

QOL向上のため訪問看護に求められているものに関する研究
在宅神経難病患者のアンケート及び聞き取り調査より考察する

分担研究者 堀川 楊 医療法人朋有会 堀川内科・神経内科医院理事長

研究要旨

介護保険の導入や生活の質（QOL）向上の概念の浸透に伴い、在宅療養を支える訪問看護の役割が大きくなっている。根本的な治療法が確立していない難病患者ではQOLを少しでも向上させることが看護の目標となるが、患者が訪問看護に望むことは、医療処置、状態管理、医師との連携といった医療職としての役割、責任を果たすこと、患者、家族の気持ちを考慮した生活面への支援、援助、患者、家族の立場に立った柔軟な訪問看護体制であった。現行の訪問看護体制では、患者の希望に1カ所の訪問看護ステーションで対応していくことは難しく、今後は複数の訪問看護ステーションが連携して難病患者を支援する必要がある。

共同研究者

青池朋子、中村文江、高野朋子、古澤裕子
秋山美由紀、堀 明美
医療法人朋有会 浜浦町訪問看護ステーション

用している神経難病患者17名とその家族を対象に面接による聞き取り調査を行い、それを基に検討した。

A. 研究目的

病院の入院日数の短縮化や介護保険制度の導入により医療依存度の高い神経難病患者が在宅療養するケースが増加しており、訪問看護に対する期待も大きくなっている。QOLを重視したケアを行う時、患者や家族の考え、価値観を考慮することが重要であると言われているが、日々の訪問看護では必要な処置、ケアに追われてしまい、患者、家族の考えを十分に振り返ることができなかった。そこで今回、患者の現在の生活に対する考えやQOLの維持向上のために訪問看護に望むことを調査して、今後の訪問看護でどのような支援、援助ができるのか検討した。

B. 研究対象、方法

現在、当ステーションを利用している神経難病患者19名と訪問を終了した神経難病患者15名、計34名の患者及び家族を対象に、アンケート調査を行い、更に、現在、当ステーションを利

C. 研究結果

アンケート調査の結果

34名中26名から回答をもらい、アンケート回答者は男性10名、女性16名で、年齢は30歳代1名、40歳代2名、60歳代5名、70歳代11名、80歳代7名であった。病名はパーキンソン病13名、脊髄小脳変性症4名、ALS4名、多発性硬化症2名、筋ジストロフィー1名、進行性核上性麻痺2名であった。

生活についての質問Q1、今の生活に満足していますか？では、満足が8名で16名が生活に何かしら不満をもっているという回答であった。Q4では、家族の視点で患者が現在の生活に満足していると思うかと聞いてみたが、満足は5名で17名が不満を持っているという回答であった。（図1）

Q2、今の生活に不満を感じる理由としては歩行障害15名、下肢の麻痺14名、喋りにくい12名、趣味やレジャーができない9名などが上位にあり、活動や楽しみが運動障害によって制限さ

れていることが伺えた。（図2）

Q3、あなたが満足する生活とはどんな生活ですか？（どのようなことが、かなえられたら少しは満足できると思いますか？）では自由に動くことができる、身体の動きがスムーズになる、外出ができる、外気に触れる機会が多くなる、気分転換ができる、人と接する機会が多くなる、外出して自然に触れ気分転換できる、趣味が生かせる生活と回答するものが多く、自由な活動、外出、気分転換、対人交流を望んでいた。

訪問看護についての質問ではQ1、全体の印象（訪問看護を受けて良かったと思うか？）では、ほとんどの方が満足と回答しており、訪問看護をうけて良かったと思う事では、本人の健康状態がよくわかる、気力をもたせてくれる、状態の変化について細かな相談ができる、定期的に状態チェックしてもらえる、衛生的に保てる、病状について主治医と連携してくれるので安心できる、医療行為の多い患者にとっては必要不可欠で家族にもその看護技術の指導や点検をしてもらえる、医療的なことを中心に患者の病状の理解ができる、人間的ふれあいの機会となる、心の安定、安心感がもてるなどの意見があげられた。また、不満に思う事ではスケジュールの調整等でサービス提供者側の都合が優先し、利用者は後回しになる、回数が少ないと言う意見であった。Q2～Q7の訪問看護の実施状況についても満足という回答が多かった。（図3）

満足でない理由としては回数、時間が少ない、24時間体制が整っていない、医師との連携、緊急時の対応に不安があるという回答であった。Q3、4の看護師の態度、看護技術では看護師の個人差の指摘があった。

Q8、今後も続けてほしい看護サービスでは、現在行っているケアや状態管理の継続という回答が多かった。

Q9、訪問看護に期待すること、希望することでは、回数を増やしてほしい・24時間体制・緊急時の対応、医師との連携・家族の不安、悩みを

聞いてほしい・担当の看護師はあまり変わらないでほしい、など満足でない理由の改善を望む声が多かった。

私達は患者が抱えている生活についての不満が軽減され、望む生活に少しでも近づくことがその人のQOL向上につながると考え、それらに関する援助が訪問看護に求められているのではないかと考えていた。しかし、アンケート調査の結果では患者、家族は医師との連携、医療処置、身体ケアを希望する声が多く、生活についての質問Q3で希望としてあった外出や気分転換などの援助を訪問看護に求める意見が一つもなかった。患者、家族は本当に医療的なことしか望んでいないのか、QOL向上のため他に手助けできることはないのか疑問が残り、聞き取り調査を行うことにした。

聞き取り調査の結果

アンケート調査では患者が、外出したい、気分転換したい等、生活の中で様々な希望をもっていたが、その希望に関わる援助を訪問看護に求めることはなかった。その理由として時間的な制約や患者、家族の中で看護師は医療的なこと、ヘルパーは生活のことと役割分担をして考えていたり、看護師の仕事が日常生活の援助にも及んでいることが理解されていないことがわかった。また、訪問看護でするのは大変、他の患者に迷惑をかけられないと私達の仕事や他の利用者を気遣い、実際には希望があっても遠慮していることも伺えた。そして、QOL向上のため訪問看護に望むことでは、病状の観察、処置・介護者の心のケア、不安の解消など精神的なサポート・リハビリ・医師とのパイプ役など医療処置、管理、指導に関することが多く、訪問看護では特に医療的側面からの支援、援助が求められていることが確認できた。また「直接、外出の援助ができなくても、歩き方や杖の付き方の指導、どんなサービスを利用したらよいか情報を教えてほしい」「ヘルパーでは病状

の判断ができないので、できれば看護師に外出の援助をしてほしい」「外出希望が持てるよう一緒に関わってほしい」という意見があり、日々の訪問看護で患者や家族の気持ちをくみとった関わりに欠けていたことを反省するとともに、生活の中で希望が持てるような関わりが求められていることを感じた。体制面では聞き取り調査でも24時間体制や病状に応じて訪問回数、時間を増やすなど、柔軟に対応してほしいという声が多くきかれ、介護者のQOLを考慮した訪問体制を希望する意見もあった。

