

看護診断、今求められるもの

藤内 美保 Miho Tonai, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002年1月31日投稿, 2002年3月15日受理

キーワード

看護診断、意義、共有化、専門職、社会的変化

Key words

nursing diagnosis, significance, sharing, professional, social change

1. はじめに

「看護診断」の概念が日本に紹介されたのは1970年代で、80年代には「看護診断」は全国で活発に導入されていった。「看護診断」がまだ珍しかった時代には、看護師が診断することに非難の声もあり、看護師のなかでさえも時期尚早であると言われていた。内外の厳しい目が向けられるなかで、看護師が専門職として認められるため、看護診断能力、看護実践力を向上すべく力が注がれ、「看護診断」が定着しはじめてきたことは周知の事実である。筆者の私論としては、「看護診断」が確立することは、看護師がプロフェッショナルであることの証であり、看護学を構築する1つのステップであると考えている。

しかし、ここ数年「看護診断」という言葉が話題にのぼることが少なくなったように感じる。それは、看護界で定着したため当然のこととして受け止められているからなのか、それとも指摘され続けていた看護診断用語の理解の困難さや、日本文化に馴染まない診断名の多さといった障壁から遠ざかっているからなのだろうか。大分県立看護科学大学の公開講座の受講者は、後者の意見をもつものは少なくなかった。以前は「看護診断」を導入していたが、現在は取り入れていないという施設もあった。

このような状況をふまえ、本報告では看護診断の意義について考え、看護診断を行うために求められることはなにかを検討する。

2. 「看護診断」の意義

(1) 歴史的、社会的背景から

歴史的・社会的な動きは看護界にも影響している

と思われる。戦後の看護師の地位は低く、医師の指示に従うといった医師の手足の時代があった。その後、急速な高度経済成長に伴って、看護とは何かを追求する時代へと変革し、ヘンダーソンの理論を検討したり、ロイの適応モデルやオレムのセルフケア理論などが紹介され、看護独自の役割を模索した。また、1970年代半ばにはオイルショックにより、一旦景気が低迷したがその後回復し、バブル期には看護も充実した時代を迎えた。この時期は、個人の個性を追求した看護が実践の場で展開されていったように思う。この1980年代に「看護診断」やPOS (Problem Oriented System) など個人を全人的にとらえ、健康障害について個性を重視するプロセスが定着していった。また教育においても看護大学が次々と開設された。しかし1992年のバブル崩壊後、経済成長率は下がる一方であり、老人医療費などの高騰に伴い医療費抑制策がとられるようになった。老人医療の1割負担の導入や在院日数の短縮が推進され、現在は医療制度改革も検討されている。これは、医療の「効率化」ということが優先されるようになった証である。当然、看護においても、経済効率が重要視される。クリティカルパスが活用され、個性への追求が次第に希薄化し、疾患別看護といった看護が標準化される方向へと進んでいることは否めない。今後、医療はIT化が一層推進されていくことは確実である。インターネットを活用すれば、用語の標準化、コード化は不可欠となる。「看護診断」として用語を標準化することは時代の変化からみても必然性は高い。用語を標準化するにあたり、用語の概念を看護師の中で共有していくことはいうまでもない。これまで曖昧に用いられてきた「用語」を

概念化し共有していく作業は、これからのIT化時代に対応していくために求められるものであろう。それは、看護を学問として築いていくためにも必要なプロセスと考える。

一方このような状況は、看護が標準化されるために患者の個別性を見失うといった問題も指摘されている。これまで、教育の場においても、臨床の場においても、看護が標準化されつつある今日だからこそ、対象の個別性を重視してきた看護の意味に立ち返り、これまで追求し続けてきた対象の個別性について検討することが必要である。標準化した看護診断と同時に、対象がなぜその健康障害を引き起こしているのかという個別性に焦点を当てケア計画に生かすことは非常に重要なことである。

(2)法的側面から

平成4年の医療法の改正で、医療法第1条2項に医療提供者の理念が新たに打ち出された。この条文において注目すべきことを2点指摘したい。1点目は、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき・・・(略)・・・」とあり、医療の担い手として医師と同等に看護婦が専門職として認められ、位置づけられたことである。以前の医療法では、「看護婦」という言葉がはじめに見出されるのは、第21条の病院の「法定人員と施設の基準等に関する条文」の中であった。看護婦は各科専門の診察室、手術室、処置室といった病院が有すべき施設と同じ条文のなかに述べられていた。つまり、平成4年の改正は、看護婦に対するこれまでの実践力の評価であり、さらに看護を充実させることが期待されていると考える。そのためには、看護婦が医療提供者としての理念をもち、看護診断を確立していくことが不可欠と考える。

