

『実習記録に つまずいたとき読む本』

著 ● ローザン由香里

練習問題



ゴードンの機能的健康パターン、 ヘンダーソンの基本的ニード

本書のPart3で学んだプロセスについておさらいできるパートを用意しました。

ひとつは、本書と同じくゴードンの枠組みを使った実習記録で、
リスク型看護診断の場合でおさらいする練習問題です。

こちらでは〈排泄パターン〉をアセスメントしてみましょう。

もうひとつは、本書では取り上げていない、ヘンダーソンの枠組みを使った
実習記録の書き方を同じプロセスに沿って解説しています。

本書の理解をより深めるためにご利用ください。

CONTENTS

P.2 1. 復習：ゴードンの機能的健康パターンの実習記録

P.22 2. 応用：ヘンダーソンの基本的ニードの実習記録

練習問題に使用する事例

1. 2. 共通してこの事例を使用します

のうこうそく

脳梗塞(A氏・72歳・男性)

発症直後には、言語障害、右空間無視などがみられたが、いずれも回復している。
現在は、後遺症として右片麻痺を認めており、薬物療法とリハビリテーションを継続
している。「利き手が使えないのは不便ですけど、リハビリの先生に助けてもらいな
がら、左手をうまく使えるように練習しています」と笑顔で話す。

毎日、7～8回/日排尿がある。残尿感はない。発症前は毎日排便があったが、現
在は毎日緩下薬を服用しており、1日おきに有形の普通便が出ている。1日の水分摂
取量はおよそ600mL。

「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」

「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行か
なくて済むようにしています」

「便はときどきがまんすることがありますね」

1 復習

ゴードンの機能的 健康パターンの実習記録

アセスメント～看護診断(問題の明確化)までの プロセスのおさらい、練習問題



〈排泄パターン〉のアセスメントで、プロセス(考える→書くプロセス)をおさらいしましょう。おさらいをするにあたり、問題を用意しています。一つずつ回答しながら、プロセスの理解を深めていきましょう。

■ アセスメント～看護診断(問題の明確化)までの考える→書くプロセスのおさらい

プロセス① 情報の収集⇔情報の読み取り

1. どのような情報が必要なのかを確認する
2. 必要な情報を集める
3. 集めた情報を読み取る
4. 読み取った結果から結論を出す

プロセス② 原因の究明

1. アセスメントの結論を再確認する
2. 原因を探る
3. 確認できた原因とアセスメントの結論を書く

プロセス③ 看護診断(問題の明確化)

1. 候補の看護診断の診断指標、関連因子(または危険因子)と照合して看護診断を確定する
2. 看護診断を所定の方法で構成する
3. 2を所定の欄に書く

プロセス①：情報の収集⇔情報の読み取り

1. どのような情報が必要なのかを確認する



問題

排泄パターンをアセスメントするのに、
どのような情報が必要ですか？

「え〜っと、どんな情報が必要になるかなあ」と考えはじめてもよいのですが、「思い出す」代わりに、ゴードンの機能的健康パターンについて解説している**教科書や参考書、または授業の資料などを使う**と、漏れなく、ずれなく必要な情報を確認することができます。〈排泄パターン〉について解説しているページを読み直して、必要な情報を確認してみましょう。

回答例 アセスメントに必要な情報

〈排泄パターン〉アセスメントの視点

- 排便の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか
- 排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか

項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
排便 ● 排便パターン(規則性) ● 回数、特徴、不快感、コントロールの問題、緩下薬の服用			
排尿 ● 排尿パターン(規則性) ● 回数、コントロールの問題 ● 過剰な発汗 ● 体腔ドレナージ、吸引、その他			



2. 必要な情報を集める



問題

事例を読んで、〈排泄パターン〉をアセスメントするのに必要な情報を抜き出してみましょう

いきなり事例を読み始めてはいけません。最初に、排泄のアセスメントとは、何について判断することなのか(アセスメントの視点)を確認します。次に、さきほど整理したアセスメントに必要な情報を確認します。事例を読むのは、このあとです。

必要な情報に気づくためには、こうした準備が必要です。情報が書かれている文章を読み終えることがゴールなのではありません。書かれている情報のなかから、〈排泄パターン〉をアセスメントする情報を引きわめることがねらいです。

回答例 必要な情報を集める

〈排泄パターン〉アセスメントの視点

- 排便の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか
- 排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか

項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
排便 ● 排便パターン(規則性) ● 回数、特徴、不快感、コントロールの問題、緩下薬の服用	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし) ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしています」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」 ● 1日の水分摂取量はおよそ600mL		
排尿 ● 排尿パターン(規則性) ● 回数、コントロールの問題 ● 過剰な発汗 ● 体腔ドレナージ、吸引、その他	● 規則的 ● 7～8回/日 ● 過剰な発汗なし ● 排液なし		

3. 集めた情報を読み取る



問題

情報を読み取るとは、具体的に何をどうすることをいいますか？ あなたの言葉で説明してみましょう。その方法で、「1日おきに排便がある。発症前は毎日排便があった」という情報を読み取ってみましょう

「情報を読み取る」とは、アセスメントの視点に沿って、基準、標準、一般、平均、発症前、治療前、入院前などを基準にして比較をすることでしたね。じーっと情報を眺めているだけでは「読み取り」はできません。「**比較**」という方法で情報を読み取ることを覚えておくと、集めた情報を目の前にして、何もないうまま時間がすぎていくということはありません。

ここでは、考える流れを確認しやすくするために、情報の横に読み取った内容を書き出しますが、「情報の読み取り」の欄に書かれているものは、下書き用の内容です。この続きに、清書用の内容が登場します。ご注意ください。

回答例 情報の読み取り(下書き用)

〈排泄パターン〉アセスメントの視点

- 排便の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか
- 排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか

項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
排便 ● 排便パターン(規則性) ● 回数、特徴、不快感、コントロールの問題、緩下薬の服用	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし) ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしています」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」 ● 1日の水分摂取量はおよそ600mL	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている ● 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用しており、自然な排便ができていない ● 1日の水分摂取量が少ない ● 1日の水分摂取量が不足していると、便秘を起しやすい ● 必要量の水分を摂取することにおいて指導が必要かも ● 便意をがまんすることは、便秘を生じやすい。便意をがまんすることにおいても指導が必要かも	
排尿 ● 排尿パターン(規則性) ● 回数、コントロールの問題 ● 過剰な発汗 ● 体腔ドレナージ、吸引、その他	● 規則的 ● 7～8回/日 ● 過剰な発汗なし ● 排液なし	● 通常と変わらない ● 正常である ● 問題なし ● 水分摂取が少ないことが、尿量に影響する可能性がある	

4. 読み取った結果から結論を出す



問題

次のうち、プロセスに沿って結論を出しているのは、どちらでしょう。

- ①便秘を生じる可能性がある
- ②ストレスが生じる可能性がある

正解は①です。②は、いわゆる「ずれている結論」になります。なぜ、②の結論がずれているのかというと、アセスメントの結論は、アセスメントの視点と、情報を読み取った結果を照らし合わせて出すものだからです。

