◆シンポジウム　I◆

看護記録検討の歩み

埼玉県立衛生短期大学
桑　野　タイ子

はじめに

東京看護学セミナーでは1970年頃から看護実践のプロセスを記録して“看護ケアと看護技術の改善に活用する”ことを目的に記録の検討を始めた。それから約20年経過しているが今日までの歩みについて述べてみたい。

最初に行ったことは当時の看護記録の現況分析であった。記載内容が看護技術の改善に活用できるものであるかどうかを量的側面並びに質的側面から調査し検討した。この結果は1972年，1973年の日本看護学会に報告している。（第21回看護研究学会：長谷川雅子他：看護記録の再検討－現状の記録の問題点と傾向。第4回日本看護学会看護管理分科会：石鍋圭子他：看護記録の質的検討による再検討－看護実践の技術化に役立つ記録とは）

学会報告では参加者の反響は少なく残念に思ったが，その数年後から看護記録に関する関心が急に高まってきた。丁度，この頃，ウイードのPOSがわが国に紹介されたが，われわれの報告も記録に関する問題提起となったものと考えている。

看護記録は看護実践を反映するものであるがその検討は記録作成に関して，なぜ，何を，誰が，何時，如何に記載するかが課題となる。私たちは，最初，なぜ何を記録するかを取り上げたが，これまでの記録の検討作業は記録そのものだけでなく看護実践過程の全体の検討することになってきている。

看護記録に“何”を記載していたか

最初に行った記録内容の量的分析の結果は，症状観察，バイタルサインの測定などの観察に関する記述が大部分を占め，ついで治療・看護処置などの実施に関する記述が多かった。生活行動援助に関する記述は少なく，心理，社会的な患者の状態とその援助に関する記述は10%以下，1%に満たないものもあって極めて少なかった。患者の苦痛や変化に関する観察の記述も断片的であって，観察した内容に即して行った判断や援助との関連性を示す記録は1%以下で極めて少なかった。

記録の現状は，看護実践内容を検討し看護技術の改善に活用するには内容が不十分であった。記載内容は断片的・断続的で重複が多く，首尾一貫性を欠いていた。特に観察した患者の苦痛に対する看護婦の判断の記載がなく，行ったケア及び実施結果との関連性を読み取れる記載が極めて少なかったのは見逃せないことであった。これは看護活動の実態を反映しているものと考えられるが，一人の看護婦の行動経過の全体を忠実に反映していないとも考えられた。それは伝統的な看護記録に対する見方や慣習が影響して看護婦の活動状況の全容を記録できないでいるのではないかということである。

看護記録は一行為一記録を原則として，行為した時刻に記載するものと考えられていたので殆どの看護記録は経時的記録であった。したがって看護婦が観察した時刻，処置を実施した時刻，看護婦が患者に何等かの関わりをもった時刻に直ちにその度毎に記録するものとされていた。この影響は根強いものがある。記載方法では事実を正確かつ客観的に，簡潔かつ明瞭に記載することが強調された。このことは今日でも記載作成上注意すべきことであるが，これまでは画一的な表現や文体からの脱出を阻む要因の一つになっている。

経時的に記載する慣習はPOS方式を採用する病院でもなかなか完全に払拭できないようにみえる。また，判断の記載も難しいということをしばしば聞くがその原因の一つは，事実のみを客観的に記載するということを重要視して，看護婦の意見を記載することが否定されてきたことがある。そして，書き手は没個性，没

主体的に記載するのがよしとされ，看護記録独特の慣用句，用語，口語体と文語体の混じる特殊な文章などが多く使用されるようになったのではないかと考えられる。

看護活動の全容を記録していないと言うのは，人が何であれ仕事をするときに行っている思考過程など実践行程の一部が抜けていて，記載が行為の結果に片寄っていることである。仕事というのは一つの問題解決である。仕事には手慣れて手順どうり行える仕事もあり，何等かの新しい工夫を必要とする仕事もある。いずれにしても，仕事（問題解決）は，まず，実態を明らかにするために必要な情報を集めることから始まる。そして，集めた情報を吟味して問題の性質や程度を明らかにし，問題解決プランを策定し，実施して，最後に問題が解決できたかどうかを確認する。看護活動も全く同様の問題解決行動である。看護婦は患者について，症状や日常生活行動における言動を見たり，聞いたり，感じたりして情報を集め，医学的，看護学的知識や経験に基づいて判断し，看護上の問題を決定している。次いで問題解決プラン（看護計画）を立て，解決のための援助行動を行っている。それは直感的にあるいは経験的に行っている場合があり，また，適切なことも不適切なこともあっても，とにかく看護活動は，そういうプロセスの活動を行っているということである。それを意識化して記録に残す必要があると考える。

看護記録は看護婦の問題解決プロセスを記載するものである。したがって①情報収集（観察）②判断（患者の苦痛や障害：看護上の問題）③看護計画④計画の実施⑤評価（問題は解決したか）の各プロセスは看護記録の構成する項目となる。そこで，この5項目を組み込んだ記録，即ち，看護過程にそった記録の作成の必要性を提案し，実際の記録に看護過程を記載しているかどうかについて検討した。（看護記録－看護過程にそった記録の提案，看護の科学社，1979）

東京看護学セミナーの提案したこの看護過程の記録は，丁度，同じ時期にわが国に紹介されたPOS方式と考え方が一致していた。POS方式は問題解決プロセスを論理的に記述し，そのプロセスが科学的，合理的に展開されたかどうかを実証するもので，様式と手順が具体的に示されている。すなわち，基礎データーの収集と記述で始まり，問題リストの作成，初期計画の作成，問題解決に至る経過記録を様式にそって作成する，問題が解決したらサマリーを作成して記録は完結する。残念ながら東京看護学セミナーでは記録を構成する5要素としてプロセスを記載することは提案していたが，その様式や手順を具体的に提示してはいなかった。しかし，POS方式の記録を臨床現場で取り入れるには問題があった。いくつかの課題があげられている。判断（アセスメント）を記載できない，問題リストの作成がむずかしい，経過記録が問題点毎に記載されていない等々である。

問題解決過程記録の中心テーマである“判断の記載”“看護上の問題点の明示”ができないというのは，POS方式で記録する場合も，看護過程を記録するにしても，いずれにしても実施を困難にする問題である。臨床現場における日常の看護活動は直感的あるいは経験的に行うことが多い。複数の患者に平行していろいろの援助行動を行うことも稀でない。その動きを一人一人の患者別に問題解決プロセスの段階にそって，意識化し記録するのは容易でない。中でも判断の記述が必要性は十分理解できるが実際には自信がないので書けないなどの声が少なくない。

そこで改めて記録内容である看護活動自体を振り返ってみると，看護的判断や看護上の問題点に関わる曖昧さがはっきりしてきたのである。そして判断の記述に関する検討，看護計画をめぐる課題についての検討を進めることになった。

看護過程の記録をめぐって

看護計画については，当時，忙しいので立案する時間がとれない，問題点のあげ方がわからないなど声が上がっていた。しかし，実際に調査してみると忙しさは必ずしも理由にならないことがはっきりした。（看護計画の現状と問題点－立案上困難なこと，特に多忙を中心に，第10回日本看護学会管理部会集録，1979）

