

公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2015 年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

「訪問時に利用者を対象としたアセスメントツール開発を目指して
- 在宅看護分野における必須アセスメント指標の開発 -」

申請者：上田 泉
所属機関：札幌医科大学保健医療学部看護学科
連絡先 iueda@sapmed.ac.jp

共同研究者：水口 和香子（札幌医科大学保健医療学部看護学科）
佐々木 雅彦（天使大学看護栄養学部看護学科）
横山 まどか（札幌医科大学保健医療学部看護学科）

提出年月日：平成 29 年 3 月 24 日

I. 研究背景

在宅ケアが推進され、訪問看護サービスへの期待は高まっている。今後、訪問看護サービスの質向上がますます重要である。しかし、実際に看護職が訪問看護サービスを展開する中でアセスメントは可視化されておらず、看護診断やケア内容がどのようなプロセスを経て決定されたのか不明であるとの指摘がある。それぞれの訪問看護ステーションでは、アセスメントを記録する様式が統一されておらず、アセスメント内容を共有、確認する方法は未確立である。訪問看護師が現場で行う在宅の看護過程の展開に必要なアセスメントツールを開発する必要がある。

わが国において、全国の看護教育機関における在宅看護過程に関する教育の実態調査（中村ら，2009）では、看護過程について教授するにあたり、74%の教員が既存の看護理論やモデルを用いていたが、在宅に特徴的な視点を追加する等の工夫がされていた。用いている理論は、ヘンダーソン、ゴードン、ICFが多かったが多岐に渡っていた。多岐に渡った背景には、在宅看護独自のモデルや理論が非常に少ないという点が指摘されている。つまり、在宅看護に適したモデル開発が課題となっているが、現在に至るまで開発されていない。一方、わが国では2010年より、IT化システムによる訪問看護アセスメントの開発研究が進んでいる。フローチャートになっておりアセスメントを可視化する試みである。現場においてアセスメント、看護診断を的確に行うことが重要視されている。これまで看護診断に至る過程は看護師の頭の中で行われ、療養者のどのような症状や徴候を根拠に診断を決定したのか、その思考過程を残していくこと、記録していくことが重要であると著者らは考えている。看護診断に至った過程を記載する、アセスメントに基づいて看護診断や看護計画の内容を明記していくことが、看護師のアセスメント能力の向上につながると考える。国外の動向としては、訪問看護の質評価のためのアセスメントは多数存在する。また、アメリカでは訪問する機関、職種が多く、役割機能も細分化されている。看護職のスペシャリストも例えば糖尿病、創傷ケア等の専門に分かれておりアセスメントも特化した内容となっているため、わが国の在宅看護におけるアセスメント指標には反映できない。

わが国において、在宅看護のアセスメント指標が必要であるが、わが国で信頼性・妥当性のある在宅のアセスメント指標は未だ確立されていない状況である。

II. 研究目的

訪問看護実践に必要な不可欠で、現場で活用できる【在宅看護アセスメント項目】を明確にし、活用方法を検討する。

- 1) 信頼性・妥当性が確保された在宅看護アセスメントの項目を明確にする。
- 2) 明確になったアセスメント項目を用いて、訪問事例をアセスメントし活用方法を検討する。訪問看護記録様式への記載方法を検討し、アセスメント内容が表現できる記録様式を提案する。

Ⅲ. 倫理的配慮

申請者の所属する機関の倫理委員会に本研究計画を提出し、承認を得た後に実施した（札幌医科大学倫理審査委員会承認番号 27-2-62）。研究対象者や対象施設に対して、調査開始前に匿名性の保障やデータの秘密保持、研究への自由参加の保障等について書面で説明し、回答をもって同意とする。研究協力の有無や研究協力の中止によって不利益が生じないよう十分配慮する。データの取り扱いは厳重に注意し、個人が特定されないよう調査データ及び調査票は ID 番号にて管理する。調査データ及び調査票は、施錠可能な研究室の鍵のかかる保管庫に保管する。研究終了後は 5 年間保管の後、調査データ及び調査票は消去・破棄し、個人情報の管理を徹底する。

Ⅳ. 研究方法および結果の概要

1. アセスメント指標案の作成

文献検討と先行研究に基づいて、アセスメント項目と指標を包含する構成概念、概念枠組みについて検討した。

ア. 概念枠組み

既存の概念枠組みを参考に作成する方向で検討した。先行研究より既存の 4 つの概念枠組み（MDS-HC 方式、日本訪問看護振興財団方式、ICF、RLT 看護モデル）のうち、ICF、RLT 看護モデルを中心に在宅看護での応用について検討した。ICF は多職種連携には使用可能であるが、家族への支援の視点が環境因子に含まれていること、対象も限られており、あらゆる対象・年代には使用しにくいという結果になった。RLT 看護モデルは、生活行動と患者の個別性に焦点を当てているため、家族全体のアセスメントや多職種連携の視点が含まれていないことがわかった。この RLT 看護モデルを在宅看護に応用する形であれば、療養者の力・支援関係・活動部分を評価する視点の図式化が必要であるという結果となった。どちらの概念枠組みも一長一短であることが示された。また、健康と生活を関連づけてみられるのは看護の専門性であり、どちらも網羅されている必要があるという意見が出た。

検討の結果、ICF および RLT 看護モデルの概念枠組みいずれにおいても、在宅看護の支援対象である家族の要素が中心に入っていないこと、在宅看護は対象や関係職種との連携の要素が多様であることが特徴のため、既存の概念枠組みを在宅看護へ応用することは難しいという結論に至った。したがって、独自の概念枠組みを作成することとなった。

その後、根拠を示す点から概念枠組みについて再度検討した結果、既存の RLT 看護モデルを基本にして改編する方向となった。アセスメント指標については、RLT 看護モデルを中心とした指標案と文献を統合した指標案の両方を作成し、どちらを使用するかを検討した。その結果、RLT 看護モデルを訪問看護の現場で活用するにはわかりづらい部分があることから、妥当性のある文献を統合した結果のアセスメント指標案を使用することとなった。

イ. アセスメント項目の分析

在宅看護分野のアセスメントに関する記述内容を把握し、訪問看護における必要不可欠なアセスメント項目を明らかにするため、医学中央雑誌、CiNii Books を用いて、2006年から10年間に発表された在宅看護分野の文献及び書籍を検索した。文献は、キーワードを「在宅看護&アセスメント指標」、看護文献・原著論文で検索した結果1件、アセスメント項目が掲載されている在宅看護分野の書籍が15冊であった。アセスメントの記述内容は全てデータとした。

分析は、文献及び書籍を精読し、データを丁寧に研究者間で話し合い、類似性・相違性に基づいて大中小の項目に分類・整理した。その結果、アセスメントの大項目は、療養者の①基本情報②健康状態③心理社会機能④家族と介護の状況⑤社会資源の利用の5項目に分類できた。中項目は、①は「家族構成」等の5項目、②は「生物身体機能」等の3項目、③は「在宅生活の選択の意思」等の4項目、④は「家族の関係性」等の7項目、⑤は「社会資源の利用状況」の1項目を抽出した。

