

ケアを拡げる看護診断

— その視点とデータ処理の方法を中心に —

Nursing Diagnosis as a Power for Quality Care

広島大学医学部保健学科
野島良子

I. はじめに

看護者が看護実践をすすめる際に、もしもその目標点や、目標点に到達する経路ならびに方法が漠然とした曖昧さのなかにおかれていたならば、個々の看護者は看護の本質をどのように実現してゆくことができるだろう？クライアントは看護者たちに何を期待できると考えるだろうか？今日、看護実務者間で看護診療に対する関心が大きくなっているような高まりを見せている。これを一種のブームとみなして、この関心は早晩消え去るであろうと予想している看護関係者がなきにしもあらずだが、看護実務者たちが看護診断に示している並々ならぬ関心は、看護実務者たち自身が21世紀の実像を高年齢化社会として視野に収めるなかで、看護の働きを期待する社会的要請を認識し、自覚的かつ自律的に変革へと向かおうとする動きの兆しと見る方が正鵠を射ている。1991年に日本看護診断研究会が設立された際、設立準備にたづさわった関係者大方の予想に反して、参加申し込み者は1,500人をはるかに超えたが、その大半は実務に従事している看護婦たちであった。国民の健康生活をめぐる諸問題に病院や施設に於いてだけでなく、地域や家庭に於いて医療、保健、福祉関連職種の中で最も幅の広い役割を果たさなければならない立場にあるのは看護者であることを看護者自身が痛切に自覚しはじめたとき、彼女らが看護者であるから介入できる健康上の問題は何であるか、その問題はどうかすれば同定できるか、その問題を看護の消費者に説明する際にどのような言葉を用いれば相手に内容を正確に伝え、同意を得ることができるかと、真剣に模索し始めたとしても不思議ではない。そうした模索の中で現に実務についている看護者たちが探り当てたのが看護診断であるとみることはできまいか。

米国では、Peplauが看護のアイデンティティクライシスと呼んだ¹⁾職能上の深刻な自省の時期を経験する中から、その後、専門職業としての看護が依拠できる看護理論の構築が促されていった経緯がある²⁾。この歴史的経緯は看護診断を取り込んで我がものとするわが国の看護実務者たちの現在の姿を理解するうえで示唆に富んでいる。

しかしわが国の看護実務者たちのこうした動きは、昨今、突然表面化してきたのではなく、その種子は看護研究者たちの先見的な努力の中で蒔かれ育成されてきていることを見落してはならない。1978年、徳島大学教育学部の福井らは看護学を看護診断学と看護治療学から構成される一つの知識体系と位置づけ、看護診断を「患者を一人の人格としてその健康状態を概念として認識する過程」³⁾と規定し、次のように述べている。

眼前の患者を一人の人格として注視する時点で、「得られた情報の一つ一つを分析し、抽象し、取捨して今まさに総合され、概念としてその患者の健康状態(心理・社会をも含めて)を把握し認識しようとしている。この思考のプロセスがあってはじめて個々の患者の情報の変化に対応していけるのだと考える。」⁴⁾

当時は、しかしながら看護者であるから解決できる健康上の問題を同定するには、データを収集・分析・総合して、それらが示している意味を判断するという認識過程を経なければならないという、いわゆる科学的な問題解決方法としての看護過程という概念さえ未だ十分には理解されていなかったためか、福井らの提唱は看護実務者はおろか、看護研究者たちからもほとんど注目されなかった。けれどもその理念は基層低音として関係者の心底で密かに鳴りつづけ、その後、関連文献の翻訳紹介^{注1-3)}、本学会地方会の活動^{注4)}、さ

らに本学会第16回総会シンポジウムの主題⁵⁾として発展的に再登場してきている。

このような経緯を踏まえつつ、本稿では看護実務者たちが現在最も大きな困難を覚えていると思われる正確な看護診断の立て方に照準を合わせて、診断を立てる際の視点とデータ処理の方法について論じる。

II. 看護診断の基本要件—正確であること

1. 診断事例

看護診断の働きは看護介入の焦点を同定することによって介入の方向を明確に指示するところにある。それゆえ看護診断に求められる最重要の基本要件は診断の正確さに求められる。看護診断を下すということはクライアントの健康に関連する諸現象のなかで、看護ケアを必要としている問題の焦点を“それ”，あるいは“これ”と限定的に同定することである。ここには“何かそのようなモノ”とか，“何かこれに似たようなコト”といった曖昧さが入り込む余地はない。現象の具体的で個別的な把握とそれへの命名だけがある。

