

# 患者の情報分析と看護問題の選定の方法を考える

～ MDS-RAPs との比較検討 ～

The analysis of the information from patients with neurological diseases  
and their problems of nursing; Comparative study using MDS-RAPs

西7階：秋山貴美江・高橋さおり

## 要旨

当病棟では神経難病の患者が多く、病気の発症とともに障害をもつことが多い。そのため、患者個々の生活背景や障害の程度を評価したうえで看護問題を捕らえる事が必要である。今回、従来通りのデータベースの情報から看護診断を行ったものと、地域看護や在宅看護の場で使用されている高齢者ケアプラン策定指針（MDS-RAPs）を行ったものとの情報分析のプロセスと問題選定の方法を比較検討してみた。その結果情報収集には疾患の特性だけでなく予測される障害に関連するカテゴリーについて広く聞くこと、関連のあることは深く聞くことが必要である事が分かった。問題の選定においては情報を客観的に分析し、看護診断の定義や指標その介護介入についても十分理解したうえで診断することが必要である。そして患者の状態に併せて診断・計画を修正変更して行くことが患者のニーズをとらえた看護ケアの第1歩といえる。

## キーワード

看護診断 高齢者ケアプラン策定指針 情報分析 問題選定

## I. はじめに

第三内科に入院中の患者の多くは身体的に障害をもつ場合が多く、脳血管障害や変性疾患では知的障害を合併することもある。そういった患者は入院前の生活情報と入院中におこった生活の変化や障害の程度などの情報に併せて、今患者が抱えている問題や今後起こり得る問題を選定する必要がある。

現在は院内統一のデータベースにより入院前の情報を収集し看護診断を用いて問題を選定している。しかし、我々の使う看護診断は特定の使いやすいものや、疾患の特徴からよく使われているものに限定される傾向にある。地域の施設や在宅看護の場でケアプランの作成に活用されているものに「高齢者ケアプラン策定指針」がある。それはMDS (Minimum Data Set) とRAPs (Resident Assessment Protocols)により構成され患者一人一人の健康問題を総合的に把握し評価することができるものである。鎌田はこれを“高齢者版 看護診断”と言っている。

今回MDS-RAPsと看護診断で選定された問題を比較検討し患者の健康問題へのアプローチの方法を考えてみたい。

## II. 高齢者ケアプラン策定指針 (MDS-RAPs) の紹介

高齢者ケアプラン策定指針はアメリカで開発されたRAIをベースとしている。アセスメント部分であるMDSが「高齢者アセスメント表」、RAPsが「問題領域別検討指針」となっている。高齢者ア

セサメント表は患者の状況、ニーズを把握・評価し、ケアプランを策定するための最小限必要な項目を網羅したもので、約350項目にのぼっている。問題領域別検討指針は、問題を具体的に示す指針として18にわたる問題領域に設定されている。

問題領域の選定のためには、アセスメント表で把握された情報を「問題領域選定表」を用いて行う。表の中には、「A＝自動的誘因項目」と「P＝潜在的誘因項目」があり、チェックしていくと関連する誘因から問題がトリガーされるようになっていく。選定された問題領域には実際には問題とされないものも含まれるので、適否を多方面から分析し選定を行う。この段階で各問題領域の因果関係や優先度を検討して行く。

高齢者ケアプラン策定指針は主に老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームで活用されている。活用している施設では「患者のニーズの把握や、潜在的な問題点の把握に役立っている」「患者のケアへの参加意識が高まった」「ケアの質が向上した」などの報告がされている。

### Ⅲ. 研究方法

- ① データベースと記録からの情報をもとに看護診断で問題を選定する。そのさいプランニングシートを使用して情報を分析する。
- ② MDSにより情報を把握評価し、RAPsで問題領域を選定する。  
同一Nsが①②を同一患者の同期時で行う。その結果選定された問題を比較検討する。今回は2事例について検討した。