D. 考察、結論

今回の調査結果から訪問看護に求められることは、まず第一に医師との連携（確実な連絡、報告、医師の指示を患者へフィードバックすること）、医療処置、身体ケアといった医療職としての役割、責任を果たすことである。医療依存度の高い患者にとって、医療面がしっかりしないことには生命、病状の安定は得られず、精神的にも不安定な状態となる。病状が安定することにより気持ちに余裕が出て、より上位のニードが生まれ、生活の中に希望が出てくる。これは、Maslowの欲求階層論からも理解することができる。患者のQOLにとって病状の安定は不可欠である。訪問看護では患者の状態管理が任されており、看護師がその役割を果たすためには、正確な観察、判断力と質の高い看護技術が必要となる。

次に、訪問看護は患者の生活の場で行われる看護であることから、もっと患者の生活に目を向けた支援や援助、希望がもてるような関わりが求められている。私達は、日常生活の中の小さな希望がかない生活が少しずつ変化していくことが、患者の生きる力や新たな可能性を引き出し、その人らしく生きていくことにつながると考える。患者のQOLをさらに向上させるためには、私達は訴えが無いからと言って、良しとするのではなく、もっと患者の生活や気持ちに目を向け、積極的に援助していく必要がある。在宅ケアサービス事業

の理事でケアマネジャーの安岡氏も「訪問看護師さんへの注文としては、生活の面をしっかりと見据える目を持ってほしいと思います。介護も看護も生活、暮らしを支えることを目標にしているのは同じです。医療面の不安を取り除くことだけで利用者の安寧が図れるとは限りません。深い心理への配慮がほしいと思う事があります。利用者にとって医療系の職種の言葉は重く、重要です。」と述べている。患者の病状を考慮して今の生活の中で何ができるのか、希望がどうしたらかなえられるのか、患者や家族と共に考え、見通しをたてたり、ケアの安全性を確認する役割も訪問看護は担っている。そして、「その人の可能性を見失わず働きかけることでQOLを高めることができる。」との看護の本質的理念から、「きっとダメだろう」ではなく、「もしかしたら、できるかもしれない」という視点でケアすることが大切である。また、訪問看護で直接援助できない場合、患者にとって安全安楽なケア方法、注意すること等を他の職種へと伝えていくことも必要と考える。

訪問看護の体制では患者のみならず、家族のQOLも視野にいれた柔軟な体制が求められている。在宅療養では日常生活を楽しみ、人としてあたりまえの生活をする事ができる。しかし、一方で、家族が介護者として大きな役割を担うケースも多く、介護負担、家族のQOLの低下といった問題も派生する。介護者の負担感が大きくQOLが低下していれば、患者にとっても苦しい療養生活になるといわれており、レスパイトケアの問題も忘れてはならない。医療処置の多い患者にとって訪問看護のはたす役割は大きいですが、ステーションの人員や体制などの問題から、患者や家族の希望に十分に答えられずにいるというのも事実である。

今後の取り組み

これまで、看護師一人一人の技術や知識を高め、均一化させていくため、当ステーションでは研修会の参加や情報交換、定期カンファレンスな

どにより、必要な知識、技術の習得に努力をしてきたが、今回の研究を通して一層その必要性を感じている。また、趣味や生き方など生活面でも患者を理解することに努め、もっと援助できることはないかを、日頃の訪問看護の中で意識するようになった。

医療依存度の高い難病患者の訪問看護では、医療処置、身体ケアだけで時間を使い果たしてしまうことが多く、医療的援助と併せて、QOL向上のための生活の援助をしていくことは時間的にも無理がある。ALSなどの難病患者では一日複数回の訪問も可能だが、2回目以降の訪問の診療報酬設定が1回目訪問より低く（1回目訪問では5300円、2回目は2500円）、現行の制度では複数回訪問を重ねるごとに収益率が低くなり、ステーションの経営、採算面では不利となる。また、小規模のステーションでは人力的にも無理があり、なかなか複数回訪問の希望には答えられない状況にある。現在、複数の訪問看護ステーションが同一患者に関わることは可能だが、同日の2カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護は診療報酬の算定ができない。しかし、2回目訪問を260回/年まで認める各県の在宅呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業の適用を申請すれば、2カ所目のステーションが支払いを受けることは可能であり、来年度には複数回訪問の診療報酬の改善も期待されている。今後、複数の訪問看護ステーションが連携して難病患者を支援していくことは重要であり、訪問看護ステーションの人員の不足や、経済的負担の問題を解決していく一つの方法ではないかと考える。今回、2カ所のステーションが関わることにより、成果があった2事例を紹介する。

事例1、

人工呼吸器を装着した男性ALS患者で、吸引が頻繁のため妻がつききりで介護している。以前から、妻が安心して外出できる体制を希望され、週3回の訪問看護のうち1回は3時間の長時間

訪問の体制を2年間続けている。また、月に1回、妻が遠方の息子の所へ出かける必要が生じ、妻が外泊できる体制として、新潟市難病患者夜間訪問看護サービス制度の活用を希望された。当ステーションは小規模で夜間の長時間訪問の体制を整えることは非常に困難であったが、他の訪問看護ステーションと2カ所で8時間の夜間訪問を隔月に受け持ち、平成15年2月から月に1回、その制度を利用して妻は泊まりがけで出かけている。

事例2、

進行期にある女性ALS患者で介護者は夫のみである。病気の進行に伴い嚥下障害が出現したが、経管栄養を拒否し、経口摂取を希望された。むせや痰の喀出困難があり、ヘルパーの食事介助中も吸引のため夫がずっと、つききりの状態で介護負担が増加した。ケアマネジャーが中心となり、介護体制の見直しが行われた際、訪問看護で昼食介助を担当することにした。吸引処置を含め、安全に考慮して食事の一連の流れに関わることで経口摂取状況の見極めができ、ぎりぎりまで経口摂取したいという本人の希望がかなえられた。その後、嚥下障害の悪化により、いよいよ経口摂取が困難となった時、タイミングを逃さず、本人も納得のうえ、経管栄養に移行することができた。さらに、2カ所のステーションが関わることで週に三日は僅かな時間であるが夫が安心して休息をとることができるようになった。

E. おわりに

今まで、患者の表面的な部分しか見えていなかったが、もっと患者の生活に寄り添い、共に何ができるのかを考え、ケアしていくことの大切さを今回の研究で学んだ。そして、体制面では種々の問題があり、困難なこともあると思われるが、できることから少しずつ実施して在宅難病患者を支援していきたいと思う。