しかし実際に報告された診断事例を検討してみると、現状では明らかに誤診断と言わざるを得ないような見当違いな診断が少なからずある。次に引用する診断事例⁶⁾もその一例であるが、この診断事例では老人性うつ病という病名のついた70歳の女性患者の全体像に関するデータは、患者の概要、健康認識・健康管理、栄養・代謝、排泄、セルフケア能力を含めた活動・運動、酸素・循環、睡眠・休息、認知・知覚、自己概念、役割・関係、コーピング・ストレス耐性、性・生殖、価値・信念の各カテゴリー別に収集・整理され、さらに身体診査に関するデータが加えられている。これらのデータを要約すると次のような患者像が描画できる。

1) 患者は中規模の水道工事会社で秘書として定年まで働いていた、独り暮らしの70歳の女性である。

2) 病名は老人性うつ病。彼女には3人の子供達があり、近郊に住んでいる。彼らからは電話コールや休日の訪問がある。

3) 食事に対する興味の喪失と胃腸障害がある。1日2食。主食は米飯。副食はほとんど作らずスーパーで買い求めている。

4) 数カ月前から頑固な便秘がある。緩下剤によるのみ排便できる。

5) 1日の大部分をぼんやりテレビを観て過ごし、

入浴、身繕い、家事、買物、料理を怠りがちである。

6) 睡眠が中断し、熟眠感がなく、絶望的な気分で目覚める。

7) もっとも親しかった友人が昨年死亡。1年前の夫の死が喪失感をもたらしている。

8) 今までの生涯は比較的平穩。夫が死亡してからストレス状況にうまく対応できなくなった。悲観的、絶望的で死んでしまいたいという気持ちがずっと続いている。

9) 身体診査の項から：「話し方は非常にゆっくり、小声、言葉すくなく反応、思考の進み方はいくらか途絶、筋は通っている。」

10) 思考過程は「絶望感、無縁感が持続。」「自殺企図は否定するが死にたい気持ちはしばしば起こるといふ。」「(「」内は原文のママ)

これらのデータはダイアグラムで整理されたうえで、

1) 自分自身に向けられた暴力(自殺)の危険性、2) 自己尊重の低下、3) 社会的相互関係の障害、という3つの看護診断名が導きだされている。これらに対する看護ケア計画は、期待される結果が各々次のように設定されている。診断1)に対して、「入院中自殺企図をしない。」診断2)に対して、「自分自身の価値を評価する。」診断3)に対して、「他者と交流し、活動に参加する。」

2. 修正後の診断事例

この診断事例の記述それ自体にはもとより優れた点が多々ある。なかでも収集された患者に関するデータがGordonの提唱する11の機能的健康パターン⁶⁾に従って整理されているので、福井らの言う患者を一人の人格として注視する眼差しが、看護独自のそれであることを鮮明に浮きださせることに成功していることを評価しなければなるまい。しかし、ここで引き出されている診断名のそのものは患者が直面している問題の本質を正確に捉えたものはい言難い。ここからはむしろ、これらは認知された看護診断名であろうか？これらは真にこの70歳の女性が直面している健康上の問題を解決に導く看護診断名であろうか？という疑問が生じてくる。そこで患者のデータを読みなおし、Gordonの看護診断マニュアルに従って分析しなおしてみた。その結果次の10診断名が上がってきた。

1 役割遂行における混乱。

2 社会的孤立；(活動性の障害)に関連した。

- # 3 自尊心の障害。
- # 4 非効果的コーピング（個人の）；（状況的な危機）に関連した。
- # 5 無力（人間関係の相互作用）；失望のライフスタイル）に関連した。
- # 6 反応性抑鬱状態（状況的）；無力の知覚）に関連した。
- # 7 総体的なセルフケアの不足。
- # 8 睡眠パターンの障害；（個人的なストレスと、環境または習慣の変化）に関連した。
- # 9 腸性便秘；（食餌量が不足と、運動の不足または寡動と、精神的障害；ストレス）に関連した。
- # 10 潜在的な暴力（自殺）。

