

実践看護師の現任教育におけるモデル、 概念枠組みの修正、再構成の検討

寺 谷 愉利子

〔抄 録〕

病院の実践看護師を対象に、看護の思惟、活動の基礎となる「モデル、概念枠組み」の修正と再構成に関わる調査を行い、検討した。それぞれ違った記録形式のデータベースを使っている2大学病院で働く看護師44名に、「看護過程」「POS」「看護診断」に関する前提知識として「知っていること」「考えていること」、そしてペーパーペーシエント事例の看護問題を抽出、看護行動プランを記述させた。前提知識の「語源、定義、ねらい・目的、構成要素・内容、問題」の得点は「看護過程」>「POS」>「看護診断」であった。また、看護問題を抽出した結果、医学的問題が多く、その問題を解決する判断根拠は医学モデルであった。しかし、看護判断のアセスメントツールとして「記録データベース」を使用することにより、看護モデルによる看護問題を導くことができた。

キーワード 現任教育、パラダイム・シフト、看護過程、POS、看護診断

はじめに

国家試験で一度取得した看護師ライセンスは一生有効である。しかし、医学は日々格段に進歩し、また医療はサービス業としての質が厳しく問われ、さらに、病院の経営改善に伴いカルテの電子化の波が押し寄せている。このように、臨床で働く看護師（実践看護師）は自分が受けた看護基礎教育の知識だけでは業務に対応できない状況にあり、病院施設における実践看護師の現任教育は重要である⁽¹⁾⁽²⁾。看護基礎教育から年数を経た看護師に対して、知識や技術の教授、指導を主とした従来のベタゴジー（子どもを導く教育学）以外の教育方法が必要である。

人間はすべての体験により、影響され変化させられる生物的有機体で、成熟の可能性をもちながら、しかも、つねに未成熟のやわらかい芯をもちつづけている存在である⁽³⁾。また、認知的加齢は一生を通して続く過程で、最大情報処理速度と結びつけて20歳代を頂点にその後はしだいに低下する「流動性知能」と、年齢によってほとんど低下することのない獲得された知識と知的な技能である「結晶性知能」があり、生涯にわたる認知的達成においては、「生の」情報

処理能力と問題解決能力の絶えざる喪失と、情報と役に立つテクニックの着実な獲得との間で重みづけが変化しているようであるといえる⁽⁴⁾。私は、こういった人間観、学習観が生涯教育や専門職集団の現任教育のベースであると考ええる。

本研究の目的は、あらゆる人にとって生涯学習が必要であるという前提のもと、病院の実践看護師を対象に、看護の思惟、活動の基礎となる「モデル、概念枠組み」の修正と再構成に関わる調査を行い、検討することである。

I. 研究の背景と問題提起

1. 看護モデルと看護師のアイデンティティ・クライシス

ナイティンゲールは1860年『看護覚え書き—看護であること、看護でないこと』で、「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさの適切を保ち、食事を適切に選択し管理すること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小限にするように整えることを意味すべきである」⁽⁵⁾と看護を定義し、看護を職業として確立した。そして、「病人を看護することは一つの芸術であり、しかも、系統的で実地に即した科学的な訓練を必要とする芸術である (Nursing is science and art.)」⁽⁶⁾と看護のモデルを提示した。

今の日本の病院の臨床現場は、アメリカから導入された「POS (Problem Oriented System)」や「看護診断 (ND: Nursing Diagnosis)」を記録の道具として使いこなすことや、新しい医学知識そして医療機器の使用の熟達に懸命である。そして、パラ・メディカル・スタッフから「看護師さんって、検温や注射をする人じゃないの」といわれたりすると、看護師がライセンスをかけてする仕事、看護における専門性・独自性など、専門職としての危機を実感する。

野島良子は看護のアイデンティティ・クライシスの歴史を以下のように述べている。近代看護史は中世から引き継がれてきた伝統に従って、看護の機能を「治療」と「母親の役割」においてきた。そして、第2次世界大戦後のめざましい科学技術の発展によってもたらされた医療技術の革新と、社会科学の進展は、必然的に、医療世界における医師—看護間の役割分担の境界線を、従来のものよりも不鮮明なものにした。その一方で、国民の膨張する健康に対するニーズに対応するために、従来の医師、歯科医師、看護師、薬剤師に加えて、医療の「周辺」を担当する人びと、すなわち、パラ・メディカル・スタッフが出現し、それまで看護師が、いわば「なんでも屋」として包括的に果たしていた役割の一部を、彼らが担当するというようになってきた。しかるに、伝統的に、看護本来の機能とみなされてきた病院の身のまわりの世話は、それらがもともと母親のもつ諸機能に根ざしているだけに、誰にでもできる仕事とみなされ、わざわざ高等専門教育を受けた女性のみが果たすことのできる機能であるかどうか、はなはだ大きな疑問がもたれるに至った。その機能の独自性に対して確信をもたない看護師の立場は、この上なく「曖昧」なものであった。ペプローは1940年頃から60年に至るこの時期を、看