最後に、この研究をまとめるにあたり、アンケ

ート、聞き取り調査にご協力いただいた患者及び
家族の皆様には感謝いたします。

引用、参考文献

- ①安岡厚子「地域での暮らしを支える両輪に」
訪問看護と介護 vol. 8 No. 1 p20～21、
医学書院、2003
- ②川島みどり「在宅パーキンソン病患者のQOL
の質的評価－音楽空間における看護介入による
患者の反応から－」、特定疾患に関するQOL研
究班 平成9年度研究報告書 p69～73
1998
- ③馬場恵子他「利用者に満足されるステーション
づくり 訪問看護利用者の満足度調査と訪問看
護質評価から」 訪問看護と介護 vol. 6 No.
10 p822～829 医学書院、2001
- ④老人訪問看護研修事業等検討会「訪問看護研修
テキスト（老人、難病、重度障害児、障害者編）」
日本看護協会出版会 2000
- ⑤松野かほる「系統看護学講座 専門4 在宅看
護論」 医学書院 1998
- ⑥豊浦保子「ALS患者の在宅サービスの利用状
況からみる問題点と今後の課題」 特定疾患の生
活の質の向上に資するケアの在り方に関する研
究 平成14年度総括、分担研究報告書 p47～
54 2003

アンケート調査の結果

図1,

生活についての質問

Q1今の生活に満足していますか？

Q4, 家族の方から見て、ご本人は今の生活に満足されていると思いますか？

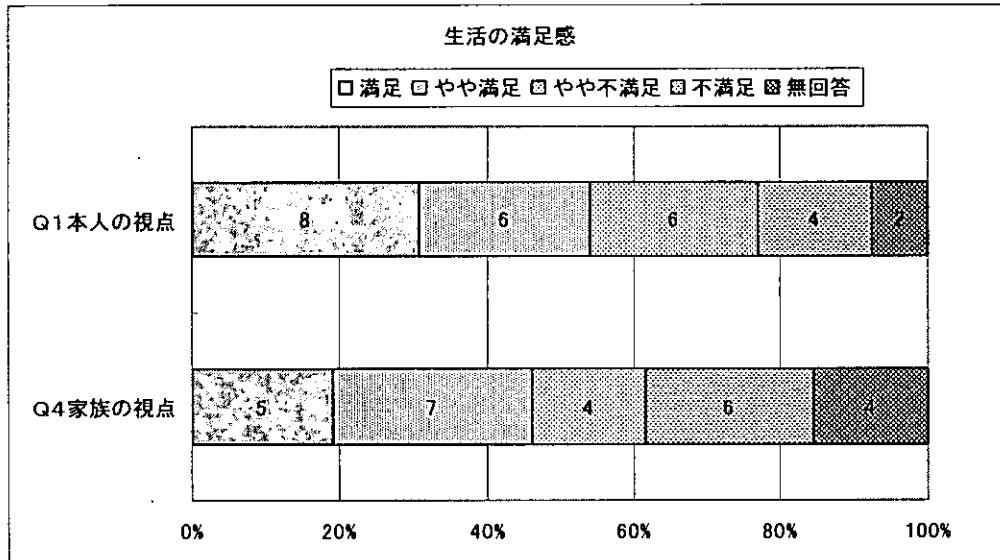


図2,

生活についての質問

Q2, 今の生活に不満を感じる理由は何でしょうか？（複数回答可）

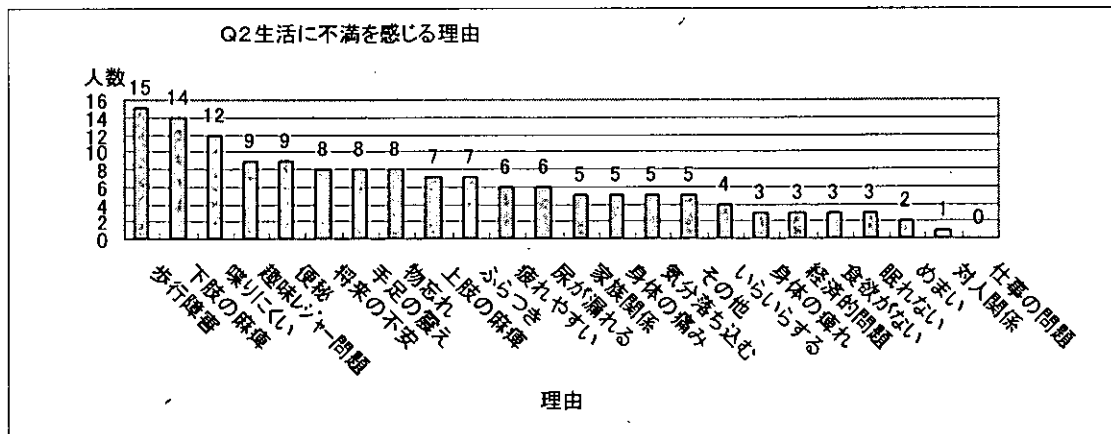
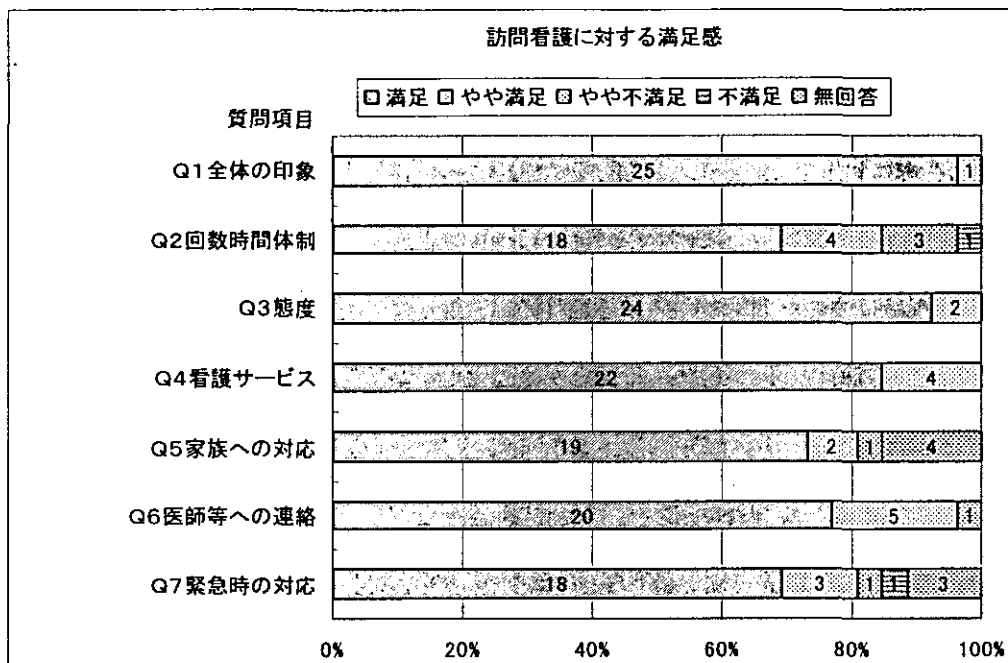


