

継続した看護を目ざして

——看護計画表の検討——

中6階病棟 発表者 西山隆子

矢野口 宏子・飯森 真理子・三井 貞代・丸山 貴美子
中村 理恵子・小林 明美・小林 鈴枝・松原 由香利
小松 和子・久保田 啓子・川船 裕紀・中島 恵美
丸山 京子・曾根原 純子・萩久保 仁見

I はじめに

現在多くの病院病棟でカードックスが使用されてきている。カードックスとは、患者の全体像を短時間で把握することを目的とし、その患者に必要な看護情報が一目で得られるように構成されている。中6階病棟では、従来よりカードックスに類似したものとして看護計画表を使用しているが「患者の把握が十分できない」「有意義に活用されていない」など多くの問題を感じていた。

そこで、従来の看護計画表をもとに、カードックス方式をもっと取り入れて、新しい計画表を作成した。スタッフ間の伝達の一手段としてばかりでなく、個々の患者について考え、日々評価していくことで継続した看護に結びつき、成果が得られてきたのでここに報告する。

II 研究期間

昭和60年8月～昭和61年6月まで

III 研究方法

- (1) 従来の看護計画表の問題点の検討と新しい計画表の作成
- (2) 新しい項目（問題点・対策・評価）についての検討
- (3) 日々の評価を生かした看護方針と定期的評価の検討

IV 研究経過

(1) 「看護計画表」の問題点と検討

今までに使用してきた看護計画表について問題点をあげてみた結果次のようなことがあがった。

(資料1)

- ① 治療欄の活用が放射線治療に限られており、その他の患者については活用されていない。
- ② 処置欄に検査予定が一緒に書かれていてわかりにくい。
- ③ 目標欄は日勤者が書くようにしていたが、ほとんど空白になっている。
- ④ 問題点及び看護計画の欄については、内服薬や医師のオーダーが変わってしまっており、また、内服薬の記載が多すぎる。
- ⑤ 患者の状態が変化していても、以前の問題点がそのまま書かれている。

以上のようなことから、それぞれの欄が有意義に活用されておらず、一目でその患者像が浮かんでこないため、患者把握と看護の展開ができないということがわかった。

そこで、看護計画表の項目について再検討してみた。(資料2)

項目として「治療・方針」「内服とオーダー」「検査予定」の欄を新しく掲げた。看護計画については「問題点」「対策」「評価」の項目を設けて展開していくことにした。新しい項目を設けたことで患者把握の上でも見やすくなり、よりわかりやすい表になった。(資料3)なお、計画表の作成は深夜勤務者が行ない、問題点対策の欄は申し送りを聞きながら各勤務者が記載し、評価については業務終了後、特に日勤者が記載している。

(2) 看護計画表をより活用するために

毎日その日の患者の問題を明記し対策を考え実施評価していくことにした。

問題点を明らかにすることで常に対策を持って患者に接する習慣が身につく、評価に結びついた。反面、評価がその日だけに終わってしまい、準夜勤者や翌日の日勤者に生かされているかどうか疑問だった。そこで、看護計画表の中でも、特に問題点対策評価にしぼって、さらに検討を重ねていくことにした。

(3) 問題点・対策・評価についての再検討

1～2ヶ月施行してみたあと、症例をあげて分析し検討を重ねていった。(資料4)

まず、日勤帯で書かれた評価がその日だけになってしまい、他の人の目を通されずに終わってしまうということで、日勤者は継続していく必要がある問題についてその評価に赤字でアンダーラインすることにした。深夜勤者は、問題を掲げる時必ず前日の評価に目を通し、ラインを引かれた継続事項は当日の問題に掲げるようにし、日勤者も前日の評価を参考できるように、当日の計画表の下に前日のものをはさんでおくことにした。

