

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2013年度（前期）一般公募 「在宅医療研究への助成」報告書

日本の文化に沿った、在宅緩和ケアにおける看取りのケアのクリニカル  
パス Liverpool Care Pathway 日本語版在宅バージョンの  
開発と有用性の検証

主たる申請者：田口敦子（東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生看護学分野）

【連絡先】

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1

〔TEL〕（022）717-7922

〔E-Mail〕 [ataguchi@med.tohoku.ac.jp](mailto:ataguchi@med.tohoku.ac.jp)

共同研究者： 矢津 剛（矢津内科消化器内科クリニック 院長）

白川 美弥子（ひと息の村訪問看護ステーション 所長）

横川 詩織（東北大学医学部保健学科看護学専攻 4年）

## 1. 背景および目的

### 1) 助成金申請時の研究目的と研究目的の変更

本研究の目的は、在宅緩和ケアにおける看取りのケアのクリニカルパス Liverpool Care Pathway（以下、LCP）日本語版在宅バージョンを開発し、有用性を検証することであった。本研究助成金の申請を行った直後に、英国の第三者評価機関によって発表されたレビュー（Department of Health, 2013）によって、LCP の内容や運用の見直しが必要となり、本研究目的を変更することになった。

### 2) 研究の背景

**LCP は英国で開発された看取りのクリニカルパスである**

LCP は、2000 年代に英国で開発された看取りのクリニカルパスである（Ellershaw J, 2003, Oxford University Press）。LCP は「初期アセスメント」「継続アセスメント」「死亡処置」の 3 つのセクションから構成され、「初期アセスメント」により看取り期に入ったことによるケアの見直しを行い、「継続アセスメント」で毎日のケアを系統的に実施・評価し、「死亡処置」で死後の家族への対応を含んだケアを行う。LCP は、患者・家族が安楽・安心して臨死期を過ごすために必要なケアを確実に受けられることを目標としており、病院版、ホスピス版、在宅版、ナーシングホーム版、小児版、集中治療室版（ICU）などでも活用されている。

**日本で在宅緩和ケアにおける看取りのクリニカルパスはない**

在宅緩和ケアにおいて、看取り期の症状マネジメントや家族ケアについての先行研究は多数報告されているが、看取りのクリニカルパスに関する研究は報告されていない。看取りのケアマニュアル（宮崎，2003，看護実践の科学）で看取り期のケア方法や家族の対応についてアルゴリズムで紹介されているが実証研究はされていない。また在宅医療は、がん患者だけでなく非がん患者も対象としており、在宅緩和ケアにおける看取りのケアが確立されていない（茅根，2009，日本在宅医学会雑誌）。在宅医療においては、病院のように頻回に訪室し患者アセスメントが出来ないだけでなく、患者に関わる医療者は診療所の医師、訪問看護師、介護職者など地域の特性に応じて様々な所属の医療者が患者に関わること、使用できる医療機器や死亡後の手続きが病院と異なることなど LCP 日本語版病院・ホスピスバージョンをそのまま適用することが難しい。

### 3) 2013年7月の英国の動きと、LCP 日本版の課題

本研究助成金の申請を行った直後に、英国の第三者評価機関が LCP を評価した Independent Review を発表した (Department of Health, 2013)。その報告書では、一部の病院で、LCP を不適切に使用しているケースがあることが明らかになり、また、LCP の有用性を保証するエビデンスが無いにも関わらず、国策として LCP を推奨していたことが問題視された。一方で、LCP を適切に使用することで、質の高い End-of-Life care を提供できることも報告された。しかし、第三者評価機関は、患者と家族に不利益を与えている実態を受け、英国政府に対し、LCP を段階的に廃止するよう勧告を出した (Department of Health, 2013)。その中で、不適切に LCP が使用された理由として、LCP の使用方法や看取りのケアに関する教育が挙げられており、医師会や看護協会に教育や訓練の徹底を推奨している。現在、英国では、LCP に代わる End-of-Life care の新たな枠組みを作成している。

LCP 日本語版研究普及グループは、英国 LCP の動向を受け、英国と日本では医療制度が異なるため LCP 日本語版を直ぐに廃止する必要はないことなど見解を述べている (菅野, 2013)。しかし、英国 LCP の動向を受け、LCP 日本語版の課題は、下記の通りである。1) LCP 日本語版は LCP を翻訳したものであるため、日本独自の看取りのケアの教育支援プログラムを開発する必要がある。2) LCP 日本語版には看取りのケアの教育は含まれておらず、また英国 LCP では看取りのケアの教育の重要性が問われていることから、看取りのケアの教育も含めたプログラムを検討する必要がある。

### 4) 英国の第三者評価機関の発表後の研究目的

上記の背景を踏まえ、本研究の目的は、1) LCP は参考程度に活用し、日本独自の在宅看取りケアの質を担保するためのツール開発を行うこと、2) 在宅看取りのための教育プログラムの開発に役立つ基礎資料に資する研究を行うことにした。よって、LCP という名称は使用せず、今後は、1) のツールを「在宅緩和ケアチェックリスト (以下、チェックリスト)」とする。2) の教育プログラムを「在宅緩和ケア教育プログラム (以下、教育プログラム)」とする。

## 2. 方法

### 1) 文献レビュー

まず、在宅看取りの現状と課題を抽出するために、文献レビューを行った。データベースは、医学中央雑誌 web を用いて、2010～2014 年「在宅」「看取り」のキーワードを用いて検索した。看取りに関するケアの実態や課題が記してある文献を抽出し、整理した。

## 2) LCP (ver. 11) の診療・看護記録レビューによる「在宅緩和ケアチェックリスト」の検討

次に、2013年12月～2014年5月に、ひと息の村訪問看護ステーションの利用者のうち、終末期のがん患者を対象に、LCP (ver. 11) による診療カルテレビューを行った。その上で、在宅緩和ケアチェックリストの検討を行った。

