセージを伝えることができましたか	4	3	2	1		
E別	20. ご家族は、納得した看取りができたと感じていますか	4	3	2	1		
	心理的援助	21. 自分達の考え、気持ちを安心して訪問看護師に話せましたか	4	3	2	1	
		22. 在宅で看取られたことに納得していますか	4	3	2	1	
23. 家族間で十分なコミュニケーションがはかれましたか		4	3	2	1		
精神的苦痛	24. ご家族には、やり残したことがあると思いますか	4	3	2	1		
	25. ご本人の人柄や価値観、人生観が尊重されましたか	4	3	2	1		
	26. 楽しみ(食事会、旅行、会いたい人に会える機会、目標達成など)を経験できましたか	4	3	2	1		
亡くなった後についてお答え下さい。							
死別後	27. 安らかな看取りであったと感じていますか	4	3	2	1		
	28. ご本人の亡くなった後、ご家族に対して訪問看護師より心身共に十分な看護がなされましたか	4	3	2	1		
	29. ご家族にとって自宅で看取りをしたことはよかったと感じていますか	4	3	2	1		
	30. 現在、あなたのお体の調子は良いですか	4	3	2	1		
亡くなった後、どの時期に訪問看護師による訪問を受けたいですか? ()ヶ月以内							
自由記載欄							

Support target by period :

Guarantee that primarily palliative care can be safely given at home with necessary medical treatment.

A home care team is made.

1 The purpose of examining Variance is to confirm the consistency between Assessment care action and desired outcome. Analysis and examination of the relation between assessment care action and desired outcome is for standardization.

2 Choose the reason and write a variance code number (a number followed by reason) in the answer section.

3 Fill in the blank in red if there's a lack of standard assessment or care action.

Variance code: The reason for

1. Client's physical or mental condition.
2. Client's refusal or unwillingness.
3. Client family member's refusal or unwillingness.
4. Lack of staff.
5. Staff's incompetence.
6. Problem about teamwork.
7. Functional problem about staff involved.
8. Lack of social capital.
9. Quality problem about social capital.
10. Others
11. Non-applicable

Care Categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance
1. Management of Pain Condition or Others Relief of physical symptoms, such as fatigue, loss of appetite, dyspnea, and nausea/vomiting	<input type="checkbox"/> Observation of breathing condition. <input type="checkbox"/> Fever or infection <input type="checkbox"/> Laboratory results <input type="checkbox"/> Patient course (problem, etc.) <input type="checkbox"/> In-out balance <input type="checkbox"/> Exudate <input type="checkbox"/> Heart and breath sounds <input type="checkbox"/> Observation of abdominal condition. <input type="checkbox"/> Dysphagia condition <input type="checkbox"/> Agony or except for pain <input type="checkbox"/> Observation of skin <input type="checkbox"/> Itchy <input type="checkbox"/> Stage of bedsores <input type="checkbox"/> Grade of pain <input type="checkbox"/> Does the patient know how to manage aggravated pain? <input type="checkbox"/> Level of consciousness <input type="checkbox"/> Resistance to medication therapy.	<input type="checkbox"/> Hydrothorax <input type="checkbox"/> Cancer progression <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Tumor Fever <input type="checkbox"/> Dehydration <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cardiac insufficiency <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Loss of appetite <input type="checkbox"/> Nausea/Vomit <input type="checkbox"/> Weakness <input type="checkbox"/> Numb <input type="checkbox"/> Skin trable <input type="checkbox"/> Bed sore <input type="checkbox"/> No pain <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Addict <input type="checkbox"/> Resistance to medication therapy.	<input type="checkbox"/> Secure physical position for comfortable breathing. <input type="checkbox"/> Consider to introduction suction equipment. <input type="checkbox"/> Instruct the family not to force oral intake if the patient has dysphagia <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Cooling <input type="checkbox"/> Check cancer progression/metastasis <input type="checkbox"/> Adjustment of liquid intake <input type="checkbox"/> Lymph massage <input type="checkbox"/> Instruct the patient not to be hurry but move slowly with rest <input type="checkbox"/> Defecation control <input type="checkbox"/> Consult with the physician and patient/family about fluid replacement <input type="checkbox"/> It is not necessary to eat ordinal amount of foods due to the nature of disease, but eating is a joy for the patient. Therefore instruct the family to prepare whatever the patient can eat <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Listen to the patient complaint. <input type="checkbox"/> Hygiene/ointment procedure based on the symptom <input type="checkbox"/> Bedsores procedure/prevention according to the stage <input type="checkbox"/> Judge of grade of pain <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Worked-out posture using a cushion <input type="checkbox"/> Understand pain control stage using desensitizing ladder (Step 1-3) <input type="checkbox"/> Change/increase medication according to the protocol <input type="checkbox"/> Aromas therapy <input type="checkbox"/> Music therapy <input type="checkbox"/> Explain the patient/family about side-effect symptoms (nausea/vomiting, constipation, breathing difficulty) <input type="checkbox"/> Abdominal massage <input type="checkbox"/> Defecation control <input type="checkbox"/> Consult with the physician if any side-effect symptom develops <input type="checkbox"/> Instruction and education of medication <input type="checkbox"/> Management of aggravated pain <input type="checkbox"/> Guidance of side effects of painkiller <input type="checkbox"/> Instruct when the nurse should be contacted	<input type="checkbox"/> No dyspnea <input type="checkbox"/> No wheezing <input type="checkbox"/> No development of pneumonia due to swallowing difficulty <input type="checkbox"/> No newly developed infection <input type="checkbox"/> Lower one's temperature <input type="checkbox"/> No dehydration <input type="checkbox"/> No newly developed edema <input type="checkbox"/> Being able to move at one's pace <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting can be eased <input type="checkbox"/> Being able to eat with one's preference <input type="checkbox"/> No increase of fatigue/suffering <input type="checkbox"/> No newly developed skin problems <input type="checkbox"/> No newly developed bedsores <input type="checkbox"/> There is no medication trouble. <input type="checkbox"/> Pain is controlled. <input type="checkbox"/> Good balance between the patient's wish about pain control and development of side symptoms <input type="checkbox"/> The patient understand about side-effect symptoms <input type="checkbox"/> Side-effect symptoms are eased <input type="checkbox"/> The family can control pain without anxiety <input type="checkbox"/> Being able to consult with the physician without tolerance when pain increases <input type="checkbox"/> The family can understand the side-effect symptoms		
Total pain						