評価の書き方については、その日の状態を書くのではなく、自分で思ったこと、判断したこと工夫したこと、次の日にこうして欲しいこと、などを書くこと。アンダーラインは、ポイントのみにしぼって引くこと。などを取り決めた。問題点についても、多々ある問題の中からその日のポイントとなる問題のみにしぼって掲げ展開してみた。最初はどうか書けばよいかわからなかった評価欄も自由に考察や実施結果が書けるようになり、一日の看護のまとめとなった。

しかし、今現在でも看護婦の視点の相違から問題点の取り上げ方や評価の内容がまちまちで、継続できない面もあり、その日の評価になってしまうこともある。

日々評価していく中で、継続された看護の必要性を感じ、看護計画表からさらに看護記録に生かしていこうということになり展開していくことにした。

(4) 評価と看護方針

入院時に立案された看護方針は患者の状態や毎日の働きかけによって日々変化していく。

計画表を通して評価をしていく中でそれをまとめてさらに新しい目標に向かって進んでいくために、ある一定の時期に看護方針に対する評価をたてる必要があると考えた。1ヶ月ごとに一人一人の患者について看護方針に対し展開してきたことを評価し看護記録に記載、新しい方針を看護記録1号用紙の「看護方針欄」に日付けを書いて書き加えていくことにした。

最初は評価日を決めて2～3日間ですべての患者について評価することにしたが、勤務状況によってできない時もあり徹底されなかった。そこで、2～3人ずつの患者を日勤者、特にその日の受け持ち看護婦が中心になって評価し、病棟日誌に評価した患者を明記して引き継いでいった。しかし、退院時の評価については実施されておらず、検討が必要である。

資料5は、特にこの研究中長期に入院していた患者について振り返り看護展開の経過をまとめてみた。第1期と第6期の問題対策評価の表現方法を比べてみても、わずかではあるがかわってきていることがわかる。

必ずしも1ヶ月ごとに定期的に評価する機会が持てなかったため、資料5では一部カンファレンスの内容などを参考にして振り返って評価してみた。

このように改めて評価していくことで患者について振り返ることができ、看護方針に対しての見直しをすることができた。

V 考 察

今回の研究にあたりスタッフの意識がどう変わったか問いかけまとめてみた。

- 問題対策評価することで、あれがまずかった、こうすればよかった、次はこうしようと考えてケアすることができるようになった。
- 「問題提起」「看護方針の立案」「評価」をする訓練が身についた。
- 頭の中で漠然としていた問題点が今日はどこにポイントをおいてとはっきり意識して患者に接することができた。→ 文字にすることは大切である。
- 他のスタッフがどのように考えて評価しているか知り、取り入れることができた。→ チーム全体の問題として取り上げられるようになってきた。
- 一部でも看護の継続ができるようになり、以前より計画表を活用するようになった。

などの良い方向へ多くの反応を得ることができた。スタッフ全体の看護に取り組む意識が向上したことは今回の研究の大きな成果であったと思う。また、業務に追われがちで、一人一人の患者の看護について考えるということが今までいかに不十分であったかということを痛感した。

しかし、長期の評価が定期的にもてない。日々の評価についてのチーム全体の意見交換がないために、継続事項が途中でとぎれてしまうことがある。など継続していくためには、まだまだ課題が残っており、日々のカンファレンスに取り入れていかなければいけないことである。

VI おわりに

当病棟において看護計画表を使用し始めた頃は、放射線治療患者に対する計画表であったという。現在は、放射線科も化学療法などの治療が加わり、また第一内科・第二内科を含む中6階病棟として、一人一人の患者に目を向けその患者に合った看護をしていくことが大切であると考え。

ようやく軌道に乗り始めているところであるが、新しいスタッフにもスムーズに活用できるように、さらに検討を重ね、より継続された深みのある看護を旨ざして努力していきたい。

この研究にあたり、御協力下さった方々に深く感謝します。

参考文献

1. 宮崎和子: 看護計画案とカーデックスの活用 日総研出版 1983年
2. 山本俊夫監修: POS 実践マニュアル 日総研出版 1985年
3. 日野原重明監修: 看護のための POS 医学書院 1978年
4. 宮崎和子: 看護記録の記載方法と評価法 日総研出版 1985年

