

脳神経看護における実践上の課題と フィジカルアセスメントの視点に関する文献検討

A Literature Review on Practical Challenges in Neurological Nursing and Perspectives
on Physical Assessment

今井 江里・白柿 綾・梶田 賢・庄野 亜矢子

要旨

本研究は、脳神経看護における看護実践上の課題を文献研究により明らかにし、臨床で必要とされるフィジカルアセスメントの視点を整理することを目的とした。2007～2025年に発表された文献を医学中央雑誌で検索し、17件を分析対象とした。その結果、主要な課題は「転倒・転落を予防するための看護」「身体抑制をしないための看護」「誤嚥を予防するための看護」であり、これらは脳神経系疾患に特有の神経学的障害に起因していた。分析の結果、脳神経看護において、【認知・精神機能】【身体機能・動作能力】【行動・生活動作】といった多面的視点を統合し、患者の行動の背景や変化の兆候を読み取る能力が主要なフィジカルアセスメントの視点として重要であることが明らかになった。今後は、標準化された教育内容に加え、臨床を想定したケース学習・シミュレーション・リフレクションを通じて思考過程を可視化する体系的・段階的教育モデルの構築が求められる。

キーワード：フィジカルアセスメント、脳神経看護、臨床判断

I. はじめに

看護師の臨床判断能力を育成、向上させることは看護基礎教育だけでなく、卒後教育においても重要な課題であることは周知の事実である（滝島, 2017）。池西（2020）は、看護師の活動の場は多岐に渡る現代において、医療職者としての判断、たとえば健康状態の解釈や適切な反応が求められ、その判断能力として、看護師の臨床判断能力が重要になってくると述べている。この臨床判断能力を支えるモデルには、「気づき」「解釈する」「反応する」「省察する」という構成要素（Lucille, 2022）があり、初期段階の「気づき」「解釈する」では、状況を的確に把握・深化させるためにフィジカルアセス

メントの活用が不可欠である（真砂，池西，2020）。2007年に厚生労働省「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」（2007）の専門分野Ⅰ、教育内容の中に「看護技術は、対象の理解と看護実践の基礎となる技術を修得する内容とする。特に対象の理解として、コミュニケーション技術、フィジカルアセスメント技術は看護師には欠かせない能力である。」という文言が追加され、看護基礎教育においては、大学低学年からフィジカルアセスメント関連科目を設置し、フィジカルイグザミネーションの技術習得が進められている。さらに、卒後教育においても集合教育や学習会、プリセプターからの指導を通してフィジカルアセスメントの定着が図られている（渡邊, 2017）。しかし、川上・舟島（2023）は、多くの新人は現実の患者状態、看護の体制・方法・優先事項と既習の看護の相違に乖離を知覚すると述べており、臨床実習や研修でフィジカルイグザミネーションの技術を習得しても、それを基盤とした状況判断には困難が伴うという課題を指摘している。

脳神経系フィジカルイグザミネーションは、急性期には呼吸器系や循環器系と同様に、意識レベル、呼吸様式、瞳孔所見、運動麻痺の有無など、視診や聴診を含むフィジカルイグザミネーションが極めて重要である。しかし回復期以降においては、視診や聴診によって脳そのものを直接観察することができないという特性から、「意識」や「高次脳機能」といった側面について、対象者とのコミュニケーションを通じた反応や話し方、内容の質などを手がかりに評価する必要があり、より高度で統合的な観察技術が求められる。雀部・藤田（2008）は病態・治療の理解、日常生活の援助やリハビリテーションの進行の判断と高い身体管理能力が要求されるため、脳神経系疾患への看護援助は学生にとっては非常に理解が難しい領域の一つであると述べている。そのため、症状の理解や判断を十分に修得できないことで、より看護基礎教育で修得する看護実践能力と臨床現場が求める臨床判断能力との乖離が起りやすい原因となっている。

このように、看護基礎教育で学んだフィジカルイグザミネーションの知識や技術が、臨床現場で求められる判断能力へと十分に結びついていないことが課題として挙げられる。そこで研究者らは、Grant & Jay（2012）の「逆向き設計論」を手掛かりに、臨床で必要とされる脳神経系フィジカルアセスメントの内容を明らかにし、看護基礎教育における教育内容の検討を行うとともに、脳神経系フィジカルアセスメント能力の修得に向けた専門的知識の整理やシミュレーション事例集などの教材開発を目指したいと考えた。本研究では、基礎的資料を得ることを目的として、脳神経看護の臨床現場における看護実践上の課題を先行研究に基づき整理する。これにより、臨床で必要とされる脳神経看護の臨床判断能力（目標）を明らかにすることに意義があると考えられる。

Ⅱ. 目的

脳神経看護の臨床現場において看護実践上の課題は何かを明らかにし、脳神経看護において必要とされているフィジカルアセスメントの視点を明確にすることである。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン

文献研究

2. 用語の操作的定義

1) フィジカルアセスメントの視点

日本看護科学学会（2025）では、看護におけるフィジカルアセスメントとは、全身の状態を系統別に把握し、その情報を整理、分析して、状態が正常であるのか、正常から逸脱しているのか、予測される問題はないかなどを判断することであり、問診から得られた主観的情報と、視診、触診、打診、聴診から得られた客観的情報が必要になると定義されている。本研究ではこの定義を参考に、フィジカルアセスメントの視点とは、「客観的情報、主観的情報を収集するための観察点と技術項目」とした。

3. 文献選定の方法

2007年に厚生労働省が公表した「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」において、「看護技術は、対象の理解と看護実践の基礎となる技術を修得する内容とする。特に対象の理解として、コミュニケーション技術、フィジカルアセスメント技術は看護師には欠かせない能力である。」と明記されたことを踏まえ、看護基礎教育におけるフィジカルアセスメント強化以降の研究動向を把握するために、検索期間は2007年から2025年8月末までとした。本研究のデータ収集には、医学中央雑誌Web版を用いた。

検索キーワードは「フィジカルアセスメント」「脳神経」として、検索式は〔(看護アセスメント／TH or フィジカルアセスメント／AL) and (脳神経／TH or 脳神経／AL)] and (PT = 原著論文)、検索条件は原著論文に限定して、2025年9月2日に検索を実施した。

また、文献の採択基準は「臨床現場で看護実践上の課題に対するフィジカルアセスメントの視点に関する記載がある」と設定した。除外基準は、①脳神経系看護師以外が対象の文献、②看護職者以外の医療専門職も対象に含めた文献、③脳神経系以外の疾患を含む文献、④看護記録や看護過程に関する文献、⑤フィジカルアセスメントの視点が記載されていない文献とした。

検索後、文献内容を精読し、除外基準に基づいてスクリーニングを行った。文献選定の過程は、2名の研究者が独立して実施し、評価の不一致が生じた場合には協議により合意形成を行った。

4. 分析方法

本研究では、まず選定された文献を精読し、著者名、タイトル、発行年、研究デザイン、研究テーマの項目ごとに整理した。そして、臨床現場で実際に行われている看護実践上の課題の種類に基づき、

文献を分類した。次に脳神経系臨床現場において看護実践上の主要な課題として取り上げられている題材を4名の研究者間で協議のうえ決定し、その後、決定した課題に関する文献中から、フィジカルアセスメントの視点に関する記述内容のデータを抽出した。

抽出したデータについては、文献の文脈においてどのように意味づけられているかを検討し、意味内容に基づいて分類およびコード化を行った。コード化は、2名の研究者が独立して実施し、意見が分かれた場合には協議し、合意により最終的なコードを決定することで妥当性を確保した。次に、類似するコードを分類し、抽出されたコードは意味内容を損なわない範囲で抽象化して、サブカテゴリーを生成した。さらに、サブカテゴリー間の関連性を検討し、より上位の概念としてカテゴリーを構成した。

分析の信頼性および妥当性を高めるため、データの抽象化およびカテゴリー化の過程は4名の研究者で協議し、合意形成を行った。

5. 倫理的配慮

本研究では、文献を熟読して論旨を損なわないように配慮した。また、使用した文献を明記した。

IV. 結果

1. 分析対象として文献の概要

検索の結果、66件の文献が抽出された。採択基準に基づいてタイトルおよび抄録を確認し、51件を一次選定とした。これらの文献を精読のうえ、除外基準に基づいてスクリーニングを行い、最終的に25件を分析対象文献として採択した（表1）。

抽出された文献において、臨床現場で実際に取り上げられている看護実践上の課題を整理した結果、以下の9種類に分類された。それらは、①転倒・転落（10件）、②身体抑制（4件）、③誤嚥（3件）、④内服薬管理（2件）、⑤せん妄（2件）、⑥口腔ケア（1件）、⑦生活行動（1件）、⑧退院支援（1件）、⑨自己導尿管管理（1件）であった。

これらのうち、本研究では脳神経看護における看護実践上の主要な課題として頻出した上位3テーマである「転倒・転落を予防するための看護」「身体抑制をしないための看護」「誤嚥を予防するための看護」の文献17件を分析対象とした。

2. 脳神経看護実践上の課題におけるフィジカルアセスメントの視点

1) 転倒・転落を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点

転倒・転落を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点として、68のコードが抽出された。これらのコードを整理した結果、12のサブカテゴリー、さらに4つのカテゴリーに分類された（表2）。以下では、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, コードを「 」として示す。なお、意