図3

訪問看護についての質問

Q1～7 訪問看護について満足していますか？



Q8, 訪問看護に今後も続けてほしい看護サービスはどのようなことですか？

Q9, 訪問看護に期待すること、希望することはありますか？

難病訪問看護実践に必要とされるアセスメント技能に関する研究
－訪問看護場面への参加観察を通して－

分担研究者 山内 豊明 名古屋大学医学部教授

研究要旨

5年以上の訪問看護活動経験および3年以上パーキンソン病療養者への訪問経験を有し、かつ現在パーキンソン病療養者を訪問している看護職を対象とし、訪問した在宅での看護師とパーキンソン病療養者の相互作用の参加観察、及び参加観察を実施した看護師との半構成的面接を行い、そこで得られたデータを分析した。訪問看護師は、看護師は看護ケアを行いながらアセスメントしており、病状の段階により実践する看護ケアは異なり、収集する情報の内容も異なることがわかった。訪問した日によって病状が変化するため、看護師は病状の変化を確認しながらできることは見守り手を出し過ぎないようにしていることがわかった。病状の変化を本人がどのように受け止めているかを確認しながら、意欲をなくさず療養できるようにするためにどのように話し看護ケアを進めるかを瞬時に判断していることがわかった。

共同研究者

三笠里香（名古屋大学大学院医学系研究科修士課程）
志賀たずよ（大分大学医学部地域老人看護学講座）
佐々木詩子（瑞浪病院看護部）

A. 研究目的

現在わが国の訪問看護において看護師がパーキンソン病療養者に対して行っている看護アセスメントプロセスを通して、難病訪問看護に必要とされるアセスメント技能を明らかにすることを目的として、昨年に引き続き質的機能的研究を進めている。

本研究を進めるにあたり、近隣にある訪問看護ステーションに所属する看護職にパーキンソン病療養者への訪問状況を確認した（表1-1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b）。

回答が得られた看護職は124名で、訪問のべ人数は155名であった。Yahrの重症度分類Ⅴは62名で全体の40%を占め、在宅でのパーキンソン病療養者の重症度が高いことがわかった。

看護職が捉えている療養者の情報を症状、運動

機能、食事、排泄、保清、意思疎通、看護、その他の項目に分類し整理した。看護職がパーキンソン病療養者について言語化し得るものは多種多様であり、療養者ごとに異なる。その理由の一つには、看護職が行っていること全てを言語化できているわけではないことが挙げられる。

そこで、今回、参加観察という手法を用いることにより、訪問場面でのアセスメント行為を明確化することを試みた。

B. 研究方法

a) 対象

5年以上の訪問看護活動経験および3年以上パーキンソン病療養者への訪問経験を有し、かつ現在パーキンソン病療養者を訪問している看護職を対象とした。

b) 調査方法

調査方法は、対象条件に合う訪問看護師およびパーキンソン病療養者に調査の説明を行い、承諾を得られた者を対象、訪問した在宅での看護師とパーキンソン病療養者の相互作用の参加観察、及

び参加観察を実施した看護師との半構成的面接とした。半構成的面接の音声データは許可を得て録音した。

（倫理面への配慮）

調査調査の対象となった患者および訪問看護師に対しては調査の目的、方法、プライバシーの保護等について十分に説明したうえで同意を得た。

C. 研究結果

a) 症例1（表2-1, 2）

妻と二人暮らしの75歳男性である。2002年4月パーキンソン症候群と診断され、現在Yahr Iである。訪問は週2回30分で、リハビリを目的としている。

室内での運動は3か月くらい看護師と一緒に行ってたが、メニューを覚えられてひとりで行っていた。看護師と妻の話から覚えたからといって訪問看護がない日にもひとりで行うかというのではなく、看護師が訪問することでやろうという気になることがわかった。妻は「夫がこの年で寝たきりになってもらっては困っている」というので、リハビリには意欲を示している。

散歩中に転倒された経験があり、散歩が怖くなり散歩をしなくなった時期があった。散歩ができる時は自分からリハビリをしようという気持ちになっていることに看護師は気づき、散歩ができているかできていないかが一つのバロメーターになると考え、訪問時に必ず「散歩をしているか」ということを確認している。

屋外散歩時「急がなくていいですよ」「下り坂だと足が出てしまう？」という言葉をかけていた。これは、いつもより歩く速度が速いことを看護師は気にしていたのである。以前散歩中に転倒した時、自分の意思と違って速くなったことがあったので、転倒の危険性を考えたうえでのことであった。

b) 症例2（表3-1, 2, 3）

妻と二人暮らしの78歳男性である。2001年10月に脳梗塞後遺症からパーキンソン症候群の診断を

受け、現在Yahr IIである。訪問は週1回1時間、リハビリを目的としている。

リハビリは首の運動から始めていた。看護師は「首をほぐしていきます。上、天井まで見て、下、足先が見えましたか？横向いて、障子は何の模様ですか？」と声をかけながら実際に行っていた。これは、本人が具体的に何をすればよいかわかるように、言いながら実際にやってみせているのであり、急に反応がなくなることがあるため、声をかけながらわかっているか確認しているものであった。

オムツを使用しているが、妻がオムツ交換がたいへんだと言われること、訪問開始時殿部にただれがあったため、お尻を自分で上げることができればただれることもなくなるかもしれないと看護師は考え、どれくらい上げられるのかの確認と訓練も兼ねてリハビリメニューの中にお尻上げを入れ、開脚が十分でないとおムツ交換がたいへんだと考え、股関節の運動も入れていた。

訪問開始時はむせるためご飯がほとんど食べられなくエンシュアで栄養をとっていた。食事については妻がすごく気にされているので、看護師は訪問時には必ず妻に食事摂取について確認することにしていく。現在、食事摂取量は増えているが、食事中に時々むせるという妻からの情報で看護師は呼吸音を聴取している。

c) 症例3（表4-1, 2, 3）

夫と息子夫婦と同居している66歳女性、介護は夫が仕事をしながら行っている。2002年4月パーキンソン病と診断され、現在Yahr III～IVである。訪問は週1回1時間、リハビリを目的としている。

バイタルサインチェック後、ベッドに臥床しリハビリを始める。排便が3日間ないという情報を得て臥位になった段階で腹部の触診をしていた。

足のストレッチから始めているが、以前足背から下腿にかけて浮腫があったことから足の浮腫を確認していた。

下肢の運動を行いながら、行っている家事につ

いて確認していた。これはADLの確認に加え、「夫に家事をやってもらったりしていることに対して、本人が申し訳ない」という思いがあるので、どれだけ家族に貢献しているか、できることを引き出すために確認していた。