Care Categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance
2. Psychological Support A relationship should be established in which a care team member share anxiety, irritation, isolation, fear, depression, anger and upset of the patient and family seen at the terminal period, and the patient is comfortable to express his/her feelings.	<input type="checkbox"/> Psychological burden of patient/family <input type="checkbox"/> Mental state (verbal, non-verbal) <input type="checkbox"/> Face, in few words <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> A family's reaction against patient <input type="checkbox"/> Desire and feelings during a period of home care <input type="checkbox"/> Problems and favorable feelings during a period of home care <input type="checkbox"/> Understanding of home care <input type="checkbox"/> Understanding of patient's condition <input type="checkbox"/> Understanding of patient/family about medical treatment <input type="checkbox"/> Sleeping condition at night	<input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Lonely <input type="checkbox"/> Fear <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Agitate <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Environment <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Elicit what the patient/family wants and accept it <input type="checkbox"/> Correct if it is wrong recognition <input type="checkbox"/> Tell that home care is possible <input type="checkbox"/> Tell the present intention can be changed because the condition changes <input type="checkbox"/> Explain that confirmation is planned at each change <input type="checkbox"/> Speak for the patient/family with the physician if it is necessary <input type="checkbox"/> Elicit the patient/family's view about sleeping difficulty <input type="checkbox"/> Consult with the patient/family and use sleeping pill or mood stabilizer if it is necessary <input type="checkbox"/> Exclude any sleeping blocker <input type="checkbox"/> Increase the dose of pain-killer		<input type="checkbox"/> Being mentally stable. <input type="checkbox"/> Express how to spend the rest of life and recognize oneself. <input type="checkbox"/> Being confident to live safely at home. <input type="checkbox"/> Spend night time without anxiety. <input type="checkbox"/> Being able to sleep well at night	
3. Social Support Environmental support including human resources, goods, and money to provide necessary care appropriately.	<input type="checkbox"/> Availability of home-visit physician <input type="checkbox"/> Collaboration among medical staff (doctors and nurses) <input type="checkbox"/> Share care plan by care manager and disciplines <input type="checkbox"/> Do other staff know feelings of patient/family? <input type="checkbox"/> Does patient/family know how to contact professionals in emergency? <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Relation between family and professionals <input type="checkbox"/> Different of patient's intention (professionals and family) <input type="checkbox"/> Patient conditions to go out (go to hospital). <input type="checkbox"/> Patient's economic conditions <input type="checkbox"/> Availability of required care aids (motor bed, portable toilet, wheelchair) <input type="checkbox"/> Check of required medical procedure and patient's intention <input type="checkbox"/> Instruction and understanding of medical procedures for patient and family <input type="checkbox"/> Presence of problem <input type="checkbox"/> Selection of Required Medical Device <input type="checkbox"/> Preparation of goods <input type="checkbox"/> Understanding of the usage	<input type="checkbox"/> No home doctor <input type="checkbox"/> Emergency call <input type="checkbox"/> Common recognition between professional and family <input type="checkbox"/> Social service <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures <input type="checkbox"/> Preparation of medical equipment	<input type="checkbox"/> Introduction of home doctor <input type="checkbox"/> Grasp, confirm, coordinate common understanding of information among care providers <input type="checkbox"/> Understanding and implementation of care plan <input type="checkbox"/> Care conference (with patient and family) <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Patient/family knows 24 hour-communication system (give telephone number) <input type="checkbox"/> Establishment of good relationship between family and professionals <input type="checkbox"/> Select, supply, prepare necessary goods <input type="checkbox"/> Introduction of necessary social service <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures <input type="checkbox"/> Preparation for lack of care goods <input type="checkbox"/> Confirm the patient or family consent on medical equipment/procedure		<input type="checkbox"/> Good collaboration with care provider and no uneasiness about team <input type="checkbox"/> Able to support patient/family by care team <input type="checkbox"/> Family can contact nurse in emergency. <input type="checkbox"/> Other staff know feelings of patient/family. <input type="checkbox"/> Having a reliable relation with medical staff. <input type="checkbox"/> Secure patient's scope of activity. <input type="checkbox"/> Necessary goods are available <input type="checkbox"/> Being able to understand necessary medical treatment <input type="checkbox"/> Safe living without incidents <input type="checkbox"/> Being able to understand necessary medical equipment <input type="checkbox"/> Being able to tell if it is not the patient's intention	
4. Support for Spiritual Pain Find significance and value in one's life	<input type="checkbox"/> Grasp patient's life value on past work, hobby, and life <input type="checkbox"/> The needs of patient <input type="checkbox"/> Any concerns or something unachieved <input type="checkbox"/> Family events <input type="checkbox"/> Kind of Religion <input type="checkbox"/> Use of alternative medicine <input type="checkbox"/> Living will	<input type="checkbox"/> Goal of Life (Goal of Living and Existence)	<input type="checkbox"/> Encourage the patient and family to talk about their concerns and what they have not yet achieved <input type="checkbox"/> Coordinate what the patient still wants to do or concerns <input type="checkbox"/> Prepare or coordinate joyful events for the patient and family		<input type="checkbox"/> Being able to express one's concern and wish to do <input type="checkbox"/> Being able to realize living and have a goal	

