

# 看護計画のフォーマット

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

## はじめに

本稿では、看護過程の第3段階である「看護計画」のフォーマットについて述べる。

## 看護業務基準における記録の考え方

1995（平成7）年に日本看護協会から『看護業務の基準に関する検討会報告書』が出された。その報告書の〈看護実践の基準〉の“看護実践の方法”<sup>1)</sup>によると、「看護実践の一連の過程は記録される」という小見出しの下、「看護実践の一連の過程の記録は、看護

職者の思考と行為を示すものである。吟味された記録は、他のケア提供者との情報の共有や、ケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの向上開発の貴重な資料となる。必要な看護情報をいかに効率よく、利用しやすい形で記録するかが重要である<sup>2)</sup>と、記録の必要性・重要性について明言されている。

法的には、「入院基本料の届け出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録（資料1）がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保健医療機関が適当とする方法で差し支えない<sup>3)</sup>となっている。つまり、看護記録については、

### ●資料1 入院基本料に係る看護記録

#### 1. 患者の個人記録

- (1) 経過記録：個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。ただし、病状安定期においては診療録の温度表の余白にその内容を記録する程度でもよい。
- (2) 看護計画に関する記録：個々の患者について、計画的に適切に看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法等を記録するもの。

#### 2. 看護業務の計画に関する記録

- (1) 看護業務の管理に関する記録：患者の異動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交替に際して申し送る必要のある事項などを勤務帯ごとに記録するもの。
- (2) 看護業務の計画に関する記録：看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者等について看護チームごとに掲げておくもの。

厚生労働省通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成12年3月17日保険発第29号老健発第51号）

決まったフォーマットはない。これは、医療機関の特徴を踏まえて独自に開発してよいことを示している。

しかし、記録システムとしての看護記録の構成要素について、日本看護協会は2つのパターンを紹介している<sup>4)</sup>。

一つは、次の3区分である。

- ① 基礎（個人）情報
- ② 看護計画（療養計画）
- ③ 経過記録

もう一つは、次の5区分である。

- ① 基礎（個人）情報
- ② 看護計画（療養計画）
- ③ 問題リスト
- ④ 経過記録
- ⑤ 看護サマリー

3区分にしる、5区分にしる、看護計画（療養計画）は必須である。看護記録の構成要素の概念を資料2に整理したので、確認してほしい。これによると、看護計画は、看護を必要とする人の問題を解決するための個別的なケアの計画を記載したものである<sup>4)</sup>。

● 資料2 看護記録の構成要素の概念

構成要素	概念
基礎（個人）情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護を必要とする人についての属性・個別的な情報が記載されたものである。</li> <li>・看護を必要とする人を理解し、現在あるいは今後必要とされるケアや問題を判別したり、ケアを計画し、実行する上で基礎となるものである。</li> </ul>
看護計画（療養計画）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護を必要とする人の問題を解決するための個別的なケアの計画を記載したものである。患者に説明し、患者・家族の同意を得ていることを記録する。</li> <li>・入院後速やかに患者に応じたケアを提供するため、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。</li> <li>・なお、標準看護計画とは、看護を必要とする人の特定の問題を解決するために研究結果を生かした共通する看護実践をあらかじめ記載したものである。実際に患者に適用する場合には、個別性を考慮し、追加・修正を行う。</li> </ul>
問題リスト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題とは、看護を必要とする人が健康生活を営む上で心身の機能・能力を妨げるような事項である。</li> <li>・問題リストとは、医療保健チームのメンバーが解決すべき患者の問題を列挙したものである。</li> </ul>
経過記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護を必要とする人の問題の経過や治療・処置・ケア・看護実践を記載したものである。叙事的な記録と経過一覧表（フローシート）がある。</li> <li>・叙事的な記録には、経時記録、SOAP、フォーカスチャータリングなどがある。</li> <li>・経過一覧表（フローシート）は、ルーチンのケア、アセスメント、特定の問題の経過等について、項目を設定し、図や記号などで簡潔に状況を記載するものである。</li> </ul>
看護サマリー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護を必要とする人の経過、情報を簡単にまとめたものであり、必要に応じて作成する。</li> <li>・施設を変わる際や在宅ケアへの移行の際に、ケアの継続を保証するために送付する。</li> </ul>

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.より引用，一部改編

看護記録の記入に際しての留意点としては、医療機関の方針や特性に応じて、具体的な記入方法について定めたマニュアルを持つ必要があるとなっている<sup>5)</sup>。参考までに、記録で行うべきことと行ってはいけないこと、および注意深く行うことを資料3に示す。

