

# アセスメントから 看護診断に至る過程の 重要性と考え方

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子  
信州大学 医学部 保健学科 教授 松永保子

## はじめに

看護師は日々、患者満足度を高めつつ、患者の生活の自立を目指して、scienceとartを統合した看護実践に取り組んでいる。これまで本総力特集の「基礎固め編」では、看護師の科学的思考に基づく看護実践と看護記録が有機的に関係性を保ち、効果をより高められるように、看護実践と看護記録について検討してきた（資料）。

本稿では、第1回を振り返りながら、これまでの内容をより深め、「スクリーニング→フォーカスアセスメント→看護問題の明確化」の一連の流れであるアセスメントから、最終的に看護診断に至る過程の重要性と考え方について検討する。

## 看護理論と看護過程

今日の医療現場では、問題解決を意図した看護過程を使って看護が提供されている。そこでまず、方法論としての看護過程と、看護過程に活用する看護理論の概念枠組みについて復習しておこう。

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<sup>1)</sup>である。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>1)</sup>。また、看護過程は、看護師が看護実践を規則的に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>2)</sup>。

ここで重要なことは、系統的思考に基づく科学的な看護を行うのに、看護実践の核心であり看護の本質とも言える“看護過程”という方法論を中心に据えていることと、“看護過程”を効果的に展開するには、看護理論の概念枠組みの活用が不可欠であることである。

ユラとウォルシュ（Yura, H. & Walsh, M. B.）が『The Nursing Process』<sup>3)</sup>の初版を出版したのは、1967年である。その時、看護過程として、アセスメント（assessing）、計画立案（planning）、実施（implement）、評価（evaluating）という段階を明らかにしている<sup>4)</sup>。

一方、看護診断（nursing diagnosis）については、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

⑨資料 本総力特集のこれまでのテーマ

	メインテーマ	基礎固め編STEP 1 のテーマ	基礎固め編STEP 2 のテーマ
第1回	あなたの病院に合ったデータベースの選び方と使い方	看護理論と看護過程～アセスメントとデータベース	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
第2回	看護診断におけるアセスメントと問題リストの記載事例～タクソノミーⅡがわかればNANDA看護診断がわかる	看護診断の歴史的発展と表現形式	看護診断分類法Ⅱ 13領域をひもとく
第3回	患者志向の看護計画であるための条件と実践事例	看護計画の立案	看護計画のフォーマット
第4回	経過記録＋フローシート～記録時間短縮への取り組み	経過記録とフローシート、POS	経過記録とフローシート、POSのフォーマット
第5回	記録業務を簡潔化させるクリティカルパスの活用	看護の効率化と質保証を目指すクリティカルパス・クリニカルパス	クリニカルパスのフォーマット
第6回	サマリー 何を書く？ いつ書く？ いつ送る？ すぐ使える？	看護サマリーと電子カルテ	看護サマリーおよび電子カルテのフォーマット
第7回	評価項目の見直しと記録の改善につながる指導方法	看護と看護記録の評価の必要性	記録改善のための評価項目見直しの視点
第8回	進化を続ける看護記録記載基準	社会・医療・看護の変化と看護記録記載基準	看護記録の記載基準と監査

断分類会議が開催され<sup>5)</sup>、NANDA (North American Nursing Diagnosis Association : 北アメリカ看護診断協会) 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込んで活用されている<sup>6)</sup>。

看護過程は、アセスメント、看護診断、計画立案、実践、評価の5段階の一連の順序性があり、有機的に関連し循環していくという特徴がある。この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、アセスメントの概念枠組みが決定される<sup>7)</sup>。

したがって、指導者はどの理論を使うのか、その理論のどこを意図して活用するのかを意識しておく必要がある。そうすれば、アセスメントする時の背景となる考え方が整理されるため、確実なアセスメントがなされているのかを的確に判断し、指導できる。

## アセスメントの視点

ここで看護の定義を確認すると、看護とは、患者の健康上の問題に対する個人の反応を診断し、その人が身体的側面、心理的側面、社会的側面を統合した日常生活を健康的に営み、自立できるように援助する意図的な活動である。この看護の定義に照らしてみると、看護



