

# 看護理論と看護過程

## ～アセスメントとデータベース

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

### はじめに

看護職者（保健師，助産師，看護師：以下，看護師）は，scienceとartが統合した質の高い看護を目指し，一方，看護の対象（患者と家族：以下，患者）は病気の回復を願って，安全と安楽が保障された信頼できる看護を受けたいと思う。看護師は，このような患者の気持ちに寄り添い，患者の思いを実現するために，日夜看護実践に取り組み，努力しなければならない。

しかし，実際には看護師は目先のケアに追われ，系統的な思考に基づいた看護，あるいはscienceとartが統合した看護を行っているとはいえない面もある。また，アセスメントで問題を抽出し，計画したことを看護記録として記述しても，それを看護実践に生かしきれないなど，看護記録と看護実践が有機的な関係性を保っていないこともある。

そこで，基礎固め編のSTEP1では，看護の方法論としての思考過程と看護実践に焦点を当て，看護過程と看護記録というベーシックな題材に取り組み，看護過程の展開に沿った看護記録の有機的なリンクについて考える。まず，本稿では，看護理論と看護過程のつながりを確認し，アセスメントとデータベースについて検討する。

### 看護理論とは

看護実践において看護師は，意図的であろうが，意図的でなからうが，ある考え方に基づいて観察し，判断し，援助している。「ある考え方をよりどころとし」「ある考え方に導かれて」といってもよいかもしれない。この看護実践を導く看護についての考え方が，看護理論である。

もちろん，看護理論というからには，理論構築がなされており，看護についての現象を論理的に説明できる共通的・普遍的な体系的知識が内在している必要がある。しかし，ここでは，看護理論としての普遍性は具備していないが，看護についての筋道が論じられたもの，つまり看護論や看護モデルといったものも，看護理論として含めて考える。

看護理論は，過去において検証された科学知識や看護について論じられたものなど，すでに明らかになっている知識や考え方を基に，新しく創造的に分析され，あるいは統合されて発展してきている。看護理論には，看護実践の場で看護師が実際に行っていることを細かく観察してとらえ，分析するといった帰納法的手法によって構築されたものと，看護とは何かについての概念操作を行って，概念と概念の関連性や位置づけを検討し，構造化す

るといった演繹法的手法によって構築されたものがある。

看護を記述的に説明した最初の看護理論家はフローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) で、1860年代のことである。その約100年後に、ヒルデガード・E・ペプロウ (Hildegard E. Peplau) (1952年)、バージニア・ヘンダーソン (Virginia Henderson) (1955年)、フェイ・G・アブデラ (Faye G. Abdella) (1960年)、アイダ・J・オーランド (Ida J. Orlando) (1961年) と続く。

ある時代の看護理論は、その時代よりも過去に明らかにされた看護理論の影響を受けているであろうし、その時代の関連領域の学問や社会的背景、社会の人々の考え方の影響も受けているだろう。理論家は、他者の理論を生かしながら自分の理論を構築させていき、また共通している看護実践に焦点を当てるため、新しい理論が追加されることによって、看護の知識がどのようなものであるかをより明確にすることができる<sup>1)</sup>。

いずれにしても、看護理論は看護を定義づけ、看護の目的と対象、方法について、筋道を立てて述べたものである。だからこそ、看護師の実践基盤となり得る考え方を示し、看護を導いてくれるのである。

看護理論は看護実践に対して、実践の記述、説明、予測、コントロールという4つの機能を果たし、看護についての考え方や見方を示している<sup>2)</sup>。したがって、看護理論を活用すると、科学的思考に基づいて、対象に適した看護が実践できるのである。もっとも、その効果を上げるには、看護理論の目的や意味、展開方法の理解が不可欠である。看護師は、看護理論を正しく理解した上で活用する

ならば、理論が実践を導くことが実感できるであろうし、その実践が看護の効果を高めることも感じ取れるだろう。さらには、看護理論を向上させることに貢献することにもなり、その発展が期待できるであろう。