表1 対象文献

数	筆頭著者	タイトル	年数	分析方法	テーマ
1	田毎あゆみ	脳神経疾患で経管栄養中の患者に対する口腔ケアプロトコル導入の効果 口腔衛生状態をOHAT-Jで比較して	2024	質的内容分析	口腔ケア
2	浅海 有理	脳神経外科疾患患者の転倒防止に対する看護アセスメントの視点と転倒防止策についての看護師の認識	2023	質的記述的研究	転倒・転落
3	下村 晃子	脳神経系疾患専門病院における転倒転落予防対策の検討 個別対策に焦点をあてて	2023	質的内容分析	転倒・転落
4	坂口 麻子	脳神経外科看護師の転倒リスクの高い患者に対する離床を促す看護	2023	質的記述的研究	転倒・転落
5	山川 幸大	身体拘束をしないための関わり 思いに寄り添った看護を試みて	2022	質的記述的研究	身体抑制
6	下村 晃子	脳神経系疾患患者における転倒転落リスクアセスメントツールの開発	2022	量的研究	転倒・転落
7	松本 楓	アセスメントシート導入による個別性を考慮した内服自己管理指導の検討	2021	量的研究	内服薬管理
8	北村 恵子	転倒転落のリスクが低いと看護師が判断した脳神経内科患者の転倒転落の要因 離床センサー未使用者に焦点をあてて	2020	質的記述的研究	転倒・転落
9	宮田久美子	脳卒中患者への看護における生活行動回復のアセスメントと介入計画に関する検討	2017	質的帰納的分析	生活行動
10	小池 由月	A病棟における転倒防止への取り組み 効果的なカンファレンスの視点	2016	質的記述的分析	転倒・転落
11	大林 静香	脳神経疾患患者のマットセンサー使用中に起きた転倒の要因の分析	2016	質的記述的研究	転倒・転落
12	足立 恵里	せん妄を発症した高齢脳血管疾患患者への薬剤使用に関する臨床判断	2016	質的記述的研究	せん妄
13	金子 汐里	脳梗塞患者の退院指導プログラムの導入を試みて	2015	質的帰納的分析	退院支援
14	吉川真理子	脳血管疾患患者の初回トイレ誘導を安全に行う為の看護師の判断基準	2015	質的記述的研究 記述的量的研究	転倒・転落
15	上山 真美	脳血管疾患患者における尿道留置カテーテルから自排尿獲得に向けたケアプロトコルの開発と有用性	2015	介入研究	自己導尿管理
16	星 亜紀	経鼻胃管の自己抜去をなくすための取り組み 肘関節の固定法を用いて	2013	質的内容分析	身体抑制
17	前田 充代	脳神経外科に入院した患者のせん妄発症状況の実態調査	2013	後方視的研究	せん妄
18	廣見 和世	転倒転落アセスメントシートの結果と転倒の関連性	2012	量的研究	転倒・転落
19	林 健司	脳血管障害による運動機能障害のある患者のトランスファーに関する看護師の臨床判断の特徴	2012	質的内容分析	転倒・転落
20	大野 美幸	看護師が判断した抑制解除の要因	2008	質的内容分析	身体抑制
21	石井 詠子	脳神経疾患患者の内服薬管理方法の選択 内服薬フローチャートを作成して	2008	実践的介入研究	内服薬管理
22	橋本由加理	誤嚥アセスメントシートの作成と、看護師から見たその有用性	2007	記述統計 内容分析	誤嚥
23	上杉 佳美	上肢抑制判断基準スコアシート、フローシートを利用した抑制開始・解除の判断基準の統一	2007	質的内容分析	身体抑制
24	菅原 郁子	急性期からの摂食・嚥下アプローチ 高次脳機能障害と臨床重症度分類に焦点を当てて	2007	量的研究 記述統計	誤嚥
25	木村真由美	摂食・嚥下障害に対するアセスメントの有効性と嚥下リハビリテーションに関する調査報告	2007	後方視的研究 記述統計	誤嚥

■ 対象文献から除外した文献

味内容を損なわない範囲で一部表現を改変した。

4つのカテゴリーは【認知・精神機能】【行動・生活動作】【身体機能・動作能力】【健康状態】であった。【認知・精神機能】のサブカテゴリーは《意識状態を把握する》《認知能力を評価する》《コミュニケーション能力を把握する》《行動の意図を探る》《精神・心理状態を観察する》に分類された。【行動・生活動作】のサブカテゴリーは《感覚・神経機能を評価する》《日常生活動作を把握する》《排泄機能を評価する》に分類された。【身体機能・動作能力】のサブカテゴリーは《移動動作を把握する》《運動機能を評価する》、【健康状態】のサブカテゴリーは《身体的健康状態を把握する》《循環機能を評価する》に分類された。

表2 転倒・転落を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
認知・精神機能	意識状態を把握する	意識レベル	6, 8, 10, 11
		意識レベルの変動	2
		覚醒状況	19
	認知能力を評価する	見当識	10
		理解度	10
		説明時の理解度	6
		入院への理解	6, 10
		指示動作	2, 10, 14
		ナースコール操作方法	3, 6, 10, 19
		ナースコールの作動状況	2, 3, 6
		離床センサーの作動状況	2, 10, 11
		高次脳機能障害	6, 19
		半側空間無視	2, 8
		記憶障害	3, 8
		注意障害	6, 8
		注意力	14
	危険動作	14	
	コミュニケーション能力を把握する	会話の内容	6, 14, 19
		表情	6
		しぐさ	6
	行動の意図を探る	コミュニケーション方法	6
		行動の目的	8, 11
	精神・心理状態を観察する	行動のタイミング	10
身体の捉え方		6, 14, 19	
意欲		4	
活動への意欲		2	
落ち着きがなく興奮している		2	
制御不能な身体動作		2	
徘徊		3, 6	
多動		3, 6	
行動・生活動作		感覚・神経機能を評価する	平衡感覚
	めまい		3, 6
	ふらつき		2, 3, 6, 8
	視力障害		18
	聴力障害		18
	感覚障害		6, 18
	しびれ		18
	日常生活動作を把握する	ADLの拡大	4, 10
		食事動作	19
		履物のはき方	3
	排泄機能を評価する	尿意・便意の有無	14
		排尿時の行動能力	10, 11
		夜間の排尿状況	18
		排尿パターン	10, 11, 18

