

アセスメント所見の記録と フォーマット

～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

基礎固め編のSTEP2では、看護の思考過程と看護実践に焦点を当て、看護過程に沿った看護記録の有機的なリンクを考える。

本稿では、アセスメントとデータベース、看護記録のフォーマット、およびアセスメントを深めるための関連図について検討する。

アセスメントとデータベース

STEP1で概観したように、看護の対象（以下、患者）に適切な看護を提供するためには、患者がどのような信念や価値観を持っている人か、どのような健康上の問題を持っている人かと分析的に理解する必要がある。看護の視点から患者の病態や生活様式などに関する情報を収集し、それを解釈・判断、あるいは推理・推論して、分析的に健康上の問題を見出す判断過程を通して、患者の全体像を理解していくこの段階がアセスメントである。アセスメントによって、看護援助への示唆を得る。

看護過程の展開では、アセスメントをどのように行うかで、看護援助の方向性が決まる。そこで、アセスメントをより客観的、より科

学的、より分析的な思考で、より患者に適したものにすることがある。根拠に基づいた分析による信頼性の高いアセスメントが、この後の段階にも影響してくるからである。看護師のアセスメント能力は、看護の質を左右するといっても過言ではない。

アセスメントでは、患者との基本的なかわりを通して、患者に関する情報を得る。まず、患者から話を聴くことから始める。同時に、顔色や気分など心身の状態を観察し、バイタルサインや体重など数値化できる指標は測定し、必要に応じて身体審査（フィジカル・アセスメント）を行う。これらによって得られた情報を整理・分析したものが、患者のデータベースとなる。

アセスメントでは、患者とのコミュニケーション能力、人間関係を構築する能力、観察事項とそのポイントがわかる能力、実際に観察する能力といった、科学的知識や理論に裏づけられた技術力が要求される。さらに、それらの情報が何を意味しているのかを理解し、分析する能力、情報と情報の関連性を説明する能力など、看護師にはその専門的な知識、技術、態度のすべてが要求される。的確なアセスメントは、看護師の専門的能力を発揮し



てこそ成立する。

アセスメントは難しいと思われがちである。しかし、難しいからと敬遠するのではなく、看護師の責任範囲を明確にするためにも、的確に行いたい。看護師の専門的能力によって得られた情報を整理したものがデータベースとなり、看護が展開されるからである。

看護理論を用いてアセスメントする時、その枠組みは情報収集の指針となり、データベースを分類する時のフォーマットに反映される。看護理論の枠組みを活用することで、患者を見つめる視点が定まり、看護の責任範囲も明確になり、健康問題を見出しやすく、看護情報を体系化できる。アセスメントで、一般的に活用されている看護理論の枠組みとしては、バージニア・ヘンダーソン (Virginia Henderson) 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、あるいはマージョリー・ゴードン (Marjory Gordon) の11の健康パターン、NANDA看護診断分類法Ⅱ13項目などがある。どの看護理論を使ってもよいが、どの理論を使うかによって、アセスメントのフォーマットが多少変わってくる。

今回の「見直し事例編」では、それぞれの病院におけるデータベースの作成過程と活用事例を紹介している。看護理論とその枠組みを活用したデータベース作成の詳細は、そちらを参考にしていきたい。

主観的データと客観的データ収集のコツと整理の仕方

看護師は看護理論の枠組みを活用して、専

門的能力を発揮しながら情報を収集するが、この時得られた情報が主観的なものか、客観的なものかを区別する必要がある。

1) 主観的データ

主観的データは、患者の訴えや主訴で、患者自身の言葉によって直接語られた考えや感情、期待などである。主観的データは、患者が自分の健康上の問題に対してどのように知覚しているかを表している。看護師のインタビューによって得られた患者の健康状態や、家族に関すること、心理社会的なこと、看護健康歴なども主観的データとなる。

このように、主観的データは患者が訴えたことや話したことではあるが、すべてを単純に鵜呑みにすべきものではなく、その情報が確かなものであるかを判断する必要がある。例えば、痛みを訴える場合、痛みの部位や性質、程度などを患者に説明してもらい、患者の主観的な痛みという現象をより明確にしておく必要がある。患者の主観的データを確認し、十分に明らかにするために、「PQRST」¹⁾ (表) という考え方にヒントを得るのもよいだろう。

「PQRST」の「P」は、「provocativeまたはpalliative」で、「誘因または緩和」という視点からの情報である。その症状の誘因は何か、何が症状を悪化させたり、緩和させたりするのかという視点で情報を得ていくのがコツである。

「PQRST」の「Q」は、「qualityまたはquantity」で、「質または量」という視点からの情報である。その症状は患者にとってどのように苦痛なのか、患者はどのように感じているのかという視点で情報を得ていくのがコツである。