Total pain

<p>5. Death Management Manage the process (denial, anger, bargaining, depression, acceptance) to accept the death.</p>	<p><input type="checkbox"/> Degree of comprehension of client's illness/prognosis <input type="checkbox"/> Observation/judgment of patient's acceptance of death and necessity of support <input type="checkbox"/> Informed patient of cancer <input type="checkbox"/> Whether patient expresses fear/anxiety about one's death <input type="checkbox"/> Check whether patient decides a dying place <input type="checkbox"/> Procedures of prolonging life or not <input type="checkbox"/> Check whether family understands patient's disease and prognosis <input type="checkbox"/> Check whether family wants us to let patient know one's disease or already done <input type="checkbox"/> Check whether family accepts patient's death, and observation/judgment of necessary support <input type="checkbox"/> Check whether family is aware of death process and emergency measures. <input type="checkbox"/> Deal with the change of condition(Hospital/Home care, Hospice) <input type="checkbox"/> Check whether family wants to prolong life <input type="checkbox"/> Check whether patient/family is aware of dying at home</p>	<p><input type="checkbox"/> Fear of death <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Trade <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Acceptance</p>	<p><input type="checkbox"/> Elicit fear and anxiety about death <input type="checkbox"/> Let the patient and family being comfortable to live at home <input type="checkbox"/> Understand the patient/family's wish how to spend the rest of life at home</p>	<p><input type="checkbox"/> Being able to express the patient/family's anxiety or fear about death <input type="checkbox"/> The patient/family can be comfortable to live at home <input type="checkbox"/> Express how to spend the rest of life.</p>
<p>6. Coordination among Family or Relatives Integration of consciousness on care policy and the last moment of life based on the patient and change of family relationship.</p>	<p><input type="checkbox"/> Check whether patient and family to share the same feelings toward death <input type="checkbox"/> Family participation in care <input type="checkbox"/> Family's willingness of caregiving <input type="checkbox"/> Communication between patient and family <input type="checkbox"/> Relation between patient and family, and presence of key person <input type="checkbox"/> Family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Assess caregiver's intention about care (by oneself or ask professionals) <input type="checkbox"/> Observation/judgment of care knowledge for family <input type="checkbox"/> Health condition of caregiver <input type="checkbox"/> Physical burden of caregiver <input type="checkbox"/> Psychological burden of caregiver</p>	<p><input type="checkbox"/> Communication with family and patient <input type="checkbox"/> Family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Care burden <input type="checkbox"/> Refuse to care <input type="checkbox"/> Lack of care knowledge</p>	<p><input type="checkbox"/> Support family and relatives to share common view on death. <input type="checkbox"/> Support family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Listen to the caregiver's complaint <input type="checkbox"/> Possible replacement of caregiver if necessary <input type="checkbox"/> Utilization of practical use of social resources if necessary <input type="checkbox"/> Instruction of effective care-giving methods</p>	<p><input type="checkbox"/> Coordinate environment to help patient and family accepting death together. <input type="checkbox"/> Family members can accept the change of family roles <input type="checkbox"/> Physical and psychological burdens are reduced and stable care-giving can be <input type="checkbox"/> Caregiver can understand method of necessary care and medical treatment.</p>
<p>7. Support for Fundamental Needs Support for daily living activities, especially due to physical dysfunction.</p>	<p><input type="checkbox"/> Observation of daily life style <input type="checkbox"/> Observation of comfortable conditions. <input type="checkbox"/> Understand/listen to what patient wants in life. <input type="checkbox"/> Observation of patient's ADL/IADL <input type="checkbox"/> Observation of risk of fall <input type="checkbox"/> Presence of dementia, observation of patient's mental state. <input type="checkbox"/> Communication(verbal/non-verbal) <input type="checkbox"/> State of keeping client's body clean, support of keeping clean <input type="checkbox"/> Observation of necessity of changing bed clothes <input type="checkbox"/> Observation of excretion</p>	<p><input type="checkbox"/> Risk of fall <input type="checkbox"/> Lack of comfortable life <input type="checkbox"/> Lack of selfcare</p>	<p><input type="checkbox"/> Understand of daily life style <input type="checkbox"/> Understand/listen to what patient wants in life. <input type="checkbox"/> Implementation and education on ADL/IADL care <input type="checkbox"/> Guidance of risk of fall <input type="checkbox"/> Education/Instruction of caregiving <input type="checkbox"/> Oral care <input type="checkbox"/> State of keeping client's body clean, support of keeping clean, and education</p>	<p><input type="checkbox"/> Patient expressed one's intantion. <input type="checkbox"/> Patient felt comfortable. <input type="checkbox"/> Did not fall. <input type="checkbox"/> Caregiver can provide correct care.</p>