研究者間で分析した結果、アセスメント項目は、大項目5項目、中項目20項目、小項目90項目に整理したアセスメント項目を作成した（第6回日本在宅看護学会学術集会にて公表）。

2. 項目の精選のための専門家調査

収集した項目の内容妥当性の検討は、専門家への2回の調査により実施した。

ア. 調査対象

アセスメント項目の判断の妥当性を確保するため、在宅看護系の指標開発研究を実施した経験のある大学教員および訪問看護経験に富む大学教員および訪問看護師の計20名を研究メンバーで選定した。

イ. 調査内容

郵送による無記名自己記入式質問紙調査を実施した。調査内容は、研究参加者の基本属性（性別、年齢、教員経験年数、臨床経験年数）、および収集した項目の内容妥当性である。大、中、小項目として、内容の妥当性について4段階「1. かなり当てはまる」「2. だいたい当てはまる」「3. あまり当てはまらない」「4. 全く当てはまらない」で回答を求めた。また、中項目毎に過不足および表現方法や例示方法について自由記載欄を設け、意見を求めた。

今回の研究は、信頼性・妥当性が確保された必須アセスメント項目を作ることが目的のため、アンケートの際、小々項目とアセスメントの視点は記載しないこととなった。

ウ. 分析方法

除外対象は回収率90%を下回る調査票としたが、今回はなかった。また、調査表の回答において、二重の回答、不明な回答は欠損値とした。分析方法については、研究計画書のように確認的因子分析を実施するとフロア（天井）効果が出現し、うまく分析が出

来ない可能性が高くなった。そのため、各アセスメント項目の回答に重みづけをし、加重平均を算出する分析方法に変更した。変更後の分析方法は、適切性の回答の重みづけをし、加重平均として算出した。重みは「適切である」を2、「だいたい適切である」を1、「あまり適切でない」を-1、「適切ではない」を-2とし、重みづけをした。適切である項目とする基準値は、「適切である」「やや適切である」と回答した中で、半数以上が「適切である」を選択したことになる1.5とした。

エ. 結果

調査票を配布した20部のうち、1回目の回収は14部（回収率70.0%）、2回目の回収は12部（回収率60.0）であった。このうち、無効票は0部であった。

基本属性は、1回目は、男性1名女性13名、平均臨床看護師経験年数12.38年（SD=11.62）、平均訪問看護師経験年数8.91年（SD=8.08）であった。2回目は、男性1名、女性11名、平均臨床看護師経験年数17.0年（SD=14.12）、平均訪問看護師経験年数8.91年（SD=8.08）であった。

専門家調査1回目は、次のとおりとなった。

ア) 項目の妥当性

本研究において、アセスメント項目の妥当性の適切度が1.5に満たなかった項目を大項目毎に示す。Ⅰ基本情報では、18項目中6項目であった。それは、「住環境」の（その他）、「地域環境」の（地形、道路状況、交通機関、近隣施設、自然環境）であった。Ⅲ療養者の心理社会機能では、16項目中1項目で、「社会性、社会交流」の（所属グループ）であった。Ⅳ家族の状況と介護の状況では、19項目中2項目該当した。それは、「家族の発達段階と課題」の（家族の発達段階）、「家族の役割・勢力関係」の（家族内ルール）であった。Ⅴ社会資源の利用は全て1.5を上回っていた。

イ) 項目修正の検討

項目の表現についてわかりにくい、使用しやすい表現に変えたほうが良いという意見や代替案を受け、修正した。Ⅰ基本情報では「住環境」の（その他）、「地域環境」の（地形）を削除した。また、「主訴と要望」に（ケアに対する希望）を追加した。Ⅱ療養者の健康状態では、「生物身体機能」の（その他の全身状態、問題の兆候・症状）を削除した。また、「精神機能」に（性格）を追加した。Ⅲ療養者の心理社会機能では、「暮らし方」の（ライフスタイル）を（生活習慣）へ、「社会性、社会交流」の（出来事への関心）を（社会情勢）へ変更した。Ⅳ家族の状況と介護の状況では、「介護者としての家族」に（主介護者の有無）（介護者の健康）を追加した。

専門家調査2回目は、Ⅰ基本情報の「地域環境」（地形、道路状況、交通機関、近隣施設、自然環境）で1.5に満たなかったが、そのまま残した。これらの項目以外は、全て1.5以上であった。平均値は、Ⅰ基本情報1.59 Ⅱ療養者の健康状態1.90 Ⅲ療養者の心理社会機能1.83 Ⅳ家族の状況と介護の状況1.83 Ⅴ社会資源の利用1.78であった。これらから、専門家調査1回目と比較して、1「かなり当てはまる」・2「だいたい

当てはまる」が多くを占めており、専門家調査 2 回目の項目内容で全国調査を行っていくことが確認された。訪問看護サービスを利用する対象者に対するアセスメント必須項目は、5 の大項目、23 の中項目、83 の小項目に整理することができた(International Journal of Studies in Nursing にて公表)。

アセスメント項目の妥当性の検討(全国調査)は今後、公表予定である。

3. 確定したアセスメント項目を用いて研究メンバーにて活用方法の検討・まとめ

専門家調査と全国調査をふまえて確定したアセスメント項目を用いて、訪問看護記録様式に記載する方法を検討し、アセスメント内容が表現できる記録様式を作成した。

(資料 1・資料 2・資料 3 参照)

また、この記録様式に研究者の所属機関の在宅看護演習で演習事例として使用している情報を用いて、研究班で事例検討を実施した。

(別紙 1・別紙 2・別紙 3 参照)

上記、検討の結果、訪問看護実践に必要不可欠で、現場で活用できる【在宅看護アセスメント項目】は、以下のアセスメントシートを活用することできると思った。

- 訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート 1【情報】資料 1
アセスメント項目に沿って、療養者・家族・地域の情報を記載する。
- 訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート 2【アセスメント】資料 2
情報とアセスメント内容、アセスメント結果を記載する。
アセスメント結果は、確認すべきことと健康課題を挙げる。
- 訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート 3【統合】資料 3
アセスメント結果、関連するアセスメント結果を統合し、健康課題を抽出する。
健康課題は優先度を考慮し、挙げていく。

学生が演習・実習等で使用する時にはアセスメントシート 1～3、訪問看護職が現場で使用する時にはアセスメントシート 3 のみの活用ができるのに有効ではないかと考える。

5. 感想

今回の調査は、回収率が 19.1%と低かった。同時期に厚生労働省からの質問紙調査もあり、訪問看護事業所は多忙な中で、本研究のアンケートに回答することが難しかったことが考えられる。

今後の課題としては、主に以下の3点が考えられる。

- 1) 在宅看護のアセスメント指標を完成するためには、アセスメントの視点についての検討が必要である。研究を発展継続していくことが必要である。
- 2) 基本的なアセスメントの他、対象別（子ども・高齢者・ターミナル等）のアセスメントも必要である。
- 3) アセスメント指標（視点）については、質的研究にて訪問看護師経験の長い方々へインタビューを実施し、その後全国調査で妥当性をみていくことも必要である。