## 初期計画のフォーマット

患者が入院してくると、入院目的と主訴を中心として入院時に得られた情報から、最低限必要な看護をとりあえず計画する。これが、入院時の初期計画である。定まったフォー

### ●資料3 記録で行うべきことと行ってはいけないこと、および注意深く行うこと

行うべきこと	行ってはいけないこと	注意深く行うこと
1. ケアを行う前と行ったケアを記録する前に、他のケア提供者が何を記述しているかよく読む。	1. 前もって、これから行う処置やケアを記述してはならない。	1. 患者の態度や性格などについて否定的な内容の記述をすること。
2. 問題点として挙げられたものがケアされずに放置されていないかどうか確認する。	2. 自分が実際に見ていない患者の記録をしない。	2. 病状や診断、治療などについて否定的な内容の記述をすること。
3. ケアを行った後はできるだけ早い時点で記録するようにする。	3. 意味のない語句や、患者のケアおよび観察に関係のない攻撃的な表現をしない。	3. その他の患者との信頼関係を損なう恐れのある事項を記述すること。
4. 患者の行動や言葉を直接引用し、患者に何が起こったか、どのようなケアを誰がいつ実施したのか、またその反応等の事実を正しく記述する。必要に応じて、関連図や絵（例：褥瘡など）、写真を貼付するなどして具体的に示すようにする。	4. 患者にレッテルを貼ったり、偏見による内容を記述したりしてはならない。	
5. 読みやすいように記述する。決められた記録の様式で記述する。	5. 「～と思われる」「～のように見える」といったあいまいな表現はしない。	
6. 略語を用いる時は、各施設のマニュアルに記載され認められている略語のみを用いる。	6. 施設において認められていない略語を使わない。	
7. 全ての記述に日付と時刻を記入する。	7. イニシャルや簡略化した署名は用いない。	
8. 記載者は定められた形式で署名を行う。	8. 記述間違いを修正液や消しゴムで消してはならない。間違った箇所を記録から除いてはならない。	
9. 訂正する時には2本線を引き、署名と日時を記述する。	9. 消される恐れのある鉛筆や、コピーでよく写らない青インクでの記述はしない。	
10. どのページも記述されているか、もし両面使用用紙なら両面に記述されているか確認する。	10. 記録の途中で行を空けない。	

日本看護協会：日本看護協会看護業務基準2002年，P.148，日本看護協会出版会，2002.より引用，一部改編

マットはないため、それぞれの医療機関で作成しておく。初期計画は通常、入院24時間以内に担当看護師が作成し、患者に必要な看護が提供できるようにする。

それでは、事例を通して初期計画のフォーマットをみてみよう。通常は、標準看護計画

として存在しているものを活用する。事例は、大腿骨頸部骨折で入院した85歳の女性である。入院時の診断で手術適応となったが、治療方針として手術が行われるまでの5日間、鋼線牽引が施行される。資料4と資料5は、鋼線牽引が施行された直後に立案され

● 資料4 初期計画の例（縦）

疼痛のある患者の事例：大腿骨頸部骨折で入院し鋼線牽引を受けている85歳の女性  
看護診断：急性疼痛

目標の設定 (Goal Setting)	看護計画 (Planning)		
	観察計画 (O-plan)	ケア計画 (T-plan)	教育計画 (E-plan)
<b>患者目標 (Patient Goal)</b> 術前の鋼線牽引の期間中、患者の自覚する疼痛が和らぐ	1. 疼痛の有無と程度 (疼痛スケール) 0：痛みなし 1：少し痛い 2：かなり痛い 3：非常に痛い  2. 疼痛の部位  3. 鋼線牽引の状態  4. 鋼線牽引による副作用 ①神経麻痺 ②血液循環不全  5. バイタルサイン  6. 精神状態への影響  7. 食欲障害の程度  8. 睡眠障害の有無  9. 疼痛軽減方法の効果  10. ADLへの影響 ①食行動 ②排便行動 ③清潔行動	1. 鋼線牽引を適切な状態に保つ ①肢位の固定：患肢外転15～20°中間位保持 ②鋼線牽引の方向：大腿長軸方向 ③鋼線牽引の重量4kg  2. 痛みのある部位への圧迫の排除  3. 下肢マッサージ  4. 鎮痛剤と薬 (医師指示) ①ボルタレン坐薬25mg ②ボルタレン坐薬50mg ③ペンタジン15mg IM  5. 同一体位による苦痛の緩和：臀部や腰部に小枕またはバスタオルを使用する (患者の希望を尊重する)  6. 精神的苦痛の軽減：ケアや処置を行う場合は、十分に説明して行う  7. 気晴らしに聞くラジオを家族に持参してもらう  8. 同室者のケアで入室した時も、声をかけ、訴えを注意深く聞く  9. 疼痛の増強や緩和について話し合う  10. 家族の写真を飾り、家族の励ましを受ける	1. 患部ならびに患部の下肢の安静の必要性について説明する  2. 適切な体位と良肢位、下肢の運動制限の範囲について説明する  3. 疼痛が自制範囲を超えた場合はナースコールで知らせるよう説明する