診断を組み込んだ看護過程は、看護の目標に向かって、患者の情報を看護の視点から認識して分析し、健康上の問題を診断し、計画を立てて看護を提供する系統的な方法である。

アセスメントは看護過程の第1段階であり、ここでは患者の健康上の問題を看護の視点からとらえて分析して、それを統合することになる。したがって、アセスメントすることで、分析的な患者理解が深まり、看護援助の方針や方向性が決まり、具体的な看護援助への示唆が得られるのである。

アセスメントの段階では、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も、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、どのような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、思考し、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<sup>7)</sup>。そして、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し、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<sup>7)</sup>。

この時、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れば、看護援助の方向性が示唆されると共に、患者の潜在的問題に立ち向かう力も活用できるだろう。患者の強みとしては、「そこに興味を示して価値を置いて決心したらやり遂げる性格」「健康を取り戻して社会復帰できたら、達成すべき目標があり、その目標に向かうという強い信念」「家族が支援的で家族関係が良好

といったことが挙げられる。このような患者の強みは、問題に立ち向かう時に役立つため、看護計画に組み込むことができる。アセスメントする時は、どうしても患者の問題に目が行きがちであるため、指導者は「患者の強みは何か」という視点で助言することが必要である。

アセスメントには、入院時に行う初回アセスメントと、健康上の問題に焦点を当てて分析するフォーカスアセスメントがある。初回アセスメントで、入院時の看護歴聴取を基礎として、看護理論の概念枠組みに沿って患者を見渡すことで全体像を描き、次にフォーカスアセスメントで、患者のより重要な側面に焦点を当ててアセスメントすれば、よりの確な患者理解に接近していくことになる。

そのため指導者は、初回アセスメントからフォーカスアセスメントの実施を決定する時に、なぜその問題にフォーカスを当てるのかを確認する必要がある。

## アセスメントを効果的に行うために

### 1) 信頼関係の構築

アセスメントは患者理解が基礎になるので、看護師が患者と出会い、患者をありのままに受け入れ、患者と真摯に向かい合うことから始まる。そこで看護師には、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、観察する能力が要求される。

この患者との良好な関係性を前提として、アセスメントの第1ステップである、適切で信頼性のある情報収集を行い得る。そのため、看護師は患者と円滑で良好なコミュニケー

ションを図りながら、患者との信頼関係を築いていかなければならない。信頼関係が構築できなければ、得られるはずの情報も得ることができず、適切な判断も困難となる。

そこで指導者は、患者と看護師の人間関係の構築の仕方、信頼関係の状況に着目すべきである。患者がほんのわずかでも不快な感情を抱いていないか、神経を研ぎ澄ませておく。ほんのわずかな不満が、後々の人間関係や患者満足度に大きく影響してくるので、気がついた時点で関係修復を図り、誤解を解くようにしなければならない。

## 2) 専門的能力の発揮

次に、看護師には、情報が意味することを理解する能力、情報と情報の関連性を説明する能力、専門的・科学的知識と理論に裏づけられた分析力、看護援助の根拠を示す能力など、看護師の専門的な知識と技術、態度が要求される。的確なアセスメントは、看護師の専門的能力を発揮しなければ成立しない。

よって、患者と向き合う前に外来カルテに目を通し、どのような病気の経過の人なのか概略を把握しておく。当然、ほかの病院や施設からの看護サマリーがあれば、どのような患者なのか、これまでどのような看護を受けていたのか、残された課題は何かということについても要点をつかんでおく。そして、実際に自分の目で患者を見て、観て、診て、患者の言葉によって表現された訴えや自覚症状、期待や不安などの思いや感情、考え方などの主観的データと、医師や看護師などが観察や測定によって得た客観的データを収集し、それを基にアセスメントを開始する。