## 3) 看護師調査およびディスカッションによる「在宅緩和ケアチェックリスト」および「在宅緩和ケア教育プログラム」の検討

2013年12月～1月に、ひと息の村訪問看護ステーションの訪問看護師18名を対象に自記式質問し調査を実施した。臨死期の医療者の実態を把握するのに、臨死期の看取りケア実践尺度：12項目（菅野他，2013）、臨死期の看取りケア困難感尺度：13項目（菅野他，2013）を用いた。臨死期の看取りのケア実践尺度は、「行っていない=0」～「常に行っている=5」の5段階のリッカートスケールである。臨死期の看取りケア困難感尺度は「思わない=0」～「非常によく思う=5」の5段階のリッカートスケールである。

また、在宅緩和ケアの医療者の実態を把握するのに、在宅緩和ケアに関する医療者の態度尺度：12項目（宮下他，2009）、在宅緩和ケアに関する医療者の実践尺度：26項目（宮下他，2009）、在宅緩和ケアに関する医療者の困難感尺度：18項目（宮下他，2009）を用いた。実践尺度は、「行っていない=0」～「常に行っている=5」の5段階、態度尺度、困難感尺度は、「思わない=0」～「非常によく思う=5」の5段階のリッカートスケールである。

これらの尺度は、各項目の合計得点を算出し使用できるが、今回は、具体的なケア項目について実態を把握しなかったため、項目ごとに平均値を算出し、比較した。

## 4) 「在宅緩和ケアチェックリスト」および「在宅緩和ケア教育プログラム」の作成

1)～3)の方法によって、「在宅緩和ケアチェックリスト」および「在宅緩和ケア教育プログラム」を作成する。

## 3. 結果および考察

### 1) 文献レビュー

文献レビューの概要を図表1に示す。文献から得られる示唆を図表中にまとめた。

### 2) LCP (ver. 11) の診療・看護記録レビューによる「在宅緩和ケアチェックリスト」の検討

対象となった利用者は、10名であった。(図表2)

このレビューによって、チェックリストを導入する判断基準が難しいこと、死期が近づいたと判断しても、寛解する場合もあるため、チェックリストの使用が煩雑になることなどが課題として挙げられた。また、病院とは異なり、在宅看取りを視野に入れて、訪問診療や訪問看護の利用を開始する者も少なくないため、在宅における看取りのケアは数週間単位ではなく、数ヶ月単位で考えていくことの必要性も挙げられた。

### 3) 看護師調査およびディスカッションによる「在宅緩和ケアチェックリスト」および「緩和ケア教育プログラム」の検討

対象とした訪問看護師 18 名全員から返信があった。

#### (1) 対象者の属性 (図表 3)

対象者の性別は男性が 1 名、女性が 17 名であり、職位は所長 1 名、主任 4 名、スタッフが 13 名であった。そのうち 1 名が緩和ケア認定看護師であった。年齢は 30～39 歳が最も多く 9 名、次いで 40～49 歳が 7 名であり、看護師教育を受けた最終的な卒業校は専門学校が 17 名と最も多かった。訪問看護の経験年数は 4 年以下が最も多く 7 名、次いで 10～14 年が 6 名であった。また、一般病棟の経験年数は 5～9 年が最も多く、ホスピス・緩和ケア病棟での経験年数は経験なしが最も多く 15 名であった。

#### (2) 患者が亡くなる前後に患者・家族に行ったケア (臨死期の看取りケア実践尺度)

(図表 4)

看取り前後に患者・家族に行ったケアの中で平均が高かったものは、順に「看取りの時期や死後の処置で、患者の名前を呼び、声を掛けながらケアをするなど、患者に対して一人の人格を持った人として接している」(4.9)、「看取りの時期に、家族の心身の疲労に配慮し、家族にねぎらいの声掛けをしている」(4.8)であった。平均が低かったものは順に「看取りの時期に、それまで行われてきた検査を見直しをしている」(3.5)、「看取りの時期に、それまで行われてきた治療の見直しをしている」「看取りの時期に、家族ができることについて、家族に説明している」(3.8)であった。

#### (3) 患者が亡くなる前後のケアに関して困難と感ずること (臨死期の看取りケア困難感尺度) (図表 5)

看取り前後の患者・家族へのケアに関して困難を感ずることの中で、平均が高かったのは

順に「看取りの時期に、疼痛を緩和する方法について、知識や技術が不足している」「看取りの時期に、呼吸困難を緩和する方法について、知識や技術が不足している」(3.5)、「看取りの時期に、不穏やせん妄を緩和する方法について、知識や技術が不足している」「看取りの時期に、急変した場合または病状が更に悪くなった場合、家族への説明の仕方が難しい」(3.4)であり、特に症状の緩和に困難を感じる人が多いとわかった。一方、最も低かったものは「看取りの時期に、それまで行われてきた看護介入の見直しについて、看護師間で調整することが難しい」(2.2)、次いで「患者の死後、家族が患者に充分なお別れと感謝の言葉をかけられるように、家族だけの時間を調整することが難しい」(2.7)であった。

#### (4) 緩和ケアに関する医療者の態度（在宅緩和ケアに関する医療者の態度尺度）（図表6）

平均が高かったものは順に、「私は終末期に患者が苦痛を最小限に過ごせる援助をしたいと思う」(4.7)、「私は在宅での看取りに積極的に関わりたいと思う」(4.0)、「私は終末期の在宅療養に積極的に関わりたいと思う」(3.7)であり、終末期に関する意欲が高いことがわかった。また、低かったものは順に「私は患者や家族が希望した場合、患者が最期まで苦痛を最小限に在宅療養できるように援助する自信がある」(1.8)、「私は患者や家族が希望した場合、終末期の在宅療養を支える自信がある」「私は往診医あるいは病院の主治医とうまくコミュニケーションをとる自信がある」(2.0)であった。その要因を探り、教育プログラム等への反映が必要であろう。

#### (5) 緩和ケアに関する医療者の実践（在宅緩和ケアに関する医療者の実践尺度）（図表7）

平均が高かったものは順に、「患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている」(4.3)、「患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている」「患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている」(4.1)であり、患者・家族の意向重要視していた。比較的低かったものは順に、「私は患者にとって適切な往診医を手配するように努めている」(2.6)、「私は死前喘鳴について家族に説明している」(2.8)、「私は患者・家族を往診医あるいは病院の主治医のコミュニケーションが良くなるように努めている」(2.9)であった。これらは、本ステーションの特徴として、往診医が同一法人内である利用者が多い。そのため、往診医との連携が普段から取れており、これらの必要性がなかったため、低かったと考える。