護の「アイデンティティ・クライシス」の時期と呼んだ。そして、ヘンダーソンは国際看護師協会 (ICN) 看護サービス委員会の要請を受けて、1960年に『看護の基本となるもの』を公にし、看護師の独自の機能を規定した。この定義はICN加盟国を通じて、全世界の看護師に受け入れられ、今日に至るまで、実践と看護理論の構築の両方に大きな影響を与えている。現代看護学の理論構築と、それによる看護のアイデンティティ確認への努力の成果を集約する形で、1980年アメリカ看護師協会 (ANA) は、「看護とは現前する、あるいは潜在する健康上の諸問題に対する人間の諸反応の診断と治療である」という定義を公にしている⁽⁷⁾。

2. 看護におけるパラダイム・シフト

アメリカの看護理論家たちは「全体を部分の合計ではなく、一つのまとまりのあるものとして考える」という“ユニタリーマンの健康”を看護診断の枠組みの最も高いレベルに位置づけ、「ユニタリーパーソンに基づくNANDAの看護診断」⁽⁸⁾の開発を始めた。それらのモデルはユニタリーパーソンと九つの“人間の反応パターン (交換、伝達、関係、価値、選択、運動、知覚、認識、感覚-感情)”によって示され、「看護診断 (ND: Nursing Diagnosis)」、「共同問題 (CP: Collaborative Problem)」そして「医学的問題 (MP: Medical Problem)」でもって看護の守備範囲を提示した。このモデル提示は、看護専門集団が学問化、科学的知識体系を進め、「看護学」が「通常科学」として「一つのパラダイムから他へ、革命を通して段階的に移行していく、成熟した科学の発展」を目指す、パラダイム・シフトである。そして「パズル解きの通常科学」の「研究の生産者」はこの新しいモデル“ユニタリーマンの健康”をもとに、演繹的に科学的業績の累積を推し進めている。

科学革命を経験する科学者集団はその歴史的な位置づけに変革を生じさせるとすれば、その立脚点の変革は、革命後の教科書や研究出版物の構造に影響する⁽⁹⁾。そこで、日本における看護判断のモデルに関する看護教育を紐解くと、1960年代の中頃から、看護計画やチームナーシングなどのアメリカにおける看護の方法が導入され、各職場での再教育も活発に行われ、看護基礎教育では、看護職の専門職化を理念として位置づけられた⁽¹⁰⁾。1967年の教科書⁽¹¹⁾で薄井は、「看護場面における看護」の大項目の「記録の技術」は「計画・実施・評価の技術」と分別している。計画は「目的と手段との立体的構造」で示され、記録は「対象と接しながら観察したこと、感じたこと、行った看護などを正しく記録することができなければ、それらを他の人に伝えるには記憶に頼る他はない。時と経過を追いながらすべての状況を再現し、展開させることは不可能に近くなる」と「看護過程記録 (process record)」を重視している。そして、教科書の項目は、ヘンダーソンの日常生活活動、人間における「基本的ニード」の概念に系統づけられている。1989年の改訂では、「自らが己れの必要とする教育を可能とする力量や豊かな人間形成はもとより、専門とする領域の拠って立つ学問的基盤、すなわち、看護学の諸理論に基づく知識と技術の基礎を培うことを重視した教育活動の展開」としてさらに看護学が専門科

目として独立した⁽¹²⁾。教科内容的にみて「看護過程（NP：Nursing Process）」におけるアセスメントにつながる健康状態の評価や、患者指導・訪問看護などの指導に関する活動の基礎が強調され、さらに看護研究の基礎が入っている⁽¹³⁾。

最近の教科書『基礎看護技術』⁽¹⁴⁾では、「看護記録を見ることによってどのような看護が行われたかが一目でわかること、看護過程に沿った記録様式で書くことが重要である」と「看護過程の構成要素とPOSによる記録」が掲載されている。しかし、「症状や治療に関するものは記録されているが、生活の援助に関する内容は、看護実践はあるが、記録に残っていない」「問題点別に整理し、一貫した経過としての看護記録がなされていない」「学生時代には何とかSOAP形式で書いていた記録が、卒業して看護婦になってから書けなくなった」「SとOが多く、Aの記録はほとんどない」⁽¹⁵⁾という指摘も多くある。

そして導入されたのが看護診断であるが、松木光子は、我が国の看護診断の現状をこう分析している。患者中心の看護を実践するために系統的アプローチが重視され、現場の看護師たちは看護問題に対する共通用語の必要を痛切に知っていた。看護診断カテゴリーが提出されると、日本語版が発行され、問題表現に悩んでいた看護師たちはいち早く活用していった。当然のこととして臨床ではNANDAの用語が使用されている。現在、我が国の用語体系は開発されておらず米国の文献の洪水に曝されている。我が国の現状に対する課題は、教育においてアセスメント能力を含む判断的思考力と理論を根拠に頻発する診断領域を理解させることが必要であろう。教育により診断の適切性が確保でき、臨床看護も向上するであろうが、看護師を教育や情報の面からサポートする用語やデータベース開発も必要となろう。何よりも我が国の診断・治療・成果の用語体系の開発が大きな課題であることはいうまでもない⁽¹⁶⁾。

以上のことより実践看護師の看護判断を分析するには、看護記録に関連した「看護過程（NP）」「POS」「看護診断（ND）」は、重要なキーワードであるといえる。

Ⅱ．調査の目的と方法

1．目的

病院で看護を実践している看護師を対象に、看護の思惟、活動の基礎となる看護モデル、概念枠組みの修正と再構成を検討するため、看護記録に関連した「NP」「POS」「ND」の前提知識と、問題解決時の判断根拠を分析する。