Number of Rehospitalized: _____

Number of vist : _____

Terminal Care Format for the elderly with cancer (Stability Term)

ID □ □ □ □ - □ □ □ □

Support target by period :

It can respond to sudden change of a situation.
It is substantial and enables it to spend the time left behind to the patient and the family as comfortably as possible.

- 1 The purpose of examining Variance is to confirm the consistency between Assessment care action and desired outcome. Analysis and examination of the relation between assessment care action and desired outcome is for standardization.
- 2 Choose the reason and write a variance code number (a number followed by reason) in the answer section.
- 3 Fill in the blank in red if there's a lack of standard assessment or care action.

Variance code: The reason for

1. Client's physical or mental condition.
2. Client's refusal or unwillingness.
3. Client family member's refusal or unwillingness.
4. Lack of staff.
5. Staff's incompetence.
6. Problem about teamwork.
7. Functional problem about staff involved.
8. Lack of social capital.
9. Quality problem about social capital.
10. Others
11. Not applicable

Care Categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance
1. Management of Pain Condition or Others	<p>Observation of breathing condition.</p> <p>Fever or infection</p> <p>Patient course (problem, etc.)</p> <p>Ur-out balance</p> <p>Exudate</p> <p>Heart and breath sounds</p> <p>Observation of abdominal condition.</p> <p>Dysphagia condition</p> <p>Ageny of except for pain</p> <p>Observation of skin</p> <p>Itchy</p> <p>Stage of bedsores</p> <p>Grade of pain</p> <p>Temporary use of painkiller</p> <p>Does the patient know how to manage aggravated pain?</p> <p>Level of consciousness</p> <p>Resistance to medication therapy.</p> <p>Side effects of painkiller</p> <p>Able to bear side effect or not.</p> <p>Good balance between side effect and relief of pain</p> <p>Does the patient or family know side effect of painkiller?</p> <p>Does the family know palliative care provided by family?</p> <p>Management of aggravated pain</p>	<p>Hydrothorax</p> <p>Cancer progression</p> <p>Dyspnea</p> <p>Pneumonia</p> <p>Tumor Fever</p> <p>Dehydration</p> <p>Edema</p> <p>Cardiac insufficiency</p> <p>Ascites</p> <p>Constipation</p> <p>Hematemesis</p> <p>Melena</p> <p>Nausea/Vomit</p> <p>Loss of appetite</p> <p>Weariness</p> <p>Numb</p> <p>Skin trable</p> <p>Bed sore</p> <p>No pain</p> <p>pain</p> <p>addict</p> <p>Resistance to medication therapy.</p> <p>Constipation</p> <p>Urinary retention</p> <p>Nausea/Vomit</p> <p>Itchy</p> <p>Drowsiness</p> <p>Disorder</p> <p>Pulmonary repression</p> <p>Myoclonus</p> <p>Lack of family's pain control knowledge</p>	<p>Secure physical position for comfortable breathing.</p> <p>Consider to introduction suction equipment.</p> <p>Instruct the family not to force oral intake if the patient has dysphagia</p> <p>Antibiotics</p> <p>cooling</p> <p>check cancer progression/metastasis</p> <p>adjustment of liquid intake</p> <p>Lymph massage</p> <p>Instruct the patient not to be hurry but move slowly with rest</p> <p>Defecation control</p> <p>consult with the physician and patient/family about fluid replacement</p> <p>It is not necessary to eat ordinal amount of foods due to the nature of disease, but eating is a joy for the patient. Therefore instruct the family to prepare whatever the patient can eat</p> <p>massage</p> <p>Steroid therapy</p> <p>listen to the patient complaint.</p> <p>Hygiene/ointment procedure based on the symptom</p> <p>bedsore procedure/prevention according to the stage</p> <p>Judge of grade of pain</p> <p>massage</p> <p>worked-out posture using a cushion</p> <p>Understand pain control stage using desensitizing ladder (Step 1-3)</p> <p>change/increase medication according to the protocol</p> <p>aroma therapy</p> <p>music therapy</p> <p>Explain the patient/family about side-effect symptoms (nausea/vomiting, constipation, breathing difficulty)</p> <p>abdominal massage</p> <p>Defecation control</p> <p>consult with the physician if any side-effect symptom develops</p> <p>Instruction and education of medication</p> <p>Management of aggravated pain</p> <p>Guidance of side effects of painkiller</p> <p>Instruct when the nurse should be contacted</p>	<p>No dyspnea(with aid)</p> <p>No wheezing</p> <p>No development of pneumonia due to swallowing difficulty</p> <p>Lower one's temperature</p> <p>No dehydration</p> <p>No damaged edema</p> <p>Being able to breathe at one's pace</p> <p>Nausea/vomiting can be eased</p> <p>Being able to eat with one's preference</p> <p>Increase of fatigue/suffering</p> <p>No newly developed skin problems</p> <p>No newly developed bedsores</p> <p>There is no medication trouble.</p> <p>Pain is controlled.</p> <p>Good balance between the patient's wish about pain control and development of side</p> <p>The patient understand about side-effect symptoms</p> <p>side-effect symptoms are eased</p> <p>The family can control pain without anxiety</p> <p>Being able to consult with the physician without tolerance when pain increases</p> <p>The family can understand the side-effect</p>		
Total pain						