5. 南4階病棟 鳥羽利美他: 一貫性のある看護を目ざして——カードックス使用を試みて
昭和60年度看護研究集録 信州大学医学部附属病院

資料1. 従来の計画表 (S 60年9月まで)

号	名前	治療	皮下・筋注	点・静・血	処置	食事	目標	問題点及び看護計画	安静	清潔	検査	主治医
例 622	○山 ○夫	超硬 X線 2門 毎日 ストレッチャ	エルントニン 40a 月 金	朝 夕	陰部清拭 9/7 肝エコー	全粥		注骨折 アルロイドG チトレスト3× 稀インダシ サック2回/日	床上	で シヤ 清 拭 ワイ は		○○○

問題となること

〔治療欄〕 ○内科の場合利用されていない 〔処置欄〕

○照射記入のみに限られる。

〔皮下・筋注欄〕 ○落ちが目立つ

〔点・静・血欄〕 ○皮下・筋注欄は狭くてよい。

○予定されている検査を別にしたほうがよい。

○医師がやることか看護婦がやることか区別

しにくい。

○部位を詳しく書いてないとわかりにくい。

〔目標欄〕 ○削った方がいい。○空欄が多い。

○書く習慣を身につけたい。

○毎日たてられたらいい。○書けない。

〔問題点及び看護計画欄〕

○内服薬の記載が多すぎる。

○問題点を多くあげたい。

○同じことを記入していただけなので活
用方法を検討

○一度書くと書いたままになりがち。

○感染症の有無を赤字で書いていたが、
書き落としたり見にくかったりする。

資料2. 問題点検討後 (S60年9月～S61年1月まで)

号	名前	治療と方針	皮下筋注	点静血	処置	検査予定	食事	本日の問題	対策	評価	安静	清潔	内服とオーダー	検査	メモ
例 622	HBsAg(+) 新 ○ (主治医)	エンボリ后		足背(持続) 側(6)(12) (18)(24)	カニューレ部	30日 受診	整外 胃ヒゴ食 特流 塩 7g	食事摂取 少ない	クリニミール すすめる	思ったより 摂取できた →今日は1/2袋	○	○	腹痛 ソセゴン1A T38.0℃ ヴェノピリン		
	()														

