

看護計画開示に取り組んで

Disclosure of The Nursing Care Plan in Ward W7

西7階病棟：一ノ瀬幸子・高橋さおり・由上 恵子

〈要旨〉

私達は日々看護を行っていく上で、看護診断を行いそれぞれの患者にあった看護計画を立案し、看護ケアを提供している。しかし、アンケートを行ってみると、患者は日々の生活指導やセルフケアの援助などの看護ケアを看護ととらえておらず、患者が看護婦に期待している看護と、看護婦が提供している看護との間にずれが生じているのではないかと考えた。そこで、患者と共に看護計画を立案し看護計画を開示することで、より具体的で個別的な看護計画を立案することができた。それを評価、修正していくなかで、患者自らが意見を訴えることができ、患者自身の意志の決定につながり、闘病意欲を増すことができた。また、スタッフ間での看護ケアの統一を図ることができ、患者との信頼関係を結ぶ一因になったと考えられる。

〈キーワード〉

自己決定 看護記録 情報開示

I. はじめに

西7階病棟では平成10年度より、継続看護が行われているかを評価するために、退院時に患者にアンケートを行ってきた。アンケートの結果をまとめると、患者は医療補助を行うことが看護婦の仕事と考えており、日々の生活指導やセルフケア援助などの看護ケアを看護とはとらえていない。このため「何もしてもらっていない」という意見が聞かれた。これは、患者が看護婦に期待している看護と看護婦が提供している看護との間にずれが生じているためと考えた。そこで、そのずれをなくし患者の満足ができる看護を提供するために、患者と共に看護計画を立案し開示することで効果が得られたので報告する。

II. 研究方法

- ①期間：平成11年4月19日～平成12年1月31日
- ②対象：西7階病棟入院中の患者
- ③内容：
 - ・受け持ち看護婦が患者と話し合い看護計画を立案、実施する。
 - ・退院時と長期入院患者に対し、1ヶ月毎にアンケート調査を施行する。
 - ・看護計画開示の方法の評価・検討をする。

III. 結果

研究期間内に40例看護計画を開示した中から、経過を追って計画の評価・修正・追加の行われた1事例について記載する。

氏名：A・K氏 29歳 女性

病名：ギランバレー症候群

既往歴：平成9年2月 両側亜脱臼性股関節症にて手術

ドーム状骨盤骨折切断（左）

現病経過：平成11年3月より咳嗽，発熱，下痢症状が出現した。4月5日頃より手・足の痺れ，足底の痺れを自覚し整形外科受診するが異常が認められなかった。神経疾患を疑われ当院第3内科受診し，ギランバレー症候群が疑われ4月19日緊急入院となった。入院時，四肢の痺れと筋力低下あり。入院後4回の免疫吸着を施行した。リハビリにて上下肢の筋力回復をはかり状態が安定したため，リハビリ目的にて6月7日T病院へ転院となった。

【自力で起き上がり端座位がとれるまで】

（患者のベッドサイドに置いた看護計画）

目標：ベッドに座ることができる。

計画：1. 腕と足の動き。（観察）

2. ベッドを起こしている時間を長くしましょう。
3. 端座位訓練。（午前，午後）
4. リハビリを毎日行ないましょう。（ROM，筋力強化訓練）
5. 食事時は車椅子乗車か，端座位をとり，食べるようにしましょう。
6. 調子の悪い時は無理をしないようにしましょう。

目標：自分一人でできない事は援助が受けられる。

計画：1. 一人でできない事は何か。（観察）

2. 洗面・タオルは絞って渡し，歯ブラシはセッティングします。
3. 清潔；特殊浴槽浴2回／週行います。
4. 排泄；便器を使用します。
5. 体の向きはできる範囲で横を向きましょう。向きを変える時はお手伝いするので呼んで下さい。
6. 検査や吸着に行く時はお手伝いします。

筋力低下は上肢より下肢が強く，腰上げや体位交換が困難であった。A氏は松葉杖歩行になって帰りたいと希望されていたため，はじめは「ベッドに座る」ことを目標にして，看護婦とA氏と一緒に看護計画の立案を行った。リハビリはROMと筋力強化訓練を主に行い，内容と回数を表示して自力で行えない部分は看護婦が介助して一緒に行った。時間があるときはリハビリメニューを見ながら一人で行なったり，食事時リハビリを兼ねて端座位で摂取するなど，積極的に行えた。

