

腎不全看護 *Seminar Report*

日本腎不全看護学会 第2回ステップアップ研修

看護記録の基本を学ぶ
よりよい透析看護記録を考える

腎不全看護

Seminar Report

看護記録の基本を学ぶ 1

京都大学医学部保健学科 江川隆子

よりよい透析看護記録を考える 5

葉山ハートセンター 大坪みはる
京都大学医学部保健学科 江川隆子

日本腎不全看護学会
第2回ステップアップ研修

第2回:2006年10月21日(土)・22日(日)
中外東京海上ビル
名古屋市中区丸の内3-20-17

看護記録の基本を学ぶ

京都大学医学部保健学科 江川隆子

はじめに

これまでの看護記録は個々の看護師、個々の施設によりその記録のとり方はまちまちであった。現在、看護診断の普及により看護診断を軸とした成果および看護治療の立案が可能となり、これらをもとにした看護実践が求められている。ここでは、透析領域における専門看護師として踏まえておくべき（外来）透析看護のあり方、また、適切な看護記録を作成するために共通認識として理解しておきたい看護診断を取り上げ概説する。

看護の問題領域

戦後60年の間、看護の発展すなわち看護理論や看護モデルの普及、看護診断の登場により、看護の問題領域が明確化されるようになった。看護の問題領域は、おもに看護問題、看護診断、医療問題、医療の4つに分類することができる（図1）。看護診断と看護問題の境界を厳密に区別することはむずかしいものの、看護診断には「患者の看護問題の症状を治す」という概念が含まれ、看護問題にはその概念は含まれておらず、患者が穏やかな生活を送れる状態を維持する看護を指す。したがって、看護問題のケア領域では看護師のみならず患者の家族や福祉士、ナースエイドなどによる代行も可能である。一方、医療問題（共同問題あるいは合併症などともよばれる）は、血圧の測定や穿刺など、患者が医師による適切な医療を受けられるよう看護師が補助する行為を含む。この領域では判断・決定の責任は医師側にあり、看護師には医師の処方・指示を実行することが求められる。最後に医療は医師のみがおこなえる行為を指し、この領域に看護師は介入することはできない。これらの領域が明確化されることにより、私たち看護師の役割がより確かな輪郭をもって受け入れられるようになってきたといえる。

（外来）透析における看護

透析領域に特化した看護を考える場合、まず、想定される看護場面は、原則として患者が自宅から来院し、治療を受け終えるまでの間となる。治療後などの

病院外での事柄は看護師の介入できない患者サイドの領分であり、患者本人あるいは家族がケアを担うこととなる。また、看護場面において透析看護師があたべき看護ケア領域は、医療問題、看護診断、看護問題であるが、このうち看護問題は援助計画を立てて経時的に患者の変化をみていくほどのものはない。家族の方、あるいはナースエイド、福祉士で対応可能な場合が多く、看護の中心を占めることはない。看護問題には現在の健康状態を「維持」させるといったレベルの概念が含まれるのに対し、看護診断には援助により患者の失われた機能を回復させるといった健康「増進」という考えが含まれている。透析領域に特化した看護を考える場合、透析患者が来院中の約4時間に透析の際の診療補助（医療問題）と看護診断領域に専門性を発揮することが求められる。私たち専門看護師はすべての問題領域に対応しようというのではなく、こうした役割分担を考慮に入れながら、透析問題に特化した看護に力を傾注することが大切である。すなわち、私たち専門看護師はその職能として看護治療技術を施せる看護診断領域の問題に積極的に取り組むことにより、評価を得ることが求められるのである。

看護診断の種類

実際に透析看護師が専門性を発揮し、目標となる適切な看護記録を作成するにあたっては、看護診断に対する理解が不可欠となる。現在、看護診断はリスク

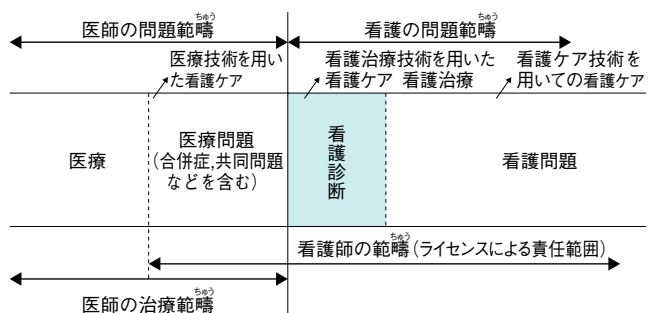


図1 看護における医療問題・看護診断(問題)・看護ケア(問題)の概念図

(江川隆子編, 2005²⁾ より改変引用)

