**■科目：基礎看護技術（バイタルサイン、フィジカルアセスメント）　第１回**

**■テーマ**

フィジカルアセスメントの意義と目的を理解する

**■目的**

看護実践における観察とフィジカルアセスメントの基本的な意義と目的を理解し、主観的情報・客観的情報の違いや、アセスメントの看護過程における位置づけを理解する。

**■目標**

1. 観察とは何かを説明できる
2. 看護における観察の役割を述べることができる
3. フィジカルアセスメントの定義を理解し、その重要性を説明できる
4. 主観的情報と客観的情報の違いを理解できる
5. 看護過程におけるアセスメントの位置づけを説明できる

■授業構成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **時間配分** | **内容** | **指導方法** |
| 10分 | 授業全体の概要説明、第1回のテーマと目標の提示。フィジカルアセスメントが看護実践においてなぜ重要なのかを簡単に導入する。 | 講義 |
| 15分 | 「観察とは何か」について定義し、視診・聴診・触診・打診などの方法の基本的な説明を行う。さらに、観察が看護においてどのような意味を持つかを実例を交えて解説する。 | 講義 |
| 20分 | フィジカルアセスメントの定義を明確にし、バイタルサイン測定や全身状態の把握が看護実践においてどのように活用されるかを説明する。臨床場面での具体的な使用例を紹介する。 | 講義・事例紹介 |
| 15分 | 主観的情報（例：痛みの訴え、気分）と客観的情報（例：体温、皮膚の色）の違いを明確にし、事例を用いて情報の分類を行う演習を取り入れる。 | 講義・ペアワーク |
| 20分 | 看護過程の5段階（アセスメント、看護診断、計画、実施、評価）の中で、アセスメントがどのような役割を果たすのかを解説。簡単な症例をもとに、アセスメント情報から看護の展開を考える。 | 講義・グループディスカッション |
| 10分 | 授業内容の振り返りと重要ポイントの確認。学生からの質問を受け付け、次回授業「バイタルサインの意義と測定」への導入を行う。 | 講義・Q&A |

**第1回：フィジカルアセスメントの意義と目的**

**1．観察とは何か**

**（１）観察の定義**

観察とは、
**患者の身体的・精神的状態を「見る」「聞く」「触れる」「感じる」などの感覚を用いて情報を収集する行為**である。

**（２）観察が看護において重要な理由**

|  |  |
| --- | --- |
| **理由** | **説明** |
| 状態の把握 | 患者の現在の健康状態を知るために必要である。 |
| 変化の早期発見 | 小さな変化に気づくことで、異常の早期対応が可能となる。 |
| ケアの根拠 | 得られた情報をもとに、適切な看護計画が立てられる。 |
| チーム連携 | 医師や他職種へ正確な情報共有ができる。 |

**（３）観察の対象（例）**

|  |  |
| --- | --- |
| **観察項目** | **具体例** |
| 言動 | 発言の内容、返答の速さ、言葉の明瞭さなど |
| 表情 | 苦痛・不安・喜びなどの感情表現 |
| 皮膚の状態 | 発赤、黄疸、冷感、多汗、乾燥など |
| 呼吸の様子 | 呼吸数、呼吸の深さ、努力呼吸の有無、胸郭の動き |

**（４）観察の4つの方法（四診）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **方法** | **説明** | **具体例** |
| **視診** | 目で見て確認する | 顔色、体位、皮膚の発赤、表情、浮腫、創傷の状態など |
| **聴診** | 聴診器などを用いて音を聴く | 呼吸音、心音、腸蠕動音など |
| **触診** | 手で触れて確認する | 熱感、硬さ、腫脹、圧痛、むくみなど |
| **打診** | 指で身体を叩いて音を聴き分ける | 胸部や腹部の鼓音・濁音の違いによる空気・液体の確認など |

このように、観察は看護の基本かつ重要な技術であり、五感を総動員して患者を理解する行為である。
特に新人看護師にとっては、観察力を高めることが、安全・安心な看護実践の第一歩となる。

**2．看護における観察の役割**

**（１）観察は看護の出発点である**

観察は、患者の状態を的確に把握し、**異常や変化を早期に発見するための基本技術**である。
単なる「見る・聞く・触れる」ではなく、「意味を読み取り、判断・評価する力」が求められる。

**（２）観察に含まれる3つのステップ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ステップ** | **説明** | **具体例** |
| ① **見る（観察）** | 身体的・精神的変化をとらえる | 顔色が青白い、息切れがある、発言が少ない |
| ② **判断する** | 観察結果の意味を考える | 「チアノーゼが出ているかもしれない」など |
| ③ **評価・対応** | 状況を分析し、必要な行動を決定する | 医師へ報告する、酸素管理の準備をする、バイタル測定を行う　など |