だが，忙しいので計画できないとか，看護上の問題点の上げ方がわからないというのは，考えてみるとおかしいことである。だが，看護婦の多くは看護計画を立てても納得し自信をもてないでいるのは事実である。

看護上の問題点についての検討は，34の報告事例を素材に，3人のメンバーが1事例につき3つづつ看護上の問題点をあげるという調査を行った。結果は，3人のメンバーの取り上げた問題はいろいろで一致度は低かった。事例別に3人がとり上げた3つの問題が一

致したのは，34事例中1例のみであった。問題の種別では日常生活行動領域に関する一致度がやや高く，次いで身体的苦痛，障害に関する領域で，療養生活態度や療養条件などの領域に関する問題の一致度がやや低かった。（看護計画の現状と問題点－看護計画にみる看護問題点の傾向，第10回日本看護学会管理分科会，1979。看護計画－立案過程と実践・評価，看護の科学社，1981）

このように看護上の問題点の取り上げ方にばらつきがあるということは，看護上の問題点を看護診断とみなすと，一人の患者に対して看護婦によってばらばらの診断を下すことを意味する。看護診断の根拠となる看護知識が一般化されていないことを示すことである。この調査は1978年に実施したもので，それから10年以上経過しているが，今，同様の調査を行っても一致度はやはり低いのではないかと予測する。それは調査メンバーの間では，看護上の問題点の定義では概ね一致しいるものの具体例に対する適用ではなお違いを生じるのではないか，取り上げた看護上の問題点に対する看護方法の確実性について成功例を経験しているかどうかなどでばらつきが生じると考えるからである。

私たちは看護上の問題点は患者の苦痛や障害について「看護婦が主体的に看護技術を適用して解決する問題」と定義している。看護上の問題点は診療介助的に関わる患者の問題は看護上の問題とは区別して取り上げることと考える。このことは実際の看護活動には医師の診断治療に協力する側面と看護上の問題点を解決する側面（療養上の世話）とがあるという自明のことである。

しかし，この看護上の問題点の定義について，臨床現場にはいろいろな見方があって混乱していると思われる。たとえば実際の看護活動においては注射，与薬，処置，モニター監視などの診療介助が相当部分を占めているが，この活動と看護上の問題点との関係をどうとらえるかがいろいろである。また，それぞれの看護チームの看護観，看護技術水準もいろいろである。さらに，看護援助による成功例の評価でも基準があいまいで形式的になされているものもあり，妥当性に疑問のあるものが少なくない等々の問題がある。

臨床現場で一人一人の看護婦の患者の見方が違っては困るので，看護チームではカンファレンスで統一するか，あるいは受持ち看護による責任体制を明らかにするなどして看護上の問題点のとらえかたは統一する必要がある。看護上の問題点は今後更に論議される課題と考えている。

次に看護評価に関連する解決目標の設定に関する検討について述べたい。学会誌や看護専門誌の報告事例を対象に検討したところ，看護目標には合併症の予防，症状や苦痛の緩和といった抽象的，一般的なものが多かった。また，看護経過全体を通した看護方針と問題点毎の解決目標との違いのはっきりしないものが少なくなかった。例えば殆どの報告では合併症の予防を目標にあげているが，実際に合併症が生じた事例で看護かどう関わって合併症が起こったかを明らかにしているものはきわめて少なかった。（看護計画の検討－看護目標は患者の必要度と対応しているか，第12回日本看護学会看護総合分科会，1981）

抽象的な看護目標では看護評価はできない。解決目標は一つ一つの看護問題を看護援助によって解決する内容とレベルを示すことで，実現可能な患者の状況を具体的に記述することである。看護評価は解決目標に対する到達度を確認するものと考える。情報収集がなされたか，アセスメントが記述されているか，計画が立案され記述されているか，……などと看護過程の段階毎に記述の有無をチェックするだけの形式的な評価は、評価のための評価であって意味がないと考える。

看護の視点をもつ記録の提案

従来，看護計画は看護経過記録とは別にカーデックスに記載し管理されていた。このカーデックスは日常の看護活動に必要不可欠な記録となっていたが，看護過程の記録という認識は薄く，むしろ業務管理的色彩の強い記録であった。このように看護経過記録と看護計画の記録が別々に記載され管理されていたので，一人の患者の看護経過全体に関する記録が残されない場合もあった。

そこで経時的記録のもつ欠点を修正して看護活動の全体を反映するとともに看護上の問題の解決プロセスを論理的に説明する記録の作成が求められる。これには看護上の問題解決プロセスに加えて，診療介助的活動をいかに記載するか，症状や生活状況等の観察をいかに位置づけして記載するかが問題となる。これまでカーデックスに記載されていた内容も考慮し，“看護の視点をもつ記録”の作成を提案したい。（看護記録

パートⅡ－視点をもった記録の提案，看護の科学社，1989）

最後に看護婦の中にはうまく書けないと悩んでいるものが少なくないが，看護記録の用語と文体の検討について述べたい。前に述べたように慣用句，慣用文といえるような独特の表現が看護記録には多いのであるが，主観的な患者の訴えや看護ケアに対する患者の反応などの表現には不確実なものがある。そこで6事例の記録に用いられている看護用語の分析を行った。用語の種類は疾病の症状，治療などの医学用語と生活行動を説明する一般的な用語で占められており，看護計画，看護目標などの特殊用語を除くと看護の専門性を示す用語は殆どなかった。また，量や状態，頻度などを示す用語に良好，不良，著明，多量，中等量，少量，頻回などの用語が，共通の理解をもって使われているかどうかが問題であった。看護用語の検討は看護表現を画一化するものではなく，看護に関する事実を正確に表現するために行うものである。看護現象を説明する看護固有の用語の検討が今後の課題である。

終わりに

看護実践の技術化に役立つ記録の作成を目指して今日まで記録と看護活動の実態を検討してきた。今後，看護上の問題点及び看護用語に関する課題について実践例を通して検討してゆきたい。

◆シンポジウム　I◆

POS－弦楽四重奏モデルの実現

滋賀医科大学内科学第2講座
中　木　高　夫

I　看護記録は，記録としてだけ切り離すのではなく，プロセスの中でとらえる

看護記録は，当然のことながら，行った看護のプロセスを記録したものである。だからこそ，記録が看護の質の評価のための材料になる。今回の学会のメインテーマが「看護の質の評価と看護記録」と設定されたのは必然といえるだろう。

このシンポジウムは「看護ケアに役立つ記録」と名付けられているが，このコンテクスト（文脈）からは看護記録を単に行った看護のプロセスを記録したものととらえるだけではなく，さらにその記録はよりよい看護ケアのための重要な道具（ツール）として機能するものであるとする意志が感じられる。

つまり，看護記録は，実施した看護ケアのプロセスという過去を，よりよい看護ケアという未来に受け継ぐという，大きな流れの中にあるものといえる。

筆者は滋賀医科大学医学部附属病院のナースたちの経験を踏まえ，POSがよりよい看護ケアへの道につながると信じて，POSの普及に力を注いできた。そうした中で多くの病院のナースに出会ってきたが，そこで気づいたことは，そうした病院では看護記録を単に記録としてだけとらえ，さきほど述べたような「流れ」の中のものとしてはとらえられていないということである。