今回の調査結果や今後の課題を踏まえ、信頼性・妥当性のある在宅看護のアセスメント指標作成にむけて、研究を進めていきたいと考えている。

※今回作成したアセスメントシートを使用する際には、研究代表者（メール可）にご一報ください。今後アセスメントシート活用し改訂に向けた検討を行っていくため、使用後の意見・感想を是非、頂きたいと思っています。

謝辞

本研究にご協力頂きました専門家の皆様、訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて実施した。

文献

- ・福島道子、河野あゆみ（2011）新訂 在宅看護論，97-99，116-161，250-251，財団法人放送大学教育振興会，東京
- ・木下由美子（2009）新訂 在宅看護論，54-84，医歯薬出版株式会社，東京
- ・木下由美子（2007）エッセンシャル在宅看護学，42-43，116-117，178-180，医歯薬出版株式会社，東京
- ・波川京子・三徳和子（2012）在宅看護学，146-151，183-184，222-224，クオリティケア，東京
- ・渡辺裕子、上野まり、中村順子、本田彰子、炭谷靖子（2014）家族看護を基盤とした在宅看護論，125-283，日本看護協会出版会，東京
- ・川村佐和子 他（2006）実践看護技術学習支援テキスト 在宅看護論，60-61，116，日本看護協会出版会，東京
- ・杉本正子（1997）在宅看護論 - 実践をことばに - ，92-102，146-147，廣川書店，東京
- ・臺有佳、石田千絵、山下留理子（2015）ナーシング・グラフィカ 在宅看護論 地域療養を支えるケア，80-85，株式会社メディカ出版，大阪
- ・関永信子（2014）ICFモデルを用いた在宅看護過程の展開，43-44，ふくろう出版，岡山
- ・原礼子（2015）プリンシパル在宅看護学，68-171 医歯薬出版株式会社，東京
- ・マリーS. ジャフエ，リンダ スキッドモアーロス 著，Scott 渡辺由佳里 訳（1998）看護

- 診断にもとづく在宅看護ケアプラン, 3-40, 株式会社 医学書院, 東京
- ・財団法人日本訪問看護振興財団 (1996) 日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン - 成人・高齢者用 -, 52-112, 日本看護協会出版会, 東京
 - ・島内節、亀井智子 (2014) これからの在宅看護論, 24-31, ミネルヴァ書房, 京都
 - ・高崎絹子他 (2006) 新クイックマスター 在宅看護論 改訂第2版, 97-99, 株式会社医学芸術社, 東京
 - ・上田泉 (2015) 在宅看護過程演習 - アセスメント・統合・看護計画から実施・評価へ -, クオリティケア, 1-31.
 - ・上野まり, 中村順子他 編, 渡辺裕子 監修 (2014) : 家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第3版. 日本看護協会出版会, p125, 173-179.
 - ・木村宣哉, 佐伯和子, 平野美千代 (2016) : 健康増進施策において保健師が重要と認識する地域の栄養・食生活アセスメント項目, 日本公衆衛生看護学会誌, 5(2), 126-135.

訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート【情報】

様

記入者：

日付： 年 月 日

住所

電話番号、緊急連絡先

領域	視 点	アセスメント項目		情報
A 基本情報	<ul style="list-style-type: none"> どこに、誰と、どんな住宅に住み、どんな仕事をしているのか等を全体的に把握する 在宅で療養生活を送る上で、住居や周囲の地域環境、医療やサービスにかかる費用、経済状況等を把握し、負担はないか判断する 	構 族	本人と家族員の年齢、性別、続柄、学校、職業、健康状態、同居・別居	
		経 済	健康保険 経済状況	
		境 住 環	住居形態 間取り、床の状態	
		環 地 境	道路、交通機関 自然環境	
B 療養者の健康状態	<ul style="list-style-type: none"> 現在、どのような症状が出現しているのか、どのような治療が必要なのかを把握する その症状によって日常生活のなかで影響を及ぼしている部分はその部分なのかを把握する 医療状況、生物身体面の機能だけではなく、精神面の機能も含めて、全体の健康状態を把握する 本人の疾患、治療状況、症状、日常生活行動と各項目を把握するとともに、包括して全身状態を把握する 	医 療 状 況	既往歴	
			現病歴	
			主治医、治療方針	
			受療状況	
		生 物 身 体 機 能	バイタルサインズ	
			身長、体重とその変動	
			栄養状態	
			アレルギー	
			歯・口腔内	
			排泄	
			皮膚・清潔	
			疼痛	
			麻痺、拘縮、バランス	
意識レベル				
感覚機能				
ADL/IADL				

		精神機能	精神状態、意識、知能 認知 記憶・記銘 見当識 知覚、思考、感情、気分、意欲、行動	
療養者の心理社会機能	<ul style="list-style-type: none"> 本人の日常生活を全体的に把握する 生活時間、生活習慣など、どんな生活をしているのか、どんなふうに療養生活を送り、どんな思いで暮らしているのか、本人の生活、人生等を把握する 本人の家族に対する思い、周りの人々との交流や社会とのつながり、本人の大切にしていること等、その人の価値観、QOL を考える 	方 暮ら	活動範囲 生活習慣、生活リズム 生活意欲	
		流 社会交	外出の機会、頻度 コミュニケーション能力 友人・知人との交流	
		意思 選択の	療養生活への意思、意欲、希望、不安 自己の疾患、障がいに対する認識 生活の楽しみ、はり	
		見 への	家族員、家族全体への思い 介護を受けていることへの思い	
		大 家族の	家族同士のコミュニケーション 決定権をもつ人 ストレスと問題対処、適応の状況	
家族と介護の状況	<ul style="list-style-type: none"> 家族全体の健康状況、家族のもつ力を把握する 家族成員それぞれの健康と生活を考える 介護者がいる場合、その内容について把握する 	家族の介護力	主介護者、キーパーソン 介護者の健康 介護者の1日の生活リズム 介護知識と技術 介護の動機、継続意思、介護観	
		利用状況	介護保険のサービス 介護保険外のサービス 充足度、満足度	
		用 資源の社会利	<ul style="list-style-type: none"> 社会資源に対する利用の仕方を把握する 現在利用のサービスに対する充足度や満足度などを把握する 	
		本人の主訴や要望		
		家族の主訴や要望		
これからの生活、ケアについての希望				

訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート【アセスメント】

様

記入者：

日付： 年 月 日

住所

電話番号、緊急連絡先

領域	視 点	情報		アセスメント内容	アセスメント結果
A 基本情報	<ul style="list-style-type: none"> どこに、誰と、どんな住宅に住み、どんな仕事をしているのか等を全体的に把握する 在宅で療養生活を送る上で、住居や周囲の地域環境、医療やサービスにかかる費用、経済状況などを把握し、負担はないか判断する 	家族構成	①本人と家族員の年齢、性別、続柄、学校、職業、健康状態、同居・別居		
		経済	②健康保険 ③経済状況		
		住環境	④住居形態 ⑤間取り、床の状態		
		地域環境	⑥道路、交通機関 ⑦自然環境		
B 療養者の健康状態	<ul style="list-style-type: none"> 現在、どのような症状が出現しているのか、どのような治療が必要なのかを把握する その症状によって日常生活のなかで影響を及ぼしている部分はどの部分なのかを把握する 医療状況、生物身体面の機能だけではなく、精神面の機能も含めて、全体の健康状態を把握する 本人の疾患、治療状況、症状、日常生活行動と各項目を把握するとともに、包括して全身状態を把握する 	医療状況	⑧既往歴		
			⑨現病歴		
			⑩主治医、治療方針		
			⑪受療状況		
		生物身体機能	⑫バイタルサインズ		
			⑬身長、体重とその変動		
			⑭栄養状態		
			⑮アレルギー		
			⑯歯・口腔内		
			⑰排泄		
			⑱皮膚・清潔		
			⑲疼痛		
⑳麻痺、拘縮、バランス					
㉑意識レベル					
㉒感覚機能					
㉓ADL/IADL					

