

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

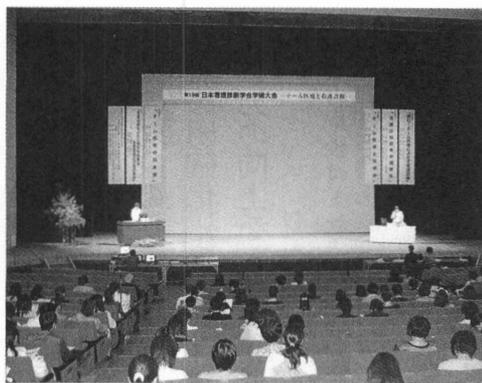
Best Nurse (2013.08) 24巻8号:5～10.

挑む!チーム医療に活かす看護診断

上田 順子

「チーム医療と看護診断」を テーマに旭川市で 第19回日本看護診断学会学術大会開く

本道初開催となる日本看護診断学会の第19回学術大会が6月22日、23日旭川市で開かれ、メインテーマ「チーム医療と看護診断」を多彩なプログラムで追究しました。大会長講演「挑む！チーム医療に活かす看護診断」、星槎大学副学長の細田満和子氏による教育講演「チーム医療とは何か 看護の可能性と看護診断の可能性」を中心に学術大会の模様を紹介します。



大会長講演

挑む！

チーム医療に活かす看護診断

旭川医科大学病院副院長兼看護部長

上田順子氏

看護上の問題を
看護独自で解決できる
ような表現を求めて

旭川といえば皆さんは何を思い浮かべるでしょうか。旭川ラーメン、旭山動物園などが有名ですが、私が30数年前に旭川に赴任した時に印象深かったのは、大雪山でした。その大雪山連峰に抱かれて旭川医科大学病院があります。病床数は602床、平均在院日数は現在14・4日、平均外来患者数は1日1600人、手術件数は年間7100件、分娩件数は年間289件。看護職員数は非常勤も含め708人、うち助産師は28人になっていきます。昨年度の退職率は全看護職員全体では9%、新卒看護職員は退職者がいませんでした。当院看護部が看護診断を導入してから20年が経過しました。この間、医療の現場は大変目まぐるしく変化しています。私は看護診断導入時にメンバーの1人でしたが、管理者になってからは看護職の確保と病院経営への参画など、目前の課題に追われるような形で時間が流れていきました。一方、ベッドサイドでは看護職らが看護ケアを実践しています。そして、様々な多職種の方々とチーム医療を推進しています。果たしてそこには、看護診断は定着しているのだろうか。あるいは看護の専門性は看護診断導入によって活かされているのだろうか。こういうことがいつも気になっていました。現場では多職種による協働が進めば進むほど、看護職は何をするのか、看護で解決できることは何かについて、チーム内で共通理解を要する場面がだんだん増えてき



上田大会長

ていました。その中で、「チーム医療に看護診断は活かされるのか」が、私に突き付けられ、問われてきた課題でした。

ヴァージニア・ヘンダーソンの「看護の基本となるもの」の中に、このような一節があります。

「…看護師は、『保健医療チーム』の承認された一員である。しかし、たとえどんなに『チーム医療』が発達し、チームの構成員がいかに多くの機能を共有しようとも、各人は自分特有の、あるいは独自の機能を持ちたいものである。チームの他のどの構成員よりも自分の方が適任である仕事がある。働く人各人が、自分が主となって活動できる分野をはっきりさせておきたいのは当然である」。

また、看護診断とは、「実在または潜在する健康問題、生命過程に対する個人や家族、そして地域社会の経験、反応についての臨床判断」です。まさに、看護師が責任を持って結果を出すための看護

介入の選択根拠になるものです。

当院は1976年に開院し、聖路加大学の日野原重明先生が参与であった関係もあると思うのですが、北海道で初めてPOSを導入しました。その後、コンピュータシステム導入に際して、私たちの中ではやはり「看護独自の言葉を持ちたい、看護上の問題を看護独自で解決できるような表現はないものか」と模索、1年間学習して1992年、看護診断の導入を決定しました。