**（３）観察情報の活用場面**

|  |  |
| --- | --- |
| **活用場面** | **内容** |
| ケアの根拠 | 患者のニーズに合った個別的ケアを行うための判断材料となる |
| 医師への報告 | 状態変化を正確に伝えることで、適切な医療的対応が可能となる |
| チームでの情報共有 | 多職種と連携して患者支援を行ううえでの共通言語となる |
| 記録（電子カルテ等） | 看護記録として残し、経時的な観察の比較・評価が可能になる |

**（４）具体例：観察が看護判断に直結するケース**

**事例**：患者が「気分が悪い」と訴えたとき
→ 顔色が蒼白、冷汗あり、脈拍が速く弱い
→ 「ショック症状かもしれない」と判断
→ すぐにバイタルを測定し、医師に報告
→ 緊急対応につながり、重篤化を防ぐ

**3．フィジカルアセスメントの定義と重要性**

**（１）フィジカルアセスメントとは**

**フィジカルアセスメントとは**
患者の身体的な観察と測定を通じて、**健康状態を多角的に評価する行為**である。

* 看護師が **視る・聴く・触れる・測る** という感覚と、専門知識を活かして実施する。
* 患者の状態を正確に捉えるための、**根拠に基づいた技術**である。

**（２）フィジカルアセスメントの目的**

|  |  |
| --- | --- |
| **主な目的** | **内容** |
| 健康状態の把握 | 現在の身体的状態を明らかにする |
| 異常の早期発見 | 微細な変化をとらえ、重大な症状を未然に防ぐ |
| ケアの質の向上 | 状況に応じた適切な看護判断とケアの提供に役立てる |

**（３）具体的なアセスメント内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **評価する内容** | **観察・測定の方法** |
| **バイタルサイン** | 体温、脈拍、呼吸、血圧 | 体温計、血圧計、観察 |
| **意識レベル** | 覚醒状態、反応の程度 | 呼びかけ、刺激への反応確認 |
| **皮膚の状態** | 色、温度、湿潤、発疹など | 視診、触診 |
| **呼吸音** | 喘鳴、副雑音の有無 | 聴診 |
| **心音** | 心拍のリズム・雑音の有無 | 聴診 |
| **腹部** | 膨隆、蠕動音、圧痛 | 視診、聴診、触診 |

**（４）看護実践における意義**

|  |  |
| --- | --- |
| **意義** | **説明** |
| 患者の“今”を把握 | 状態に即したケアができる（例：脱水傾向→水分管理） |
| 判断の根拠を持つ | 客観的データに基づいてケアや報告を行える |
| 安全な看護の提供 | リスクの早期察知・回避により事故や悪化を防止できる |
| 専門職としての信頼性 | 知識と技術に裏付けられた対応が、チーム内での信頼に直結する |

**4．主観的情報と客観的情報**

**（１）情報の種類と特徴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **種類** | **内容** | **具体例** |
| **主観的情報（S情報）** | 患者本人が「感じたこと」「訴えたこと」など、本人の言葉によって得られる情報 | 「お腹が痛い」「だるい」「気分が悪い」「不安で眠れない」など |
| **客観的情報（O情報）** | 看護師や医療者が観察・測定によって得た、第三者から見て明らかな情報 | 体温37.8℃、脈拍100回/分、血圧150/90mmHg、皮膚の発赤、歩行時のふらつき など |

**（２）主観的情報の特徴と活用**

* **患者の内的な体験**に基づくため、外からは見えないが、重要な情報である。
* 疼痛、不安、倦怠感などは数値化しづらく、患者の表現を丁寧に聴き取ることが大切である。
* 看護師の「傾聴スキル」が重要。

**（３）客観的情報の特徴と活用**

* **観察・測定機器によって得られる、再現性のある情報**である。
* 看護師の観察力や技術が問われる領域であり、記録や報告の際に根拠として用いられる。
* アセスメントの信頼性を高め、他職種との連携にも活かされる。

**（４）両者の統合によるアセスメント**

看護師は、**主観的情報と客観的情報の両方を組み合わせて判断**し、
患者にとって最適なケアを提供する必要がある。

**例：**

* 主観的情報：「胸が締めつけられるように痛い」
* 客観的情報：顔色不良、冷汗、血圧低下、心電図異常
* → 心疾患の可能性を疑い、緊急対応へつなげる

**5．看護過程におけるアセスメントの位置づけ**

**（１）看護過程とは**

看護過程とは、**患者に最適な看護を提供するための問題解決アプローチ**であり、次の5段階で構成される。

|  |  |
| --- | --- |
| **段階** | **内容** |
| **① アセスメント** | 情報を収集・分析して、患者の状態やニーズを把握する |
| **② 看護診断** | 情報をもとに、患者の健康上の問題を明確にする |
| **③ 計画** | ケアの目標を設定し、それに向けた看護計画を立てる |
| **④ 実施** | 計画に基づいて、実際に看護を提供する |
| **⑤ 評価** | 提供した看護の効果を判定し、必要に応じて再評価・再計画する |