これらの診断名相互の関連を整理してみると、この70歳の女性の看護ニード発生過程⁷⁾は次のように推論できる。すなわち、定年退職、子供達の自立、夫の死と友人の死等が役割遂行における混乱と社会的孤立をもたらした際、これらに対して自尊心の障害と非効果的なコーピングの2要因が加わることによって無力、あるいは強度の無力感が生じた結果、反応性抑鬱状態（状況的）に陥ったのではないかと推察される。

これに対して総体的なセルフケアの不足、睡眠パターンの障害、腸性便秘、潜在的な暴力（自殺）等は一見看護独自の診断名、あるいは看護が独自に介入し得る健康上の問題であるように見えるが、実は老人性の鬱病の症状として発現してくるような症状である。つまり、これらはこの70歳の女性の現在像⁸⁾にかかわる診断名であるといえる。

同一の患者に下されたこれら2つの看護診断例を対比してみると、両者の間には焦点のずれが明白に存在することがわかる。上に引用した診断例では、診断1)「自分自身に向けられた暴力（自殺）危険性」に対して「入院中自殺企図をしない。」というところで看護の目標が設定されているが、現在の健康上の問題である抑鬱状態が何故生じてきたのかということの説明することなく、自殺企図の防止にのみケアの焦点が置かれると、その看護ケアは必然的に監視に力点が置かれたものになりかねない⁹⁾。この女性の場合には効果的なコーピングパターンを身につけ、自分が置かれている状況というもの、つまり無力感から脱することがで

きるようなその状況の解決を役割遂行—なんらかの形でもとももっていた役割を遂行する—のパターンを取り戻し、それによって社会的孤立から脱していく、と同時に結果的に自尊心をとりもどしていくという図式に基づいて看護ケアの計画がたてられるべきではないか。

Ⅲ. 看護診断の本質

1. 看護診断の諸定義

診断の誤りは何故生じるのか？その理由を看護診断の本質に内在する判断作用の中に求めてみる。看護診断とは何か？それはどのように定義されているか？Gordonは看護診断の定義を3つの観点、すなわち概念上の定義、構造上の定義、文脈上の定義において整理したうえで、「診断というのは個々の様々な結果と治療がそこから決定されてくることの認識上の“中継基地”にすぎない。」と述べている¹⁰⁾が、ここでは誤診を仮に、診断するという看護者の認識の範疇で生じる現象の捉え違い、と規定しておいたうえで、看護診断の諸定義を検討してみる。

Komorita, N. I. (1963) の定義

「看護診断とは、科学的知識に基づいてなされる鑑別的な判断である。そして患者の問題や諸ニードを体系的にアセスメントして看護を提供する過程である。」¹¹⁾

Henderson, B. (1978) の定義

「現実が存在する、または潜在する健康上の問題を、さまざまなデータで裏づけて記述したものである。ここで記述される問題というのは、その原因、または関連する状態や状況が看護介入によって効果的に処理されるものを指す。」¹²⁾

福井公明ら (1978) の定義

「患者を一人の人格としてその健康状態を概念として認識する過程。」¹³⁾

野島良子 (1984年) の定義

「看護実践活動の対象となった諸個人、あるいは集団の、充たされるべきニード（必要）について、科学的根拠に基づいてくださった判断である。」¹⁴⁾

Wooley, N. (1990) の定義

「看護診断とは健康に関連した諸因子を組織的にアセスメントし確認するという、論理的推論作用を通して到達した問題を、計画的にのべたもの。」¹⁵⁾

Gordon, M. (1990) の定義

「観察された看護現象を解釈するための概念モデル。臨床判断の中で用いられる診断カテゴリーは観察内容について解釈したり、考える際に展望や方法を与える。」¹⁶⁾

Taylor, S. G. (1991) の定義

「看護者が情報を得て、それに基づいて実在している状況について判断をくだす調査的過程である。それは調査的推理過程の結果であり、言語の体系である。」¹⁷⁾

2. 判断とは何か

上記の諸定義に共通するのは、看護診断を看護者が働かせる判断作用とみなす立場である。同時に、その判断は科学的知識に基づいており、合理的なデータの裏づけがあり、対象となるクライアントには健康上の問題と、それを解決する必要とが存在しているとみている。判断という概念は一般に看護判断、あるいは臨床判断という用語によって看護実践者に親しまれてきている。しかしその真の意味は何であろうか。平凡社の哲学事典によってみると、