看護の対象の捉え方や視点の明確化、アセスメント力の向上を実感

導入の意義は、一つは独自の活動を明確にできること、一つは看護で解決可能な問題を共通用語で表すことができること、この時はまだ「看護職間での共通用語」という認識でした。また、一つは看護データとして蓄積し質の向上に活用できること―を確認して取り組みました。特に力を入れたのはアセスメント能力の強化、思考プロセスの評価、看護診断と介入の評価などであり、各学会で発表してきました。

現在はどうでしょうか。看護の

対象の捉え方や看護の視点、アセスメント力の向上を図ってきたことを実感しています。ある看護師長は「どのような観点から患者さんにお話をしたら良いのか、患者さんの反応を理解することやアセスメントする力がスタッフに少しずつ付いてきている」「看護診断を導入した頃は、コピーングや皮膚統合性の障害など聞きなれない用語の解釈に戸惑いがあったが、今では一般的に使用されており、概念学習してきたことが役立っている」などの言葉が聞かれています。

医師からも当初は「記録に時間がかかっているのは看護診断を導入したからではないか」という意見もありましたが、今は「患者さんに対して看護師はどう看護診断し、介入していたのですか」など医療安全の会議の席で質問されるまでになりました。

その辺りを「確かな手応え」という程度にしか表現できないのは、その成果を検証し、院内外に発信してこなかった経緯があります。そこで今回の学術大会をチャンスと捉えて、今こそチーム医療に看護診断が有効であることを臨床の立場から発信する絶好の機会ではないかと考え、講演をこのよ

うなテーマにしました。

看護管理者が看護診断を理解する風土が根づく

それでは、この20年間の旭川医科大学病院の看護診断活用と定着への取り組みを、「挑み方」と称して振り返ります。まず、1つ目のポイントは、看護管理者が看護診断を理解するところから始めました。この考え方は今も続いています。ロザリнда・アルファロ・ルフィーヴァ先生の「基本から学ぶ看護過程と看護診断」を江本愛子先生が訳した書籍の抄読会を、師長研修として1年間でじっくり読み込むことから始めました。現在はさらにバージョンアップした本郷久美子先生の訳本が出ているので、初めて看護診断の導入を考えている方には非常に貴重な文献になると思います。

同時に「クリニカルナース1看護診断」(石川稔生他訳)を使って診断名概念学習を、各病棟で師長が中心になって1年間みっちり実施しました。「看護診断合宿」と称して、白金温泉で遊びを加えながら学んだこともありました。今では「看護診断研修会」の師長以上の受講率は初級94%、上

級68%となっており、看護管理者自らが看護診断を理解しようとする考え方が根づいているものと確信しています。

診断することが目的ではないこと、より良い看護を実践することが私たち臨床の看護職の使命です。看護管理者は患者さんに最良の看護を提供するためにマネジメントします。その看護ケアを評価するためには、看護診断を理解していなければ評価できないことを、これら抄読会を通して学んでいます。

「NANDA—1看護診断・定義と分類2012—2014」の中で私が日本と同じような状況なのだ実感した部分があります。

「管理者の役割を持つ看護師は、様々な欲求、規則、戦略に責任を負っている。過去20年の間に、人口動態には変化（高齢者の増加と同時に併存疾患の増加）がみられ、医療サービスには、発症時の一時的ケアから継続的で全般的なヘルスプロモーション／疾病予防へと戦略の変化が起こっている。…」

また、「人間の反応の複雑さの増大は、目の前の看護師不足と経済的実態とあいまって、優れたアセスメント、臨床判断、診断推論能力を持ち合わせた専門職種であ

る看護師を必要としている。…」

最終的に「管理者は、他の専門職に看護の役割を、なぜ臨床判断は他の医療分野と同じように看護実践にも重要なのか、どのように標準用語の使用が患者の安全性や職種内と職種間コミュニケーション、ケアの継続性を向上させるのか、率先して説明しなければならぬ」と謳っています。