看護記録を単に記録としてだけとらえ，その視点で細部をひねくりまわすと，いわゆる「記録のための記録」や「ベッドサイドに行かず，机にすわって記録ばかりしている」といった，方法が目的にすり替わるということになりかねない。

こうした落し穴に落ちないためには，「看護記録を記録としてだけ切り離すのではなく，プロセスの中でとらえる」ことが必要となる。

プロセスの中で看護記録をとらえるということに関しては2つの立場が考えられる。1つは「看護のプロセスの中で記録をとらえる」ということ，もう1つはさらに大きく「医療のプロセスの中で記録をとらえる」ということである。

II　看護のプロセスの中で記録をとらえる

では，まず「看護のプロセスの中で記録をとらえる」という点について考えてみることにする。

看護のプロセスという「ナーシングプロセス（看護過程）」がその代表的なものである。

YuraとWalshによる看護過程は，(1)アセスメント，(2)計画，(3)実施，(4)評価の4段階で示されている。

最近では，これに「看護診断」のステップを加えて，(1)アセスメント，(2)看護診断，(3)計画立案，(4)実施，(5)評価の5つの段階で説明されるようになってきている。

こうした「看護過程」は，このままでは枠組みが大きすぎ，抽象度が高いので，もう少し実際の看護に近づける必要がある。現在，筆者は病院内のコンピュータネットワークシステムを作る仕事を行っているので，その作業をとおして看護過程をさらに細分化したのが表1である[1]。

1．アセスメント

情報の収集　「情報の収集」は看護過程の最初のステップである。収集する情報は，患者さんに関することなら何でもよいというものではない。看護を行うために収集するのであるから，おのずと一定の方向性が生じる。

ナースは患者さんと面接して，話を聞いたり，質問をしたり，観察をしたり，診察をしたりする。

情報の分析　次は「情報の分析」である。ここでは『看護』の専門的知識が必要となる。つまり，看護学や看護関連の学問である。

表1　細分化した看護過程

(1)	アセスメント	・情報の収集
		・情報の分析
		・情報の統合
(2)	看護診断	
(3)	計画	・目標の設定
		・看護行為の選択
		・看護指示
(4)	実施	・実行計画の立案
		・実行
		・ケア計画の検証
		・継続的な情報収集と分析
		・記録
(5)	評価	

情報の統合　情報を分析すると，患者さんのかかえる看護学的な問題が浮かび上がってくる。それが「情報の統合」である。

2．看護診断

この健康上の問題は看護の専門的視点から明らかにしたものであるので，当然，看護の専門的用語で表現することになる。それが「看護診断」である。

以前は，看護には患者さんの看護学的状態を表現する専門用語がなかったが，1973年以来北アメリカ看護診断協会（North American Nursing Diagnosis Association，略称NANDA）の手によって看護診断用語の開発が手掛けられ，最近では看護診断体系ともいえるまで充実してきている。わが国でも，本年6月に第1回の日本看護診断研究会が開催されるに到っている。

3．計　画

患者さんの看護学的な健康上の問題，すなわち，看護診断が明らかになると，つぎにはそれらの問題を解決するための計画を立案する。

目標の設定　1つの看護学的な問題に対して，ナースはさまざまな看護行為のメニューを持っている。メニューが多様であるのは，問題の程度や目指す解決の姿に合わす必要があるからである。

問題の程度については，すでに看護診断に明らかにされているので，計画の立案に際しては，まず，目指す解決の姿を設定する。それが「目標の設定」である。

看護行為の選択　そして，数ある看護行為の中から，その目標を達成するために適当なものを選択する。これが「看護行為の選択」である。

看護指示　どの看護行為を行うかを決定しても，すぐに実行に移せるものではない。たとえば，清拭。毎日するのか，隔日にするのか。全身するのか，半身ずつするのか。行動レベルとカレンダーに組み込んで，はじめて実行可能となるのである。これが「看護指示」である。

4．実　施

行動予定の細部が決定すれば，それらを実行に移す。

実行計画の立案　実行は，予定表からその日の看護行動や検査・処置を抜き書きすることから始まる。そして，患者さんの身体の状態や心理状態を配慮して，それらを実施するか否かを判断する。さらに，1人の看護婦で何人かの患者さんを受け持っていることが多いので，いつその患者さんに実施するのか，スケジュールを考える必要が生じる。

予定されている看護行為や処置を，その日受け持つナースがこなせるかどうかも問題である。自分では不可能な場合は応援を求める必要がある。以上が「実行計画の立案」である。

実行　そして，いよいよ「実行」。

ケア計画の検証　実施のときには，ただひたすらその行為をしていればよいというものではない。最初は手順とおりに看護行為を実施するが，細かいところで手順に工夫を加えなければならないようなことがよくある。「ケア計画の検証」である。

継続的な情報収集と分析　もうひとつ実施しながら気を配らなければならないことがある。実施している看護行為は，それまでに明らかになった患者さんの看護学的問題から導き出されたものであるので，見逃したり，新たに付け加わったりした問題があるかもしれない。そうした問題をタイムリーに取り上げられるように，一般的な情報収集とその分析を行うことが必要となる。「継続的な情報収集と分析」である。

記録　実施後はそのことを「記録」する。したがって，記録には看護過程のすべてのプロセスを記載することが必要である。

通常は，ここからふたたび情報の収集にもどって，このプロセスをクルクルと回転させることになる。

以上のプロセスは，はじめてその患者さんに接した場合のプロセスを説明する場合に適しているが，毎日の安定した看護の場面ではアセスメント・看護診断・計画の段階は比較的簡単に済まされる場合が多く，そうした状況では記録は「実施」の最初のステップである「実行計画の立案」に直結することになる。

看護業務の構成要素の中で「申し送り」はその日の看護の「実行計画の立案」の上で重要なものであるが，その意味で記録は申し送りと同等のものといえる。記録によって申し送りを行い，口頭による申し送りを廃止している施設が最近増えてきていることは，このことを証明しているものと思われる。

5．評　価

残ったのが評価であるが，評価というのは，現実と基準との比較によって看護の質を測定することである。

基準を看護目標とすると，目標の達成度を測定することによって計画の質が評価できる。基準を看護業務基準とすると，業務基準のレベルの仕事をしているかどうかを測定することによって，看護の質が評価される。

評価は必要なときにタイミングを見計らって行うものである。

記録を考えるとき，記録がこのような看護過程の中にあってこそ，はじめてその存在の意義があることを認識する必要がある。

Ⅲ　POSと看護過程

POSも基本は看護過程と同じで，問題解決過程である。違いはただ1つ。問題解決過程ではそのなかで問題が明らかになるが，その後の過程を問題ごとに働かせて行くのがPOSである[2]（図1）。問題解決過程と看護過程とは同じといってもよいので，POSとはプロブレム（問題）ごとに看護過程を働かせることであるといいかえることもでき，看護過程とPOSは情報処理の面から見るとよく似たものであるといえる。