## 看護理論と看護過程

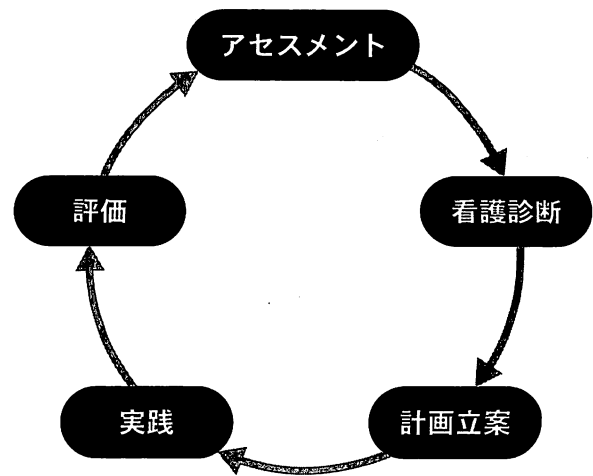
看護理論は、看護の全領域を扱う広範囲理論、あるいは大理論 (grand theory) と、やや限定した範囲の現象を扱う中範囲理論 (middle-range theory)、看護実践の各段階に焦点を当てた小範囲理論 (practice theory) に分けられる。

理論は実践に用いる知識であり、過程は理論を応用するために用いる方法である<sup>3)</sup>といわれているが、看護理論と看護過程の統合は、専門的な看護実践の基盤であり、どちらが欠けてもその機能を果たすことができない<sup>3)</sup>。また、看護過程は、看護師が看護実践を規則的かつ系統的にアプローチするように意図された知的活動として定義づけられる<sup>4)</sup>。

ユラ (Helen Yura) とウォルッシュ (Mary B. Walsh) によれば、看護過程は、アセスメント (assessing)、計画立案 (planning)、実施 (implement)、評価 (evaluating) という構成要素、あるいは段階に分割することができる<sup>5)</sup>。一方、看護診断 (nursing diagnosis) は、看護過程の理論とは別に、1970年代に組織的な検討が始まり、第1回全米看護診断分類会議が開催され<sup>6)</sup>、NANDA (North American Nursing Diagnosis Association: 北米看護診断協会) の看護診断に発展している。今日では、看護師が、看護師という専門的立場で患者の問題を見出して解決するという能力が

求められているため、看護過程という理論に看護診断を組み入れて活用されている。

したがって、今日の看護においては、アセスメント、看護診断、計画立案、実践、評価の5段階を有機的に関連させて活用することが、看護過程の展開として定着してきている(図)。この5つの段階に命を吹き込み、看護過程の各段階を動かすのが、種々の看護理論である。どの看護理論を活用するかによって、アセスメントの枠組みが決定される。



◎図 看護過程の展開

## アセスメントとは

看護とは何かについて、今一度、ここで考えてみよう。看護は、患者の健康問題に対する個人の反応を診断し、その人が健康的に日常生活を送れるように自立に向けて援助する意図的な活動である。したがって、看護過程は、看護の目標に向かって、患者の健康上の問題を看護の視点から認識・分析し、ケアを提供する系統的な方法でもある。患者の健康上の問題を看護の視点から認識・分析していく段階がアセスメントである。

看護実践は、看護師が患者と出会い、患者をありのままに受け入れ、その人がどのような人かを理解することから始まる。病気によって患者の健康な生活のどの部分が阻害されたか、患者は何に苦しんでいるか、何が不安で何を心配しているか、食事は食べられているか、栄養は偏っていないか、眠れているか、健康上の問題は何か、どのようなニーズを持っているか、どのような考え方をするか、健康観や価値観はどうか、患者が大事にしている信念はあるかなど、患者を生活と健康の側面から理解することによって、患者の

健康上のニーズや看護問題が見出され、看護が展開できるのである。

つまり、アセスメントは患者理解に基づいて、看護援助への示唆を得ることにほかならない。したがって、患者に実際に起こっている健康上の問題や、これから起こると予測される問題について、それがどのようなことか、どのような要因や原因に基づいているか、生活様式や生活習慣に起因しているかなど、生活を基礎に看護の立場から患者の反応を見つめ、問題解決的にアプローチするための考え方を表現することになる。

