



# 情報のスクリーニングから フォーカスアセスメント、 そして看護診断へ

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

指導ポイント編STEP2では、指導者としてアセスメント力を研ぎ澄ますために、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、そして最終的に看護診断に至る過程と指導法について検討してみよう。

## 看護診断と人間関係

看護過程については、ヒルデガード・E・ペプロー(Hildegard E. Peplau)<sup>1)</sup>、アイダ・ジーン・オーランド (Ida Jean Orlando)<sup>2)</sup>、アーネステイン・ウィーデンバック (Ernestine Wiedenbach)<sup>3)</sup>、ジョイス・トラベルビー (Joyce Travelbee)<sup>4)</sup>らが主張した「人間関係としての看護過程」というとらえ方と、ユラとウォルツシュ (Yura, H., & Walsh, M. B.)<sup>5)</sup>に代表される「問題解決思考としての看護過程」というとらえ方があった。しかし、今日では、看護実践者が専門的知識体系によって患者のニーズに的確にこたえていくために、また看護によって解決できる問題を科学的かつ効果的に見出し解決していくために、

系統的・組織的に行う活動が看護過程であり、人間関係はこの実践の中に包含されていると考えられている。

そうであるなら、指導者は、患者との人間関係が洗練された人としてロールモデルを示す存在でありたい。少なくとも、人間関係論については、概説できるようにしておく必要がある。

### 1) ペプローの看護理論からの学び

ペプローの看護理論では、「看護師－患者関係」として、方向付け、同一化、開拓利用、問題解決の段階をたどり、看護師の役割としては、未知の人、代理人、教育者、情報提供者、カウンセラー、リーダーシップの機能を果たすことになる。

Aさん(45歳、女性)は重度の被害妄想があり、落ち着かない様子で廊下を徘徊し、そばにいる人に大声を発して敵意をあらわにするかと思えば、部屋のカーテンを閉めきり、ほかの人とのかかわりを拒絶し、打ち解けようとせず閉じこもってしまう。看護師が話しかけても、視線を合わせようとしない。

このようなAさんとどのように人間関係を

構築し、アセスメントしたらよいだろうか。

被害妄想のあるAさんは、「周囲に対して懐疑的で落ち着くことができない」「入院に伴う環境の変化により混乱が起こる可能性がある」「看護師やほかの入院患者との関係の形成が阻害され、新しい人間関係への適応困難が考えられる」と全体像をとらえアセスメントしてみると、情報がスクリーニングされてくる。対人関係の形成を阻害する要因と情緒的安定を阻害する要因にフォーカスを当ててアセスメントすべきことが見出され、社会的孤立が看護診断の候補として検討できる。

そこで、対人関係にフォーカスを当てて、NANDA看護診断の13領域で確認してみると、領域12 [安楽]、類3 [社会的安楽]、診断概念 [社会的孤立] の〈社会的孤立〉<sup>6)</sup>が考えられる。それは、その定義である「自分自身もたらしているにもかかわらず、他者によって強いられたものであり、否定的で脅威となる状態であると思込んでいる孤独」<sup>6)</sup>にAさんが該当するからである。

診断指標としては、「声や行動による敵意の表明」「ひきこもり」「打ち解けない」「意味のない動作を繰り返す」「アイコンタクト(視線交錯)がない」「拒絶されているという感情の表明」<sup>6)</sup>が確認できる。関連因子としては、「精神状態の変調」「満足な人間関係を成り立たせることができない」<sup>6)</sup>が確認できる。

## 2) オランダの看護理論からの学び

オランダの看護理論は、患者の行動、看護師の反応(患者の行動の解釈)、看護師の行為の3つの要素から成り、患者と看護師の相互作用を重視している。患者が不安や苦痛

から援助を求めるのは、身体上の制約があり、医療における否定的反応があり、ニード伝達ができないからである。

Bさん(20歳、女性)は、19歳の専門学校生の時にアルバイト先で知り合った男性の子を妊娠し、結婚して男児を出産したところである。夫はBさんを愛しているが、大学を卒業したばかりで仕事に慣れないこともあって、Bさんの話を聞くことをしない。義父母は「跡取りができた」と初孫の誕生を喜び、面会に来ては、赤ちゃんの抱き方やミルクの飲ませ方についてあれこれ世話を焼き、Bさんに教えている。Bさんは、最初は義父母の助言を受け入れていたが、次第に義父母の面会時間が近づくとなんか落ち着かなくなり、赤ちゃんが怖いと避けるようになり、退院して義父母との生活が始まると思うと怖くなってしまった。