POSは前述した情報処理のプロセスであるとともに，記録の形式という側面もある。POSのプロセスはそのままこの基本形式に沿って記録することができる（図2）。

この基本形式の弱点は，選択した看護行為を患者スケジュールのカレンダーに組み込み，さらに実施したことを記録することである。

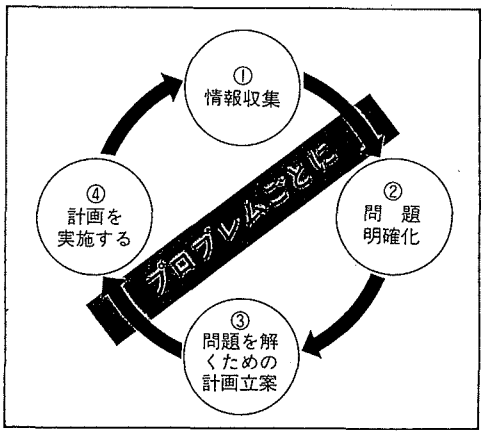

図1．POSの構造

＃1．プロブレム

S：このプロブレムに関してナースが着目したクライアントの主観的情報

O：このプロブレムに関してナースが着目したクライアントの客観的情報

A：(1)　上記の情報の解釈・分析・統合のプロセス

(2)　看護目標（期待される結果）

P：実施する看護行為

図2．POSの基本形式

その点を補うために，滋賀医科大学医学部附属病院では週間予定表の形のフローシートを作成し，そこにあらかじめ看護行為を展開しておいて，（つまり，これが看護指示の具体的な姿であるが）実施したことはその項目の上に自分の名前のハンコを押すことで記録している。（余談となるが，このやり方は現在ではコンピュータシステムの上で実現している[3]。もちろん，ハンコは使わないが）。

Ⅳ　医療のプロセスの中で記録をとらえる

記録は看護過程の一部を構成するものであったわけだが，看護はまた医療の一部を形作るものでもある。したがって，当然，記録も医療のプロセスの中でとらえる必要が出てくる。

1．指揮者モデル vs 弦楽四重奏モデル

ここで問題になるのは，それぞれの保健医療専門職が，とくに医師－看護婦関係がどう絡み合って医療を成り立たせるかという点である。

医師はよくオーケストラの指揮者にたとえられる。指揮者というのは，オーケストラの前に立って，棒をブラブラさせて拍子をとっているだけのようであるが，じっと見ていると専門家にだけわかるやり方でさまざまなことを伝えている。もちろん，リハーサルでは言葉を使ったり，旋律を歌うなどして，本番以上に自分の意志を徹底させている。

このような役割を果たすために，指揮者にはどのような知識・技術・態度が必要であろうか。

指揮者はまず演奏する楽譜をよく知っている。つぎに，オーケストラのメンバーのことを熟知している。そして，楽器の特性や演奏方法についても，もちろんよく知っている。これだけの能力があるからこそ，指揮者はオーケストラに君臨できるのである。

これを保健医療の世界に置き換えると，楽器の特性や演奏方法は各保健医療専門職の学問体系や職務にあたる。医師が指揮者なみにそうしたことに精通しているかというと，答えはノーである。医学教育や卒後研修にはもちろん，そんな内容は含まれていない。また，臨床経験が長くてもただナースの横に立っているだけでは，このような能力が身につくものではない。したがって，医師が指揮者であると思いこんでいる医師には，指揮者の役割は果たせないといえる。結局は，まわりの保健医療専門職に医学モデルを押し付けてしまうことになるのである。

室内楽をモデルにとってみると，このあたりに変化が生じる。たとえば弦楽四重奏。ここには指揮者は存在しない。メンバーそれぞれが，ふさわしい場面でふさわしいメロディを奏でている。

これを医療場面にあてはめてみると，まず緊急手術のような「急性期」の場合では，医師のリーダーシップのもとにナースも放射線技師も臨床工学士も，患者さんを助けるという一点に力を結集することになる。第1バイオリンが主題を奏で，他のパートがリズムや和音で支えている場面である。

次は「回復・適応期」。術後経過も順調で，医師の役割は1日1回程度回診して，治療が効を奏しているかどうかを確認する程度である。患者さんが療養生活に適応し，確実な回復過程を過ごすときであるので，ここではナースがリーダーシップを発揮するべきである。チェロが第2主題を提示するような場面を思い浮かべてほしい。

最後は「社会復帰期」である。ここでは医師もナースもあまりすることがない。手術創も治り，退院後の指導も受け，問題があるとすれば長期の入院による社会的孤立ぐらいであろうか。必要なら，MSW の出番となる。ビオラが独特の音色で修飾してくるような場面か。

弦楽四重奏のそれぞれの奏者の楽譜にはそのパートのための音しか記譜されていない。しかしながら，それぞれの奏者の頭のなかには，他の奏者の音楽が入っているのである。つまり，医師が看護とは何かということをわかって医療を行っているということ同じである。

指揮者モデルにおけるナースはもう過去のものにしたいと思う。今後は弦楽四重奏モデルにおけるナースである。

記録もこの弦楽四重奏モデルに合った形態をとる必要がある。そこで，ナースの行う業務を少し整理してみることにしたい。

ナースの活動には2つの領域がある。1つは看護固有の領域であり，もう1つは医師と共同する領域である。この2つの領域にまたがる活動を行うには，それぞれの領域のプロブレムを焦点とする必要がある。

看護固有の領域のプロブレムを表現するものが看護診断であり，医師と共同する領域のプロブレムを表現するものが共同問題 Collaborative Problem である。

こうした2つの焦点を意識して行う看護活動をカルペニートは“**二重焦点臨床実践モデル** The Bifocal Clinical Practice Model”と呼んでいる[4]。弦楽四重奏モデルをナースの側から見るとこの二重焦点臨床実践モデルになる。

さて，弦楽四重奏モデル，あるいは二重焦点臨床実践モデルに合った記録とは，どのようなものであろうか。それは，保健医療専門職の間のコミュニケーションを，無理なく自然に保障する記録でなければ成らない。

各職種の固有の部分が強く出ているのは，看護過程でいえばアセスメント・看護診断・計画の部分である。

したがって，その部分は独立性をもたせ，それ以降の経過記録の部分を共同で使用することは可能である。

統合診療記録 Integrated Medical Records は保健医療にかかわる多くの職種の人たちが毎日の経過記録を共有する診療記録のことである。この方法をとることによって，職種間のコミュニケーションを確保するための正式なシステムを構築することができる[5]。

POS は L.L.Weed が考案した当初から，職種別の記録ではなしに，統合診療記録を想定している。

2．医療情報の“フロー”と“ストック”の原則

医療のプロセスの中で記録をとらえるとき，情報が医療の場でどのように取り扱われているかを意識しておく必要がある。つまり，医療情報の「ストック」と「フロー」の原則である。

まず，記録は情報をストックする性質がある。毎日の看護活動を記録しておくと膨大な情報が蓄積される。これは，単に看護にかかわる情報だけをさしているのではない。コンピュータの仕事をしてきてわかってきたことであるが，誰が取り扱った情報であるかということで，それ以後の情報の取り扱い方を変える必要はない。どの職種からの情報も区別することなく，一元的に，平等に取り扱って行く。つまり，弦楽四重奏モデルはこういうところからも来ているのである。