セルフケア面についての計画立案は，A氏が一人でできる事とできない事を話し合った。そのことより，看護婦が介入する部分と，A氏が一人で行える部分が明確となった。また，体位交換について話し合うことで，A氏が体位交換の必要性を理解することができ，体位交換に心がけ，気兼ねなくナースコールで体位交換を希望することができた。

【自力で立ち上がり車椅子自立するまで】

(患者のベッドサイドに置いた看護計画)

目標：自力で立ち上がることができる。

- 計画：1. 腕、足の動き。力の入り具合。(観察)
2. 端座位訓練。(午前、午後)
 3. リハビリは毎日行いましょう。(ROM, 筋力強化訓練)
 4. 端座位になった時は足踏みをしましょう。
 5. 端座位になった時はお尻上げを行いましょう。
 6. 立ち上がりの練習 (看護婦と一緒に)
 7. 調子の悪い時は無理をしないようにしましょう。

目標：一人でできない事は援助が受けられる。

- 計画：1. 洗面：車椅子で洗面所で行いましょう。
(車椅子への移動は手伝います。)
2. 食事：端座位で食べましょう。
 3. 清潔：特殊浴槽で2回/週入りましょう。
 4. トイレ：日中は車椅子でトイレ、夜間はポータブルトイレで行いましょう。(看護婦の付き添いのもとで)
 5. スポンの上げ下ろしは自分でできるところまで行いましょう。
 6. 体の向き：体の向きはこまめに変えましょう。
 7. できない時は無理せず呼んで下さい。

リハビリの効果により筋力低下の改善が少しずつ見られ、ADLが拡大されてきた。そのため、A氏と計画の評価を行い、目標達成に向けてリハビリメニューの追加を行った。

セルフケアの計画の評価をする時など、A氏より「次はこうしたい。」などの希望がでてくるようになった。夜間のポータブルトイレでの排泄を希望されたため、できるだけ本人の希望に添えるように計画を立案した。しかし、まだ移動時の不安定さと、遠慮をして一人で移動して転倒する危険があったため、看護婦の付き添いのもとで移動を行うことを計画にあげた。その結果、A氏は移動時に必ずナースコールで知らせることができ、転倒が予防された。

【車椅子自立し歩行器での歩行が自立するまで】

(患者のベッドサイドに置いた看護計画)

目標：歩行器で歩くことができる。

- 計画：1. リハビリを毎日行いましょう。(ROM, 筋力強化訓練)
2. ベッドから車椅子への移動時など、立った時は必ず足踏みを行いましょう。
 3. 歩行器で歩行練習。(腰紐をつけて、看護婦と一緒に行きましょう。)
 4. 上肢に砂のうをつけて、上肢の筋力強化を図りましょう。
 5. 一人で行えないリハビリは看護婦と行いましょう。

目標：一人でできない事は援助が受けられる。

計画：1. 洗面：車椅子に乗車し、洗面所で行いましょう。

(車椅子への移動は手伝います。)

2. 食事：端在位で食べましょう。

3. 清潔：特殊浴槽で2回／週入りましょう。

4. トイレ：日中は車椅子でトイレ、夜間はポータブルトイレで行いましょう。(看護婦の付き添いのもとで)

5. ズボンの上げ下ろしは自分でできるところまで行きましょう。

6. 体の向き：体の向きはこまめに変えましょう。

7. できない時は無理せず呼んで下さい。

A氏より「松葉杖になるとしたら腕の力があるけど、どうしたら力がつくかなあ」との質問があったため、腕の筋力強化メニューを追加した。歩行器での歩行練習の距離についてはA氏自身が決めて行った。

ADLは車椅子を使用すれば自立しており、リハビリでは歩行練習が始まっていた。A氏より歩行器でのトイレ希望があったため、歩行器でトイレに行くこととした。最初は看護婦が付き添い、歩行状態が安定したところで本人任せとした。調子の悪い時や不安な時は必ずナースコールで知らせることができた。この時期になるとA氏が殆ど看護計画の立案をし、看護婦は良い方法の提供やA氏の希望することができるかどうかの判断を行うのみだった。

【家族と本人が病気を理解するまで】

(患者のベッドサイドに置いた看護計画)