型、実在型、ウェルネス型の3種類に分類されている。リスク型看護診断は、リスク因子はあるもののまだその病的状態が発症していない状態を指し、心理・社会的な診断としてあげられることは稀で身体的な看護診断としてあげられることが多い。また、透析領域の看護の場合には、看護場面は治療を受けている間の4時間であるためリスク診断を用いる機会はそれほど多くないと思われる。一方、実在型看護診断は、文字通りすでにその病的状態が発症している、すなわち症状（診断指標）が出現している場合を指す。したがって、この診断の判断にはそれを証明する症状の確認が必要となってくる。最後にウェルネス型看護診断は、看護治療と患者が努力した結果として健康を保つことのできる状態を診断するものであり、いわば症状（診断指標）寛解の一步手前の段階を診断するものである。したがって通常はウェルネス型看護診断が単独で抽出されることはなく、実在型の看護診断が先行するのが原則である。しかしながら、この診断も透析領域では毎回4時間ほどしか患者をみることがないため、看護診断としてあがることはほとんどなく、実際用いる機会があるのは訪問看護師のようなケースに限られてくるとと思われる。

■ 透析領域における看護診断

つぎに透析領域に関連し、検討すべきと思われる看護診断をいくつか取り上げ、その解釈と注意点を示す。

非効果的治療計画管理（領域1 類2）

この診断は、透析領域で最も使用する機会の多い診断であると考えられ、必要な自己管理行動を患者が守れない、あるいは守ることが困難になっている場合に用いられる診断である（表1）。透析患者には、水分摂取、食事制限など自己管理行動が必要となり、また長期間にわたって自己管理を継続する必要があることからどの透析患者にもかかわる可能性のある診断である。診断の際には患者の守られていない自己管理が何かを特定する必要があるが、透析患者においては水分制限、食事制限、アクセス管理、フットケアなどの項目が該当するであろう。

この診断の定義には「毎日の生活」という一語が含まれているが、これは病院の外での生活をさしており、したがって入院患者にこの診断を用いることはできない。入院患者には看護師がついているため、食事や服薬などがおろそかになることはないと考えられ「毎日の生活」に該当しないためである。しかし、入院患者であっても退院後に非効果的治療計画管理に陥る危険性がある場合には、「非効果的治療計画管理」という診断名の後に括弧つきで（リスク診断：水分制限）などをつけることによって形を変えてリスク診断をすることが可能である。この場合は診断指標ではなく、関連因子をもとに患者のリスクを診断していくことになる。

表1 NDx：非効果的治療計画管理

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	治療計画管理

定義	個別の健康目標を達成するには不十分な、病気や病気の後遺症に対する治療プログラムを毎日の生活の中に組み込み調整するパターン
診断指標	<input type="checkbox"/> 治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択 <input type="checkbox"/> 病気の進行や後遺症の発現の危険因子を減少させるための行動がとれないと言葉に出す <input type="checkbox"/> 病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す <input type="checkbox"/> 疾患の治療とその効果、あるいは合併症の予防のための1つまたはそれ以上の計画を調整/統合することが困難であると言葉に出す <input type="checkbox"/> 病気の症状の悪化（予測されるもの、または予測されないもの） <input type="checkbox"/> 治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ活動を行わないと言葉に出す
関連因子	<input type="checkbox"/> 障壁があるという思い込み <input type="checkbox"/> 無力 <input type="checkbox"/> 病弱だという思い込み <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 家庭内の不調和 <input type="checkbox"/> 経済的窮乏 <input type="checkbox"/> 意思決定葛藤 ほか略

栄養摂取消費バランス異常：必要量以下（領域2 類1）

透析患者や糖尿病患者など、慢性疾患患者のなかで、摂取しなければならぬものを摂取できていない状態であれば、この診断が適用される。若い人ではみられないものの、高齢者や経済的な理由から栄養摂取・水分摂取が十分にできていない患者にはこの診断が考えられる。このような場合には適切な栄養状態に戻るよう看護師による介入が必要となる。

一方、必要量以上の栄養摂取による過剰状態（栄養摂取消費バランス異常：必要量以上）は、腎不全であるために起こることが予測できる。したがって透析患者の場合には食事や水分摂取の制限を受けているため、この〈必要量以上〉の診断を用いることは少なく、診断として用いるならば非効果的治療計画管理の体重増減などの項目に該当するものと考えられる。

便秘（領域3 類2）

便秘の有無は摂取した食物の内容、運動、水分摂取、腸の運動という4つの要因によって決定される。この点、透析患者はあらかじめ運動と水分摂取が制限されており、さらに食物についても食物繊維を多く含む野菜類などが制限されている。便秘改善のためには腸の運動を改善することが必要であり、多くは薬剤投与により対応される。しかし、患者にとっては薬剤を1つ無くすことは重要であり、薬剤に頼ることなく排便が可能となるよう支援することも念頭に入れておきたい。なお、便秘の診断指標には疾患名が入っていない。すなわち、がんによる便秘や麻酔による術後の便秘は診断すべき症状ではない。