今回は、〈排泄パターン〉のアセスメントをしています。判断する事柄は「排便または排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか」についてです。情報を読み取った結果から、今後ストレスが生じる可能性はあるかもしれません。ただし、その結論を述べるのは、〈排泄パターン〉ではないということです。

アセスメントの視点と情報を読み取った結果を照らし合わせ、看護を必要とする現象が見られる、または見られる可能性があるという場合、その現象は何か、**候補の看護診断**をあげます。

回答例 結論

結論：便秘が生じる可能性がある

プロセス②：原因の究明

1. アセスメントの結論を再確認する

「**結論：便秘が生じる可能性がある**」を再度確認します。

2. 原因を探る



問題

実際に原因を確認してみましょう

問題を読んで、どのような方法で原因を探ろうと考えましたか。漏れなく、ずれなく、患者さんの原因を確認するには、とりあえず考えたり、手当たり次第可能性をあげる代わりに、「手がかり」を参考にするとよいでしょう。原因を探るための手がかりとは、本書のPart3(P.44～)で紹介した4点です。

- 1) 疾患との関連
- 2) 治療との関連
- 3) 発達段階との関連
- 4) 心理状態、生活習慣などとの関連

「便秘が生じる可能性がある」という結論の場合、今現在、便秘は起こっていない状態です。この場合、原因ではなく、危険因子を探ります。**危険因子**というのは、看護を必要とする現象を起こしうる因子ということです。今回の場合に当てはめると、便秘が生じることに影響する因子が、危険因子ということです。

回答例 手がかりを頼りに危険因子を探る

1)疾患との関連	麻痺があることによる活動量の低下
2)治療との関連	緩下薬を使用しており自然な排便ができていない
3)発達段階との関連	加齢にともなう消化機能の低下
4)心理状態・生活習慣などとの関連	水分摂取を控えている(水分摂取量が少ない) 排便をがまんしている

3. 確認できた原因(危険因子)とアセスメントの結論を書く

ここで書く内容は、①情報を読み取った結果、②結論、③原因(ここでは**危険因子**)、です。



問題

まずは文章の内容・つくりを気にしないで、
3つを並べてみましょう

きれいな読みやすい文章が完成する「前」に、必要な3つの事柄がそろっているということが重要です。これまでに作業してきた内容のうち、どれが①に当てはまるのか、どれが②に当てはまるのか、どれが③に当てはまるのか、を確認したうえで、まずは①、②、③の順に並べます。読みやすい文章にするのは、そのあとです。

■ 排尿についてのアセスメント

水分摂取が少ないことが、尿量に影響する可能性があるが、排尿は、通常と変わらず規則的であり、過剰な発汗や他の排液もないため(①)、現在のところ看護介入の必要はないと考える(②)。

排尿に関しては、看護介入の必要はないという結論としたため、③はありません。では次に、排便についてのアセスメントを確認しましょう。

■ 排便についてのアセスメント

- 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている
- 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用しており、自然な排便ができていない
- 1日の水分摂取量が少ない
- 1日の水分摂取量が不足していると、便秘を起こしやすい
- 必要量の水分を摂取することにおいて指導が必要かも
- 便意をがまんすることは、便秘を生じやすい。便意をがまんすることにおいても指導が必要かも

「これらのことから、便秘になる可能性がある」という結論が続いていきます。内容の重複や危険因子、看護介入の内容などを省いて整理します。整理した内容を、記録用紙に書きます。

回答例 危険因子とアセスメントの結論

〈排泄パターン〉アセスメントの視点

- 排便の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか
- 排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか

項目	情報	解釈・分析	看護診断(問題の明確化)
排便 ● 排便パターン(規則性) ● 回数、特徴、不快感、コントロールの問題、緩下薬の服用	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし) ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしています」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」 ● 1日の水分摂取量はおよそ600mL	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている ● 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用しており、自然な排便ができていない ● 1日の水分摂取量が少ない ● 便意をがまんすることは、便秘を生じやすい これらのことから、便秘になる可能性があると考える 便秘を引き起こす可能性のある因子として、以下のことがあげられる ● 麻痺による活動量の低下 ● 加齢に伴う消化機能の低下 ● 水分摂取量の不足 ● 便意をがまんしていること	①情報を読み取った結果 ②結論 ③原因(ここでは危険因子)



ここを
わかりやすく書くコツは
本書 P.48 ～を参照

プロセス③：看護診断(問題の明確化)

1. 候補の看護診断の診断指標、関連因子(または危険因子)と照合して看護診断を確定する



看護診断「便秘」と、看護診断「便秘リスク状態」。
今回の事例の場合、どちらが該当するでしょう

どちらが該当するのかを確認するために、『NANDA-I 看護診断 定義と分類』を手にとって見たあなたは、アセスメントにもとづくずれない看護診断ができるでしょう。看護診断は、看護診断名で選ぶわけでも、感覚で選ぶわけでもありません。必ずアセスメントの内容と、看護診断の条件とを照らし合わせて、その看護診断が当てはまるかどうかを確認します。

今回は、「便秘になる可能性がある(これから便秘という状態になりうる＝**リスク型看護診断**)」という判断ですので、徴候となる診断指標や、原因としての関連因子はありません(関連因子がある場合の書き方は本書P.52～を参照)。確認するのは、**危険因子**です。『NANDA-I 看護診断 定義と分類』を使って照合します。

回答例 看護診断の確定

看護診断：便秘リスク状態

定義：通常の排便回数が減り、排便困難や不完全な便の排出が起こりやすく、健康を損なうおそれのある状態

当てはまる危険因子：1日の平均的な身体活動量が性別・年齢別の推奨以下、消化管運動の低下、便意の習慣的な無視、水分摂取不足

T. ヘザー・ハードマン, 上鶴重美 原書編集, 上鶴重美 訳: NANDA-I看護診断 定義と分類 2018-2020 原書第11版, 医学書院, 東京, 2018: 233, より一部抜粋して転載

2. 看護診断を所定の方法で構成する



看護診断を所定の方法で構成してみましょう

潜在的な問題、まだ実際には発生していない問題に対する、患者さんの脆弱性に対して看護介入を必要とする場合、

〈看護診断〉：
(危険因子を示す)によって明らか

で表します。

回答例 看護診断の構成**便秘リスク状態：**

麻痺による活動量の低下、加齢に伴う消化機能の低下、水分摂取量の不足、便意をがまんしていることによって明らか

3. 2を所定の欄に書く**問題**

2で構成した看護診断を記録用紙の欄に書いてみましょう

看護診断を書く欄に、看護診断と危険因子を記入します。

回答例 看護診断を記録用紙に書く**〈排泄パターン〉アセスメントの視点**

- 排便の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか
- 排尿の規則性、コントロールの状況に関して、看護を必要とする現象は見られないか、そのような現象が生じる可能性はないか