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
身体機能・動作能力	移動動作を把握する	移乗動作	10, 14
		移乗方法	2, 3, 10
		移乗時の介護度	2, 8, 18
		移動補助具の使用	8, 10
		行動範囲	2, 4
		行動の速さ	10
	運動機能を評価する	四肢の活動範囲	10, 18
		運動機能障害	18
		MMT(Manual Muscle Test)	11
		麻痺の程度	2, 14, 8
		筋力低下	2, 18
		健側の筋力低下	2
		巧緻運動	19
		歩行状況	3, 6, 10, 19
		立位状況	2, 14, 18, 19
		起き上がり動作	2
		座位の状況	2, 6, 14
		健康状態	身体的健康状態を把握する
眠れない	2		
睡眠状況	10		
体格	14		
循環機能を評価する	貧血症状		18
	バイタルサイン		14
	体温		18

2) 身体抑制をしないために必要なフィジカルアセスメントの視点

身体抑制をしないために必要なフィジカルアセスメントの視点では、33のコードが抽出された。これらを9のサブカテゴリーにまとめ、3つのカテゴリーに分類した(表3)。3つのカテゴリーは【認知・精神機能】【苦痛】【運動能力】であった。【認知・精神機能】のサブカテゴリーでは、《意識状態を把握する》《認知能力を評価する》《コミュニケーション能力を把握する》《精神状況を観察する》《関心の所在を観察する》に分類された。【苦痛】のサブカテゴリーは、《感覚・知覚状況を把握する》《知覚

表3 身体抑制をしないために必要なフィジカルアセスメントの視点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
認知・精神機能	意識状態を把握する	JCS	6, 23
		意識レベル	20
		覚醒	16
		傾眠	16
		入眠	7, 16
	認知能力を評価する	理解力	16, 20
		理解された言動	7
		ルートの必要性への理解	20
		チューブ挿入の理解度	20
		CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)	7
		失語	16
	コミュニケーション能力を把握する	会話の内容	7, 16, 20
		支離滅裂の言動	7
	精神状況を観察する	言葉の口調	7
		不穏	16
		穏やかになる	7
	関心の所在を観察する	ルートを触る	7, 23
		ルートを気にしている	7, 20

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
苦痛	感覚・知覚状況を把握する	不快感	7
		不快感の表出	7
		カテーテルに対する不快感	7
		痺れ	16
		痒み	7
		痛み	16
	知覚に対する反応を観察する	苦痛言動	16
		抑制解除の要望	7
		刺激の反応	16
	皮膚の異常を観察する	皮膚の異常	16
運動能力	意図的な動きを観察する	自動運動	16
		指示動作	16
	運動機能を把握する	麻痺	16
		四肢の可動範囲	20, 23
		吸引時の四肢の可動範囲	16

に対する反応を観察する》《皮膚の異常を観察する》、【運動能力】のサブカテゴリーは、《意図的な動きを観察する》《運動機能を把握する》に分類された。

3) 誤嚥を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点

誤嚥を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点では、22のコードが抽出された。これらを6のサブカテゴリーにまとめ、3つのカテゴリーに分類した(表4)。3つのカテゴリーは【認知機能】【摂食嚥下】【合併症の兆し】であった。【認知機能】のサブカテゴリーは、《意識状態を把握する》《高次脳機能を評価する》に分類された。【摂食嚥下】のサブカテゴリーは《口腔の状態を観察する》《嚥下機能を評価する》《食事環境を把握する》、【合併症の兆し】のサブカテゴリーは、《合併症の兆しを観察する》に分類された。

表4 誤嚥を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号
認知機能	意識状態を把握する	意識レベル	24, 25
	高次脳機能を評価する	失語	24
		失行	24
		注意障害	24
摂食嚥下	口腔の状態を観察する	口腔粘膜の状況	24
		唾液の分泌状況	24
		口臭	24
	嚥下機能を評価する	舌や口唇の動き	25
		食物と分かる	25
		飲み込み動作	25
		飲み込む速さ	22
		誤嚥の分類	24
		ムセ	22
		湿性嘔声	25
		食事摂取量	22
	食事環境を把握する	栄養摂取形態	25
		所要時間	22
		食事介助量	22
合併症の兆し	合併症の兆しを観察する	呼吸音	22, 24, 25
		咽頭の雑音	22
		SpO ₂	22, 25
		体温の上昇	24