#### (6) 緩和ケアに関する医療者の困難感（在宅緩和ケアに関する医療者の困難感尺度）

##### （図表8）

最も平均が高かったのは「患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難し

い」(3.5)であった。次いで「がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している」「呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している」「症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない」(3.4)が高く、患者への対応の他、症状緩和について知識や教育の不足を感じていることがわかった。よって、患者・家族とのコミュニケーション、症状緩和について、研修プログラムに取り入れる必要があると考える。最も低かったのは「患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがない」(1.6)であった。

#### 4) 「在宅緩和ケアチェックリスト」および「在宅緩和ケア教育プログラム」の作成

##### (1) 在宅緩和ケアチェックリスト

以上の結果および考察を基に、在宅緩和ケアチェックリストの試案を作成した(図表9)。

##### ○在宅緩和ケアチェックリスト(試案)の運用方法について

- ・本人、家族が在宅看取りを望んでおり、チェックリストの使用に合意が得られた者に適応する
- ・医師、訪問看護師、介護職、本人、家族と共有できるチェックリストにする
- ・継続アセスメントは、利用者の自宅に置く
- ・初期アセスメントや死後のアセスメントは、スタッフカンファレンスで使用する

##### ○在宅緩和ケアチェックリスト(試案)は、今後は以下の検討を要す。

- ・在宅看取りを目的に、訪問診療・訪問看護等のサービスを利用し始めた時から使用できるものにする。そのため、今後は「予後6か月~1週間」のチェック項目と、「予後1週間~数日」のチェック項目を分けて作成することを検討している。
- ・本人・家族とのコミュニケーションの項目を充実させる必要がある。
- ・介護保険などのサービスの速やかな導入や変更が確認できる項目を加える必要がある。

##### (2) 在宅緩和ケア教育プログラム

教育プログラムについては、本研究の結果を基に作成中である。コミュニケーションのとり方、症状緩和に重点を置いたプログラムの開発が必要である。

図表 1. 文献レビューの概要

	課題	現状	示唆	文献
患者・ 家族と の関わり	本人、家族間での意見 の相違	本人が、他人が家に入ることを拒む。		『末期がん患者の在宅療養に アセスメント用シート活用による 家族支援の有用性』（松岡、2014）
		88%の訪問看護師が家族との関わりに困難を感じており、そのうち 54%が本人と家族の意思の相違に困難を感じている。		
	家族の不安	危険や、症状が予測できないことが不安だった。一人で介護することが不安だった。	他の家族などの協力を促す。	『在宅で看取りをした家族の満足感不満足感の分析』（木坂、2013）
		在宅療養移行や継続の阻害要因として、「介護する家族に負担がかかる」を 80%以上が挙げている。		『終末期医療に関する調査』（厚生労働省、2008）
	家族の悲嘆	85.5%の訪問看護ステーションの管理者が、死後のグリーフケアを必要と感じているが、業務として位置づけられているのは 44.9%と半分以上。死亡後ケースカンファレンスを実施している訪問看護ステーションは 17.4%。	多忙な中でも行える、標準化ができることからパンフレットの活用が有効だと考えられる。サポートグループなどのグリーフケアを活用できる地域システムの構築。	『訪問看護ステーションにおける家族介護者へのグリーフケアの実施に関する全国調査』（小野、2011）



<b>行った介護への後悔</b>	本人が遠慮していたのではないか。手厚い介護ができなかった。	本人の希望を叶えてあげられた、ということは家族の満足感につながるため、本人の意思を把握しておく必要がある。	『在宅で看取りをした家族の満足感不満足感の分析』（木坂、2013）
<b>介護の知識がない</b>	知識があればもっと良くしてあげられた。	介護能力をアセスメントし、具体的な知識やケアの方法を提供する必要がある。	『在宅で看取りをした家族の満足感不満足感の分析』（木坂、2013）
<b>死を受容できない</b>	死を受け入れられなかった。今の状態が続くと思っていた。	状況を的確に判断しながら家族に伝えていき、家族が本人に最期まで寄り添うことを支える。	『在宅で看取りをした家族の満足感不満足感の分析』（木坂、2013）
	もう少し余命があると思った。	今後起こりうる変化を説明し、早期から統一したケアを提供していく必要がある。	『末期がん患者の在宅療養にアセスメント用シート活用による家族支援の有用性』（松岡、2014）
	患者は家族より長く、家族は主治医より有意に長く、主治医は実際より有意に長く予後を予測している。※在宅に限らない。	患者・家族を医療者の認識はかけ離れている可能性があることを認識し、その問題にいち早く気づき、信頼関係を築いていく必要がある。	『主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究』（佐藤、2013）
<b>医療者のコミュニケーション不足</b>	相談できなかった。状況把握のために同じ訪問看護師に来て欲しかった。	家族ひとりひとりの思いを知る。訪問看護師がマネジメントの役割を果たす。	『在宅で看取りをした家族の満足感不満足感の分析』（木坂、2013）

<b>連携</b>	<b>医師との連携の困難</b>	対象の訪問看護師の 54%が多職種連携に困難を感じており、そのうち 43%が医師に対してであり、一番多い。		『訪問看護師の在宅での看取りに対する意識』
		在宅療養支援診療所との情報共有・意見交換ができていない訪問看護ステーションは、在宅死亡率が有意に低い。	訪問看護ステーションと在宅支援診療所とで、特に「患者と家族の看取りの意向」を話し合うことが重要。	『在宅での看取りを可能にする訪問看護ステーションの医療連携体制に関する研究』（藤川、2011）
	<b>介護サービス</b>	末期ガン患者のうち 474 件（48%）に介護認定において迅速な対応が必要だったが、101 件が要支援の認定にとどまった。	国や医療・介護関係者が市町村等保険者も含めて問題を協議・解決していくことが必要。	『末期ガン患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査結果について』（藤田、2013）
		在宅ホスピスケア終了時に介護保険未申請の患者が 6%おり、申請したが未認定の患者が 37%と最も多かった。	認定調査なしでも支援が受けられるようにするなど、柔軟な対応が必要。	『在宅末期ガン患者の介護保険サービスの利用状況と課題』（廣岡、2012）
		ケアマネージャーと情報共有・意見交換ができていない訪問看護ステーションは、在宅死亡率が優位に低い。		『在宅での看取りを可能にする訪問看護ステーションの医療連携体制に関する研究』（藤川、2011）