知識不足（特定の）（領域5 類4）

知識不足を看護診断としてあげるとは透析看護では多くない。看護師の指示のもとに行動できているのであれば、仮に知識が不足していたとしても問題はないためである。治療方針の変更などで患者が知識とし

て知っておかなければならない場合に、看護師がその教育をおこなっても患者が行動を取れない場合などにこの診断を使用することが考えられる。

活動/休息(領域4)

この領域には移乗能力障害や床上移動障害、身体可動性障害などの活動/運動類が含まれている。この類はリハビリなどを通して患者の機能障害を改善することができる見込みがあるならば診断をつけることが可能だが、そうでない限りは看護問題となる。すなわち透析看護の領域では、入院患者と違い24時間を通じてケアするわけではなく、外来透析の4時間の間の移動やセルフケアに関する点は、患者自身がおこなうべき領分、あるいはナースエイドや福祉士、家族に代行が可能であると考えるのが妥当である。また、現実問題として透析中や透析後にリハビリをすることは困難であろうし、現実にもそうしたことを実践している施設は少ないだろう。したがって透析看護の場でこれらの診断をする機会はほとんどないと考えられる。しかし、看護問題の拡大のために、リハビリ室を増設し、患者の四肢の機能を回復させることはやぶさかではない。その場合、この看護場面ではこの領域の看護診断を適用することができる。

消耗疲労(領域4 類3)・活動耐性低下(領域4 類4)

消耗性疲労と活動耐性低下は類似した概念であるため、どちらを使うべきか悩むかもしれない。しかし、活動耐性低下は循環/呼吸反応類に属していることに注意してほしい。つまり、この診断はあくまでも循環器・呼吸器系の症状を有する患者に用いられるものである。透析患者はあくまでも腎不全を症状としているので、消耗性疲労の診断を用いることが適切である。

患者の状態が悪化して循環器・呼吸器系の症状を呈するようになれば活動耐性低下の診断をつける余地も生じる。しかし、いずれの診断を用いるにせよ、状態がさらに悪化して末期的症状を呈するようになった患者には、これらの診断をつけることはできない。そもそも、看護診断ができずに看護問題にとどまる場合は大きく分けて2つある。1つは患者の症状が診断指標を満たしていないとき、もう1つは診断指標に示されている症状を大幅に超えた症状を呈しているときである。末期的症状を呈する患者は後者にあてはまり、看護診断よりも医療問題に近くなるため診断する必要はなくなるのである。

摂食セルフケア不足(領域4 類5)

この診断には「食物を嚥下できない」、「器やコップを持ち上げることができない」などの診断指標があげられているが、同じ「食物を嚥下できない」であっても、症状の程度によって看護診断的・看護問題的・看護問題的分類することができる。「食物を嚥下できない」は通常看護診断的・看護問題的分類であるが、半固形物なら嚥下できる

ような場合は看護問題的・看護問題的分類と判断することがある。

コーピング/ストレス耐性(領域9)

看護診断で対象とするストレスや不安は、患者が日常的に漏らすため息程度のストレスではない。「ストレスがたまっている」、「時々不安になる」などの訴えは患者に限らず一般の人にも見受けられ、逐一診断として取り上げていると際限がない。また、人生や家族の問題といった、あまりにも大きな問題についても看護師がかかわることはできないと考えるべきである。

透析看護師が対象とすべき精神症状は、当然ながら透析看護に関するものが中心となる。今まで普通に治療をおこない薬剤の服用も怠ることのなかった患者が突然薬剤の服用を止めてしまったり水分制限を度外視した水分摂取をはじめた場合など、透析療法を円滑に進めることができないようなケースに対して精神面のアセスメントをおこなう。「非効果的コーピング」の診断指標にも通常のコミュニケーションパターンの変調があげられているが、まさに患者が今までと違った態度を取りはじめたことで治療に支障をきたすようになった場合あるいは、患者の健康を害するような時に診断の対象となるのである。また、家族が食事を食べさせてくれないなどの訴えがあれば、たとえ家族の問題であっても介入する必要がある。

適応障害(領域9 類2)

この診断は非効果的治療計画管理との異同が問題となるが、非効果的治療計画管理では患者の行動面に着目しているのに対し、適応障害は行動の背景として精神面に着目している。患者をアセスメントした結果、精神面の問題が存在していることが認められれば非効果的治療計画管理ではなく適応障害の診断を用いることになる。透析領域の場合、長期間透析療法を受け、今まで問題なく自己管理行動を守り知識もある患者が、急に治療を中断したり自己管理行動がとれなくなった場合には、非効果的治療計画管理として患者に行動変容を促すのみならず、適応障害として何らかのストレスや精神面に問題があるのではないかと考え診断することも必要である。この診断に対する看護治療は、行動に対するものではなく、ストレスや感情を除くためのものとなる。

