

目次

まず、訪問に行く前に確認を！	5
フィジカルアセスメントとは	7
フィジカルイグザミネーションの方法と順番	11
評価・分析（アセスメント）の方法	14
ケア・報告の方法	14
【事例①】「昨日転んじゃってね...」転倒した利用者に対するフィジカルアセスメント	15
【事例②】「あれ、言ってることがおかしい...」認知症が疑われる利用者のフィジカルアセスメント	20
【事例③】「ちょっと苦しい...」呼吸苦を訴える利用者のフィジカルアセスメント	26
【事例④】「うわ！むくみが強くなってる！」浮腫がある利用者のフィジカルアセスメント	34
【事例⑤】「いきなり吐いた！」嘔吐した利用者のフィジカルアセスメント	40
【事例⑥】「ぐるぐる回ってる感じがする...」めまいがある利用者のフィジカルアセスメント	45
【事例⑦】「なんかダルいんだよな...」倦怠感を訴える利用者のフィジカルアセスメント	49
【事例⑧】「体温が高い！」発熱している利用者のフィジカルアセスメント	54
【事例⑨】「お腹が痛い...」腹痛を訴える利用者のフィジカルアセスメント	59
【事例⑩】「うっ.....胸が痛い...」胸痛を訴える利用者のフィジカルアセスメント	65
【事例⑪】「あれ？動きが悪い...」身体機能が低下した利用者のフィジカルアセスメント	70
【事例⑫】「手がかじかむわね...」手指の冷感がある利用者のフィジカルアセスメント	75

【事例⑬】「ん...？骨折れてない...？」骨折が疑われる利用者のフィジカルアセスメント	80
【事例⑭】「皮膚が赤くなってる！」褥瘡がある利用者のフィジカルアセスメント	84
【事例⑮】「なんかぼんやりしてる...？」意識レベルが低い利用者のフィジカルアセスメント	90
【事例⑯】「おしっこ出てない...」排尿がない利用者のフィジカルアセスメント..	97
【事例⑰】「ウンチが出ない...」排便がない利用者のフィジカルアセスメント...	101
【事例⑱】「血糖値が低い...！」低血糖の利用者に対するフィジカルアセスメント	106
評価スケール一覧	111
訪問看護計画書・訪問看護報告書の記載例【500例以上】リンクまとめ	120

フィジカルアセスメントとは

フィジカルアセスメントとは、「利用者からの訴え（主観的情報）」「私たちからみた様子（客観的情報）」「身体評価」などを通じて、利用者の現在の状態や問題点を評価して分析することを指します。