症状コントロール	疼痛ケア	本人との関わりに困難を感じた訪問看護師は 79% おり、そのうち 34%は疼痛緩和に困難を感じていた。		『訪問看護師の在宅での看取りに対する意識』(松井、2014)
		多くの医師は、高齢者が痛みを適切に表現できていないと感じている。痛みを我慢することが影響していることが考えられる。	痛みを表現することが難しいこと、痛みを我慢する傾向があることをふまえて評価する必要がある。	『在宅医療におけるガン疼痛治療の評価と治療の実態について』(村上、2012)
技術	訪問看護師の教育	職場外研修が困難と答えた訪問看護師は 79.8%。学びたい研修、研修を受け充実させたいケアで「在宅ターミナルケア」は1位。	職場内の事例検討会の工夫、実践の中で個別に目的をもち計画的に学習する必要がある。	『長野県の訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズ』(柄澤、2012)
		在宅ターミナルケアにかんするほぼすべての知識・技術の修得度において、訪問看護経験年数の多い者が有意に高かった。		『訪問看護師の在宅ターミナルケアに関する知識・技術の修得状況』(小松、2010)
		在宅療養を始めた認知症患者で、看取ることができた患者は 32%にとどまった。中でも夜間異常行動が継続を阻害する大きな要因であった。	デイサービスやショートステイをうまく利用する。	『認知症患者の在宅医療を継続していくための問題点と今後の展望』(山口、2013)
特別な疾患	認知症	統合失調症患者を看取る家族は、病状の変化や介護にストレスを感じやすい。	精神状態の把握や意思確認、介護支援、死の教育が有用である。	『在宅ホスピスケアにおける統合失調症を有する家族への支援』(廣岡、2013)

図表 2. 診療・看護記録レビュー (2013年12月~2014年5の利用者)

ケース番号	対象者の概要			介護者の概要			利用している医療・サービス	居住地	看取り場所の希望	使用期間	開始理由 ~終了・中断理由	パンフレットの 使用	ACP	セデーション	訪問看護 利用期間
	性別 年齢	要介護度 障害自立度 認知症自立度	主疾患	主介護者	介護者の状況	介護可能な 同居家族									
1	男性 80代	要介護1 C2 I	膀胱がん	その他	65歳以上 病状への不安が強い	なし	往診 訪問看護 福祉用具貸与 複合型サービス	自宅 その他	その他	H25.12.28 ~H25.1.2	臥床レベル低下 ~バイタル安定	無	無	無	H25.11.15 ~H26.2.9 (56日)
										H26.2.15 ~H26.2.19					
2	70代	要介護5 C2 I	肺がん	配偶者	65歳以上 病状への不安が強い	1人	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	H25.10.10 ~H25.10.16	内服困難・レベル低下 ~同状態経過	無	無	無	H25.10.9 ~H26.1.24 (96日)
										H26.1.18 ~H26.1.24					
3		要介護4 C1 I	大腸がん再発	配偶者	65歳以上	1人	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	H25.11.26 ~H25.12.3	臥床・倦怠感・浮腫増強 ~永眠			無	H25.10.16 ~H25.12.3 (49日)
4	80代	要介護5 C2 M	膵臓がん	配偶者	65歳以上	2人以上	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	H25.12.28 ~H26.1.1	臥床・呼吸困難感 ~永眠			無	H25.12.27 ~H26.1.1 (6日)
5	50代	要介護4 C1 自立	膵がん術後 腹膜播種	娘	病状への不安が強い	2人以上	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	H26.1.6 ~H26.1.8	内服困難・レベル低下・ 呼吸困難感増強 ~永眠			有	H25.11.26 ~H26.1.8 (43日)
6	50代	要介護4 C2 自立	直腸がん	配偶者	病状への不安が強い	1人	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリ 福祉用具貸与	自宅		H26.3.1 ~H26.3.6	内服困難 ~同状態経過			無	H25.11.15 ~H26.3.12 (118日)
							(+)往診			自宅 ホスピス アパート					
7	女性 50代	要介護2 (要支援2?) C2 M	メラノーマ	配偶者	病状への不安が強い 日中不在	1人	往診 訪問看護 福祉用具貸与 複合型サービス	自宅 その他		H26.3.8 ~H26.3.13	レベル低下・内服困難 ~内服可能・返答可能				H25.12.9 ~H26.3.27 (109日)
										その他					
							往診なし	自宅 その他	その他	H26.3.24 ~H26.3.26	傾眠 ~永眠	無	無		

図表 2. 診療・看護記録レビュー（つづき）

ケース 番号	対象者の概要			介護者の概要			利用している 医療・サービス	居住地	看取り場所の希望	使用期間	開始理由 ～終了・中断理由	パンフレット の使用	ACP セデーション	訪問看護 利用期間
	性別 年齢	要介護度 障害自立度 認知症自立度	主疾患	主介護者	介護者の状況	介護可能な 同居家族								
8	女性 80代	要介護4 C2 IV	肺がん 小脳腫瘍	なし	なし	なし	往診 訪問介護 福祉用具貸与 療養通所介護	ホスピス アパート	訪問看護ステーション	H26.3.22 ～H26.3.27	活気低下・血圧低下 ～状態安定	無	無	
							(+)訪問入浴介護 (+)訪問看護	ホスピス アパート	訪問看護ステーション	H26.3.28 ～H26.4.2	傾眠・血圧低下 ～状態安定	無	無	H26.3.5 ～H26.4.11 (38日)
									訪問看護ステーション	H26.4.3 ～H26.4.8	経口摂取困難・傾眠増強 ～状態安定	無	無	
									訪問看護ステーション	H26.4.9 ～H26.4.10	経口摂取困難・傾眠増強 ～著しい状態悪化なし	無	無	
9	女性 100代	要介護3 C2 IIb	高血圧症	娘	65歳以上	1人	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	H26.4.11 ～H26.4.15	経口摂取困難・傾眠増強 ～著しい状態悪化なし	無	無	H24.3.6 ～H26.4.18 (774日)
10	男性 60代	要介護3 C2 M	食道がん 転移性肺腫瘍	配偶者 娘	病状への不安が強い	1人	往診 訪問看護 福祉用具貸与	自宅	本人在宅看取り 希望あり	～H26.5.19	経口摂取困難・呼吸苦増 強～永眠	無	無	H26.4.30 ～H26.5.19 (21日)