阪本恵子編著：看護診断・看護過程 松木の生活統合モデルの活用, P.26, 日総研出版, 1997.を基に作成

た初期計画の一部である。それぞれ同じ事例で初期計画を立案しており、違いはフォーマットが縦になっているか、横になっているかだけである。

いずれにしても、看護診断に対して、患者目標を設定し、観察計画、ケア計画、教育計画が立案されている。

●資料5 初期計画の例（横）

疼痛のある患者の事例：大腿骨頸部骨折で入院し鋼線牽引を受けている85歳の女性  
看護診断：急性疼痛

目標の設定 (Goal Setting)		患者目標 (Patient Goal) 術前の鋼線牽引の期間中、患者の自覚する疼痛が和らぐ
看護計画 (Planning)	観察計画 (O-plan)	1. 疼痛の有無と程度 (疼痛スケール) 0：痛みなし 1：少し痛い 2：かなり痛い 3：非常に痛い 2. 疼痛の部位 3. 鋼線牽引の状態 4. 鋼線牽引による副作用 ①神経麻痺 ②血液循環不全 5. バイタルサイン 6. 精神状態への影響 7. 食欲障害の程度 8. 睡眠障害の有無 9. 疼痛軽減方法の効果 10. ADLへの影響 ①食行動 ②排便行動 ③清潔行動
	ケア計画 (T-plan)	1. 鋼線牽引を適切な状態に保つ ①肢位の固定：患肢外転15～20°中間位保持 ②鋼線牽引の方向：大腿長軸方向 ③鋼線牽引の重量4kg 2. 痛みのある部位への圧迫の排除 3. 下肢マッサージ 4. 鎮痛剤と薬 (医師指示) ①ボルタレン坐薬25mg ②ボルタレン坐薬50mg ③ペンタジン15mg IM 5. 同一体位による苦痛緩和：患者の希望で臀部や腰部に小枕またはバスタオルを使用する (患者の希望を尊重する) 6. 精神的苦痛の軽減：ケアや処置を行う場合は、十分に説明して行う 7. 気晴らしに聞くラジオを家族に持参してもらう 8. 同室者のケアで入室した時も、声をかけ、訴えを注意深く聞く 9. 疼痛の増強や緩和について話し合う 10. 家族の写真を飾り、家族の励ましを受ける
	教育計画 (E-plan)	1. 患部ならびに患部の下肢の安静の必要性について説明する 2. 適切な体位と良肢位、下肢の運動制限の範囲について説明する 3. 疼痛が自制範囲を超えた場合はナースコールで知らせよう説明する

阪本恵子編著：看護診断・看護過程 松木の生活統合モデルの活用, P.26, 日総研出版, 1997.を基に作成

## NANDA-NOC-NIC

次に、NANDA-NOC-NICのリンケージから、初期計画をみてみよう。

先述の事例でみると、急性疼痛の診断の定義 (Definition)<sup>6)</sup> は、「実在または潜在する組織損傷から生じる、あるいはそうした損傷に関連して説明される不快な感覚および情動的な経験 (国際疼痛研究学会)。持続期間が6か月より短く、終わりが予期できるかあるいは予測可能で、軽度から強度までの強さがあり、突然または徐々に発症する」である。

急性疼痛の診断指標 (Defining Characteristics)<sup>6)</sup> は、「言語的または合図による疼痛を表す訴え」「観察された疼痛の証拠」「疼痛を緩和する体位」「防御的行動」「保護的行動」「疼痛を緩和するしぐさ」「苦悶様顔貌 (輝きのない目、打ちひしがれた外観、固定された動き、散漫な動き、しかめ面)」「睡眠障害」「自分への注意の集中」「注意の及ぶ範囲の狭まり (時間知覚の変調、思考過程の障害、人や環境との相互作用の減退)」「注意散逸行動 (例：ペーシング [訳注：落ち着かない様子でせかせかと行きつ戻りつすること]、他の人や他の活動を求める、反復的な行動)」「自律神経系の反応 (例：発汗、血圧・呼吸・脈拍の変化、散瞳)」「筋緊張の自律神経性の変調 (弛緩から硬直までさまさま)」「表出行動 [例：落ち着きがない (ソワソワ)、うめく、泣きわめく、不眠、イライラ (焦燥感)、ためいき]」「食欲と食行動の変化」である。

また、関連因子 (Related Factors)<sup>7)</sup> は、「損傷の原因となるもの (生理的、化学的、物理的、心理的)」である。

「疼痛」の一般看護介入 (Generic Interven-

tions) については、『看護診断ハンドブック』 (医学書院) を参照されたい。

## おわりに

看護診断に基づいて看護計画を立案するが、それに関連した看護記録について、そのフォーマットの考え方を概観してきた。看護記録で大切なことは、フォーマットに記載する時の看護師の対象理解の深さと患者に対する真摯なまなざしである。記載事項の意味を十分に考えながら看護計画を立案したい。

### 引用・参考文献

- 1) 日本看護協会：日本看護協会看護業務基準2002年，P.9，日本看護協会出版会，2002.
- 2) 前掲1)，P.10.
- 3) 厚生労働省通知『基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて』（平成12年3月17日保険発第29号老健発第51号）
- 4) 前掲1)，P.66.
- 5) 前掲1)，P.69.
- 6) NANDAインターナショナル著，日本看護診断学会監訳：NANDA看護診断一定義と分類2005-2006，P.253，医学書院，2005.
- 7) 前掲6)，P.254.
- 8) 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.
- 9) 前掲1)，P.148.
- 10) 阪本恵子編著：看護診断・看護過程 松木の生活統合モデルの活用，P.26，日総研出版，1997.