項目	情報	解釈・分析	看護診断(問題の明確化)
排便 ● 排便パターン(規則性) ● 回数、特徴、不快感、コントロールの問題、緩下薬の服用	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし) ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしています」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」 ● 1日の水分摂取量はおおよそ600mL	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている ● 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用しており、自然な排便ができていない ● 1日の水分摂取量が少ない ● 便意をがまんすることは、便秘を生じやすい これらのことから、便秘になる可能性があると考える 便秘を引き起こす可能性のある因子として、以下のことがあげられる ● 麻痺による活動量の低下 ● 加齢に伴う消化機能の低下 ● 水分摂取量の不足 ● 便意をがまんしていること	便秘リスク状態 ● 麻痺による活動量の低下 ● 加齢に伴う消化機能の低下 ● 水分摂取量の不足 ● 便意をがまんしていること によって明らか

看護計画立案のプロセスの おさらい、練習問題



引き続き、〈排泄パターン〉の看護診断で、プロセス(考える→書くプロセス)をおさらいしましょう。

■ 看護計画立案の考える→書くプロセスのおさらい

プロセス① 期待される成果を明確にする

1. 看護診断の記述から、診断指標、関連因子(危険因子)、を確認する
2. 看護診断から期待される成果の骨組みをつくる
3. 期待される成果を具体的ににする
4. 期待される成果を記録用紙に書く

プロセス② 期待される成果を得るための計画(看護介入)を立てる

1. 期待される成果を確認する
2. 成果を得るために具体的に何をするのかを検討する
3. 必要な場合、看護計画の内容を具体的ににする
4. 看護計画の内容を記録用紙に書く

プロセス①：期待される成果を明確にする

1. 看護診断の記述から、診断指標、関連因子(危険因子)、を確認する

今回は、「**便秘リスク状態**」と看護診断しました。リスク状態の場合、診断指標、関連因子はありません。

危険因子を確認します。

危険因子：

- 麻痺による活動量の低下
- 加齢に伴う消化機能の低下
- 水分摂取量の不足
- 便意をがまんしている

2. 看護診断から期待される成果の骨組みをつくる



問題

次のうちプロセスに沿った期待される成果は、どれでしょう

- ①腹部マッサージを習慣化できる
- ②1日の活動量が増える
- ③1日の水分摂取量が増える
- ④食物繊維の摂取量が増える

看護診断から導き出す方法（視点①）と、**危険因子から導き出す方法**（視点②）を使って、期待される成果の骨組みをつくります。

■ 2つの視点を使って期待される成果に変換する

看護診断(看護問題)	期待される成果
視点① 看護診断(看護問題) 便秘リスク状態	この状態が解決する →便秘のリスクが減少・解消する
視点② 危険因子 ●麻痺による活動量の低下 ●加齢に伴う消化機能の低下 ●水分摂取量の不足 ●便意をがまんしている	これらの原因が減る、なくなる →活動量が増加する →水分摂取量が増加する →便意をがまんしなくなる

※加齢に伴う消化機能の低下は、看護介入によってそれ自体を減らしたり、なくしたりすることはできません。そのため、ほかの危険因子を使って期待される成果を設定します。

長期目標を看護診断の解決、短期目標を危険因子が減る、なくなることと考えると、2つの視点を使って変換したものから、次のように考えられます。

■ 2つの視点と長期目標・短期目標

視点①＝長期目標：看護診断が解決する →便秘のリスクが減少・解消する＝便秘を起こさない
視点②＝短期目標：危険因子が減る、なくなる →活動量が増加する →水分摂取量が増加する →便意をがまんしなくなる

よって、プロセスに沿って立てた期待される成果は、②と③ですね。

3. 期待される成果を具体的にする



問題

期待される成果に肉づけすることで具体的な内容にしてみましょう

基本形にあてはめて、内容を具体的にします。

期待される成果が具体的にになる構成の基本形の一例

- ① いつまでに
- ② 誰が
- ③ どんな場面で
- ④ どの程度うまく
- ⑤ ～できる

回答例 期待される成果を具体的ににする

〈短期目標〉

活動量が増加する →

○月×日までに、患者が、午前・午後15分ずつ、病棟内を付き添いのもと、自力で歩行できる

水分摂取量が増加する →

○月×日までに、患者が、看護師によって時間ごとに用意された水分を摂取することができる(1日合計1,200mL)

便意がまんしなくなる →

○月×日までに、患者が、便意を感じたときには毎回、がまんせず排便できる

4. 期待される成果を記録用紙に書く



問題

さいごに、完成した期待される成果を記録用紙に書いてみましょう

回答例 期待される成果を記録用紙に書く

看護診断：便秘リスク状態

期待される成果：

長期目標：

便秘を起こさない

短期目標：

1. ○月×日までに、患者が、午前・午後15分ずつ、病棟内を付き添いのもと、自力で歩行できる
2. ○月×日までに、患者が、看護師によって時間ごとに用意された水分を摂取することができる(1日合計1,200mL)
3. ○月×日までに、患者が、便意を感じたときには毎回、がまんせず排便できる

O-P	T-P	E-P

プロセス②：期待される成果を得るための計画を立てる

1. 期待される成果を確認する
2. 成果を得るために具体的に何をするのかを検討する



問題

看護計画の見出しを考えてみましょう

看護計画の見出しとは、看護計画を系統的に整理するための目印とするもののことを指しています。今回の事例の患者さんが便秘にならないようにするために、どのような看護計画が必要になるでしょうか。「私だったら……」と自分に置き換えて考えてしまうのは、看護計画の内容がずれるものです。最初に確認しなければいけないのは、「**期待される成果**」です。期待される成果を得るために何をするのか＝**危険因子を減らしたり、なくしたりするために何をするのか**、これらが看護計画の内容になるはずです。

回答例 看護計画の見出し

見出し：

- 〈排便のコントロール〉 → 長期目標に対応
- 〈活動量の増加〉 → 短期目標1に対応
- 〈水分摂取量の増加〉 → 短期目標2に対応
- 〈便意をがまんしない〉 → 短期目標3に対応

見出しができたなら、危険因子を減らしたり、なくしたりするために、**何をするのか**、**何を指導・説明するのか**、**何を観察するのか**、計画内容を検討します。

3. 必要な場合、看護計画の内容を具体的に作る

検討した計画内容を具体的に作るために、「どのように」「どのようなことに注意して」という内容を追加します。患者さんの状態・状況に合った看護計画になるよう、身体的特徴、心理的特徴、日課・スケジュールを手がかりに具体性を出していきます。

4. 看護計画の内容を記録用紙に書く



問題

それでは、
前項3までの内容を記録用紙に書いてみましょう

回答例 看護計画を記録用紙に書く

看護診断：便秘リスク状態

期待される成果：

長期目標：

便秘を起こさない

短期目標：

- 月×日まで、患者が、午前・午後15分ずつ、病棟内を付き添いのもと、自力で歩行できる
- 月×日まで、患者が、看護師によって時間ごとに用意された水分を摂取することができる(1日合計1,200mL)
- 月×日まで、患者が、便意を感じたときには毎回、がまんせず排便できる