「一般には、何事かを真であると思うことを判断という。それは命題をさし示し、かつそれが言語表現をとると文になる。したがって判断は、文を形成する思惟の面にほかならないといえる。」

そして判断力とは、

「一般にものを正当に認識、評価する思惟能力をいう。」¹⁸⁾

ところで、哲学者 Kant は判断を2つの認識能力、すなわち悟性と理性をつなぐ中間項としておき、「判断力一般は、特殊を普遍のもとに含まれているものとして考える能力である。¹⁹⁾と規定している。そして、「もし普遍(規則, 原理, 法則)が与えられていれば、判断力は特殊をこの普遍のもとに包摂する」¹⁹⁾場合のそれを規定的判断力と呼び、これに対して「特殊だけが与えられていて、判断力がこの特殊に対して普遍を見出す」¹⁹⁾場合、これを反省的判断力と呼んでいる。

3. 看護における判断

看護者の判断力は、1) その現象を観る観察力、2) その問題に関連した臨床的知識、3) その問題に関連した科学的知識、4) その問題に関連した経験、5) その人(クライアント)にたいする人間的関心、の5要素が互いに緊密に関連しあって成り立っている(図

1)。そして看護者が判断するということは対象となる現象について一ところで Kant が特殊を普遍のもとに従属させる際の自然の形式は極めて多様である、と述べている意味において、看護者の判断の対象となる現象は極めて多様な形式をもっている—1) その問題の本質は何か、2) その範囲はどこに及ぶか、について判断し、同定することを意味している。その結果は診断名によって表わされる。

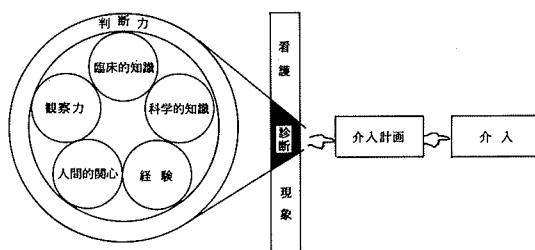


図1 診断と判断の関係

4. 看護診断名とは何か

看護診断名というのは看護者がその判断力によって同定したクライアントの健康上の問題の本質と、その問題の範囲を命題として記述したものと見える。従って看護診断名は本来、ある事柄が主語—述語の関係において、

Pは、Qである。

と記述される場合の述語部分に相当するといえる。すなわち、

X氏が今直面している健康上の問題(P)は、()に関連した(Q)である。

あるいは、

X氏に今現われている健康上の問題(P)は、()に関連した(Q)である。

と記述できる。この主題—述語の関係において述語(Q)部分に相当するのが看護診断名である。

5. 診断名をつける(ラベルを貼る)ことの意味

ある人の健康上の問題に診断名をつけるということは、主語—述語の関係においてその人の健康上の問題を記述する際に、述語部分(Q)を特定の診断名で限定するということである。これを判断力についての Kant の説明に倣って言えば、特殊を普遍のもとに包摂し得るか否かを判定することによって、その人の健

康上の問題を正しく説明し、評価しようとするのである。換言すれば、看護診断名をつける（ラベルを貼る）ということは、特殊、すなわちその人に現われている健康上の問題は、承認されたその診断名のもとに把握されている普遍の中に包摂されていると考えることによって、その人の健康上の問題の本質を正しく説明しようとするにはかならない。そしてここで看護者が働かせる判断力は反省的判断力であるといえる。

ところで、承認された診断名が包摂すると思われる普遍性はどのようにして与えられるか？考えられる一つの道は科学的研究である。科学的研究によって整理体系化された健康に関する諸現象についての法則一般が、もし普遍と呼んで差しつかえのないものであるならば、個々の看護者がたんに命名するよりも、それらに公式に与えられた看護診断名（ラベル）を用いて判断結果を記述するのが妥当な道であろう。

IV. 誤診断の原因

1. 誤診断の意味

誤診断の意味について考えてみるために、〈正確な〉診断の意味について考えておく。看護診断の対象となる現象は、その健康上の問題とそれに対するその人の反応である。従って多様な因子がこの現象に関与しているばかりではなく価値観も関与している。それ故正確な診断と呼ぶよりも、妥当な診断と呼ぶ方が適切かもしれない。

