

## 看護診断は教育にどんな影響を与えるか

大阪大学医療技術短期大学部

松木光子

## はじめに

看護診断の教育への影響という課題を頂いた。しかし、わが国では看護診断そのものの受取り方や理解が極めてまちまちで、看護婦各位により異った認識があるようである。そこで、まず看護診断そのものについて少し言及し、その上で私への課題に入っていく予定である。

## I 看護診断というもの

## 1. 看護診断とは

看護独自の機能は、すでに1950年頃、看護問題を診断しその解決にあたることと考えられていた。実際に、毎日の日常的な看護の中にこの機能は受けつがれてきている。

1980年、米国看護婦協会（ANA）はそのSocial Policy Statementの中で、“看護は健康問題に対する人間の反応を診断し対処すること”と定義した。これは過程的表現できわめてわかりやすい定義であり、今日世界的に受け入れられているものである。

表1 最近の代表的看護診断の定義

定義の著者と発表年	定義
ゴードン, 1976年	看護婦がその教育と経験によって扱うことができ、かつそのように免許が与えられている顕在的・潜在的な健康問題の記述
北米看護診断協議会、協議団の看護理論家グループ, 1978年	統合体としての人間の諸パターンを示す一群の経験や観察から得られた指標を要約した簡潔な節または語句
米国看護婦協会(ANA), 1980年	診断とは、感知されている困難ないし必要に名前をつけることによって客観化し、その問題を解決するための行為を推測し、実際に行うにあたっての基盤としようとする最初の作業である

また、近年の著明な看護診断の定義は表1に示す通りである<sup>1)</sup>。これらは近年の看護診断に関する知識体系開発に呼応して提出されたものである。いずれにしても、看護診断とは、“看護婦の管理できる範囲の診断であり、アセスメントの結論としてクライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述”<sup>1)</sup>である。それはまた、アセスメント、看護診断、計画、実施、評価という看護過程のステップとして位置づけられているものである。

## 2. 今までの看護過程の状況とこれから

看護過程は看護をやっていく工程で、方法論である。しかし、一般の受取りは方法論だけ知っていればすべてが動くとした理解があるようである。また、看護概念や理論を使っているといっても、それは頭の上の方であって実践は全く別ものとして動いている様子もみられている。

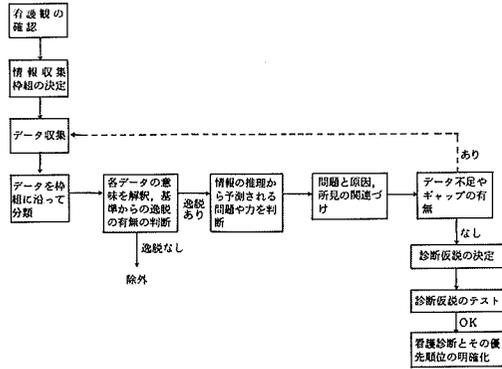
また、看護診断は看護分野の診断といっても、看護分野自体が不明瞭であり、さらに診断類型も開発されてなかったりで、これまでは仮の診断のままにとどまっていたといえよう。このあたりに現在研究の焦点があたっていて、北米看護診断協会（NANDA）はこの診断類型とそのよって立つ概念的枠組を検討している。NANDAのこの活動は、看護の概念的守備範囲を明確にし、看護の責任をもつ診断類型を確定しようとしているので、看護個々の領域の明確化につながっていく。

## 3. 診断過程と看護知識

診断過程は図1の通り<sup>1)</sup>、看護分野の診断であるからまず、看護観を確認し看護の情報収集枠組を決定する。その上で個々のクライアントとのかかわりの看護過程が動いていくのである。つまり、看護過程とは、看護の考えや知識、技術を使いこなしていく方法であり、看護婦のもつ考えをのせていくことによって、そ

## 「看護診断」とそれが看護に与える影響

の看護婦の看護観がクライアントの状況に適切に反映されていくのである。看護観を看護過程に入れこまない、理念として描く看護と実際の看護との間は乖離してしまう。つまり、看護過程には中身が必要である。この中身を各看護婦は看護過程とともに身につける必要がある。



看護診断過程のフローチャート

しかしながら、この中身の看護の体系的知識はまだ十分に整理しつくしえないまま雑然として存在している。特に、看護の扱う患者の状況に対して未整理であって、看護診断をして対処しようとする場合、使いやすいように体系化されなかったといえる。前述のNANDAの活動は、看護診断とその対応にとって行動しやすい形に知識を整理し直していると受取ればよいものと、私は思っている。これを1つの標準的知識として、図1に示す診断過程の仮の診断後、照合体として活用して専門職としての診断をしようとするのが、昨今の看護診断なのである。

この動きは、単に看護過程の看護診断のステップにおいて、共通のある用語を与えて表現するといったものだけでなく、看護知識体系と方法論の確立につながっていくものと、私は理解している。

## II 教育にどのような影響を与えるか

上記課題については次の4つの影響があるように思う。

1. 看護概念と看護過程を結びつけて系統だった教育が可能になり、理念と実践の乖離を防ぐ。

ケアを行う看護婦の育成という視点では、看護観を反映した看護を行うことができるよう育成される。考

えや知識を判断根拠として看護を行っていくことを身につけているので、理念と実践の乖離を防ぎえる。看護観をどのようにみがくか、培っていくか、どのように方法論を身につけていくかについては、各教師の努力が影響するであろう。しかし、教師の意図が伝わると、学生や卒業生達はその後自己推進力で培っていくことができる。それは彼らが問題解決能力やのびる力を持っているからである。

2. 看護の概念的枠組やその診断類型は看護の守備範囲を明確にするので、看護学、特に臨床看護学の教育分野の設定が容易となる。

看護専門職の所備範囲の中で教育の到達レベルを設定し、その目標達成に必要な内容を精選し教育内容とすることができる。特に臨床看護学は、概念的枠組のもとで診断類型によって精選できる。それも従来の医学モデルによって内容を設定するのではなく、看護というものをよく考えた枠組と看護の診断類型という具体的内容によって精選し設定できることになる。

3. 看護カリキュラムも看護診断の概念的枠組みで看護学を編成し、各看護学は看護診断とそのアプローチで構成できる。

看護学教育の全体計画に影響を与えることができる。各施設では、カリキュラム検討に際し、看護の哲学や信念を現在も十分に討議し教育目標を設定しておられるであろう。その理念のもとで看護の専門教育をめざすことを目的に、看護診断とその対応を看護学教育のコアと考えるのであれば、この看護学の体系によって教育カリキュラムを設定することができる。科目編成も看護概念とその診断類型によって編成すればよい。特に、概念的枠組によって診断類型が整備されてくると、教育目標にそった科目編成やコース編成が極めて容易となろう。

現在NANDAは、“unitary man”の考え方に基づいて枠組を構成し、現在までに承認されている診断類型をその枠組で整理している。この枠組の検討は、NANDAの中の“理論家グループ”が行っている。この集団を作ったのは、Dr. C. Royが各理論家1人1人に呼びかけ、それに応じて集ったことで構成されたという由来がある。そのチャアは長らくRoyが務めていたが、現在はM. Newmanに交代しているようである。かの著名なM. ロジャーズを始めとする名だたる理論家集団となっている。

しかしながら、各々の施設ではそれぞれ独自の看護の考え方やとらえ方があるだろう。その考えのもとで枠組を構成し、診断とそのアプローチを整理することは十分可能である。事実、ロイモデルでは、ロイモデルによる問題類型を提出している<sup>1)</sup>。私の場合は、私の枠組で整理している。また、Gordonは自己の機能的枠組で診断類型を整理していることはよく知られていることである。

こうして、教師が看護モデルや看護の考え方のもとで枠組を編成し、診断類型を目的にそって編成して、看護学教育のカリキュラムを構成することができる。

しかしながら、まだ看護の本質や概念をふくみ、そして看護診断とそのアプローチで構成された看護の知識体系は、まだまだ研究・組織だてられる必要がある。各教師がその努力をしながら、カリキュラム編成をすることは現段階でも可能であろう。

4. 看護教育において看護過程、特に診断過程を強化することによって、看護を追求する姿勢や方法を身につけ、将来種々の状況に対応でき問題解決のできる看護婦を育成できる。