目標：自分と家族が、元の生活に戻るまでに時間がかかることを受け入れられる。

計画：1. 病気に対する理解度

2. 医師、看護婦より病気や今後の経過について少しずつお話しします。

3. 元の状態（歩行できるようになるまで）に戻るまでには時間がかかります。

医師の方針はいずれ転院とのことだった。しかし、A氏と家族には説明されていなかったため、松葉杖で歩行できるようになってから帰りたいとの希望があり、医師の考えとは異なっていた。そこで医師に説明を依頼した。A氏は自分が思っている以上に時間がかかることと転院をしなければならぬということを知り、ショックを受けていたため、それに対して計画を立案した。医師と看護婦から病気や転院についての説明を行うことにより、病気について理解することができ、転院についても理解を得られた。今回、計画を話し合うなかで病気の理解度や、A氏と医療者との考え方の違いに気づき、修正を行うことができた。その結果早期から転院についての理解が得られ、転院となった。

IV. 考察

日々私達が看護を行っていく上で看護診断を行い、それぞれの患者にあった看護計画を立案し実

践している。しかし、患者と話し合い看護計画を立案することで、より具体的、個別的なものを作成することができた。それにより、患者自身が問題解決方法を知り、看護婦と一緒に看護計画を評価、修正していくなかで、自分はどうしていきたくて希望も言えるようになり、患者自身の意志の決定につながり、闘病意欲を増すことができた。時には、患者は看護婦がまだ無理ではないかと考える目標を提示する場合があるが、達成可能な目標の設定について患者と共に話し合っていくと、本人の疾患に対する理解の程度を把握することができ、それについての修正も行うことができた。

また、看護婦が問題と考え指導を行っていても、患者自身が問題ととらえていない場合は、患者はただの雑談と思っていることがある。看護計画の開示を行う事で患者自身が自分の目標を把握し、指導について耳を傾けることができる。そして、指導を受けて、自分が行っていることの意味も明確にできる。

その他の利点として、看護計画を開示して患者のベッドサイドに置くことで、ナースコールを押すことを遠慮してしまう患者が安心してナースコールを押すことができた。また、スタッフの看護ケアの統一もはかることができたことは、信頼関係を結ぶ一因となったと考えられる。

V. まとめ

- ① 患者と共に看護計画を立案することで、より具体的かつ個別的なものが立案できる。
- ② 患者と共に看護計画を立案することで、患者自身の意志の決定につながる。
- ③ 患者が自分の目標を把握し、闘病意欲を増すことができる。また、問題解決方法を知ることができる。
- ④ スタッフ間で看護ケアの統一を図ることができる。

VI. 今後の課題

今後看護計画の開示を継続していくにあたり、以下のことが課題である。

- ① 計画立案にかかる時間の短縮方法の検討と開示方法の検討。
- ② 患者の要望を加味し、セルフケア能力の向上につながるような看護計画の立案。
- ③ 患者と共に有効な看護計画を立案するため、スタッフ個々のコミュニケーション技術の向上。

VII. おわりに

今回、看護計画の開示をするとともに、看護計画を開示した患者を対象にアンケート調査を行った。それにより看護計画の開示及び実践に対する患者の感想を知る事ができ、私達が行ってきた看護の振り返りの場となった。今後も改善すべき点はあるが、継続して取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 宮崎伊久子：看護過程の十分な展開をめざして、看護学雑誌 Vol.60 No.12, 1078～1083, 1996.
- 2) 江守直美：患者の主体的参加を願って、看護学雑誌 Vol.60 No.12, 1084～1089, 1996.
- 3) 岩井郁子：カルテ開示時代の看護記録をどう考えるか、看護管理 Vol.9 No.7, 502～507, 1999.

- 4) 樋口範雄：法的に見た診療記録開示の意義, 看護管理 Vol.9 No.7, 515～519, 1999.
- 5) 太田加世：日本看護協会の看護記録開示に関する指針がめざすもの, 看護管理 Vol.9 No.7, 520～527, 1999.
- 6) 木村利人：自分の人生を選び取るために, 看護技術 Vol.45 No.5, 86～90, 1999.
- 7) 川畑摩紀枝：看護計画は誰のためのものか, 看護技術 Vol.45 No.5, 14～17, 1997.
- 8) 赤星秀子：看護計画開示と看護メニューの公開, 選択, Nursing Today Vol.12 No.2, 12～14, 1997.
- 9) アン J. デイビス：患者とともにつくる看護計画とは? Nursing Today Vol.12, 8～10, 1997.
- 10) 江守直美：患者の行動変容をもたらす看護計画開示, Nursing Today Vol.12, 12～14, 1997.