悲嘆機能障害(領域9 類2)

この診断も透析看護で使われる機会は多くないと思われる。透析患者の場合、医師から透析の導入を告げられた直後などは診断できる余地があるが、いったん透析をはじめてからは患者のなかでコーピングがなされていると考えられ、通常は診断する必要はない。透析導入期にはまだ十分にコーピングがなされていない患者が存在する可能性もあるが、このような患者に対して診断を検討する際にも、患者の感情が表に出ていることが診断の条件となる。診断指標に示されている

感情が観察できないならば無理に診断する必要はなく、看護問題レベルの対応にとどめ、経過をみるのが大切である。

また、この診断に関連して、悲嘆機能障害リスク状態と予期悲嘆が似通っていることが指摘されるが、悲嘆機能障害リスク状態は危険因子のなかに感情の表現が入っていないのに対し、予期悲嘆では診断指標に「苦悩の表明」、「悲しみ」などの感情が入っているという違いに注意する必要がある。つまり、この予期悲嘆は、悲嘆機能障害を人が回避するためのプロセスと考えられているものである。

不安(領域9 類2)

不安の診断指標は行動指標、感情指標、生理的指標などに分かれている。しかし、感情指標だけでは曖昧なため、実際にこの診断をするには生理的指標に該当する症状がなければならない。術前の不安といった感情だけしかみられない場合には、看護問題として対応するのが適切である。

感染リスク状態(領域11 類1)

これは実在型ではなくリスク診断であるが、ここでいう感染には医療問題上の感染は含まれていないことに注意する必要がある。たとえばカテーテルを抜いたところから感染するような場合、カテーテル処置は医療行為であるため、その結果起こった感染も医療問題として扱われることになる。

透析看護における感染リスク状態とは、本来は防げる感染であるが患者の行動などによって感染の危険性が生じている場合である。たとえば、手を洗う、むやみに面会者と会わない、マスクをするなどの指示をされているにもかかわらず、患者が指示を守らないようなケースである。この場合、感染リスク状態として診断することも可能だが、指示に従わないという点をとらえて自己管理の問題として診断することも可能である。

非効果的気道浄化(領域11 類2)

この診断の診断指標は臨床的に、医学的症状、看護問題的症狀に分類される。以前は咳痰のみで診断していた例もみられたが、咳痰は看護問題的症狀であるため、それだけで診断することはできない。咳痰に加えて起座呼吸や呼吸副雑音といった看護診断的症狀がみられたときに診断可能となる。では、症狀がさらに進行して呼吸困難やチアノーゼなどの医学的症状を呈するようになった場合はどうだろうか。この場合は速やかに診断を取りやめ、看護領域から医療問題に切り替える必要がある。

身体外傷リスク状態(領域11 類2)

これらのリスク診断は、危険因子が外的因子と内的因子に分類されていることが大きな特徴である。しかし、外的因子としてあげられているリスクは医療過誤にもつながりかねない因子であり、したがって決して外的因子にもとづいて診断してはならない。透析看護は設備の整った施設内でおこなわれるため、これらのリスクは本来すべて除外されなくてはならないものである。外的因子を考慮する必要があるのは在宅看護をおこなう訪問看護師などであり、透析看護師はあくまでも内的因子によって診断することが大切である。

■ おわりに

適切な看護記録作成には、まずは基本となる看護概念の理解と看護診断に精通することが必須となる。どのような看護診断がよく使われるのか、逆にほとんど使われない看護診断は何かを検証し、各自理解を深めていただきたい。

文献

- 1) NANDA インターナショナル：NANDA 看護診断一定義と分類 2005-2006、日本看護診断学会監訳、中木高夫訳、医学書院、東京、2005
- 2) 江川隆子編：これなら使える看護診断 第2版：厳選 77 看護診断ラベル、医学書院、東京、2006

よりよい 透析看護記録を考える

葉山ハートセンター 大坪みはる
京都大学医学部保健学科 江川 隆子

はじめに

看護診断が抽出された際にその記録はどのように書けばよいのか、また抽出された診断に対してその目標あるいは成果はどのように記入すればよいのか。ここでは、基本となる看護記録の取り方について、「観察」「看護診断」「成果(目標)・計画」「実施」「評価」という看護過程(図1)に沿って考察する。

観察と看護診断(観察の取り方)

患者の状態や状況についてアセスメントをおこなう、その情報を取捨選択し、看護記録として残すことは看護記録の第一歩であると同時にその要となる。正しい看護の視点からアセスメントすることにより、初めて看護治療の実践、すなわち看護計画を立てそれらを実施し評価することが可能となる。