さて，記録の別の性質として，情報を引き出し，明日の活動に利用するということがある。つまり，記録は情報のフローの原点ともなるものである。このことについては，看護過程を詳細に吟味したときにも明らかになっていた。

つぎに，情報のストックの形態について考えてみることにする。看護に関する情報はチャートやカーデックス，温度板などに分散している場合が多い。情報を分散させてストックすることは，情報の管理を複雑にし，質の低下の原因となる。診療記録を単一のデータベースとし，そこから情報をフローさせることで，看護活動には支障を来たさないはずである。

つぎに，英語のことわざにGarbage in, garbage out という言葉がある。屑をいくら貯めても，そこからは屑しか生まれないということである。情報を貯めて後で使おうと無目的にただ蓄積しても，その情報からはたいしたものが引き出せないばかりか，いたずらに情報量が増加して，かえって判断を間違うことにつながることになる。目的を意識した記録の作成が重要である。たとえば，看護モデルを意識して情報収集を行うといったことや，申し送りを意識して経過記録を記載するといったこと，また研究のデザインを意識して観察を精密に行うといったことである。

最後に，ストックした情報をフローさせるには，目指す情報を早く見つけ出す工夫が必要となる。ただ時系列に貯蓄して行くだけでは机の上に積み上げた書類と同じで，欲しいときに見つからないという結果になる。POS でのプロブレムあるいは看護診断名は，ストックした情報を検索するためのファイル名といった働きをする。

POS は以上のような情報のストックとフローの原則をも満足しているのである。

V　パーツ化による記録と実態の一致

つぎに，記録にはなにもかもすべて叙述的に記載しなければならないかという点について考えてみることにする。

というのも，いちいちオーダーメイドで看護を考えることは非能率だからである。医学の場合，治療法は診断を精密に行うと自ずから決定される。看護でも同じではないであろうか。

看護診断ごとに看護目標・看護行為・達成期日などを，いわゆる「看護手順」としてメニュー化しておくことが可能なはずである[6]。

手順は最大公約数的なものであるので，その患者さんに合うと思われるものをまず選択して計画立案し，実施するなかで検証した結果，細部の修正を加えて記録するとよい。看護診断が細密化するにしたがって，たとえば松竹梅というようにメニューの選択ができるように整備しておけば，この患者さんには「松のコース」というような記録だけで済むのである。

こうしたことは看護のパーツ化と呼べる。パーツ化することによって，記録はさらに実態に近づくと思う。

VI　POS が看護に与えた影響

さて，POS が看護過程と決定的に異なる点は，やはり後で追加された「プロブレムごとに」ということである。

「プロブレムごとに」ということについて，最初は「プロブレムごとに SOAP で書く」という形式面が先行するが，形式のようなものはすぐに定着する。形式

のつぎには本質が問題となる。

つまり，POSはプロブレムが主導するシステムだということである。誤ったプロブレムは看護をとんでもない方向に導く。そこで，ナースに突きつけられた問題は，患者さんの看護プロブレムを正しく導き出し，それを正確に表現するということである。

POSを看護に導入した初期には，ナースたちは看護プロブレムとして医学診断を使用してきたが，これはあくまで**メタファー**（隠喩）である。医学診断の用語を用いながら，実は頭の中でボンヤリ浮かんでいる看護プロブレムに読みかえていたのである。そこで，メタファーではなく，看護プロブレムを直截に表現する用語が必要になってくる。

また，弦楽四重奏モデルもナースに要求を突き付けている。弦楽四重奏では各楽器の奏者の能力が均等に高くないと，よい演奏にはならない。弦楽四重奏モデルの医療でも同じである。したがって，弦楽四重奏モデルにおける医師は，医師が自分の専門分野で有するのと同程度の能力を，ナースにも専門とする看護の分野で持ってほしいと考えるようになる。

ところが，現状ではまだまだ満足の行くものではない。その最たるものが看護プロブレムである。現状は，患者さんが看護学的に正しく把握されているとは，とても理解できるものではない。

Ⅶ　なぜ，記録は看護ケアに役立たないのか

さて，このシンポジウムは「看護ケアに役立つ記録」と題されているということは，記録は看護ケアに役立っていないということにつながる。

なぜ，役立たないのか。それはストックした情報をフローさせて利用していないからである。つまり，看護計画は立案するけれど，毎日の看護はアドリブ。せっかくの計画も『絵に描いた餅』になっているのである[7]。計画は絶対にそのとおりに実施するべきものである。それでは不都合が生じるというのなら，つぎの段階で計画を修正するようになっているのが看護過程である。

そう考えてみると，毎日の記録に四苦八苦して悩むのはナンセンスで，大切なのはその患者さんに適した看護計画を立案することと，その計画をそのとおりに実施することになる。申し送りというような別の情報システムを併用することなどは，実施を計画とは異なるものにする原因の1つなのである。

やはり，プロセスからの発想が必要である。

文　献

1．中木高夫：構造的看護過程論(5)，問題解決過程も看護過程もPOSもみんな同じものです，ナースプラスワン，1(2)：82－85，1991.

2．中木高夫：POSをナースに，医学書院，1989.

3．櫻井律子他：看護のための情報システムをめざして，第52回医療情報システム研究会資料集，p. 57－62，1988.

4．L. J. Carpenito (ed.)：Nursing Care Plans and Documentation, Lippincott, 1990.

5．レベッカ・C・クーン（中木高夫訳）：看護婦と医師の連携，看護学雑誌，54：566－569，1990.

6．S. P. Ulrich 他：Nursing Care Planning Guide, Saunders, 1986.（「最新看護計画ガイド」として『エキスパートナース』の1989年1月号より連載，現在連載終了）

7．中木高夫：看護計画は絵に描いた餅!? その傾向と対策，エキスパートナース，3(4)：16－20，1987.

◆シンポジウム　I◆

研究資料としての日常看護記録

東京医科歯科大学
川　村　佐和子

1．日常の看護記録と研究

研究の方法を資料の収集と関係づけて分類すると，将来に向かって資料を収集し，分析を行う方法つまり，「PROSPECTIVE METHOD」と過去の資料を収集し，分析する「PERSPECTIVE METHOD」に分けることができる。

前者の方法では資料を収集する方法を吟味し，自由に資料内容の設計を行うことができる。しかし，後者ではすでに作られた記録を探しだし，資料としなければならない。このような資料として注目される一つが「日常看護記録」である。

「PERSPECTIVE METHOD」で，日常看護記録を研究資料として使用した例を紹介し，研究資料としての「日常看護記録」のあり方について論じることにする。

2．研究体験

次の研究要約は重症心身障害児（者）施設で行われ，著者がその指導を行ったものである。

・・・・・・・・・・

重症心身障害に対する集団活動の検討

東京都府中療育センター　小林いくほ，他

研究目的：

知的レベルが低く，一般的な集団活動に参加できない入所者に集団活動参加の能力を育成することは大切である。しかし，その方法は未開発である。当病棟で3年間行った集団活動育成のための「たんぽぽグループ」活動の成果を分析，検討し，集団活動参加の能力の育成方法に関し，研究する。