V. 考察

1. 脳神経看護における実践上の課題

本研究で抽出された脳神経看護における実践上の課題は、転倒・転落を予防するための看護（10件）、身体抑制をしないための看護（4件）、誤嚥を予防するための看護（3件）が上位を占めていた。これらの課題は、いずれも脳神経系疾患に特有の意識障害や認知機能の低下、四肢麻痺、嚥下機能の低下といった神経学的機能障害に起因して生じるものであり、患者の安全確保と生活の質の維持に直結する課題である。また、直接的な症状に由来しないものの、意識障害や認知機能の低下による療養環境や日常生活への影響を背景として、内服管理、生活行動、退院支援などを主題とする研究もみられ、患者のセルフケア能力や生活の再構築への支援を求める実践的課題が浮かび上がった。

医療の高度化・急性期化が進む近年の臨床現場において、脳神経看護では、病態や治療に関する専門的理解の重要性がますます高まっている。しかし、本研究で抽出された文献の傾向からは、単に解剖生理の理解にとどまらず、身体機能障害を抱える患者の日常生活行動を支える看護、つまりリハビリテーション過程やセルフケア促進を視野に入れた高い身体管理能力が看護実践上の主要な課題として位置づけられていることが明らかとなった。これは、急性期から回復期、在宅移行期に至るまで継続的に行われる脳神経看護の特徴を反映していると言える。

高橋（2020）は、脳神経系看護において、観察や評価にて得られた情報を統合し、機能障害を有する患者の苦痛や困難さを明確にすることが、日常生活動作の獲得や自立度の向上など生活を支援していくうえで重要であると指摘している。つまり、脳神経系疾患をもつ患者の看護実践には、フィジカルアセスメントによって得られた生理学的情報と行動的情報を多角的に統合し、身体的・心理的側面の両面から生活支援へと結びつける臨床判断力が求められるということである。これらの知見を踏まえると、脳神経看護における看護実践上の課題は、機能障害そのものに起因する問題と、機能障害が日常生活に及ぼす影響によって派生する間接的な問題の二側面から構成されており、看護師にはこれらを総合的にとらえ、患者の生活の再構築を支える包括的視点が求められているといえる。

2. 脳神経看護における実践上の課題から見るフィジカルアセスメントの視点

1) 転倒・転落予防に向けた臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点

転倒・転落を予防するために必要なフィジカルアセスメントの視点として抽出された【認知・精神機能】は、5つのサブカテゴリーに分類された。そのうち、《認知能力を評価する》には、「見当識」「理解度」「説明時の理解」「入院への理解」「指示動作」「ナースコールの操作方法」「身体の捉え方」など多様なコードが含まれていた。これらから、臨床現場では、患者がどのように状況を認知し、どのような機器を使用し、自身の身体をどのように理解しているかといった多面的な側面を評価していることが明らかとなった。これは、認知機能を単一の尺度で捉えるのではなく、注意・理解・反応など複

数の観察視点を用いて経時的に評価する必要性を示唆している。すなわち、転倒・転落予防においては、患者の微細な変化に気づき、患者の認知機能を包括的かつ動的に把握することが、安全確保の第一歩となるといえる。

また、【身体機能・動作能力】のうち、《移動動作を把握する》には「移動動作」「移乗方法」「移乗時の介助度」など、移乗や移動に関連する複数の観察項目が含まれていた。同じく、《運動機能を評価する》には、MMT（manual muscle testing；徒手筋力テスト）や麻痺の程度などのフィジカルイグザミネーションの基本項目だけでなく、「歩行状況」「立位保持状況」などの日常生活における各動作の観察点が数多く抽出された。高柳・泉（2013）は、「端坐位が取れる」「立位保持ができる」などの動作単体の評価にとどまらず、移乗動作の先にある日常生活動作までを視野に入れたアセスメントが必要であると指摘している。本研究の結果においても、脳神経看護におけるフィジカルアセスメントは、単なる運動機能の枠を超えて、日常生活を基盤とした身体機能と動作能力の把握を重視する視点を備えていることが明らかとなった。

下村ら（2022）は、転倒・転落リスクアセスメントツールの開発において、「意識レベル」「理解度」「高次脳機能障害」「会話の内容」「表情」「しぐさ」「身体の捉え方」など、多面的な観察項目を組み合わせる必要性を指摘している。また、小池ら（2016）は、「意識レベル」「見当識」「指示動作」「行動のタイミング」などを総合的に把握する重要性を述べ、転倒・転落という現象が単一の要因によって生じるものではないことを示している。

これらの知見を含めて考えると、脳神経看護においては、【認知・精神機能】【行動・生活動作】【身体機能・動作能力】【健康状態】などの多様な要因を関連付けて評価する包括的視点が臨床判断力の中核を構成する要素であるといえる。そして、転倒・転落予防においては、患者の身体的能力と認知的理解の双方を総合的に評価することが不可欠なフィジカルアセスメントの視点であるといえる。