2．方法

1) 調査場面設定、調査対象：研究結果に影響を及ぼす要因をできる限り操作するため調査対象者や調査環境の調整を行った。第一に、調査収集は研究者が単独ですべて行った。第二に現任教育や「記録データベース」の影響を考え、2大学病院で働く看護師を対象とした。第

三に、調査中の緊張による影響を考慮し、調査は対象者2名以上の集団で行った。第四に、調査内容説明や調査手順に差がないよう、調査内容の説明や配布手順を一定にした。そして調査者は調査中、少し離れた場に同席し、被験者同士の意見交換がないよう終始観察を行った。

- 2) データ収集方法: 「NP」「POS」「ND」に関する前提知識として「知っていること」「考えていること」、そしてペーパーペーシェント事例(表1)の看護問題を抽出し、看護行動プランを記述させた。

表1 事例紹介

<p>M. Y.、55歳、女性、主婦、京都市内に在住。同居家族は夫(57歳、健康、会社員)のみ。長女は夫と子ども二人で近所に住む。長男は独身で大阪に在住。両親(父85歳、母83歳)は二人で近所に住み、兄弟は、妹(53歳)と弟(50歳)。いつもは、夫と孫そして両親の世話、そして地域役員の仕事とそれなりに忙しい。人付き合いがよく明るい性格、清潔好き、趣味は手芸、料理などである。食べ物の好き嫌いはなく、便は1日1回、尿は7~8回、毎日入浴。朝5時起床、23時就寝。年末の過労と1月中旬よりの冷え込みで、鼻汁および咳が時々あった。</p> <p>2/4 咽頭痛、体温37.5℃、食欲不振であったが、孫のことで外出する。</p> <p>2/5 体温37.6℃、特に夜間に咳が多くなり、やや灰白色の粘稠性痰を喀出する。胸痛を伴う場合もある。</p> <p>2/6 症状持続のため、当院内科外来受診。胸部X線撮影の結果、急性気管支炎と診断され、南9階に入院。身長155cm、体重47Kg、脈拍80、呼吸25、血圧116/76mmHg、体温38℃、呼吸やや促迫気味、顔色紅潮気味、喘鳴あり、「体がだるくつらいので早く横になりたい、咳がでる度に胸の痛みがあります」</p> <p>既往歴: 20歳、虫垂炎で手術</p> <p>入院時の治療方針</p> <p>安静と薬物療法</p> <p>安静: トイレのみ歩行可</p> <p>食事: 全粥</p>

3. 収集データ内容

- 1) 個人要因: 年齢、経験年数、最終学歴(高等学校・短期大学・大学・大学院・その他)、卒業看護学校(看護専門学校・医療短期大学・看護大学・その他)、看護学校での「NP」「POS」「ND」の指導・教授の有無、「NP」「POS」「ND」の記録研修受講の有無、「ND」記録の経験(現在使用・以前使用・なし)、そして看護の臨床現場で深めたい基礎学問(①人文科学: 哲学、論理学、文学、音楽、芸術、演劇、哲学、②社会科学: 法学、経済学、社会学、教育学、③自然科学: 生物学、化学、情報科学、④専門基礎: 栄養学、薬理学、病理学、微生物学、臨床心理学、⑤その他)から三つ選択。面接することから得た追加情報として、職務役割

(副看護婦長・スタッフ)、記述時間、調査者との関係の有無。

- 2) 前提知識：「NP」「POS」「ND」について「知っていること」や「考えていること」を自由記述した。
- 3) ペーパーペーシェント事例の「初期看護計画1」と「今後の看護に必要と思う追加情報1」を自由記述した。
- 4) 同じ事例を、看護判断のアセスメントツールとなる「記録データベース」(「鳥取大学医学部付属病院看護部データベース」¹⁷⁾を参考に研究者が作成)に転記穴埋め記述した。
- 5) 同じ事例を、看護診断による「初期看護計画2」と「今後の看護に必要と思う追加情報2」を自由記述した。

4. 研究対象者

看護大学や医療短大の看護学生の実習施設である病院に勤務している看護師を対象とし、K大学病院22名、S大学病院22名であった。K大学病院では平日勤務終了後の18時前後に調査を行い、S大学病院では、日曜日の看護研究委員会研修会の後17時から、そして平日の副婦長研修会の後18時から調査を行った。

5. 期日と調査回数

平成11年5月～8月、1回2名～15名を対象に8回調査を行った。

Ⅲ. データ処理・分析方法

1. データ処理方法

「原始データ」はカテゴリ、数値、記述データである。カテゴリ、数値データはそのまま「統計データ」とした。記述データは2人の判定者(研究者と他の判定者[同僚の実践看護師])が研究者の提示した共通の「判定基準(模範解答)」をもとに解釈・判定しカテゴリ化した。「NP」「POS」「ND」について「知っていること」や「考えていること」の記述は、「①語源、②語義、③ねらい・目的、④構成要素・内容、⑤問題」の5視点からカテゴリ化した。①～④は「判定基準」と「1：同じ内容(3点)、2：それ以外(2点)、3：違う内容(1点)、4：記載なし(0点)」と判定し、それぞれに重み付けを行い尺度得点化(3点満点)した。⑤は「1：賛成、2：どちらでもない、3：反対、4：記載なし」と判定した。事例の「初期計画1、2」は「①CP名、②CP目標、③ND名、④ND目標、⑤観察計画、⑥ケア計画、⑦教育計画」の7視点からカテゴリ化した。①～④は「判定基準」と「1：同じ内容(3点)、2：それ以外(2点)、3：違う内容(1点)、4：記載なし(0点)」と判定し、尺度得点化(3点満点)、⑤～⑦は「1：回答あり(1点)、2：回答なし(0点)」と判定し、尺度得点化