O-P	T-P	E-P
〈排便の状況〉 ● 排便の回数、間隔、時刻、所要時間 ● 量、性状、色 ● 努責、排便後の不快感の有無や程度 ● 腸蠕動音 ● 腹部膨満感、腹部不快感の有無や程度 ● 緩下薬の服用の有無、頻度、効果 〈活動量の増加〉 ● 1日の活動量(時間帯、内容、量) ● 運動時の様子(苦痛や不快はないか) 〈水分摂取量の増加〉 ● 食事摂取量、食事内容、摂取状況 ● 水分摂取量、摂取時間、摂取状況 〈便意をがまんしない〉 ● 排便のパターン ● 報告の際、遠慮がないかどうか、発言や表情を確認する	〈排便コントロール〉 ● 緩下薬の効果を確認しながら、下剤を調整する 〈活動量の増加〉運動量を増やす、腹筋を鍛える ● 運動を継続するための計画を立てる ● 午前中に1回、付き添いで15分歩行する ● 患者と相談しながら運動量を増やす ● 歩行以外に、座位や立位になる機会を増やす ● 座位で腹式呼吸を促す ● 体操や運動など、患者に合った方法について患者と相談しながら決定する 〈水分摂取量の増加〉 ● 朝食から夕食までの間に1,000mL(夕食以降、ベッドサイドに200mL準備する)。朝食前：200mL、朝食～昼食までの間：400mL、昼食から夕食までの間：400mL。そのつど用意・摂取しやすい水分やカップ、時間帯などについて相談・提案する 〈便意をがまんしない〉 ● 便意を知らせてもらったらずぐにトイレに移動する ● 状況に応じて車椅子で移動できるようにする	〈排便コントロール〉 ● 排便の状態について違和感や不快感を感じる場合、知らせてほしいことを伝える ● 緩下薬の使用について、排便の状態に合わせて調整する必要性について指導する 〈活動量の増加〉 ● 運動と便秘の関係について説明する ● 運動量について、患者と適宜相談する 〈水分摂取量の増加〉 ● 水分摂取と便秘の関係について説明する ● 便秘と脳梗塞の関係について説明する ● こぼしてしまった場合は、知らせてほしいことを伝える 〈便意をがまんしない〉 ● 便意をがまんすることの影響について、説明する ● 便意を感じたら、すぐに知らせてほしいことを伝える

O-P、T-P、E-Pの
くわしい書き方は
本書 P.67 を参照



看護計画実施～看護介入の効果を判断する プロセスのおさらい、練習問題



引き続き、「便秘リスク状態」の看護計画で、プロセス(考える→書くプロセス)をおさらいしましょう。

■ 看護計画実施～看護介入の効果を判断するの考える→書くプロセスのおさらい

プロセス① 看護計画の内容を確認する(実施の準備をする)

1. 「看護診断」「期待される成果」「実施する看護介入」を確認する
2. 観察の準備をする

プロセス② 看護介入を実施する

1. 看護計画にもとづいて、必要な看護介入(観察を忘れずに)を実施する
2. 実施後、患者さんの発言、観察したこと、および感じたことや気づきなどをメモする

プロセス③ 看護介入を実施した結果を記録する(SOAPで書く)

1. 看護介入を実施した後に記入したメモを用意する
2. 期待される成果を再確認する
3. メモを整理する
4. S情報、O情報をもとに、看護介入の効果を判断する
5. SOAPの記録用紙に書く
6. 看護計画の追加・修正がある場合は、看護計画を追加・修正する

プロセス①：看護計画の内容を確認する

1. 「看護診断」「期待される成果」「実施する看護介入」を確認する

まず、どの看護診断に対して、どのような成果を得るために何をするのか、「看護診断」「期待される成果」「実施する看護介入」を確認します。

2. 観察の準備をする



問題

実際に看護介入を実施するための準備をしてみましょう。
観察事項を何で確認して、どのように準備しますか

筆者は、このように準備をしました(回答例参照)。明日は、水分摂取の必要性について説明をして、水分摂取を促すことにしました。そのほか、便意をがまんすることによる影響について説明することを予定しました。排便のパターンを確認して、便意を感じたらすぐに対処できるよう、準備を整えることとしました。これらを踏まえて、実施した看護介入の効果ををはかるために必要な観察項目を、下に示したようにメモに準備しました。

看護介入を実施するための準備において大事なことは、何をするのかだけではなく、**何をするとき何**
を観察するのか、観察項目を合わせて確認することです。

回答例 便秘リスク状態の観察の準備(メモ帳の準備)

〈排便の状況〉

- ・排便の回数 間隔 時刻 所要時間
- ・量 性状 色
- ・努責(あり、なし、) 排便後の不快感(あり、なし、)
- ・腸蠕動音
- ・腹部膨満感(あり、なし、) 腹部不快感(あり、なし、)
- ・緩下薬の服用(前日あり、なし、)

〈活動〉

- ・1日の活動量(時間帯、内容、量)
- 時間:
- 時間:
- ・運動時の様子(苦痛や不快、あり、なし、)

〈水分〉

- ・食事摂取量() 食事内容() 摂取動作()
- ・水分摂取量(朝前: 朝後: 昼後: 夜:)

〈便意〉

- ・報告の際、遠慮がないかどうか、発言・表情

プロセス②：看護介入を実施する

1. 看護計画にもとづいて、必要な看護介入(観察を忘れずに)を実施する

下記の看護介入を実施するなかで、看護介入の効果を判断するのに必要なS情報と、O情報を集めます。

必要な看護介入

- 水分摂取の必要性について説明をする
- 水分摂取を促す
- 便意をがまんすることの影響について説明する。排便のパターンを確認して、便意を感じたらすぐに対処できるよう準備を整える

2. 実施後、患者さんの発言、観察したこと、および感じたことや気づきなどをメモする

プロセス①で用意したメモ帳に、できる限り実施直後に、実施したこと、その結果、気づいたことなどをメモします。今回はプロセス①でつくったメモ帳に、下記のようにメモしました(赤字部分が記載例)。

■ 看護介入実施後のメモの一例

〈排便の状況〉

- ・ 排便の回数 1回 間隔 昨日なし、本日未
- ・ 時刻 いつも昼ご飯の後に行く 所要時間
- ・ 量 普通 性状 有形 色 茶色
- ・ 努責(あり、なし) 排便後の不快感(あり、なし)
- ・ 腸蠕動音 聴取可能、良好
- ・ 腹部膨満感(あり、なし) 腹部不快感(あり、なし)
- ・ 緩下薬の服用 (前日あり、なし、)

「便はすんなり出ます。お腹ですか？ すっきりしてます」

〈活動〉

- ・ 1日の活動量(時間帯、内容、量)
- ・ 時間：PT(理学療法士)による10時リハビリ
- ・ 運動時の様子(苦痛や不快、あり、なし)

〈水分〉

- ・ 食事摂取量(10割) 食事内容(治療食) 摂取動作(良好)
- ・ 水分摂取量(朝前：OK 朝後：OK 昼後：進まず 14時残 250mL 夜：)