**（２）アセスメントの重要性**

アセスメントは**看護過程の出発点**であり、以降の診断・計画・実施・評価すべての土台となる。

**アセスメントの質が悪ければ…**

* 看護診断が誤る
* ケアの方向性がずれる
* 結果として、**患者にとって不適切な看護**となる恐れがある

**（３）フィジカルアセスメントの役割**

|  |  |
| --- | --- |
| **フィジカルアセスメントとは** | **情報収集の中でも、「身体的な状態」を的確に把握するための重要な手段である。** |
| 具体的には… | バイタルサイン、意識レベル、皮膚の状態、呼吸音、心音、腸蠕動音などの観察・測定によって得られる客観的情報 |

* **患者の身体的状態の変化を早期に察知**し、必要な判断やケアにつなげる
* 特に、**急変の兆候や異常の発見には欠かせない**

**（４）図で見る「看護過程とアセスメントの関係」**

看護過程の5段階

 ↓

① アセスメント（情報収集・分析）

　├─ 主観的情報（訴え・感情）

　└─ 客観的情報（フィジカルアセスメントによる観察・測定）

　　　↓

② 看護診断（問題の明確化）

　　　↓

③ 計画（目標と看護内容の決定）

　　　↓

④ 実施（ケアの提供）

　　　↓

⑤ 評価（効果の確認と再評価）

**6．まとめ**

* フィジカルアセスメントは、単なる身体観察ではなく、看護実践に不可欠な判断力と洞察力を要する技術である。
* 観察力を高めるためには、日々の実践と継続的な学習が重要である。

**第1回　復習ワーク：フィジカルアセスメントの意義と目的（全15問）**

**【設問1】次の説明に該当する語句を、語群から選んで答えなさい。（各1点）**

語群：
①主観的情報　②客観的情報　③視診　④聴診　⑤触診　⑥打診　⑦フィジカルアセスメント　⑧アセスメント

1. 看護師が視覚で患者の皮膚や顔色を観察する方法 →（   ）
2. 聴診器を用いて心音や呼吸音を確認する方法 →（   ）
3. 手で熱感や浮腫の有無を確認する方法 →（   ）
4. 身体を軽く叩き、音で空気や液体の存在を確認する方法 →（   ）
5. 「眠れない」「不安だ」など患者の訴え →（   ）
6. 血圧や体温など数値で示される測定結果 →（   ）
7. 身体的観察・測定を通して健康状態を評価する技術 →（   ）
8. 情報を収集・分析し、患者の状態を把握する過程 →（   ）

**【設問2】次の文が正しければ〇、誤っていれば✕を選びなさい。（各1点）**

1. フィジカルアセスメントは、患者の精神的状態の評価に特化した技術である。（ ）
2. 「体温37.9℃」という情報は主観的情報である。（ ）
3. 看護師の観察は、判断や評価を含む専門的行為である。（ ）
4. アセスメントは看護過程の中で最も最初に行われる段階である。（ ）
5. 観察は「見て記録する」だけの作業である。（ ）
6. フィジカルアセスメントは、異常の早期発見に役立つ。（ ）
7. 観察で得た情報は、他職種との連携や医師への報告にも役立つ。（ ）

**【設問3】次の問いに答えなさい。（記述式・各3点）**

1. 「観察は単に見ることではない」と言われるのはなぜか。30～50字程度で答えなさい。
2. 看護師が主観的情報と客観的情報の両方を把握することが重要な理由を述べなさい。30～50字程度。
3. フィジカルアセスメントが看護実践において果たす役割を説明しなさい。50～80字程度。
4. 看護過程における「アセスメント」の位置づけとその重要性を述べなさい。50～80字程度。

**＜解答＞**

**【設問1】**

1. ③ 視診
2. ④ 聴診
3. ⑤ 触診
4. ⑥ 打診
5. ① 主観的情報
6. ② 客観的情報
7. ⑦ フィジカルアセスメント
8. ⑧ アセスメント