患者の状態や状況についての情報を収集するには、患者の訴え、患者家族とのコミュニケーション、フィジカルアセスメント、測定によって得られる。あるいは、「フェイスシート」として病名、既往歴、現病歴、介護認定などの基本事項が記入されたものや「フローチャート」として透析の際に体温、血圧、脈圧、体重(ドライウエイト)、シャント音、除水量などが記載されたものもその拠り所となる。透析看護に関連する診断はそれほど多くなく観察すべき強調領域は限定さ

れている(表1)。診断名に対する診断指標・質問内容を検討し透析領域に特化した看護データベースを作成し、観察の指標として活用されることが望まれる。

実在型看護診断の場合であれば、診断の欄には症状・徴候(S)あるいは関連因子(E)を記入し、成果の欄には、看護診断の診断指標(兆候)・関連因子を取り除くために必要となる成果を記入する。この際、成果は抽象的な内容を書き込むのではなく、患者が実際にどのような行動変容が得られると良いのか、数値としてどう変われば良いのか、というように客観的な把握ができるように記載する。便秘を例にとると、①排便がもとの1日1回にもどる、②水分摂取量が1,500cc以上/日になる、③排便に随伴する症状が消失する、というように成果の欄は、主語は患者で、述語を列記する形で具体的に記述する(表2)。その中で看護師は①～③すべてを改善させるのか、あるいは②だけを取り除くのかターゲットの絞込みをおこなっていく。

リスク型看護診断であれば、まずその危険因子がどのように解消されるかの記述が成果の欄に記入される。リスク型看護診断の場合には危険因子の確定が必要となるがその確定には困難であることがしばしばであり、透析看護の4時間の間には原則としてあがることは少ないと考えられる。

医療問題の書き方としては、医療問題の責任・決定の所在は医師側にあるため、看護師は成果設定をおこ

表1 外来透析の強調領域

クラスター	特徴となる領域
健康知覚/ 健康管理パターン	自己管理(薬・食事・シャント)治療・その他による感染の危険因子(シャント・薬物・カテーテル)
栄養/ 代謝パターン	体液量の状態・栄養摂取量の問題 透析に関連した皮膚の状態
認知/ 知覚パターン	日常の透析中に発生する痛み しびれに関する問題
自己知覚/ 自己概念パターン	透析療法の受容過程
排泄パターン	便秘・下痢・便失禁の問題
コーピング/ ストレスパターン	ストレスのために自己管理に対して適応障害を起こす

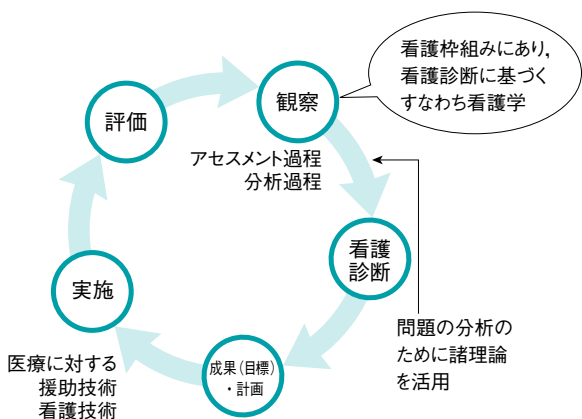





図1 看護過程概念図

(江川隆子, 2006¹⁾ p6より改変引用)

表2 成果・目標の記入例

看護診断の種類	成果
7/1 実在する診断 1. 便秘 (NDx) E = 水分摂取量の不足 (500cc/日) S = 排便5日間なし、満腹感あり グル音減弱、主食・副食の摂取量が 2日前より1/4程度に減少	・7/1の夕方までに排便がある ・便秘が解消することを○日までに以下の状態で示す ①排便がもとの1日1回に戻る 7/7 ②水分摂取量 1,500cc 以上/日になる 7/7 ③排便に随伴する症状が消失する 7/7 (腹満感、グル音減弱) など
7/1 リスク状態の診断 1. 寝たきり状態に関連した 皮膚統合障害リスク状態 : 仙骨部	・1日3回車椅子に座るようになる 7/14
7/1 共同問題 (血小板減少による) CP : 出血	(なし) * 医師の責任範囲
看護問題	目標
2/2 ※ (術前の) 不安状態 E : 2/5 右人工膝関節置換術予定 ※セルフケアの困難 (全般) E : 治療によるベッド上安静	・2/3 術前オリエンテーションの実施 ・標準ケア計画A (全面介助) を2/5~2/11 まで実施

(江川隆子, 2006¹⁾ p67 より改変引用)