図表 3. 対象者の基本属性

		n	%
性別	男性	1	5.6
	女性	17	94.4
年齢	～29歳	0	0
	30～39歳	9	50
	40～49歳	7	38.9
	50～59歳	1	5.6
	60歳～	1	5.6
現在の職位	所長	1	5.6
	主任	4	22.2
	スタッフ	13	72.2
資格	なし	16	88.9
	認定看護師	1	5.6
	専門看護師	0	0
	不明	1	5.6
看護教育を受けた最終的な卒業校	専門学校	17	94.4
	短大	1	5.6
	大学	0	0
	大学院	0	0
訪問看護の経験年数	～4年	7	38.9
	5～9年	4	22.2
	10～14年	6	33.3
	15～19年	1	5.6
	20年～	0	0
一般病棟の経験年数	なし	1	5.6
	～4年	5	27.8
	5～9年	8	44.4
	10～14年	2	11.1
	15年～	2	11.1
ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数	なし	15	83.3
	～4年	3	16.7
	5～9年	0	0
	10～14年	0	0
	15年～	0	0
看取りのケアの経験 今までに経験した合計人数	なし	0	0
	1～9人	1	5.6
	10～49人	9	50
	50～99人	3	16.7
	100人～	4	22.2
	不明	1	5.6
	在宅で経験した人数	なし	2
1～9人	3	16.7	
10～49人	5	27.8	
50～99人	3	16.7	
100人～	4	22.2	
不明	1	5.6	
看取りのケアの教育の経験 所属の施設での講習または研修	なし	5	27.8
	1回	2	11.1
	2～5回	8	44.4
	5回以上	2	11.1
	不明	1	5.6
	所属の施設以外での講習または研修	なし	3
1回	4	22.2	
2～5回	6	33.3	
5回以上	4	22.2	
不明	1	5.6	

図表 4. 患者が亡くなる前後に患者・家族に行ったケア

	平均	SD	[範囲]
<b>【看護介入の見直し】</b>			
1) 看取りの時期に、それまで行われてきた検査を見直しをしている	3.5	0.97	[2-5]
2) 看取りの時期に、それまで行われてきた治療の見直しをしている	3.8	0.86	[2-5]
3) 看取りの時期に、それまで行われてきた看護介入の見直しをしている	3.9	0.81	[3-5]
<b>【症状緩和】</b>			
4) 看取りの時期に、疼痛を定期的に評価し、速やかに対応できるようにレスキュー指示を確認している	4.4	0.80	[2-5]
5) 看取りの時期に、呼吸困難を定期的に評価し、速やかに対応できるように頓用指示を確認している	4.1	0.83	[2-5]
6) 看取りの時期に、不穏やせん妄を定期的に評価し、速やかに対応できるように頓用指示を確認している	4.1	0.83	[2-5]
<b>【患者と家族の尊重】</b>			
7) 看取りの時期や死後の処置で、患者の名前を呼び、声を掛けながらケアをするなど、患者に対して一人の人格を持った人として接している	4.9	0.32	[4-5]
8) 看取りの時期に、家族の心身の疲労に配慮し、家族にねぎらいの声掛けをしている	4.8	0.43	[4-5]
9) 患者の死後、家族が患者に充分なお別れと感謝の言葉をかけられるように、家族だけの時間を調整している	4.4	0.86	[2-5]
<b>【患者と家族の尊重】</b>			
10) 看取りの時期に、現在の病状や将来予測される症状について、家族に説明している	4.0	0.50	[3-5]
11) 看取りの時期に、急変の可能性があることについて、家族に説明している	3.9	0.66	[3-5]
12) 看取りの時期に、家族ができることについて、家族に説明している	3.8	0.81	[2-5]

図表 5. 患者が亡くなる前後のケアに関して困難と感ずること

	平均	SD	[範囲]
<b>【看護介入の見直し】</b>			
1) 看取りの時期に、それまで行われてきた検査の見直しについて、医師・看護師間で調整することが難しい	2.9	1.09	[1-5]
2) 看取りの時期に、それまで行われてきた治療の見直しについて、医師・看護師間で調整することが難しい	3.0	1.12	[1-5]
3) 看取りの時期に、それまで行われてきた看護介入の見直しについて、看護師間で調整することが難しい	2.2	0.88	[1-4]
<b>【症状緩和】</b>			
4) 看取りの時期に、疼痛を緩和する方法について、知識や技術が不足している	3.5	1.01	[2-5]
5) 看取りの時期に、呼吸困難を緩和する方法について、知識や技術が不足している	3.5	1.18	[1-5]
6) 看取りの時期に、不穏やせん妄を緩和する方法について、知識や技術が不足している	3.4	1.12	[1-5]
<b>【患者と家族の尊重】</b>			
7) 看取りの時期や死後の処置で、患者に対して丁寧なケアを提供できるように、ケアの時間を調整することが難しい	3.0	1.10	[1-5]
8) 看取りの時期に、家族の心身の疲労を配慮し、家族の介護環境を調整することが難しい	3.2	1.15	[1-5]
9) 患者の死後、家族が患者に充分なお別れと感謝の言葉をかけられるように、家族だけの時間を調整することが難しい	2.7	1.20	[1-5]
<b>【家族への説明】</b>			
10) 看取りの時期に、症状と対応の仕方について、家族が理解しやすいように説明することが難しい	3.2	1.07	[1-5]
12) 看取りの時期に、現在の病状や将来予測される病状について、家族が理解しやすいように説明することが難しい	3.2	1.01	[1-5]
13) 看取りの時期に、急変した場合または病状が更に悪くなった場合、家族への説明の仕方が難しい	3.4	1.18	[1-5]