研究方法：

A：「たんぽぽグループ」活動は脳性まひなどで発達月齢が移動運動で15カ月未満，言語理解で28カ月未満，他の項目が24カ月未満という重度心身障害をもつ女性9人（24－41歳）に将来集団活動ができることを目的とし，次の活動を行った。

第1期（開始から1年1カ月）は入所者全員を一つマット上で場所を共有しながら，職員が入所者に1対1でケアし，入所者一人一人が遊びに集中するように支援した。

第2期（1年2カ月から1年4カ月）は職員が入所者から距離をおくが，同じ遊びを共有した。また，入所者が相互交流を自然にはかる遊びを取り入れた。実際には舟の形をした大型の用具に入所者をのせ，複数の職員がこれをゆすり，楽しみながら分離訓練をするという方法であった。

第3期（1年5カ月から3年1カ月：研究時点）は入所者を一人づつマットの中心部に連れだし，大型のボール（バランスボール）にのせ，全員が歌を歌い，ボール上の入所者を励ますという方法であった。この合唱は他の入所者がまりの脇で手拍子指揮をとった。全員が集中し，一時を楽しめるようになった。終了後は一人一人の感想を言い合い，反省会をする。ここで職員は入所者が集団活動に参加できるようになったと評価した。（図1，2，3）

図1

図2

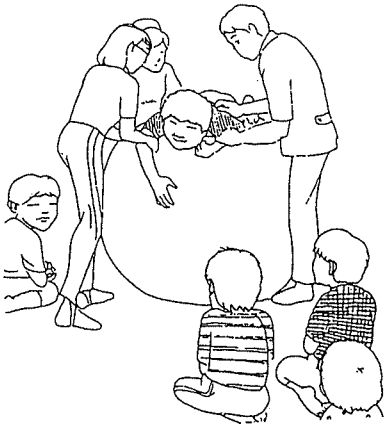

図3

B：資料は日時，参加者，実施内容，参加者の様子に関するB5版型の簡単な日誌（日常看護記録の一部としての記録用紙）が付けられていたので，これを中心に，日常看護記録全体とともに活用した。

結果：

入所者に下記の変化を見た。

1．自傷など異常行動の変化は表1の通りに消失した。

2．全員で場所を共有できるようになった。(同じマット上にいられる)（図4，5）

3．同じ遊びをできるようになり，感想も順に表現できるようになった。(相互交流の実現)（表2）

以上の結果から，この集団は職員の支援を受けながらではあるが，集団活動を実現したと評価した。

この活動は見通しをもった計画を有していたわけではなく，実践しながら，実践結果を分析，検討して進めてきたのだが，重症心身障害で集団活動が不可能と予想されている人々に，その可能性を実証した。

（東京都神経科学総合研究所プロジェクト研究「重症心身障害の医学的，社会学的研究」第1年度報告書，p.78－87，1990年．）

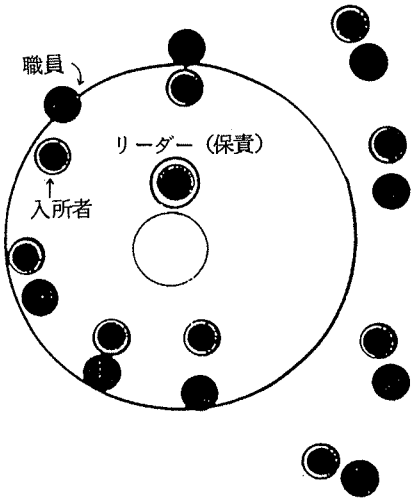

図4　バランスボール活動の実際
（入所者と職員の配置）
「開始時」

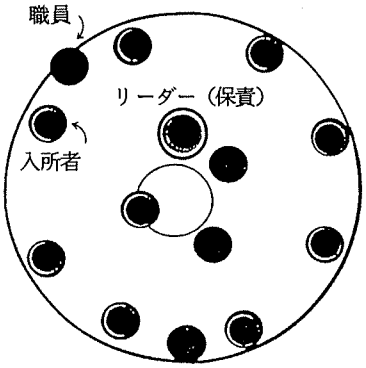

図5　バランスボール活動の実際
（入所者と職員の配置）
「1年7月経過時」

表1　問題行動の変化

問題点	当初人数	小麦粉粘土 最終回	ローリングカー 最終回	バランスボール		
				1回目	25回目	50回目
自傷	3	2	2	2	0	0 ときに1名あり
物への固執	5	5	4	4	1	0
人見知り拒否	2	2	1	1	0	0
啼泣	2	2	2	2	0	0
興奮	2	1	0	0	0	0
他害	2	0	0	0	0	0
恐怖心	6	6	6 興味あり 3	5	0	0
脱走	3	3	3	3	0	0 時にはなれてしまうこともあり興味を長時間もたせるために最後に乗るような工夫をしている

表2　バランスボール活動状況の経時的比較

		開始時	1年7ケ月後
	入所者 対 職員	1 対 1	1 対 0.5
入所者側	集合の仕方	誘導，介助されてくる。	ニコニコしていきたがる。
	たのしみ方	職員に誘導されて 雰囲気を楽しむ。	自分からボールに手を出して遊びたがる。
職員側	活動	一緒に行動 動き促し，手足を動かしてあげる	時々　動き促す
	集中力	たえず身体に触れて声をかけてその場にいるようにし向ける	声かけ
	危険防止	1人1人　体に触れて自傷，他傷行動を防ぐ	全体的に目くばりと声かけ
	たのしみ方	危険防止を優先しながら，楽しい雰囲気をつくる	一緒になって楽しむ

3．日常看護記録を資料とした研究を行って

(1) 記録用紙があったこと

1）資料収集の効率化：記録用紙がきめられていたため，この活動の記録を収集するにあたって，すぐ必要な資料をとりだせ，効率的であった。

2）記録の継続性：特に記録用紙があったために，記録が継続されていた。

3）記載内容の評価：小型用紙であっても，日時と実施の確認など，資料としての最少要件を正確に判断できた。

記載内容がまちまちであったり，少量であったりしたものの，記録が継続されているため，トピックスや課題はきちんと記載されており，研究資料として重要な内容を有していた。

4）仕事の継続性：職員の異動期には，それぞれの行事は熱心な職員の異動などで，不安定になりがちである。記録は新旧職員間の間に取り交わされ，仕事の引継に役だっていた。研究としてみれば，研究の継続性を保ったということが出来る。

(2) 研究資料としての的確性

日常記録は研究を目的としたものではないから，研究資料としての吟味が必要である。

1）継続した記録：日常業務記録はどの職場でも必ず記載されている。継続された記録は研究にとって大切な資料である。

2）記載項目：この活動は見通しをもった計画を有していたわけではなく，実践しながら，実践結果を分析，検討して進めてきたために，どのような記録をおこなっておくか，詳細な記載項目がなかった。毎回，異なる視点での記録になっているとさえ読めた。

しかし，今回の研究では記載内容がまちまち（多角的）であったために，研究資料としては，分類したどの時期にも検討した対象事項の内容が記載されていた。もし，記載項目を統一化していたならば，得られない情報もあったと推測された。