### Ⅳ. 事例紹介

#### 事例1

S・M氏 52歳 女性

家族構成；親戚の娘、他遠い血縁関係者と4人暮らし 離婚歴あり

病名；慢性関節リウマチ SLE

主訴；四肢の筋力低下、関節痛、下肢の浮腫、発熱

その他；東洋医学に興味あり、西洋医学には不信感をもっている。病状悪化に伴い仕方なく入院した。走行器使用中。

#### 事例2

Y・G氏 65歳 男性

家族構成；妻、娘2人と4人暮らし

病名；慢性肺気腫 球麻痺 てんかん

主訴；嚥下困難、呼吸苦、手足の脱力・しびれ・振戦

その他；酸素0.5ℓ吸入中。SaO<sub>2</sub>は80代後半。食事形態は軟菜常食。

### Ⅴ. 結果

事例1のデータベースと入院後10日間の記録から主観的情報、客観的情報を上げ、アセスメントシートで分析した。その結果一次診断では①安楽の変調②セルフケアの不足③皮膚統合性の障害

④損傷のハイリスク状態⑤不安があがった。

次にそれぞれの問題の根拠となる情報と、関連性を統合してみると①では患者自身の“痛み、倦怠感”に対する直接の訴えと、確定診断がついていない段階で治療が始まっておらず消炎鎮痛剤が投与されていなかった事から問題をあげた。②は“痛み、倦怠感”により活動レベルが低下していること、症状も活動期であり医師からも安静制限の指示があったことよりセルフケアの援助は必要とした。③は病気によるやせで一部の圧迫が避けられないこと、倦怠感強く臥床がちで、発熱に伴う発汗もあり皮膚が湿潤していること、入院時より仙骨部に発赤があったことより問題とした。④については下肢の浮腫と関節の腫脹から歩行が不安定で転倒の危険性が高いと思われた。しかし歩行器を使用することで歩行は安定し、患者自身も注意深く歩行していた。安静制限で病棟外は車椅子での移送となった。そのためセルフケアの移動の部分を看護婦が援助することでこの問題はリスクがほとんど無くなると考えられた。⑤はデータベースの情報から西洋医学への不信、入院への不満がわかった。入院後も“病気になる前は活動的だったのに何もできなくなった”“治ると言われて入院したのだからなおりますよね？”など不安の訴えがきかれた。以上の分析から看護診断では以下の4つに問題を決定した。

※看護診断：# 1 安楽の変調：疼痛，倦怠感：原疾患に伴う炎症反応に関連した

# 2 セルフケアの不足：移動，更衣，保清，関節の腫脹，活動不耐に関連した

# 3 皮膚の統合性の障害：じょく瘡：痩せ，浮腫，発汗による皮膚の湿潤，長時間の臥床に関連した

# 4 不安：疾患に対する知識不足，西洋医学への不信に関連した

MDS-RAPs で選定された問題領域は①せん妄の兆候②ADL とリハビリテーションの可能性③気分と落ち込みの検討④アクティビティーの必要性⑤栄養状態の検討⑥脱水状態・水分補給の検討⑦褥瘡の兆候の7つであった。

次にケア検討レポートに各問題領域にトリガーされた誘因の具体的な情報をあげ、相互の関連性、優先度などを検討した。

①は“気分の変化の悪化＝以前よりやる気がなくなった。ため息をつく”という情報から問題としてあがった。しかしこれは病気による気分的な落ち込みであり意識レベルに障害を来すような兆候ではないとして③に関連させることとした。③は同じく“精神的な苦悩の兆候＝ため息をつく，涙ぐむ”といった情報であった。このような状況になるのは動けなくなってしまったという事実を認識したときや，できないことを援助してもらうときであった。それと①の状況を加え②に関連させることとした。②は“入浴＝洗う行為，移動に関して援助必要”“リハビリへの希望＝本人からの訴え”“リハビリでの可能性＝炎症が押さえられリハビリが進めば動きがよくなる”という情報が上がっていた。①②③を併せて考えてみると ADL が拡大すれば患者自身の自信が取り戻せること，ADL を拡大するためには除痛とリハビリが必要であることが分かった。しかし現段階では薬による除痛ができないこと，リハビリも積極的なものは禁止されていることから，セルフケア能力を高めるような ADL の援助と筋力を落とさない程度のリハビリが必要だと考えた。