座位から立位になる際、1回目何度か前傾姿勢でお尻を上げようとするがなかなか上がらなかった。しばらく看護師は見守っていたが、上がらないため看護師は介助した。「何回かすると立てますね」と言って、もう1回やるように促した。2回目は自力で座位から立位になることができた。立位後室内歩行へと移り、平行棒を持って歩行していた。リハビリを進めながら、本人も看護師も調子がよくないことをお互いにわかっている。看護師は座位から立位へ移る時は、1度できなくても「何回かすると立てますね」と言い、自力でできることを確認している。調子がよい時には支えがなくても歩けるので、平行棒を持って歩くことは調子がよくないことを示している。平行棒を持って歩いたので、看護師は「先週よく歩けていましたね。今週悪くても、1週2週で違うものだから、このまま悪くなるのではなくまた回復しますよ」という言葉をかけていた。看護師は自力でできない時には非常に気が重く、どのように言葉をかけようか考える、と言う。本人ができなかったという気持ちで訪問が終わらないように、どのように声をかけるか考えていることがわかった。

D. 考察および結論

訪問看護師は、看護師は看護ケアを行いながらアセスメントしており、病状の段階により実践する看護ケアは異なり、収集する情報の内容も異なることがわかった。訪問した日によって病状が変化するため、看護師は病状の変化を確認しながらできることは見守り手を出し過ぎないようにしていることがわかった。病状の変化を本人がどのように受け止めているかを確認しながら、意欲をなくさず療養できるようにするためにどのように話し看護ケアを進めるかを瞬時に判断してい

ることがわかった。

昨年度は看護師の聞き取り調査、今年度は参加観察を行った。まだ収集したデータが少ないため、今後も参加観察、聞き取りおよびアンケート調査を行うことにより、さらに多方面からのデータを収集したい。それらを通して訪問看護師のフィジカル・アセスメントの実情を把握し、その成果をもとに訪問看護に必要とされるフィジカル・アセスメントに関する技術及び知識を明確化していきたいと考えている。

E. 健康危険情報

該当なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

山内豊明、三笠里香、志賀たずよ：訪問看護実践に必要とされるフィジカルアセスメントに関する現状調査 日本看護医療学会雑誌、第5巻1号、35-42、2003

2. 報告書

山内豊明：訪問看護活動に不可欠なフィジカル・アセスメント技能の体系化に関する基礎的研究 平成12年度～平成14年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）研究成果報告書、2003

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

Case No.	疾患	特徴	経過	経過経過	病歴、その他
5	ベッドアップで自力摂取			余飯、意識決定可	意識的ではなく何事も消極的
6	経管栄養				気管切開、呼吸管理
16	経口摂取不可				現在は状態悪化し入院中。(気管切開し酸素吸入、経口摂取も不可。)
17	経口より経腸栄養剤を導くこと摂取				排便コントロールと便秘管理
18	経管注入				
20	PEG導入中				
21	全介助で普通食を摂取				ハルーン管理
22					当入居者のハルーンケアはすべて理学療法士、作業療法士が行っている。
24					
25	胃管、鼻カテーテル挿入				HOT利用
26					胃管の挿入法指導し、再挿入時 検引
29	経管栄養				カテーテル挿入部の消毒、入浴介助
31	流動食全介助摂取、CVカテーテル				全身のROM、全身状態の観察、主に閉居の3名が介助、本人が閉居で食い合いもある。
32	トロリ食嚙みむせる、IVH				
33	摂食で自力摂取不可、嚥下摂取能力不発露液併用				
35					
46	経管栄養				食事指導
47	経口にて3回食むせなく摂取				緊急カニューレ装着、感染
48					今年死亡
54	嚥下				
55	閉居にて経管栄養				介助者は妻
57	経管より嚥下				気管切開、分選者は娘(3人で交代しながら)
58	経管栄養				
59					緊急閉居
60					食事指導介助、状態観察、食事指導、食事介助、食事指導(入院)
61					
65					
66					
72	嚥下嚥下～鼻腔				意識のレベルがあまり高まらず、精神的な不安定 感も多くなり急引状態、肺炎を併発し入院(入退院を繰り返していた)経過。
73	食べれなくなった				肺炎を起こし入院、水腫、
74	鼻腔栄養				初期ハルーン1回、訪問看護6日/週(1日2回訪問する日も2日ある)訪問4~5回/日
81	経管栄養しているが、経口にも摂取				精神的落ち込みが大きい、家族の戸惑いも大きい
86					介護方法指導
89					肺炎を経て静養中、1年半後死亡。
90	経管経管栄養				
91	胃管				
95	食事介助				
97	経口摂取				一人暮らし、施設面談もしていたが、最終施設が希望で入院した為施設
98	経管栄養あり				
99	嚥下嚥下				
103					精神的不安定により訪問開始
104	経管栄養				意識レベルが低下し、意識不明
106	嚥下困難				四肢ROM、足浴、手浴、顔マッサージ、夫と2人暮らし、訪問/日共吸引
109	経口摂取可能であるが、嚥下困難、誤嚥があり、鼻腔栄養				緊急実状を把握し、入院院を繰り返す。
111	経口摂取可能であるが、嚥下困難、誤嚥があり、鼻腔栄養				吸引ゴロ首上、嚥回の吸引管理、
114					嚥下
116	胃管を挿し、経口摂取は不可。				尿管の状況あり回復傾向もある
117	トチューブより注入、経口摂取はない				
118	経口摂取できず、胃チューブ経管栄養				平成6年アルツハイマー病発症、病状が進み、平成12年よりリハビリ、訪問看護開始
120	胃管				緊急閉居
121					
122	嚥下嚥下あり、食事摂取にむらがある				緊急閉居
127					
131					
133					
135	排便管理				排便管理、排便管理
136					嚥下嚥下