よく考えてみると、今日のように情報が巷にあふれ、科学や技術の発展のめざましい時、教育は教師のもてるものを伝えるのが教育との考えでは、次第に追いつかなくなっていくように思う。基礎的知識や技術とともに、物事の追求方法や態度を十分に身につけさせていくことが、これからの人々には何よりも重要である

う。自分のわからないことを見出し、それを追求することによって知識を得、未だ世に未知のものを見出していく、そして障害や葛藤がある場合、周到に問題解決でき克服していく、対処していくといった態度や方法の育成ができてくると考える。

伝受つまり教育では、学校時代に教ったものはそのうち有益なものではなくなる可能性がある。将来のびる看護婦養成をめざすならば、看護の追求方法や態度を養成することを主眼におき、その過程に基礎的知識や技術を入れこんで、両者を身につけさせていくことが肝要のように思える。

このような意味で、看護過程、診断過程の強化は追求方法や態度を身につけさせるので有意義であろう。

## おわりに

主題に関連して、今日の看護診断の意味や意図を論じた上で、教育への影響を4つの可能性という視点から提出した。

それは、①概念と実践の乖離を防ぐ、②看護の守備範囲が明確となるので教育分野が容易に設定できる、③看護学のカリキュラムもこの診断類型と概念枠組で設定できる、④看護の追求方法を身につける、の4つを提出した。

## 文 献

1) 松木光子編、看護診断の実際、南江堂、1988.

## 看護診断をどう教えるか？

滋賀県立短期大学

端 章 恵

### はじめに

わが国はいま、超高齢化社会を迎え、社会のニーズはめまぐるしく変化してきています。昭和62年には「21世紀に向かって期待される看護婦像」が提唱され、平成2年には国家試験の見直し、カリキュラムの改正と看護界にも大きな変貌の波が押し寄せています。

このような中で21世紀の看護を担う学生に社会のニーズの変化に対応でき、問題解決のための方法を的確に判断できる専門職者としての能力が求められています。その中でいま最も期待されているのが、看護診断能力といっても過言ではないと思います。したがって卒業までに看護診断にいたる過程をしっかりと身につけてもらおうと苦心しています。しかし、思うように成果があがらず、苦慮しています。

そこで、成人看護学、その中の精神看護学における取り組みについて報告し、ご意見、ご助言を頂きたいと思っています。

看護過程について学習するにあたって「看護診断」という用語を使い始めたのは3年ほど前からですが、同様の思考過程を導入して10年近くになります。

### 1. ヘンダーソン理論の活用期

初期の頃は、問題の抽出にあたってヘンダーソンの「基本的看護の構成要素」をベースにして、情報収集項目を中木先生を中核にして集まった看護教員らと検討を重ね、内科および精神科実習用の「POSを導入した患者記録」を作成しました。その結果は昭和57、58年の日本看護学会の教育分科会で報告しましたように、学生の収集した情報量は増し、患者の問題を捉えられる学生が多くなり、記録の内容に学生間の差が少なくなるという成果はみられました。しかし、捉えた問題が的確な問題といえるか、どうか、的確な診断名がつけられているのか、どうか、学生、教員ともに確

信が持てないこともしばしばでした。

### 2. ゴードンの「機能的健康パターン」の活用

#### 1) 受持患者のニーズを復習

カールソンら<sup>1)</sup>は看護診断について「クライアントの潜在的に、また現に変化している健康状態についての記述であり、それは看護介入を必要とするもの」と定義しています。この定義にある看護介入を必要とする潜在的に、また現に変化している健康状態とは看護介入を必要としない健康な状態と比べて何らかの変化がある状態と解釈できます。

では、看護介入を必要としない健康な状態とは、どんな状態かを考えてみますと、マズロー<sup>2)</sup>は「総体的なニーズの充足と理想的な健康とは理論的には同義である」と述べています。したがって看護診断の前の段階で、先ず、患者のニーズが充足されている状態とはどのような状態かをしっかり把握しておく必要があります。

ニーズについて知る手がかりとして、学生たちはヘンダーソンの基本的看護の構成要素、ロイの看護アセスメント因子、マズローのニーズの階層づけ、など学んでいます。それに加えてこれまでに学んできた知識を総結集すれば生理的・精神的・社会的側面のニーズが充足されている状態とはどのような状態かの答えが出てくるはずですが。しかし精神科看護に特に重視される精神的・社会的側面のニーズは、人間の成長、発達の過程に深く関わるニーズだけに理解するのに大変困難を極めます。

そこで、看護過程展開の学内での授業に入る前に人間の心のメカニズムを知る一つの方法として交流分析の概念を導入しています。一方、学内実習の初めには人間のニーズが充足されている状態を復習しながらまとめ直すことから始めています。その際、学生はゴードン<sup>3)</sup>

の「機能的健康パターン」を活用した様式1〈受持患者のニーズの充足されている状態〉の左欄に、受持患者（紙上患者）の性別、年齢に応じたニーズについて記載します。対象の学生は3学年ですからこの作業は既に学んだ知識の復習になりますが、かなりの時間を要します。マズローの自己実現する人間、ロジャーズの十全に機能する人間、エリクソンによる人の心理的社会的発達段階と課題、交流分析などを参考にしながら演習しています。

次にメイ・M. ジョンソンら<sup>4)</sup>が挙げている「ニードに影響する諸因子」を参考にして受持患者の疾病のレベル、生活環境、肉体的・知的・感情的能力などに応じてニーズの充足されている状態を右欄に修正します。この部分は紙上患者では疾患のレベル、家庭環境、本人あるいは家族の能力などの情報に限度があり、臨床実習時に個別指導が必要と考えています。

## 2) 情報の整理

実習の目標の一つに「PONR（問題志向型看護記録）が作成できる」をあげています。そこで、収集した情報を様式2〈受持患者の情報〉に主観的情報と客観的情報に分けて記録します。

その際、クラスタリングのことを考え、情報を「機能的健康パターン」別に整理しておきます。ところが学生は「看護診断マニュアル」を片手に情報を整理するのですが、収集した情報をどのパターンに入れるかで悩みます。そこでアメリカ看護婦協会の声明書に提示されている「看護介入の焦点となる事柄のリスト」を参考にして、看護とは何かを確認し直します。その上でどのパターンにどの情報を入れるのかを考えています。

## 3) 機能的健康パターン別にクラスタリング

看護診断に至る過程の中で、学生が悩む部分の一つにどう関連情報を見つけ出すか、つまりクラスタリングの部分が挙げられます。3年前からゴードンの「機能的健康パターン」に添って情報を整理することを試みていますが、その結果クラスタリングが容易になってきています。とくにこころを病む患者の問題を見いだす際に、ヘンダーソンの構成要素に基づいて精神的・社会的側面で関連情報を選び出すには枠組みが大き過ぎます。しかし、機能的健康パターンでは「自己認識—自己概念」・「役割—関係」・「性—生殖」・「コーピング—ストレス耐性」・「価値—信念」パターンに

分類されていることで、情報収集の焦点が明確となると同時に、関連のありそうな情報を探しだす苦勞が軽減されています。

情報の解釈にあたっては、様式3〈受持患者の情報の解釈〉の用紙を今年度の学内実習において2事例目で使ってみました。用紙の両端に11の機能的健康パターンをおき、その中寄りに各パターン別の情報のもつ意味を考えて記載します。この際、整理した情報と「ニーズの充足されている状態」および「看護介入の焦点となる事柄のリスト」とを照らし合わせながら、現在、生活行動のどの部分が自分の力でできないか、その程度はどの程度かなど、洗い出した情報の意味をじっくりみます。そして関連のありそうなパターンのいくつかを線で結び、その結果読み取れたことを中央の空欄に記載し、学生の記載例のように一重の四角で囲みます。そしてその四角内に記載された内容を表わすネームをつけ、つけた看護診断名を二重の四角で囲みます。情報の解釈にあたって様式3のように一覧にしたことで情報の関連が容易になってきたように思います。