2. Psychological Support

<p>A relationship should be established in which a care team member share anxiety, irritation, isolation, fear, depression, anger and upset of the patient and family seen at the terminal period, and the patient is comfortable to express his/her feelings.</p>	<p><input type="checkbox"/> Psychological burden of patient/family <input type="checkbox"/> Mental state (verbal, non-verbal) <input type="checkbox"/> Face, in few words <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> A family's reaction against patient <input type="checkbox"/> Desire and feelings during a period of home care <input type="checkbox"/> Problems and favorable feelings during a period of home care <input type="checkbox"/> Understanding of home care <input type="checkbox"/> Understanding of patient's condition <input type="checkbox"/> Understanding of patient/family about medical treatment <input type="checkbox"/> Sleeping condition at night</p>	<p><input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Lonely <input type="checkbox"/> Fear <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Agitate <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Environment <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Delirium</p>	<p><input type="checkbox"/> Delict what the patient/family wants and accept it. <input type="checkbox"/> Correct, if it is wrong recognition <input type="checkbox"/> Tell that home care is possible <input type="checkbox"/> Tell the present intention can be changed because the condition changes <input type="checkbox"/> Speak for the patient/family with the physician if it is necessary <input type="checkbox"/> Delict the patient/family's view about sleeping difficulty <input type="checkbox"/> Consult with the patient/family and use sleeping pill or mood stabilizer if it is necessary <input type="checkbox"/> Exclude any sleeping blocker <input type="checkbox"/> Increase the dose of pain-killer</p>	<p><input type="checkbox"/> Being mentally stable. <input type="checkbox"/> Express how to spend the rest of life and recognize oneself. <input type="checkbox"/> Being confident to live safely at home. <input type="checkbox"/> Patient/family can realize to be supported by physician/nurse. <input type="checkbox"/> Spend night time without anxiety. <input type="checkbox"/> Being able to sleep well at night</p>
--	--	---	---	--

3. Social Support

<p>Environmental support including human resources, goods, and money to provide necessary care appropriately.</p>	<p><input type="checkbox"/> Collaboration among medical staff (doctors and nurses) <input type="checkbox"/> Do other staff know feelings of patient/family? <input type="checkbox"/> Does patient/family know how to contact professionals in emergency? <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Relation between family and professionals <input type="checkbox"/> Different of patient's intention (professionals and family) <input type="checkbox"/> Patient conditions to go out (go to hospital). <input type="checkbox"/> Availability of required care aids (motor bed, portable toilet, wheelchair) <input type="checkbox"/> Check of required medical procedure and patient's intention <input type="checkbox"/> Instruction and understanding of medical procedures for patient and family <input type="checkbox"/> Presence of problem <input type="checkbox"/> Selection of Required Medical Device <input type="checkbox"/> Preparation of goods <input type="checkbox"/> Understanding of the usage</p>	<p><input type="checkbox"/> Emergency call <input type="checkbox"/> Common recognition between professional and family <input type="checkbox"/> Social service <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures <input type="checkbox"/> Preparation of medical equipment</p>	<p><input type="checkbox"/> Grasp, confirm, coordinate common understanding of information among care providers <input type="checkbox"/> Understanding and implementation of care plan <input type="checkbox"/> Care conference (with patient and family) <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Patient/family knows 24 hour-communication system (give telephone number) <input type="checkbox"/> Establishment of good relationship between family and professionals <input type="checkbox"/> Select, supply, prepare necessary goods <input type="checkbox"/> Introduction of necessary social service <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures <input type="checkbox"/> Preparation for lack of care goods <input type="checkbox"/> Confirm the patient or family consent on medical equipment/procedure</p>	<p><input type="checkbox"/> Good collaboration with care provider and no uneasiness about team <input type="checkbox"/> Being able to support patient/family by care team <input type="checkbox"/> Family can contact nurse in emergency. <input type="checkbox"/> Other staff know feelings of patient/family. <input type="checkbox"/> Having a reliable relation with medical staff. <input type="checkbox"/> Secure patient's scope of activity. <input type="checkbox"/> Necessary goods are available <input type="checkbox"/> Being able to understand necessary medical treatment <input type="checkbox"/> Safe living without incidents <input type="checkbox"/> Being able to understand necessary medical equipment <input type="checkbox"/> Being able to tell if it is not the patient's intention</p>
---	--	---	---	---