妥当な診断はその人が直面している健康上の問題が何であるかを言い当てているばかりでなく、その解決につながる看護ケアの方法が自ずから含意されている用語で表現されている。つまり次のような3つの条件を充しもっているといえる。

- 1) 現象の本質を正しく言い当てている。
- 2) その人が自覚している問題との間にずれがない。
- 3) 問題解決行動への指針を内包している。

2. 誤診断の原因

誤診断は、1) 判断の誤り、2) データの量と質、3) 科学の水準、が原因となって生じてくる(図2)。これらの原因は看護者自身に起因するものと、看護者の外にあるものに分けることができる。

1) 判断の誤り

看護者の判断力を構成する5つの要素はそのいずれが欠けても、不足しても、妥当な判断を損なう。専門

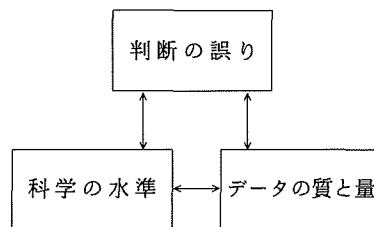


図2 誤診の原因

家としての経験の多寡とクライアントにたいする看護者の人間的関心がデータを収集する段階で看護者の判断を左右する²⁰⁻²¹⁾。なぜならば看護者の判断は収集するデータの取捨選択の段階ですでに働いているからである。さらに十分に自覚しておかなければならない大切なことは、判断主体は言うまでもなく看護者であり、診断結果は、看護者によって選択的に注目され、解釈された現象であるということである。熟練した看護者はたいていの場合、診断名として確定されるかもしれない診断仮説を、必要なデータを全て収集し終えた時点ではなく、データ収集が開始されたその時点で既にたてているのである。

2) データの量と質

診断には主観的データと客観的データが共に用いられるが、それらのなかには既に顕在化しているものもあれば、未だ顕在化せず、隠されているデータもある。隠されているデータの中には時間の経過とともにやがて顕在化してくるにはちがいないが、さしあたって現段階では未だ、それと観察できるほどには顕在化していない、いわば自然的に隠れているデータと、反対にクライアントの何らかの都合によって意図的、人為的に隠されているデータとがある。どのようなデータが、どれだけ得られるかという問題は、看護者の判断力を構成する5つの要素と緊密な関係にある。データの絶対量の不足はいうまでもないが、顕在化しているデータのみによって診断をくだそうとすると、往々にして誤診に導かれることは、初心者の場合をみれば分かる。さらに、或ひとつのデータは以下に述べる睡眠の例で見るように、既にその中に複合する要素を包こんでいる可能性がある。

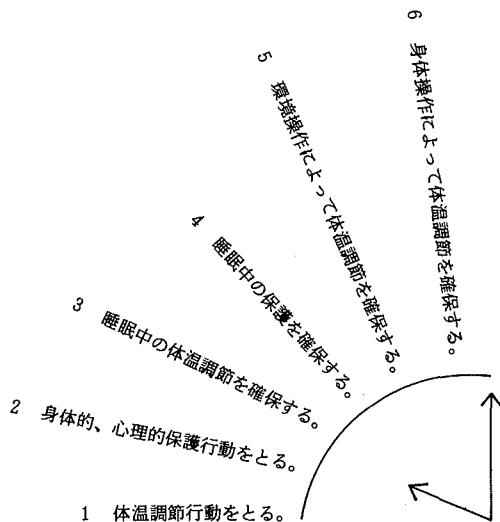
3) 科学の水準

個々の看護者の能力や経験の及ばないところで判断を狂わせる要素がある。科学の水準である。この例を、

「眠れない」と訴える患者の場合で考えてみる。

Gordonの「改訂看護診断マニュアル」でみると123診断カテゴリーのうちで、〈睡眠-休息パターン〉に含まれるカテゴリーは、「睡眠パターンの障害」のみである。その定義は、「睡眠時間が中断されることで、不快感、あるいは望ましい生活活動の障害を引き起こすこと」²²⁾となっている。原因または関連因子に関しては僅かに、身体的不快感、個人的ストレス、家族のストレス、の3つが挙げられている。