表1-28：訪問介護者一覧

Case No.	No.	性別	年齢	性別	Yorik	担当	介護歴、生活職歴	状況	運動制限
140	112	10.5	1.6			1 腰介護 5	1年3回くらい腰痛性神経痛で入院歴を繰り返している	四肢の拘縮が著明	
141	113	7.0	5.5	44才	V	1 腰介護 5、嚥下きり度C2		四肢関節拘縮強く、リハビリ中	
148	120	6.5	2.0	30代後半		1 嚥下きり		ほとんど嚥下できず、嚥下も自力で不可	
151	122	3.6				1 嚥下きり			
153	124	9.0	2.0	H14.2~		1 腰介護 5、嚥下きり			
1	1	13.0	7.5	H14.7.14~H15.1	男	2		パタッと倒れるように倒れ、手をひいて立ち上がり、歩き出し	
2	2	8.0	6.0	3年		2		ベッドから起きあがれない、歩行できない	
3	3					2		歩行補助に足がつかず、こぼすようになる、倒れ込むように倒れ	
4	4					2		嚥下きり全介助	
7	5	21.0	4.6	H13.3.15~現在、1回/W	72・男性	2		歩行補助あり、歩行困難あり	
8	6	13.0	0.7	訪問介護		2		歩行困難	
9	7	3.0	2.8			2		歩行は手引きでの程度可能	
10	8	7.0	3.0	H14.9月半		2		歩行補助なしで歩行可	
12	9	38.0	3.0	H11.11月上旬~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
13	10	7.0	2.7	H13.3~	83・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
14	11	11.5	3.0	1か月	77・女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
15	12	9.2	7.3	2か月	73・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
19	15	9.2	7.3			2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
23	19	4.0	2.7			2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
26	22	31.0	5.5			2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
27	23	16.0	5.0	H14.7~	90・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
30	26	20.0	4.6	H11~13月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
34	34			H12.2~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
36	36			H12.2~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
37	31	3.0	2.0	3年	85・女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
38	38				75・女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
39	32	6.7	2.0	1回/W、1回/2W、1回/W	60歳半女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
40	33	8.0	3.3	H14.2~現在、1回/W		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
41	41			H15.1~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
42	34	6.0	3.0			2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
43	35	10.0	1.0	約2年、3回		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
44	36	8.0	5.0	1年		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
45	45			1年6か月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
49	39	5.0	5.0	半年ほど	女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
50	40	5.0	3.4	H14.8~	71・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
51	41	12.3	2.2	1か月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
52	42	10.0	5.0	1年ほど		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
53	43	7.0	11.0	11か月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
56	49	5.0	2.7	2週間	84才	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
62	49	5.0	2.7	2週間	72・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
63	50	7.0	1.7		72・女性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
64	51	13.0	6.2	H11.4~3年ほど	77・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
67	54	4.2	3.5	H10.9~	74・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
68	55	20.0	1.8	H14.4.27~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
69	56	8.0	4.5	4か月、2週間	7年程	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
70	57	20.0	3.0			2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
71	58	7.0	0.4	3か月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
75	61	20.0	0.3	1回/W		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
76	62	13.7	1.8	H14.6~		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
77	77					2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
78	78					2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
79	63	8.0	0.1	11月半~1年ほど		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
80	64	8.5	1.8	7か月		2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
82	65	8.7	2.1	2回/W	84・男性	2	一部介助	室内歩行、歩行補助なしで歩行可	
83	66	6.0	1.0	H13.12~14.5月、2回	84・男性	2		室内歩行、歩行補助なしで歩行可	

表1-2b：訪問看護一覧

Case No.	患者	病室	病状	経過	看護計画	経過	看護計画	経過	看護計画	経過	看護計画
140	胃腸チューブ挿入中										
141	胃腸チューブ3回/日挿入中										
142	介助										
143	胃腸造設										
144											
145											
146											
147											
148											
149											
150											
151											
152											
153											
154											
155											
156											
157											
158											
159											
160											
161											
162											
163											
164											
165											
166											
167											
168											
169											
170											
171											
172											
173											
174											
175											
176											
177											
178											
179											
180											
181											
182											
183											

表1-3a: 訪問介護一覧

Case No.	氏名	生年月日	性別	年齢	Yahr	要介護	介護度	訪問回数	訪問時間	訪問曜日	訪問時間	介護度	介護内容	状況	運動制限	
84	67	5.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
85	68	13.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
87	70	18.0	5.7	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
88	71	5.0	2.7	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
92	75	2.0	1.5	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
93	76	19.0	13.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
94	77	20.0	5.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
96	79	20.7	3.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
100	82	12.0	3.0	H13.9.1~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
101	83	6.8	0.3	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
102	84	17.0	8.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
107	88	10.0	2.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
108																
109	89	15.0	3.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
110	90	15.0	1.8	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
112	92	19.0	0.5	H14.4.23~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
113	93	24.4	1.1	3.0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
115	94	13.0	5.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
119	97	10.0	1.8	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
123	101	12.0	5.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
124																
125																
126	102	8.0	1.3	H9.7.24~14.8.8.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
128	104	5.0	0.6	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
129	105	12.0	3.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
130	106	6.5	9.0	1.0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
132																
134	107	3.5	8.2	H10~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
137	109	2.0	0.7	H12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
138	110	14.5	2.1	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
139	111	5.0	5.0	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
142	114	6.0	2.0	H13~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
143	115	9.8	1.4	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
144	116	9.0	5.7	H12~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
145	117	6.0	2.7	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
146	118	14.9	4.9	2.0/W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
147	119	20.0	0.6	H9.9.9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
149	121	20.0	1.2	H13.3~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
150																
152	123	9.0	6.5	H14.4~	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
154	118				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態
155	18				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	歩行は短時間について何とかなり歩行可能もかなり不安定な状態

表1-3b: 訪問看護一覧

Case No.	患者	状況	経過	経過経過	留意、その他
84					訪問NS、肝のリハビリ指導等でリハメニューを提供するが、経時的であらゆる病状が在立つ 薬トレイにセット
85					
87					
88			更衣、入浴に介助が 入浴介助		薬量が病状を悪化していない、薬が入っていない
92					
93					
94					
95					
100			入浴可、食事1回/週訪問看護		歩行、室内での運動
101			訪問入浴2回/週		デバイス1回/週、内服はキパーソン(義女)が提供
102					精神的ケアは藤さんと折り返し合っている、息子さんと折り返し合っている
107			様子よい時トイレ歩行、Pトイレ使用、オムツ使用		外歩を20分程、強い陣は室内のROM運動、美と入浴し
108			2回/週訪問看護にて息子の入浴		至急室内歩行指導、室内ROM、運動、服リハビリ、肺炎と関係、2回/週デバイス
109					
110					
112					
113					
115					
119					
123					
124					
125					
126					
128					
129					
130					
132					
134					
137					
138					
139					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
149					
150					
152					
154					
155					