		精神機能	㉔精神状態、意識、知能 ㉕認知 ㉖記憶・記録 ㉗見当識 ㉘知覚、思考、感情、気分、意欲、行動		
C 療養者の心理社会機能	・本人の日常生活を全体的に把握する ・生活時間、生活習慣など、どんな生活をしているのか、どんなふうに療養生活を送り、どんな思いで暮らしているのか、本人の生活、人生等を把握する ・本人の家族に対する思い、周りの人々との交流や社会とのつながり、本人の大切にしていること等、その人の価値観、QOL を考える	暮らし方 社会交流 選択の意 家族への思い	㉙活動範囲 ㉚生活習慣、生活リズム ㉛生活意欲 ㉜外出の機会、頻度 ㉝コミュニケーション能力 ㉞友人・知人との交流 ㉟療養生活への意思、意欲、希望、不安 ㊱自己の疾患、障がいに対する認識 ㊲生活の楽しみ、はり ㊳家族員、家族全体への思い ㊴家族内の自己の存在に対する認識 ㊵介護を受けていることへの思い		
D 家族と介護の状況	・家族全体の健康状況、家族のもつ力を把握する ・家族成員それぞれの健康と生活を考える ・介護者がある場合、その内容について把握する	家族の状況 家族の介護力	㊶家族同士のコミュニケーション ㊷決定権をもつ人 ㊸又ストレスと問題対処、適応の状況 ㊹介護者、キーパーソン ㊺介護者の健康 ㊻介護者の1日の生活リズム ㊼介護知識と技術 ㊽介護の動機、継続意思、介護観		
用 資 源 の 社 会 利 益	・社会資源に対する利用の仕方を把握する ・現在利用のサービスに対する充足度や満足度などを把握する	利用状況	㊾介護保険のサービス ㊿介護保険外のサービス 充足度、満足度		
本人の主訴や要望					
家族の主訴や要望					
これからの生活、ケアについての希望					

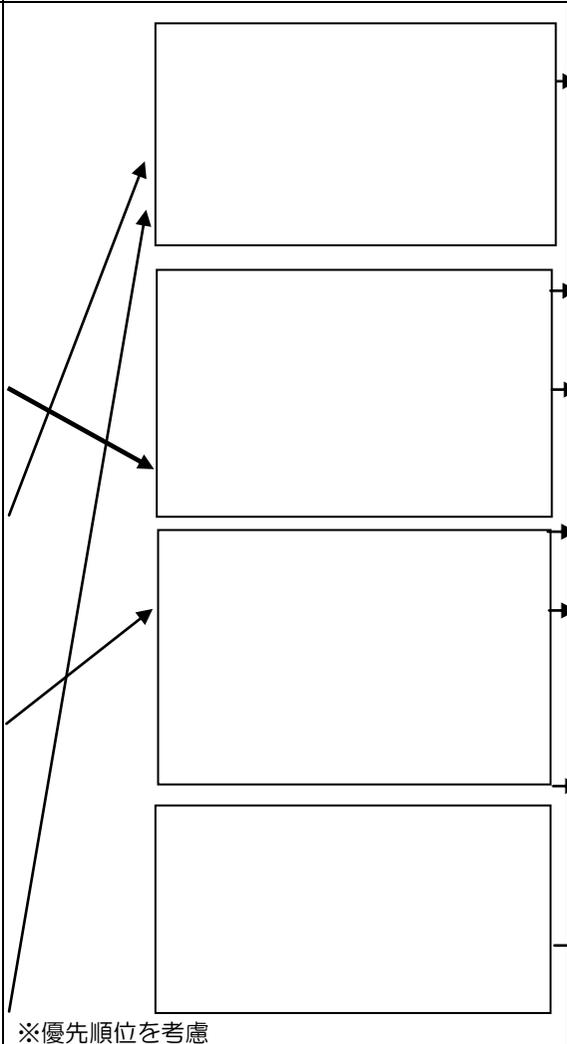
訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート【統合】

資料3

_____ A 様

記入者：

日付： 年 月 日

アセスメント結果	統合	健康課題
	 <p>※優先順位を考慮</p>	

事例の概要

施設名 ○○訪問看護ステーション

氏名 (イニシャル) A 氏	年齢 : 74 歳 性別 : 女性 職業 : 主婦						
訪問看護の利用のための保険の種類 : <input checked="" type="checkbox"/> 医療 ・ <input type="checkbox"/> 介護 ・ その他 () 介護度 : 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 非該当 障害等の認定 : 1 種 2 級 日常生活自立度 : 自立 J1 J2 A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者の自立度 : 自立 I <input checked="" type="checkbox"/> IIa IIb IIIa IIIb IV M							
主たる傷病名 パーキンソン病 傷病の経過と現在の病状・治療状況 H25 年より手足に力が入りづらく、左上肢の安静時のふるえがあり、小刻み歩行、前傾姿勢がみられるようになった。書字困難となり、大きな声の寝言や身体をばたばたと動かす状態がみられ、神経内科を受診し、パーキンソン病の診断を受ける。内服治療を継続していたが、すくみ足、On-Off 症状が悪化し、H26 年 6 月～7 月に入院し、内服を調整、症状は軽快したが、退院後の生活に不安があり、介護認定を受け訪問看護が開始となる。入院時、検査の画像上、多発性脳梗塞、海馬の委縮が認められた。MMS E 20 点。平成 27 年 4 月にも内服調整のため 3 週間入院した。現在は、緊張すると振戦がみられ、歩行はすり足で、バランスを崩した時の立ち直りが遅れる。食事や排泄、保清は一部介助が必要である。通院は月 1 回、服薬は 1 日 3 回継続できている (マドパー、コムタン、エフピー)。「転ぶと危ないので、家では動かない方が良いと思う。」							
サービスの利用状況 (公的なサービス・非公的なサービスや支援など)							
曜日 時間帯	月	火	水	木	金	土	日
AM	デイ サービス		訪問 リハビリ		訪問看護 60 分		
PM							
家族構成<キーパーソン : 長女 >				その他			
<p>76 歳</p> <p>74 歳</p> <p>高校生</p> <p>中学生</p>				<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で二人暮らし。 ・ 便秘傾向で下剤と市販のイージーファイバー、ヨーグルトを摂取している。 ・ アレルギーなし 			
娘は市内在住。働いているため、頻繁には来られないが、両親を気遣い週末に訪ねてくる。長男は東京在住。							