- 
 診断の欄には症状・徴候 (S), あるいは関連因子 (E) を記入。
- 
 成果の欄には、診断の状態がどのような状態にまで改善すべきか、数値など具体的に記入。
- 
 医療問題の責任・決定 (状態の判断、治療の指示、その評価など) は医師側にあるため、看護師が成果設定をおこなうことはない。

なわずシートへの記入は不要であり空欄となる。透析領域の場合には、出血や血圧の上昇など問題は限られており、各施設で絞込み決めていただき、標準化看護計画として抽出することも考慮に入れていただきたい。

■ 成果(目標)・計画(看護計画の立て方)

患者の状態や状況についてアセスメントをおこない、それによって診断と成果が設定されると、つぎにその成果達成のための看護計画が立てられる。この段階で患者や家族に対して、看護診断と成果、看護治療について、また看護問題とそのケアも含めてインフォームド・コンセントをおこない、同意を得ることが必要となる。

看護計画は看護治療計画と看護ケア計画の2つに分けられるが、看護治療計画は、看護診断の原因、関連因子 (E) や徴候 (S) を取り除くために立てられるのに対し、看護ケア計画は看護問題 (看護診断に至らなかった状態も含む) に対し立てられる計画である。看護ケア計画も OP, TP, EP を記載することは可能であるものの、看護診断ほど成果と密接な関係にはない。

表3を例として看護計画を考えてみると、抽出された看護診断に対しその成果が記載され、その横に看護計画が書き込まれる。看護計画欄に書かれる項目は、観察 (OP) と直接援助、処置 (TP) および教育的援助

(EP) である。OP には抽出された診断項目に対し、症状を改善させ成果に到達するために看護師が観察すべき項目が記載される。表3では、①排便の有無、②水分摂取量、③排便に関する随伴症状の有無、となっており、成果に到達するための観察指標が OP となることが理解できる。

■ 実施(SOAP記録の書き方)

看護計画に沿って、実際の臨床の場でどのような処置をおこない実施されたのかについての記録は、経過記録として残される。この経過記録は実施に対しての記録という面のみならず、患者の状態変化をみるすなわち看護診断に対する実施の評価や観察の継続の意味も含まれ重要である。また、一連の経過記録は、患者ケアに対する他者とのコミュニケーションの手段としても意義があり、さらにカルテ開示の対象ともなりうる。看護計画に沿って実施される援助 (看護治療およびケア) に対する経過記録にはいくつかの記録方法があり、その中でも SOAP 記録は、早くから医師の治療経過の記録様式として採用され、看護領域においても看護診断が確立されたことにより定着している。以下、現在汎用されている SOAP 記録のとり方について述べる。

SOAP記録は、(S) には患者 (あるいは患者の家族)

表3 看護計画の記入例

看護診断	成 果	治療看護計画
7/1 1. 便秘 E = 水分摂取量の低下 (500cc/日) 運動量の低下 S = 5日間排便なし 腹満感あり グル音減弱	1. 7/1の夕方までに排便がある (医療援助とも変化) 2. 便秘が解消したことを以下の状態で示す ①水分摂取量 1,500cc以上 /日 (7/8までに) ②排便回数が入院前の1日1回に戻る (7/14までに) ③排便が1回夕方 (7/1) までにある ④便秘に関する随伴症状が消失する (7/3~4以内)	1-1 OP : ①排便の有無 ②水分摂取量 ③排便に関する随伴症状の有無 TP / EP ①水分摂取への支援 一例 - ・ ベッドサイドに患者好みの水分を置く ・ 記録するように指導 ・ ナースエイドに水分摂取を1日3回は勧めるように指示 ②食事内容の検討を栄養士と家族と一緒に 行う など
2. 皮膚統合障害のリスク状態 E = 寝たきりで体動も自分でしない	2. ①1日3回は車椅子に座る ②1日3回側臥位になる	2-1 OP : ①体位変換の状態 ②車椅子への移動の回数 ③仙骨部のアセスメント TP / EP ①車椅子への移動を促し、移動する ②体位変換×3 (患者にも指導する) ③仙骨部の清潔、乾燥 など
3. 共同問題 (血小板減少) CP : 出血 or 医療	(なし)	3-1 OP : ①出血の程度、特に皮膚の点状出血 ②Ht、血小板凝固時間値のチェック ③仙骨部のアセスメント TP : ①指示に従って、血小板の投与などを実施する ②柔らかな布を用いて清拭する (EP :) ①出血しやすいので、柔らかな歯ブラシの使用を勧める
看護問題	目 標	看護ケア計画
2/2 ※セルフケアの困難 (全般) E : 治療によるベッド上安静	・ 標準ケア計画A (全面介助) を 2/5~2/18 まで実施	P 〔標準ケア計画A (全面介助)〕の適用 補足 食事 (捕食)・更衣・整容 : 体調次第では、一部介助としても可