4. Support for Spiritual Pain

<p>Find significance and value in one's life</p>	<p><input type="checkbox"/> Grasp patient's life value on past work, hobby, and life <input type="checkbox"/> The needs of patient <input type="checkbox"/> Any concerns or something unachieved <input type="checkbox"/> Family events <input type="checkbox"/> Living will</p>	<p><input type="checkbox"/> Goal of Life (Goal of Living and Existence)</p>	<p><input type="checkbox"/> Encourage the patient and family to talk about their concerns and what they have not yet achieved <input type="checkbox"/> Coordinate what the patient still wants to do or concerns <input type="checkbox"/> Prepare or coordinate joyful events for the patient and family <input type="checkbox"/> Support of a living will <input type="checkbox"/> Coordinate father/minister</p>	<p><input type="checkbox"/> Being able to carry out one's concern and wish to do <input type="checkbox"/> Being able to realize living and have a goal</p>
--	--	---	--	---

Total pain

Care Categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance	
5. Death Management Management of bereaved family to manage the process (denial, anger, bargaining, depression, acceptance) to accept the death.	<input type="checkbox"/> Degree of comprehension of client's illness/prognosis <input type="checkbox"/> Observation/judgment of patient's acceptance of death and necessity of support <input type="checkbox"/> Whether patient expresses fear/anxiety about one's death <input type="checkbox"/> Check whether patient decides a dying place <input type="checkbox"/> Procedures of prolonging life or not <input type="checkbox"/> Check whether family understands patient's disease and prognosis <input type="checkbox"/> Check whether family accepts patient's death, and observation/judgment of necessary support <input type="checkbox"/> Check whether family is aware of death process and emergency measures. <input type="checkbox"/> Deal with the change of condition (hospital, Home care, Hospice) <input type="checkbox"/> Check whether family wants to prolong life <input type="checkbox"/> Check whether patient/family is aware of dying at home	<input type="checkbox"/> Fear of death <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Trade <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Acceptance	<input type="checkbox"/> Elicit fear and anxiety about death <input type="checkbox"/> Let the patient and family being comfortable to live at home <input type="checkbox"/> Understand whether the patient/family's can spend the rest of life at home		<input type="checkbox"/> Being able to express the patient/family's anxiety or fear about death <input type="checkbox"/> The patient/family can be comfortable to live at home <input type="checkbox"/> Express how to spend the rest of life. <input type="checkbox"/> Being able to accept one's death.		
6. Coordination among Family or Relatives Integration of consciousness on care policy and the last moment of life based on the patient and change of family relationship.	<input type="checkbox"/> Check whether patient and family to share the same feelings toward death <input type="checkbox"/> Family participation in care <input type="checkbox"/> Family's willingness of caregiving <input type="checkbox"/> Communication between patient and family <input type="checkbox"/> Relation between patient and family, and presence of key person <input type="checkbox"/> Family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Assess caregiver's intention about care (by oneself or ask professionals) <input type="checkbox"/> Observation/judgment of care knowledge for family <input type="checkbox"/> Health condition of caregiver <input type="checkbox"/> Physical burden of caregiver <input type="checkbox"/> Psychological burden of caregiver	<input type="checkbox"/> Communication with family and patient <input type="checkbox"/> Family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Care burden <input type="checkbox"/> Refuse to care <input type="checkbox"/> Lack of care knowledge	<input type="checkbox"/> Support family and relatives to share common view on death. <input type="checkbox"/> Support family role in relation between patient and family <input type="checkbox"/> Listen to the caregiver's complaint <input type="checkbox"/> Possible replacement of caregiver if necessary <input type="checkbox"/> Utilization of practical use of social resources if necessary <input type="checkbox"/> Instruction of effective caregiving methods		<input type="checkbox"/> Coordinate environment to help patient and family accepting death together. <input type="checkbox"/> Family members can accept the change of family roles <input type="checkbox"/> Physical and psychological burdens are reduced and stable care-giving can be <input type="checkbox"/> Caregiver can understand method of necessary care and medical treatment.		
7. Support for Fundamental Needs Support for daily living activities, especially due to physical dysfunction.	<input type="checkbox"/> Observation of comfortable conditions. <input type="checkbox"/> Understand/listen to what patient wants in life. <input type="checkbox"/> Communication (verbal/non-verbal)	<input type="checkbox"/> Risk of fall <input type="checkbox"/> Lack of comfortable life <input type="checkbox"/> Lack of selfcare	<input type="checkbox"/> Understand/listen to what patient wants in life. <input type="checkbox"/> Implementation and education on ADL/IADL care <input type="checkbox"/> Guidance of risk of fall <input type="checkbox"/> Education/instruction of caregiving <input type="checkbox"/> Oral care <input type="checkbox"/> State of keeping client's body clean, support of keeping clean, and education		<input type="checkbox"/> Patient expressed one's intention. <input type="checkbox"/> Patient feel comfortable. <input type="checkbox"/> Did not fall. <input type="checkbox"/> Caregiver can provide correct care.		
Number of Rehospitalized: _____						Number of vist : _____	

Support target by period : A family can lose a patient through death peacefully.

- 1 The purpose of examining Variance is to confirm the consistency between Assessment care action and desired outcome. Analysis and examination of the relation between assessment care action and desired outcome is for standardization.
- 2 Choose the reason and write a variance code number (a number followed by reason) in the answer section.
- 3 Fill in the blank in red if there's a lack of standard assessment or care action.