## 4) ネーミングに診断マニュアルを活用

看護過程の中で学生が最も苦慮するところはネーミング、つまり「看護診断名」をつける部分です。そこで中木先生<sup>5)</sup>の「『看護診断マニュアル』を用いて適切な看護診断名を見つけだす方法」に添って実施することにしています。昨年は、ゴードンの「看護診断マニュアル」とリピンコット<sup>6)</sup>の「精神障害者のケアのための看護診断」を、今年度はさらに1988年第8回全米看護診断分類会議<sup>7)</sup>で検討された「看護診断名リスト」を併せて活用してみました。この3つのマニュアルに示された診断名リストの中から、これに近いと思う診断名の定義や特徴、診断基準と学生が得た患者の情報を照らし合わせて可能性のある診断名を選択する方法で演習してみますと、活用前の学生に比べて患者の反応がより明確に伝わる表現になってきています。

昨年度の臨床実習の際、学生からはリピンコットの看護アセスメントをみて情報不足に気づき、マニュアルを活用することで自分のとらえた患者の問題（看護診断）がピントはずれでないことが実感でき、不安が軽減したとの感想が述べられています。

今年度の3年課程の学生にも2事例目を個人で展開させましたところ、2～3名に医学的な診断名が挙げ

られていたり、適切でない表現があったほか、ほとんどが表現の違いはあったものの看護診断名が挙げられています。

### 3. 今後の課題

いままで述べてきたように、機能別健康パターンの活用の有用性は大きいのですが、「パターン」に焦点があてられる傾向がつよく、心を病む人に全く接したことがない学生は患者をイメージできず、患者の全体像が見えにくい学生が多いように思います。このあたりをどう指導するかが今後の課題で、どう統合させていくかが臨床実習での指導のポイントになると考えています。

精神看護での紙上患者での展開は、患者の反応が得られないので情報の解釈が他科に比べて主観的になりがちで、学内での初期計画立案の演習に限界を感じています。

今年度の学生に関してはこれから学外実習に臨みますので、学内で学んでいる知識をどう統合して個の患者を理解して行くかが大きな課題と考えています。

### 文 献

- 1) カールソン他, 日野原重明監訳: 看護診断, 医学書院サンダース, p. 6, 1983.
- 2) W. J. フィブス他, 高橋シュン監訳: 臨床看護学I, 新臨床看護学大系, 医学書院 p. 5, 1983.
- 3) M. ゴードン, 伊藤幸子他訳: 看護診断マニュアル, へるす出版, 1985.
- 4) メイ. M. ジョンソン他, 矢野正子他訳: 看護アセスメントと問題解決, メヂカルフレンド社, p. 27, 1981.
- 5) 中木高夫: POSをナースに, 医学書院, p. 94~95, 1989.
- 6) L. S. ブランナー他, 和田攻他監訳: 臨床看護マニュアル, 医学書院, p. 1126~1169, 1984.
- 7) 中木高夫: あすかちゃんのPOS, 照林社, p. 164 ~165, 1990.

受持患者のニーズの充足されている状態（様式1）

No. 1

受持患者氏名	年齢	性別	受持患者の年齢・性別に 応じたニーズが充足されて いる状態	疾病のレベル、生活環境等 に応じて修正したニーズが 充足されている状態
機能的健康パターン 健康知覚—健康管理				
栄養—代謝				
排泄				
活動—運動				
価値—信念				

受持患者の情報（様式2）

受持患者氏名

年齢

性別

機能的 健康パターン	主観的情報（S）	客観的情報（O）
健康知覚 -健康管理		
栄養-代謝		
排泄		
活動-運動		
認知-知覚		
睡眠-休息		
自己知覚 -自己像		
役割-関係		
性欲-生殖		
コーピング -ストレス耐性		
価値-信念		

受持患者の情報の解釈の解釈 (様式3)

受持患者氏名	年齢	性別	機能的健康パターン	パターン間の関連と解釈	看護診断名	パターン間の関連と解釈	パターン毎の情報の解釈	機能的健康パターン
機能的健康パターン								睡眠-休息
健康知覚 -健康管理								自己知覚 -自己像
栄養-代謝								役割-関係
排泄								性欲-生殖
活動-運動								コーピング -ストレス耐性
認知-知覚								価値-信念

＜記載例＞

受持患者の情報の解釈 (様式3)

受持患者氏名 奈良 文子 年齢 38歳 性別 女性

機能的健康パターン	パターン毎の情報選択	看護診断名	機能的健康パターン
健康知覚 一健康管理	抗精神病薬長期服用 長期入院	パターン間の関連と解釈	睡眠一休息
栄養一代謝	標準体重に比べ2.2kg少ないが、ぶつうのラランクにあり、食事も7～8割食べられているので問題は無い。	パターン間の関連と解釈	自己知覚 一自己像
排泄	特に問題は認められない	パターン間の関連と解釈	役割一関係
活動一運動	行動に活気がない。 運動不足になる恐れがある。セルフケアには問題はなく、清潔にも気をつけており、きれい好き。	看護診断名	コーピング 一ストレス 耐性
認知一知覚	自分の年齢を実際より若く見せたいと思定し、自分自身の世界 realism を作り出して、結婚に強い願望を抱いていると考えられる。医師、看護婦に丁寧、患者に乱暴な口のきき方から信頼感をもっている相手にはやや打ちとけられると思われる。	看護診断名	性欲一生殖 価値一信念

**パターン間の関連と解釈**

#3 基本的信頼感の未確立に関連した非効果的コーピング

愛情(ストローク)を得られず、基本的信頼感を確立することができず、人のせい(I'm OK, You're NOT OK)にして苦痛を軽減しているのではないか

#1 長期入院による刺激不足入院生活の単調さに関連した娯楽活動の不足

長期入院で外界からの刺激が少なく、興味を持てるものがないため、活気がなく活動が不足しているのではないか

**パターン間の関連と解釈**

#2 信頼感の不足他者への関心の減退に関連した社会関係の障害

若い頃家庭では周囲に気を遣い精神的な負担が大きかったため自分で取って信頼で判断し相手かどうかを慎重に判断していると思える。そのため他の患者と積極的に交流できないのではないか

#4 支障的能力の消耗に関連した家族の非効果的コーピング

「看護診断」とそれが看護に与える影響

## “臨床の現場で看護診断をどう学んで行くか”

滋賀医科大学医学部附属病院看護部

櫻井 律子

### I. はじめに

シンポジストの中では、私だけが臨床現場からの参加ということになる。

「看護診断」というと看護の世界では現在最先端の領域と言える。そして一般に、臨床は忙しい現場であるので、最先端のものは教育や研究の場にお任せしてしまう傾向にある。しかし、こと「看護診断」に関しては、臨床現場で働く看護婦にとっても、単なる知的興味以上のものになっている。なぜなら、私たちが現場で日々の看護ケアを向上させてきた途上に、「看護診断」との出会いがあったからである。

そこで今回のシンポジウムでは、3つの点から話題を提供したい。第1は、どのようにして私たちが「看護診断」に行きあたったのかということ。第2は、臨床の場で「看護診断」を学習するうえで、何が困難であったかということ。最後に、「看護診断」に関して基礎教育でどのように教育してほしいかということの3点である。

### II. どのようにして「看護診断」に行きあたったか

私たちが臨床の現場に「看護診断」を取り入れたのは、POSを行っていたからである。

私の勤務する滋賀医科大学医学部附属病院は、昭和53年10月の開院以来POSを採用し、当然看護の実践もPOSに沿ったものを目指してきた。開院直後の混乱期は、ともかく日々の看護記録をSOAPで書くことだけで精一杯で、それもAPが書けずSOSの記録といえる状態であった。その後、POSの本質が「プロブレムごとに」ということであることに気づき、記録の体裁は急速にPOSに近づいて行った。

記録の体裁が整うにしたがって、看護内容およびその水準の向上と維持管理が問題となり、POS自体へ

の取り組みに加えて、種々のサポートシステムを開発した。ここでそれを列挙してみることにする。

- 患者データベースに看護概念枠組みを反映させる  
病棟での事例検討会で、評価基準がないことが検討を困難にしていることが明らかになり、ヘンダーソンの14項目をその基準とし採り上げた。その結果、情報の欠落が看護問題に影響していることが明らかになったので、ヘンダーソンを枠組みとした患者プロフィール用紙を作成した。