④は“活動時間が全体の1/3以下＝昼間もTVやラジオを聞くこともなく寝ていることが多い”“他の活動への参加希望＝リハビリをやりたいと訴えた”ことが上がっている。他に夜間の覚醒も問題となっていた。これは病状に伴う倦怠感から昼間も臥床がちで過ごしているものもあるが，患者

自身は適当なアクティビティを見つけられない事が考えられる。患者の希望しているリハビリを兼ねるようなアクティビティを提供することが必要とされる。

⑤は“体重減少＝過去30日で-10kg”とある。しかし食事は常食がほぼ全量食べられており、血液データでも低蛋白など見られていない。“第1度のじょく瘡＝仙骨、肩甲骨に発赤あり”は⑦に関連している。⑥は“ADLの悪化”“浮腫＝下肢にあり”“体重減少”で上がっている。しかしADLが悪化しているとはいえ水分補給が自分でできないほどではなく、浮腫も炎症によるもので脱水を来すものではない。ここで問題となるのはそれらによるじょく瘡の出現と考えた。⑦の“第1度のじょく瘡あり”すべて関連させ、浮腫により皮膚が脆弱であること、痩せているため圧迫部位が絶えずじょく瘡のリスクが高いこと、ADLの縮小で臥床がちであることを誘因とした。以上より問題領域は以下の3つに策定した。

※MDS-RAPs：#1 ADLとリハビリの可能性

- (1) 入浴と移動に関して介助が必要
- (2) リハビリへの意欲があり機能改善も見込まれる
- (3) 症状の増悪からくる気分の落ち込みがあり、ADLを低下させている

#2 アクティビティの必要性

- (1) 日中の殆ど臥床して過ごし、夜間の熟睡間がない
- (2) リハビリへの意欲はあるが適当な余暇活動がない

#3 じょく瘡の兆候

- (1) 著しい体重減少があり痩せている
- (2) 下肢に浮腫があり皮膚が脆弱になっている
- (3) 同一体位で臥床していることが多い

事例2も事例1と同様に分析した。その結果一次診断では①嚥下障害②安楽の変調③活動不耐④セルフケア不足⑤排便パターンの変調があがった。

次にそれぞれの問題となる根拠となる情報と、関連性を統合してみると①では球麻痺症状による嚥下障害があり薬の内服時にむせがあるため問題にあげた。②は患者自身の呼吸苦の自覚症状はなく、会話や体動時にSaO<sub>2</sub>が低下したり、呼吸が速迫するという客観的情報と看護者の“苦しそう”という印象でしかなかった。しかし酸素なしでのトイレ歩行、下膳などの動作時の場合に口唇色不良となるため呼吸状態は常に観察が必要と思われた。そのため共同問題として問題をあげることにした。③は慢性肺気腫によるガス交換の障害により活動にともない症状が出現し活動範囲が制限されるため上げた。④については上肢の筋力低下により洗髪や下膳などの一部のセルフケアが困難なため上げたが、そのほかの動作も呼吸状態によって、できないこともあったので③と一緒にした。⑤は下剤（ラキソベロン90滴）を内服しているにもかかわらず、少量しか排便がないため問題に上げた。以上の分析から看護診断では以下の4つに問題を決定した。