従来、睡眠に関する看護研究者の接近は睡眠のメカニズムについての大脳生理学的研究や不眠の病態生理等からなされるのが一般的であったが、最近目にしたものに、「眠りに影響する要因としての外部環境と内部環境」²³⁾という視点からの研究がある。この研究者らは眠りを不眠のレベルにおいて捉えるのではなく、自然な眠りへの援助という看護本来の役割に立脚したうえで、睡眠を生体の自然なリズムのレベルで捉えようとしている。このような研究の成果が、例えば、人は眠りにつくのに先だってどのような睡眠準備行動をとるかという研究²⁴⁾(図3)の成果と重ね合わされた場合、睡眠パターンの障害についての看護診断は、そ



(Davis-Shartsの研究に基づいて野島が構成)

図3 睡眠準備行動

-DAVIS-SHARTSの研究から-

の原因または関連因子の中に上記の3因子に加えて環境因子や行動因子が掲げられてくるのに違いない。その結果、看護診断は「眠れない」と訴える人の問題の本態をより正確に捉えたものになり、その結果よりきめ細かな看護介入ができるようになってくるだろう。

V. 妥当な看護診断をつけるための諸条件

1. 看護者の必要条件

- 1) 看護の機能を熟知している。
- 2) その健康上の問題の原因を生理学的/病理学的に十分に理解している。
- 3) その健康上の問題の解決法の原則を十分に理解している。
- 4) その健康上の問題に対するその患者の反応を熟知している。

これらの諸条件を実際の例でデータ分析の枠組み(図4-1)に当てはめて、看護診断をするための必要知識の範疇とその適用過程を考えてみると次のようになる。

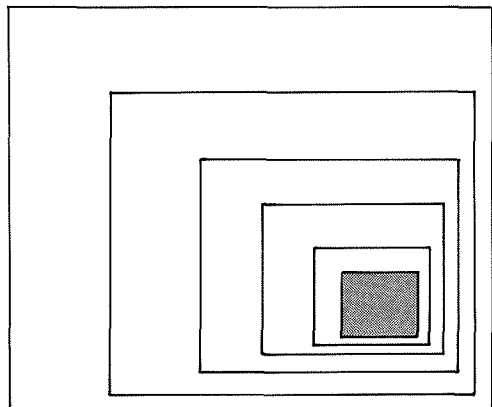


図4-1 データ分析の枠組み

例1; 「眠れない」と訴えている患者の場合(図4-2)。

最外枠→看護理論(例えばヘンダーソンのニード理論);

患者の休息と睡眠を助けることは看護の役割であることを熟知している。

外 枠→生理学と体内時計;

生体のリズムと体内時計について知っている。

ケアを拡げる看護診断その視点とデータ処理の方法を中心に

- 中 枠→大脳生理学；
睡眠の原因を知っている。
- 内 枠→看護行動学；
睡眠準備行動について知っている。
- 最内枠→臨床医学；
その疾病と治療法について知っている。
- 核心部→看護過程；
アセスメントできる。
- 看護診断→正確，妥当な看護診断名をつける。

- (1) 生活と休息へは？
- (2) 生命，機能，安全へは？
- (3) 食物摂取へは？
- (4) 排泄へは？
- (5) 孤独と社会的相互作用へは？
- (6) 自己概念へは？