事例の詳細情報

1. 現在の治療状況

病名	パーキンソン病
通院	総合病院神経内科～1回/月（夫が車で送迎）
服薬	3回/日（マドパー、コムタン、エフピー）、就寝前（センノシド、アミティーザ）
運動療法	座りながらラジオ体操を1回/日実施していたが、最近は実施していない。
退院時の主治医の説明	パーキンソン病の服薬の継続により、現状維持は可能。しかし、今回の入院は、動かない生活をしていることで体の動きが悪くなっていることも関係している。リハビリで外出時も安定した杖歩行が可能であるため継続が必要である。

2. 既往歴と現在の症状

既往	60歳代から高血圧症で内服治療継続。
振戦	緊張、精神的ストレスで、左上肢に軽度出現
歩行	すり足気味、小幅歩行、バランスをくずした時の立ち直りが遅れる。自分の足につまずきそうなことがある。
姿勢	細かい作業に集中すると前傾してくる。
動作	やや緩慢で、寝返りがしにくい。椅子からの立ち上がりに時間がかかる。
表情	笑顔はみられるが、表情に乏しい。
言語	やや小声で、聞き取りにくいことがある。
自律神経症状	便秘傾向。毎日下剤を服用し2～3日に1度排便がある。発汗が多い。
認知症状	物忘れが多く、食事内容や夜間の排泄状況、デイサービスでの出来事など最近の記憶があいまいで、A氏も自覚している。

3. 日常生活状況及び介護状況

食事	1日3食、間食2回。時間は、ほぼ決まっている。食卓テーブルに座って食べる。食器は左手で支持し、はしを使用。固いものパサパサしたものでむせることがある。こぼすことが増え、「食事に時間がかかって困る。」と、A氏は夫に遠慮がちに訴えている。
排泄	トイレには手すりを取り付けられ、日中は自力で可だが、立ち上がりと移動動作に30分くらいかかる。ベッドから立ち上がる時に支えが必要で、夫の介助を受けている。夜間は、2～3回の排泄がある。夫は「その都度、起きて介助するため、ぐっすり眠れず、疲れが取れない。」と言っている。
清潔	デイサービスで週1回、入浴は2日おき。以前入浴時に転倒したことがあり、背中を流すためと見守りのため夫と一緒に入っている。浴室には手すりがあるが、浴槽の出入りには介助が必要で、最近、A氏の動きが悪くなっているため、夫は不安を感じている。夫は、洗面、歯磨き、全て介助している。
移動	ゆっくり時間をかけて家具や手すりにつかまり移動は可能。A氏は起き上がった際、めまいを感じることもあり、「転ぶと危ないし、とうさんにも悪いから、家では動かない方が良いと思う」と言っている。
更衣	簡単な着替えは自分で可能。ボタンやファスナーは夫に手伝ってもらっている。
過ごし方	気の向いた時には台所に立って簡単な調理をすることもある。シルバーカーを押して、夫と近くのスーパーまで買物に行くこともある。しかし、7月以降、暑かったことから、デイサービス以外はほとんど外出していない。日中は、居間のソファでテレビを見て過ごすことが多い。午前中は、動くのが辛く、お昼くらいになると少し調子が良くなると自覚している。「少しずつ、できることが少なくなってきた」と、夫は言っている。
コミュニケーション	小声で聞き取りづらい。A氏は、「話すことが億劫。」と言っている。夫も耳が遠く、二人の時は、会話が少なくなっている。

4. 介護者（夫）の状況

高血圧症で服薬（2回／日）治療中。近所の内科医院に通院している。普段の血圧値140／90mmHg。「子どもたちには迷惑をかけたくないので、自分が倒れたら二人で老人ホームに入ろうと思う。だから、頑張れるだけ頑張りたい。昔は妻に苦勞をかけたから今度はオレが面倒をみる番だ。」と言っている。

家事のほとんどと、A氏の世話をおこなっている。

5. 夫婦の関係

A氏・夫とも、できるところまで自分たちでやってみたいと希望している。しかし、夫は『最近体力も落ちてきて、ゆっくり休みたいと思うようになってきた。』と話している。A氏は、『以前は、家のことは全部自分がしていたのにこんな病気になって夫に負担をかけている』と遠慮がちに訴えている。

6. 家庭内の役割

- ・夫は元会社員で、在職中は家を空けることが多く、A氏が子育て・家事など几帳面に行い家庭を守っていた。
- ・子育てを終えてからは、夫婦で趣味の家庭菜園やパークゴルフをして楽しんでいた。
- ・長女夫婦は共働きをしているので、いつも手伝ってもらうわけにはいかないが、困ったときには、長女が相談にのってくれる。A氏は、「娘には、あまり迷惑をかけられない。」と言っている。
- ・長男は仕事が忙しく、年1回帰省する。

7. 社会資源活用状況

- ・身体障害者手帳：1種2級（パーキンソン病による体幹機能障害）
- ・特定疾患受給者症：パーキンソン関連疾患（平成27年4月継続認定）
- ・介護保険：要介護2（平成27年4月）（平成26年7月は要介護1だった）
- ・福祉用具貸与：ベッド・手すりを利用。
- ・医療機関・主治医：T病院 I先生
- ・居宅介護支援事業所：Bケアプランセンター ケアマネージャーD氏
- ・通所介護：Hデイサービスセンター
- ・訪問看護：〇〇訪問看護ステーション
- ・所属グループ：パーキンソン友の会に入会している。

8. 経済状況

主な収入は夫の厚生年金・保険は国民健康保険

9. 病気に対する理解

- ・A氏は「治らない病気らしい。手は震えるし、何も出来なくなってしまった。こんな病気になって、近所の人に見られたくない。」と言っている。
- ・夫は、「パーキンソン病と聞いている。新薬も開発されているようだし、自分が、病院に連れていき、薬をちゃんと飲ませるようにして、何とかしてやりたい。」「転んだりすると危ないので、家では、
- ・あまり動かない方が良いのではないかと思う。」と言っている。

10 住環境

- ・住宅街の一角、持ち家で2階建の住居。1階は居間・台所・和室（兼寝室）・浴室（段差あり）・トイレ（洋式・手すりあり）。居間と和室を解放したままにし、ほとんど1階で生活している。トイレまでは、手すりが設置されている。
- ・地域の状況：S市在住。歩いて5～6分のところに商店や郵便局がある。病院までは、車で20分。

訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート【アセスメント】 記入者：

日付： 年 月 日

A 様

住所 ○○○

電話番号、緊急連絡先 △△△-△△△△

領域	視 点	情 報	アセスメント内容	アセスメント結果
A 基本情報	<p>・どこに、誰と、どんな住宅に住み、どんな仕事をしているのか等を全体的に把握する</p> <p>・在宅で療養生活を送る上で、住居や周囲の地域環境、医療やサービスにかかる費用、経済状況などを把握し、負担はないか判断する</p>	家族構成 A氏：74歳女性（主婦）。要介護2（H27.4～）。H26.7は要介護1。 自宅で2人暮らし。 夫：76歳（同居） 長男：東京在住（別居）。多忙のため、年1回帰省。 長女：市内在住。就労あり。夫・2人の娘と4人暮らし。（別居）	<p>・2歳年上の夫と2人暮らしである。東京在住の長男は年1回の来訪、市内在住の長女も就労していることから、同居している夫の介護負担が大きい可能性が高いと考える。要介護1からH27年4月には、要介護2の判定を受けたことから、要介護状態の悪化が見られている。</p> <p>・経済状態は夫の厚生年金により生計を立てている。平均的な厚生年金は月額22万円である。パーキンソン病に起因する通院については、特定疾患受給者証により医療費が通常より安いことが考えられる。医療費上限額を確認する必要がある。また、身体障がい者手帳1種2級を持参していることから、税の減免控除が受けられる状況である。経済的負担はないか確認を行っていく必要がある。</p> <p>・住居は持ち家で2階建てであるが、ほとんど1階で生活していることから、日常の階段昇降は難しい状況が考えられる。</p> <p>・トイレまでの廊下・トイレに手すりを設置しているが、浴室は段差がある状況であることから、入浴時には転倒に留意すると共に手すりや浴槽台やすのこなどの福祉用具の利用も検討する必要がある。</p> <p>・徒歩5,6分付近に商店や郵便局があることから、利便性のよい場所に住居があると考えられるが、病院は車で20分かかることから、通院の負担は大きいことが考えられる。本人、夫へ通院に対する負担状況の確認が必要である。</p>	<p>A氏の要介護状態の悪化や夫の加齢により、介護負担の増加の可能性はある。</p> <p>・特定疾患受給者証の医療費上限額を確認する。</p> <p>・経済的負担を確認する。</p> <p>ほぼ1階で生活していることから、浴室に段差があることから、日常生活活動の範囲が減少している。</p>
		経済 国民健康保険 身体障がい者手帳1種2級（パーキンソン病による体幹機能障がい） 特定疾患受給者証：パーキンソン関連疾患（H27.4 継続認定） 夫の厚生年金		
		住環境 住宅街の一角、持ち家で2階建ての住居。 1階は居間・台所・和室（兼寝室）・浴室（段差あり）・トイレ（様式・手すりあり） 居間と和室は開放したままにし、ほとんど1階で生活している。 手すり：トイレまでの通路、トイレ、浴室		
		地域環境 S市東区在住。 歩いて5～6分のところに商店や郵便局がある。 病院までは車で20分。 自然環境の情報なし		
	<p>・現在、どのような症状が出現しているのか、どのような治療が必要なのかを把握する</p>	医療状況 ⑧既往歴 ⑨現病歴 ⑩主治医、治療方針	<p>・高血圧症により、血管が狭くなり硬くなることからいくつかの血管に動脈硬化が出現し、多発性</p>	

<p>療養者の健康状態</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・その症状によって日常生活のなかで影響を及ぼしている部分はどの部分なのかを把握する ・医療状況、生物身体面の機能だけではなく、精神面の機能も含めて、全体の健康状態を把握する ・本人の疾患、治療状況、症状、日常生活行動と各項目を把握するとともに、包括して全身状態を把握する 	<p>⑪受療状況</p>	<p>脳梗塞を発症したことが考えられる。多発性脳梗塞は脳梗塞と同じ四肢麻痺や運動機能障害、視野異常、言語障害、嚥下障害、失語・失認の症状に加え、記憶の低下が特徴的であるといわれている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・A氏は海馬の萎縮が認められており、記憶の低下がみられていると考える。MMSEや認知機能の状態も把握し、日常生活にどの程度の支障が生じているのかを把握する必要がある。また、多発性脳梗塞は何度も発症を繰り返す可能性があることから、症状の出現の有無の確認や水分やバランスのよい食事の摂取、服薬管理が必要であると考ええる。 ・パーキンソン病は、振戦や動作緩慢、筋固縮、姿勢保持障害が主な症状とする病気である。A氏のすくみ足や on-off 症状の出現はパーキンソン病による動作緩慢が影響していると考えられる。 ・主治医から、パーキンソン病の服薬継続、リハビリにより現状維持が可能であることが伝えられていることから、服薬管理やA氏の活動量について把握し、現状維持を行うことができるよう、支援していく必要がある。 ・月1回総合病院の神経内科を受診し、定期的な状態把握を行っている。 ・服薬内容は、パーキンソン病治療薬のマドパー、コムタン、エフピーや便秘症を治療するセンノシド、アミティーザである。パーキンソン病治療薬の副作用には不随意運動や吐き気・嘔吐、食欲不振、便秘やめまいなどがある。A氏の便秘症は薬の副作用の可能性もあることから、様子を見ていく必要がある。また、便秘症治療薬も薬の効きすぎによる下痢や腹痛、吐き気や嘔吐などの胃腸症状があること、市販のイーージーファイバーも服用中のため、胃腸症状の有無を確認する必要がある。 	<p>多発性脳梗塞の発症により、海馬の萎縮が認められ、記憶力の低下がみられている。</p> <p>パーキンソン病の服薬管理、リハビリにより現状維持を行うことが必要である。</p> <p>パーキンソン病治療薬の副作用により、便秘症が出現している。</p>
-----------------	---	--------------	--	--

		生物 身体 機能	⑫バイタルサインズ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普段の血圧値は不明であるが、血圧が高い状況の場合、多発性脳梗塞を再発する可能性がある。普段の血圧・脈拍等のバイタルサインを把握していく必要がある。 	<p>高血圧症を治療していることから、多発性脳梗塞の再発の可能性はある。</p> <p>多発性脳梗塞もしくはパーキンソン病による嚥下障害により、誤嚥性肺炎の発症の可能性はある。</p> <p>膀胱機能低下および神経因性の夜間頻尿の可能性はある。</p> <p>パーキンソン病による自律神経障害で発汗が多く、脱水症状が出現する可能性が</p>
			⑬身長、体重とその変動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身長や体重については、肥満である場合、高血圧との関係も深いため確認していく必要がある。 ・ 食事は1日3食とっており、規則正しい食事を取っている可能性があるが、食事内容については不明であるため、食事内容を把握する必要がある。 	
			⑭栄養状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 固いものやパサパサしたものでむせることから、多発性脳梗塞もしくはパーキンソン病による嚥下障害の可能性はある。いつ頃から症状が出現したのかを把握し、むせこみを軽減する方法を検討していく必要がある。 	
			⑮アレルギー		
			⑯歯・口腔内	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日下剤を内服し、2～3日に1回の排便であることから、水分摂取の状況や活動量の把握を行っていく必要がある。また、夜間2～3回の排泄があるため、A氏の排泄状況と機能を確認する。 	
			⑰排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ パーキンソン病による自律神経障害で発汗が多いことが考えられる。脱水症状出現の可能性もあることから、こまめな水分摂取が必要であることを伝えていく必要がある。 ・ 洗面・歯磨きについては、夫が介助しているこ 	