「朝起きてから、もう少し飲めそうな気がします。昼はごはんの内容によりますね。今日は汁が多かったから」

〈便意〉

- ・ 報告の際、遠慮がないかどうか、発言・表情

「トイレ、お願いしてもいいですか。がまんしてはいけませんよね。水分が、脳梗塞に関係あるなんて、思ってもみなくて」車椅子で移動

プロセス③：看護介入を実施した結果を記録する

1. 看護介入を実施した後に記入したメモを用意する

まず、SOAP記載の元になるプロセス②で作成した実施後に記入したメモを準備します。

2. 期待される成果を再確認する

看護計画にある期待される成果を再確認します。



問題

SOAPを書く前に、期待される成果を確認しないと、
どんなことが考えられるでしょう

答えは、**実施した看護介入の効果を適切に判断できません。**

SOAPを書く前に、期待される成果を再確認するのは、実施した看護介入について、判断する基準を明らかにするためです。実施した看護介入が効果的であったかは、期待される成果を得られる看護介入であったかで判断します。

実施した看護介入の効果を判断するはずのSOAPが、反省文や感想文になってしまうことがあります。実施した看護介入の評価とは、つまり何を判断することなのか、この点を理解しておくことで、メモの内容を整理しやすくなります。

3. メモを整理する



問題

「便秘リスク状態」に関係のある内容をSとOに分けて整理
してみましょう

回答例 メモを整理する

S:

「便はすんなり出ます。お腹ですか？ すっきりしてます」、「朝起きてから、もう少し飲めそうな気がします。昼ごはんの内容によりますね。今日は汁が多かったから」、「トイレ、お願いしてもいいですか。がまんしてはいけませんよね。水分が、脳梗塞に関係あるなんて、思ってもみなくて」

O:

〈排便の状況〉

- 排便の回数：1回、間隔：昨日なし、本日午後からあり
- 時刻：いつも昼ご飯の後に行く
- 量：普通
- 性状：有形
- 色：茶色
- 努責なし、排便後の不快感なし
- 腸蠕動音：聴取可能、良好
- 腹部膨満感なし、腹部不快感なし
- 緩下薬の服用：前日あり

〈活動〉

- 活動時間：PT(理学療法士)による10時リハビリ
- 運動時の様子：苦痛や不快感なし

〈水分〉

- 食事摂取量：10割
- 食事内容：治療食
- 摂取動作：良好
- 水分摂取量(朝前：OK、朝後：OK、昼後：進まず14時残250mL)

〈便意〉

- 患者の希望があり、トイレまで車椅子で移動

4. S情報、O情報をもとに、看護介入の効果を判断する



問題

実施した看護介入の効果を判断する場合、
「効果的であったかどうか」は何を基準に判断しますか

看護介入は、2つの視点で効果について判断します。1つめは、**期待される成果を得るための計画として効果的であったかどうか**を判断する視点です。期待される成果は、どれも危険因子を減らしたり、なくしたりした状態になっています。看護介入によって、危険因子を減らしたり、なくしたりすることができたかどうかを、看護介入前後の危険因子の変化によって判断します。そして2つめの視点は、**看護介入の方法が適切であったかどうか**です。

■ S、Oからの効果の判断

排便の状態に関して観察したことの効果の判断

- 緩下薬の服用によって、排便はコントロールできており、便秘を起こしていないといえる

水分摂取量を増やす看護介入の効果の判断

〈視点①〉

- 水分摂取の必要性について説明を受けた後、用意された水分を摂取している
→ 介入前に比べて、水分摂取量は増加している

〈視点②〉

- 午後から水分摂取量が減ったが、患者自身で昼食の水分が多かったためだと分析している
→ 食事の内容と照らし合わせて、水分摂取量を調節する必要あり
- 朝起きてからはもう少し飲めそうという発言あり
→ 朝食前の水分摂取量を増やしてもいいかもしれない
- 用意された水分を摂取できていること、必要量を摂取できるよう工夫をしていることから、水分摂取の必要性についての説明は、患者に合った方法で行うことができたといえる

便意をがまんしないことに関する看護介入の効果の判断

〈視点①〉

- 便意をがまんすることと便秘の関係、便秘と脳梗塞との関係について説明を受けた後、便意をがまんせず報告している
→ 介入前に比べて、便意をがまんするという行為がなくなった

〈視点②〉

- 便意をがまんするという行為が変化したため、説明の方法は適切であったと考える。また、便意の報告を受けた後、すぐに対応できたことも、便意をがまんさせないことにつながった

5. SOAPの記録用紙に書く



問題

前述した内容をもとに、SOAPを組み立ててみましょう

SOAPのおさらい**S：患者さんの発言****O：実施したことに対する患者さんの反応、観察したこと、診察したこと、実施したこと****A：S情報とO情報をもとに、実施した看護介入の効果を判断する****視点① 実施した看護介入の前後を比較することで、期待される成果を得るための看護介入であったかどうかを判断する****視点② 実施に関する患者さんの反応から、患者さんに合った方法であったかどうかを判断する****P：Aをもとに、看護計画の追加・修正はないかどうかを検討する****回答例 SOAPの記録用紙に書く**

S：S1「便はすんなり出ます。お腹ですか？ すっきりしてます」、S2「朝起きてから、もう少し飲めそうな気がします。昼ごはんの内容によりますね。今日は汁が多かったから」、S3「トイレ、お願いしてもいいですか。がまんしてはいけないんですよね。水分が、脳梗塞に関係あるなんて、思ってもみなくて」

O：昨日、緩下薬を服用しており、本日午後から排便あり
有形普通便で、排便時の努責はない。排便後の不快感はない
腸蠕動音を良好に聴取できる。腹部膨満感、腹部不快感はなく、排便に関してS1が聞かれる

水分摂取の必要性について説明した後、約束の時間に水分を用意した
朝食前200mL摂取、朝食後から昼食までの間に400mL摂取、14時時点で、合計750mL摂取できている

便意をがまんすることと便秘の関係、便秘と脳梗塞の関係について説明をした
昼食後S3の発言があり、車椅子でトイレまで移動し排便した

A：緩下薬の服用によって、排便はコントロールできており、便秘を起こしていないといえる

前日と比べて水分摂取量は増加している
水分摂取の必要性についての説明後、自主的に水分を摂取していること、午後からの水分摂取量が減ったことを、患者自身で分析していることなどから、水分を摂取することへの関心が高まっており、指導の方法は効果的であったと考える。S2から、時間ごとの水分摂取量について、調整する必要がある

説明の結果、便意をがまんするという行為がなくなった
便意をがまんするという行為が変化したことから、説明の方法は適切であったと考える。また、便意の報告を受けた後、すぐに対応できたことも、便意をがまんさせないことにつながったと考える

P：患者の提案から、食事内容に合わせて水分摂取量を調整すること、朝食前の水分量を増やすことを、計画に追加する

6. 看護計画の追加や修正が必要な場合は、看護計画を追加・修正する

今回は、追加事項がありましたので、Pで確認した内容を、看護計画に追加をします。

＊

アセスメントからSOAPまで、考える、そして書くというプロセスをおさらいしてきました。看護過程を展開する機会があるたびに、プロセスをもとに「考える方法」と「書く方法」を確認してみてください。何度も繰り返し、看護過程を展開するなかで5つのステップの「重なり」を実感できるようになり、患者さんに合った看護を実践するために、重なり的重要性を理解できることと思います。