表2-1：症例1

看護師	対象者	面接記録
<p>①「散歩していますか？」 血圧測定 「140/80」 『眼科受診について質問』 体温測定 36.9℃ 脈拍</p> <p>②「血糖が高いですね。空腹時ですか？」 「散歩にはひとりで行っているんですね。」</p> <p>運動を促す</p> <p>③「夜はよく眠れますか？」 「転ぶのは少なくなりましたね。」</p> <p>④「腰のほうはどうですか？」</p> <p>⑤「腕のほうはいい。上がるようになった。」 「のどが赤いのは？」</p> <p>⑥「ダンベルはやっている？」 「（ダンベルをやったから）よくなったですね。」</p>	<p>ベッド座位 本人：「まだこわい。」（転倒したので） 本人：「とうとう厚生病院で注射をうった。」（白内障の治療） 体温計を左脇窩へ</p> <p>血液検査の結果を妻が渡す 本人：「食事の時間だけ聞かれた。」 本人：「散歩はひとりで行っている。杖は持っていく。」 妻：「散歩に行ってみんじゅうを食べた。」 上肢の運動から始める</p> <p>本人：「スリッパはすべる。」 本人：「下におしりをついたら立たない、掴まるところがない。」</p> <p>本人：「ひげをそった。」</p> <p>本人：「やっていない。夜にやろうと・・・」</p>	<p>①散歩ができるかできないかが、ひとつのバロメーター 1回散歩中に転倒されて、散歩が怖かったりして、中断しちゃったり、億劫になつて散歩をしなかったり。散歩ができる時は自分からリハビリをしようとか、そういう気持ちになつてきているので、「散歩をしていますか」といつも聞きます。全体的な筋力低下が防げる。散歩ができるくらいだったら大丈夫かな、いろんな日常生活は。</p> <p>②糖尿病からくるかわからないですけど、白内障があって、「眼科に通院していますか？」と聞いた。 インシュリンは日に2回うっているんですけど、インシュリン量が増えることもなくて、コントロールできています。 この日はいつもより血糖値が高かった。100台。 そんなにひどくなかったんですけど、聞いた。 食事は奥さんが気をつけている。</p> <p>③眠れなくて眠剤をのんでいる。一時やめていたんですけど、1か月前からまたのみ始めたので聞いた。病状に対する不安ではないと思う。</p> <p>④時々腰痛がある。姿勢の問題かな、と思うんですけど、いつも聞く。</p> <p>⑤去年の12月くらいに、お部屋ですべて転んだ時に右手を打たれて、それから挙上ができなくなつてしまった。レントゲンの結果、骨に異常がなかつたので、ひにち痛だからリハビリを続けよう、とやっていたら、2か月くらいで腕が上がるようになった。その印象があつたので腕のほうはいいですね、と聞いた。</p> <p>⑥この方は、こういうリハビリをしましよなというこちらの提示プラス自分いろいろやる。ダンベルも家にたまたまあつたもの。 上肢の挙上ができなくなつた時に少しずつ使つてやっていたのでまだやっていますか、と聞いた。 奥さんもこの年で寝たきりになつてしまったら困ると思つているのでリハビリには意欲的です。</p>

表2-2：症例1（続き）

看護師	対象者	面接記録
<p>⑦「トイレは近いですか？」</p> <p>⑧「お風呂は入っていますか？」 寮と浴室へ （「右もも、つけねが痛む」に対して） 「左をかばうから、左のほうが少し弱いから右ももに力が入るのですね。」 「島崎先生は何か言いましたか？」（受診したばかりだったので） 「さっきのところは痛みますか？」</p> <p>⑩対象者の後からついていく エレベーターで1階へ ⑪屋外散歩 「急がなくていいですよ。」 「下り坂だと足が出てしまう？」 「上り坂は？左足がでにくい？」 「歩いているうちに前に出てしまう？ 自分の意志とは関係なく？」 「下りは速くなってしまおう？」 「歩いている時どこをつかっていますか？」 「どこが痛くなってきますか？」 「足首ではなく？」 「腰は出ていますか？」 「いつも同じコースを休みながら1時間歩く？ 今日のように歩きばなしの15分は疲れますか？」</p>	<p>本人：「チョコチョコ行く。」 ⑨首の運動 ⑨下肢の運動→抵抗を加える（等尺性運動） 10秒（右・左）2セット 本人：「高いので浴槽に入れない、出入りが難しい。 暑い時はシャワーだけ。」 本人：「右もも、つけねが痛む。歩く時にはってくる。」 本人：「杖をつくとも右手が痛くなる。」 ⑨手指の運動 片手伸しパー、反対側手胸でグー 繰り返す 本人：「何も言わない。」 ⑨立位 両上肢で支える 膝関節屈伸運動 本人：「痛くない。」</p> <p>⑩室内から玄関へ移動 くつをはく時は妻が介助 歩行速度が速くなる 本人：「左・・・」 本人：「腰が定まらん。」</p>	<p>⑦神経因性膀胱炎。失禁があって尿意はあるけれど漏れてしまう。リハビリパンツをはいてはいる。日に2、3回替えなくてはならない。</p> <p>⑧この場合、ADLで排泄とお風呂が心配だった。お風呂のことはADLのチェックで聞いた。「ここに来て浴槽が高い」と言われてみに行った。最近引越したばかり。 介護保険が使えればそれを使って、すのこどとか、浴槽に板をかけて座れるように福祉器具を代用すればよいと思って、本を見たり、「ケアマネに相談しましょうか」と言った。</p> <p>⑨運動について 3か月くらい一箱にやっていたけれど、覚えてしまわれたので、順番は多少違ってほしいと思って、ご自分でやられる。 奥さん曰く、訪問がない日はやらない。「これだけできるので私がない時でもやれますよね」と言ったら、奥さんも本人の前では言わない、やらないと言っている。 人が来て、さあやろうかという時にならないとやらないようです。</p> <p>⑩移動時の確認 屋内から出る時、足の動きだけ観察している。 左足が外転して、軽くびっこをひいたり疲れてくると、それで今日はどうかかな、と思って、下に降りる時の段差がどうかかな。 振り返る時、ターンする時、この歩行をする前に屈伸運動をしていて向きを変える時とか、心配だったけれど、最近では安心して見ている。 だめな時はターンする時にフラツとする。最近では方向転換した時のバランスはよくなった。 自室からお勝手のところには敷き居があるので、そこで左足が上がっているかには気がつけている。 外は障害物があるので、足が上がるか、つまづいてしまおうのか。</p> <p>⑪この日はいつもより速かった。以前散歩で転倒した時、自分の意思と違って速くなったことがあった。今日もそうなのかなと思っていて聞いている。 疲れてきたのかなという、フラツとしたところがありました。 散歩のコースは同じ。前々回くらはいはずまで介助がいらないかかった。この日は倒れないと倒れるかもしれないと思った。 ふたつきが多い、まっすぐに歩いていないというのが最後のほうに少しあった。 左側膝ん張りがかかない。</p>