(1点満点)した。「追加情報1、2」は、「①疾病上身体情報、②看護上身体情報、③社会情報、④精神情報、⑤価値・信念情報」の5視点から、それぞれ「1:回答あり(1点)、2:回答なし(0点)」で判定し、尺度得点化(5点満点)した。2人の判定者は別々に記述データをカテゴリー化し、その結果を基に2人の判定者のディスカッション後、研究者が最終判定を行った。

2. 分析方法

数値を[平均値Mean±標準偏差値SD、最大値MAX-最小値MIN]、そしてカテゴリーを度数(%)で表し、さらに要因分析としてT検定、一元配置分散分析、カイ二乗検定を行った。

IV. 結果と考察

1. 単純集計結果

回答率:学校指導内容-70%、記録研修会参加-98%、研修内容-30%、それ以外-100%。

1) 個人要因:年齢[31.7±10、50-21]歳、経験年数[9.7±8.3、27-1]年、看護基礎教育[専門学校22名、医療短大17名、看護大学5名]、最終学歴[一般大学卒業(二部大学卒業)1名]、学校指導[「NP」「POS」「ND」を受けたものは36名(82%)、その内容(複数回答)NP27名(87%)、POS17名(47%)、ND18名(50%)、記録研修会参加「有り23名(52%)」、NDの使用状況[現在使用37名(84%)、以前使用5名(11%)、未使用2名(5%)]、看護の臨床現場で深めたい基礎学問[臨床心理学が最も多く、次いで社会学、哲学、教育学、栄養学、薬理学、論理学。4分類で選択した学問系の人数:人文系24名(66%)、社会系24名(66%)、自然系9名(22%)、専門系37名(90%)]、役職[副婦長15名、スタッフ29名]、記述時間[72.6±15.4、120-35]、調査者との関係[有10名(25%)]であった。

2) 前提知識:「①語源、②定義、③ねらい・目的、④構成要素・内容」の尺度得点合計(12点満点)NP[4.1±2.5、9-0]、POS[2.4±2.4、9-0]、ND[2.3±1.7、8-0]。各項目の内訳(同じ内容/それ以外/違う内容/記載なし)人数は、「語源」NP(0/0/0/44)、POS(6/6/0/32)、ND(0/12/0/32)、「定義」NP(8/15/0/21)、POS(1/6/0/37)、ND(0/15/0/28)、「ねらい目的」NP(6/15/1/22)、POS(0/10/0/34)、ND(0/9/0/35)、「構成要素・内容」NP(19/9/0/16)、POS(5/13/0/25)、ND(0/14/0/30)、「問題点(意見)」反対意見-NP0名、POS2名(5%)、ND10名(23%)。

3) 「初期看護計画1」:尺度得点(15点満点)[5.2±2.3、11-1]、「PC:潜在的合併症(Potential Complication)」「CP:共同問題」と明示して記述した者12名(27%)、その内容は「急性気管支炎」「肺炎」「症状悪化」「合併症潜在的状態:気管支炎」「合併症の潜在的状態:発熱、胸痛」「ガス交換障害のリスク状態」など、共同問題としての潜在的合併症ではなかった。ND名を「#」「☆」「・」でナンバリングして記述した者40名(91%)、そのND数は2.1±1.1。その内容は、「呼吸状態の変調」「安楽の変調」「セルフケアの不足」「睡眠障害のハイリスク」「気道のク

リアランスをはかる「喀痰促す」「疼痛症状」などNDラベルだけの記載で、NDを導いた看護判断として「関連因子RT/ (related to)」の記載がない。「ガス交換障害のリスク状態 RT/ 気管支炎」「症状出現によるセルフケアの不足」「疾患に関連した安楽の変調」「疾患に関連した気道クリアランスの障害」など「看護婦が目標を達成するための主要な介入を法的に指示できない」アセスメントである。「発熱、咳嗽による倦怠感、苦痛がある」「世話好き、人付き合いのよい性格で患者自身、体調がすぐれない間も無理が重なっていたと思える。」と症状や看護アセスメントだけで看護問題が明示されていない。「胸痛、治療上の安静に関連したセルフケア不足」「治療上の安静にともなうセルフケア不足」「発熱に伴う倦怠感及び咳嗽時の胸痛に関連した安楽の変調」「発熱、咳嗽による快、不快の変調」「治療上の制限、発熱による倦怠感による活動不耐に関連したセルフケアの不足」「肺炎による発熱、倦怠感、喘鳴による活動制限、活動不耐に関連したセルフケアの不足」「安楽の変調 RT 全身倦怠、咳嗽時胸痛、発熱、咽頭痛」など、看護問題点ごとに明示されていない。CP目標2名(5%)、ND目標15名(34%)、しかし「患者目標」「看護目標」の区別はない。初期計画1の観察計画は32名(73%)、ケア計画は33名(75%)、教育計画27名(61%)が記述していたが、問題点毎の計画ではなく総括的なものが多かった。