この定義と分類では、「看護管理者行動のトリプルモデル」というものを紹介しています。私もまだ熟知はしていませんが、ここでは3つのモデル「看護診断の作業欲求モデル」「看護診断の発展的作業モデル」「勢力階層の政治的接合モデル」を提示しています。難しい表現にはなっていますが、

中身を読み進めていくと看護診断を使って働きたいという欲求を満たしていく試み、臨床の指導者を育成していく役割があると書いています。看護診断の発展的作業モデルとしては、看護管理者が看護診断の導入や発展の推進者になること、研修プログラム、事例検討会などの時間と場を確保すること、学内LANを活用した質問に回答する体制づくり、臨床能力やクリティカルシンキング能力、推論能力の発展に貢献することなど

が挙げられています。

勢力階層の政治的結合モデルは、看護部長にとっては上司である病院長、学長、あるいは診療科の医師やコメディカルの職員の方々も含めて、他の専門職に看護の役割や臨床判断の重要性について看護管理者が説明していく役割が示されています。

看護診断力アップ

チームを結成し出前カンファレンス等で浸透

2つ目のポイントは、教育予算を確保し、指導者を育成することです。導入当初は外部から講師を招いて講演やワークショップを進めていました。数年後からはある程度指導者が定着してきたので副看護師長を指導者として「看護診断検討会」を発足しました。その後10年くらいは当院独自の学習だけを進めましたが、看護診断改訂や学会の動向になかなか付いていけなくなりました。02年に看護部長が看護診断について「大学フォーラム」で講演する機会があり、他職種の理解が得られました。

03年から再び外部講師による研修や講演会を通して看護診断力の強化と指導者の育成に努めてい

ます。

看護管理者は、執行部に看護診断の概要と教育予算の必要性を説明し、予算を獲得する役割があります。

看護診断教育の経緯は、約10年間自分たちで勉強会を実施したのですが、一部の看護職員たちは先駆的に取り組んで成果はありましたが、看護職員全体までには成果が至らなかつた経緯がありました。そこで、昨年度から5人の指導者（副看護師長）による「看護診断力アップチーム」を結成し、現場のスタッフ全員に浸透するように、現場に向いて様々な指導を行う試みを始めています。5人の指導者は看護診断力アップコースのゼネラリスト育成コース、指導者養成コースを経てチームの一員になっています。

3つ目のポイントは、組織を挙げて取り組むことです。当院では色々な委員会が連携、協働しています。1年を通して教育委員会では看護診断に関する研修を実施しています。そして、それを受けて看護システムを普及・推進する患者看護支援システム委員会が、新たな看護診断名概念学習会を「イブニングセミナー」という名称で時間外に45分間、年数回開催

しています。2つの委員会の進捗状況を受けて記録委員会は、正しく患者さんに個別性がある看護を実践できているかどうかなど、記録マニュアルや看護計画協働ガイドラインに基づいて記録監査や成果の評価を行っています。

患者看護支援システム委員会では特に力を入れて来たアセスメントについて、理論的背景、面接の質問例、観察内容をコンパクトにまとめた手引きを作成し、ガイドとして改版を重ねて来ました。これを同委員会メンバーが00年「看護診断のためのアセスメントポケットガイド」として医学書院から出版しました。あくまでもコンピュータは道具であるという考えを基に、自分たちのアセスメント力をもっと付けていくために、このガイドブックはよく使われていました。

現在、看護診断研修会を毎年開催していますが、その中で初めて研修を受けた者たちから、様々なヒントになるような感想が寄せられています。「自分流の間違った活用をしていたことが分かった」「学生時代にもっと使っていたら、今もっともっと患者さんにフィッ