- 計画立案のプロセスを記載する

従来のPOSの形態では、初期計画はプロブレムごとに計画だけを記載することになっていたが、これではプロブレムを明らかにするプロセスと看護行為の選択理由が理解できないという不都合が生じた。そこで、POSの基本形式通りに初期計画もプロブレムごとにSOAP形式で記載する方法を定着させた。

- 看護計画の通りに実施する

初期計画の立案に力を注いでも、その後は看護計画が立ってばなしになっていて、実際の看護をアドリブで行っている傾向が見られた。評価を実のあるものにするためにも、看護計画と実施を一致させるようにした。具体的には、その日看護を受け持つ患者の看護計画用紙を手元に置き、それを見ながらケアをすることにした。

さて、ここまでは私がスタッフとして関わってきたことであったが、次に病棟看護管理者として関わった範囲について述べることにする。

私は昭和58年2月に病棟看護管理者として配属を変わり、POSを違う視点から再び見直す機会を得た。

看護単位を変わってみて、私は「同じ病院で、同じようにPOSに沿った看護を目指しているにもかかわらず、その取り組みかたに違いがありすぎる」ことに驚き、以前の病棟と比較しながら、利点を伸ばし欠点

を補うために、しばらく静観して情報を収集することにした。収集した情報がある程度自分自身で整理してから、問題を徐々にスタッフに投げ掛けた。解決策はスタッフ全員で考え実行した。これは管理面へのPOSの技法の応用といえる。

では、この期間のPOSに関わる改善について話をもどすことにする。

・患者一看護婦関係を強化する

患者のケアに対する責任の所在が明確でないと、プロブレムや看護計画が患者に合わなくなってくる。これを補うものに他の病院でも行われている「受け持ち制」などがあるが、私たちは責任の所在を一層明確にするために、プライマリナーシングの理念を取り込むことにした。看護婦の十分な配置が望めないわが国の看護環境では、アメリカで行われている通りにプライマリナーシングを行うことは不可能であるので、患者一看護婦関係の強化だけを目的とした「プライマリナーシングもどき」を実施した。「プライマリナーシングもどき」を正式の呼称とするのも具合が悪いので、現在滋賀医大ではこれを「担当看護婦制度」と呼んでいる。

プライマリナーシングもどきとは、つぎのようなものである。

入院時のオリエンテーションから情報収集→初期計画の立案→中間サマリーの記載→退院指導を含めた退院サマリーの記載まで看護計画の整備と記録の管理に対して一貫した責任を持つことに加えて、

- (1) 入院時オリエンテーションで患者に自分が担当ナースであることを紹介し、その役割を説明する。
- (2) 担当ナース名をベッドネームやチャートの背表紙の主治医欄の下に表記する
- (3) 勤務しているかぎり1日1回は患者の所に顔を出して、担当ナースであることをアピールする。

このことで、責任の所在が明確になり、退院後も担当ナースに健康相談をするなど、患者一看護婦関係はよいほうに強化された。

・新採用スタッフ等の指導看護婦をきめる

患者さんに担当ナースがいるように、新採用等のナースに対しても指導を担当するナースを1人決めるものである(プリセプターシップ)。指導担当者にはグループで年度計画の立案・実施・評価を行わせている。これは担当看護婦制度のサポートシステムとしても機能

するものである。

・オーディットのプロセスをシステム化する

結果のオーディットはカンファレンスや事例検討会を通して同僚間監査で実施した。オーディットのプロセスはオーディットサイクルと呼ばれるシステムで表すことができる。そのサイクルでは、カンファレンスの準備として中間サマリーを作成し、カンファレンスの後ではその記録と看護計画の追加・修正を行う。こうしたオーディットに関連する記録は、診療記録の1カ所に集約すると全体の把握が容易になり、申し送りやサマリー作成など、いろいろな場面で利用することができる。

このように、私たちはよりよいケアを目指して各種の改善を行っていったのであるが、それではPOSを通して行う看護に問題がないのかというと、これだけ努力しても問題はどっかりと居座っているのである。

初期の頃のAやPが書けないということが少なくなると、今度は看護のプロブレムが書けないという問題に直面するようになった。このあたりを、少し詳細に振り返ってみたい。

自分たちだけで行う学習会に行き詰まると、困ったときの神だのみの存在である中木先生に登場していただいている。先生には私の病棟のスタッフを対象とした講義を何度かお願いした。

第1回目は昭和59年10月30日でPOSの基本からの講義であった。当日の資料を取り出してみると、POSのネーミングの項に、すでに「看護診断」がきちんとあげられていた。しかし、私たちが病棟で「看護診断」の学習をしたいと思うようになったのは、その1年後であった。

当時、「看護診断」というと、昭和58年4月から中木先生を中心に、今回の学会の実行委員の数人の先生がたのグループ「ナーシング滋賀'83」が連載された「ナーシングダイアグノーシス」を『看護学雑誌』(医学書院刊)で目にする程度で、現場での利用などまだ考える余裕もなく、遠い存在のものである感があった。

その後、昭和59年に入って日野原先生が監訳され、司会の井部先生も訳者として参加されている「看護診断」(医学書院サウンダース刊;当時)の書評を依頼されたのを機に、その本を読ませていただいたが、「診断」という言葉に多少の抵抗を感じながら、とり

あえず“診断”を“判断”という言葉に置き換えて読むことにした。読み進むうちに“診断”という言葉に対する違和感はなくなり、それと同時にPOSで日々スタッフを悩ませているプロブレムがこの「看護診断」であることを理解し、何か目の前が明るくなってきたのを覚えている。しかし、それでも「看護診断」を実践の場ですぐに利用することは困難であった。なぜなら当時はまだスタッフが学習するのに適した十分な教材もなく、現場の状況もそれを欲するほどの環境になっていなかったからである。

このようにして、私たちは「看護診断」に出会ったのであるが、実態は端っこをかすめた程度のものであったようである。

そして昭和60年になり、7月13日にプロブレムのネーミングに悩んでいるスタッフに対して「看護診断」の勉強会を開催した。もちろん講師は中木先生であったが、この日の私のノートに記された勉強会の感想は次のようなものであった。『スタッフの反応は悪い。プロブレムの抽出に役立てばと考え、勉強会をもったが、かえって混乱させる結果となってしまった。現在の私の病棟の問題は、計画されたことがケアで実施されないことにあると思う。まずはこれから解決していく必要がある。中木先生の助言をもとに来週より申し送り方法を変えてみることにしよう』

やはりまだ早かったようである。「看護診断」の概念そのものはPOSをやっていたので容易に理解できるが、診断名の訳語がなんとなく現実の感覚にマッチしないというようなことが敬遠される原因のようであった。私は焦らず時期を待つことにした。

#### ・申し送り方法をチャートと口頭の2本立にする

「看護計画が頭に入っていないことに関連したケアのアドリブ化」という問題に対して、以前の病棟では看護計画用紙を抜き出して持つことで解決したが、今回の病棟では朝の申し送り時間を二分し、前半にその日受け持つ患者のチャートから情報収集を行い、後半で深夜のナースからの口頭の申し送りを受けるというようにした。

### Ⅲ. 臨床の場で「看護診断」を学習するうえで、何が困難であったか

「看護診断」の学習はいったん失敗したかのようであったが、もともとこの病棟のスタッフの学習意欲は

旺盛であったので、時間外に開催される症例検討会も比較的定期的に行われ、昭和61年7月にはスタッフ自らの希望で「看護診断の勉強会」を毎週火曜日に開催するようになった。やはり、看護プロブレムをどう表現するかという点が、大きな悩みとなっていたからである。しかし、毎週となると負担は大きく、学習方法に問題があったのかも知れないが、3カ月もすると参加者はせいぜい5人と、少なくなっていた。

そんな時に中木先生から提供されたのが、アメリカのサウンダース社から出版されている“看護ケア計画ガイドー看護診断的アプローチ”という本である。その本の『心筋梗塞』の一部を先生が訳して下さったのを見て、スタッフたちは「これだ!」と思った。

この本は「動けない患者」と「手術を受ける患者」など看護の基本となるような状態の患者に加えて、主要な疾患や状態別に、よくみられる看護診断名、期待される結果、看護行為の項目がリストアップされたマニュアルである。内容は実際のでお看護的にも高度で、スタッフたちが日常計画としてあげていないけれど、実際のケアでは実践していることも、具体的な看護行為として書かれていた。