このようなBさんをどのようにアセスメントしたらよいだろうか。

この若い母親は、妊娠・出産・育児に対する準備状態が整わないままで結婚し、男児を出産したと推察される。夫から愛されているが、夫は仕事のことと頭がいっぱいで、妻の話をゆっくり聴く時間はなく、気持ちを受け止めるゆとりも余裕もないようである。義父母は、男児に対する「跡取り」という気持ちから、よかれと思い育児について助言しているが、Bさんにはそれが心理的に重荷になっていると思われる。義父母からあれこれ細かく言われていることから、Bさんは育児に自信をなくし、義父母との退院後の生活に対しても不安が大きくなったのではないかと考えられる。

このように全体像をとらえてアセスメントしてみると、情報がスクリーニングされ、育

児に対する義父母の過度の期待と介入に起因した育児に対する自信喪失にフォーカスを当てる必要性が見出せる。

そこで、育児役割が果たせないということにフォーカスを当てて、NANDA看護診断の13領域で確認してみると、領域7〔役割関係〕、類3〔役割遂行〕、診断概念〔役割遂行〕の〈非効果的役割遂行〉<sup>7)</sup>が考えられる。それは、その定義である「周囲の文脈や規範、期待に合わない行動パターンおよび自己表現」<sup>7)</sup>にBさんが該当するからである。

診断指標としては、「自分が知覚している役割の変化」「役割の否認」「役割実現に対する不適切な外部からの支援」「変化または移行に対する不適切な適応」「不確かさ」「役割知覚の変調」「役割緊張」「悲観主義」「不適切な動機づけ」「不適切な自信」「不適切な知識」「役割葛藤」「役割混乱」<sup>7)</sup>が確認できる。関連因子としては、「若さ、若年発達レベル」「不適切なサポートシステム」「不適切な役割準備（例：役割移行、役割技能、役割リハール、役割検証）」「役割、役割技能に関する知識不足」「抑うつ」「自己尊重低下」<sup>7)</sup>が確認できる。

### 3) ウィーデンバックの看護理論からの学び

ウィーデンバックは、援助を求めるニードを持つ患者がいるから看護師が存在すると、看護師の存在理由を述べている。そのため、患者がニードを持っていることを認識しているか否か、患者が自分でニードを満たす能力を妨げているものは何かにフォーカスを当ててアセスメントすれば、援助を求めるニードを明確にしながらか看護診断につなげていくこ

とができる。

Cさん(66歳、男性)は、肝臓癌の告知を受けており、検査や治療には協力的で、医師を信頼している。妻は多発性硬化症で、やはり入退院を繰り返している。妻が退院して自宅にいる時はCさんが面倒を見ていたが、最近、妻に認知症の症状が出てきたところに、自分も入院してしまったという状況である。Cさんが入院した今は、息子夫婦が母親である妻の面倒を見ている。Cさんはもともと寡黙な人で、4人部屋の同居者と話すこともなく、家族の面会も少ない。Cさんは、時折落ち着きなくソワソワして、何かを案じているような様子であり、不安そうな苦悩の表情を見せている。最近では夜も眠っていないようで、食欲もない。

このようなCさんをどのようにアセスメントしたらよieldろうか。

まず、Cさんが見せる暗い表情や不安そうな表情に着目してみる。判断されるのは、「肝臓癌の告知」を受けていることによる予後への不安である。しかしこれは、検査には前向きであるし、医師に信頼を寄せているようであるため、該当しない。そこで、Cさんがあまり話をしないこと、家族の面会が少ないこと、妻の多発性硬化症や最近症状が出てきた認知症が心配で、どうなるのかと不安なのかもしれないことなど、全体像をとらえてアセスメントしてみると、情報がスクリーニングされてくる。多発性硬化症である妻の認知症が進んだら、どのように暮らしていけばよいのだろうか心配になり、不安に思っているのかもしれない。そこで、妻にフォーカスを当ててアセスメントしてみる。