		<p>⑱皮膚・清潔</p>	<p>とから、A氏は細かな巧緻動作が難しい状況であるのか、介助している理由を把握していく必要がある。</p> <p>・手足に力が入らない、左上肢安静時振戦、緊張、精神ストレスにて左上肢に軽度の振戦、身体をばたばた動かす症状はすべてパーキンソン病の症状である。症状の出現頻度や強さなど生活を送る上で支障が生じている部分を把握していく必要がある。</p>	<p>ある。</p>
		<p>⑲疼痛</p>	<p>・移動は、すり足・小刻み歩行であるが、支えがあれば移動が可能な状態であることから、転倒に留意しながら移動を安全に行うことができるような支援を行っていく必要がある。</p>	<p>パーキンソン病の症状である手足に力が入らない、振戦により日常生活に支障が生じている可能性がある。</p>
		<p>⑳麻痺、拘縮、バランス</p>	<p>・寝返りは動作緩慢な状態であり、起き上がり時にめまいが出現し、自律神経障害もしくは薬の副作用が出現している可能性があるため、寝返り起き上がりの際は見守り・介助が必要な状態である。</p>	<p>すり足・小刻み歩行であることから、移動時転倒の危険性がある。</p>
		<p>㉑意識レベル</p>	<p>・めまいの頻度やどのようなめまいなのか把握し、</p>	
		<p>㉒感覚機能</p>		

			<p>④ADL/IADL</p>	<p>要因を把握していく必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・椅子からの立ち上がりは時間がかかるが自立しており、ベッドからの立ち上がりの際は夫の介助を受けているため、ベッド周囲の環境を確認し、ベッドからの立ち上がりが自立できるかを検討していく必要がある。 ・食事は時間をかけて食器を左手で支持し、はしを使用している。時間がかかることを本人は困っている様子であるため、自助具を利用し、食事を行うことができるか検討していく必要がある。 ・入浴は、浴槽の出入りや背中への洗身、見守りが必要であるため、デイサービスも利用しているが、自宅でも行っている。夫の介助を受けながら入浴していることから、浴室内の手すりの設置状況や福祉用具利用の検討も必要であると考えます。 ・更衣は手に力が入らないことや振戦がみられることから、ボタンやファスナー部分は介助が必要な状況である。また、発汗が多いため、衣服の交換が必要。どの程度の負担があるのかを把握していく必要がある。 <p>自助具の使用により、A氏が行うことも可能であることから、自助具使用の提案を行っていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調理や買い物は夫と共に行うことがあるが、主には夫が行っている状況である。A氏が行う調理内容や買い物を行う際の役割について把握し、A氏の自助能力の維持向上を図っていく。 	<p>パーキンソン病による自律神経障害もしくは薬の副作用が出現していることからめまいが出現している。</p>
		精神機能	<p>④精神状態、意識、知能</p> <p>⑤認知</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・几帳面な性格であることから、A氏が行うことができないが気になっていることがある可能性があるため、A氏の思いを把握していく必要がある。 ・認知症高齢者の自立度については、「日常生活に 	

			<p>②記憶・記録</p> <p>②見当識</p> <p>②知覚、思考、感情、気分、意欲、行動</p>	<p>支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態」である。また、MMSE では 21 点以下が認知症の疑いが強い状態であり、A 氏の場合は 20 点のため、認知症の可能性があることが考えられる。</p> <p>・ A 氏は物忘れがあるものの、自身で自覚していることから、多発性脳梗塞による脳血管性認知症の可能性が高いと考える。脳の血流により、記憶や行動に差がみられることがあることから、現時点での状況を把握し、周囲の対応方法について話していく必要がある。</p> <p>・ 見当識については不明であるため、認知症状の状況にも影響するため確認していく必要がある。</p> <p>・ 大きな寝言については、パーキンソン病によるレム睡眠行動障害によるものと考えられる。起こす際にはやさしく起こすなど大きな刺激を与えないようにすることを伝えていく必要がある。また、表情の乏しさはパーキンソン病による仮面様顔貌であると考えられる。表情は乏しいが、喜怒哀楽の感情はあることを周囲の方々に伝え、普段通り接するよう話しをしていく必要がある。</p>	<p>認知機能の低下により、最近の記憶があいまいになってきている。</p> <p>パーキンソン病による仮面様顔貌にて、感情表現を行うことが難しくなってきた。</p>
<p>C</p> <p>療養者の心理社会機能</p>	<p>・ 本人の日常生活を全体的に把握する</p> <p>・ 生活時間、生活習慣など、どんな生活をしているのか、どんなふうに療養生活を送り、どんな思いで暮らしているのか、本人の生活、人生等を把握する</p> <p>・ 本人の家族に対する思い、周りの人々との交流や社会とのつながり、本人の大切にしていること等、その人の価値観、QOL を考える</p>	<p>暮らし方</p> <p>交会</p>	<p>②活動範囲</p> <p>③生活習慣、生活リズム</p> <p>③生活意欲</p> <p>③外出の機会、頻度</p>	<p>・ 日中は居間のソファで過ごすことや午前中は動くことが辛いことから活動量は少ない状況。</p> <p>・ 食事時間は決まっているが、起床・就寝時間が不明のため確認をし、生活リズムを把握していき、活動量の向上を検討していく。</p> <p>・ 運動については、以前行っていたラジオ体操を中止した理由を把握していき、A 氏の運動に対する思いを把握していく必要がある。</p> <p>・ 夫の発言より、活動量の低下が考えられる。A 氏の意欲の低下もしくは疾患による心身機能の低下であるかを把握していく必要がある。</p> <p>・ 週 1 回のデイサービス以外の外出は行っていない状況であり、外出の機会が減少している。多発</p>	<p>活動量の低下により、日常生活動作の困難さやパーキンソン病・多発性脳梗塞・高血圧症の症状悪化につながる可能性がある。</p> <p>多発性脳梗塞やパーキンソン病による言語障害や書字</p>