看護診断→正確，妥当な看護診断名をつける。

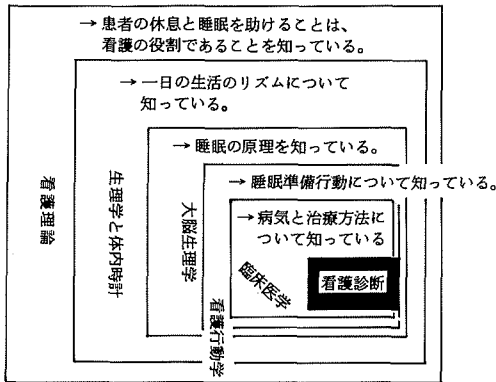


図4-2 看護診断のための必要知識の範疇とその適用過程

－「眠れない」と訴えている患者の場合－

例2；パーキンソン病を患っている人の場合（図4-3）。

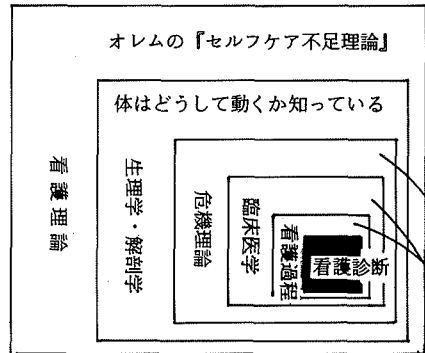
最外枠→看護理論；（例えばオレムのセルフケア不足理論）

外 枠→生理学／解剖学；
身体はどのようにして動くかについて知っている。

中 枠→危機理論；
人は発病という危機に直面したらどのように振舞うか知っている。

内 枠→臨床医学；
パーキンソン病の症状，治療法，予後について知っている。

核心部→看護過程；
アセスメントできる：パーキンソン病は普遍的セルフケアにどのような影響（不足）をもたらしているか？



人間は危機に直面したらどのように振舞うか知っている
パーキンソン氏病の症状・治療法・予後について知っている

パーキンソン氏病は普遍的セルフケアにどのような影響（不足）をもたらしているか？

（伊藤好美，近田敬子両氏の論文（*）に基づいて，野島が構成）

パーキンソン病のアセスメントと看護計画，
臨床看護，16(13)：1900-1903，1990

図4-3 看護診断のための必要知識の範疇とその適用過程

－パーキンソン病の場合－

2. 正確，妥当な看護診断をつけるための条件

正確な看護診断をつけるための基本条件はデータの処理方法に関連している。

1) 良質のデータを収集する。

良質のデータとはより複合的な手がかりを内包している単純なデータのことである。収集されたデータ数の多寡は必ずしも正確，妥当な看護診断の前提条件にはならない。看護者の判断は早くも情報を収集する段階で働くことについては先にふれたが，学生や新人が情報を手辺り次第収集しようとするのに対して，熟練した看護者は目の前の現象にのみ短絡的に結びついて

いと判断されたデータは、その時点で捨象してしまうからである²⁰⁾。良質のデータはクライアントとのよい人間関係の中から得られる。

2) データを上手に整理する。

データを上手に整理するためには、次に述べる3つの方法を順次辿りながら整理するとよいであろう。まず、

①パターン別に整理する；一見雑然と現われているように見えるデータは、Gordonの機能的健康パターンや、Unitary personモデルの9つのパターンのような、一定の根拠に基づいて構成されているパターンに振り分けて整理していくうちに、クライアントの全体像を感知させる、あるぼんやりとした輪郭が浮かび上がってくる。

②クライアントの生活歴にそって整理する；パターン別に整理されたデータはすべてがクライアントの現在の状態を示しているとは限らない。生活歴に沿って整理することによって、後に診断名間相互の関係をみる際に、極めて有効な手がかりを得ることができる。

③看護関係の生成過程²¹⁾に沿って整理する(図5)；クライアントの基本像に関連しているデータ、看護ニード発生過程に関連しているデータ、現在像に関連しているデータ、修復・復帰過程に関連しているデータを鑑別して整理することで、一つのデータと他のデータとの関連が見分けられてくる。

3) データが暗示している意味を適切に読み込むために、関連する知識を豊富にもつ。

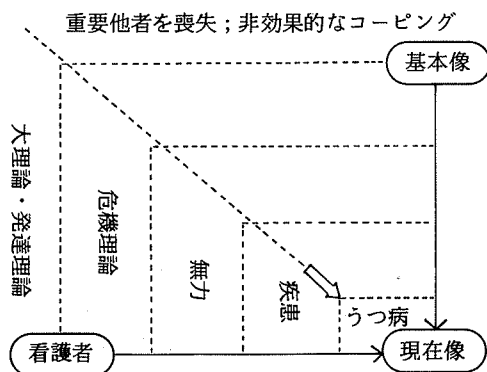


図5 看護関係の生成過程とデータ整理の順序
— 診断事例の場合 —

4) 診断名と原因/関連因子、徴候/症候とを混合しない。

5) 診断名間の相関関係を相関図に描いてはっきりさせる；この作業はとりわけ看護介入計画を立てる際に重要になってくる。

VI. おわりに

高齢化社会がもたらしたのは高齢者の介護を誰が、何処でするかという問題だけではない。健康という概念にたいする国民の意識構造そのものが変革してきている。高齢化社会に生きる人々は健康を疾病や傷害の有無によってではなく、Nightingaleが述べているように、自分がもてる力を十分に発揮できるかどうかによって量り始めている。看護ケアが提供される場が病院であろうと、家庭であろうと、提供する看護ケアの焦点を科学的な裏づけのある明確な言葉、すなわち看護診断名で記述することによって、そこに内包されている看護ケアの意味が客観性を帯び、伝達可能なものになり得てくる。他方、看護ケアの焦点を看護診断名によって記述するという事は看護ケアを提供することに伴う責任をひきうけることを宣言することでもある。この点を認識することなしに、専門職としての看護を標榜しても、それは片手落ちである。