このフィジカルアセスメントは、病院や訪問など働いている場所に限らず、患者や利用者が相手にいるのであれば行うべき項目です。

フィジカルアセスメントと聞くと看護師に必要と思われるかもしれませんが、訪問看護で働く理学療法士・作業療法士・言語聴覚士にも必要な知識です。

フィジカルアセスメントの目的

訪問看護におけるフィジカルアセスメントの目的は、以下の3点です。

- ・現在の状態や問題点を評価して分析をする
- ・急変を予測する
- ・看護計画を作成する

現在の状態や問題点を評価して分析する

フィジカルアセスメントを行う大きな目的に、「利用者の状態や問題点を評価して分析する」ことが挙げられます。

利用者がどこに悩みを抱えているのか、そしてその問題点はどこに隠されているのか。

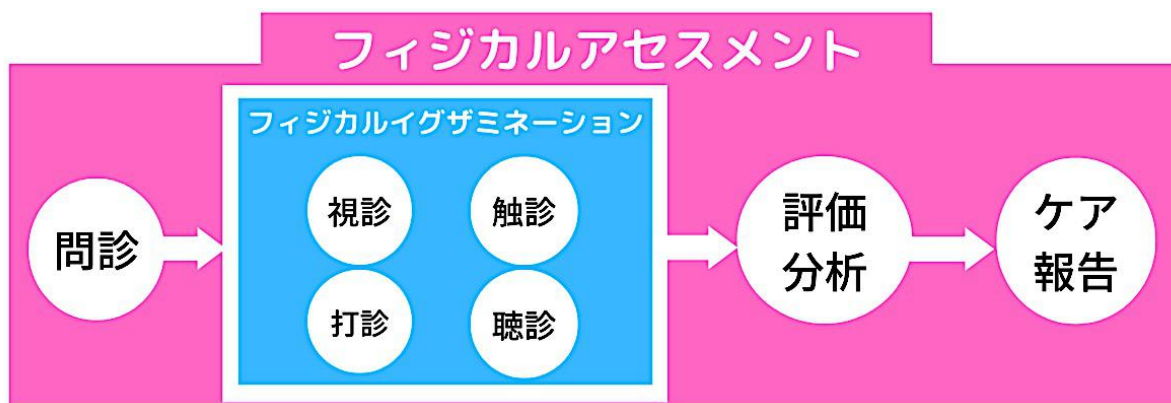
はたまた、利用者自身が気付いていない問題点があるのではないかと。

これらを、主観的情報や客観的情報を合わせてアセスメントしていきます。

ここで一つ注意が必要なのが、あなたが今行なっているフィジカルアセスメントは、フィジカルイグザミネーションだけではないかという点です。

フィジカルアセスメントとは、「評価・分析すること（＝アセスメント）」を指します。

一方、フィジカルイグザミネーションは、「検査（＝イグザミネーション）」を指します。



フィジカルアセスメントの順番

次に、フィジカルアセスメントの順番をご紹介します。

フィジカルアセスメントの順番は、先ほども図で紹介した通り（7ページ）、「問診（主観的情報）」→「フィジカルイグザミネーション（客観的情報）」→「評価・分析（アセスメント）」→「ケア・報告」になります。

問診の方法

まずは問診です。

訪問看護に限らず、利用者や患者を接するにあたって、すべての始まりとなるのが「問診」です。

問診では、以下の項目を聴取することが推奨されています。

一般情報	氏名、生年月日（年齢）
医学的情報	入院歴、診断名、現病歴、既往歴、手術歴、内服薬など
家族背景	家族構成、主介護者（キーパーソン）など
生活歴	運動習慣、嗜好、趣味、1日の過ごし方、日常生活の様子など

問診と聞くと、「私たちが質問をする→利用者が答える」という流れを淡々と繰り返していくことを想像しますが、訪問看護においてはもう少しコミュニケーションの要素を取り入れるべきです。

なぜなら、私たちは長年過ごしているお家にお邪魔させていただく立場だからです。

できるならば他人は家にあげたくないと思っている利用者があるかもしれません。

かなり身構えている利用者が多いのも事実なので、会話の中から必要な情報を聞き出すスキルも身につけていくべきでしょう。

また、担当者会議やケアマネから事前に情報を聞いている場合は、すべてを利用者から聞き出すべきではありません。

ただでさえ身構えているところ、質問責めをされると訪問看護に対して嫌悪感を示してしまいます。

本人の口から確認をしたいことに絞って問診することが推奨されます。

避けるべき問診

- ・(看) なんのご病気をされましたか? → (利) 肺炎です
- ・(看) どのくらい入院していましたか? → (利) 1ヶ月くらいです
- ・(看) 今苦しいですか? → (利) だいぶ落ち着きました

推奨される問診

- (看) ケアマネさんから聞きましたが、肺炎でご入院なされていたんですね。
- (利) そうなんですよ
- (看) 病院の生活はいかがでしたか?
- (利) やることなくてつまらなかったよ
- (看) そのようにおっしゃる方は多いですよ。どのくらい入院されていたんですか?
- (利) 1ヶ月くらいかな～
- (看) 長く感じますよね。肺炎だと相当苦しかったんじゃないですか?
- (利) 入院していた時はそうだったんだけどね、今はだいぶ落ち着いたよ
- (看) そうですか、それは良かったですね。これから安全に暮らしていけるようにサポートさせていただきますね。

両者の違いは、会話の中から必要な情報を聞き出しているか否かです。

「質問→回答」のようにぶつ切りになってしまっているのは望ましくありません。
本人から聞けない情報は、家族などから聴取するようにしましょう。

フィジカルイグザミネーションの方法と順番

次は、フィジカルイグザミネーション（客観的評価）の方法と順番です。

フィジカルアセスメントの肝となる部分です。

基本的に、フィジカルイグザミネーションは「視診→触診→打診→聴診」の順番で行うことが推奨されています。

しかし、これらはいくまでも基本形であり、利用者の状態や緊急度・重症度によって前後や省略することがあることは抑えておいてください。

視診でみるべきポイント

視診でみるべきポイントは以下の通りです。

身体面	発疹、腫脹、隆起、創傷など
動作面	歩行、立ち上がり、姿勢、関節の動きなど
環境面	整理整頓、汚物の有無など

【事例①】「昨日転んじゃってね…」転倒した利用者に対するフィジカルアセスメント

転倒した利用者に対するアセスメントのポイント

- ・転倒した状況を誰か見ていたか
- ・転倒した直後はどのような状態だったのか
- ・なぜ転倒をしてしまったのか
- ・今現在、どのような状態なのか
- ・今後どのようなことが考えられるか

問診の内容

- ・ どのような状況で転倒をしたか
- ・ どこか打った場所はあるか
- ・ なぜ転倒をしたか思い当たる節があるか
- ・ 出血はしたか・続いているか
- ・ 痛みは残っているか
- ・ 動かしにくくなったところはあるか
- ・ できなくなった動作はあるか
- ・ めまいや嘔吐はしたか
- ・ 会話がしにくい感じがあったか