今回の研究では，記載項目を統一化しないために，多角的な記録内容を得られ，良かったが，同じ項目について毎回の観察記録が必要である場合にはこれでは資料としての価値が低くなるであろう。今回の研究においても，記録者が意識しない課題は全く記載されていなかった。おそらく観察されてもいなかったのであろう。

記載項目を決めて置くことは，複数の職員による記載を統一する上で望ましいことである。

今回の研究対象となった「たんぽぽ」活動は時々に検討されて活動内容を向上させていたわけだが，このような変化をもつ経過では変化によって，記載項目を変化させる場合がある。1期の観察項目と2期の観察項目が異なってよい場合もあろうが，支障が生じる場合もあろう。資料としては，基本的な記載項目は同じように継続することが望ましい。

3）記載方法：今回の研究では記録から個々の入所者の参加状態や行動を読みとったのだが，「○さんは楽しそうだった」というような記載が多かった。このことは「今日の担当職員が○さんの好きな職員だったので，楽しそうだった」とも「他の入所者○○さんから声をかけられて，楽しそうになった」のか「楽しさがわかってきた」のか判断に困った。

また，研究中の討論で，場所を共有することは集団活動として重要な要素だと考えたが，入所者がマット上にいたかどうかの記載は極めて少なかった。

なお，自傷行為を完全に断ち切れない入所者がいるのだが，近年は自傷行為の時間が短時間になったと長年の職員が発言した。しかし，1回の行事時間中どのくらいの時間，自傷的行為を続けていたのかは記載がなかった。

記載は客観的に記しておきたい。

記載内容を客観化する場合には，それぞれの程度の評価を行う必要性も生じるであろう。必要であれば，これも定めて，記載者に周知しておく必要がある。

4．研究資料としての記録

以上の検討から，研究のための資料として，日常記録に期待することを次にまとめてみる。

1）事象が客観的に把握されていること

2）事象の把握は適切な方法で，論理的に行われていること

3）異常がない場合にも調べたことは記載を残すこと

4）生起した事象とその原因や結果を示す事象との関係が明白になるような記載であること
5）看護ケアも客観的な記載であること
A）誰が
B）何時
C）どんな目的で
D）何を
E）どのように行ったか
F）結果はどのようであったか
6）継続的であること

5．実践をよりよくする研究

今回紹介した研究課題は，「たんぽぽグループ」を担当していた一人の職員がある時期，担当をはずれたのち，再び担当に戻り，この活動に参加し，「以前と違っている」と感じたところから意識化されたものである。継続して担当していた職員は「3年もやっているんだから少しは成果があって当たり前」という先入観があったこと，少しづつの変化は気づきにくいことなどで研究課題としての意識が薄かったと考えられる。研究には日常活動に漫然と参加しているだけではない視点，離れている時期があったればこそ，気づくような，覚めた視点も大切である。

課題である重症心身障害は人々の可能性を少しづつ少しづつの努力を蓄積させて，やっと効果を示すような地味な仕事である。そこには，何時，どのような可能性の実現が予測されるなどと仮定もできない困難な研究の領域がある。しかし，看護は困難をさけず，日々業務し続けるわけであるから，このような領域でこそ，日々の業務の記録が重要な資料であると言える。日々の業務を広い視野で見据えることも何気なく書き記す記録の意義を見直すことにもなろう。

日常記録を研究資料として役立つようにしてみたいと考える際には，従来の記録をまず，資料として有効活用してみること，つまり「まず，実践から」である。その上で，研究の目的ではなく作成される日常の記録を研究のためにも活用する知恵が向上すると考えられる。

記録は有効に活用されるためにある。仕事を発展させる，充実させる観点にたって行うことが大切である。

◆シンポジウム　I◆

老人看護に役立つ記録
――その原点を探る――

日本医科大学リハ科
竹　内　孝　仁

1．記録について

「記録」という言葉を聞くと，ただちに思い浮かべるのはその「形式」であり，情報の記載を伝達における「正確さ」あるいは「簡潔さ」になります。

しかし記録というときにもっとも根本的に求められているのは，状況（状態）を表現するときの「視点」「考え方」「思想」と呼ばれるもので，それが明確になっていてしかも全体の合意が得られていれば，記録の形式は自然に決まってくるか，あるいは形式は単に表現上の約束ごとに過ぎなくなって，つまりそれほど重大な意味はもたなくなる可能性があります。

なぜあえてこのようなことを主張するかといいますと，医者のカルテに現れているように，従来の「診断と治療」を基軸とした医療現場での記録は，多少のばらつきはあったとしてもほとんど一定の形になっているからであります。

しかし，このようなアカデミックな看護研究学会で記録の問題が取り上げられるのは，上に述べたような「診断と治療」を軸とした記録では十分に「状態」を表現できないからだと考えられます。冒頭の私の主張もまさにそこに発想するもので，結論的にいえば，従来の診断と治療の枠組みだけでは，すでに現代の医療に間に合わなくなっていることを示しており，それがどのようなものなのか，あるいはどのような視点に立ってとらえるべきかをまず論議しておく必要があります。

2．疾病構造の変化がもたらしたもの

かつての医療モデルは，「治癒」を目標とし，あるいはそれを概念として取り入れたものであったことは明らかだと思います。したがって記録も治癒させるべき病気の診断から始まり，広義の治療方針が計画され，その経過や途中で生じる問題点とその解決法，その結果などが時間的経過に従って連続していきます。ところが，リハビリテーションの世界でかなり前から登場してきたように，「障害」というそれ自体はもはや「治らない」もの，あるいは最近急速に増加している高齢者の疾病のように，根本的には治癒しない多くの病気，それどころか老化が進むにつれて悪化さえめずらしくはないものが現れてきて，つまりは医療そのものが，治らないことを前提とした活動に転化せざるを得なくなった事情があります。

一般的な表現をすれば，疾病構造の変化が従来の医療モデルの変更を強いている，ということになります。

予感しうることは，こうした現状に対して看護が一層重要な立場に立つだろうということです。従来の看護は，その理念や思想とは裏はらに，実践としては「治療学」の一角に位置していた（あるいはいる）といってよいでしょう。いいかえると従来の看護実践は，医師の治療と密着した位置にあったともいえます。

医療と福祉は元来，人の生活を脅やかす病いと飢えを解決する活動領域であります。病気の治癒とは病いから解放することで，再び生活に復帰することを保証するものでした。しかし医学・医療の歴史は疾病の治癒のみを自己目的化し，それを基盤とした枠組みを実践方法論をつくり上げ今日にいたっております。そこに「治らない病気」あるいは「障害」が登場し，患者はそれでも生活の回復を求め，しかし私たちの枠組みと方法論は従来のままという，すれ違いが生じております。