図表 6. 緩和ケアに関する医療者の態度

	平均	SD	[範囲]
<b>【終末期ケアに対する自信】</b>			
1) 私は患者や家族が希望した場合、終末期の在宅療養を支える自信がある	2.1	0.99	[1-4]
2) 私は患者や家族が希望した場合、患者が最期まで苦痛を最小限に在宅療養できるように援助する自信がある	1.8	0.83	[1-3]
3) 私は患者や家族が希望した場合、在宅で看取る自信がある	2.4	1.15	[1-5]
<b>【スタッフへの支援に対する自信】</b>			
4) 私はスタッフが終末期の在宅療養に関わることを支援する自信がある	2.4	1.20	[1-4]
5) 私はスタッフが最期まで患者の苦痛を最小限に過ごせる援助を提供することを支援する自信がある	2.5	1.20	[1-4]
6) 私はスタッフが在宅看取りにかかわることを支援する自信がある	2.6	1.25	[1-5]
<b>【医師とのコミュニケーションの自信】</b>			
7) 私は往診医あるいは病院の主治医とうまくコミュニケーションをとる自信がある	2.1	0.96	[1-4]
8) 私は往診医あるいは病院の主治医と信頼関係をつくる自信がある	2.2	0.92	[1-4]
9) 私は往診医あるいは病院の主治医を連携して患者の看取りを行う自信がある	2.4	0.92	[1-4]
<b>【終末期ケアに対する意欲】</b>			
10) 私は終末期の在宅療養に積極的に関わりたいと思う	3.7	1.07	[1-5]
11) 私は終末期に患者が苦痛を最小限に過ごせる援助をしたいと思う	4.7	0.57	[3-5]
12) 私は在宅での看取りに積極的に関わりたいと思う	4.0	1.03	[1-5]

図表 7. 緩和ケアに関する医療者の実践

	平均	SD	[範囲]
<b>【疼痛】</b>			
1) 患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	3.8	0.99	[1-5]
2) どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	3.7	0.89	[1-5]
3) 鎮痛薬を臨時(レスキュー)で使用した場合、その効果を把握している	3.7	0.96	[1-5]
<b>【患者・家族中心のケア】</b>			
4) 患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	4.1	0.90	[2-5]
5) 患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.1	0.90	[2-5]
6) 患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.3	0.96	[2-5]
<b>【口腔ケア】</b>			
7) 口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	3.8	0.73	[2-5]
<b>【療養場所の希望】</b>			
8) 私は患者の療養場所の希望を常に確認している	3.3	0.96	[1-5]
9) 私は家族の療養場所の希望を常に確認している	3.2	1.00	[1-5]
10) 私は患者とご家族が療養場所の希望について話し合っていることを確認している	3.1	0.94	[1-5]
<b>【往診医や病院の主治医との調整】</b>			
11) 私は患者にとって適切な往診医を手配するように努めている	2.6	1.04	[1-5]
12) 私は患者・家族を往診医あるいは病院の主治医のコミュニケーションが良くなるように努めている	2.9	1.00	[1-5]
13) 私は往診医あるいは病院の主治医に対して、患者の情報提供を積極的にしている	3.3	1.14	[1-5]
<b>【ケアマネジャーとの調整】</b>			
14) 私は患者にとって適切な情報をケアマネジャーと共有できるように努めている	3.4	0.98	[1-5]
15) わたしは患者・家族とケアマネジャーのコミュニケーションが良くなるように努めている	3.3	1.07	[1-5]
16) 私はケアマネジャーに対して随時必要な患者の情報提供を積極的にしている	3.4	1.04	[1-5]
<b>【ヘルパーとの調整】</b>			
17) 私は患者にとって適切な情報をヘルパーと共有できるように努めている	3.4	0.85	[1-5]
18) 私は患者・家族とヘルパーのコミュニケーションが良くなるように努めている	3.1	0.90	[1-5]
19) 私はヘルパーに対して随時必要な患者の情報提供を積極的にしている	3.4	0.86	[1-5]
<b>【家族への説明】</b>			
20) 私は患者に予想される死にゆく過程をご家族に説明している	3.1	1.11	[1-5]
21) 私は死前喘鳴について家族に説明している	2.8	1.29	[1-5]
22) 私は終末期せん妄について家族に説明している	3.0	0.97	[1-4]
<b>【家族ケア】</b>			
23) 私は家族の「何もしてあげられない」と思う気持ちを軽減するためにも、家族ができるケアとそのケアの意味づけを伝えるようにしている	3.4	1.09	[1-5]
24) 私は終末期患者に対して家族と一緒にケアをしている	3.1	1.11	[1-5]
25) 私は家族ができるケアと一緒に考えている	3.1	1.26	[1-5]
26) 私は主介護者をその他の家族の関係が良好になるように努めている	3.1	1.28	[1-5]
27) 私は家族の介護について、賛同や承認を言葉や態度で示すようにしている	3.7	1.03	[1-5]

図表 8. 緩和ケアに関する医療者の困難感

	平均	SD	[範囲]
<b>【症状緩和】</b>			
1) がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	3.4	0.86	[2-5]
2) 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	3.4	0.86	[2-5]
3) 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	3.4	1.00	[1-5]
<b>【医療者間のコミュニケーション】</b>			
4) 医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	2.5	0.87	[1-4]
5) 医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	2.4	0.87	[1-4]
6) 医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	2.4	1.00	[1-4]
<b>【患者・家族とのコミュニケーション】</b>			
7) 患者から不安を表出されたとき対応が難しい	2.9	0.83	[1-4]
8) 家族から不安を表出されたとき対応が難しい	2.9	0.83	[1-4]
9) 患者が悪い知らせ(告知など)を受けた後、声のかけ方が難しい	3.5	1.23	[1-5]
<b>【地域連携】</b>			
10) 患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがでない	1.6	0.79	[1-3]
11) 患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	2.4	0.79	[1-4]
12) 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい	2.4	0.79	[1-4]
<b>【家族ケア】</b>			
13) 終末期ケアに関する家族ケアに困難を感じる	3.0	1.12	[1-5]
14) 終末期ケアに関して、家族の負担を軽減することは困難である	2.7	0.99	[1-4]
15) 家族に患者が死にゆく家庭を教えるのは困難である	2.8	1.03	[1-4]
<b>【看取りのケア】</b>			
16) 在宅で患者の看取りを援助する困難を感じる	2.5	1.01	[1-4]
17) 死にゆく患者を介護する家族を支えることが困難だと感じる	2.7	1.05	[1-5]
18) 家族が在宅での看取りにたいして不安を表出したとき、適切に対応することが難しい	2.9	0.97	[1-5]