「追加情報1」：41名(93%)の回答を得た。「判定基準」に基づく尺度得点合計[2.4 ± 0.9 , 4-1]。項目別の回答数は、①疾病上身体情報18名、②看護上身体情報23名、③社会情報35名、④精神情報23名、⑤価値・信念情報回答なし。

4)「記録データベース」に転記穴埋め記述：まったく「データベース」にチェック・記載していない者1名。CPをチェックした者は21名(49%)、その結果、複数回答でCPが4ラベル抽出され、「呼吸器系」21、「消化器系」4、「検査治療」3、「運動・骨格系」1。NDラベルをチェックした者24名(56%)、その結果、複数回答でNDラベルは27個、合計119。それぞれがチェックしたND数[5.0 ± 3.3 , 12-1]、理想回答NDの8ラベル[2.7 ± 1.7 , 5-0]、5ラベル[1.1 ± 0.8 , 2-0]。

5)「初期看護計画2」：回答者[37名(84%)、↓(「初期看護計画1」より減少)]。その欄に「全記述と同様」とする者が3名、同じ内容を記載した者4名、「データベースを使ったことがないから」と記載しなかった理由を書いている者が2名、それ以降の回答のない者が4名いた。そして合計得点[4.1 ± 1.3 , 7-2, ↓]ばらつきや最低値は改善。項目別では、CP名は「初期看護計画1」と同じ人数であったが、その内容は「急性気管支炎」をあげる者や、「肺炎」→「呼吸系」、「ND 急性気管支炎による呼吸機能低下、呼吸状態悪化のおそれ」→「CP1 急性気管支炎に関連したガス交換障害のハイリスク状態(呼吸系)」と潜在的合併症の命名に変化した者もあったが、ND名とさらに混乱した者も認められた。

ND名は記述した者全員が回答した。そしてその内容の変化として、「不安」「ストレス」「体温の変調のリスク状態」「栄養状態の変調」「非効果的呼吸パターン」など新たなNDが増え、「疾病上身体情報内容」は若干減って関連因子に症状が増えた。具体的には、「症状出現に伴う安楽の変調のハイリスク状態」「安静治療に関連したセルフケア不足」「夜間咳、呼吸苦に伴う睡眠パ

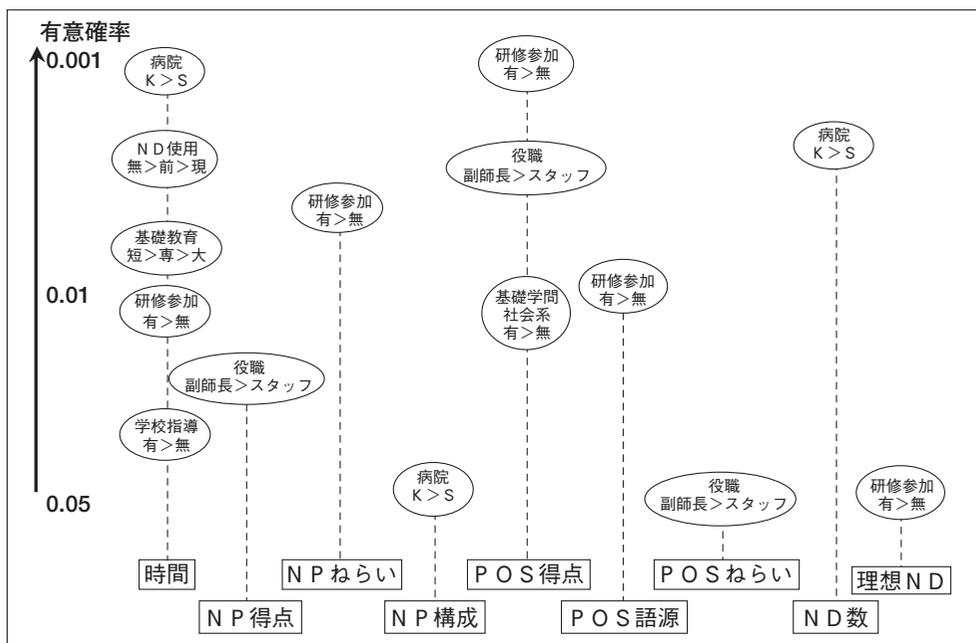
ターンの変調」「入院に伴う家族機能の変調」「睡眠障害のハイリスク RT/ 咳、胸痛」「栄養状態の変調のハイリスク RT: 食欲不振、熱発」「感染のリスク状態 RT: 急性気管支炎、痰の貯留」「口腔粘膜の変調 RT: 咽頭痛」「体温変調のリスク RT/ 発熱」「活動耐性の低下、熱発、咳嗽などによる」「安楽の変調 RT/ 胸痛」「環境変化によるストレス」である。また、「PC 急性気管支炎」→「☆1 非効果的呼吸パターン」に変更されたように、看護の視点が大きく変わった者もあった。しかし、関連因子の提示が不十分であった。また、各人のND数 [3.3±2.1、9-0、↑]。CP目標の回答者はなく、ND目標 8名、そして観察計画 5名、ケア計画21名、教育計画13名↓。