Care Categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance
1. Management of Pain Condition or Others	<p>Variance code: The reason for</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Client's physical or mental condition. 2. Client's refusal or unwillingness. 3. Client family member's refusal or unwillingness. 4. Lack of staff. 5. Staff's incompetence. 6. Problem about teamwork. 7. Functional problem about staff involved. 8. Lack of social capital. 9. Quality problem about social capital. 10. Others 11. Non-applicable 	<input type="checkbox"/> Observation of breathing condition. <input type="checkbox"/> Fever or infection <input type="checkbox"/> Patient course (problem, etc.) <input type="checkbox"/> In-out balance <input type="checkbox"/> Exudate <input type="checkbox"/> Heart and breath sounds <input type="checkbox"/> Observation of abdominal condition. <input type="checkbox"/> Dysphagia condition <input type="checkbox"/> Agony of except for pain <input type="checkbox"/> Observation of skin <input type="checkbox"/> Itchy <input type="checkbox"/> Stage of bed sore <input type="checkbox"/> Grade of pain <input type="checkbox"/> Temporary use of painkiller <input type="checkbox"/> Level of consciousness <input type="checkbox"/> Side effects of painkiller <input type="checkbox"/> Able to bear side effect or not. <input type="checkbox"/> Good balance between side effect and relief of pain <input type="checkbox"/> Does the patient or family know how to manage medication? <input type="checkbox"/> Does the patient or family know side effect of painkiller? <input type="checkbox"/> Does the family know palliative care provided by family? <input type="checkbox"/> Management of aggravated pain	<input type="checkbox"/> Hydrothorax <input type="checkbox"/> Cancer progression <input type="checkbox"/> Previous death of dyspnea <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Tumor Fever <input type="checkbox"/> Dehydration <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cardiac insufficiency <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Loss of appetite <input type="checkbox"/> Numb <input type="checkbox"/> Skin trable <input type="checkbox"/> Bed sore <input type="checkbox"/> No pain <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Addict <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Urinary retention <input type="checkbox"/> Nausea/Vomit <input type="checkbox"/> Drowsiness <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Myoglobin <input type="checkbox"/> Lack of family's pain control knowledge	<input type="checkbox"/> Secure physical position for comfortable breathing <input type="checkbox"/> Consider to introduction suction equipment. <input type="checkbox"/> Explain about predictable breathing condition. <input type="checkbox"/> Instruct the family not to force oral intake. <input type="checkbox"/> Cooling <input type="checkbox"/> Check cancer progression/metastasia <input type="checkbox"/> Adjustment of liquid intake <input type="checkbox"/> Lymph massage <input type="checkbox"/> Consult with the physician and patient/family about fluid replacement <input type="checkbox"/> Don't be agitated. <input type="checkbox"/> Explain to discontinue use of DVT. <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Listen to the patient complaint <input type="checkbox"/> Hygiene/ointment procedure based on the symptom <input type="checkbox"/> Bed sore procedure/prevention according to the stage <input type="checkbox"/> Judge of grade of pain <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Worked-out posture using a cushion <input type="checkbox"/> Understand pain control stage using desensitizing ladder (Step 1-3) <input type="checkbox"/> Change from internal medicine to medical application based on swallowing condition <input type="checkbox"/> Aromas therapy <input type="checkbox"/> Music therapy <input type="checkbox"/> Explain the patient/family about side-effect symptoms (nausea/vomiting, constipation, breathing difficulty) <input type="checkbox"/> Abdominal massage <input type="checkbox"/> Defecation control <input type="checkbox"/> Consult with the physician if any side-effect symptom develops <input type="checkbox"/> Instruction and education of medication <input type="checkbox"/> Management of aggravated pain <input type="checkbox"/> Guidance of side effects of painkiller <input type="checkbox"/> Instruct when the nurse should be contacted	<input type="checkbox"/> No increase dyspnea <input type="checkbox"/> no suffocation <input type="checkbox"/> no increase edema <input type="checkbox"/> Family can accept patient's condition change. <input type="checkbox"/> no increase of fatigue/suffering <input type="checkbox"/> no newly developed skin problems <input type="checkbox"/> no exacerbation of bed sore <input type="checkbox"/> Pain is controlled. <input type="checkbox"/> side-effect symptoms are eased <input type="checkbox"/> the family can control pain without anxiety <input type="checkbox"/> the family can understand the side-effect symptoms	
Total pain						