2 応用

ヘンダーソンの 基本的ニーズの実習記録

ヘンダーソン看護論とは



ヘンダーソン看護論を使って、看護過程を展開する方法を学ぶ前に、ヘンダーソン看護論の基本について確認しておきましょう。ヘンダーソンは「看護師の独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動をするのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意思力と知識とをもっていれば、これらの行動は他者の援助を得なくとも可能であろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う¹」と、『看護の基本となるもの』のなかで述べています。

ヘンダーソンによると、人は14の基本的欲求を持つ存在で、その人が必要なだけの体力と意思力と知識を持ち合わせているとき、その人自身によって基本的欲求を満たすことができるのだといいます。さらに、その人に必要なだけの体力と意思力と知識が足りていないとき、それは基本的欲求が満たされていない状態で、看護師は、その足りない部分の担い手になるという考えです。

ヘンダーソン看護論で看護過程を展開するということは、ヘンダーソン看護論を使って、対象の看護を実践するために考えるということです。それは、**患者さんの基本的欲求の充足状態を判断することであり、充足していないと判断する場合、何がどのように足りていないのかを見きわめる**ことをいいます。**体力、意思力、知識のうち、何がどのように足りていないのか**、このことを見きわめることで、必要な援助を判断できると考えます。ヘンダーソン看護論で看護過程を展開する場合、この考えに則って、展開を進めていくことが重要です。

このさきは、Part3のプロセス（1. 復習でのプロセスと同様）にそってヘンダーソン看護論を使った看護過程の展開の記録について見ていきましょう。ただし、ここでは、看護計画立案までのプロセスを取り上げます。

アセスメント～看護診断(問題の明確化)までの プロセス



プロセス①：情報の収集⇔情報の読み取り

1. どのような情報が必要なのかを確認する

ヘンダーソン看護論でアセスメントする場合の情報について確認します。ここでは、『看護過程を使ったヘンダーソン看護論の実践』（秋葉公子 他著、ヌーヴェルヒロカワ、2013年）を参考にしています。ヘンダーソン看護論でアセスメントをするというのは、基本的欲求の充足状態を判断することです。

今回は、基本的欲求のうち、排泄のニーズの充足状態を判断するための情報を確認します。

■ ヘンダーソン看護論にもとづいた排泄のアセスメントに必要な情報の一例

排泄のニーズ「あらゆる排泄経路から排泄する」

1. 生理的で正常な排泄である
2. 快感がある

	項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
1	● 排便・排尿の回数や間隔、排泄量 ● 排泄物の性状 ● 排泄の動作や姿勢、体位 ● 排泄場所や構造・設備 用具・器具など ● 排泄物の各種検査 ● 排泄の訓練やリハビリなど			
2	● 身体的苦痛 ● 精神的苦痛 ● プライバシー ● トイレの設計や設備・ 臭気調整 など			

2. 必要な情報を集める

事例を読んで、排泄のニーズの充足状態を判断するための情報を抜き出し、記入します。

ゴードンの機能的健康パターンの場合と異なる点は、排泄をするために必要な「動作」についても「排泄のニーズ」のなかで扱っている点です。ゴードンの機能的健康パターンの〈排泄パターン〉でアセスメントをするとき、アセスメントの視点は規則性とコントロールができているかどうかという点です。排泄行為に関するアセスメントは、〈活動・運動パターン〉で扱います。

「排泄」という言葉だけで、そのニーズや健康パターンで扱う範囲を決めつけてしまわないよう、それぞれのニーズや健康パターンの理解が重要です。適切な情報を集めるためには、何について判断するための情報なのかを必ず確認しましょう。

今回は事例から確認できる情報だけを取り扱っていますが、実際には排泄行為に関する情報をさらに増やして、排泄行為に対する看護介入が必要かどうかについて、排泄のニーズのアセスメントをするなかで判断します。

■ ヘンダーソン看護論にもとづいた排泄のアセスメントに必要な情報記入の一例

排泄のニーズ「あらゆる排泄経路から排泄する」				
1. 生理的で正常な排泄である 2. 快感がある				
	項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
1	● 排便・排尿の回数や間隔、排泄量 ● 排泄物の性状 ● 排泄の動作や姿勢、体位 ● 排泄場所や構造・設備用具・器具など ● 排泄物の各種検査 ● 排泄の訓練やリハビリなど	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし)、1日7～8回排尿あり ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 1日の水分摂取量およそ600mL ● 脳梗塞発症後、リハビリをしている		
2	● 身体的苦痛 ● 精神的苦痛 ● プライバシー ● トイレの設計や設備・臭気調整 など	● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしてます」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」		

3. 集めた情報を読み取る

■ ヘンダーソン看護論にもとづいた排泄のアセスメントに関する情報の読み取り(下書き用)の一例

排泄のニード「あらゆる排泄経路から排泄する」				
1. 生理的で正常な排泄である 2. 快感がある				
	項目	情報	情報の読み取り	看護診断(問題の明確化)
1	● 排便・排尿の回数や間隔、排泄量 ● 排泄物の性状 ● 排泄の動作や姿勢、体位 ● 排泄場所や構造・設備用具・器具など ● 排泄物の各種検査 ● 排泄の訓練やリハビリなど	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし)、1日7～8回排尿あり ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 1日の水分摂取量およそ600mL ● 脳梗塞発症後、リハビリをしている	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている。排尿は規則的 ● 有形の普通便が出ていますが、緩下薬を使用しており、自然な排便ができていない ● 1日の水分摂取量が少ない	
2	● 身体的苦痛 ● 精神的苦痛 ● プライバシー ● トイレの設計や設備・臭気調整 など	● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしてます」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」	● 不快感はない ● 排泄行為に不便を感じている ● トイレの回数を減らしたいと考えており、自然な排泄ができていない ● 便意をがまんしており、自然な排便ができていない	

4. 読み取った結果から結論を出す

ヘンダーソン看護論の場合、ニードが充足しているのか、充足していないのか、充足状態の判別が結論になります。判別の基準は、基本的欲求の充足した状態です。読み取った結果をもとに、**生理的で正常な排泄であるかどうか、快感があるかどうか**について判断します。

■ 排泄のニードの結論例

結論：便意をがまんしたり、排泄の回数を減らすために水分摂取量を制限したりしていることから、生理的な排便ができていないため、ニードは充足していないと考える

今回は、このように結論づけました。ニードが充足していないという結論になった場合、原因を究明する次の段階に進みます。

プロセス②：原因の究明

1. アセスメントの結論を再確認する

「**結論：排泄のニードが未充足状態である**」を再度確認します。

2. 原因を探る

排泄のニードが未充足状態である原因を探ります。ヘンダーソン看護論を使う場合、原因・誘因を探る手がかりとして、「**常在条件**」「**病理的状态**」と関連づけるように説明しています。常在条件や病理的状态が、原因や誘因になりうると考えるためです。