さっそくこの「心筋梗塞」の部分を、スタッフ全員が手分けして翻訳することになった。この日が私たちにとって「看護診断」と本当に出会った日といえるかもしれない。

スタッフたちが決めた翻訳期限は1カ月後と厳しいものであった。研修医に協力してもらっているナースがいるかと思えば、英語教師である婚約者に協力を依頼した結婚間近のナースもいるし、意地でも独力でというナースもいた。ともかく多少期限をオーバーしたもののなんとか訳は完成した。中木先生に監訳していただいたあと、ピンクの表紙のポケットマニュアル「循環系の障害のある患者の看護ケア：心筋梗塞」ができあがった。

このマニュアルは心筋梗塞の事例だけでなく、他の疾患の看護計画にも利用された。それだけ現場にマッチした内容で、有効利用できるものであったと言える。その後も「高血圧」「ペースメーカー装着」と翻訳は続けられた。自分の自由な時間を犠牲にして彼女たちはよく頑張ったと思う。（「心筋梗塞」と「高血圧」は後に『エキスパートナース』（照林社刊）に掲載されたので、みなさまのお目にとめていただけたかと思

います。)

看護ケア計画ガイドの訳はこの病棟だけでなく、後に私が異動した耳鼻咽喉科病棟や泌尿器科病棟など、他の病棟でも手がかけられるようになった。やはり自分たちが学習したいという欲求にかられることが、一番大切なことであったようである。

「看護診断」の学習は、病棟スタッフだけでなく、それを指導する婦長にとっても必要なものである。婦長副婦長で構成される看護部教育委員会では、昭和61年に定例会議の後で中木先生に「看護診断」の指導をお願いしたが、ケアの実践をしていない婦長にとってはなかなか身につくものではなかった。

翌昭和62年12月には、婦長レベルだけではなく、こうした学習の機会を院内全体に持つことにして、今回のシンポジストのおひとりである松木先生に「看護診断」の講演をお願いした。しかし、やはり全体としてはまだ十分に環境が熟していなかったためか、スタッフの反応はあまりよくなかったように記憶している。その後教育委員会は、下部組織である研修委員会を啓発して、徐々にスタッフレベル全体に「看護診断」を導入していくことにした。POSを充実させることを目標に今日もそれは続いている。

さて、苦手な英語の文献であっても必死の思いで翻訳するかと思えば、困っているはずの看護プロブレムの表現のために「看護診断」の講演会を開いても、いま一步踏み込めないというのはなぜなのであろう？

「看護診断」は往々にして「診断をつける」という側面に重点が置かれる。しかしながら、臨床では、なにより患者さんをどう援助するかということに目が行くようである。診断をつけたからといって、それだけではどうケアするのか見えてこない。そこに原因があるようである。

アメリカで「看護診断」の開発を呼び掛けたセントルイス大学のナースたちも「何をすればよいのかかわっているけれど、それをどう表現すればよいのかかわらない」という主旨の文章を残している。

「看護診断」の導入は、私たちの経験から言うと、看護介入行為の側からアプローチすると入って行きやすい。その意味で、極めて具体的なマニュアルである「看護ケア計画ガイド」に出会えたのは幸運だったと言える。これは「いま、自分が行っている看護行為は、どのような期待される結果のために行っているのか、

どのような看護プロブレムに対して行っているのか」を考えることによって、自分の中にある看護の方法論を再構築できる、よい機会を与えるものと確信している。

さらに、これに加えて段階的に「看護診断」そのものの学習を重ねれば、「定義上の特徴」で示される症状や徴候と看護診断名との理論的関連の理解へと、深いレベルまで身につけることができるのではないだろうか。

#### IV. 基礎教育で「看護診断」をどう教育してほしいか

毎年採用される新卒ナースを見てみると、指導ナースの助言を得ながらも、患者をケアしたその日から形式通りの記録ができていたので、POSの形式面をマスターすることはそれほど困難なことではないようである。

しかし、つまづくのは看護プロブレムの表現である。「看護診断」を活用するようにと指導されても、基礎教育の過程で「看護診断」を十分学んできているナースはほとんどいない。毎年、新卒ナースを受け入れている立場から言うと、基礎教育の段階でこそ「看護診断」を十分に学習し、その能力を身につけて臨床の場に来られることを熱望する。

そして、看護教師には「看護診断」を表面的にとらえた教育をするのではなく、それにまつわる理論をしっかりと呼ぶと、臨床現場で応用できる教育を実践していただくことを要望する。

#### V. おわりに

以上3つの点から話題を提供したが、さらに「看護診断」に取り組んで、少々気になる点が1つある。それは私たちが「看護診断」として用いようとしているのは、北アメリカ看護診断協会が開発された「看護診断」であって、米国直輸入の、いわば借りものの「看護診断」をとりあえず有効利用している状態といえる点である。こうした米国の「看護診断」が有効であるかどうかは日本のナースの手によって十分に研究されなければならないし、また日本に住む患者さんのためには、米国とは異なった「看護診断」が必要であることが明らかにされた場合には、日本の看護界で十分に検証を積んだ、わが国固有の看護診断が登場してくる

## 「看護診断」とそれが看護に与える影響

ことを期待するものである。

さらに夢を付け加えるなら、現在私は滋賀医大でコンピュータを用いた看護システムの開発にたずさわっているのですが、こうした「看護診断」の体系をコンピュータに組み込み、多くの施設に提供できるようにすることによって、よりよい看護計画の立案を支援するシステムが構築できるようになればと思っている。

いままで「看護診断」の臨床での学習や利用にとどまらず、くどいほどPOSの充実に絡む各種のサポートシステムの改善を紹介してきた。それは、「看護診断」を学んでくる学生や新採用看護婦に対して、その

能力が十分に発揮できる環境に職場を整えていくことが婦長としての私の義務であると考えているからである。いくら知識があっても、それを生かす環境がなければ何もならない。日々のケアの向上には何の役にも立たない。ここで紹介できたことは私の狭い経験にしか過ぎないし、広く有効性のあるものという自信はないが、何かのヒントになれば幸いである。

そして最後に、私は、臨床の現場で一番必要なものはそこに働くスタッフの向上心である、と考えていることを付け加えて発言を終わることにする。

◆シンポジウム II◆

看護実践に役立つ診断・目標・計画の記述

看護診断・共同問題に対する過渡的措置としての展望

日本赤十字愛知女子短期大学

阪本 恵子

はじめに……問題の所在

問題解決法にもとづいて展開する看護過程は、4段階(表1)から5段階(表2)への整理が一般的になってきた。5段階の看護過程では、看護独自の守備範囲の確立をめざし、「看護診断」をアセスメントと計画の間に位置づけている。とすれば、医師と共同してとりくむ「共同問題」は、「看護診断」とは区別する必要がある(問題解決過程であることには変りないが、表3のように区別しておくほうが思考の整理がつく)。

表1 看護過程 Nursing Process : 4段階

1. Assessment	2. Planning	3. Implementation	Evaluation
データ収集、データの分析・総合、問題の明確化または看護診断	計画立案(目標・計画)	実施	評価

表2 看護過程 Nursing Process : 5段階

1. Assessment	2. Nursing Diagnosis	3. Planning	4. Implementation	5. Evaluation
アセスメント データ収集、データの分析・総合	看護診断 (問題の明確化)	計画立案 (目標・計画)	実施	評価

表3 問題解決過程……共同問題・医学診断

1. Assessment	2. Diagnosis	3. Planning	4. Implementation	5. Evaluation
アセスメント データ収集、データの分析・総合	共同問題 医学診断	計画立案 (目標・計画)	実施	評価

共同問題について「はじめて耳にする」という人もある。また、共同問題や看護診断を明確に区別してと

りくんでいる現場は少ない。さらに、共同問題・看護診断、目標、計画の記述(看護婦間で不一致がないよう概念統一した記述)に苦慮している。一方、共同問題や看護診断に関してどうとりくむのか、職能団体としての「日本看護協会」や「看護系の各学会(研究会)」も北米看護診断協会 NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) のような統一した方向性は出していない。重点課題としての小委員会企画等の見解もうちだしてはいない。