頭部を打った可能性がある場合は、会話の明瞭度が低下することがあります（構音障害）。いつもと比べて会話がしにくくないか、喋りにくそうではないかをチェックしましょう。加えて、会話の内容にも注意が必要です。

話の辻褄が合わない、いっていることがおかしい場合は、何かしら脳に影響が出ているのではないかと推察できます。

バイタルサイン・意識レベル

まず、バイタルサインを測定していつもと変わりがないかを確認します。

●バイタルサインの正常値・基準値

血圧	収縮期血圧：～120mmHg
	拡張期血圧：～80mmHg
脈拍	50～80 回/分
体温	36.0 度～36.9 度
呼吸数	12～20 回/分

転倒により頭部を打った場合、急性硬膜下血腫などの影響で意識レベルが低下することがあります。

意識レベルは「Japan coma scale (JCS)」や「Glasgow coma scale (GCS)」といった標準化されたもので評価しましょう。

●Japan coma scale (JCS) の内容→111 ページ

●Glasgow coma scale (GCS) の内容→112 ページ

視診

視診では、皮膚に創傷や皮下出血、発赤や腫脹などがないかをみましょう。

特に頭部は注意をして観察しましょう。

頭部に創傷や出血があった場合は、頭部を打った可能性が高いので、脳神経症状をチェックする必要があります。

また、創傷の場所を見ることによって、転倒した状況を推察することもできます。

(例：右肘に創傷と左手首に腫脹がある→右肘を打って転んだ際に左手をついたのではないかなど)

頭部を打った場合は、四肢に麻痺が生じる可能性があります。

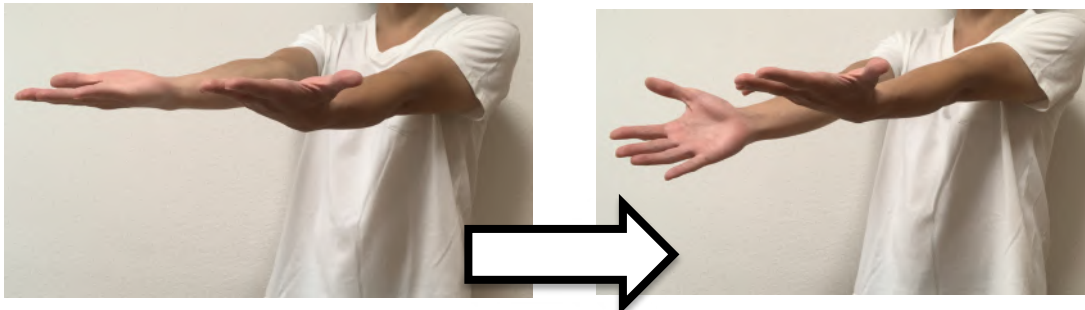
一目でわかるくらいに動きが悪ければ判定に迷うことはありませんが、私たちが見逃してはいけないのは「軽微な麻痺」です。