■ ヘンダーソン看護論で原因を探る手がかり

常在条件	常時存在する条件のことで、年齢や性別の特徴、家族構成や人間関係、社会的役割や、個人の価値観、気質などを含む社会的ないし文化的状態、感覚機能、運動機能などを含む身体的ならびに知的能力をさす。基本的欲求に影響を与えるもの、とされる
病理的状态	健康問題や、健康問題にともなって生じている治療の状況などをさす。これらは、基本的欲求を変えるもの、とされる

■ 常在条件や病理的状态を手がかりに原因・誘因を探る

関連	考えられる原因・誘因
常在条件との関連	加齢に伴う 消化機能の低下
病理的状态との関連	麻痺がある ことによる活動量の低下 水分摂取を控えている(水分摂取量が少ない) 便意を がまん している 利き手に麻痺がある ことによる排泄行為の不便さ

3. 確認できた原因とアセスメントの結論を書く

ヘンダーソン看護論を使って原因を究明するとき、確認した原因・誘因について、それぞれ**体力、意思力、知識の何の不足によるものなのかを特定**します。不足しているものを補うことによって、基本的欲求を充足することができると考えるためです。

加齢に伴う消化機能の低下 → 体力の不足
 麻痺があることによる活動量の低下 → 体力の不足
 水分摂取を控えている(水分摂取量が少ない) → 知識の不足
 便意をがまんしている → 知識の不足
 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ → 体力の不足

■ 排泄のニードについてのアセスメント

- 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている
- 1日の水分摂取量が少ない
- 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用していること、麻痺のため利き手が使えない不便さから、トイレの回数を減らしたいと考えていること、便意をがまんしていることなどから、自然な排便ができていないこれらのことから、排泄のニードは未充足状態であると考える。

未充足状態になっている原因として、以下のことが考えられる。

- 加齢に伴う消化機能の低下(体力の不足)
- 麻痺があることによる活動量の低下(体力の不足)
- 水分摂取を控えている：水分摂取量が少ない(知識の不足)
- 便意をがまんしている(知識の不足)
- 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ(体力の不足)

この状態が改善しないと、便秘が生じやすくなる。便秘による努責が血圧上昇の要因となり、再梗塞を引き起こすおそれがある。よって、再梗塞予防のために、排便コントロールが必要である。(成り行き)

快感が伴う、自然な排泄ができるようになるには、活動量を増やしたり、患側を効果的に使うことができるようになるための看護介入や、水分摂取量の不足を補ったり、便意をがまんしたりしないために必要な学習を支援する必要がある。(援助の方向性)

ヘンダーソン看護論を使ってアセスメントをするときの特徴は、**成り行き**を示している点、解釈・分析の後に、**援助の方向性**を示している点です。成り行きについては、未充足状態が続くと今後どのような状態・状況が起こりうるかという内容を扱います。援助の方向性では、原因の究明で確認した原因・誘因を取り除く＝不足を補う、ことが当てはまります。

■ ヘンダーソン看護論にもとづいた排泄のニードのアセスメント記入例

排泄のニード「あらゆる排泄経路から排泄する」

1. 生理的で正常な排泄である
2. 快感がある

	項目	情報	解釈・分析	看護診断 (問題の明確化)
1	● 排便・排尿の回数や間隔、排泄量 ● 排泄物の性状 ● 排泄の動作や姿勢、体位 ● 排泄場所や構造・設備用具・器具など ● 排泄物の各種検査 ● 排泄の訓練やリハビリ など	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし)、1日7～8回排尿あり ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 1日の水分摂取量およそ600mL ● 脳梗塞発症後、リハビリをしている	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている ● 1日の水分摂取量が少ない ● 有形の普通便が出ているが、緩下薬を使用していること、麻痺のため利き手が使えない不便さから、トイレの回数を減らしたいと考えていること、便意をがまんしていることなどから、自然な排便ができていないこれらのことから、排泄のニードは未充足状態であると考える。	

	項目	情報	解釈・分析	看護診断 (問題の明確化)
2	● 身体的苦痛 ● 精神的苦痛 ● プライバシー ● トイレの設計や設備・臭気調整 など	● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしてます」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」	未充足状態になっている原因として、以下のことが考えられる。 ● 加齢に伴う消化機能の低下(体力の不足) ● 麻痺があることによる活動量の低下(体力の不足) ● 水分摂取を控えている：水分摂取量が少ない(知識の不足) ● 便意をがまんしている(知識の不足) ● 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ(体力の不足) この状態が改善しないと、便秘が生じやすくなる。便秘による努責が血圧上昇の要因となり、再梗塞を引き起こすおそれがある。よって、再梗塞予防のために、排便コントロールが必要である。(成り行き) 快感が伴う、自然な排泄ができるようになるには、活動量を増やしたり、患側を効果的に使うことができるようになるための看護介入や、水分摂取量の不足を補ったり、便意をがまんしたりしないために必要な学習を支援する必要がある。(援助の方向性)	

プロセス③：看護診断(問題の明確化)

1. 候補の看護診断の診断指標、関連因子(または危険因子)と照合して看護診断を確定する

NANDA-I 看護診断を使わない場合、ヘンダーソン看護論に対応した問題リストを使うことがあります。問題リストには、看護問題の名称、定義、看護問題を判定するために必要な情報、看護問題の原因・誘因が示されています。アセスメントの内容と、これらの内容を照らし合わせて、該当する看護問題を特定します。

2. 看護診断を所定の方法で構成する

「**原因(誘因)に関連する問題**」と記すことが一般的です。

■ 看護診断(看護問題)の構成例

加齢に伴う消化機能の低下、麻痺があることによる活動量の低下、水分摂取量の不足、便意をがまんしている、利き手に麻痺があることによる排泄行為への不便さに関連する排泄に伴う不快感

3. 2を所定の欄に書く

■ ヘンダーソン看護論にもとづいた排泄のニードの看護診断(看護問題)

