

看護計画の立案

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

はじめに

基礎固め編では、看護過程の展開と看護記録の有機的なリンクについて考えている。

本稿では、看護実践の思考過程に立ち返って、看護過程の第3段階である「看護計画」について述べる。

看護目標の設定と看護計画の立案

看護計画の立案は、看護過程の展開ステップのなかで、アセスメント、看護診断に続く第3段階に位置づけられている。アセスメントによって患者の全体像が明らかになり、看護診断がついたら、看護診断の解決を目指して、適切な看護を提供するために計画を立案する。適切な看護とは何か、どのような看護をいつどのように行うのかを入院初期に検討する、それが看護計画の立案である。看護を計画的に立案しておくことによって、第4段階にくる看護実践が意図的なものとなり、看護の方向性が決定づけられる。看護師の看護実践が、患者の期待される方向に意図的に向けられるように計画するのである。

ところで、患者の期待される方向とは何だろうか。それは、看護師が看護実践を行った

結果、患者に期待されるoutcomeの方向である。言い換えれば、看護計画を立案することによって看護師が患者の期待される結果を見出すことでもあり、それが看護目標となる。

わが国に看護過程が普及しだしたころは、「看護目標」という表現が一般的であった。当時は、「看護の目標」という考え方だったため、「看護師は～に努める」「看護師は～を援助する」という具合に、看護師が主体となった目標表現が多かった。この場合、「看護師は頑張って援助したが、患者によい結果は生じなかった」というように、看護師の努力目標で終わることもあった。

そのようななか、これでは何か変ではないか、その目標は不適切な表現なのではないかという疑問が生まれた。やがて、看護師の努力目標ではなく、患者がどのような状態になればよいか、患者の状態や行動が改善された状態とはどのようなものなのかを検討し、看護実践の結果、イメージされる患者の状態を目標にすべきではないかという考え方が受け入れられるようになった。患者の病気による苦痛を取り除き、健康を取り戻すために、患者の生活が改善された状態をイメージし、行動変容を目標に据えて、患者主体の目標を設定すべきではないか、そうでなければ、看護実践の意義がないと考えるに至ったのである。



今日では、「患者目標」という考え方が定着している。看護目標にしても、患者目標にしても、「目標の主体は患者である」ということは、看護師の共通認識である。

ところで、なぜ看護計画を立案するのだろうか。看護計画が立案されなくても、ルーチンケアはできるのではないかという意見もあるだろう。しかし、看護は一人の看護師だけで行っているのではないため、どのような看護を行うかという共通の認識をチームメンバーが持つ必要がある。看護計画は、患者の問題やニード、看護診断されたことへの看護介入など、看護実践のよりどころとなる情報を、チームメンバーに知らせるものでもある。看護実践についての認識を看護師間で共通に持つためにも、看護計画を立案して知らせるのである。

この看護師はこのような看護をする、あの看護師はあのような看護をする、昨日の看護師はああした、今日の看護師はこうしたと、その時、その場の思いつきで、それぞれの看護師が好き勝手に看護実践を行うならば、看護の方針は定まらず、看護の一貫性も保てず、看護の継続性もない。そればかりか、患者は混乱するだけであり、患者はどの看護師に信頼を寄せればよいかわからなくなってしまうし、不信感も生まれかねない。

だからこそ、看護師が看護計画を立案し、患者目標に到達するための具体的な看護介入の指示を与え、看護師間での共通認識を図るのである。患者に適した患者目標が設定され、看護介入の有効性が実証されたならば、看護の質向上にも貢献できるだろう。

■ 患者目標

看護過程の展開において、患者の期待される結果 (expected outcome) は看護診断から導き出されるため、看護診断された事柄について、観察可能で測定可能な目標を設定しなければならない。そうでなければ、患者目標が達成されたかを評価しにくい。期待される結果は看護実践を導くことになり、患者目標が達成できたならば、看護実践の有効性を評価する基礎情報を提供することになる。