アセスメントにおいては、まず、患者の身体的側面、心理的側面、社会的側面から健康レベルや状況、健康に影響を及ぼしている生活様式に関する情報を系統的に収集する。そして、その情報を整理・分類して解釈・判断・分析を行い、さらに推理・推論しながら統合して、全体像を理解していく。アセスメントは、患者に接した時から始まり、患者の看護を引き受けている間は、全期間を通じて継続的に行う。その際に、患者理解に基づい

た情報から、健康上の問題のみならず、その人が持っている強みも明らかにできるならば、看護診断を導く基礎となり、看護実践の方向性も示唆されるだろう。また、看護過程の展開は、問題解決法でもあるため、患者の持つ看護問題に焦点を当てて解決を図るが、アセスメントで患者の持つ強みにも焦点を当てられるならば、患者の潜在的問題に立ち向かう力を活用できるだろう。

アセスメントには、患者が入院した時に行う初回アセスメントと、何かの健康問題に焦点を当てるフォーカスアセスメントがある。初回アセスメントは、入院時の看護歴聴取が基礎になる。このアセスメントの結果は、データベースとなり、その後の患者の状態と比較検討する際の基準となるものである。初回アセスメントで全体像が把握できたら、その次に、患者のより重要なデータにフォーカスしてアセスメントし、よりの確な患者の全体像の理解に接近していく。

## アセスメントのステップ

### 1) 大前提:

#### 患者とのふれ合いから得る 信頼性のある情報

アセスメントの第1ステップは、適切で信頼性のある情報収集を行うことである。信頼性のある情報を得るには、対象との円滑な人間関係が不可欠である。そのため、看護師は患者との円滑で良好なコミュニケーションを図りながら信頼を得ていく必要がある。看護師が患者との信頼関係を構築できなければ、得られるはずの情報も得ることができないし、適切な判断もできにくい。別の見方をすれば、

アセスメントの第1ステップは、看護師と患者が出会い、ふれ合いが始まる場であるため、患者との人間関係を築く基礎にもなる。看護師が患者と出会って情報を収集してアセスメントすることで、患者の不安が少しでも軽減し、安心感が生まれたならば、看護は評価されるだろう。

2005（平成17）年4月から個人情報保護法が施行され、看護師には法の遵守が求められている。看護師が、患者から適切な情報を得るには、黙示的同意があったとしても、その都度患者へ説明を行い、同意を得るようにする。そして、看護に関する情報は、目的に沿って適切に得ること、目的外利用をしないことが基本ルールであることを肝に銘じておく。

情報収集の目的と必要性を再確認した上で、適切な情報源がどこにあるかを判断し、それらを有効に活用することが、看護を実践する上で効果的である。情報源は、患者や家族、友人、医師、看護師、そのほかの医療従事者など、多岐にわたっている。また、診療記録や看護記録などの記録類、検査データなども情報源として活用する。

### 2) 第1ステップ:

#### 信頼性のある主観的データ・ 客観的データの収集

第1ステップで得るべき情報には、患者の言葉によって表現された訴えや自覚症状、感情や考えといった主観的データと、看護師や医師など第三者が観察や測定によって得た客観的データがある。確実な主観的データを得るために、看護師は聴き上手でありたい。看護師が患者に自己紹介した時、「この看護師は親切で信頼できる人に違いない」という印象

を患者に与えられたならば、患者は看護師に心を開いて情報を提供してくれるだろう。さらに、「得られた情報は看護に活用する」という目的に沿った聴き方をしたならば、患者はこれから入院生活を送り健康を取り戻すために、看護師が情報収集として自分に質問することは、自分にとって有益だと思えるだろうし、看護師に信頼を寄せるだろう。

主観的データとして患者が苦痛を訴えたならば、患者の体に何が起こっているのか推論する。「患者は『苦しい』と言っている」と単純に受け止めるだけでなく、なぜ苦しいのか、こういうことだから苦しいのだろうか、患者の心身に起こった状況を探りつつ、相互のつながりや客観的データとの関連要因を考える。

客観的データを得るには、看護師の専門的知識に基づく観察力と測定力、判断力が要求される。これらの能力を発揮するには、観察技術や測定技術を駆使し、事実をありのままにとらえ、インタビューによって意図的な質問をして得た情報を判断材料とする。