軽微な麻痺は、バレー徴候を用いて判断すると良いでしょう。

●バレー徴候（上肢）の方法

立位または座位で両上肢を手掌面を上に向けたまま、肩関節 90 度前方挙上位に保持しておくように指示をします。

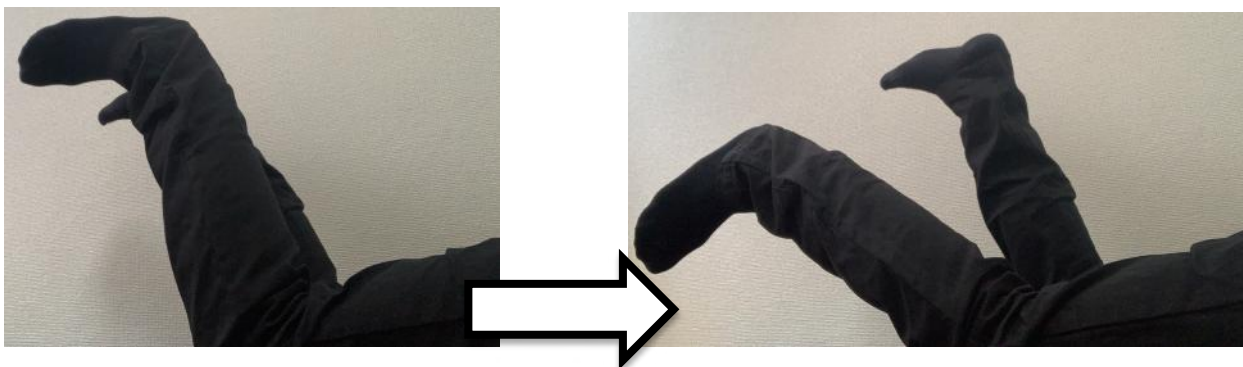
この時、麻痺側の上肢は下降しながら回内してきます。



●バレー徴候（下肢）の方法

腹臥位において両側の膝関節を 45 度屈曲位に保持しておくように指示をします。

この時、麻痺の下肢は落下してきます。



また、顔面麻痺を伴う場合は、流涎や口角の左右差を生じることがあります。

口を大きく開けてもらったり、口角を上げてもらうなどをして、左右差の有無をチェックしましょう。

そして、最も簡易かつ重要なのが、いつも行っている動作をしてもらうことです。

転倒を機にできない動作が出てきたとすれば、何かしら影響が生じていることが推察されます。

一見、問題がなさそうに見える利用者には、その利用者にとって最も難易度が高い動作を評価するのが良いでしょう。

例えば、普段はベッドで過ごしているものの、何とか伝い歩きでトイレに行ける利用者であれば、歩行状態を確認します。

いつもよりふらつきが強い、伝い歩きができなくなっているのであれば、フィジカルイグザミネーションを行い、原因を探っていきましょう。

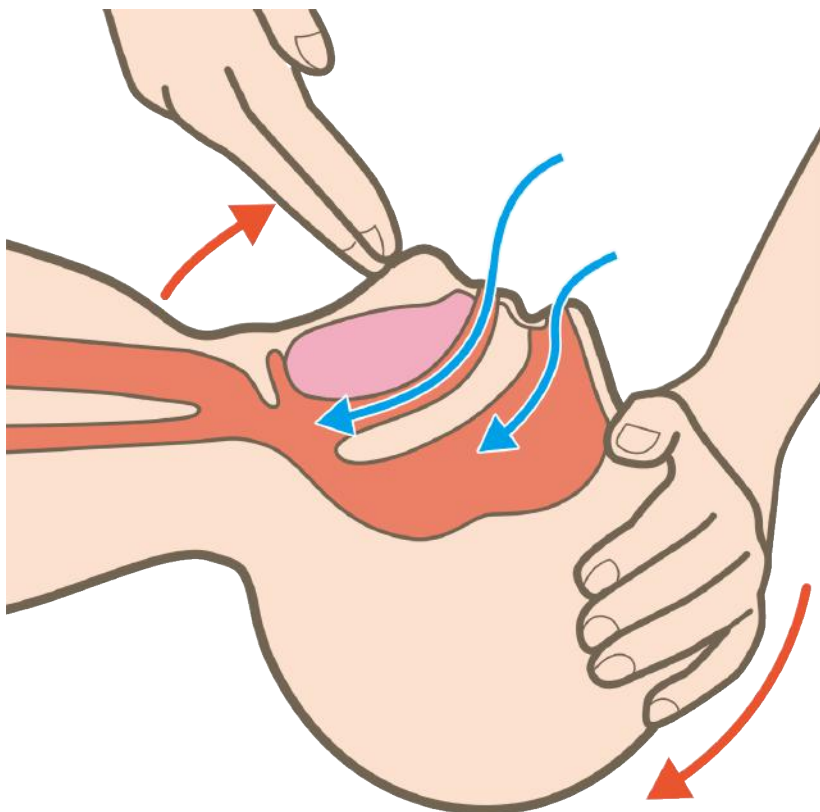
意識消失している利用者への急変対応

意識消失している利用者への急変対応で一番重要なことは、気道の確保です。

舌根が沈下し、気道が狭窄・閉塞している可能性があるため、頭部後屈顎先挙上法をして気道確保をしましょう。

●頭部後屈顎先挙上法の方法

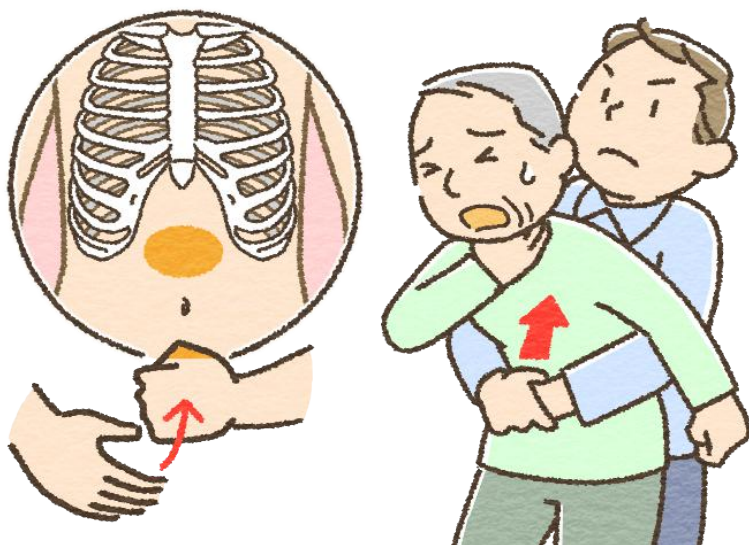
頭を後屈させ、顎先を挙上させます。



もし、気道内の異物による閉塞であれば、異物をハイムリック法で取り除くことが求められます。

●ハイムリック法の方法

- ①利用者の背後に回る
- ②片手で拳を作り、利用者の体に両手を回す
- ③拳を腹部（へその上あたり）に当て、もう片方の手を重ねる
- ④素早く上へ突き上げる