妻の認知症はどうなっているだろうか、き

ちんと世話をしてもらっているだろうかというCさんの漠然とした不安にフォーカスを当てて、NANDA看護診断の13領域で確認してみると、領域9 [コーピング/ストレス耐性]、類2 [コーピング反応]、診断概念 [不安] の〈不安〉<sup>8)</sup> が考えられる。それは、その定義である「自立神経系の反応を伴う、漠然とした、動揺した不快な感情または恐怖の感情（原因は本人にはしばしば特定できない、またはわからない）。危険の予知によって引き起こされる危惧の感情。不安は差し迫った危険を警告する変化の合図であり、脅威に対処する方法をとらせることができる」<sup>8)</sup> にCさんが該当するからである。

診断指標としては、「落ち着きがない（ソワソワ）」「不眠症」「不確かさ」「苦悩」「心配」「案じている」「食欲不振」「心を奪われる」「物忘れ」「思いを巡らす」<sup>8)</sup> が確認できる。関連因子としては、「人生の重要な目的および価値観に関する無意識の葛藤」「家族としてのつながり/遺伝形質」「ニーズが満たされない」「役割状態、役割機能に対する脅威、または変化」<sup>8)</sup> が確認できる。

#### 4) トラベルビーの看護理論からの学び

トラベルビーは、看護における対人関係のプロセスを基本とし、「人間対人間の関係」を主張し続けた。「患者対看護師の関係」ではなく、あくまでも1対1の人間関係なのである。

「患者と看護師」は、「人間と人間」としてかかわり合う必要があり、まず初期の出会い (Phase of the Original Encounter) があり、アイデンティティの出現 (Phase of Emerging

Identities) となり、共感 (Phase of Empathy) から、同感 (Phase of Sympathy) へ、そしてラポールの形成 (Phase of Rapport) というように人間関係が深まっていく。

Dさん (64歳、女性) は、糖尿病の教育入院をしている。検査や治療には一見協力的で、看護師の問いかけに対しては「はあ〜い」と返事をし、食前のインスリン注射を受けに処置室にやってくる。しかし、看護師に隠れて、あんパンやまんじゅうを食べているという情報もある。

看護師Xはこの病棟に配属されて2日目に、「Dさんに『糖尿病の食事について勉強できましたか』と聞くと、『はあ〜い。わかりました』と答える」と、看護師Yから申し送られた。その翌日、看護師Xは売店横の自動販売機の前で、Dさんがあんパン片手にカップラーメンを食べているのを見かけた。「あら、Dさん。糖尿病だから、病院食以外は食べてはいけないのよ。糖尿病食について勉強してわかっているんでしょ。だめじゃない」と言うと、ふいと横を向いて、それ以上話をしようとしなない。

このようなDさんをどのようにアセスメントしたらよいだろうか。

まず、看護師Xに着目しよう。看護師Xは、Dさんがあんパン片手にカップラーメンを食べているのを目撃して、すぐに「糖尿病食以外の物を食べている。しかも、あんパンとカップラーメンという、カロリーも糖分も塩分も多い食品を食べている。これは一大事だ」と思ったであろう。Dさんの病気のことを思っでの行動ではあるが、頭ごなしに「だめじゃない」と叱りつけている。看護師Xは、「糖尿病の食事についてDさんはわかってい

ると言っているから、守るべきだ」という先入観を持って対応してしまったのである。

初期の出会いは、第一印象をつくる段階であるため、先入観を持たないようにする必要がある。そして、患者として知覚するか、人間として知覚するかによって、その後の対応とアセスメントが異なってくることを認識しなければならない。患者として見た場合は、「食事療法は守るべきもの」となってしまう。人間として見た場合は、「あんパンもラーメンも、好きな物を好きな時に食べたいよね」と思えるかもしれない。