観察やインタビューを行う場合は、その場の環境にも配慮する。病室のベッドに患者を案内したまま、同室者がいるにもかかわらず、情報を得るために何かを聴くということは、その内容によってはプライバシーの侵害となり、患者に不愉快な思いをさせてしまう。そのため、面談室を利用するなど、プライバシーへの配慮と患者の人格の尊重を心がける。また、看護師は患者の健康状態や苦痛・疲労の程度に注意しながら、時間配分にも気を配る。

情報を収集しながら、主観的データと客観的データとの関連要因が考えられるならば、「ここに問題があるかもしれない。詳しく観察

してみよう、測定してみよう」という発想で、さらに情報を得ていく。この発想によって、必要な観察事項や測定項目を推論して導き出し、主訴の解決に焦点を当てた重点的な客観的データを収集していく。このような情報収集の仕方は、データベースの信頼性を高める。

アセスメントにおける情報収集の枠組みとしては、ヘンダーソンの看護の14の構成要素、シスター・カリスタ・ロイ (Sister Callista Roy) の適応看護モデル、マージョリー・ゴードン (Marjory Gordon) の11の健康パターン、NANDA看護診断分類法Ⅱの13項目といった看護理論を活用する。どの看護理論の枠組みを活用してアセスメントを行うかは、自院の看護事情に合わせて決めればよい。それが、看護理論の活用になる。

### 3) 第2ステップ： 分析的アセスメント

アセスメントの第2ステップは、第1ステップで得られた適切で信頼性のある情報を、看護理論の枠組みに沿って整理・分類して解釈・判断・分析し、さらに推理・推論しながら統合して、対象の全体像を理解する、分析的アセスメントである。

分析的にアセスメントするには、専門的な知識や経験に準拠して情報としての事実やデータを意味づける力、正常値や基準値、患者の健康な時からの逸脱状態の有無とその程度を判断する力が必要である。この判断過程において、なぜ患者は今、このような状態になっているのか、このまま何もしないと患者はどうなるのかと客観的な説明を推理しながら、患者の理解を深め、看護上の問題やケアの方向性を見出していく。

この情報の分析や推論には、中範囲理論を活用する。例えば、心の苦しみや癒しをアセスメントするならば、ケアリング理論<sup>7)</sup>、ストレスに焦点を当ててアセスメントするならば、リチャード・S・ラザルス (Richard S. Lazarus) のストレス理論<sup>8)</sup>、危機状態にある患者のアセスメントではステフェン・L・フィンク (Stephen L. Fink) の危機理論やドナ・C・アギュラ (Donna C. Aguilera) とジャニス・M・メズィック (Janice M. Messick) の危機理論<sup>9)</sup>、死の受容過程ではエリザベス・キューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross) の死の過程の諸段階の理論<sup>10)</sup>を活用するというようなことが挙げられる。

分析的アセスメントでは、主観的データと客観的データに理論的な矛盾がないかをよく吟味して判断する。主観的データとして患者が「苦しい」と訴えている場合、その客観的データとして呼吸数が正常範囲で、頻脈や徐脈もないならば、疾患や病理学的な身体所見からの要因は考えにくい。この場合は、心理的要因や社会的要因を考える必要がある。分析的アセスメントにおいては、主観的データと客観的データ間の関連性の検討によって、最も適切であると判断される看護診断を導き出していくことになる。

## ■ フィジカル・アセスメント

看護師は、分析的アセスメントにおいて適切な看護診断を導き出すが、身体的な観察や身体的側面の分析が不足していれば、適切な看護診断を導き出したとはいえない。そこで行うのがフィジカル・アセスメントである。

フィジカル・アセスメントは、アメリカでは

プライマリ・ケアにかかわる看護師の必須の技術として教育・訓練されてきたが、わが国ではフィジカル・アセスメント、つまり患者の身体を対象として系統的に審査することは医師の役割であると考えられてきたため、看護師が系統的に身体審査を行うという考えは存在しなかった。