**【設問2】**

1. ✕（身体的状態の把握が主である）
2. ✕（客観的情報である）
3. 〇
4. 〇
5. ✕（判断・評価が含まれる）
6. 〇
7. 〇

**【設問3】**

1. 観察はただ見るのではなく、情報を判断・評価し、看護に活かす専門的行為であるため。
2. 主観・客観両面の情報を統合することで、より正確な患者理解と適切な看護判断が可能となるため。
3. 患者の身体的状態を正確に把握し、健康管理や異常の早期発見、根拠あるケアの提供に貢献する。
4. アセスメントは看護過程の第一段階であり、以後の診断・計画・実施・評価の質に直結する重要な工程である。

**事例演習（全９問）**

**Aさん（65歳・女性）**は高血圧の既往歴があり、今日は呼吸困難と全身倦怠感を訴えて来院した。
看護師は以下の情報を観察・収集した。

* 顔色は蒼白で汗をかいている
* 呼吸数は28回/分で浅く速い
* 脈拍は110回/分で不整脈が認められる
* 体温は36.8℃
* 患者本人は「胸が締め付けられるように痛い」と訴えている
* 皮膚に軽度の浮腫がみられる
* 聴診で呼吸音に異常なラ音（ラッセル音）が聞かれる
* 腹部は柔らかく、痛みはない
* 触診で末梢の冷感が認められる

**【設問】**

**【設問1】**

この中から「主観的情報」と「客観的情報」に分けて書き出しなさい。

**【設問2】**

Aさんの状態観察で用いた観察方法（視診、聴診、触診、打診）のうち、該当するものをすべて挙げ、それぞれ具体的に何を観察したか説明しなさい。

**【設問3】**

呼吸数28回/分で浅く速い呼吸があることはどのような意味を持つか説明しなさい。

**【設問4】**

不整脈のある脈拍110回/分をどのように観察し、その情報を看護にどう活かすか説明しなさい。

**【設問5】**

「胸が締め付けられるように痛い」という患者の訴えはどのようなリスクを示唆し、看護師としてどのように対応すべきか述べなさい。

**【設問6】**

Aさんの皮膚の浮腫や末梢の冷感が示す可能性のある身体状態は何か。具体的に説明しなさい。

**【設問7】**

看護過程の中でフィジカルアセスメントはどの段階に位置づけられ、どのような役割を持つか説明しなさい。

**【設問8】**

フィジカルアセスメントで得られた情報が他職種との連携においてどのように活用されるか説明しなさい。

**【設問9】**

主観的情報と客観的情報の両方をバランスよく収集することの重要性について述べなさい。

**【解答例】**

**【設問1】**

* 主観的情報：
「胸が締め付けられるように痛い」と訴えている（患者の言葉）
* 客観的情報：
顔色が蒼白で汗をかいている、呼吸数28回/分で浅く速い呼吸、脈拍110回/分で不整脈、体温36.8℃、皮膚の軽度浮腫、聴診での異常ラ音、腹部の柔らかさ、末梢の冷感

**【設問2】**

* 視診：顔色の蒼白、発汗、皮膚の浮腫を目で確認。
* 聴診：呼吸音の異常ラ音（ラッセル音）を聴診器で聴取。
* 触診：脈拍の触知、皮膚の浮腫や末梢冷感の確認。
* 打診：今回は腹部の柔らかさと痛みなしの情報のみで、打診は実施していない。

**【設問3】**

呼吸数28回/分の速い浅い呼吸は、呼吸困難の徴候であり、体内の酸素不足や換気不全を示す可能性がある。緊急の評価と対応が必要である。

**【設問4】**

脈拍を触診し、回数・リズムの乱れ（不整脈）を観察する。情報は心臓の異常や不安定な循環状態を示すため、早期に医師へ報告し、緊急対応を促す根拠となる。

**【設問5】**

胸痛は心筋梗塞や狭心症など重篤な心疾患のリスクを示す。看護師はすぐに状態を観察し、バイタルサインを測定しながら医療チームに緊急報告し、患者の安静を保持する。

**【設問6】**

皮膚の浮腫は心不全などによる体液貯留の可能性を示し、末梢の冷感は循環不全や末梢血流障害を示唆する。これらは重篤な循環器疾患の徴候である。

**【設問7】**

フィジカルアセスメントは看護過程の「アセスメント（情報収集・分析）」段階に位置する。患者の状態を正確に把握し、看護診断やケア計画の基礎となる情報を提供する役割がある。

**【設問8】**

収集した情報は医師や他の医療スタッフに報告され、診断や治療方針の決定に活用される。また、リハビリや栄養士、薬剤師など多職種の連携を促進し、患者中心の包括的ケアに寄与する。

**【設問9】**

主観的情報は患者の感じている苦痛や不安を把握するため、客観的情報は身体の状態を科学的に把握するために必要である。両者を総合的に判断することで正確なアセスメントが可能となる。