排泄のニード「あらゆる排泄経路から排泄する」				
1. 生理的で正常な排泄である				
2. 快感がある				
	項目	情報	解釈・分析	看護診断 (問題の明確化)
1	● 排便・排尿の回数や間隔、排泄量 ● 排泄物の性状 ● 排泄の動作や姿勢、体位 ● 排泄場所や構造・設備用具・器具など ● 排泄物の各種検査 ● 排泄の訓練やリハビリ など	● 1日おきに排便あり(発症前は毎日排便、緩下薬なし)、1日7～8回排尿あり ● 有形の普通便。緩下薬を毎日服用している。不快感なし ● 1日の水分摂取量およそ600mL ● 脳梗塞発症後、リハビリをしている	● 発症前と比べて、排便の間隔が長くなっている ● 1日の水分摂取量が少ない ● 有形の普通便が出ているが、下剤を使用していること、麻痺のため利き手が使えない不便さから、トイレの回数を減らしたいと考えていること、便意をがまんしていることなどから、自然な排便ができない これらのことから、排泄のニードは未充足状態であると考え。	加齢に伴う消化機能の低下、麻痺があることによる活動量の低下、水分摂取量の不足、便意をがまんしている、利き手に麻痺があることによる排泄行為への不便さ
2	● 身体的苦痛 ● 精神的苦痛 ● プライバシー ● トイレの設計や設備・臭気調整 など	● 「すんなり出ます。緩下薬のおかげです」 ● 「利き手が使えないのでトイレが大変で。できるだけ水分を減らして、トイレに行かなくて済むようにしてます」 ● 「便は、ときどきがまんすることがありますね」	未充足状態になっている原因として、以下のことが考えられる。 ● 加齢に伴う消化機能の低下(体力の不足) ● 麻痺があることによる活動量の低下(体力の不足) ● 水分摂取を控えている：水分摂取量が少ない(知識の不足) ● 便意をがまんしている(知識の不足) ● 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ(体力の不足) この状態が改善しないと、便秘が生じやすくなる。便秘による努責が血圧上昇の要因となり、再梗塞を引き起こすおそれがある。よって、再梗塞予防のために、排便コントロールが必要である。(成り行き) 快感が伴う、自然な排泄ができるようになるには、活動量を増やしたり、患側を効果的に使うことができるようになるための看護介入や、水分摂取量の不足を補ったり、便意をがまんしたりしないために必要な学習を支援する必要がある。(援助の方向性)	に関連する 排泄に伴う不快感

看護計画立案のプロセス



プロセス①：期待される成果を明確にする

1. 看護診断の記述から、診断指標、関連因子(危険因子)、を確認する

今回は、「排泄に伴う不快感」と問題をあげた**原因・誘因**を確認します。

原因・誘因：

- 加齢に伴う消化機能の低下(体力の不足)
- 麻痺があることによる活動量の低下(体力の不足)
- 水分摂取を控えている：水分摂取量が少ない(知識の不足)
- 便意をがまんしている(知識の不足)
- 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ(体力の不足)

2. 看護診断から期待される成果の骨組みをつくる

看護診断(看護問題)から導き出す方法(視点①)と、**原因・誘因から導き出す方法**(視点②)を使って、期待される成果の骨組みをつくります。

■ 2つの視点を使って期待される成果に変換する

看護診断(看護問題)	期待される成果
視点① 看護診断(看護問題) 排泄に伴う不快感(苦痛、気兼ね)	この状態が解消・改善する → 排泄に伴う不快(苦痛、気兼ね)が解消・改善する
視点② 原因・誘因 ● 加齢に伴う消化機能の低下 ● 麻痺による活動量の低下 ● 水分摂取量の不足 ● 便意をがまんしている ● 利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ	これらの原因・誘因が減る、なくなる → 活動量が増加する → 水分摂取量が増加する → 便意をがまんしなくなる → 患側を効果的に使えるようになる

※加齢に伴う消化機能の低下は、看護介入によってそれ自体を減らしたり、なくしたりすることはできません。そのため、ほかの関連因子を使って期待される成果を設定します。

2つの視点と長期目標・短期目標

視点①＝長期目標：看護診断が解決する

→ 排泄に伴う不快(苦痛、気兼ね)が解消・改善する＝排泄に伴う不快(苦痛、気兼ね)がなくなる

視点②＝短期目標：原因・誘因が減る、なくなる

- 活動量が増加する
- 水分摂取量が増加する
- 便意をがまんしなくなる
- 患側を効果的に使えるようになる

3. 期待される成果を具体的ににする

基本形にあてはめて、内容を具体的にします。

期待される成果を具体的ににする

〈短期目標〉

活動量が増加する →

○月×日までに、患者が、午前・午後15分ずつ、病棟内を付き添いのもと、自力で歩行できる

水分摂取量が増加する →

○月×日までに、患者が、看護師によって時間ごとに用意された水分を摂取することができる(1日合計1,200mL)

便意をがまんしなくなる →

○月×日までに、患者が、便意を感じたときには毎回、がまんせず排便できる

患側を効果的に使えるようになる →

○月×日までに、患者が、排泄行為に不便を感じなくなる

→ ○月×日までに、患者が毎回の排泄時、自力でズボンの上げ下げができるようになる

→ ○月×日までに、患者から、排泄時のズボンの上げ下げにおいて不便を感じなくなると聞かれる

※現在の排泄行為において、具体的にどの動作に不便を感じているのかを明確にしたうえで、その動作がどれほどできるようになるとよいのかを検討し、期待される成果として設定するとよいでしょう。

4. 期待される成果を記録用紙に書く

期待される成果の記載例

看護診断(看護問題)：排泄に伴う不快感

期待される成果：

長期目標：

排泄に伴う不快(苦痛、気兼ね)がなくなる

短期目標：

1. ○月×日までに、患者が、午前・午後15分ずつ、病棟内を付き添いのもと、自力で歩行できる
2. ○月×日までに、患者が、看護師によって時間ごとに用意された水分を摂取することができる(1日合計1,200mL)
3. ○月×日までに、患者が、便意を感じたときには毎回、がまんせず排便できる
4. ○月×日までに、患者が毎回の排泄時、自力でズボンの上げ下げができるようになる

プロセス②：期待される成果を得るための計画を立てる

1. 期待される成果を確認する
2. 成果を得るために具体的に何をするのかを検討する
3. 必要な場合、看護計画の内容を具体的にする

期待される成果を設定して以降は、ゴードンの機能的健康パターンを使って看護過程を展開する場合と、基本的な考え方・方法は同じです。原因・誘因である「**不足している体力、意思力、知識**」を補うための**看護介入**を立てます。期待される成果を得る、ということは、排泄のニーズを未充足状態にしている原因・誘因を減らす、なくすということであり、同時に不足している体力、意思力、知識を補うということです。何の不足を補うための計画なのかという視点で整理すると、もれなく必要な計画を盛り込みやすくなります。

- 〈麻痺があることによる活動量の低下(体力の不足)〉に対する計画
- 〈水分摂取を抑えている：水分摂取量が少ない(知識の不足)〉ことに対する計画
- 〈便意をがまんしている(知識の不足)〉ことに対する計画
- 〈利き手に麻痺があることによる排泄行為の不便さ(体力の不足)〉に対する計画

4. 看護計画の内容を記録用紙に書く

所定の記録用紙に、看護計画の内容を記述します。看護計画立案以降は、本書や「1. 復習：ゴードンの機能的健康パターンの実習記録」をご覧ください。

<引用文献>

1. ヴァージニア・ヘンダーソン 著，湯槇ます，小玉香津子 訳：看護の基本となるもの，日本看護協会出版会，東京，2006：11.

<参考文献>

1. 秋葉公子，江崎フサ子，玉木ミヨ子，村中陽子：看護過程を使ったヘンダーソン看護論の実践 第4版，ヌーヴェルヒロカワ，2013.
2. 秋葉公子，江崎フサ子，玉木ミヨ子，村中陽子：ヘンダーソンの基本的看護に関する問題リスト 第4版，ヌーヴェルヒロカワ，2013.