※看護診断：K1 ガス交換の障害：O<sub>2</sub>貯留、肺分泌物貯留に関連した

K2 嚥下障害：球麻痺症状に関連した

#3 活動不耐：慢性肺気腫に伴うガス交換の障害と上下肢の脱力に関連した

#4 排便パターンの変調：怒責に伴う呼吸苦の出現と下剤調節不良に関連した

MDS-RAPs で選定された問題領域は①コミュニケーション障害の検討②ADLとリハビリテーシ

ヨンの可能性③転倒の危険性④栄養状態の検討⑤脱水状態、水分補給の検討の5つであった。

次にケア検討レポートに各問題領域でトリガーされた誘因の具体的な情報をあげ、相互の関連性、優先度などを検討した。

①の誘因項目は“自分の意志を伝える、あるいは他者の話を理解することに多少の障害はあるが、日常の意志決定を行うための認知能力が残されている”だが、事例2の場合発語において“しゃべりづらい”などの障害はあるが、自分の意志を伝えられ、他者の話を理解することにも障害はないため問題としてあげないこととした。②は“入浴＝洗髪、背中を流す、タオルを絞れば一人で行える”“リハビリによる潜在能力＝看護者、患者ともにリハビリでADLが自立できている”という情報だった。病状から考えると症状が進行することが予測されるが、現状維持のため今後ADL、リハビリについて検討が必要であり問題とした。③は“バランス障害＝立位をとる際にふらつきがある”という情報だが、患者の場合、筋肉系・身体機能上の障害が原因であった。これはリハビリによって改善する可能性もあるので②に関連させた。④は“栄養方法＝軟菜とろみ食を食べている”で情報としては1つしか上がってこなかった。しかし球麻痺症状による嚥下障害があるため今後摂取量が減少することも考えられ、問題に上げることとした。⑤は“水分の不足、脱水症状＝嚥下障害があり水分はむせてしまう”で球麻痺症状が原因である。入院後10日間の状態では脱水兆候は認められなかったが④に関連させることとした。以上より問題領域は以下の2つに策定した。

※MDS-RAPs：#1 ADLとリハビリテーションの可能性

- (1) 入浴と手を使うことに関して介助が必要
- (2) 現在のADLの維持が機能低下の予防になる
- (3) 下肢のしびれ、脱力によるふらつきがある

#2 栄養状態の検討

- (1) 球麻痺があるため軟菜とろみ食を摂取している
- (2) 球麻痺があり水分摂取が困難である

## VI. 考 察

看護診断の場合は“痛い＝安楽の変調”“～ができない＝セルフケアの不足”といった具合に、患者の訴えや状態として表面に現れているものがそのまま診断ラベルになっている。またある場面やできごと、印象的な言葉（訴え）で診断を行っている例がある。事例2の“排便パターンの変調”は下剤を大量に使っても便が少量しか出ていないことで看護者が問題として捕らえた。しかし後の情報でその患者自身は残便感や腹満感など感じておらず、今の排便パターンに満足していることが解った。情報収集の段階で排便の回数、下剤の量だけでとどまってしまう腹満の有無などを聞いていなかった。これは看護診断は診断ラベルそのものがダイレクトに問題を表しているものが多く、それゆえに定義や診断指標を確認せずに言葉のイメージだけで選んでしまっているからだと考える。事例1の“不安”の診断も、患者が病気が治るかどうかを心配していることは事実である。しかしデータベースの一日の生活パターンや活動意欲、社会的役割などの情報と併せて考えれば“不安”という診断だけにはとどまらなかったかもしれない。

MDS-RAPsの方は今ある状態から予測される問題を導いていることがある。事例2の“嚥下障害”

は現段階ではむせることが問題である。しかし嚥下障害が続けば、あるいは進行すれば栄養状態の悪化、脱水を引き起こすであろう。そこで「栄養状態の検討」という問題になっている。さらに事例1では「セルフケアができない」これをできるようにするにはどうするのか？ という視点から「ADLとリハビリの可能性」、不安の兆候の「ため息、落ち込み」を生活を活性化することで軽減できないか？ という視点で「アクティビティの必要性」という問題になっている。問題を引き起こす要因をはっきりさせ、さらにその予防を導いている。看護診断とMDS-RAPsが問題を導き出す情報が共通していても問題の表現が違うのは問題の視点の差といえる。

しかしここで考慮すべきことは、今回の事例は入院して10日間で看護問題選定しているということである。そのため病状の急性期であり疾患を考慮した身体管理が必要であるがMDS-RAPsでは疾患に関する問題が上がって来なかった。情報収集の段階では関節炎、浮腫、呼吸困難、誤えんという情報は「E. 診断と症状」でチェックされている。しかし問題領域選定表のトリガーされる項目にはなっておらず、症状そのものよりもそれによって起こっている障害からほかの問題領域に関係するようになっていく。このケアプランは「障害をもつ高齢者は急性期の治療は必要としなくても、必ず何らかの疾病をもっており、それに対する治療を受けているので、ケアはそれらとの関連の上で成立する」という思想からくと鎌田は言っている。さらに高齢者や経過が慢性化しており長期のケアを必要としている者を対象としていることや、老人病院や老健施設で主に使用されているという背景から納得できることである。看護診断のほうは共同問題として症状の観察をし、異常の早期発見と悪化を防ぐという看護介入が上がってくる。このことは一般病院であり、入院して間もない患者と言うことでは妥当であると思われる。