次のアイデンティティの出現の段階に進むと、人間として知覚した相手が、自分の状況をどのように感じ、考え、知覚しているのかを感じ始めることになる。さらに、次の共感の段階に進むと、頭ごなしに注意するのではなく、糖尿病食だけでは食欲が満たされず、つつい甘い物やラーメンを食べたくなる気持ちに共感するようになる。そうなれば、次の共感を越えた同感の段階に進むことができる。同感はその人の苦痛を和らげたいと思う気持ちであり、共感に協力や助力の願望が加わると同感になる。ここでは、糖尿病食だけで食欲を満たさなければならぬつらさに思いを寄せ、糖尿病の食事療法はどうしたら守っていくことができるのかを、Dさんと共に考えるようになる。これは、一人の人間（患者）と一人の人間（看護師）として一緒に考えていくことである。

最後がラポールの形成である。これは、患者と看護師が同時に体験するプロセスである。患者である人間が抱く思考や感情、態度が、看護師である人間が抱く思考や感情、態度へと伝達され、かけがえのない存在であると

互いに思うようになるのである。

このような人間関係を基礎として、全体像をとらえてみる。そして、食事にフォーカスを当ててアセスメントするのである。

食事にフォーカスを当てて、NANDA看護診断の13領域で確認してみると、領域2〔栄養〕、類1〔摂取〕、診断概念〔栄養〕の〈栄養摂取消費バランス異常：必要量以上〉<sup>9)</sup>が考えられる。それは、その定義である「代謝上必要とする量を上回る栄養摂取」<sup>9)</sup>にDさんが該当するからである。

診断指標としては、「外部からのきっかけに反応して食べる（例：1日の決まった時間、社会的状況）」「空腹以外の内的なきっかけに反応して食べる（例：不安）」「病的な食パターンの訴え、または観察（例：何かをしながら食べる）」「坐位中心の活動レベル」「身長や骨格から割り出した理想体重より10%多い体重」<sup>9)</sup>が確認できる。関連因子としては、「代謝上必要とする以上の過剰な栄養摂取」<sup>9)</sup>が確認できる。

トラベルビーの著書『人間対人間の看護』<sup>10)</sup>の内扉に、患者の思いをつづったルース・ジョンストンの詩が掲載されているので、指導者の皆さんには、ぜひとも読んでいただきたい。

## 看護診断と中範囲理論

指導者としてアセスメントで全体像をつかみ、ある特定の現象や問題にフォーカスを当ててアセスメントし、その結論として看護診断を導き出すには、中範囲理論の学びが不可欠になる。なぜなら、看護の知識体系である看護理論は、看護実践を正しい方向に導き、正しいアセスメントを支えてくれ、看護実践

は諸現象に説明を与え、看護現象の意味や価値を見出し、患者の状況の理解を助け、看護の知識体系である看護理論へ影響を及ぼすからである。看護理論は、その大きさや範囲によって、メタ理論、大看護理論、中範囲理論、実践理論の4つに区分される<sup>11)</sup> (資料1)。

大看護理論とは、ナイチンゲールの看護論や、ヘンダーソン、ウィーデンバック、ロジャース、オレム、ロイ、ニューマンといった理論家の理論である。これらの理論は、看護に方向付けを与えてくれる。

一方、中範囲理論はその名のとおり、やや限定した範囲の現象を記述している。中範囲理論は、看護診断を最もよく生かす理論であり、診断概念の理解は中範囲理論の理解なくしてはあり得ない。看護診断ラベルはこれまで172個が開発されているが、中範囲理論は看護診断の体系化の基本であり、この看護診断ラベルの多くに、心理学や社会学で使用されている用語や、中範囲理論の概念を直接的に背景とする用語が使われている。よって、指導者は中範囲理論を学習しておく必要がある。