1) 状態目標と行動目標および目標表現

患者の期待される結果としての目標は、「患者の状態」、あるいは「患者の行動」という2側面から検討する。患者の状態目標は、痛み、不安など、患者の特定の問題を示す状態の改善を目指して設定する。例えば、「疼痛が軽減する」「不安が軽減する」といった患者目標である。一方、患者の行動目標は、患者の機能的な能力に焦点を当て、機能の改善を目指して設定する。例えば、「ベッドから車いすへのトランスファーができる」「病室からトイレまで往復10mのつかまり歩行ができる」といった患者目標である。

患者の期待される結果としての目標が漠然としていて観察できない、測定できない、あるいは非現実的なら、よい結果を導くはずの看護計画も、目標に到達したのか評価することができない。そこで、目標表現をRUMBAの法則¹⁾に従って、現実的 (Real)、理解可能 (Understandable)、測定可能 (Measurable)、行動的表現 (Behavioral)、到達可能 (Achievable) という5原則で設定するのも一つの方

法である。

期待される結果には、一般的に次の4つの構成要素が含まれる²⁾。

- ① 患者が目標に到達したことを示す特定の行動
- ② 行動を測定するための基準（量・時間・距離などを特定する）
- ③ その行動が起こる状態
- ④ その行動が起こってくるべき期日または時間

つまり、①何（特定の行動）が、②どれだけ、③どのように、④いつまでにという形式で目標を表現する。患者がいつまでにどうなるのかという期日を明記すれば、患者も「よし、その日を目指して頑張ろう」と動機づけられるだろう。期待される結果を目標に掲げる場合には、患者の動機づけのためにも、患者の参加を促し、患者と話し合っ設定する。そうすれば、患者にも自分が到達すべき患者目標に対する自覚が高まるだろう。

患者の行動目標を表現する場合は、「座る」「立つ」「歩く」「飲む」「食べる」というような特定の行動を表す動詞（述語）を用いる。例えば、「患者の栄養が改善する」という目標は、抽象的すぎて何がどうなったら栄養が改善したと判断されるのか、評価できるのかが不明瞭であいまいである。あいまいな表現では、看護師間で目標が共有できないばかりか、患者自身もどうなったら栄養が改善したのかがわからない。もし、栄養を問題にしているなら、より特定された行動として食事に着目し、「Aさんは〇年〇月〇日までに、毎日1,500kcalの食事を摂取する」などと表現する。このような目標表現にすれば、具体的なので、行動として観察でき、評価できる。

当然のことながら、「1日1,500kcalの食事」という目標は、医学的な指示を考慮に入れて設定しなければならない。もし、糖尿病でカロリー制限が指示されている患者の目標であれば、カロリー制限を考慮に入れて目標を設定する。

また、患者の発達段階や教育レベル、家族の支援状況、宗教的・文化的背景も考慮に入れる必要がある。つまり、目標設定は、アセスメントで理解した患者の生活原理、信念や価値観、家族役割機能などを考慮して設定することになる。

2) 長期目標と短期目標

次に、長期目標、短期目標について検討しよう。

患者の期待される結果として、どの患者にも共通していえることは、「元気に退院すること」であろう。しかし、誰でも元気に退院できるわけではないし、そこに至るまでには、段階が必要である。われわれでも山に登りたいと思っても、いきなり富士登山を目標に掲げられたら、「私には登れない。無理。実現不可能だ」とギブアップするだろう。まずは、足腰を鍛えてウォーミングアップし、近くの低い山から登ってみようとするだろう。

患者にしても、一定期間（短期間）の回復状態を予測し、段階的に健康を回復しながら、一つひとつの生活行動を獲得できるように目標を設定していけば無理がない。ある一定期間の短期目標が達成できれば、患者の励みになり、次の目標へ進む意欲が出てくる。さらに次の目標に向かって進んでいけるだろう。