2点目は、「・・・(略)・・・医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は単に治療のみならず疾病予防のための措置、およびリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」とある。これはまさに看護が個別性を大切に個人に応じたケアを実践してきた一連の過程である「看護診断 - プラン - 実践 - 評価」のプロセスそのものと言っても過言ではない。プロフェSSIONALとしての看護婦の判断力を問われる「アセスメントや看護診断」、この判断に基づいたプラン、実践、さらには評価を行うことにより、個人の健康レベルをより高

め、看護婦が果たすべき領域に責任をもつべきであると医療法は謳っているものと考えられる。

医療法と同年に制定された保健婦助産婦看護婦法(平成14年3月1日から保健婦助産婦看護婦法に改正)がある。そこでは看護婦の業務は「療養上の世話」と「診療の補助」を業とすると規定されている。法律はわれわれの身分や職務を保障する一方で、その範囲を超えることを許さない。この半世紀の間に看護婦はこの法律をどう解釈して「看護診断」を行うまでに至ったのであろうか。「療養上の世話」は看護婦が独自に判断できる領域である。「食事」「排泄」「移動」「活動」「睡眠・休養」といった生活の観点から、個人の生活過程のなかで健康を阻害しているものを判断し、健康回復や生活の質の向上へと導いた。この療養上の世話が、まさに「看護診断」の領域で、看護婦が専門職として独自に判断し実践していく範囲を確立したのである。一方、「診療の補助」は単に医師の指示を受けるといった指示待ちではなく、積極的に医師の指示に参画していった。心理的にも物理的にも時間的にも患者に最も接近している看護婦が、医師に患者の状況を的確かつタイムリーに情報提供することによって医師の判断を助け、さらに医師と共同で医学診断に基づいたケアをしてきた。カルペニートは医療上の問題を医師と共有し解決していくことを「共同問題」として位置付けている。

(3)看護教育の側面から

昭和31年の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則では、看護教育の総時間は530時間、その内訳は「解剖生理学」「細菌および消毒法」「個人衛生」など8科目と一般看護法(370時間)の科目が設定されていた。一般看護法は「内科疾患と看護法」「外科疾患と看護法」などで成り立っていた。この時代、看護は学問というより、むしろ「方法」であった。これが昭和42年のカリキュラム改正では「看護学」と位置付けられ、履修時間は2655時間と増加した。このカリキュラムは平成2年の改正まで維持されたが、まだ「疾患と看護」という域から抜け出してはいなかった。平成2年の改正で「慢性期にある対象の看護」「終末期にある対象の看護」など、はじめて人間という対象への看護が打ち出された。このようなカリキュラムの変遷のなかでもやはり「個人」を追求する看護が展開され、「看護学」確立に向けて看護教育が充実していることがわかる。

では、看護を学問として追求する看護系大学では

どのようなことが試みられているのであろうか。本学で行なった1つの試みとして、「食」に関することを取り挙げてみる。これまで「食」に関わる状況について、「看護診断」や「看護問題」を導くために情報を得る視点として、例えば、食欲、摂取動作や姿勢、味わう、咀嚼・嚥下、消化・吸収、栄養状態、食文化、嗜好、食物アレルギーなど、その有無や程度、状態について情報をキャッチし、食に関する何らかの健康問題がないかを判断してきた。例えば「嚥下」について、これまで嚥下障害の有無やその程度(水分を飲み込めるか、固形物は摂取できるかなど)を観察している段階にとどまっていたように思う。ここで「嚥下」のメカニズムについて考えてみる。嚥下障害として、舌の機能を含め口腔から咽頭までに障害がある場合を第1相の障害、咽頭から食道までを第2相の障害、食道から胃の噴門までの第3相の障害である。このいずれの障害かを見極めることが必要となる。「第1相」の障害では、食物を咽頭まで運ぶには、口腔内圧を高めることが絶対的な必要条件となる。口腔内圧を高めるためには、呼吸を一時的に停止し、舌根部を挙上させることができなければならない。つまり、嘴唇や顔面麻痺などで唇をしっかりと閉じることができなければ、食物を咽頭部、食道へと送ることが困難となる。また、頸部リンパ節の腫脹や口内炎など、口腔内圧を高めることによって苦痛が生じることがある。第1相の障害の有無があるかどうかは、舌の動き、下顎の動き、舌下神経、顔面神経、三叉神経、舌咽神経、呼吸を調節できるかなどにの観察に加えて、口内炎などの口腔内の観察、頸部リンパ節腫脹の有無など細かく観察できる能力が求められる。三叉神経の障害を調べるためには、額、頬、顎の感覚の左右差、咬筋の動きを確認し、舌咽神経の障害を調べるためには舌の後方の味覚や軟口蓋の動きを確認することも必要である。看護師は漠然と嚥下障害があるといったこれまでの判断から、さらに細かくそのメカニズムを意識して判断することが求められる。それが「食」という生活過程を整えるプロフェッショナルとしての責任と自覚というものであろう。