OPには抽出された診断項目に対し、症状を改善させ成果に到達するために看護師が観察すべき項目を記入。

TPには直接援助・処置、EPには教育的援助を記入。

(江川隆子, 2006¹⁾ p74より改変引用)

の訴えを示す主観データ、(O)には医療者側の観察で得られる客観的データ、(A)にはアセスメント、(P)には看護治療計画が記載される(表4)。経過記録に記載されるS(主観データ)とO(客観データ)には看護計画のOP(成果)の内容が記載される。実際の経過記録をみると、SとOに看護計画のOPに関連しない内容を羅列してしまい、一貫性に欠ける記録もしばしば見受けられる。いろいろなものを書きすぎてしまい、何が問題なのか見えてこない記録とならないように注意していただきたい。また、SOAP記録では(S)と(O)の順番は必ずしも(S)(O)の順番でなくても(O)(S)あるいは(S)(O)(S)でもよいが、必ず時間の経過を明記しておき、いつの時点の出来事なのか

把握できるようにしておく。これは、リスク型看護診断などで看護計画に時間が記載されているにもかかわらず、SとOにその記載がない場合には記録として意味をなさなくなるため重要なポイントであり、必ず時間を書き込むようにする。また、O(客観データ)の中には看護計画で立てられたTP/EPプランで書かれている内容についても記載していく。つぎにAのアセスメントであるが、SOAP記録の中で最も注意していただきたい項目である。AのアセスメントはOPプラン(成果)と比較し、患者が現在どのような状況にあるのか、成果に対し到達度はどのくらいかの指標となる。すなわち、今回の経過記録に記載されたA(アセスメント)は前回、あるいは前々回の経過記録

表4 SOAP記録の記入例

日/時	
7/1 16:00 #1 便秘	<p>S. AM10 腹満感が強くなった, 食事も今は1/4程度 排便は2日前に浣腸で1回あっただけで, また2日間ない。</p> <p>O. AM10 グル音の減弱あり (昨日と同じ) 水分摂取現行まで 500cc</p> <p>S. 水分はもっと昼からなら飲める。水は嫌。お茶かポカリスエットなら2,000ccは超えられるという。</p> <p>O. PM1 水分摂取を勧める (ポカリスエット 200cc) PM3 お茶 250cc, 腹満あるが, グル音は右側は軽度強くなっている。</p> <p>A. 現在までに水分は1,000cc (1日量 1,500cc以上) 飲んでおり, 患者もお茶やポカリスエットなら飲めるということから, 飲水は昨日の1,200ccに比較すると増えている。 排便は, 診断された日のPM5に浣腸後にあったのみで2日間なし, グル音は右側は少し強くなってきている程度, 腹満は増えてきていることから, 便秘の状態は継続している。</p> <p>P. 継続, 水分摂取の援助は積極的に行うこと</p> <p style="text-align: right;">○○N/S</p> <p>——— 事実と事実の比較 ----- 判断</p>

S (主観データ) には患者・家族の訴えを記入。時間も明記する。

O (客観データ) には医療側からみた状態や看護計画のOP (成果) の内容を記入。時間も明記する。

A (アセスメント) はOP プランで示した患者の状態と実際の患者の状態を比較し, 成果に対する到達度をみるための指標となる。

P には, 看護治療計画を記入

(江川隆子, 2006¹⁾ p77 より改変引用)

表5 評価の記入例

日時	看護診断に対する評価 (例)
7/1	PM4に浣腸, 排便 (中程度, 硬便) 1回あり, 達成した。 ○○Ns
7/7	目標②の水分摂取に関しては, 7/4頃より1,200cc ~ 1,500cc 摂取量が増えている。 この2日では, 1,500 ~ 2,000cc が維持されていることから達成。
7/10	毎日の便秘の記録 SOAP のAによると7/9頃から, 少量であるが排便1日1回あり。
7/12	今日は, 朝1回中程度ある。水分も続けて1,500 ~ 2,000ccを保っていることから達成と判断した。 ○○Ns
日時	共同問題に対する評価 (例)
7/10	CP: 出血に関して 7/5頃より, 便・尿潜血 (-), 口腔内の出血なし。 血小板の注射も5日より行っていない。主治医と相談の上, 一般的な観察にすることに同意。 尿・便潜血のチェックは検温板に記入した。 ○○Ns
日時	看護問題に対する評価 (例)
2/11	標準計画 (A) のケアを2/15まで延期する。 or この計画は, 治療による安静制限が解除されたことにより中止。 ○○Ns

成果の達成評価は, SOAP 記録のAに書かれた事実と事実を比較し, その変化にもとづき判断する。

(江川隆子, 2006¹⁾ p79 より改変引用)