本来、看護実践は、アセスメントの結論としての看護診断・共同問題、計画立案(目標・計画)にもとづいて実施していくものである。「#2の〇〇に対し、目標達成に向けて、計画の2番目のこのことを実施しているのだ。その結果、目標達成できたかどうか評価する」という。まさに、問題解決法を意識しながら、看護過程を展開していくわけである。しかしながら、上述したように、これらの記述に苦慮している現状では、不十分な記述のまま(中には記述が無いまま)、看護婦1人1人の過去の経験をよりどころに看護している。とくに、看護診断に関する内容はそうである。共同問題に関しては、その性質・特徴から、計画の一部や目標は医師の提示(すなわち記述→医師のオーダー)があるので、それをよりどころに、明解な問題解決法でもってとりくんでいる(まかされた医療・処置の実施→診療補助業務)。

医学は、概念統一・体系化、記述化した歴史があり、看護は、そういった意味での歴史の積み重ねが無い。だから、現在に至るまで、「何が看護独自の守備範囲のものか」について混沌としているのである。北米看護診断協会は、組織的に看護診断カテゴリーの開発(看護独自の守備範囲)にとりくみ10年以上の歴史をもつ。我が国も、重点課題として組織的にとりくむ必要がある。なお、医師と看護婦が共同してとりくむ共

「看護診断」とそれが看護に与える影響

同問題も、医師側の記述はあるが、看護の記述を含めた問題解決過程の記述は、明確になされていない。共同問題に関連した診療補助業務の占める割合の多い我が国の実情を考慮し、過渡的措置として、共同問題の問題解決過程の記述も検討を要する。上述の問題提起のもとに、看護婦諸姉との意見交換

を参考にし、看護診断と共同問題に関する私見を何点か提言したい。

1. 看護診断と共同問題

共同問題の問題解決過程を表3に、看護診断と共同問題の相違を表4<sup>1)~3)</sup>に示した。

表4 看護診断と共同問題の相違

	医師独自の守備範囲 〈医学診断〉 Medical Diagnosis	医師看護婦がオーバーラップする範囲 (看護婦：診療補助業務) 〈共同問題〉 Collaborative Problem CP	看護婦独自の守備範囲 〈看護診断〉 Nursing Diagnosis ND
定 義		合併症、診断検査治療などにより、実際に起こっている問題、または起こる可能性のある問題であり、共同の看護介入により予防・解決・緩和し得るもの(カルベニート・1985) <sup>1)</sup> 。看護婦が独立して介入できない問題、他の職種(とくに医師)と共同してとりくむ問題のことである。	看護婦がその教育と経験によって扱うことができ、かつそのように免許が与えられている顕在的潜在的な健康問題の記述(ゴードン・1976) <sup>2)</sup> 。看護婦の扱う範囲の診断であり、アセスメントの結論としてクライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述である(松木・1988) <sup>3)</sup> 。
各 段 階			
アセスメント ↓ 診 断		看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
目 標 設 定		看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。一般化されたものもある(例：術前の貧血→Hb値10↑)。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
計 画 (O・T・P -Plan)		看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。とくに、T-Planの一部は医師のオーダーによる(まかされた医療・処置)→約束指示の工夫もある。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
実 施		看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。一部は医師のオーダーのもとに実施(まかされた医療・処置の実施)。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入
評 価		看護婦独自ではできない(△)。共同の介入。どちらかといえば医師が主導権。	看護婦独自でできる(○)。独自の介入

2. 看護診断 ND Nursing Diagnosis

看護診断とは、看護婦の扱う範囲の診断であり、アセスメントの結論として、クライアントの問題状況を示す簡潔な要約記述である(松木による)<sup>3)</sup>。要するに看護独自の守備範囲の診断のことである。とりあげ

た問題は、予防・解決・緩和の過程において、看護婦が独自に介入し責任をもつものである(表4)。診断・計画・実施・評価は表5<sup>1)~8)</sup>に示した。

以下に、具体例を示し記述(表現)について検討してみよう。

表5 診断・計画・実施・評価<sup>4)5)</sup>

**診断 Diagnosis**  
 ☆診断の表現(構成要素):  
 ゴードンの提唱-PES形式での記述<sup>6)7)</sup>  
 P: problem (問題) P+E+S あるいは  
 E: etiology (原因) P+E で表現  
 S: sign and symptom (症状と徴候) 可能性のある問題  
未確認の問題

☆日本語の語順で表現(コンピュータ入力考慮:英語の語順)

#	P原因・誘因(関連性)	E問題の種類	S&S症状・徴候
#	〇〇に関連した	〇〇	(〇〇・〇〇)

☆「～に関連したrelated to」が勧められ、強い因果関係を主張する「～によるdue to」,「～に起因するbecause of」は勧められない<sup>8)</sup>.....  
 .....訴訟問題など法的问题のおそれ。

**計画 Planning**  
 ☆問題の優先順位の決定.....視点:マズローのヒエラルキーと満足度(①生理的②安全③承認と帰属④自尊・支配⑤自己実現の各々の欲求)。

1) 目標Goal

Goal	期待される結果
患者の目標 (クライアント目標)	Patient Goal Client Goal
看護の目標 Nursing Goal	

☆目標記述のため動詞

認知領域(想起・解釈・問題解決) 列記する 記述する 述べる 説明する 指導する 批判する
情意領域(態度) 表現する 示す 見せる 伝達する 分かち合う 質問する
精神運動領域(技能) 模倣する 練習する 挿入する 工夫する 施行する 準備する 実施する 測定する 操作する 聴診する
評価できない動詞 理解する 受容する 知る 考える

2) 計画 Care Plan  
 ☆O-Plan (Observation Plan)  
 診察:とりあげた問題がどのような経過(ある時点より悪化か、:現状維持か、良好な経過か)をたどっているかを判断する診察項目。すなわちとりあげた問題は、看護(T-Plan・E-Planの実施)した結果、良くなったのか、悪くなったのか、現状維持なのかを判断する観察項目。  
 ☆T-Plan (Therapy Plan・Treatment Plan)  
 あるいはM-Plan(Management Plan)  
 看護療法:直接的な身体的ケア、カウンセリング、まかされた治療処置の実施、依頼すること、傾聴すること、支持すること。  
 ☆E-Plan (Education Plan)  
 教育:保健指導、説明(積極的に自己の問題を予防、緩和、解決できるための知識や具体的な方法)。

**実施 Implementation**  
 看護職の説明を患者は納得(同意)、すなわち、納得づくで看護を受ける(このことを、要するにインフォームドコンセントという)いいかえれば十分に情報提供し、納得(同意)のうえでの実施が大切である。なお、一方的でなく、クライアントの参加のもとに、計画を実施する(アセスメントの結論としての各々の看護診断、目標、計画にもとづいて実施する)。

**評価 Evaluation**  
 評価のための'目標とする患者の状態'目標に到達したことを示す情報等と照合し、目標達成できたか否か、クライアントと看護婦の両者で決定する。目標達成できなかった場合は、再度アセスメントし修正する。

行動目標はRUMBAの原則

Real .....	現実的
Understandable .....	理解可能
Measurable .....	測定可能
Behavioral .....	行動的
Achievable .....	達成可能

表6は乳房切除術に関連した看護診断の記述である。  
 #A-①は従来の筆者の記述である(なお、いわゆる各社出版の「教科書」の記述も「～の運動障害」「～の機能障害」である)。我が国における概念統一した記述(表現)ではない。これをNANDA承認の看護診断カテゴリー(リスト)と照合すると、#A-②の診断記述となる。短期目標(日々の目標)は、患側上肢のリハビリテーションプログラム(T-Plan)を活用した記述であり、看護実践とずれない。なお、追加の評価項目(観察項目)があれば加える。たとえば、手術前の右手の握力と手術前に右手が頭上どこまで届くか印をつけておく。これらを手術後比較しどれだけ回復したか評価する。

(注) なお、問題リスト用紙、計画を記述した用紙、リハビリテーションプログラム、実施の記録用紙と、あちこち頁をめぐって見たり記録したりするわずらわしさを指摘する看護婦もいる。これに関しては、アセスメントし問題点を記述したなら、どこかに、#A. 〇〇については、表Aの〇〇のリハビリテーションプログラム参照と記述しておく。そして、このリハビリテーションプログラムに実施結果を記入できるよう工夫しておく、あちを聞きこちを開き、あちに記録こちに記録するというわずらわしさを解消する。なお、患者の個別性に関しては、このプログラムをある患者は3日遅れですすめるとか早めるとか、個々にあわせて用いればよい。