改善してみたこと

〔名前欄〕 ○患者氏名の近くに主治医氏名を書く。

○感染症の有無を赤字で氏名の上に明記
する。

〔治療欄〕 ○入院時の目的主治医方針を書けるよう
「方針」を加える。

〔注射欄〕 ○皮下・筋注・点滴静注の欄を狭くして
みる。

〔処置欄〕 処置と検査予定の欄を分ける。

〔問題対策評価欄〕

その日の問題対策評価を毎日

書いていく。

〔安静清潔欄〕

今まで通り安静度、清潔面の
オーダーを書いていくが欄は狭くする。

〔内服とオーダー欄〕

内服薬について○下剤・眠剤は書かない。

○抗癌剤・ステロイド・利尿剤など原疾患を
考えて重要な薬を最少限に書いておく。

○古いオーダーは削除していく。

○Drオーダー(疼痛時・希望時)は今まで
どおり書く。

資料3. 現在使用している計画表

看護計画表

年 月 日 曜日

=資料2をより書きやすくわかりやすくし配置を考え直してみた=

受持

号	名前(主治医)	治療・方針	食 事	安静	清潔	皮下・筋注	点・静・血	処 置	内服とオーダー	検査予定	本日の検査とメモ	問題点	対 策	評 価
例 624	○ 沼 (○○)	腎生検後 6/30 転院	DM1800cal	洗 ト面 イレ	清 拭	朝 7:00 モニター 18u			アルドメット 3T ミニプレス 3T アダラートL 4T 6° 21°		血圧 6° 14° 18°	尿量↓	アルブミンの あとラシックス すること	尿量 800ml 飲水少ない 夜間もチェック して行って下さい
	吉 ○ (○○)	プレドニン 療法	ネフローゼ	6F 売店可	シャ ワー				ペルサンチン 3×12T P(6.2.0) 6/30開始		検尿, 検便 尿蛋白定量	プレドニン 開始	Drからの ムンテラきいて みる	ムーンフェイス気 になる(Drより 話されている。 不安の軽減に努 めていく
	大 ○ (○○)	エタノール 局注 食道硬化術	全粥 昼~肝塩軟 常	トイ レ可	清 洗 拭 髪 可		○ 本日まで				血圧 6h 14h 18h 水分 6h 腹囲 kg (水,日)	食事量 ↓	食事チェック 昼~ 全→常	3口くらいしか 食べない。Drと しては退院させ たい
	○ 田 (○○)	心カテ	常食	○	○	術前 アタP50	① 12:30 ベニューラ ②術後	12:30 カテー ン留置			心カテ 13:20入室	心カテ	一般状態 チェック 内服確認	特変なく終了 引き続き バイタルチェック
	()													
	()													
	()													
	()													

資料 4.

何人かの症例をもとに、日付を追って、問題・対策・評価の表現方法について検討した。

その一部を下記にまとめてみた。

〔症例1〕 K氏♂

月日	問題点	対 策	評 価
S60 10/1	息苦しさ 手足しびれ 頭痛	様子で介助 本人の言葉でうのみに しない。 サリドン1T	入浴したり、売店にいつてき たりするが呼吸苦みられない。
10/2	頭痛↑ 移動時 息苦しさ	脳シンチ車イス介助	楽だったとのこと。ただ Ptの心境を含め援助して いかなければいけない。
10/3	歩くと息苦しい できない 頭痛	呼吸苦観察 頭痛薬が夜間きれる。	呼吸苦変化なし セデス3×のみで良い 夜間はサリドンで続行
10/4	頭痛 食欲↓ 呼吸苦	内服がいらぬかどうか か聞いてみる。 全身状態把握カルテ O ₂ すすめ	日中頭痛おちついてきた。 今日の採血結果を参考にす る。O ₂ 1ℓ15分使用
10/5	頭痛 歩行で呼吸苦 WBC 1300↓	21° サリドン1T O ₂ 2ℓ	
10/6	息苦しさ 頭痛 嘔気	O ₂ すすめる サリドン ソセゴン im 嘔気観察冷庵法	O ₂ 2ℓで使用 本日ソセゴン2× 使用 腰痛↓
10/7	腰痛 嘔吐 透視后	ソセゴンim どのように痛いのか聞く Ba 便有無	ソセゴン使用せず Ba 便1× あり

〔分析と検討〕

- 空欄が時々ある。評価を書くことを忘れてしまう。負担。
- 評価が本当に次の日に生かされているか？



- 継続事項に赤字でアンダーラインする。
- 前日の評価を深夜・次の日の日勤が目を通しながら行う。

〔症例2〕 O氏♂

月日	問題点	対 策	評 価
S60 11/30	腰痛 治療に対す る不満あり 外泊希望	ヘルペックス 外泊Dr 確認	外泊許可あり出かける。 気分転換を。
12/3	腰痛 左眼眼下垂 脳メタ?	湿布 顔面マヒ etc に注意 注意	湿布にて自制 下垂強い。元気ない。 眼帯使用 WBC 900 ↓
12/4	右頸にtumor? 左顔面マヒ 眼眼下垂 WBC ↓	設定・放治開始	朝、眼眼下垂軽度だったが 徐々に著明になってくる。 経過観察、その他 皮膚、舌の 感覚みていく。
12/5	WBC 900 顔面マヒ 頭痛	ソセゴン続行のオーダー なのか	相変わらずみられるがひど くはなっていない。 自制内でおさまっている。
12/6	頭痛↓ 顔面マヒ 左眼のかわき		左眼のかわきは眼帯でよ くなった。コリマイCも処方 される。顔面マヒも多少い ような気がする。
12/7	顔面神経 マヒ 目がこぼ らぬ	コリマイ点眼介助	本日ペプレオ10mg使用 顔面マヒもこれで治るか と期待しており治療に対し拒 否的な姿勢はみられない。 励ましていこう。
12/8	ペプレオ 后 顔面マヒ 眼乾燥	コリマイ点眼介助	顔面マヒの改善みられ本人 もうれしそうにしている。 腰痛強く歩行困難