注1) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 看護診断マニュアル, へるす出版, 1983年。

注2) Gordon, M. 野島良子, 草刈淳子他訳, 看護診断—その過程と実践への応用, 医歯薬出版, 1988年。

注3) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 改訂看護診断マニュアル, へるす出版, 1983年。

注4) 日本看護研究学会近畿・四国地方会主催, 第2回ニュー看護学・京都セミナー“看護診断を診断しよう”, 1989年。

注5) 第16回日本看護研究学会総会シンポジウム“「看護診断」とそれが看護に与える影響”, 1990年。

文 献

1) Peplau, H. E., The Changing View of Nursing, Int. Nurs. Rev. 24(2): 43-45, 1977.

2) 野島良子, 看護論, へるす出版, 1984年, pp.

- 17-30.
- 3) 福井公明他, 看護診断とその文献的考察, 看護技術, 24(10): 90-107, 1978. p. 102.
 - 4) 福井公明他, 同上, p. 102.
 - 5) 引野裕子, 老人性うつ病患者の看護, 臨床看護, 18(11): 1635-1641, 1992.
 - 6) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 改訂看護診断マニュアル, へるす出版, 1993年.
 - 7) 野島良子, 看護論, へるす出版, 1984年, p. 141.
 - 8) 野島良子, 同上, p. 141.
 - 9) 引野裕子, 前出, p. 1639.
 - 10) Gordon, M. The Concept of Nursing Diagnosis, Nursing Clinic of North America, 14(3): 487-496, 1979, p. 491.
 - 11) Komorita, N. I., Nursing Diagnosis, what is a nursing diagnosis? How is it arrived at? What does it accomplish?, Amer J Nur, 63(12): 83-86, 1963, p. 84.
 - 12) Henderson, B., Nursing Diagnosis ; Theory and Practice, ANS, 1(1): 75-83, 1978, pp. 78-79.
 - 13) 福井公明他, 前出, p. 102.
 - 14) 野島良子, 前出, p. 161.
 - 15) Wooley, N., Nursing Diagnosis : exploring the factors which may influence the reasoning process, J Adv Nur, 15 : 110-117, 1990, p. 110.
 - 16) Gordon, M. Toward Theory-Based Diagnostic Categories, Nursing Diagnosis, 1(1): 5-11, 1990.
 - 17) Taylor, S. G., The Structure of Nursing Diagnosis from Orem's Theory, Nur Sci Q, 4(1): 24-32, 1991, pp. 25-26.
 - 18) 林 達夫他監修, 哲学事典, 平凡社, 昭和46年, p. 1127.
 - 19) Kant, I., Kritik der Urteilskraft, 篠田英雄訳, 判断力批判(上); 岩波文庫, 1964年, p. 36.
 - 20) Lanz, E. R. and others, Clinical Specialty Preparation and Nurses' Interpretation of Client Situations, Wes J Nur Res 8(4): 431-444, 1986.
 - 21) Radwin, L. E., Research on Diagnostic Reasoning in Nursing, Nur Diag, 1(2): 70-77.
 - 22) Gordon, M. 草刈淳子他訳, 改訂看護診断マニュアル, へるす出版, 1993年, p. 204.
 - 23) 鈴木啓子, 中川幸子, 自然の入眠をうかがうための援助, 臨床看護, 19(8): 1359-1369, 1993.
 - 24) Davis-Sharts, J. An empirical test of Maslow's theory of need hierarchy using hologeistic comparison by statistical sampling, Adv Nurs Sci 9(1): 58-72, 1986.
 - 25) Westfall, U. E. and others, Activating Clinical Inferences : A Component of Diagnostic Reasoning in Nursing, Research in Nursing & Health, 9 : 269-277, 1986.