◎資料1 理論の抽象のレベルに焦点を置いた分類

理論名	解説	理論家など
メタ理論 (meta-theory)	<ul style="list-style-type: none"> <li>理論についての理論。「看護理論学」のようなもので、看護のための理論的基礎を開発することに関連した哲学的疑問や原理的疑問に焦点を合わせて議論を展開する理論</li> <li>包括的理論とも呼ばれている。</li> </ul>	クーン：科学処理論の共約不可能性 ハンソン：患側（見ること）の理論負荷的性格（概念のゲシュタルト） ペパー：ルートメタファ説 など
大看護理論 (grand nursing theory)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全体を包括する概念枠組みを提供し、看護実践に際して、広い視野とそれに基づく看護場面の見方を方向づける理論。いわゆる、従来から「看護理論」と呼ばれているものの多くがここに分類される。</li> <li>全体論的理論、一般的理論、状況理論とも呼ばれている。</li> </ul>	ナイチンゲール：環境看護理論 ヘンダーソン：ニード論 ホール：コア・ケア・キュアモデル ウィーデンバック：臨床看護援助技術論 ロジャース：ユニタリ・ヒューマン・ビーイングス オレム：セルフケア理論 ロイ：適応モデル ニューマン：システムモデル など
中範囲理論 (middle-range theory)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大看護理論に比べてやや限定した範囲の現象を記述して説明し、予測する理論。中範囲理論が示す概念や命題は、大看護理論に比して抽象度は低い、大看護理論と看護実践にあるギャップを埋めてくれる。</li> <li>狭範囲理論、限定理論、状況的要因理論とも呼ばれている。</li> </ul>	ローゼンストイックら：健康信念モデル キング：目標達成理論 ワトソン：ヒューマンケアリング ミシェル：疾病の不確実性理論 キャプラン：危機理論 ライトら：カルガリー家族アセスメント・介入モデル バンヂューラ：自己効力感 など
実践理論 (practice theory)	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護実践の各段階に焦点を当てた理論で、実践に際しての原理・原則、あるいは目標を達成するための行動指針のようなもの</li> <li>ミクロ的理論、分子的理論、原子的理論、小範囲理論、現象理論、記述的理論、要因理論、状況的特殊理論とも呼ばれている。</li> </ul>	疼痛、褥瘡など、看護問題レベル現象を扱う。

佐藤米子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門，P.11，日経研出版，2005.より引用，改変

それでは、本当に看護診断が中範囲理論を基本としているかどうかを確認する。

## 1) 健康信念モデルからの学び

NANDA看護診断の13領域の、領域1 [ヘルスプロモーション]、類2 [健康管理行動]、診断概念 [健康維持] の〈非効果的健康維持<sup>12)</sup>〉を診断として活用するには、“健康信念モデル”の理解が不可欠である。この“健康信念モデル”が中範囲理論である。

健康信念モデルは、過去50年間に5つの時期を経由して発展を遂げてきたとされている<sup>13)</sup> (資料2)。健康信念モデルは、第3期に当たる発展期の代表的な理論である。

健康信念モデルを活用する場合、①病気の罹患性の認識、②病気の重大性の認識、③予防的健康行動の有益性の認識、④予防的健康行動の障害の認識の4つの信念<sup>13)</sup>でアセスメントする。