「看護診断」とそれが看護に与える影響

表6 看護診断 (ND) と目標の記述……例

# A <sup>①</sup>	乳房切除術(右) : ・大胸筋切除 ・神経損傷 ・リンパ節郭清 ・浮腫・痛み	運動制限による	右側, 上肢・肩関節の機能障害 (運動障害)	のおそれ					
従来の筆者の記述 ↑ ↓ NANDA承認の看護診断カテゴリーと照合した記述									
# A <sup>②</sup>	乳房切除術 (右) に関連した	身体可動性の障害予測 (右上肢・右肩関節)							
Goal	長期目標 : 術後5週間までに右上肢・肩関節の機能を正常な状態に保つことができる。 あるいは, 右上肢・肩関節が可動し, 日常生活に支障がない。 短期目標 (日々の目標): 乳房切除術後の患側上肢のリハビリテーションプログラム (表A) どおり実施することができる。								
表A 乳房切除術後の患側上肢のリハビリテーションプログラム									
経過	手術当日～第3病日								
	1日目(4/18)			2日目(4/19)			3日目(4/20)		
項目	AM	PM	夕方	AM	PM	夕方	AM	PM	夕方
肘の屈伸									
じゃんけん									
ボール握り									
○-planの期待される結果参照 (入れたほうがよい場合加える)									
※ ○○の経過に沿ったプログラム									



(深呼吸とともに)  
肘の屈伸



総指の屈伸 (I)  
5指同時に  
5指次々に  
じゃんけん



総指の屈伸 (II)  
直径6.5cmのやわ  
らかいボール  
ボール握り



母指の屈伸  
(手掌を上に)  
して  
おやゆび体操

表7 看護診断 (ND) と目標の記述……例

# B 排尿障害対策としての清浄間欠自己 (ND) 導尿法に関連した知識不足
↑NANDA承認の看護診断カテゴリーの「パターン6 : 知覚・認知」の項の「知識不足」の概念で使用した。
Goal 退院までに清浄間欠自己導尿の方法を習得 (実施) できる (表B)。

同問題としてとりあげるとよい) 対策としての清浄間欠自己導尿法に関して知識が無いことを問題とした。目標は '退院までに清浄間欠自己導尿の方法を習得 (実施) できる' とした。このことは, 表Bの1番から17番までのことができることである。表Bのプログラムは, 表A同様, 計画であり, 患者教育の教材資料である。実施結果の評価や記録としても使用できる。

表7は直腸癌手術に関する看護診断の記述である。# BはNANDA 承認の看護診断カテゴリー (リスト) の「パターン6 : 知覚・認知」の項の「知識不足」の概念で, '排尿障害対策としての清浄間欠自己導尿法に関連した知識不足' と記述した (診断名をつけた)。直腸癌根治手術による骨盤内結合組織とリンパ節の郭清, 下腹神経, 骨盤神経, 陰部神経等, 膀胱を支配する神経系の損傷が原因の排尿障害 (この問題は別に共

3. 共同問題 CP Collaborative Problem

共同問題に対して, 「看護婦は, 観察を計画し実施する (結果基準や目標は省略する)<sup>9)</sup>」とある。一方, 我が国の実情は, 共同問題に対し, Goalと対比しながらO-PlanのみならずT-Plan (医師のオーダー : まかされた医療・処置の実施) やE-Planも実施している。しかも, 共同問題の占める割合 (診療補助業務) は多い。実際問題として, 看護婦 (とくに新しい部署

「看護診断」とそれが看護に与える影響

へ配置されたときなど)は、共同問題関係・病態生理・検査・治療の勉強に多くの時間を費している。この実状。'診療補助業務中心ではなく、本来の看護(看護独自の守備範囲)がしたい'と願ってはいるが、現状は急には解決できえない。そこで、筆者は、共同問題に関する問題解決過程:情報・アセスメント・診断(共同問題)・目標・計画のスタンダード・ケアプラン(この表現が不適切なら「共同問題に関するケア基準」—看護独自の守備範囲ではないが—を一覧表に整理した(阪本:看護実践の科学, Vol. 13, No. 1

~12,1988)。このような整理をしておけば、看護婦がこれらの勉強のために多くの時間を費すのを省き、その分看護診断の勉強にあてることができる<sup>10)</sup>という筆者の苦肉の策である。

表8に具体例(記述)を示した。なお、記録は、コード化—フロー・チャート—できるものは体温表などの頁に列記すればよい。できれば、共同問題は医師と看護婦共有の頁に目標・計画・実施・評価を両者で記述していくことが望ましい(本来POSはそのように志向したはずである)<sup>10)</sup>。

表8 共同問題(乏尿)と計画

アセスメント Assessment		→ 診 断 [看護診断] 共同問題	計 画 Planning	
分 析	総 合		目 標	計 画
情 報 (データ)	解釈・逸脱の判断	5つの視点		
術後の乏尿に関する情報を記述	<p>1) 問題の種類と程度(症状・徴候) 種類: 乏尿 乏尿: 500ml/day 無尿: 100ml以下/day 程度: <input type="checkbox"/> ml/kg/h (一般に成人の1日尿量は1,000~1,500mlである。術直後は下記の原因により1日尿量は500~700mlに減少)</p> <p>2) 問題の原因・誘因(関連性) ①腎前性(循環血液量の減少や心不全) ②腎性(急性腎不全) ③腎後性(尿管や尿道の通過障害) ④神経因性膀胱(直腸癌や子宮癌などで、排尿機能と関連する神経の存在する骨盤内操作を必要とする拡大郭清根治術)→臓器別手術の合併症: 排尿障害を照合のこと</p> <p>3) 問題の発生時期と経過 術後1~3日間の24時間尿は減少し、約1週間くらいで正常(術後の1日尿量)に回復する</p> <p>4) 問題に対する患者の力</p> <p>5) 問題のなりゆき ①1日500ml以上の尿量があれば、老廃物の排泄は可能(ただし、腎機能に異常がある場合は別) ②1日500ml前後の尿量が2~3日つづいても、その後1日尿量が増せば心配ない ③乏尿が続くと、老廃物の排泄ができなくなり、尿毒症に移行し死にいたる危険性がありうる</p>	<p>Goal: 目標 尿量を0.5ml/h/kgあるいは25ml/h以上 ↳体重60kgの人: 0.5×60=30ml/h</p> <p>計画 Plan 1) O-Plan (Observation Plan) ①尿量: 1時間値 ②尿の性状, 比重} 必要に応じて1回/h ③24時間尿 [尿量=20ml/hが2時間つづく→ドクターコール] P.S. 尿量=10ml/h, あるいはこの状態が2時間つづく →ラシックス1/2A, IV (ラシックス1A=1ml=10mg)</p> <p>④循環系の関連要因 ・BP, P, CVP, 輸血量, 発熱と発汗 ⑤尿留置カテーテルのトラブルの有無 ・抜けていないか ・折れ曲がっていないか ・カテーテルの閉塞はないか</p> <p>2) T-Plan (Therapy Treatment Plan, Management Plan) ①循環系の管理 ②術中からカテーテルを膀胱内に留置(乏尿に関連する問題が解決されるまで留置しておく) ③必要に応じて薬物療法や透析療法(上記P.S.参照)</p> <p>3) E-Plan (Education Plan) ①尿量測定の意義について説明 ②尿留置カテーテルの必要性と自己抜去しないよう説明 ③カテーテルの抜去時期について説明</p>		
		<p>&lt;C.P. 共同問題&gt; # 手術に関連した乏尿 程度: 500ml/dayまたは25ml以下/h</p>		