			<p>㉓コミュニケーション能力</p> <p>㉔友人・知人との交流</p>	<p>性脳梗塞やパーキンソン病により、言語障害や書字困難がみられており、話すことに対する A 氏の意欲が低下している可能性が考えられる。意欲の低下が外出の機会の減少につながっている可能性があるため、家族や友人・知人との交流、外出状況について、発病前の A 氏の状況を把握していく必要がある。</p>	<p>困難の出現があり、他者との交流が減少している。</p>
		選択の意思	<p>㉕療養生活への意思、意欲、希望、不安</p> <p>㉖自己の疾患、障がいに対する認識</p> <p>㉗生活の楽しみ、はり</p>	<p>・ A 氏の発言より、転倒に対する不安や家族に迷惑をかけるという後ろめたさがあり、活動に対して前向きになれない状況がある。A 氏は活動自体についてどのような思っているのかを把握していく必要がある。</p> <p>・パーキンソン病に対しての認識があるものの、何も出来ない自分自身を他者にみられたくないという思いがあると考え。便秘症については、薬だけではなく、ヨーグルトを摂取するなど A 氏自身行うことができることは実践している。</p> <p>・趣味である家庭菜園やパークゴルフを楽しんでいた時の状況を伺い、現時点で行うことができることはないか検討していく必要がある。</p>	<p>便秘症については、ヨーグルトを摂取して気をつけていることから、A 氏自身行うことができることは実践し、健康に気をつけている。</p>
		家族への思い	<p>㉘家族員、家族全体への思い</p> <p>㉙家族内の自己の存在に対する認識</p> <p>㉚介護を受けていることへの思い</p>	<p>・長女に対する思いについては、市内在住の長女は結婚をしており、子どももいるため、A 氏が家事や子育てを行っていた頃を振り返り、感じていることであると考え。</p> <p>・夫への思いについては、発病により自分自身で行うことができなくなった役割に対する喪失感や辛さを感じているのではないかと考える。</p>	
<p>況 D</p> <p>家族と介護の状況</p>	<p>・家族全体の健康状況、家族のもつ力を把握する</p> <p>・家族成員それぞれの健康と生活を考える</p> <p>・介護者がいる場合、その内容について把握する</p>	<p>家族の状況</p> <p>家族の介護力</p>	<p>㉛家族同士のコミュニケーション</p> <p>㉜決定権をもつ人</p> <p>㉝ストレスと問題対処、適応の状況</p> <p>㉞介護者、キーパーソン</p> <p>㉟介護者の健康</p> <p>㊱介護者の 1 日の生活リズム</p> <p>㊲介護知識と技術</p>	<p>・困ったときの相談相手として長女夫婦の話しが出ており、A 氏夫婦と長女夫婦の関係性は良好である可能性が高い。</p> <p>・主介護者は同居している夫である。</p> <p>・夫も高血圧症を患っている。140/90mmHg と正常高血圧値である。ベットからの起き上がりや移動時の見守り、入浴や夜間の排泄時の介助、家</p>	<p>介護量の増大により、夫の持病である高血圧症が悪化し、在宅療養を行うことができない状況になる可能性がある。</p>

			<p>④⑧介護の動機、継続意思、介護観</p>	<p>事のほとんどを夫が行っており、これらの介護が夫の心身機能に影響を及ぼし、血圧の上昇に至っている可能性がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫が在職中苦勞をかけてきた妻にできることを行っていきたいという夫の思いは尊重する必要がある。しかし、夫の健康状態が悪化し、介護できない状態になった場合は、A氏夫婦のみでの生活は難しい状況となる。A氏・夫の在宅療養に対する思いを尊重し、キーパーソンである長女とも現状をふまえ、今後の在宅療養生活について考えていく必要があると考える。 ・A氏夫婦の疾患に対する認識は主治医のリハビリの必要性がある状況という治療方針と異なりがある。このことから、改めて現在の疾患に対する治療方針を伝え、在宅療養生活を維持することができるよう、支援していく必要がある。 	<p>A氏夫婦の治療に対する認識と主治医の治療方針が異なっている。</p>
<p>E</p> <p>社会資源の利用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源に対する利用の仕方を把握する ・現在利用のサービスに対する充足度や満足度などを把握する 	<p>④⑨介護保険のサービス</p> <p>④⑩介護保険外のサービス</p> <p>充足度、満足度</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護2のため19,616単位まで介護保険サービスを利用することができる。現在は、約10,000単位の利用となっている。夫からゆっくり休みたいという思いも聞かれていることから、A氏の運動に対する思いを尊重しながら夫が休息をとることができる時間を確保することも必要である。 ・パーキンソン友の会の入会しており、A氏夫婦は入会しての思いや参加者の方々と交流しどのように思っているのか等A氏夫婦の思いを把握していく必要がある。 		
<p>本人の主訴や要望</p>		<p>「転ぶと危ないし、とうさんにも悪いから、家では動かない方が良いと思う」「食事に時間がかかってこまる。」「話すことが億劫。」「こんな病気になって、近所の人に見られたくない。」</p>			
<p>家族の主訴や要望</p>		<p>夫：「その都度、起きて介助するため、ぐっすり眠れず、疲れが取れない。」と言っている。(夜間排泄介助)「子どもたちには迷惑をかけたくないので、自分が倒れたら二人で老人ホームに入ろうと思う。だから、頑張れるだけ頑張りたい。」「娘には、あまり迷惑をかけられない。」</p>			
<p>これからの生活、ケアについての希望</p>		<p>A氏・夫とも、できるところまで自分たちでやってみたいと希望している。しかし、夫は『最近体力も落ちてきて、ゆっくり休みたいと思うようになってきた』と話している。</p>			

訪問看護利用者を対象とした必須アセスメントシート【統合】

A様

記入者：

日付： 年 月 日

アセスメント結果	統合	健康課題
<p>A氏の要介護状態の悪化や夫の加齢により、介護負担の増加の可能性がある。</p> <p>ほぼ1階で生活していること、浴室に段差があることから、日常生活活動の範囲が減少している。</p> <p>多発性脳梗塞の発症により、海馬の萎縮が認められ、記憶力の低下がみられている。</p> <p>パーキンソン病の服薬管理、リハビリにより現状維持を行うことが必要である。</p> <p>パーキンソン病治療薬の副作用により、便秘症が出現している。</p> <p>多発性脳梗塞もしくはパーキンソン病による嚥下障害により、誤嚥性肺炎の発症の可能性がある。</p> <p>活動量の低下により、日常生活動作の困難さやパーキンソン病・多発性脳梗塞・高血圧症の症状悪化につながる可能性がある。</p> <p>介護量の増大により、夫の持病である高血圧症が悪化し、在宅療養を行うことができない状況になる可能性がある。</p> <p>A氏夫婦のパーキンソン病治療に対する認識と主治医の治療方針が異なっている。</p>	<p>医療状況・疾患に対する療養の自己管理が必要・本人と夫が理解し納得すること・症状の変化に気づき対応できる・最も重要</p> <p>機能面・疾患と加齢に伴う膀胱機能低下および神経因性の夜間頻尿の可能性・嚥下障害により、誤嚥性肺炎の発症の可能性</p> <p>生活面・日常生活の動作を維持、継続する必要性・自分のできる活動を維持、筋力低下を防ぐため、リハビリと環境整備が必要・生活の楽しみ、気分転換も必要</p> <p>家族状況・夫の健康管理も重要・夫も高齢、介護負担増加により在宅生活継続が困難になる可能性</p> <p>※優先順位を考慮</p>	<p>治療に対する理解の不足により、活動量の低下や便秘症が出現している。療養の自己管理の内容を本人と夫が理解し、自己管理できる必要がある</p> <p>パーキンソン病による自律神経障害もしくは薬の副作用が出現していることからめまいが出現している。すり足・小刻み歩行であることから、移動時転倒の危険性がある。嚥下障害により、誤嚥性肺炎の発症の可能性がある</p> <p>膀胱機能低下および神経因性の夜間頻尿の可能性がある</p> <p>パーキンソン病による自律神経障害で発汗が多く、脱水症状が出現する可能性がある</p> <p>パーキンソン病の症状である手足に力が入らない、振戦により日常生活に支障が生じている可能性がある。自力のできる動作を維持していく必要がある</p> <p>認知機能の低下により、最近の記憶があいまいになってきている。仮面様顔貌にて、感情表現を行うことが難しくなっている。日常生活で楽しみ、意欲、気分転換を図る必要がある</p> <p>A氏の要介護状態の悪化や夫の加齢・高血圧症の悪化により、在宅療養を行うことができない状況になる可能性がある</p>