「追加情報 2」：回答者 [36名 (82%)、↓]。得点合計 [2.0±1.3、4-1、↓]、項目別では、①疾病上身体情報 [17名、↓]、②看護上身体情報 [25名、↑]、③社会情報 [19名、↓]、④精神情報 [27名、↑]、⑤価値・信念情報 [3名、↑]。

2. 看護判断要因の関連図 (表 2)

看護判断要因とそれぞれの関係とその有意差を表に示した。「時間：アンケート記述時間」は「学校指導」「記録研修会」「基礎教育」「ND使用」「病院」の順で有意差が大きく関連性を認め、「NP得点」は「役職」、「NPねらい」は「記録研修会参加」、「NP構成」は「病院」、「POS得点」は「基礎学問社会系：看護の臨床現場で深めたい基礎学問の4分類で選択した学問系」「役職」「記録研修会参加」、「POS語源」は「記録研修会参加」、「POSねらい」は「役職」、「ND数」は「病院」、「理想ND」は「記録研修会参加」であった。

表 2 看護判断要因の関連図



3. 考察

1) 調査データ：調査対象者が44名と少なく、因子分析や数量化分析ができるデータではなかったが、①一部の回答を除いて、欠損値は少なかった、②記述回答は、概念（「NP」「POS」「ND」）の構造化（語源、ねらい・目的、構成要素・内容、問題点）に基づき項目分類し、模範解答を使って二人の判定者により評価し、最終的に2人の議論からカテゴリー・尺度化したことにより看護判断能力に関わる要因を抽出することができた。この調査母集団は、年齢、経験年数、職務役割や専門学校と医療短大・看護大学出身面から実践看護師として中堅集団といえ、「病院」間の相違は、「記録研修会参加の有無」「年齢」「経験年数」に差はなく、実践看護師の看護判断能力の実状を知るには適当な集団であり、NDを実践で使用していた。

2) 「NP」「POS」「ND」の前提知識：「語源、定義、ねらい・目的、構成要素・内容、問題」の得点は「看護過程」「POS」「看護診断」の順位で低かった。NPについては、語源はゼロであったが、得点合計 [NP>POS>ND]、定義やねらい・目的、構成要素・内容の回答がPOSやNDに比べ非常に良く、反対意見が [NP<POS<ND] であったことから、アメリカ看護の訳語である中で、NPの概念はすでに日本語化しており、POSやNDに比べ看護実践において日常的に受け入れられていると考えられる。

これらについての「宣言的知識」を20代～30代はすべて基礎看護教育で指導を受けていたが、40代13名中8名はそれらを受けてはいなかった。そして指導内容については欠損値が多いため断言できないが、21～23歳はほとんどNDを学習している。看護基礎教育でのNDの指導内容について、黒田裕子⁽¹⁸⁾は大学での看護過程の指導に、看護アセスメントの枠組みとして「試行錯誤を繰り返しながら」人間の9パターンを用いている段階で、NANDA看護診断を健康問題として学生に対して指導していないと述べている。私が3年前看護師教員養成研修で指導を受けた時、看護専門学校、医療短期大学の講師の先生の多くはNDに否定的で、学校ではNDは指導していなかった。『看護婦 [士] 国家試験の問題 解答と解説 2000年版』では、「看護診断」という言葉はあくまでも看護過程の段階のアセスメント行為であり、NANDAの「看護診断リスト」はモデルとして掲載されている程度で、「看護診断」についての出題もなかった。恐らく「学校指導有無」で答えたNDの学習内容は、概念だけが教えられ、実践的な学習は含まれていなかったであろう。これらのことから、日本の看護学、看護基礎教育、実践看護においては、NDはまだまだ方向が定まっていない道具といえる。

3) データベースの効果：調査が1時間以上にわたり、調査後半に看護判断のアセスメントツールとなる「記録データベース」の記述が多く疲れたのかプランの記述は大幅に減った。その割合は [観察計画>教育計画>ケア計画] であったが、ND数は増加し、合計得点のばらつきは縮小した。そして、追加情報として、疾患上身体情報は減少、看護上身体と精神、信念・価値情報は増加し、社会情報は減少した。看護問題が全体的に抽出できたのは、看護判断のアセスメントツールとなる「記録データベース」により、患者情報が看護枠組みを用い

て看護情報を拡散思想的に収集され、看護診断ラベルを表示することにより収束思想的に問題点を抽出することができたと考えられる。

看護診断ラベルは、看護が対象とする患者の「健康や生命過程の反応に関わる」問題の概念であり、その機能は問題を健康パターンで分類し、問題を理解し他者に説明させ、問題を患者目標に基づいて予測し推論させ、問題を医療従事者間でコミュニケーションがはかることができるものである。しかしその概念を使いこなすには、実践看護師の看護診断ラベルの概念理解による所が大きい。今回大方の実践看護師は自分勝手な見解で判断したのではなかろうか。それゆえ、「看護診断は日本語にない概念なので理解できない」「英語の訳語なので日本になじまない」とか、「非効果的気道浄化」と「ガス交換の障害」との診断違いをするのであろう。