「看護診断」とそれが看護に与える影響

表B 間欠的清浄自己導尿法の行動形成プログラム

氏名		A◎：できる		
目標：清浄間欠自己導尿の方法を習得（実施）できる。		B○：だいたいできる		
※二分脊椎や人工肛門患者の排尿障害対策		C△：努力を要する		
No	項 目	月/日	/	/
1	尿路系の解剖を言える（図1）			
2	必要物品を準備する： カテーテル（シリコン製，7～8号），消毒綿，ちり紙，潤滑油（清潔に保つため，専用のふたつき容器に入れておく），尿器あるいは尿を受ける器（尿の色などが観察できるようなものがよい）。			
3	石けんと流水でよく手を洗う。			
4	使用するカテーテルをよく洗い管の中に十分水をとす。			
5	石けんと流水でよく手を洗い，乾いたきれいなタオルでふく。			
6	座位になる（図2）。			
7	手指を消毒綿でふく。			
8	陰部を消毒する（図3，図4）。汚れがひどいときは前もって洗い流しておく。			
9	カテーテルに潤滑油をぬる。			
10	カテーテルを尿道から膀胱へ入れる（図5）。 女性：片手で陰唇を開き約5cm入れる（図4）。 男性：ペニスを上向きに持ち約20cm入れる（図6，図7）。			
11	尿が出てきたところで，カテーテルを手で固定し，尿を全部出しきるまで，そのまま保持する。			
12	腹圧（う～ん，といきむ）と手圧（下腹を手で圧迫）を加えながら完全に排尿する。			
13	カテーテルを抜く。			
14	下着がぬれないよう陰部の水分をちり紙でふきとる。			
15	尿の観察をする（量，色，にごりの有無）。			
16	後片づけをする（カテーテルの管の中に十分水をとしておく）。			
17	記録をする（表1）。			

表1 記 録 例

項目	月 日	8月1日	月 日	月 日	月 日
尿 意 の 有 無		無			
自 尿 の 有 無		有			
自尿のあった時間 と (その量と性状)		7.00 (50. にごっている) 10.00 (40. きれい) 12.15 (30. きれい) 4.00 (70. きれい) 20.00 (50. きれい) 1.00 (30. きれい)			
自尿回数と(量の合計)		6 (270)			
自己導尿の時間 と (その量と性状)		7.00 (400. にごっている) 12.20 (200. きれい) 17.30 (200. にごっている) 20.00 (250. きれい) 1.00 (100. きれい)			
導尿回数と(量の合計)		5 (1150)			
尿 の 1 日 量		1420			
備考(できれば水分摂取量)		汗多く水たくさん飲む			

尿は腎臓でつくられ，尿管を通して膀胱にたまる。膀胱にたまった尿は，一般的に無菌状態であるので，膀胱にカテーテルを入れるときは，できるだけ清潔に操作することが大切である。

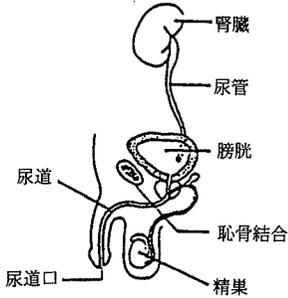


図1 尿路系の解剖

尿器あるいは安定性のある目盛付容器。座位の場合，膝を立てる。慣れてくれば立位で中腰で行うのが一般的

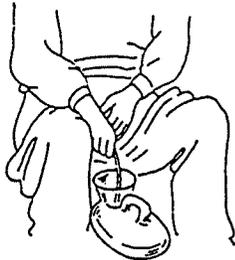


図2 カテーテルの挿入時の体位

ペニスの先端を持って①尿道口～亀頭の周りをふき，最後に新しい消毒綿で②先端（尿道口）をふく。

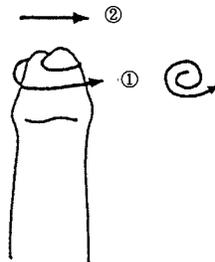


図3 陰部の消毒（男性）

鏡で尿道口と膣口を区別し片手で外陰部を開き前から後へ向けて1回ごとに消毒綿を交換して4回（回数は1つのめやす）ふく。

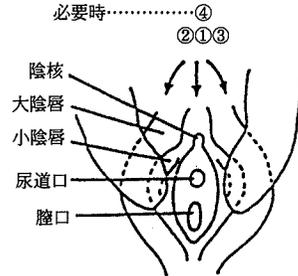


図4 陰部の消毒（女性）

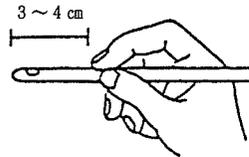


図5 カテーテルの持ち方

④の方向が一般的。ときに④，③の方向を交互に動かしてみることで，膀胱外括約筋の部分に楽に通過することがある。

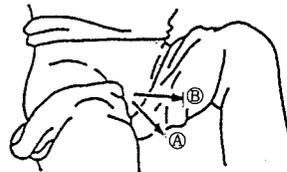


図6 導尿時のペニスの方向

②この指でペニスの先端を固定しながらこの指を下に引っ張るようにして尿道口を出す

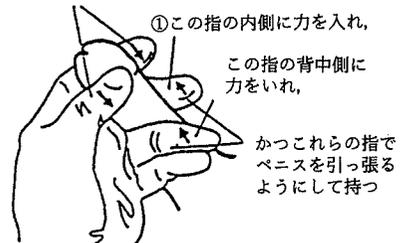


図7 ペニスの固定法

#### 4. 過渡的措置としての展望

臨床現場では、アセスメント・診断・目標・計画などに苦慮している（とくに記述）。この一因は、我が国にはNANDA承認の看護診断カテゴリー（リスト）のような概念統一したものが無いことにもよる。したがって、使用している用語は看護婦間での不一致は避けられない。→我が国の実状を分析し、看護独自の守備範囲の看護診断に関して、「日本看護協会」や「看護系の各学会」が、統一見解をうちだせるよう、重点課題としてとりくむことが早急に必要であろう。

我が国独自のものができるまでの間は、とりあえず、NANDA承認の看護診断カテゴリー（リスト）を、使える内容（‘セルフケア能力の不足’‘知識不足’などは異和感なく使える）から使ってみる。将来、日本の文化に合ったもの（松木による診断カテゴリー<sup>11</sup>）などの開発がなされていくであろう。なお、計画立案の看護援助のための‘患者の目標 Patient Goal’‘看護援助 Nursing Intervention’、評価のための‘目標とする患者の状態 Patient Outcome’‘目標に到達したことを示す情報 Data Indicating That Outcome is Reached’なども開発されている<sup>12)</sup>ので、当面はこれらを活用することもできる。

共同問題（診療補助業務）に大半の力を費している実状を無視できない。共同問題も問題解決過程で展開していくわけである。したがって、共同問題もスタンダード・ケアプラン（不適切な表現であれば‘共同問題に関するケア基準’）を一覧表（例：表8）に整理しておく。このような整理は、多くの時間を共同問題にあてている現状を解決し、その分看護診断志向にあてることができる。医師の同意を必要とするが、共同問題は医師と看護婦共有の頁に記述できないか、今一度検討を要する。

なお、共同問題に関する診療補助業務の占める割合は大きいですが、そのみに追われていたのでは、いつまでたっても医師の診療補助業務の域を脱することはできない。看護独自の守備範囲である看護診断に目を向け、一つ一つ努力していくことが重要である。

（本稿は、第16回日本看護研究学会シンポジウムⅡでの発表をもとに修正・加筆した。）

#### 引用文献

- 1) Alfaro. M, 江本愛子監訳：基本から学ぶ看護過程と看護診断, 第1版, P.54, 医学書院, 東京, 1987.
- 2) 松木光子編：看護診断の実際, 第1版, P.7, 南江堂, 東京, 1988.
- 3) 前掲2), P.8.
- 4) 阪本恵子：POS思考によるアセスメントとプラン：看護過程, 看護実践の科学, 13(2):10-11, 1988.
- 5) 阪本恵子：看護診断（含・一部共同問題）と計画, 月刊ナースデータ, 12(6):60-63,1991.
- 6) 前掲2), P.29.
- 7) 前掲1), P.66.
- 8) Thompson. J. M. et al, 石川稔生他監訳：クリニカルナーシング1；看護診断—診断分類の理論的背景と診断名, 第1版, P.476, 医学書院, 東京, 1991.
- 9) Carpenito. L, 土居洋子他訳：臨床に生かす看護診断(3), 看護技術, 36(4):413,1990.
- 10) 前掲5), P.62.
- 11) 前掲2), P.15.
- 12) 前掲8), P.124~125.