図表 9. 在宅緩和ケアチェックリスト (試案)

ID	患者氏名	年齢	性別 男 / 女	担当医	担当看護師	
<b>初期セサメント</b>		月 日 ( ) → 再評価日 (3日後)			月 日 ( )	
<b>Step1 現在の身体症状・精神症状の確認</b>						
パフォーマンスステータス (Performance Status : PS)		0	1	2	3	4
身体症状	痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	気道分泌	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	食欲不振	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	便秘	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
精神症状	意識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不穏・興奮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	せん妄	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不眠	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
※参考 (死亡前 48 時間以内に見られる徴候)						
内容/情報共有						
<b>Step 2 患者に関わる多職種での予後予測の評価</b>						
患者が看取りの時期であることを、複数の看護師間で確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
患者が看取りの時期であることを、医師に確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
患者が看取りの時期であることを、医師・看護師以外で患者に関わる医療者に確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
内容/情報共有						
<b>Step3 患者または家族の看取りの時期に提供される治療やケアの希望の確認</b>						
療養場所の希望について、患者または家族に確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
患者が看取りの時期に提供される治療やケアの希望について、患者または家族に確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心肺蘇生の希望について、患者または家族に確認している					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
緊急時の連絡先について、家族に確認している (家から病院までの時間と交通手段など)					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
内容/情報共有						
<b>Step4 家族への説明と家族の病状認識</b>						
死が近いことについて、		①家族に説明している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		②家族は理解している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
今後予測される症状について、		①家族に説明している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		②家族は理解している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
看取りのケアについて、		①家族に説明している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		②家族は理解している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
※説明の内容：定期的なアセスメントと苦痛な症状の緩和、患者の負担となる検査や治療の見直し、患者の安楽のための日常生活の援助と希望の尊重、家族ができることの相談 (マッサージ、患者の好きな音楽、口腔ケア) など						
苦痛を生じたときの対応と鎮静について、		①家族に説明している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		②家族は理解している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
※説明の内容：今後患者に予測される苦痛の経過と鎮静の可能性、鎮静の説明 (生命予後の短縮はないこと、鎮静のメリットとデメリット、鎮静に関する心配や質問はいつでも聞いて良いこと) など						
点滴について、		①家族に説明している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		②家族は理解している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
※説明の内容：死が近い時期の食事・水分摂取、点滴と栄養に関する家族の心配と家族のできることや対応の相談、死が近い時期の点滴のメリットとデメリット など						

在宅緩和ケアチェックリスト（試案）つづき

<b>家族への精神面のケア・アセスメント</b>	
内容/情報共有	
<b>Step5 現在の治療やケアの見直し</b>	
<b>Step5.1 臨時指示</b> ※現在の症状に対する臨時指示の確認と今後予測される症状に対する臨時指示の検討	
疼痛	<input type="checkbox"/> 臨時指示あり→指示の変更(薬剤内容や投与経路など)について、( <input type="checkbox"/> 医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し変更なし) <input type="checkbox"/> 臨時指示なし→指示について、( <input type="checkbox"/> 今後症状が予測されるため医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し現在は必要なし)
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 臨時指示あり→指示の変更(薬剤内容や投与経路など)について、( <input type="checkbox"/> 医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し変更なし) <input type="checkbox"/> 臨時指示なし→指示について、( <input type="checkbox"/> 今後症状が予測されるため医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し現在は必要なし)
気道分泌	<input type="checkbox"/> 臨時指示あり→指示の変更(薬剤内容や投与経路など)について、( <input type="checkbox"/> 医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し変更なし) <input type="checkbox"/> 臨時指示なし→指示について、( <input type="checkbox"/> 今後症状が予測されるため医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し現在は必要なし)
不穏/興奮	<input type="checkbox"/> 臨時指示あり→指示の変更(薬剤内容や投与経路など)について、( <input type="checkbox"/> 医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し変更なし) <input type="checkbox"/> 臨時指示なし→指示について、( <input type="checkbox"/> 今後症状が予測されるため医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し現在は必要なし)
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 臨時指示あり→指示の変更(薬剤内容や投与経路など)について、( <input type="checkbox"/> 医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し変更なし) <input type="checkbox"/> 臨時指示なし→指示について、( <input type="checkbox"/> 今後症状が予測されるため医師と検討する <input type="checkbox"/> 医師に確認し現在は必要なし)
<b>Step5.2 治療やケアの見直し※複数の医療者で確認</b>	
検査(血液検査、 血糖測定など)	<input type="checkbox"/> 指示あり <input type="checkbox"/> 指示なし ↳ 医師に確認し、( <input type="checkbox"/> 継続する <input type="checkbox"/> 中止/回数を検討する→変更時、患者または家族に説明する)
治療(抗生物質、 輸血など)	<input type="checkbox"/> 指示あり <input type="checkbox"/> 指示なし ↳ 医師に確認し、( <input type="checkbox"/> 継続する <input type="checkbox"/> 中止/回数を検討する→変更時、患者または家族に説明する)
看護介入(頻回 な体位変更など)	<input type="checkbox"/> 看護計画あり <input type="checkbox"/> 看護計画なし ↳ 看護師間で確認し、( <input type="checkbox"/> 継続する <input type="checkbox"/> 中止/回数を検討する→変更時、患者または家族に説明する)
その他(心電図モ ニターなど)	<input type="checkbox"/> 指示/看護計画あり <input type="checkbox"/> 指示/看護計画なし ↳ 医師に確認し、( <input type="checkbox"/> 継続する <input type="checkbox"/> 中止/回数を検討する→変更時、患者または家族に説明する)
輸液	<input type="checkbox"/> 輸液あり <input type="checkbox"/> 輸液なし ↳ 医師に確認し、( <input type="checkbox"/> 継続する <input type="checkbox"/> 輸液内容の変更、減量など検討する→変更時、患者または家族に説明する)
鎮静	<input type="checkbox"/> 鎮静あり <input type="checkbox"/> 鎮静なし ↳ 目的 <input type="checkbox"/> 耐え難い苦痛の緩和を目的としている 様式 <input type="checkbox"/> 持続的鎮静 <input type="checkbox"/> 間欠的鎮静 ※意識の低下を継続して維持するかしないか 水準 <input type="checkbox"/> 深い鎮静 <input type="checkbox"/> 浅い鎮静 ※言語的・非言語的コミュニケーションができるかできないか
内容/情報共有	