川島みどり⁽¹⁹⁾はアセスメントをすることが非常に難しく、そういう習慣がないから、看護過程に沿った記録を書く場合でも、判断のところでみんな行き詰まってしまう。だから、「疾患に共通な症状や問題とは異なった、看護独自の問題をもつ患者群の存在に気づき、それらの問題のラベル化をして保存すべきだ」と提言している。私は「二重焦点臨床実践モデル」の考え方は、「医学モデル」から脱皮する一つの方法として有効であると考え。何より、臨床における看護の立場を適確に反映し、看護師が判断して対処できる問題と、医師と看護師の判断の両方を用いて対処する問題の領域を明確にしているからこそ、問題領域を明確にすることにより、看護師が責任を持って主体的に取り組む範囲が示唆される利点は大きいと考える。

4) 看護判断に関連する要因：大きな関連要因は、「病院」「記録研修参加」であった。

「病院」間の属性相違点は、①最終学歴（高校、短大、大学**）、②基礎看護教育（専門学校、医療短大、看護大学**）、③研究者との関係（有、無**）そして、施設で使用されている「記録データベース」、が上げられる。S大は昭和53年の開院以来、POSを採用し⁽²⁰⁾、NANDA1992年度版の「記録データベース」が作成された⁽²¹⁾。一方、K大の「記録データベース」は20年ほど前にヘンダーソンの枠組みを参考に作成されたものであり、現任教育として10数年前から記録研修としてPOSの指導が行われているが、看護診断の研修は取り組まれていない。両者の看護判断能力の違いは、前提知識「NP構成」、初期計画に大きく現れていて、S大は具体的看護計画立案を得意とし、K大はND名に関心があった。

V. まとめ

「看護」はナイティンゲールにより「患者の生命力の消耗を最小限にするように整えることを意味すべきであり、系統的で実地に即した科学的な訓練を必要とする芸術である」と定義されたが、看護の機能の「治療」と「母親の役割」という機能の独自性に対して確信をもたない看護師の立場は、この上なく「曖昧」なものであった。国際看護師協会（ICN）は1960年にヘンダーソンの『看護の基本となるもの』を公にし、看護師の独自の機能を規定した。また、

1980年アメリカ看護婦協会(ANA)は、「看護とは現前する、あるいは潜在する健康上の諸問題に対する人間の諸反応の診断と治療である」と定義している。そして「看護のメタパラダイムは、人、環境、健康、看護である。看護の受けてである人、その人が存在する環境、人が看護師とかかわることになる健康・疾病連続体、そして看護行為自体である。」⁽²²⁾。

一方「医学」は、ヒポクラテスの自然に備わる治癒力を援助し、世話をするとところに人間に対する医療の原点を置いた。しかし、デカルトの精神と物体とを互いに独立の実体とする身心二元論から心と身体を切り離れた、身体を機械仕掛けと見ることで、医学は科学として発展した。それにより「死体としての自然」をモデルとして出発した近・現代の医学は「治療」(cure)にのみ専念して「自然的生命」の「看護」(care)を忘れている⁽²³⁾。

今回、実践看護師が未だに疾患や治療中心の「医学モデル」で看護判断していると厳しい評価を下したのは、記録においてであった。そして実践看護師は日々の業務に追われ、その中で看護を考え、看護をしているのに、「その機能の独自性に対して確信がもてない」立場は依然として続いている。決して実践看護師自身は「看護業務のミニ医師化」を良しとしているわけではない。看護学ではアイデンティティ・クライシスを経て、パラダイム・シフトにより、「看護診断」という一つの方向性をもって看護の専門化を推し進めているのに、看護基礎教育では「看護診断」を看護判断のツールとして使うことを指導していない。実践においてカルペニートの「二重点臨床実践モデル」での看護診断を使うには、それらを加味した教育のプロジェクトが必要である。一方、保健医療提供者の観点からすると、看護診断の分類はコンピュータ化に適したシステムの確立である。コンピュータ化への拡大する可能性に関して、看護診断は次の条件を備えなければならない⁽²⁴⁾。①看護師に、医学診断でなく看護診断を用いてクライアントの記録を取り出すシステムを提供する。②実践と研究に用いる看護データを収集・分析・統合するコンピュータ化された保健医療情報システムの開発に関与する機会を看護師に提供する。

エドガーは学習指導における視覚的方法として「直接的な学習経験から抽象的な学習経験に至る種々の経験の系列を示す一つの視覚的な比喩」として「経験の三角錐」をモデル化した。そしてその頃構想された、関心のある箇所に「飛ばし読み (browsing)」ができる構想「ハイパーメディア」は、20世紀後半のコンピュータ技術の発展により現実化し、コンピュータの記憶容量の飛躍的な増大、データ圧縮技術の向上、「パッケージ系」マルチメディア、「マルチメディア通信ネットワーク」など、視聴覚教育への要請は大きい。「学習者又は指導者が必要に応じて選択し、関係付け、活用することのできる融合型のメディア又は技法」としてのマルチメディアを処理することのできるコンピュータを活用⁽²⁵⁾して、「看護診断」の道具を使って、実践看護師の「直接的・目的経験」が三角錐の頂点の「言語象徴」としての「看護問題のラベル化」すなわち「看護診断ラベル」を形成、蓄積するのは、最終的には「臨床の知」の課題ではなからうか。