2) 身体抑制を回避するための臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点

身体抑制をしないために必要なフィジカルアセスメントの視点として抽出された【認知・精神機能】には、《意識状態を把握する》、《認知能力を評価する》、《コミュニケーション能力を把握する》、《精神状態を観察する》などが含まれ、これらは転倒・転落で抽出されたコードと共通していた。一方で、《関心の所在を観察する》は新たに抽出されたサブカテゴリーであり、身体抑制を解除するための看護において特徴的な視点であった。身体抑制は、経腸栄養カテーテルや中心静脈栄養カテーテルなどの抜去防止という明確な目的をもつが、患者の関心がどこに向いているかを観察することは、抑制を解除できる可能性を検討するうえで重要な判断材料となる。患者の関心が特定の物や刺激に向いている場合、その注意の方向や行動意図を把握することで、安全を確保しながら抑制を回避する手立てを見出すことができる。

【運動能力】では、全身の麻痺の有無に加えて、四肢の可動範囲や動作の協調性を把握することが、抑制解除の可否を判断するうえで重要であると考えられた。桑原（2015）は、刺激に反応して手足が

動くといった単純な反応だけでは抑制の必要性を判断できず、身体の動きの細部に注目し、危険性を見極める看護師の観察力が求められると述べている。これは、身体抑制の判断が単に身体機能の有無ではなく、動作の質や意図の理解に基づく臨床的判断であることを示唆している。

さらに、身体抑制をしないための看護では、新たに【苦痛】というカテゴリーが抽出された。身体抑制は、生命を守るためのやむを得ない対応である一方、看護師はその実施に際して倫理的ジレンマや心理的負担を抱えることが多い（松本他, 2022）。そのような状況下でも、患者の尊厳を損なわずに関わるためには、患者が示す不快感や痛み、皮膚の発赤や表情の変化など、身体的・感情的反応を丁寧に読み取るアセスメント能力が求められる。これらの観察を通して、苦痛を軽減し、抑制を回避もしくは最小限に抑える姿勢が看護実践において重要であると考えられる。

以上のことから、身体抑制をしないための看護におけるフィジカルアセスメントの視点は、患者の身体機能や認知機能のみにとどまらず、行動の意図・関心の方向・苦痛の表出を多面的に把握する総合的な評価の視点であるといえる。

3) 誤嚥予防における臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点

【摂食嚥下】の《嚥下機能を評価する》では、先行期では食べものの認識、準備・咀嚼期では、嚥下状態や舌の動き、咽頭期ではムセの有無など嚥下の5段階に沿った観察視点が示されていた（山村, 2013）。また、【認知機能】の《高次脳機能を評価する》には「失語」「失行」「注意障害」の3つのコードが含まれ、誤嚥を予防するうえで高次脳機能障害の把握が不可欠であることが明らかとなった。熊倉（2012）は、高次脳機能障害が摂食嚥下障害を重症化させ、嚥下リハビリテーションや代償法の適用を制限することを指摘している。特に、注意障害は、周囲の話し声や環境刺激によって食事に集中できず、失行がある場合には食事動作の順序が組み立てられないなど、摂食行動そのものを困難にする要因となる。

脳神経疾患では、誤嚥は肺炎や呼吸障害に直結し、生命の危機をもたらすことも少なくない。そのため、誤嚥を予防する看護では、高次脳機能障害による誤嚥のリスクを軽減しつつ、患者が持つ嚥下機能を最大限に発揮できるような環境調整や姿勢支援が重要となる。つまり、認知機能の把握と嚥下機能の評価を統合したフィジカルアセスメントの視点が必要であり、それが安全な摂食行動を支える看護の要であるといえる。

3. 脳神経看護において求められるフィジカルアセスメントの視点と教育課題

看護基礎教育で学ぶフィジカルイグザミネーションは、あくまで情報収集の手段であり、得られた情報を専門的知識や臨床経験、患者の状況に基づいて判断・統合する能力が求められる（山内, 阿部, 2016）。しかし、看護基礎教育で修得したフィジカルアセスメントが臨床現場で十分に活用できるとは限らず、患者の変化や多様な疾患像に対応できるよう、教育内容をより臨床的・体験的に再構築する必要がある（椿他, 2018）。また、フィジカルアセスメント教育の重要性は認識されているものの、現

時点で「何をどこまで」教授すべきかは明確に定義されていない。

本研究の結果から、脳神経看護において必要とされる主要なフィジカルアセスメントの視点は明らかとなった。【認知・精神機能】【身体機能・動作能力】【行動・生活動作】といった多面的視点を統合し、患者の行動の背景や変化の兆候を読み取る能力が重要であることも明らかとなった。しかし、これらの視点を看護基礎教育にどのように取り入れ、臨床現場との乖離を縮めるかは、今後の大きな課題である。脳神経看護は、経験豊富な看護師であっても高度な観察力と判断力が求められる専門性の高い領域であり、学生のみならず臨床現場においても継続的な学習と実践的経験の積み重ねが不可欠である。したがって、脳神経看護におけるフィジカルアセスメント教育を効果的に実施するためには、標準化された項目リストに基づく教育だけでなく、臨床の実際を想定したケース学習やシミュレーション教育、リフレクションを通じて、思考のプロセスを可視化するような体系的・段階的教育モデルの構築が求められる。さらに、学内教育と臨床現場を連動させ、看護師が「観察→判断→看護行動」へと結びつける力を育成するための教育支援体制の整備が今後の課題として挙げられる。