Care categories	Assessment	Ground of Assessment	Care Service	Variance	Expected Outcomes	Variance
2. Psychological Support A relationship should be established in which a care team member share anxiety, irritation, isolation, fear, depression, anger and upset of the patient and family seen at the terminal period, and the patient is comfortable to express his/her feelings.	<input type="checkbox"/> Psychological burden of patient/family <input type="checkbox"/> A family's reaction against patient <input type="checkbox"/> Problems and favorable feelings during a period of home care <input type="checkbox"/> Understanding of patient's condition <input type="checkbox"/> Sleeping condition at night	<input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Lonely <input type="checkbox"/> Fear <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Agitate <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Environment <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Delirium	<input type="checkbox"/> Elicit what the patient/family wants and accept it <input type="checkbox"/> Correct if it is wrong recognition <input type="checkbox"/> Tell possibility of death at home <input type="checkbox"/> Tell the present intention can be changed because the condition changes <input type="checkbox"/> Support the patient/family to achieve what they want <input type="checkbox"/> Speak for the patient/family with the physician if it is necessary <input type="checkbox"/> Elicit and realize satisfaction of being and have been at home <input type="checkbox"/> Elicit the patient/family's view about sleeping difficulty <input type="checkbox"/> Consult with the patient/family and use sleeping pill or mood stabilizer if it is necessary <input type="checkbox"/> Exclude any sleeping blocker <input type="checkbox"/> The family can spend night time with the patient	<input type="checkbox"/> June family can express their feelings to care <input type="checkbox"/> Being confident to live safely at home. <input type="checkbox"/> Realize to be supported by the physician and nurse <input type="checkbox"/> Spend night time without anxiety. <input type="checkbox"/> The family can face the patient.		
3. Social Support Environmental support including human resources, goods, and money to provide necessary care appropriately.	<input type="checkbox"/> Collaboration among medical staff (doctors and nurses) <input type="checkbox"/> Do other staff know feelings of patient/family? <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Different of patient's intention/professionals and family) <input type="checkbox"/> Check of required medical procedure and patient's intention <input type="checkbox"/> Instruction and understanding of medical procedures for patient and family <input type="checkbox"/> Presence of problem <input type="checkbox"/> Selection of Required Medical Device	<input type="checkbox"/> Emergency call <input type="checkbox"/> Common recognition between professional and family <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures	<input type="checkbox"/> Grasp, confirm, coordinate common understanding of information among care providers <input type="checkbox"/> Understanding and implementation of care plan <input type="checkbox"/> Tell physician what patient condition become worse and change medication. <input type="checkbox"/> Check of the first call in emergency <input type="checkbox"/> Tell family to contact nurse when you worry. <input type="checkbox"/> Establishment of good relationship between family and professionals <input type="checkbox"/> Instruction of Medical Procedures <input type="checkbox"/> Confirm the patient or family consent on medical equipment/procedure <input type="checkbox"/> Consult with family whether patient wish DTV/suction equipment.	<input type="checkbox"/> Good collaboration with care provider and no meanness about team <input type="checkbox"/> Being able to support patient/family by care team <input type="checkbox"/> Family can contact nurse in emergency. <input type="checkbox"/> Other staff know feelings of patient/family. <input type="checkbox"/> Having a reliable relation with medical staff. <input type="checkbox"/> Being able to understand necessary medical treatment <input type="checkbox"/> Safe living without incidents <input type="checkbox"/> Being able to consult with family and patient necessary medical equipment <input type="checkbox"/> Family can have decision making.		
4. Support for Spiritual Pain Find significance and value in one's life	<input type="checkbox"/> Any concerns or something unachieved	<input type="checkbox"/> Goal of Life (Goal of Living and Existence)	<input type="checkbox"/> Encourage the patient and family to talk about their concerns and what they have not yet achieved <input type="checkbox"/> Coordinate what the patient still wants to do or concerns <input type="checkbox"/> Coordinate joyful events for the patient and family <input type="checkbox"/> Coordinate father/minister	<input type="checkbox"/> The patient has nothing left undone <input type="checkbox"/> The family has nothing left undone <input type="checkbox"/> Have joyful events for the patient and family		
5. Death Management Management of bereaved family to manage the process (denial, anger, bargaining, depression, acceptance) to accept the death.	<input type="checkbox"/> Procedures of prolonging life or not <input type="checkbox"/> Check whether family understands patient's disease and prognosis <input type="checkbox"/> Check whether family accepts patient's death, and observation/judgment of necessary support <input type="checkbox"/> Check whether family is aware of death process and emergency measures. <input type="checkbox"/> Deal with the change of condition(Hospital/Home care, Hospice) <input type="checkbox"/> Check whether family wants to prolong life <input type="checkbox"/> Check whether patient/family is aware of dying at home <input type="checkbox"/> Does the patient meet the relative who wants to convey the words of separation? <input type="checkbox"/> Does the patient meet the person who wants to convey the words of separation? <input type="checkbox"/> Has the patient left the message? <input type="checkbox"/> Has the family told the patient the message?	<input type="checkbox"/> Fear of death <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Trade <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Acceptance	<input type="checkbox"/> Tell the family death is close <input type="checkbox"/> Instruct the family how to respond to various physical and psychological symptoms <input type="checkbox"/> Last confirmation whether the patient can face death at home or not, and what can be done <input type="checkbox"/> Tell the family the procedure is almost the same at hospital <input type="checkbox"/> Tell the significance of home care the family can be always with the patient <input type="checkbox"/> Tell the family to call relatives/friends the patient wants to say good-by <input type="checkbox"/> Tell the family the patient can hear at the last moment, and prepares for telling the message to the patient	<input type="checkbox"/> Being able to accept death as natural course <input type="checkbox"/> The patient have left his/her message to family <input type="checkbox"/> The family have told their message to the patient <input type="checkbox"/> The family can make a decision where the patient faces death		

Total pain