在宅緩和ケアチェックリスト（試案）つづき

継続アセスメント： ID 氏名 様

月 日 ( ) 時 分～ 時 分		看護師名 ( )	
血圧	呼吸	排便	睡眠
脈拍	肺雑音	腹鳴	腹部症状
体温	浮腫	排尿	体重
SPO <sub>2</sub>	血糖値	食事	腹囲
<input type="checkbox"/> 計画書(署名・押印済)・(家族預け)		<input type="checkbox"/> 集金( 月分)領収書渡し済み・請求書渡しのみ/おつり(無・有 円)	
A ご本人の安楽(身体・精神症状)		B ご家族の安楽(療養生活)	
	疼痛：疼痛あり		倦怠感：倦怠感あり
	呼吸困難：呼吸困難あり		不安：不安あり
	気道分泌：過度の気道分泌があり		その他(具体は自由記載欄に記載)
	不穏・興奮：患者が強い不穏、興奮状態である	[注]表記方法：-：なし +：時折の、断続的な単一または複数の症状があるが、今以上の治療またはケアを必要としない症状である #：中等度以上の症状で、今以上の治療またはケアを必要とする	
	その他の症状(具体は自由記載欄に記載)		
C 生活支援または処置 ※表記方法：実施した内容にチェック			
清潔援助	入浴介助/シャワー浴/清拭/洗髪/整容/部分浴(手・足・陰部・臀部・腋)/寝衣・寝具交換/爪切り/耳垢除去/口腔ケア/ひげ剃り/点眼		
排泄援助	浣腸/排便/導尿/膀胱洗浄/ストマ処置/留置カテーテル( Fr) 次回( / ) / オムツ交換/トイレ介助/ポータブルトイレ介助/座薬( )		
食事援助	食事介助/飲水介助/経管栄養管理(経鼻・胃瘻)( )		
服薬管理	内服確認/残あり( )・なし/内服セット( ~ ) /投薬介助/服薬相談		
スキンケア	褥瘡予防/褥瘡手当( ) /軟膏処置( )		
呼吸管理	酸素管理( ℓ/分) /NBL/喀痰吸引/レスピレータ管理/気管切開ガーゼ交換		
IVH 管理	電池交換		
点滴・採血	点滴/採血		
その他	移動介助/体位変換/タッピング/話傾聴		
自由記載欄 (AとBのその他の症状の具体など)			
備考			
<input type="checkbox"/> 入力			

## 在宅緩和ケアチェックリスト（試案）つづき

ID	患者氏名	年齢	性別 男 / 女	担当医	担当看護師
<b>死後のケア</b>		3 月 13 日 ( 木 )			
<b>Step1 死亡の確認と手続き</b>					
死亡の確認	<input type="checkbox"/> 立ち会いたい家族（配偶者 / 親族）を確認する <input type="checkbox"/> 医師（主治医 / 当直医）により死亡を確認する				
家族の立ち合い	<input type="checkbox"/> 家族が患者の近くにいれるように、スペースを確保している→医療機器類を外すまたは家族の邪魔にならないところに置く <input type="checkbox"/> 患者の姿勢や身なりを整えている <input type="checkbox"/> 未到着の家族の確認をしている				
死亡後の手続き	<input type="checkbox"/> 家族に所定の手続き（死亡診断書、会計など）について説明している <input type="checkbox"/> 家族のお別れや悲嘆のタイミングを見ながら、家族に死亡診断書を渡している				
内容/情報共有					
<b>Step2 死後のケア</b>					
希望の確認	<input type="checkbox"/> 生前、患者の希望を確認している <input type="checkbox"/> 家族の希望を確認している（宗教的ニーズ、衣服、エンゼルケアへの参加など） <input type="checkbox"/> エンゼルケアを行うタイミングを確認している <input type="checkbox"/> エンゼルケア後、自宅までの移送手段を確認している（葬儀社に依頼、自家用車など）				
ケアの説明	<input type="checkbox"/> エンゼルケアの内容、所要時間について説明している <input type="checkbox"/> エンゼルケア中、家族が待機できる場所を説明している				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり（点滴ルートや尿路カテーテルの抜去、ストーマや創の処置、血液や体液の漏出予防 など） <input type="checkbox"/> 処置なし				
エンゼルケアとエンゼルメイク	<input type="checkbox"/> 身体を清潔にしている（手浴・足浴、洗髪、入浴・シャワー浴など）※家族の希望があれば一緒に行う <input type="checkbox"/> 冷却している（前胸部、腹部、腋下など） <input type="checkbox"/> エンゼルメイクをしている				
内容/情報共有					
<b>Step3 死別に対するケア</b>					
家族に対して情緒的なサポートをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし（家族の立ち会いなし） ↳ 気持ちを表現できる場をつくる、共にいる、傾聴、タッチ、沈黙				
悲嘆・死別に関する情報を提供している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし（家族の立ち会いなし） ↳ 活用可能なサービス（手紙送付、電話相談、遺族会など）				
内容/情報共有					
<b>Step4 死後の悲嘆に対するケア</b>					
家族に対して情緒的なサポートをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし ↳ 気持ちを表現できる場をつくる、共にいる、傾聴、タッチ、沈黙				
内容/情報共有（訪問時の家族の様子、行ったケアやつなげる必要のあるサービスなど）					

## 謝辞

本研究にあたっては、矢津内科消化器科クリニック、ひと息の村訪問看護ステーションの皆様にも多大なるご協力をいただきました。誠にありがとうございました。

また、東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野 教授 宮下光令先生、助教 佐藤一樹先生、大学院博士課程 菅野雄介さんに、ご指導・ご支援を賜りましたことに深く御礼申し上げます。

なお、本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2013年度（前期）一般公募 「在宅医療研究への助成」によって、実施いたしました。