表3-1：症例2

看護師	対象者	面接記録
<p>血圧測定 「98/50」</p> <p>① 「ご飯は食べれますか？」</p> <p>② 「お汁を飲み込む時はむせますか？」 「エンシユアは？」 「ご飯は？」</p> <p>体温測定 36.0℃</p> <p>③呼吸音聴取（前面、背面）</p> <p>脈拍 「普段、咳は出ないですか？」</p> <p>④ 「おつうじは？」 「シャージャーにはならない？」</p> <p>運動 「首からほぐしていきます。」 ⑤ 天井まで見て。 下。足先が見えましたか？」 説明しながら裏側に行く 「横向いて、陣子は何の模様ですか？」 「横におかあさんのほうを見て。」 「横にぐっと倒します。（右側屈、左側屈）」 「肩をぐっと上げてください。」 ⑥左肩と肘に手をあてる 両肩回旋（前から後へ、後から前 各10回） 左肩、肘に手をあてて補助 「肘を曲げてぐっと伸ばす。」 肘屈伸→指先へ力を入れる→指先の伸展不十分のため他動的に行う 手を持って左右交互に伸展屈伸 手を組んで拳上（自動、他動は10回繰り返す） 左側に立って拳上介助 グーバーの繰り返し 「～さん」</p>	<p>ベッド座位</p> <p>本人：「自分で食べます。私はいつも。」 妻：「うそ、おいもはいい。ホウレンソウ、菜っ葉は食べれない。さつまいもは昨日食べた。」 本人：「白菜だとむせる。牛乳は飲める。」 本人：「病院では飲まないように言われたけれど、飲んでいる。」 本人：「味ご飯は2杯食べた。」</p> <p>妻： 「ご飯の時にぶっと咳と痰が出る。それはいつもではない。」</p> <p>妻： 「薬をのんでいるので昨日まで出ている。ダラダラの便。お湯で3、4回洗えばきれいになる。」</p> <p>本人： 「16文甲高」 本人： 「あなたの足がかわいいね。」指示に従わない。</p> <p>本人： 「おかあさんは横を向いている。」 右肩だけが上がる 左上肢まっすぐ前に出ない 左上肢拳上できない（左肩関節屈曲制限あり90°位まで） 速中反応しない</p>	<p>①訪問開始時はご飯がほとんど食べられなくて、エンシユアで栄養をとっていたという印象だったので、これはいつも聞く。</p> <p>②どうして食べられなかったかというところ、むせがあったりするので、むせの具合。（食欲もなかった）奥さんがすごく気にされていた。今は食べられるので。</p> <p>③時々食事中にむせがあるということで、呼吸音は聴取しているが、呼吸音は問題ない。</p> <p>④つうじは、結構頑固な便秘だったりするので、薬をのんでどうか、というので。効きすぎないということで、シャージャーにならないかと。昨日便が出ているのでよという判断をし、腹部の触診はしていない。運動で、ストレッツをやってみよう。</p> <p>⑤自分でやってみてどのへんまでいくといいかな、と、天井まで見ればいい。（説明していることが細かいのは本人がやらないから）陣子は竹の模様が見えたと、いつも言うけれどこの時は無反応だった。急に反応がなくなることがある。説明しながら、わかっていますか？と確認している。</p> <p>⑥左半身が不全麻痺で動きが悪いから、自分では拳上とかできないので他動的にやるんだけど、肩関節がはずれたらこわいので、肩関節だけ当てて拳上とか、肩回しをやった。拳上は少しできる。90度までいかないのが、介助して、かたまたまのようにというのも兼ねて。</p>

表3-2：症例2（続き）

看護師	対象者	面接記録
<p>⑦仰臥位 膝立て お尻を上げる（腰上げストレッチ） 「朝起きた時はどうですか？」 左大腿部をもみほぐす</p> <p>⑧「便はトイレに行きますか？」</p> <p>⑨左膝関節屈伸 膝立て左右関節</p> <p>靴下を脱がせる</p> <p>⑩「オシッコはよく出ますか？」 足浴 「右足上げてください。」 左足を介助でお湯に入れる。 下腿を押さえてみる 「オシッコの薬はのんでいない？」</p> <p>⑪「エンジュアは1日どれくらい？ エンジュアを飲むとご飯食べない？」</p> <p>「あたたまってきましたか？」 「左のほうはあまり動かさないから。」 「かゆいですか？」 足をお湯から出して拭く 軟膏塗布（水虫） 靴下をはかせる 「爪はいつもおかあさんに切ってもらっていますか？ きれいにしている。」</p>	<p>起座から自力で側臥位→自力で仰臥位 自力で5秒お尻を持ち上げる 本人：「左ももがひきつる。」 妻：「朝起きた時はぜんぜんだめ。夜はいい。」</p> <p>⑩妻：「7時くらいに寝て、4時に起きる。 6時部屋で排尿。夜10時トイレに行く。 午前と午後2時間くらい寝る。 月・水・金・土・日・月曜はヘルパーさんが来て清拭 火曜、土曜も訪問看護。日曜日だけない。」</p> <p>⑪横向きへ移動 繰り返し 左側臥位になり、自力で起座へ 妻：「これをやってももうようようになって起き上がるようになった。」</p> <p>本人：「よく出ます。」</p> <p>自分でお湯の中に右足を入れる</p> <p>本人：「牛乳1日6～7合飲む。 言ってくれるといいけど、オムツのほう、たっぷりは出ない。 2時間毎でも少し。」</p> <p>本人：「エンジュアを飲むとご飯をよく食べる。」</p> <p>本人：「左の小指が悪いと言っていた。 左のほうがかゆいと言われる。 かゆいということは一度もない。」</p> <p>本人：「半年くらい前かな？」 妻：「とうせいえんで」</p>	<p>⑦お尻上げは、奥さんがオムツ交換がたいへんだと言われる。それと訪問初期の段階でお尻のただれとかがあったので、お尻を自分で上げてあげられれば、そういうリスクも少ないだろうな、ということ。どれだけ上げられるのだろうというのと、訓練も兼ねてお尻上げをしてみたら、 そしたら、左ももがひきつったので、1、2回で終わってしまっ、 ももがひきつったのもみほぐした。 ⑧私がトイレ、オムツ交換をどれ位しているか確認したので、こういう成えが返ってきたのだと思う。日中はトイレに行かれて、夜間だけオムツを交換する。オムツ替えるのは奥さんしかいないですね。 自分からは言わないので、時間で促している。促すと出る。昼間でも尿とりパットに出ているので、完全にトイレだけではない。 ⑨関節自体をちよっとやわらかくしたいと思っただけで、関節の屈伸、オムツをやるためには関節が十分でないといけないんだからということ、股関節の運動をやった。 ⑩寝返りができるか、起き上がりができるか、自力でできた。この時は調子が良かった。あんなにこころごと。 お尻上げの時も結構上がったなと。いつもは手が一本入るかどうかがくらのお尻上げしかできないんですけど、このあいだはこれくらい上がっていったかな。寝返り、あの時は完全に横になっていた。15度上がるか上がらないかという時もある。 ⑪オシッコは、利尿剤を前のんでいたので、足が腫れていた。オシッコはよく出ますか？といつも聞いていて。 ⑫足に浮腫があったので、栄養状態を確認するためエンジュアのことを聞いた。</p>