VI. 結論

1. 脳神経看護における看護実践上の課題は、機能障害そのものに起因する問題と、機能障害が日常生活に及ぼす影響から生じる問題の二側面から成り立っている。看護師には、これらを総合的に捉え、患者の生活の再構築を支える視点が求められる。
2. 転倒・転落予防に向けた臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点では、【認知・精神機能】【行動・生活動作】【身体機能・動作能力】【健康状態】などの多様な要因を関連付け、患者の身体的能力と認知的理解の双方を総合的に評価することが重要である。
3. 身体抑制を回避するための臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点は、身体機能や認知機能の評価にとどまらず、患者の行動意図・関心の方向・苦痛の表出を多面的に捉える総合的視点を重視している。
4. 誤嚥予防における臨床判断を支えるフィジカルアセスメントの視点では、嚥下の各段階に沿った機能評価に加え、高次脳機能障害による失語・失行・注意の側面を総合的に捉えることが重要である。
5. 脳神経看護において、【認知・精神機能】【身体機能・動作能力】【行動・生活動作】といった多面的視点を統合し、患者の行動の背景や変化の兆候を読み取る能力が主要なフィジカルアセスメントの視点として重要であり、思考のプロセスを可視化するような体系的・段階的教育モデルの構築が課題であると示唆された。

本研究は、JSPS 科研費 25K13777 の助成を受けて行った研究の一部である。

引用文献

- 足立恵里, 朝倉英里香, 福場まり子, 他 (2016). セン妄を発症した高齢脳血管疾患患者への薬剤使用に関する臨床判断. 松江市立病院医学雑誌, 20 (1), 19-25.
- 浅海有理, 吉田優香, 平尾知香, 他 (2023). 脳神経外科疾患患者の転倒防止に対する看護アセスメントの視点と転倒防止策についての看護師の認識. 国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター医学雑誌, 10 (1), 36-41.
- 橋本由加理, 森道子, 岩瀬弘子, 他 (2007) 誤嚥アセスメントシートの作成と、看護師から見たその有用性. 日本脳神経看護研究学会会誌 30 (1), 116-119.
- 林健司, 梶谷みゆき, 上田淳子, 他 (2012). 脳血管障害による運動機能障害のある患者のトランスファーに関する看護師の臨床判断の特徴. 日本医学看護学教育学会誌, 21, 34-38.
- 廣見和世, 川野知子, 高井香, 他 (2012). 転倒転落アセスメントシートの結果と転倒の関連性. 日本病院会雑誌, 59 (11-12), 1251-1256.
- 星亜紀, 矢沢ゆかり, 小林喜江 (2013). 経鼻胃管の自己抜去をなくすための取り組み—肘関節の固定法を用いて. 竹田総合病院医学雑誌, 39 巻, 59-64.
- 池西静江 (2020). 【カリキュラム編成のヒント 臨床判断能力を育む取り組み】なぜ、臨床判断能力か. 看護教育, 61 (2), 98-106.
- 石井詠子 (2008). 脳神経疾患患者の内服薬管理方法の選択—内服薬フローチャートを作成して. 日本看護学会論文集：老年看護, 38, 265-267.
- Joel Lucille (2022). Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development, 5th, Edition, 225, F.A.Davis.
- 上山真美, 小泉美佐子 (2015). 脳血管疾患患者における尿道留置カテーテルから自排尿獲得に向けたケアプロトコルの開発と有用性. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 18 (4), 340-347.
- 金子汐里, 武内未希, 鷲谷貴美恵, 他 (2015). 脳梗塞患者の退院指導プログラムの導入を試みて. 北海道看護研究学会集録, 27 年度, 125-127.
- 川上朱美, 舟島なをみ (2023). 新人看護師が知覚する既習と現実の看護の乖離. 看護教育学研究, 32 (2), 12-13.
- 木村真由美, 本間明美 (2007). 摂食・嚥下障害に対するアセスメントの有効性と嚥下リハビリテーションに関する調査報告. 日本脳神経看護研究学会会誌, 30 (1), 51-54.
- 北村恵子, 長島舞, 渡邊瑞貴, 他 (2020). 転倒転落のリスクが低いと看護師が判断した脳神経内科患者の転倒転落の要因 離床センサー未使用者に焦点をあてて. 神奈川看護学会集録, 22, 44-46.
- 小池由月, 篠原未来, 酒井真紀子 (2016). A 病棟における転倒防止への取り組み 効果的なカンファレンスの視点. 八千代病院紀要, 5 (2), 7-13.
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/s0420-13.html> (2025 年 9 月 10 日アクセス)
- 熊倉勇美 (2012). 高次脳機能障害者と摂食・嚥下障害. 高次脳機能研究, 32 (1), 15-20.
- 桑原美香 (2015). ICU 患者の身体抑制に影響する看護師の判断要因. 日本クリティカルケア看護学会誌, 11 (3), 57-65.
- 前田充代, 西谷恭子, 浅下英里, 他 (2013). 脳神経外科に入院した患者のせん妄発症状況の実態調査. 日本看護学会論文集：看護管理, 43 号, 171-174.
- 真砂由紀代, 池西静江 (2020). 【カリキュラム編成のヒント 臨床判断能力を育む取り組み】臨床判断の基礎