〔分析と検討〕

- 評価が日々終わってしまう。
- 評価が状態に終わってしまう。
- 問題点がたくさんありすぎてポイントをついた評価ができにくい。



- 状態は看護記録を参考とし、こうして欲しいこと、工夫した事を評価
に書く。
- アンダーラインはポイントをついてひく(赤丸でかこまない)

〔症例3〕 F氏♂

月日	問題点	対 策	評 価
S61 5/17	歯科1回/W 受診必要	口腔保清	月曜日にDr渡辺に相談の 上Entのこと決定。 口腔内のこと日頃から気 をつけておくことはないだろうか
5/18	Entにむけて	できることは自分で行う	口腔の保清は自分で含嗽行 っているか促さないとできな い。自発的に行えるよう働 きかけを。
5/19	Kot なし	下痢	PMソルベン1T内服するも 日中Kot (-) 内服するの が少しおそくなってしまった。
5/20	3日Kotなし	下剤、マッサージ ADL拡大	昨夜ソルベン内服 浣腸せ ず温あん法とマッサージする。 両手一杯のKotあり。 → 話しかけてゆく
5/21	人工唾液ス プレーして いない		スプレーの使用は介助でよい と思ったので指導はしな かったが本人はスプレー自体 をしたくない様子
5/22	Kotしにくい 人工唾液ス プレーした くない。	腹部温あん法 様子で介助	気持ちよいがKotせず、散 歩すすめたり、でも影響あ るのではないか。 → 唾液でるので大丈夫
5/23	Entにむけて 歯科 → 縫合不全	意欲をもたせる 方針確認	退院に向けての本人の希望は強 いか家族の不安もありDr方針 確認でき次第Pt 家族への働き かけ必要。さらにEntにむけ て意欲をもたせる援助を。

〔分析と検討〕

- 評価が次の日に継続されるようになってきた。
- 次の日の方針・希望が書かれるようになってきた。
- 問題点がポイントをついたものになってきた。
- 評価ができるようになってきてから、働きかけができるようになって
きた。
- 患者さんによっては評価が状態観察だけになってしまう。
- 評価を書く時間が短縮された。申し送りの前に書ければいい。
- 看護婦の視点が違うことによって、評価が問題にあがらなかったり、
違う問題点になったり継続されない事がある。

資料5. 看護過程（第2期～第5期と第7期は省略）

（患者紹介）

宮 ○ 真 ○ 氏 63才

（病名） 悪性リンパ腫

〔入院期間〕 ① S60. 8. 20 ~ S61. 4. 20

② S61. 5. 10 ~ S61. 5. 24

〔現病経過〕

S59年より右頸部腫脹に気づき近医受診内服治療にて3ヶ月で消失。S60. 6月下旬再度右頸部の腫脹出現。信大第2外科受診後同科に入院、8. 16より右頸部に放射線治療開始。

（第1期） リンフォーマ Stage IIとして第2外科より放射線科に転科。右顔面～頸部腫脹強く右上肢運動麻痺もあった。ワルダイヤー軸¹⁾マントル²⁾と広範囲に超硬X線開始。（9/18までにtotal 4100Rad）10月より化学療法（3クール）開始。

（第2期） 10. 27右肘にヘルペス出現、治療開始。右上肢全体に広がり痛みに対し多々の鎮痛剤（プロンプトン オピオイド etc）使用。麻酔科にて星状神経ブロックも施行。