3. 「看護診断」への挑戦

診断するということは、専門職としてその責任を担うことである。患者に対して「看護診断」を行ない、それを看護記録に記述することは、判断し記述した看護師の責任となる。経験的直感的な診断は通用しない。「診断」した根拠(事実)を明確にすることは重

要である。また、もう一つの看護師個人の責任として、「看護診断」するにあたり、患者の情報の取り扱いについての責任がある。患者・家族のプライバシーに関する情報を得ようとするならば、情報を得たことに対して患者・家族に何らかの還元がなされるべきである。つまり、プライバシーに関わる情報を得ても、結局看護提供につながる情報については、患者の人権を守るという意味から検討すべきであろう。例えばデータベースなどで慣習的に一律にとっていた入院時の家族構成や職歴などの情報は、患者に対してどれだけ還元しているかといった視点で見直す必要がある。看護診断は患者の個人情報を引き出す段階から、看護師個人の責任を問うものである。

次に、頻回に用いられる「看護診断」については、看護師間でそれが妥当かどうか実践に照らしあわせて検討する必要がある。今、NANDAやカルペニート、ゴードンの看護診断などがあるが、まだまだ検証の余地があると言われている。例えば、よく用いられる「看護診断」のなかに「不安」がある。筆者は以前調査した研究から、臨床現場のなかで「不安」の看護診断には「不安の程度」についても診断する必要があると考えている(藤内, 2000)。「不安の程度」が軽度もしくは中程度であれば、不安に対処する学習能力はむしろ高まっており自己の力を利用した援助も可能である。一方、不安が強度もしくは重度であれば思考能力の低下、自己の統合性を崩壊する可能性もあり、強力なサポート体制と危険防止のケアなどが求められる。不安の程度を判断することは必然的に看護介入の方法が異なることはいうまでもない。このように臨床現場で実際に活用できるための看護診断や診断指標を検討することが必要と考える。看護師間で共有するプロセスが看護診断の確立には必須と考える。

次に、看護師と他職種との「看護診断」の共有について述べる。医師をはじめ薬剤師、理学療法士など看護診断を他職種に伝え彼らと協働することが必要である。わかりにくいと言われる「看護診断」の用語について、看護師のみが理解できても有用な道具にはならない。「看護診断」を確立するために看護師自身が用語について理解していくことと同時に、他職種にも伝え理解を得ていく必要がある。例えば、食物をうまく飲み込むことができずむせてしまう患者について、これまでの「看護問題」はさまざまに表現されている。「嚥下困難」「嚥下困難による苦痛」「誤嚥の可能性」「誤嚥予防の援助の必要性」「食事摂取時のむせ」など、状態を記述したり、起こりうる予測や援助の必

要性を記述するなど、その方法は個人の好みであったといえる。これらの現象は看護診断の定義に照合させれば「嚥下障害」という用語に統一され、患者のおかれている現象は共有される（日本看護診断学会，2001）。現象を概念化し共有することは看護を学問とするための重要な要素である。

最後に患者・家族との「看護診断」の共有については、特に情報開示に向け、看護診断はさらなる充実が求められる。看護診断に関わる記録の検討がされているが、情報開示に向けての看護記録の見直しという発想の前に、患者・家族へのインフォームド・コンセントを行うプロセスを重要視する必要がある。看護診断したことを患者・家族と共有していくプロセスを通し、その結果として看護記録の見直しが求められるのではないだろうか。そして看護介入の成果についても、看護師のみで評価するのではなく、患者および家族も取り込んで評価をすることで、患者自身が健康問題について確認できていくものと思われる。

以上のように、看護診断を今後さらに進展させていくためには、看護師間でのレベル、看護師と他職種間でのレベル、看護師と患者・家族間のレベルなど、それぞれのレベル看護診断を共有していくことが必要と考える。

参考文献

- 岩井郁子 . (2001). 看護記録第 5 版 . 東京: アイアンドアイコンサルティング .
- 日本看護診断学会 . (2001). NANDA 看護診断 . 定義と分類 2001-2002. 東京: 医学書院 .
- 藤内美保 . (2000). 不安の診断指標の検討: 不安の程度と因子分析から . 看護実践の科学 , 25(10), 68-72

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 看護アセスメント学研究室
藤内 美保
tonai@oita-nhs.ac.jp