●表 PQRSTの視点

P: provocativeまたはpalliative=「誘因または緩和」という視点からの情報
 Q: qualityまたはquantity=「質または量」という視点からの情報
 R: regionまたはradiation=「部位または放散」という視点からの情報
 S: severityまたはscale=重症度スケールを活用した情報
 T: timing=時間概念に関する情報

「PQRST」の「R」は、「regionまたはradiation」で、「部位または放散」という視点からの情報である。その症状が起こった部位や症状に広がりがあるかを観察する。例えば、胸痛が放散痛として肩まで広がっていないか、痛みの部位は限局しているかという視点で情報を得ていくのがコツである。

「PQRST」の「S」は、「severityまたはscale」で、重症度スケールを活用した情報である。例えば、1～10の痛み尺度で、最も痛いレベルを10とするならば、今の痛みはいくつか患者に示してもらう。フェイススケールによる苦痛度の判定も、これに該当する。また、症状はよくなっているか、それとも悪くなっているかという視点でも情報を得ていく。痛みは主観的なものであるが、痛みとして患者が自覚し訴えているその事実を、共感的態度で受容しながら聴くのがコツである。

「PQRST」の「T」は、「timing」で、時間概念に関する情報である。その症状はいつ起きたのか、突然に起きたのか、緩慢に起きたのか、持続しているのか、断続的なのか、痛みは強くなったり、弱くなったりしているのか、夜間に起こるのか、食事や排泄など日常生活動作との関連はあるのか、冬の寒い時に発症するのか、梅雨など季節の変わり目に悪化するのかといった時間軸から情報を得て

いくのがコツである。

患者は自分の身体に起こっている症状について、看護師に上手に説明することができないことが多々ある。この時、「PQRST」の考え方を用いて情報を引き出すと、主観的データはかなり明確にすることができる。しかも、患者は、親身になって聴いてくれる看護師の態度を好ましく思うだろう。親身な態度で患者とコミュニケーションを図り、患者の身体に起こっていること、病状が生活に影響を及ぼしていることに起因する反応など、患者の言いたいことを「こういうことでしょうか」と看護師がサポートしながら、「PQRST」の視点に沿って患者の主観的データを引き出すのがコツである。

主観的データを看護記録に整理して記述する場合は、“患者は「〇〇」と述べた”“1～10の痛みスケールでは、患者は「6の疼痛」を示した”というように、患者の言葉を引用符(「」)で囲んで引用すると、より明確な主観的データベースになる。

2) 客観的データ

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が要求される。しかし、客観的データは、個々の看護師によって、得られる情報に違いがあってはなら

ない。つまり、同じ状況ならば、どの看護師が観察しても、測定しても、同じ結果、同じデータとなる必要がある。だからこそ、データとして信頼されるのである。したがって、数値化できるものは、正確に測定して客観性を持たせる。バイタルサインである呼吸や脈拍、体温、血圧などを正確に測定し評価するのは、いうまでもない。体重や身長、腹囲なども正確に測定し、必要と判断されれば、尿量や水分摂取量も測定する。患者の表情や態度、行動に関する観察項目も客観的データとなるため、それらを見逃さないようにする。

客観的データは、主観的データを補い、主観的データの確実性を確認するため、アセスメントの科学性を支え、看護診断が確定できる。しかも、患者に必要なケアの内容が導き出せる。自覚症状がない場合でも、客観的データから異常を予測することにもつながる。

観察や測定によって得られた客観的データを看護記録に整理して記述する場合、大きさや程度をどのように表現するかに注意する。日常的には、大きさや程度を表す時に「大きい」「小さい」「多い」「少ない」「中程度」などと表現するが、これらの表現は、一見客観性があるようで、実はそうではない。大きいか小さいかの解釈や判断は、個々の看護師によって異なるため、客観性があるとはいえない。ある看護師が「たくさんの排便」と表現しても、別の看護師が同じ便を観察して、「中程度の排便」と表現するかもしれないのである。

したがって、形容詞や主観的用語は避け、測定できるものは正しく測定するのが基本である。排泄でいえば、患者の状態によって、排便の有無という情報があればよいのか、排便時の怒責の状態と心拍数との関連情報が必

要なのかを考える。その結果、必要と判断されたならば、数値化し、便の性状（硬便・軟便・泥状便など）と併せて「〇g」と記述する。痔瘡であれば、「縦〇cm、横〇cm、深さ〇cm」と数値で表わせれば、次に評価する時に、痔瘡が改善傾向にあり縮小しているのか、変化が認められないのか、悪化しているのかが明確にできる。