しかし、看護師はこれまでも部分的にはあるが、患者の身体審査を行っていた実績がある。例えば、看護師は健康歴を聴取 (系統レビュー) して患者の身体状態を判断していたし、バイタルサインを観察・測定し、健康評価を行ってきた。これらは、まさにフィジカル・アセスメントの一部なのである。アメリカの看護師の活躍に刺激を受け、わが国でも看護師が確実にフィジカル・アセスメントを行う必要があると認識されはじめ、1990年代になって注目されてきた技術なのである。

フィジカル・アセスメントは、患者の系統立った身体審査であるため、全身の系統的・体系的なアセスメントを行う。看護師に、患者の頭から足先まで (Head to Toe) の全身状態を系統的かつ的確に、また迅速かつ適切に根拠に基づいて把握する力量が求められるとするならば、フィジカル・アセスメントの技術の獲得は、看護師の学習課題となるであろう。今日では、看護基礎教育課程において学習課題に取り入れている教育機関が増えてきている。

フィジカル・アセスメントの基本は、人体の解剖・生理学的知識に基づいた視診、聴診、触診、打診の4つの技術の活用である。アセスメントの大部分は、視診→触診→打診→聴診の順に進められる<sup>11)</sup>。

視診は、計画的かつ意図的な観察で、患者

と出会う診察の始まりから、診察が終了するまで続く。その際には、健康な人間の正常所見から逸脱したところはないかという視点で観察して判断していく。

触診では、看護師の手と指の感覚を活用して、患者の身体を触知する。触診することで、形や大きさ、硬さ、脈拍の強弱などを観察し、判断していく。

打診では、体を叩いて音を生み出し、音の波を打診音として把握する。打診によって得られた音については、鼓音、共鳴音、響きのない音など、どのような性質の音かを判読する。例えば、腹水がある患者の打診では、患者を仰臥位にして、臍部周辺と側腹部の音を聞き分ける。患者に腹水があれば、臍部周辺が鼓音、側腹部が濁音となり、波動が確認できる。

聴診では、聴診器を活用して、身体内部で発生している音を聞き取る。例えば、呼吸音、血流音、腹部の腸蠕動音などを聴診する。

これらの技術を活用したフィジカル・アセスメントによって、患者の身体側面に問題がないか、看護上の問題を見出し、その解決に向かう援助につなげていく。フィジカル・アセスメントによって得られた情報とその判断は、データベースとなる。

藤崎<sup>12)</sup>は、フィジカル・アセスメントの技術を磨く方法として、「読む」「十分に練習する」「必ず実践する」「頭から爪先までトライ！」を勧めている。フィジカル・アセスメントの能力は、これからの時代に活躍する看護師に必須となるものであるため、確実に身につけたいものである。

## おわりに

今回は、質の高い看護を提供するために、看護理論を活用する重要性和アセスメントについて概観した。看護理論を活用して適切なアセスメントができ、患者の信頼に応えられる賢い看護師を目指したいものである。

### 引用・参考文献

- 1) ガートロード・トレス著、横尾京子他監訳：看護理論と看護過程、P.5、医学書院、2000.
- 2) 前掲1)、P.18.
- 3) 前掲1)、P.33.
- 4) ライト州立大学看護理論検討グループ著、南裕子他訳：看護理論集—看護過程に焦点をあてて、P.15、日本看護協会出版会、1982.
- 5) ヘレン・ユラ他著、岩井郁子他訳：看護過程—ナーシングプロセス アセスメント・計画立案・実施・評価、P.27, 28、医学書院、1986.
- 6) 前掲5)、P.33.
- 7) 森田敏子：ケアリング、佐藤栄子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門、P.29～43、日総研出版、2005.
- 8) 伊東美佐江他：ストレス理論、佐藤栄子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門、P.134～143、日総研出版、2005.
- 9) 山勢博彰：危機理論、佐藤栄子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門、P.134～153、日総研出版、2005.
- 10) 片岡純：死の受容過程、佐藤栄子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門、P.225～265、日総研出版、2005.
- 11) 小野田千枝子監修：実践！フィジカル・アセスメント—看護師としての基礎技術、P.8、金原出版、2002.
- 12) 藤崎郁：フィジカルアセスメント完全ガイド、P.7, 8、学習研究社、2001.