11月 Ga シンチにて右肺門部集積リンフォーマ Stage IVと診断

（第3期） 12月ヘルペスの後遺症として右上肢しびれ痛み持続リハビリ開始。鎮痛剤は離せない状態

（第4期） 1月化学療法などにより嘔気強く経口摂取できなくなり ED チューブ挿入。エンタール4～5 pack 開始
2. 9 IVH 施行

（第5期） 2月右頸部にアズキ大のリンフォーマ残存。セミマントルで超硬X線再開。右肺野に無気肺・胸水貯留。肺門リンパ節腫脹強くなる。2000R照射し放射線一時中止。
3. 7 胸水穿刺施行アドリア局注、一時退院にむけてヘルペス後遺症の痛みに対し筋注より（麻）塩モヒ内服ザヤクへと切り変える。

（第6期） 3. 29 IVH 抜去 胸水穿刺 化学療法施行

4. 20 リンフォーマ寛解状態として退院

（第7期） 外来にて化学療法2回施行

5. 10 口腔内カンジタ菌(卅) 経口摂取できず再入院するも治療により軽快し 5. 24 退院

（第1期） ○頸部腫瘍の状態観察と疼痛緩和

S60. 9月～10月中旬 ○食事摂取状態の観察と全身状態の管理

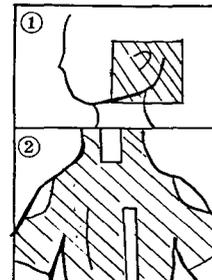
○精神面援助（訴えが少ない）

〔看護方針〕 （入院時）

月日	問題点	対策	評価
S60 9/14	嘔気 口喝 発熱	人工唾液スプレー 氷枕	嘔気あるも意欲あり
9/21	左上肢プローベ 採取 疼痛 口内痛 右側腹部痛	痛みの程度を知る 感染予防一包交一 痛み強ければザヤク	プローベ痛なし。照射野の air ストリップによる皮むけ ありガーゼ保護する。 日中は痛み自制内
9/24	右側腹部に痛み 照射野皮むけ	ヘルペックス sp → 効果みる 包交	ヘルペックスあまり効果ない が気持ちいい sp ももちし ない。ソフラチュール使用 放治 → 一時中止
9/27	右側腹～胸痛 大量照射 (電子線500Rad)	皮膚の皮むけに注意	側胸痛 ↓ レパタン2/3 Aim 使用 効果あり
9/28	宿酔 嘔気 右側腹部痛 化学療法	食事摂取 痛みの軽減 副作用の有無	昨日より嘔気軽減して主 食全量摂取できている。 化学療法は特変なく終了
10/9	口喝 口腔内荒れて 痛い インジンやっでい	吸入 うがい(インジンで) インジンだけでいいか?	日中Drみえず相談できな かった。食事の時痛みが ある。Drよりカンジタあり ファンギゾン開始となる。
10/12	口喝 カンジタ(卅) WBC 1700 ↓ 脱毛	ファンギゾン含嗽 ぬれマスク インジン ネブライザー 感染予防(外出ひかえる)	口内きれいになってきて おり痛み以前より少しいい T 37.3°C T ↑ なし

〔長期評価〕 照射が広範囲であるため口渇、口内カンジタ、嘔気、脱毛、白血球低下、照射野の皮むけなど多くの副作用がでてきたが、訴えの少ない人だけに発見がおくれみだった。こちらでよく観察しもっと積極的に援助していく必要がある。