- 的能力を育むための授業案 教務主任養成講習会の成果から (1). 看護教育, 61 (2), 108-118.
- 松本亜矢子, 岡未沙紀, 横川千尋, 他 (2022). 集中治療室で身体抑制の減少に取り組んだ看護師の思考のプロセス. 日本クリティカルケア看護学会誌, 18, 43-53.
- 松本楓, 今長寿世, 鎌田美美子, 他 (2021). アセスメントシート導入による個別性を考慮した内服自己管理指導の検討. Best Nurse, 32 (6), 54-58.
- 宮田久美子, 玉井由香里, 野田麻美, 他 (2017). 脳卒中患者への看護における生活行動回復のアセスメントと介入計画に関する検討. 日本ヒューマン・ナーシング研究学会, 5 (2), 7-13.
- 日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会. 看護学を構成する重要な用語集:「フィジカルアセスメント」. 日本看護科学学会. <https://www.jans.or.jp/glossary/physical-assessment/> (2025年9月30日アクセス)
- 大林静香, 出野恭子, 馬場園恵, 他 (2016). 脳神経疾患患者のマットセンサー使用中に起きた転倒の要因の分析. 看護実践学会誌, 29 (1), 26-32.
- 大野美幸, 野津直子, 金津久美子 (2008). 看護師が判断した抑制解除の要因. 松江市立病院医学雑誌, 12 (1), 47-52.
- 雀部繭美, 藤田淳子 (2008). リハビリテーション看護学実習における看護技術の経験状況—受け持ち患者の健康レベルによる比較. 日本看護学会論文集:看護教育, 38, 389-391.
- 坂口麻子, 伊藤瞳, 蝶名林文子, 他 (2023). 脳神経外科看護師の転倒リスクの高い患者に対する離床を促す看護. 新潟看護ケア研究学会誌, 9, 21-28.
- 下村晃子, 芦田和恵, 山下智佳子, 他 (2022). 脳神経系疾患患者における転倒転落リスクアセスメントツールの開発. 日本看護管理学会誌, 26 (1), 76-85.
- 下村晃子, 山下智佳子, 芦田和恵, 他 (2023). 脳神経系疾患専門病院における転倒転落予防対策の検討 個別対策に焦点をあてて. 松蔭大学看護学部紀要, 8, 29-37.
- 菅原郁子, 藤光志穂, 佐藤朋子, 他 (2007). 急性期からの摂食・嚥下アプローチ—高次脳機能障害と臨床重症度分類に焦点を当てて. 日本脳神経看護研究学会会誌, 30 (1), 55-58.
- 田毎あゆみ, 木村由美子, 吉井美香 (2024). 脳神経疾患で経管栄養中の患者に対する口腔ケアプロトコル導入の効果. 徳島県立中央病院紀要, 45, 19-25.
- 高橋美香 (2020). 【ここまでできれば一人前!脳神経外科病棟で必須のフィジカルアセスメント BASIC & スキルアップ】 総論 脳神経領域のフィジカルアセスメント. Brain Nursing, 36 (3), 224-225.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2013). 脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断—中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 36 (2), 69-77.
- 滝島紀子 (2017). 新卒看護師が直面する看護実践上の困難点とその対処法に関する研究. 川崎市立看護短期大学紀要, 22 (1), 57-69.
- 椿祥子, 河部房子, 今井宏美, 他 (2018). 看護現場におけるフィジカルアセスメント技術活用状況に関する実態調査. 千葉県立保健医療大学紀要, 9 (1), 55-61.
- 上杉佳美, 井町のぞみ, 錦見直子, 他 (2007). 上肢抑制判断基準スコアシート、フローシートを利用した抑制開始・解除の判断基準の統一. 日本脳神経看護研究学会会誌, 30 (1), 63-66.
- 渡邊光代 (2017). 臨床看護師がフィジカルアセスメント技術を習得する過程に関する研究. 目白大学健康科学研究, 10, 23-32.
- Wiggins, Grant & McTighe, Jay (2012). 理解をもたらすカリキュラム設計:「逆向き設計」の理論と方法 (西岡加名恵 訳). 日本標準. (原著 Understanding by design)
- 山内麻江, 阿部幸恵 (2016) 基礎看護学実習Ⅱにおける学生のフィジカルイグザミネーション技術実施状況. 東京医科大学看護専門学校紀要, 25 (1), 11-19.
- 山川幸大 (2022). 身体拘束をしないための関わり—思いに寄り添った看護を試みて. 岐阜市民病院紀要,

41, 67-70.

山村健介 (2013). 摂食・嚥下の基礎. 化学と生物, 51 (5), 302-309.

吉川真理子, 曾根晶子, 藤倉妙子 (2015). 脳血管疾患患者の初回トイレ誘導を安全に行う為の看護師の判断基準, 日本看護学学会論文集: 急性期看護, 45, 131-134.