トできる形で展開できるの」というような声。それから、「面白さを感じた」「看護師としての独

自性をより意識して働こうと思う」など、非常に励みになるようなコメントが書かれています。

定着を図ってきた4つ目のポイントは、実践の場でサポートすることです。いくら、より良い看護診断をしたとしてもそれが実践につながっていなければ意味がありません。看護診断力アップチームによる「出前カンファレンス」を行って、事例カンファレンスの場でチームメンバーがファシリテーターの役割を担って、実際の患者さんに対してのケアについて検討しています。各病棟では教育担当者配置し、新人看護師を対象にアセスメントデータベースの取り方から看護計画立案までのプロセスをサポートする体制を敷いています。日常業務と兼務で実施している教育担当者をサポートする意味で、教育担当部門の専従の看護師が代わって出前指導する二重三重の体制をとっています。

電子カルテ化や

法人化に伴う

困難・課題に挑み克服

ここまででは、私たちが20年かけて看護診断定着に向けて取り組んできたポイントをお話ししまし

た。幾重にも教育体制を整えて、診断力を付けたり、実践力の強化に取り組んできた背景には、看護診断定着の困難と課題が潜んでいました。1つは、新卒看護師の70%が基礎教育で看護診断を学んでいないことです。そのため、分かりやすく教えるための教育力と多くの時間を必要とし、中堅看護師の負担が大きくなります。また、04年国立大学法人になって以降、数年間は離職率が上がり、各病棟で指導的な役割を担っていた人材が退職により減少しました。

困難と課題の3つ目は、法人化により病院経営が重視され、急速な平均在院日数の短縮化とか救急医療の強化等により看護業務量が増加しました。それに対応した業務改善がなかなか進んでいかなかったために、患者カンファレンスや事例検討会などに十分な場と時間を確保することができなくなるといふ事態が起こりました。

さらに4つ目として、04年に電子カルテ化され、看護職員の関心がそれに伴う看護システムの運用の方に向いてしまい、看護診断の概念学習や理論についての理解が深まらないままに運用されていったという事情があります。

これらを裏づけるようなデータ

を示します。今年の新卒看護師は66人、うち大学卒が60%、専門学校卒が40%となっています。看護診断の授業など経験の有無は、地域性もあると思いますが、授業を受けてきた者は30%、POSの授業を受けてきた者は50%、SOAPの看護記録は全員が経験してきていました。

昨年と比較すると、新卒入職者68人のうち70%は看護診断の授業を受けてきていました。POSの授業は60%、SOAPは同じ様に100%が実習で記録した経験がありました。この68人が新人看護職員研修ガイドラインの看護過程の34項目について到達度をまず自己評価。それに対して教育担当者や師長等が承認したものを他者評価としています。評価は「とても良い」「良い」「やや努力が必要」「努力が必要」の4段階です。

80%以上が「とても良い」「良い」の評価だった項目は、「わかりやすい言葉で目的・方法を説明し同意を得る」「気がかりなデータ、強みに着目し可能性のある診断を設定できる」「診断の裏づけとなる根拠のデータを収集できる」など14項目が挙がりました。

一方、「とても良い」「良い」の評価が60%以下だった項目は「集

めたデータの重なりから関連因子を特定できる」「看護上の問題を看護診断で表現できる」「優先順位を識別できる」「患者の成果、看護介入を話し合い患者さんとの協働立案ができる」です。私たちは60%を切っていることを悪い結果とは考えていません。やはり、新卒看護師が実践するには、まだまだ習得すべきことが多い段階にあり、これらの項目については2年目、3年目になってから習得していけば良い、それまでは先輩ナースがサポートすることになるだろうと思っています。

指導者の役割を担う人材が減少したことに関しては、国立大学法人化した後、退職率が15%くらいまで跳ね上がったことがありましたが、その後、少しずつ回復したのですが、熟練した指導的役割を担う人材層が少なくなりました。今、ワーク・ライフ・バランスや働きやすい職場づくりの取り組みで少し持ち直し、そうした人材層が広がってきています。

看護診断は看護の

専門性を他職種に

発信するには非常に有効

06年と11年の2回業務量調査を

実施した結果、平均在院日数の短縮や手術件数の増加などによって、カンファレンスの時間や自分たちの研修を行う時間が、記録する時間や連絡・報告に充てる時間に比べて、まだまだ時間が取れていないことが分かりました。これではやむなしとするのではなく、2人集まればカンファレンス、3人集まればディスカッションという具合に少人数であっても話し合う時間を意識的に設ける形ができてつあります。