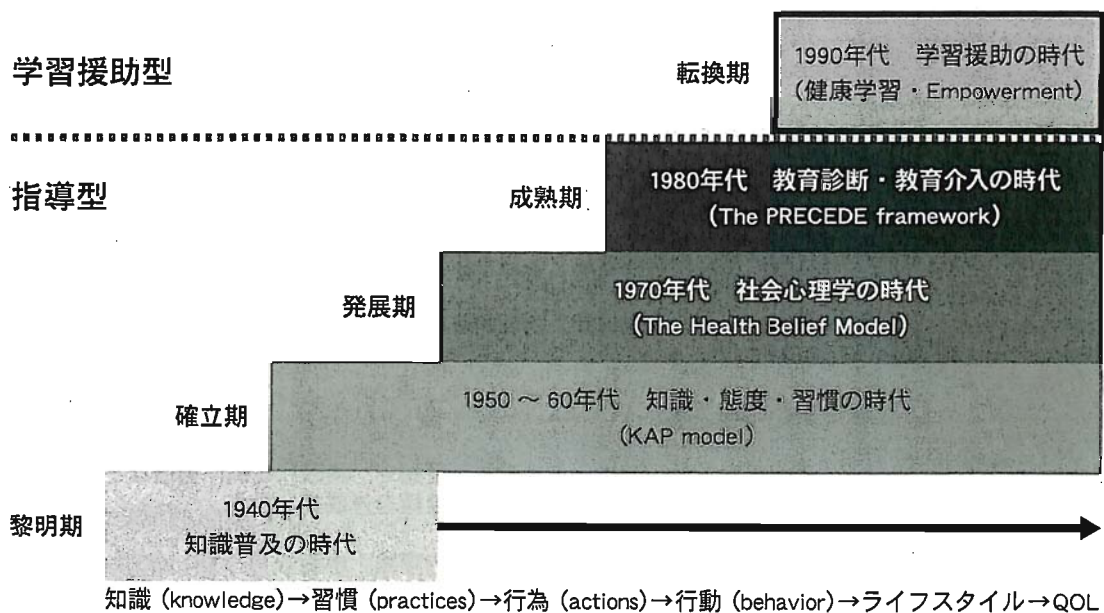
Eさん(58歳、男性)は定年を2年後に控え、妻と定年後は旅行にでも行こうと話している。Eさんの現在の体重は100kgを超えようとしており、妻は巨漢と言うべきその身体を心配している。Eさんは、「自分は大食漢なんだよ」と言いながら、習慣として1日5食食べている。会社の健康診断では毎年肥満と高脂血症を指摘され、食事とアルコールの摂取量を控え、運動するように指導されている。しかし、少し歩いただけで汗が噴き出るので、運動をしないどころか、すぐにエレベーターやエスカレーターを利用しようとする。

肥満と高血圧で入院し、ダイエットが処方されたEさんは、「医師に任せておけばもう大丈夫だ」「退院したら妻に任せられるから」と言っている。

このようなEさんをどのようにアセスメントしたらよいだろうか。

Eさんは明らかに肥満、高脂血症の症状が

### ● 資料2 健康教育の歴史的な発展過程



日本保健医療行動科学会監修：健康教育，保健医療行動科学事典，P.94，メヂカルフレンド社，1999。

出ており、血圧も高い。

健康信念モデルのアセスメントの枠組みで見えていくと、①病気の罹患性の認識とは、現在の健康状態について何らかの対策を講じなければ、本当に病気になったり、病状が進んでしまったりするかもしれないという個人の感じ方<sup>13)</sup>であるが、Eさんは肥満や高脂血症であり、何らかの対策を講じなければならないとは思っている。

②病気の重大性の認識とは、病気になったり、病状が進んだりした場合、その結果が自分にとってどのくらい重大かという個人の感じ方<sup>13)</sup>であるが、Eさんは重大なこととは感じていないようである。上の階に行くにも階段ではなく、ついついエレベーターやエスカレーターを利用し、1つ先のバス停までさえ、バスに乗る状況である。入院しても、医師任せである。

③予防的健康行動の有益性の認識とは、食事制限や禁酒、運動などの予防的健康行動が身体的回復につながり、自分に有益ととらえる個人の感じ方<sup>13)</sup>である。Eさんは、ついに入院し、食事のカロリーと塩分が制限され、運動処方によって散歩を実行してダイエットすることになり、体重が減少してきた。このことから、「食事量が少ないから不満だけど、仕方ない。慣れてきたよ」と言い、「身体が軽くなった感じがする。効果あるかな」と予防的健康行動の有益性を認識し始めている。

④予防的健康行動の障害の認識とは、予防的健康行動を取るために直面する何らかの負担や障害に対する個人の感じ方やとらえ方である<sup>13)</sup>。Eさんの場合は、入院前に5食自由に食べていたのが、1日3食のカロリー制限食となるため、そう簡単ではない。食事が足