例えば、安静を守る臥床期間が長かった患者に、いきなり「歩行できる」という期待を



持っても、患者は立つだけで循環不全による起立性低血圧やめまいを起こし、気分不快を訴えるだろう。下肢にも力が入らず、身体を支えきれず、気持ちが萎えてしまうかもしれない。このような患者には、まず「セミファーラーポジション保持が〇分間できる」という短期目標を立て、その後「バックレスト利用の座位保持」→「ベッド端座位保持」→「立位」→「足踏み」→「歩行」というように、段階的にスモールステップの短期目標を設定していく。そして、最終目標の「歩行ができる」を長期目標に掲げ、それに向かっていくなれば、患者にとって無理がない。むしろ、達成感を感じながら目標が励みとなって、目標に向かって進んでいくことが期待できる。

3) 退院目標

次に、退院目標について検討しよう。

退院を目指す場合、退院時の患者の身体機能や状態をどのレベルに置くかを検討しておく。理想は、入院前の健康な時の生活能力を獲得して退院することであるが、病態によってはそれが常に可能であるとはいえない。

脳梗塞で片麻痺の患者では、「自分の両足で歩いて帰宅できる」という目標は、梗塞部位によっては障害の影響が後遺症として残ることが避けられず、病態から評価して無理だと判断されるかもしれない。入院時からリハビリテーションで最大限努力して到達できるレベルが杖歩行と判断されるならば、「杖歩行で帰宅できる」を目標に掲げる。糖尿病患者の食事を妻が作るならば、「妻が作る〇kcalの糖尿病食を摂取する」という目標掲げる。

退院目標は、入院時から、あるいは患者の病態が落ち着き安定してきたら、退院を視野

に入れて検討しておく。患者がどのような状態で退院できるのがベストか、患者の希望は何か、患者と家族にとって何がベターかを考えて退院目標を設定する。この場合も、患者の退院後の生活背景や家庭環境、家族の支援や社会役割を考慮しながら、患者と共に設定するのが基本である。そして、決して患者を過小評価、あるいは過大評価せず、患者が希望を見出せる目標を設定する。このような看護師のスタンスを大切にしたい。

4) 患者目標の見直し

目標を設定したら、その後は患者の状態の変化に応じて、それらを修正する必要がないかという視点で常に見直しを行う。一度立てた目標は変更しないというのでは、患者の実像に迫ることができない。患者の継続アセスメントによって、目標見直しの必要性に気づかなければならない。目標も看護介入も患者の状態に応じて修正していくからこそ、とりあえずの初期計画を立てる意義がある。

初期計画の立案

期待される結果、あるいは患者目標を設定したら、とりあえず最も効果的な看護介入を選択し、立案するのが初期計画である。入院後速やかにその患者に応じたケアを提供するために、患者・家族のニーズを考慮し、24時間以内に立案することが望ましい³⁾。

初期計画といえども、個別的で科学的根拠に基づいた看護介入、具体的な解決策としての実践可能な看護介入を選択しなければならない。これら解決策は、1つの患者目標に対して1つとは限らず、2つ以上あることもあ

る。逆に、2つ以上の目標に対して、その解決策は1つであることもあり、相互に関連することもあり得る。また、看護介入は、看護師なら誰でも同じように実行できるものを計画するのが基本である。

初期計画の立案にあたっては、標準看護計画があれば活用し、そこから患者に特有のものを見出し、患者に当てはまらないものは削除し、患者に特有のものを追加して、患者の個性を計画に盛り込む。

看護介入は、次の3つに分けて立案するのが一般的である。

- ① 観察計画 (OP : observation plan)
- ② 直接的ケア計画 (看護療養, 看護処置計画) (TP : treatment planまたはtherapy plan, あるいはCP : care plan)
- ③ 指導計画 (EP : educational plan)

誰が (who), 何を (what), いつ (when), どこで (where) を基本として記述すると、計画に漏れがなく、看護師間で共通認識が図れる。

1) 観察計画

まず、観察計画は、看護診断、あるいは患者の問題に対して、どのような状態になっているか、どのような生活能力があるか、生活行動はどうなっているか、患者の何を観察すればよいかなど、看護上重要となる事柄を抽出し、見落としがないようにする。観察計画があれば、必要な情報が漏れなく得られ、患者のアセスメントにつながる。