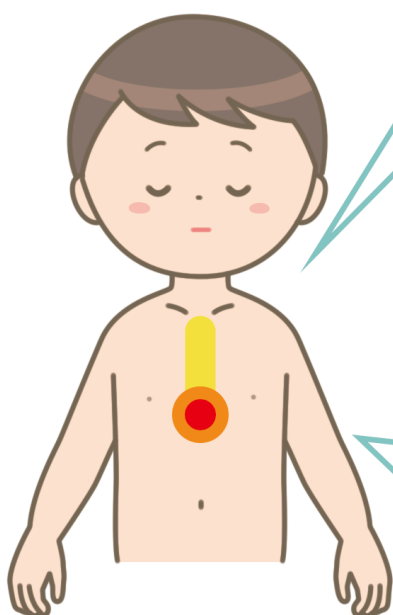
ただし、ハイムリック法はまだ意識がある場合に使える対応法です。
呼吸停止・心肺停止している場合は、速やかに救急要請し、救命処置を開始します。
バッグバルブマスクがある場合は使用して、呼吸の補助を行います。

●胸部圧迫の方法

- ①左右の手を重ね、手の根元で胸の真ん中を押す
- ②胸が5cm沈み込む強さで圧迫をする

胸骨圧迫の 圧迫する位置

胸の真ん中の胸骨下半分



左右の手を重ね、
手の根元で胸の真ん中を押す



胸が5cm沈みこむ
強さで圧迫する

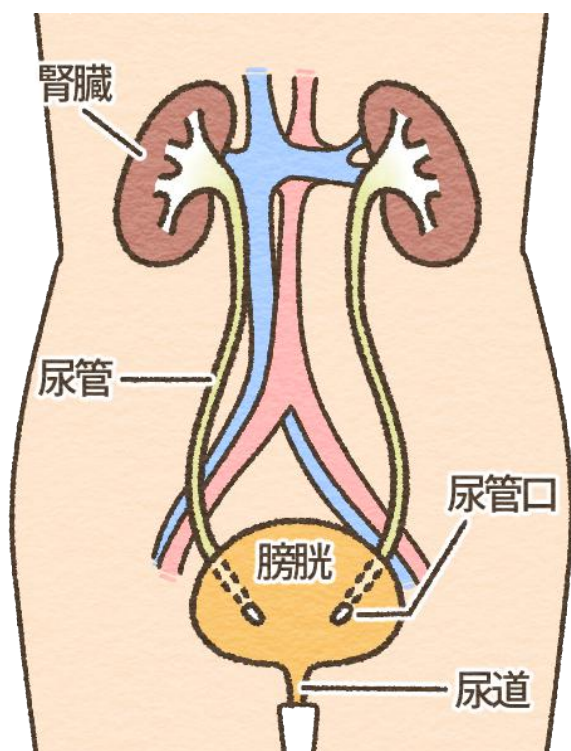
【事例⑯】「おしっこ出てない…」排尿がない利用者のフィジカルアセスメント

排尿がない利用者に対するアセスメントのポイント

- ・まったく出ていないのか（尿閉）、少しは出ているのか（乏尿）
- ・その他の症状は出ているか
- ・すぐに医師に報告するのが望ましいか（緊急性の有無）

まず、排尿がまったく出ていないのか（尿閉）、少しは出ているのか（乏尿）を判断します。なぜなら、両者では原因や症状が異なってくるからです。

	考えられる原因	症状
尿閉	<ul style="list-style-type: none">・神経因性膀胱や前立腺肥大、尿道狭窄により起こる（膀胱よりも下位の障害）・放置しておくと水腎症や腎盂腎炎などを引き起こす恐れあり	激しい尿意、腹部膨満感、腹痛、冷汗など
乏尿	<ul style="list-style-type: none">・腎血流量が減少して尿の生成ができない・腎機能そのものに障害がある・尿管が閉塞し、膀胱に尿がたまらない状態	激しい疼痛、腰部や背部の痛みなど



問診の内容

- いつから尿が出ていないか
(→最終排尿時刻を確認する)
- 痛みはあるか
- 痛みの場所はどこか
- どのくらい痛いかな
(→VASなどで数値化をする)
- そのほか、いつもと違う症状はあるか
(→呼吸苦、ボーッとする感じなど)
- 普段も尿が出きらない感じはあったか
- 日常生活はいつも通りできていたか
(→トイレに行けていたか、食事はできていたかなど)
- 薬はいつも通り飲めていたか