VI. 結論

日本では10数年前から実践看護師のアイデンティティ・クライシスが深刻となっている。それは実践看護師がアメリカから導入された「POS」や「看護診断」を記録の道具として使いこなすことや、新しい医学知識や医療機器の使用の熟達に懸命で、看護の関心を「看護でないこと」に向け、看護の機能の独自性に対して確信が持てていないという、曖昧性によるのではないか。

1. 看護実践者の「看護過程」「POS」「看護診断」に関する前提知識を研究者が提出した「判定基準」から評価したが、三つとも非常に少ない知識量であった。前提知識が、実践に必要な「宣言的知識」となるには、「看護基礎教育」より、「継続教育」(現任教育、自己教育)が大きな要因であった。それは看護判断結果でも同じであった。また「手続きの知識」を示した「記録データベース」の効果は認められた。

2. 看護判断する際の問題解決に使っている実践看護師のモデルは、「医学モデル」から脱皮できない「看護モデル」であった。実践看護師一人一人が、ANAの社会声明「看護とは現前する、あるいは潜在する健康上の諸問題に対する人間の諸反応診断と治療である」という日本看護協会も承認している看護の定義にモデルシフトしていない。まして、医学診断でなく、看護診断に関連した看護活動を補償するメカニズムを提供する「看護診断名」はほとんど記述できていなかった。

以上のことより、次の結論が得られる。

1. 実践看護師が「アイデンティティ・クライシス」を解決できないのは、医学モデルから看護モデルへシフトできていないからである。

2. カルペニートの「二重焦点臨床実践モデル」の看護診断は、実践看護師の「看護のパラダイム・シフト」を助けるアセスメントツールとして有効である。

〔注〕

- (1) 近藤裕子：看護職者のキャリア発達からみた生涯学習，佛教大学大学院紀要，第25号，1997，pp.145-157.
- (2) 城ヶ端初子：わが国の看護専門職者の継続教育に関する一考察，佛教大学大学院紀要，第26号，1998，pp.335-348.
- (3) J.トラベルビー：『人間対人間の看護』，長谷川浩 他訳，医学書院，1974，pp.34-35.
- (4) M.W.アイゼンク：『認知心理学事典』，野島久雄 他訳，新曜社，1998，p71.
- (5) F. ナイティンゲール：『ナイティンゲール著作集第一巻』，湯槇ます監修，現代社，1992，pp.150-151.
- (6) 前掲書，p.128.

- (7) 野島 良子：『看護論』へるす出版，1992，pp.20-26.
- (8) 松木 光子：ユニタリーパーソンと九つの“人間の反応パターン” NANDAの看護診断の過去・現在・未来，『月刊ナーシング』13（5），1993，pp.76-83.
- (9) トーマス・クーン：『科学革命の構造』（中山 茂 訳），みすず書房，1993，p15.
- (10) 氏家 幸子：看護教育の概念，『看護 MOOK No.37 看護教育』，医学書院，1991，pp.1-10.
- (11) 湯楨 ます編著：『系統看護学講座10 看護学概論』，医学書院，1968.
- (12) 原 萃子：看護基礎教育課程の目指す教育，『看護 MOOK No.37 看護教育』，1991，pp.73-80.
- (13) 氏家 幸子：基礎看護技術の授業展開，『看護 MOOK No.37 看護教育』，医学書院，1991，pp.103-112.
- (14) 濱田 幸子：『基礎看護技術－その手順と根拠』，メヂカルフレンド社，1994，pp.23-27.
- (15) 坂本 恵子：看護記録と看護婦の意識－POSのSOAP記録も看護婦の意識が“要”，『看護技術』32（6），1986，pp.35-39.
- (16) 松木 光子：世界における看護診断－NANDA第12回会議に出席して，『インターナショナルナーシングレビュー』，日本看護協会出版会19（3），1996，pp.26-31.
- (17) 鳥取大学医学部附属病院看護部編：『看護診断思考プロセスの見える看護記録記述事例集』，日総研，1996.
- (18) 黒田 裕子：「看護過程をどう教えるか（後編）」，『看護教育』40（5），1999，pp.346-354.
- (19) 川島 みどり：「患者の全体像を捉える目と臨床判断能力のトレーニング」，『看護管理』6（6），1996，pp.407-411.
- (20) 櫻井 律子：「患者の個性の表現と看護記録の形態」，『看護技術』32（6），1986，pp.44-54.
- (21) 曾我 邦子：「ケーススタディ 1 正しい診断をするために－1」，『看護診断1995』，1995，pp.42-45.
- (22) 松木 光子：前掲書，1993，pp.1-3.
- (23) 青木 茂：『看護の倫理－人間学としての看護』，医学書店，1992，pp.79-81.
- (24) リンダ・J・カルベニート，新道 幸恵 監訳：前掲書，1995，p.4.
- (25) 文部省：『マルチメディアの教育利用 視聴覚教育におけるコンピュータ活用の手引』，第一法規，1994，p.2.

(てらたに ゆりこ 医療法人順心会 津名病院)

(指導：山崎 高哉 教授)

2005年10月19日受理