に記載されているAと比較しながら, 患者の状態がどのように改善されたのか, あるいは改善されていないのかについてこの項目から判断するのである。

一方, 医療問題 (CP) に関する看護記録は, たとえば出血であれば, 出血に対する看護計画 (OP) に書か

れた内容をSとOに記入する。医療問題におけるAは, 看護診断におけるAと違い, 評価の判断をおこなうことはない。つまり出血がまだ続いているの止まったのかに対してアセスメントしないということである。これは成果 (目標)・計画の項でもふれたとお

り、「医療問題は医師の責任範疇であることから、成果の設定は医師の判断に委ねる」と述べたようにこの評価の判断も医師の責任範囲となる。この場合、(A)の記入としては医師に患者に徴候が認められない、あるいは継続中であるといったことを医師に報告し、その問題や処置援助を続行すべきかの判断を委ね、指示を仰ぐこととなる。

■ 評価

成果の達成評価は、成果達成日までの看護治療の効果の総和から判断されるものである。実施の項でも述べたとおり、SOAP記録の(A)に書かれた事実と事実を比較した変化の総和によって、その成果に対する達成度が判断される。すなわち、(A)の項目に記載されている内容が的確に書かれていることが重要となる。(A)の記載から目標が達成されたと判断された場合には、その診断の看護過程は終了したこととなる(表5)。

一方、成果が得られていないと判断された場合には、看護過程の「評価」以外の段階について再評価が必要となる。つまり、看護診断や、成果の修正、治療計画の見直しなどが必要となり、その場合には修正された計画に沿った看護治療が再び始まることとなる。

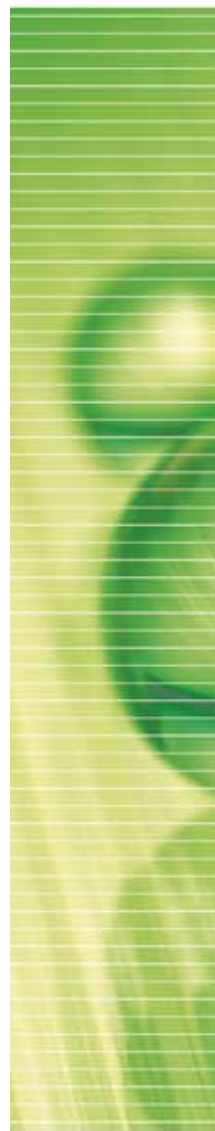
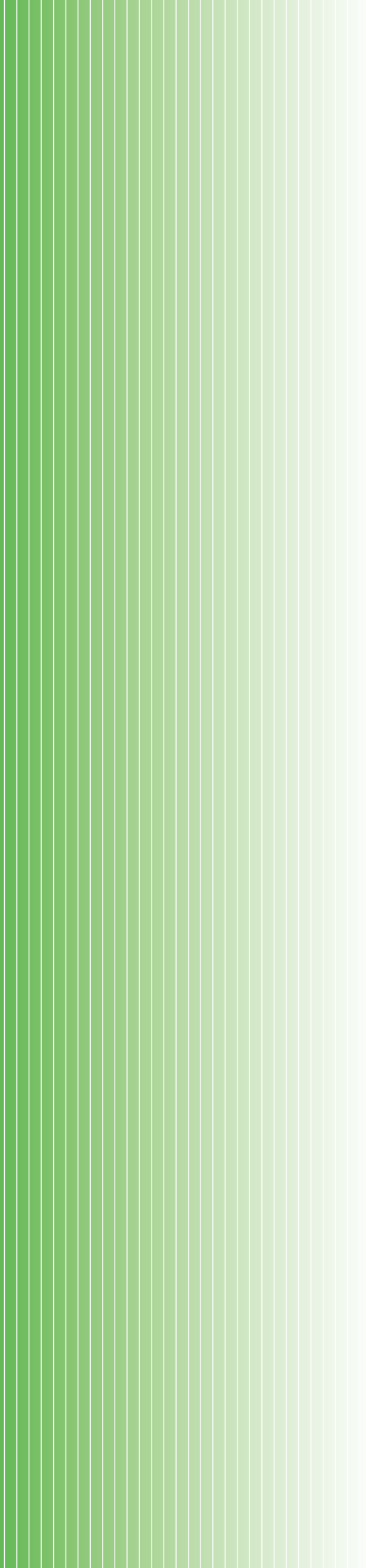
■ おわりに

以上、看護記録の書き方を看護過程に沿って述べた。適切な看護記録を作成するためには、看護過程、看護診断に習熟することが必要となる。「観察」「看護診断」「成果(目標)・計画」「実施」「評価」という看護過程のサイクルを正しく理解し、適切な看護記録が作成されることが望まれる。

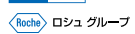
文献

1) 江川隆子編：かみくたき看護診断 第4版，日総研，東京，2006

memo



中外製薬株式会社 |



ロシュグループ