まず確認しなければならないのが、最終排尿時刻です。

1日の排尿量が400mL以下だと乏尿と言われています。

健常な高齢者だと1回で100～150mL 排尿されるので、1日の排尿回数が3回以下、または前回の排尿から8時間以上の間隔があると注意が必要です。

また、ホルモンや血流量の関係で、日中は排尿間隔が長く、夜間は短くなる傾向にあります。排尿があった時間や回数を聞くのも判断基準となるでしょう。

バイタルサイン・意識レベル

乏尿の場合は腎臓への血流が低下するため、血圧低下・脈拍低下を示す事があります。

また、脱水でも乏尿をきたすため、体温上昇してないかを確認する事が重要です。

逆に尿閉では、痛みから血圧上昇・脈拍上昇を示す事があります。

問診時に得られた痛みの有無と照らし合わせてアセスメントしていきましょう。

●バイタルサインの正常値・基準値→16 ページ

脱水や腎疾患が進行していると、意識障害を呈することがあります。

●Japan coma scale (JCS) の内容→111 ページ

●Glasgow coma scale (GCS) の内容→112 ページ

【事例⑰】「ウンチが出ない…」排便がない利用者のフィジカルアセスメント

排便がない利用者に対するアセスメントのポイント

- ・排便がみられない原因
- ・他にはどのような症状が出ているか
- ・すぐに医師に報告するのが望ましいか（緊急性の有無）

まず、排便がみられない原因を探ることが重要になります。

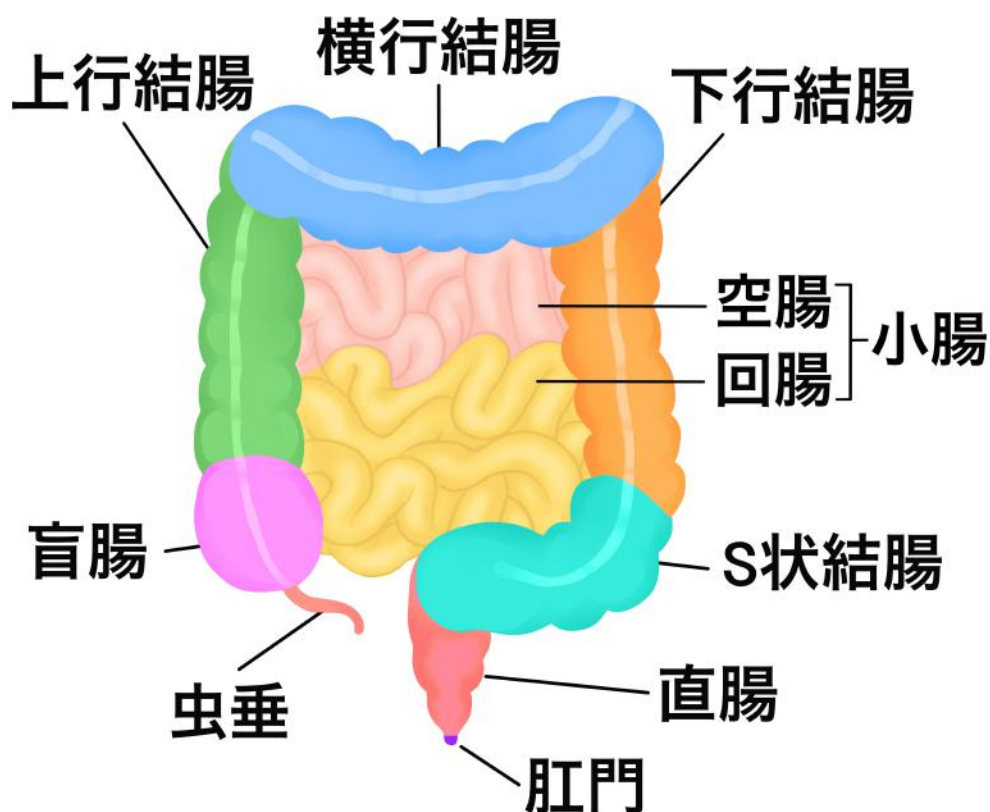
便は以下の様な要因で性状が変化します。

- ・ 食事摂取量
- ・ 食事内容
- ・ 水分摂取量
- ・ 腸蠕動運動の変調

これら要因により、便秘になれば逆に下痢になる人もいます。

また、便がどこに貯留しているかをアセスメントすることも重要です。

なぜなら、下行結腸に便が貯留していないのに浣腸をしても排便は起こらないからです。



問診の内容

- いつから便が出ていないのか
- 最後に出た便の量・性状はどうだったか
(→少なかった、柔らかかったなど)
- お腹に痛みはあるか
- どのくらい痛いのか
(→VASなどで数値化をする)
- 他にいつもと違う症状はあるか
(→不快感、息苦しさなど)
- 食事摂取量・内容
- 水分摂取量
- いつもの内服薬は飲めているか
- 日常生活はいつも通りできているか
(→トイレに行けているか、食事はできているかなど)