3．「ADL」について

これまでの看護におけるADLの取扱いは，主対象である疾病の治癒過程における脇役の位置でしかなかったと私は感じております。

看護の現場における，疾病や症候，状態に対する医学的に高度な看護活動に対する評価に比較して，

ADLは軽視はされないまでも相対的にあまり高い価値を与えていない風潮がたしかにあるようです。

このことは，ADLがあまりにも身近なものであるという原因も考えられますが，臓器主体の医学への伝統的な価値づけが主たる根拠とみられます。

ADL，というよりもそれを含む日常生活行為は，人間の生活の基本であると同時に，人間の生活をつくりあげるものであることは疑いありません。

人の生活とは「生活行為」の集積したものであり，個々の行為のあり方が生活の個別性をつくり出しております。

またADLは，社会的な場に存在する個人にとって，社会集団（たとえば家族）との共同生活の維持に大きな影響を与えている点を見逃すわけにはいきません。

このことは，高齢患者が自宅への退院不能となる主要な要因として，「ADLの自立」が関与していることで明らかだと思います。

4．ADLの構造と病棟

まずはじめに，病棟はADLにとって真の「場」であることを強調しておきたいと思います。

看護と並んでADLにアプローチするリハビリテーション科では，主として訓練室でADLのための動作訓練が行われます。

これはしかしあくまでも動作訓練の域を出ないことは，訓練室はその場としての性格から，日常の生活行為が（原則的には）生じないところだからです。患者は訓練室で食事をとるわけではありません。実際に排泄することもほとんどなく，ねまきからの着替えも，入浴もするわけではありません。これらはすべて生活の場である病棟において行われるものであります。

こうした事実は，病棟でのADLの重要さを物語っており，同時に生活の場という共通した性格から，退院後のADLへと自然な発想の流れをつくり出すことになります。そして訓練室でのADLは，病棟における真のADLに関係づけてこそはじめてその意義と効力を発揮できることも間違いありません。

ADLには古くから「できる（はずの）ADL」と「しているADL」がありました。私の所属しているリハビリテーションの世界では，当初から現在までこれをめぐる論議が行われ，ここ1～2年再びADL研究が盛んになっております。

よく知られているように「できる（はずの）ADL」とは，訓練室で，つまりは動作的には可能であることを示しております。一方「しているADL」とは，現実には（入院中であれば）病棟で，あるいは家庭で，つまり生活場面での実態を示しております。

くり返しになりますが，私たちの患者は生活の回復を望んでおり，それは日常の生活行為の遂行とその積み重ねにほかなりません。

ということは，その中核となるADLにせよ，家事や職業行為あるいは学習にせよ「実行する」ことでなければまったく意味はないといえましょう。「しているADL」こそが意味をもつことになります。

ここで私たちは，「しているADL」あるいは一般に人間の行為が，どのような要素から成り立つかを分析していかねばなりません。その構造がはっきりしていれば，看護的アプローチも自然に生まれてくると同時に，動作としてのADL（できるはずのADL）との関係も明らかとなってきます。

図はその構造を描いたものです。

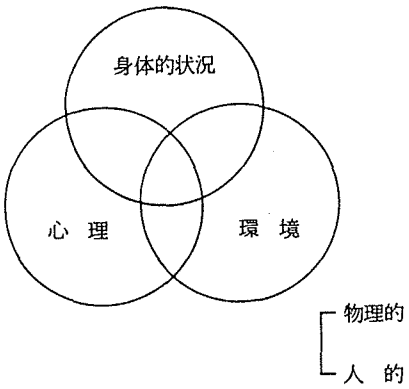

図　ADLの構造

人間の動作，あるいは所作とよばれるものは，多かれ少なかれ体の動きを伴なうので，患者の身体的状況がひとつの要素となることは疑いのないところです。身体状況には，身体（四肢）の機能のほか，心肺や内臓諸器官の機能，あるいは認知や言語といった機能も含まれてきます。要するに患者の物理的な動作に関与するすべての身体的基盤がここに含まれます。リハビリテーション科のPTやOTがこれらと密接に関わっており，「できるはずのADL」とは，主としてこの

要素から見ていることは理解できると思います。

しかし，人は身体的状況が可能であれば行為するかというと，そんなことはないことは私たち自身を振り返るだけで明かとなります。「心理状況」がどうであるかが，人の行為を具現化する2つ目の要素となります。

行為，ADLの実行と「心理」との関係では，私たちはよく「意欲」ということばを口にします。意欲はその奥にある複雑な心的メカニズムの集約されたものとして，行動を促す心的エネルギーとでもいえましょう。

患者の心理状況をつくり出すものとして，障害や病気あるいは老いや死といったものへの「受容」の仕方，また，周囲の人の態度の中に映し出される自分自身の価値意識，さらに直接的には病院のスタッフのもつ，間接的には病院の占める文化的位置づけからくるものなどがあるようです。この最後のものは，日本の病院が伝統的に「安静をとるところ」病人は「ただ寝ているところ」との一般的な認識と深い関係をもっております。日本人のもつ歴史的な疾病観といってよいでしょう。これに対して「訓練室」は文字どおり「訓練」を行う特殊な空間であって，患者ははじめからそのように振舞い，その後は本来の病人として病棟では終日仰臥するという行動をとります。

さて，人間の心理と密接にかかわるものに「環境」があります。一般に環境とよばれるもの，自分以外の他の人びとや物の配置されている空間は，ただ物理的である以上に心理的なものです。“空間は心理空間である”とは社会心理学のレヴィンのことばですが，このことは私たち自身が，場所によって心理（気分）が変わることをみればはっきりしています。

病院の壁の色，置かれている物品，消毒薬の臭いなどが病院の雰囲気をかもし出し，人を病人の気分にさせます。白衣を着た医師や看護婦も同じ気分をつくり出します。

環境が人の心理に反映するという事実は，とりわけ「人的環境」のあり方に負うところが大きいといえます。このことは患者に対して，スタッフがどのように接していくかといった問題の重要性を示唆すると同時に，積極的な働きかけが行われなければ患者は病院のもつ歴史的な「文化」の中でひたすら安静に終始することを示しております。私たちがつねに念頭においておかねばならないことは，私たちの存在そのもの，それは多かれ少なかれある種の態度を伴っているものですが，それが患者にとっては「人的環境」を形成し，その中でいろいろな心理状態が生まれてくるという事実です。いうまでもなくADLという行為については，それを実行に移す心理状況をつくり出すような接し方がなされる必要があります。

物理的環境もまた軽視することはできません。ADLを行いやすいようなベッドの高さや，器具の配置や設備などに注意がはらわれる必要があります。これらは動作上の使いやすさや便利さばかりでなく，すでに述べたように心理にも強く影響をしていきます。

一般に操作のしにくい物に囲まれていると，環境全体があたかも敵対しているかのように感じられるからです。

5．人間学的看護の原点

私たちは「単なるADL」ととらえがちですが，その構造はすべての人間の行為に通ずるもので，従ってそれへの洞察は，疾病から生活者としての患者への接近を意味することになることはお分かり頂けたと思います。

ADLの構造を別のことばで表現すれば，「身体」「精神」「社会」という人間の存在様式そのもので，結局は人をそのようなものとしてトータルに見ていくことに他なりません。

さらにいえば，こうした人間把握こそが人の生活を正面に据え，QOL（生活の質）へと私たちの活動を導いていくものと考えます。

この総会の基調講演で宮崎会長が述べられた，「ものの見方，考え方」の原点を探り，そこから看護実践を構築することが何よりも大切かと思います。またすでに述べたADLの観点は，従来の医学にはなかった独自性を生むものとして，看護の主体性と患者さんたちの生活とを結びつけるものと考えます。