客観的データを看護記録に記述する場合は、看護師の判断や解釈と区別して、事実のデータを記述することが基本である。

現病歴および看護健康歴の聴取のコツと整理の仕方

患者が入院してきたら、現病歴と看護健康歴を聴取する。現病歴は患者に現在起こっている病気の経過に関する情報であり、看護健康歴は患者の健康状態についての情報である。これらの情報を得ることで、患者の病気の発症経過と保健行動、その影響、生活や健康に対する患者の反応がわかり、看護問題が見出せる。これらは基本のデータベースとなる。

現病歴や看護健康歴を聴取するにあたって、アセスメントの枠組みを用いると、アセスメントした結果から看護診断が直結して考えやすい。例えば、アセスメントの枠組みとして、ゴードンの機能面からみた健康パターン²⁾を活用するならば、看護記録のフォーマットとしては、看護健康歴のデータを11のパターンに整理して体系化することになる。まず、「健康知覚－健康管理パターン」の範疇に入るデータを整理する。これまでに病気をしたことがあるか、仕事を休んだことがあるか、健康を維持するために行っていることはある

か、あるとすれば、どのようなことか、喫煙や飲酒の習慣はあるか、使用している薬物はあるかというように、健康の側面から情報を得て、データベース化する。

NANDA看護診断分類法Ⅱの13項目³⁾を活用する場合の看護記録フォーマットとしては、まず領域1の「ヘルスプロモーション」の範疇に入るデータを整理することになる。この領域の定義は、「安寧または機能の正常性の自覚、およびその安寧または機能の正常性のコントロールの維持と強化のために用いられる方略」である。下位概念の類は、「健康自覚」と「健康管理行動」である。健康自覚は「正常機能と安寧の認知」であるため、自分が健康であることを自分で認知できるか否かといった視点で情報を得て分析することになる。また、健康管理行動は「健康と安寧を維持するための活動を明らかにし、コントロールし、実行し、統合すること」であるため、患者の健康管理行動に関する視点で情報を分析する。

ここで一つ確認しておこう。それは、情報収集の枠組みや項目、あるいは情報の様式、看護記録のフォーマットに沿って情報を整理していく時、情報を枠の中に埋め込む、あるいは書き込むということが主眼ではないということである。情報はあくまでも、どのような看護を行うか判断するために得るのであって、枠埋めのためのものではない。そこに枠がある、そこに項目がある、記入欄があるという理由で、何も考えずに機械的に情報を得ることは戒めよう。

看護師が得た情報の利用目的を思い起こしてもらいたい。用紙が記述で埋まると、看護師は仕事をしたように錯覚して満足するかも

しれない。しかし、重視すべきことは「看護する」という目的である。看護師は、患者をどのように理解して、患者にどのような看護を提供しようとしているのかという視点で、それに応じた情報収集を行い、その情報を解釈・分析すべきだということを意識しておこう。看護の目的に沿った情報収集と、それに基づくアセスメントが看護の質を高めるのである。

■ アセスメント所見の記録とフォーマット

患者が入院した時に情報を得てアセスメントした結果は、何らかの記録用紙に記述する。これら記録用紙の書式がフォーマットである。通常は、「看護1号紙」、あるいは「入院時看護アセスメント用紙」「初期看護データベース」といった用紙が活用される。これらの用紙は、各病院で独自に工夫して開発し、ネーミングしてもよい。あなたの方の看護記録用紙を確認してみよう。病院の記録委員会によって作成された看護記録基準が示されているならば、それらを熟知した上で記録する必要がある。

通常は、記録用紙として、①叙述的経過記録、②標準開放型記録、③標準閉鎖型記録⁴⁾のどれか、あるいはこれらの組み合わせが基本として使用される。今日では、①～③の基本的な記録形式を基に、④ゴードンの機能面からみた11の健康パターン、⑤ロイの適応看護モデル、⑥NANDA看護診断分類法Ⅱ13項目、⑦そのほかの理論などによる書式が考案されている。

1) 叙述的経過記録

この書式は、アセスメントの段階で得られた情報を要約して、文節形式で記述するものである。この書式の利点は、看護師が重要だと着目したことが記述されるため、重要な情報が確実に把握できることである。その一方で、情報の分析が偏ることもあるし、身体的側面に焦点が当たりすぎると、医学モデルに似た記述になってしまうという欠点もある。また、この書式は、患者に起こっていることをすべて細部にわたって看護師が記憶して論述するということができにくいいため、情報の分析が抜け落ちる危険性もある。さらに、記述されたものを解釈する時に、誤った解釈をしてしまうこともある。

2) 標準開放型記録

この書式は、あらかじめ用紙に記述する項目が印刷されていて、その項目に沿って情報を書き込んでいくものである。例えば、「入院理由」「主訴」「病歴」「アレルギー」「住居」といった項目が印刷されており、項目に沿って記述すればよいいため、記述しやすい。