最終排便日と普段どのくらい排便できているかを比較して、どのくらい便が貯留しているかを推察することがポイントです。

バイタルサイン・意識レベル

腹部などに痛みがある場合、血圧上昇・脈拍上昇を示す事があります。

いつもと違いがないかを評価しましょう。

●バイタルサインの正常値・基準値→16 ページ

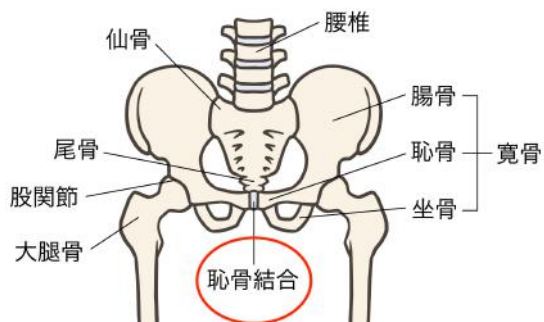
視診

便秘の場合、腹部全体に膨満が見られます。

皮下脂肪が少ない利用者は、便の貯留部位が目で見えることがあります。

恥骨結合の直上～左側腹部を中心に見るとわかりやすいかもしれません。

骨盤(前面)



また、多少でも排便がみられた場合は、便自体を視診して評価することも重要です。
排便からわかることは以下の通りです。

黒いタール便	消化性潰瘍、逆流性食道炎など
赤い血液が混じる便	大腸がん・大腸ポリープ・虚血性腸炎など
水様便	感染・炎症・便の通過異常など
黄色もしくは灰色で油状・泡立ちがある便	脂肪便など

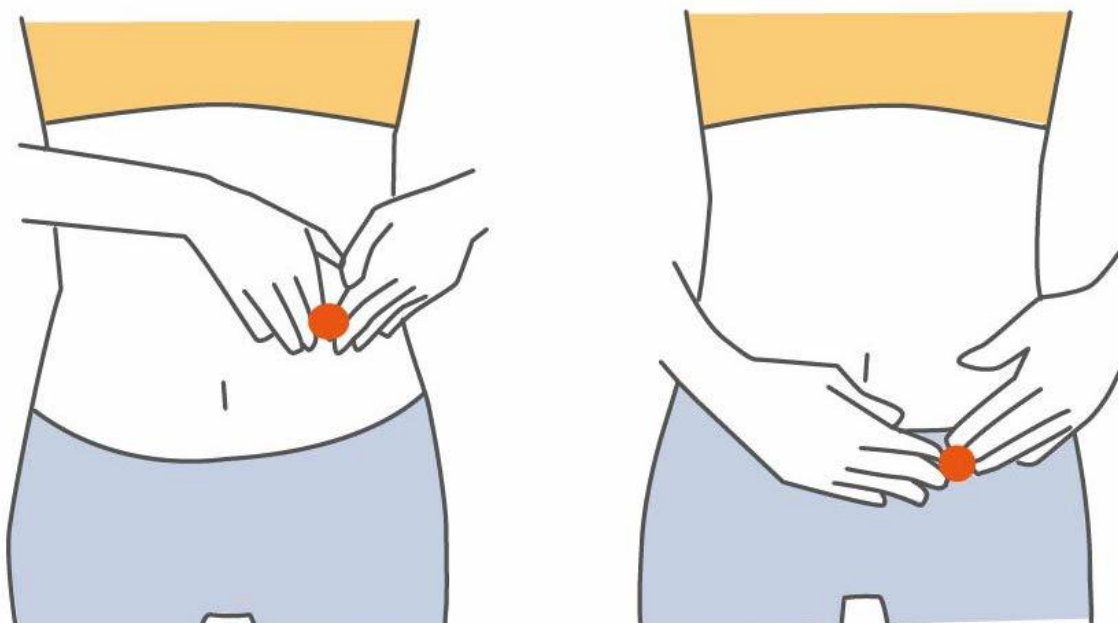
触診

触診では、「便貯留」を確認しましょう。

恥骨結節の真上から左側腹部にかけて触診をすると、普通便であれば鉛筆ほどの太さの柔らかい感覚が分かります。

大量に貯留している場合はより太く、範囲が広がります。

触診は、背臥位で3cmほど圧迫をすると分かりやすいです。



打診

腹部を打診して、鼓音や濁音の有無を評価しましょう。

例えば、腸に貯留物がない場合（ガスがある場合）は鼓音がしますが、便の詰まりがあると濁音がします。

左下腹部を中心に、どこに、どの程度便が貯留しているかを評価しましょう。

●打診音の特徴→13 ページ

【事例⑱】「血糖値が低い...！」低血糖の利用者に対するフィジカルアセスメント

低血糖の利用者に対するアセスメントのポイント

- ・低血糖になった原因
- ・どのような症状が出ているか
- ・急変対応が必要か
- ・すぐに医師に報告するのが望ましいか（緊急性の有無）

まずは、低血糖になった原因を探ることが重要です。

主に低血糖は、以下のような疾患で引き起こされます。

- ・ 糖尿病の薬物療法に伴うもの
- ・ 下垂体機能低下症
- ・ 副腎皮質機能低下症
- ・ 低グルカゴン血症
- ・ ダンピング症候群
- ・ アルコール性低血糖

