

## II-2. アセスメントー計画

平成22年3月改訂

### 1.概要

「アセスメントー計画」は、基礎情報を看護実践基準に基づいてアセスメントし個別性のある看護計画を立案するまでのプロセスを可視化することを目的とする。

アセスメントシートは、「入院目的・治療方針・患者の思い」「生活情報ー項目別アセスメント」「分野別アセスメント」「総合アセスメント」の4つから構成されている。

「分野別アセスメント」は各領域で評価していた内容を、集約することによってリスク管理と療養支援を共通する看護としてみることとした。

「生活情報ー項目別アセスメント」は、基礎情報からのアセスメント（看護基礎情報の様式から自動取得する）だけでなく治療方針・患者の思いを考慮したアセスメント、を加えることによって患者の全体像を捉えやすくした。

「看護目標」は看護援助の結果として退院までに達成するであろう“望ましい患者”の状態を表現する。「看護問題」は生命の維持、健康保持・増進、疾病や障害の予防、疾病からの回復、社会復帰などを妨げているもので、看護援助によって効果が期待できるものを示す（問題が好転すること・現状を保つこと・悪化を遅らせることを含める）。チームメンバーに効果的に伝達されるよう、リストで示すこととする。

「看護計画」は看護目標を達成するためにどんな支援を行うか、を表現したものである。段階に応じて比較的短期間（1週間程度を日安とする）に実現可能な具体策を記載する。

### 2.運用ルール

- ・看護実践基準に従ってアセスメントする。
- ・基礎情報を記載した後、看護計画立案前に記入する。
- ・個々のケースに応じて再アセスメント時期を設定し、見直した際は修正して保存する。  
（このとき『診療日時』を更新して保存する。）
- ・転倒転落・褥瘡のチェックシートは、必要時紙運用とする。

### 3.記載基準

「看護▽アセスメントー計画」

#### 《入院目的・治療方針／患者の思い》

- ・入院時の目的や治療方針を記載する。
- ・療養や治療に対する患者の思いを記載する。
- ・入院後に変更・追加がある場合は、日付と共に追記する。

#### 《生活情報ー項目別アセスメント》

##### 【基礎情報からのアセスメント】★

- ・基礎情報の各項目別に得た情報を、看護実践基準Ⅰに沿って判断した結果を記載する。
- ・看護につながるポイントとなる事柄について記載する。
- ・情報が得られていない場合は「情報なし」と記載する。
- ・問題や特記する事が無い場合は「問題なし」と記載する。

##### 【治療方針・患者の思いを考慮したアセスメント】

- ・基礎情報からのアセスメントの内容と、治療方針や患者の思いを踏まえて看護実践基準Ⅰに沿って判断した結果を記載する。患者個別の問題点や特性を抽出することを狙いとする。
- ・「基礎情報からのアセスメント」欄で「情報なし」とした場合、その項目に関する情報が今後必要となるかどうかを判断し記載する。