りない、足りないと不満を漏らし、相当なストレスを感じているようである。Eさんの弱みは、医師の指示に従い、妻に任せておけばよいと思っているところである。

病気の罹患性の認識と病気の重大性の認識から、病気の脅威の認識を形成することになるが、健康問題を自分の問題としてとらえなければ、予防的健康行動の継続は難しい。

NANDA看護診断の13領域の領域1〔ヘルスプロモーション〕、類2〔健康管理行動〕、診断概念〔健康維持〕の〈非効果的健康維持〉の定義は、「健康を維持するための援助を見だし、管理し、そして/または探し出すことが不可能<sup>12)</sup>であり、Eさんはこれに該当する。

診断指標としては、「健康を維持するための基本的な活動について知識不足があることを示す」「内的環境/外的環境の変化に対する適応行動がとれないことを示す」「機能パターンの一部、またはすべての領域における健康を維持するための基本的な活動を充足する責任を負うことができないという訴え、または観察」「健康探求行動を行ったことがないという既往」「健康行動を改善することに興味があることを示す<sup>12)</sup>」が確認できる。

関連因子としては、「非効果的家族コーピング」「よく検討し、思慮深い判断をする能力の不足」「非効果的個人コーピング<sup>12)</sup>」が確認できる。

## 2) 家族理論からの学び

NANDA看護診断の13領域の領域7〔役割関係〕、類1〔介護役割〕、診断概念〔家族介護者役割緊張〕の〈家族介護者役割緊張<sup>14)</sup>〉を理解するには、“家族理論”の理解が不可欠である。この“家族理論”もまた中範囲理論である。



家族看護は、システム理論、サイバネティクス理論、コミュニケーション理論、変化理論の4つの理論を基礎としたカルガリー家族看護モデルによって発展してきた<sup>15)</sup>。

カルガリー家族アセスメント・介入モデル理論によれば、家族アセスメントで明らかにすべきことは、①ストレスの家族に与える影響の程度、②ストレスの対応に対する家族の能力、③家族の健康問題に関する対応状況の3つである<sup>15)</sup>。

Fさん(63歳、女性)は、88歳になる義母の介護をしている。83歳になるまでお茶の師匠をしていたという義母は、気位が高く、なかなかの頑固一徹の人である。大腿骨頸部を骨折した直後に脳虚血発作で倒れてから、片麻痺になり、医師から後半年の命と宣言された。嫁の立場であるFさんは、それまでの別居生活を解消し、後半年の命ならば最期を看取ろうと決心し、自宅での介護が始まった。幸いなことに、Fさんの献身的な介護によって義母はみるみる元気になり、今では車いすに乗ることができるようになるまで回復した。

ところが、夫の妹や姉たちは介護の仕方に文句を言うばかりで、ねぎらいの言葉もない。Fさんも、3年も介護した疲れが出たのか、消化器の不調を訴えるようになり、体重も減少し、倦怠感が強くなり、頭痛も訴えて、眠れなくなってきた。義母の「ちょっと」と呼ぶ声にストレスを感じ、「自分もお茶のけいこをしたいのに、3年も献身的に介護してきた何もできない」と嘆くようになった。

このようなFさんをどのようにアセスメントしたらよいだろうか。

Fさんの献身的な介護を認めて受け止め、承認メッセージを与えつつ、義母の介護とい

うストレスがFさんに与える影響の程度をアセスメントして全体像を把握すると、情報がスクリーニングされて、介護を余儀なくされている嫁の心身の状況にフォーカスを当てる必要性が見出せる。介護者としての身体症状である消化器の不調、体重の変化、頭痛にフォーカスを当てると、ストレスに対する家族能力としてのFさんの夫の協力や支援の程度、夫の姉や妹のストレスの程度と支援の期待状況、それによるFさんの苦痛、Fさんの健康問題に関する対応状況などのフォーカスからアセスメントによって看護診断を導くことができる。

NANDA看護診断の13領域で確認すると、領域7 [役割関係]、類1 [介護役割]、診断概念 [家族介護者役割緊張] の〈家族介護者役割緊張〉の定義は、「家族介護者の役割を遂行するのが困難」<sup>14)</sup>であり、Fさんはこれに該当する。