この中で一番多いのは、「糖尿病の薬物療法に伴う」ものでしょう。

糖尿病の薬物療法（インスリン治療や経口血糖降下薬など）を受けている方が、以下のような出来事を機に低血糖となります。

- ・ 運動をしすぎた時
- ・ 空腹のまま運動をした時
- ・ 食事時間が遅れた時
- ・ 食事を抜いた時
- ・ 薬を飲み忘れた時
- ・ 薬の量を間違えた時

ただし、糖尿病の治療薬によって低血糖を引き起こしやすいものと引き起こしにくいものがあります。

糖尿病の治療を受けている利用者は、事前にどのような治療をしているか確認することが重要です。



糖尿病手帳



糖尿病 ID カード

報告の方法・ポイント

*緊急性が高い状態で、訪問中に指示をいただいたと仮定をします。

- 本日の訪問の様子

(→例：本日は〇〇様へのご指示ありがとうございました。
本日訪問時、意識レベルの低下を確認しました。)

- 評価した結果

(→例：意識レベルは JCSII-20 で、呼びかけで開眼はしますがあくび、ふらつき、冷汗といった低血糖症状を認めました。)

- 対応したこと

(→例：血糖値は 40mg/dL であったため、先生のご指示通り、ブドウ糖を 10g 経口摂取してもらっています。10 分後、ややぼんやりとした印象ではありますが、JCSI-1、会話ができるまで改善しております。その後、先生が到着されたため、引き継いでおります。)

評価スケール一覧

意識障害の評価

●Japan coma scale (JCS) の内容

I. 刺激しないでも覚醒している状態 (1 桁で表現) delirium、confusion、senselessness	1. だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない
	2. 見当識障害がある
	3. 自分の名前・生年月日が言えない
II. 刺激により覚醒、刺激をやめると 眠り込む状態 (2 桁で表現) stupor、lethargy、hypersomnia、 somnolence、drowsiness	10. 普通の呼びかけで容易に開眼する
	20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 簡単な命令に応ずる
	30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろう じて開眼する
III. 刺激をしても覚醒しない状態 (3 桁で表現) deep coma、coma、semicoma	100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
	200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
	300. 痛み刺激に反応しない

覚醒状態により 3 群に分類、次に各群を各種刺激に対する反応で 3 段階に分類、全体で 9 段階に分類されています。

不穏状態があれば R (restlessness)、失禁があれば I (incontinence)、無動性無言があれば A (akinetic mutism、apallic state) をそれぞれ数字の後につけます (100-I、20-RI など)。

MEMO

認知症検査

●長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の内容

30 点満点で、20 点以下だと認知機能の低下が疑われます。

No	質問内容	配点	
1	お歳は幾つですか？ (2 年までの誤差は正解)	0 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (それぞれ 1 点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私達が今居るところはどこですか？ (自発的 2 点、家・病院・施設の選択 1 点)	0 1 2	
4	これから言う 3 つの言葉を言って見て下さい。後でまた聞きますので覚えて下さい。 1 : a) 桜 b) 猫 c) 電車 2 : a) 梅 b) 犬 c) 自動車	0 1	
		0 1	
		0 1	
5	100 から 7 を引いてください (100-7 は？それから 7 引くと？)	93	0 1
		86	0 1
6	私がこれから言う数字を逆にいってください (6-8-2、3-5-2-9) *3 桁逆唱に失敗したら打ち切り	286	0 1
		9253	0 1
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言って下さい。(自発的 2 点、ヒント 1 点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	0 1 2	
		0 1 2	
		0 1 2	
8	これから 5 つの物品を見せます。隠しますので何があったか言ってください。(相互関係の無いもの)	0 1 2	
		3 4 5	
9	知っている野菜の名前を出来るだけ多く言って下さい (答えた野菜の名前を右欄に記入。途中で詰まり、約 10 秒待ってもでない場合にはそこで打ち切り)。 0~5=0 点、6=1 点、7=2 点、8=3 点、9=4 点、10=5 点	0 1 2	
		3 4 5	

褥瘡の評価

●NPUAP 分類の内容

ステージ I	消退しない発赤
ステージ II	部分欠損または水疱
ステージ III	全層組織損傷（脂肪層の露出）
ステージ IV	全層組織欠損
判定不能	皮膚または組織の全層欠損・深さ判定不能

褥瘡の分類