指導者は、看護基準や基本的な症状に対す

る看護、あるいは疾患特有の看護について熟知し、実際の患者を個別性の観点から見つめ、必要時には助言できるように準備しておく。

## 3) 聴き上手

確実な主観的データを得るには、看護師は聴き上手でなければならない。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」という印象を患者に与えられるなら、患者は看護師に心を開いて情報を提供してくれると考えられる。情報は看護に生かすという目的に沿った聴き方や観察をすれば、看護師から聴かれることが、患者にとってはこれから入院生活を送り健康を取り戻すために必要なことだと思えるだろうし、看護師に信頼を寄せることは間違いない。

指導者は、患者の心理状態に気を配り、患者の気持ちをくみ取るようにし、不安や緊張感はないか、不安定な気持ちではないかなどに着目しながら、看護師が患者の努力していることや長所を褒め、自信を持ってもらえるような肯定的ストロークをかけているか確認する。

## 4) 主観的データを得るには

主観的データを得る時には、「患者の体に起こっていることは何か」を推論しながら聴くようにする。患者が「苦しい」と訴えているなら、「なぜ苦しいのだろう」「なぜ苦しいと訴えるのだろう」と、患者の心身に起こっている状況を探りつつ、客観的データとの関連を考え合わせてみる必要がある。また、患者の表情や言葉から気持ちやニードをくみ取り、患者が言いたいことを十分に表現できるように促していく。

指導者は、常に患者が素直な気持ちで看護師と向き合っているか、患者が思っていることを言えているかを確認する。

## 5) 客観的データを得るには

客観的データを得る時は、看護師の専門的知識に基づく観察力と測定技術、判断力が要求されるのは当然であるが、客観的データを得る前に、すでに得ている情報から、「これとこれに関する情報を得る必要がある」という思考的な準備が看護師に整っていないとかならない。そのような準備がなければ、患者を目の前にした時に、その場の現象にだけ着目した情報を得て済ませてしまうことになりかねない。

そのため指導者は、この患者の場合、何と何の情報が必要事項であるということを常に念頭に置いておく。そうすれば、看護師の情報収集から必須事項が抜け落ちていたらの確に助言できるし、あるいは「それでよい」と承認のメッセージと肯定的ストロークを送ることができる。

## 6) 分析的アセスメント

ある程度必要な情報が得られたら、次に分析的アセスメントにおいて、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吟味して判断する。例えば、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<sup>8)</sup>。

そして、看護師は常に看護基準を頭に入れ、情報収集の概念枠組みと、病状や疾患に必要と判断される情報をインプットしておこう。その上で、患者と向き合い情報を得るようにすれば、漏れがない。看護基準は、看護師にスタンダードな準備状態を整えてくれる強みとして活用すべきである。

## アセスメントに活用する理論

看護過程の第1段階であるアセスメントは、次の段階の看護診断につながって循環していくので、アセスメントする時に使う理論や概念枠組みと看護診断する時の理論を有機的に関連づけて一体化しておく必要がある。

アセスメントする時の情報収集の概念枠組みとしては、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、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領域といった看護理論を活用する。どの看護理論の概念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ことはすでに述べた<sup>9)</sup>。

ここでは、NANDA看護診断分類法Ⅱの13領域を復習しておこう。

NANDA看護診断分類は、患者の健康上の問題と生活過程に対する人間の反応を類別し、看護師が扱う看護問題をカテゴリーに分けて名付けたものであり、領域、類、診断概

念の3層で構成されている。アセスメントする時には、人間の反応のパターンである領域を活用する。その領域とは、現在開発されている分類法Ⅱでは、「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領域である。

このNANDA看護診断分類法Ⅱの13領域をより適切に活用するには、中範囲理論の理解が必要になることを確認すべきである。

NANDA看護診断分類法Ⅱの13領域に基づいて、患者から看護歴を聴取し、領域に関して具体的な情報を得たとする。次に行うことは、その情報を整理・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、対象の全体像を描く分析的アセスメントである。信頼性のある情報を13領域に分類して、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だろうか、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、患者への理解を深め、看護上の問題やケアの方向性を見出していく<sup>9)</sup>。