診断指標としては、「必要な課題を実施する/完遂するのが困難」「消化器の不調(例：軽度の上部痛、嘔吐、下痢、胃潰瘍の再発)」「体重の変化」「高血圧」「倦怠感」「頭痛」「睡眠障害」「ストレス」「焦り」「個人的なニーズに依る時間の不足」「社会生活からの引きこもり」「家族葛藤」<sup>14)</sup>が確認できる。

関連因子としては、「24時間のケアの責任」「介護年数」「介護者のぎりぎりのコーピングパターン」「自分自身の、または他人の期待を充足することができない」「ぎりぎりの家族コーピングの既往」「支援の不足」<sup>14)</sup>が確認できる。

本事例は中範囲理論の家族理論から理解してきたが、役割理論からも理解することができる。

## 効果的な指導方法

何と言っても、指導者が看護実践の場でモデルを示すことが、最も効果的な指導方法である。新人看護師や後輩看護師は、先輩の思考方法や判断、それに基づいた看護過程の実践の証明としての看護記録への記述の仕方を見て育つ。これがOJT (on the job training) である。皆さんも仕事に慣れていないころ、「このような時には、先輩は何を観察し、何によって判断し、何を根拠に思考していただろうか。看護記録には何が書かれていたであろうか」と、先輩を見習った経験があることだろう。OJTがうまくいくかは、ロールモデル (role model) が機能しているかにかかっている。

指導者であるあなたは、まず手本としての看護師の力量を示すようにしよう。OJTにおいて、集合研修の学びを生かせるようにするのが、指導を効果的に行うコツではないだろうか。

次に、看護基準や看護記録基準を常に整備し、見直すようにしよう。病棟で行われている看護が統一され、一貫性があり、高水準を保つには、基準の見直しが大切である。本誌 Vol.16, No.7, P.3~12で「看護と看護記録の評価の必要性」について、Vol.16, No.8, P.3~13で「社会・医療・看護の変化と看護記録記載基準」について紹介しているので、参照していただきたい。

また、看護師がアセスメントしたり、フォーカスを検討したりしている時や、看護診断を確定しようとしている時に、看護師の気持ちと思考に寄り添い、「そうそう」「それでいいのよ」「そうかしら」などと言いながら、思考の承認メッセージを与えて一緒に考えるよ

うにする。ここで大切なことは、指導者が教えるのではなく、教わる立場にいる看護師が、「自分で気が付いた」「自分で判断した」「自分で看護診断した」と思えるような支援をすることである。共に学ぶ姿勢を大切にすることが基本である。

## おわりに

本稿では、事例を基に、情報の全体像からスクリーニングへ、さらにフォーカスアセスメントから、最終的に看護診断に至る過程と指導法について概観してきた。指導者が適切に看護師を育成し、それが看護に生かされ、看護の評価に反映されていくとすれば、看護専門職としての責任を果たすことになると思う。

### 引用・参考文献

- 1) アン・マリナー・トメイ, マーサー・レイラ・アリグッド著, 都留伸子訳: 看護理論家とその業績, 第3版, P.383~404, 医学書院, 2004.
- 2) 前掲1), P.405~423.
- 3) 前掲1), P.90~105.
- 4) 前掲1), P.425~436.
- 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, 医学書院, 1986.
- 6) NANDA国際ナショナル著, 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, P.256, 257, 医学書院, 2005.
- 7) 前掲6), P.147~149.
- 8) 前掲6), P.183~185.
- 9) 前掲6), P.23.
- 10) Joyce Travelbee著, 長谷川浩他訳: 人間対人間の看護, P.5, 6, 医学書院, 1981.
- 11) 佐藤栄子編著: 事例を通してやさしく学ぶ中絶困理論, P.11, 日総研出版, 2005.
- 12) 前掲6), P.13.
- 13) 日本保健医療行動科学会監修: 健康教育, 保健医療行動科学事典, P.93, 94, メヂカルフレンド社, 1999.
- 14) 前掲6), P.120~122.
- 15) 前掲11), P.65~75.
- 16) Ruth Johnston: American Journal of Nursing, P.303, feb, 1971.
- 17) 深井喜代子他編: 基礎看護学テキスト—EBN志向の看護実践, P.26, 南江堂, 2006.