観察計画は、患者の現在の状態と看護成果について計画するのが原則である。例えば、腹痛患者では、腹痛の有無と程度、食事と腹痛との関係、腹痛と排泄との関係、食事摂取状況、腹痛による日常生活行動への影響、検

査データ (白血球数, CRP, 血球沈降速度などの炎症反応) などを観察する。

2) 直接的ケア計画

次に、直接的ケア計画を立案する。これは、問題が解決するために行う身体的ケア、精神的ケア、日常生活上の援助、医療上の治療に伴う援助、他職種との連携など、直接的なケアの計画である。立案にあたっては、行うケアを羅列するのではなく、ケアを行う時の患者の状態に応じて、その留意事項を踏まえた方法を記述する。

例えば、身体の保清を目的として洗髪を計画する場合、「洗髪」と記述するのでは不十分である。病態や治療方針から30°以上の前傾屈が禁止されている患者であれば、頸の前傾屈の角度に留意して洗髪するために安楽小枕で保持する工夫や、体力の消耗を最小にするためにシャンプー剤の拭き取りをタオルで行い湯すぎを最小にする工夫など、その患者独自のケアを検討し、記述する。

患者の健康レベルや病態に応じて、留意事項をどのように工夫し、配慮するかといった視点で計画してこそ、個性のある計画となる。

3) 指導計画

最後に、指導計画は、患者に説明して協力を得、必要な生活管理や患者が学ぶべきことを指導することで、患者の自立を促し、安心を与え、闘病意欲を高めるものである。そのため、セルフケアを促し、不安を解消する内容となる。

指導計画では、どのような場面で、誰に、どのように指導するのが最も効果的であるかを考える。例えば、糖尿病患者の食事指導を行



う場合、絵を描くのが得意な患者では、病院食のスケッチとメニューの記録を行ってもらうことによって学習につなげるのもよいだろう。デジタルカメラが好きな患者では、病院食をデジタルカメラで撮影してもらい、メニューと照らし合わせて、食物のカロリーや食品交換について学習してもらうのもよいだろう。また、糖尿病食のテキスト（小冊子）を使ったステップ学習が効果的な患者、栄養士の指導を受けたいと希望している患者、糖尿病教室に通いたいと考えている患者もいるかもしれない。

このように、患者の生活原理や教育レベル、興味の範疇、支援できる家族の存在などによって、計画内容は異なり、一律ではないため、最も効果的と判断される方法を検討する。当然のことながら、患者の意思や希望を確認し、患者の気持ちに寄り添った計画にすることが大切である。看護師が計画しても、患者の意に沿わず、やる気を引き出せないとしたら意味がない。

NANDA-NOC-NIC

NANDAインターナショナルは、看護成果分類（NOC）と看護介入分類（NIC）とを連合し、NANDA-NOC-NICの充実したリンケージを目指して開発を行っている。詳細については、黒田裕子氏の『NANDA-NOC-NICの理解—看護記録の電子カルテ化に向けて』（新訂版、医学書院）を参照されたい。

おわりに

適切な看護実践を行うために、アセスメントと看護診断は最も重要であるが、それと同じく重要なのが看護計画である。なぜなら、看護師は、計画に基づいて看護実践を行うからである。

看護師が看護診断をして、看護問題を明確に意識化し、看護介入の結果としての目標にねらいを定め、知的な看護実践を導く看護計画を立案することは、看護実践の質を高めることにつながる。

引用・参考文献

- 1) 江川隆子編：ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断，P.86，87，ヌーヴェルヒロカワ，2005。
- 2) Lois A. Fenner他著，中木高夫監訳：看護実践シリーズ1 看護過程と看護診断 原則と応用／法的问题／記録／コンピュータ化，P.24，照林社，1994。
- 3) 日本看護協会編：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針，P.31，日本看護協会出版会，2005。
- 4) 黒田裕子：NANDA-NOC-NICの理解—看護記録の電子カルテ化に向けて，新訂版，医学書院，2005。