この情報を分析・推論する時には、中範囲理論を活用する。例えば、心の苦しみや癒やしをアセスメントするならばケアリング理論<sup>10)</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>11)</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・アギュララ (Donna C. Aguilera) とジャニス・M・メズィック (Janice M. Messick) の危機理論<sup>12)</sup>、死の受容過程ではエリザベス・キューブラー・ロス (Elisabeth Kubler-Ross) の死の過程の諸段階の理論<sup>13)</sup>を活用するということが挙げられる<sup>14)</sup>。

看護診断学会の理事であり、『NANDA看護診断一定義と分類2005-2006』<sup>15)</sup>を翻訳した中木は、「適切な看護を提供するためには、まず看護診断で表現される状態の程度を明らかにし、よりよい方向を目指して、適切な介入を選択し、それを実施しなければなりません。そのためには、看護診断の状態が軽度が悪化したときはどのような状態で、重度が悪化したときはどのような状態なのか、どの程度回復できると予測でき、それに到達するためにナースとしてどのように働きかければよいか、といったことを『統一的に説明することのできる普遍性をもつ体系的知識』が必要になります。看護診断の背景となる理論だけでなく、こうした結びつきを説明するのにもまた〈中範囲理論〉なのです」<sup>16)</sup>と述べ、中範囲理論の理解の必要性を説いている。

そのため指導者は、中範囲理論を学習しておく必要がある。NANDA看護診断以外の理論を概念枠組みとして活用するにしても、やはり中範囲理論の理解が不可欠であろう。どの理論においても、そこで説明されている事項が、概念と概念によって構築されているからである。本誌Vol.16, No.2, P.6の表1に、「NANDA看護診断の13領域の定義と中範囲理論へのキーワード」をまとめているので、参照していただきたい。指導者は、これらの

理解を深め、勉強会の開催なども検討する必要がある。

## 指導者としてステップアップ するために求められる フィジカル・アセスメント力

ここまで、アセスメントについて振り返ってきた。次に、指導者としてさらにアセスメント力を研ぎ澄ますにはどうしたらよいか検討する。

それには、情報のスクリーニングからフォーカスアセスメントへ、そして看護問題の明確化の一連の流れであるアセスメントから、最終的に看護診断に至る過程が重要になる。情報収集と情報のスクリーニングからフォーカスアセスメントを行うには、適切で信頼性のある情報を看護診断分類法Ⅱの13領域に基づいて得ているかを判断する能力が必要である。

適切で信頼性のある情報を得るには、患者との信頼関係の構築が前提となることはすでに確認したので、ここではフィジカル・アセスメントについて検討しよう。分析的アセスメントによって看護診断を導き出すわけだが、身体的な観察と評価・分析が不足していれば、適切な看護診断を導き出すことはできないからである。

フィジカル・アセスメントでは、患者の頭から足先まで（Head to Toe）の全身状態を系統的に的確に観察し、迅速かつ適切に根拠に基づいて健康評価していく。その際には、人体の解剖・生理学的知識に基づいた視診、触診、打診、聴診の4つの技術を活用していく。

あなたが指導者としてアセスメント力をよ

り研ぎ澄ますためには、これら4つの技術を基にしたフィジカル・アセスメント力を高める必要がある。

### 1) 視診

まず、計画的で意図的な観察としての視診では、適切な照明を確保し、寒暖の差によって皮膚の変化を見逃さないために、適切な温度など環境に留意して、身体各部の大きさ、色、形、動きなどを観察し、正常な状態との逸脱はないかを診査する。

恐らく視診については、指導者としての役割を担う看護師であれば、患者と出会ったその瞬間に、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患者を観察して評価し、判断する力が備わっていると思われる。あなたには多くの患者と出会い、看護してきたという実績があり、患者と出会った瞬間に、看護ケアの必要性や対処法まで頭の中に構築してしまっているはずである。その力をより研ぎ澄ますために、解剖生理の理解を深め、人間の正常な身体機能を確認しておく必要がある。