〔照射部位〕



（第6期） 全身状態をみながら、食欲低下の理由を把握し食べられるよう援助していく。ボルタレン坐薬にたよる気持ちもなくし闘病意欲を持たせるよう援助。

〔看護方針〕

月日	問題点	対策	評価
S61 3/29	胸穿 化学療法	点滴管理	1800mlの胸水あり ラング注入后嘔気などなし IVH 抜去
4/1	化学療法后 嘔気 食事 ↓	ナウゼリン内服 食事チェック	むかむかする感じあり 点滴再開となる 経口摂取 1/2
4/3	明日 ENT に 向けて外泊する 麻 減量	外泊時大丈夫か 観察指導	麻 ↓するが痛み変わらない。 眠っていることが多い のは同様 (麻)のため仕方ないのでは?
4/7	外泊より帰院 ムカつき	ナウゼリン	痛み自制 嘔気あるが嘔吐なし
4/10	右上肢痛み	リハビリ受診開始	リハビリテーション部に出か けて長い時間いろいろや ってくれるのでいいと喜 んでいた。目を外に向け るのもいいと思う。
4/14	ENTに向けて 塩モヒ減量60mg ↓	痛みの程度把握し ザヤク使用	ENT に向けて 表情明るい。 14:30 坐薬使用
4/19	明日 ENT 右上肢痛	退院オリエンテーション ザヤク	退院処方あり オリエンテーション済み ザヤク3回使用

〔長期評価〕 様々な工夫（イチゴミルク、長いもで主食を流して飲んで食べる。etc）や外泊したいという意欲から食欲が出てきた。精神的にもおちついてきている。外泊により日常生活にも自信がつき退院される。（なお（麻）塩モヒ液とボルタレン SP は時間で使用し離せない状態だった。）

資料6. 看護方針と長期評価

	看護方針	長期評価
第1期	<p>=S60. 9月(入院時)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○頸部腫瘍の状態観察と疼痛緩和 ○食事摂取状態の観察と全身状態の管理 ○精神面の援助 訴えが少ない 	<p>=10月上旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○照射が広範囲であるため、口喝・口内カンジタ・嘔気・脱毛・白血球低下・照射野の皮むけなど多くの副作用がでてきたが、訴えの少ない人だけに発見がおくれぎみだった。こちらでよく観察しもっと積極的に援助していく必要がある。
第2期	<p>= 10月下旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○放射線治療・化学療法の副作用を観察し早期に対処していく 	<p>=11月下旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ヘルペス出現し日常生活に支障をきたしている。痛みに対してもがまんしているところがあるので頻回に訪室し日常生活の援助・痛みの程度を聞き出していく必要がある。
第3期	<p>=12月初旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ヘルペスを早期に改善させる。 	<p>=12月下旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ヘルペスによる水疱は軽快してきて疼痛も緩和してきたが指先～前腕に神経痛が残ってしまった。徐々に機能回復にむけてリハビリをすすめていったが、痛みは続いている。
第4期	<p>= S61.1月上旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ヘルペス痛の緩和 	<p>= S 61.2月中旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ヘルペスの痛み強く頻回に鎮痛剤希望してくるが、あらゆる鎮痛剤もあまり効果なく、習慣性がみられてきている。経口摂取低下もみられIVH必要となる。それによって食べようという意欲がなくなってきた。長期入院ということもあってIVHに頼ってきているため、もっと積極的に自立できるよう援助が必要。
第5期	<p>= 2月=</p> <p>注射による薬物依存からの離脱をはかる。 (鎮痛剤の選択)</p>	<p>= 3月中旬=</p> <ul style="list-style-type: none"> ○レパタン筋注から麻モヒ液坐薬に変更、一応レパタンによる習慣性より離脱できたが坐薬にたよっているところあり胸水貯留もあり全身状態にも注意が必要となる。
第6期	<p>= 3月下旬=</p> <p>全身状態をみながら食欲低下の理由を把握し食べられる様援助する。ボルタレンザクにたよる気持ちをなくし闘病意欲を持たせるよう援助する。</p>	<p>= S61. 4. 20 = (退院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○様々な工夫(イナゴミルク・長いもで主食を流しこんで食べる等)で外泊したいという意欲から食欲がでてきた。精神的にも落ち着いてきている。外泊により日常生活にも自信が付き退院される。
第7期	<p>= S61. 5. 10(再入院)</p> <p>口腔内のカンジタ症による口内汚染、疼痛の改善</p>	<p>= 5. 24 = (退院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○毎日ファンギゾン、イソジン含嗽渡し食後3回の含嗽をすすめ、更にマイコスタチン軟膏塗布、抗生剤投与により早期に改善し退院される。