この書式は、空白を比較的断片的な言葉や略語を用いて埋めていくため、短時間で記述できるのが利点である。しかし、項目に沿って記述するのは看護師であるため、看護師によって表現方法が異なり、用語が特定されないこともある。また、例えば、「主訴」の欄に、ある看護師が「疼痛」と記述したとする。これでは、その疼痛がどのようなものか、その痛みはどの部位か、いつから痛いのか、どの程度の痛みかといった詳細は判断できにくい。

3) 標準閉鎖型記録

この書式は、あらかじめ印刷された特定の項目に対して、チェックを入れていくものである。これは短時間で行え、叙述的な記録ではないため、記録内容を容易に確認できるのが利点である。この書式は、電子カルテ向きに考案されたものである。例えば、「睡眠時間」の項では、「8時間以下」「8時間」「8時間以上」といった、あらかじめ設定された項目にチェックを入れる。電子カルテ上では、「睡眠時間」をクリックすると、設定された時間がプルダウンメニューで現れる仕組みになっている。

4) ゴードンの機能面からみた 11の健康パターンを 活用した記録

この書式では、「健康知覚－健康管理」「栄養－代謝」「排泄」「活動－運動」「睡眠－休息」「認知－知覚」「自己知覚－自己概念」「役割－関係」「性－生殖」「コーピング－ストレス耐性」「価値信念」²⁾ という11のパターンに沿って記述していく。例えば、「健康知覚－健康管理」パターンでは、患者が認識している健康と安寧のパターン、健康管理の方法を記述することになる。

この書式では、患者から得られた情報（主観的データ・客観的データ）を可能性のあるパターンやプロブレムに照合して記述していくため、人間の反応を漏れなく整理して記述できる。また、次のステップの看護診断に思考が容易につながっていくのが利点である。

5) ロイの適応看護モデルを 活用した記録

この書式では、「生理的様式における適応状態」と、心理社会的な適応様式である「自己概念」「役割機能」「相互依存」の4つの視点から記録していく。例えば、「生理的様式における適応状態」では、さらに「酸素化」「栄養」「排泄」「運動と休息」「皮膚の統合」「感覚」「体液と電解質」「神経機能」「内分泌」⁵⁾といったことに関するアセスメントを記録していく。

看護診断は、1段階アセスメントと2段階アセスメントから、最も関連のある影響因子または要約ラベルと共に、非効果的行動を記述する。ロイ適応看護モデルは、NANDA看護診断に直結しているものではないが、ロイはNANDAと緊密にかかわっており、ロイ適応看護モデルによる看護診断とNANDA看護診断は、相補的影響を受けているといわれている。

6) NANDA看護診断分類法Ⅱ 13項目を活用した記録

この書式は、電子カルテ化の影響を受けて、普及し始めている記録システムである。当初、開発されたNANDA看護診断分類法Ⅰは、「交換」「伝達」「関係」「価値」「選択」「運動」「知覚」「認識」「感覚－感情」⁶⁾の9パターンであった。しかし、分類法Ⅰは、看護師が理解するには、抽象的で、臨床的でないという批判があった。そこで開発されたのが、分類法Ⅱである⁷⁾。

分類法Ⅱでは13領域となり、「ヘルスプロモーション」「栄養」「排泄」「活動／休息」「知覚／認知」「自己知覚」「役割関係」「セクシュアリティ」「コーピング／ストレス耐性」「生

活原理」「安全／防御」「安楽」「成長／発達」の13領域に整理してフォーマットを作り、記録していくことになる。例えば、領域1の「ヘルスプロモーション」では、既往歴、現病歴、入院方法、主訴、入院時一般状態、医師の説明、療養法の有無、生活パターンの規則性、嗜好品、アレルギーといった項目が記述されるため、伝統的に看護師が親しんできた看護記録1号紙に似た記述ができ、患者の健康や病気の側面が把握しやすいという利点がある。

13領域のうち領域10の「生活原理」は、何のことかイメージがつきにくい、「価値観」「信念」「価値観／信念／行動の一致」の3つを示している。患者の信念や価値観が行動と一致しているかをアセスメントすると考えればわかりやすい。

これらは、入院時初期情報として、13領域に基づいて作成したフォーマットに沿って整理して記述し、さらにアセスメントすることになる。電子カルテの導入を検討している病院では、お勧めしたい記録形式である。

■ アセスメントと関連図

アセスメントの段階で得られた情報は、フォーマットに沿って整理・分析し、推理・推論していくが、情報の関連性から患者の全体像をとらえ、看護問題を導き出す手法の一つに関連図がある。関連図が描き出せれば、患者に関する情報の関係性が明確になり、看護問題の抽出が容易になる。

関連図には、こうやって作成するといった決まりや王道はないが、疾患の一般的特徴を基礎に、疾患や治療に関連する患者のストレスや、入院生活が患者に及ぼす影響、入院生