### 2) 触診

次の触診では、看護師の手と指の触覚を活用して、患者の身体の形や大きさ、硬さ、温度、湿度、運動（振動や静止）、脈拍の強弱などを診査し、判断していく。ここでは、過去の経験によって、力量に多少の差が出る。例えば、浮腫のある患者の看護を経験した看護師であれば、浮腫の評価と判断は容易であろうし、肝肥大の判断も容易であろう。

そこで指導者は、これから出会う患者の視診と触診を連動させて、患者の身体に触れた

手と指の感覚を覚えておくようにする。また、触診における患者の体位の適切なポジショニングと触診最適部位を覚えておかなければならない。

### 3) 打診

打診は、患者の体表を手または器具で軽く叩いて音を生み出し、音の波を打診音として把握することで、内臓の異常の有無を推量する診察である。視診と触診によって得られた異常を基に、打診する部位を決定する。打診によって得られた手の触覚と、音については、鼓音、共鳴音、響きのない音など、音の性質を区別しながら診査する。例えば、腹水の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聴き分ける。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。

打診は、触診と同様に、過去の経験が力量の差となるので、一人ひとりの患者との出会いを大切に、呼吸音、腹部の音、腹水の音などをさまざまに経験し、打診の技術を高めていくようにする。

### 4) 聴診

聴診は、聴診器を活用して身体内部で発生している音を聴き取って診査する方法である。呼吸音、血流音、腹部の腸蠕動音などが、聴診で確認する音の代表例である。

看護師は血圧測定の聴診法で聴力を鍛えているし、経管栄養を施行する際には、胃チューブが胃内に確実に入っているかを確認するために、注射器で空気を約10ml注入し、胃部に当たる上腹部に聴診器を当てて空気音を聴診している。このような聴診器を使った

技術は、日常的に機会あるごとに経験して、確実に身に付けておく。

このように看護師は、聴診器を日常的に使う機会が多いので、心疾患患者や肺疾患患者の呼吸音や腸蠕動運動の音を聴き取る聴力は身に付けやすいと思われるが、複雑な心雑音や肺雑音になると、やはり訓練が必要である。

### 5) 総合診査

最後に総合診査として、視覚、聴覚、嗅覚、皮膚感覚を活用し、患者の身体を総合的に観察して診査する。

総合診査では、まず緊急を要する症状や徴候の有無を判断してスクリーニングし、その後に系統別のフィジカル・アセスメントを行っているかが指導のポイントとなる。

## おわりに

患者の信頼に応える看護師として、看護理論を活用して適切なアセスメントができる指導者として、アセスメント力を研ぎ澄ますために、その前提となる考え方について、第1回を振り返りながら確認してきた。

次のSTEP2では、事例を基に、情報のスクリーニングからフォーカスアセスメントへ、そして看護問題の明確化の一連の流れであるアセスメントから、最終的に看護診断に至る過程と指導法について検討する。

#### 引用・参考文献

- 1) ガートルード・トレス著、横尾京子他監訳：看護理論と看護過程、P.33、医学書院、2000。
- 2) 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。
- 3) Yura, H. & Walsh, M. B.(Eds.) : The Nursing Process (1<sup>st</sup>ed). Washington, D. C. : The Catholic



University of America Press, 1967.

- 4) 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.
- 5) 前掲4), P.33.
- 6) 森田敏子: 看護理論と看護過程—アセスメント  
とデータベース, 月刊看護きろく, Vol.16, No.1,  
P.4, 5, 2006.
- 7) 前掲6), P.5.
- 8) 前掲6), P.8.
- 9) 前掲6), P.7.
- 10) 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.
- 11) 伊藤美佐江他: 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.
- 12) 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.144~153,  
日総研出版, 2005.
- 13) 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.255~265,  
日総研出版, 2005.
- 14) 前掲6), P.8.
- 15) NANDAインターナショナル著, 日本看護診断学  
会監訳, 中木高夫訳: NANDA看護診断一定義と  
分類2005-2006, 医学書院, 2005.
- 16) 中木高夫: 看護診断を読み解く! 看護をもっ  
と深めたい人のために, P.7, 学習研究社, 2004.