ところで事例1の患者は52才であり高齢者にはならない。しかし慢性関節リウマチ、SLEという疾患で経過を一般的にみた場合症状の慢性化、障害の固定化が予測できる。この患者が慢性期に入った場合MDS-RAPsで選定された問題の方が予防的、改善的なケアの立案のためには適していると思われる。

MDSは高齢者を把握するための必要最小限の情報が収集できるように作成されており、問題領域選定表を見ると情報と各問題領域の関連性が解る。事例1ではD；気分と行動にある情報が3つの問題領域に関連してトリガーされている。また問題領域も複数の情報から選定されるようにRAPsの「誘因項目」で再検討できるようになっている。「検討の方向」を見れば実際に問題とするかどうかの留意点や問題ならばケアの着目点、状態の評価のためにMDS以外の情報の必要性などが示唆されている。要するにだれが情報収集しても必要最小限の情報が得られ、初期の選定（一次診断）においては問題の見落としがないようにマニュアルが確立されている。そして最終的な問題選定においてはRAPsを読み検討すれば、看護婦個人の能力差のない問題の選定ができるといえる。

看護診断もハンドブックなどのマニュアルには問題の定義や診断指標、看護介入の方法など書かれている。しかしそれを正確に理解しないまま使用していることが多い。さらに今回は看護診断を行う際にプランニングシートを使用することである程度情報を整理し、相互の関連性を理論的に分析することができたが、日常の現場ではデータベースの情報を各カテゴリーごとの問題として捕らえるだけで相互の関連性に着目されていない。だが、そう的外れの問題になっていないのは疾患から連想される症状や障害が経験を積んだ看護婦ならおおよそ予測でき、自然とそのために必要な情報

を収集しているからだと思う。そして時間がなかったり、看護婦個人の能力差などで情報の過不足が起こってしまうのではないだろうか。それにより看護診断も分析の過程で、よく使われるラベルとそうでないものになってしまうのではないだろうか。鎌田は「今までの看護に欠けていたのは、看護上の問題を把握するための客観的な評価基準と、それに基づいてなされる正しいアセスメントである。」と言っている。わたしたちが従来通りデータベースと看護診断を活用していくうえでの課題もここにあると考える。

## Ⅶ. まとめ

データベースで情報収集をする際に大切なことは、疾患から予測される症状、障害について深く聞いて行く事はもちろん、それ以外のカテゴリーについても一通りきいて情報を幅広く収集する。そして分析するときに相互の関連性を主観や先入観を無くして理論的に行うことが必要である。さらに看護診断ラベルの定義や指標を確認して正しい診断ができるようにすることが大切である。急性期にある患者については状態の変化に併せて診断、計画を修正、変更していくことで患者のニーズを捕らえたケアが提供して行けると思う。

MDS-RAPsは神経疾患の患者のように経過が慢性化し、障害が残る場合の長期の問題の把握に活用できる。今後予測される問題や、患者の可能性に視点をおき生活レベルの向上に役立てればと思う。さらに在宅ケアアセスメントマニュアル(MDS-HC-CAPs)を使用すれば在宅医療の必要な患者の退院指導などに役立つと考える。

## Ⅷ. 終わりに

今後も看護診断を活用しながら患者のニーズを捕らえたケアが提供できるように学習を深めて行きたい。そして在宅医療を必要とする患者のニーズを早期に把握できるような方法を取り入れて、活用することができるようにしたいと思う。

この度、この研究を行うに際してご協力ご指導くださった皆様に、心より感謝を致します。

## Ⅸ. 参考文献

- (1) 厚生省老人保健福祉局；高齢者ケアプラン策定指針。
- (2) 鎌田ケイ子；高齢者ケアプラン～看護現場に生かせる“高齢者版看護診断”、看護学雑誌。59/5, 488-493, 1995.
- (3) 鎌田ケイ子；老人看護論，全国老人ケア研究会，1993.
- (4) J.N.モリス，池上直巳，他；在宅ケアアセスメントマニュアル，厚生科学研究所。