04年に電子カルテ化した影響として、看護診断することが目的になり、患者カンファレンスの多くの時間が看護診断名の当てはめに費やされていたという過去がありました。看護診断の概念学習を十分にしないまま、考えずに電子カルテから診断名を選んでしまう状況が生まれたのです。つまり、理論と実践が乖離していました。そこで、10年からは「理論と実践」研修として事例検討に力を入れています。

もちろん、電子カルテ化は悪いことばかりではありません。共通の言語があると看護診断名の使用頻度調査ができます。04年、08年、12年を比較すると、「急性疼痛」は予測された診断名なので、

この使い方はもうやめまじょうと申し合わせ、04年の1位から12年はランクが下の方になっていきます。その他、重症者が多く入院していると転倒リスク、皮膚統合性障害リスク、身体損傷リスクなど危険因子を回避するための診断名がどうしても中心になってきています。

一方、12年の看護診断名使用頻度を1〜30位まで範囲を広げて見ると、知識獲得促進準備状態、非効果的自己健康管理、コーピング促進準備状態など患者さんの様々な健康状態、ヘルスプロモーション型の診断、自分の強みを生かして健康な生活を自らの力で獲得していこうとする患者さんをどう支援していくかという診断名が増えてきています。また、家族介護者役割緊張リスク状態のように日常生活の支援あるいは医療処置を継続するような在宅支援、そういう患者さんへの家族を含めた看護診断名が増えてくるようになってきました。

このようなくつかの困難はありますが、看護診断は患者さんへの視点が明確で、看護の専門性は何かを他職種に発信するには非常に有効なものであることを「確かな手応え」という範囲ではあります。

すが、実感しています。

看護職間の共通用語から 多職種間の共通語に なりうることを確信

そこで、「チーム医療だからこそ、看護診断を活かしましょう」とアピールして講演を締めくくりたいと思います。08年厚生労働省では「安心と希望の医療確保ビジョン」を出しました。そこでは、職種間の協働やチーム医療の充実、コミュニケーションを円滑にする役割は看護職にあること、また、在宅や医療機関で自ら適切に判断できる看護職の養成が求められることを提示しています。

また、10年には厚生労働省から「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書が出されました。ここでは、看護職はチーム医療のキーパーソンであることが謳われ、まさにチーム医療に看護診断を活かすための追い風になる提言が相次いでなされています。

チーム医療とは何かについて、私が捉えていることを述べます。様々な定義がありますが、私は02年に細田満和子先生が述べられた定義が一番気に入っています。す

なわち「異なる知識や情報を持つ者同士が、その知識と情報に基づいて自由にコミュニケーションし合う中で最適な医療を見つけていく営為である」。私はこの「営為」というところが好きです。単なるシステムや体制、枠組みではありません。あくまでも仕事そのもの、看護実践そのもの、医療そのものだということが謳われています。

チーム医療は、これからは施設内だけではなく施設を越えて地域や在宅でも使われていきます。その時に看護職の資格の有無とか、あるいは医療の専門職とか、そういうものを越えたチーム医療が必要になってくることを実感しています。細田先生の定義には、医療職や専門職という言葉がどこにもありません。ですから、私はこの定義が好きです。

チーム医療に看護診断を活用する意義は、この第19回学術大会が初めて掲げたわけではありません。1992年、まだ看護診断研究会の時代に中木高夫先生が教育講演で提言されています。その中の一節で「ナースが誤診しないで正しく看護診断できるようになり、診断用語が英語であれ日本語であれ、定着すれば医師にとって看護診断は、自分以外の専門職か

らの貴重な提言として取り扱われるようになる」と述べられています。92年にこうした発言があったことを今回改めて認識しました。

02年の看護診断学会では、シンポジウムの座長をされていた菊地登喜子先生と上鶴重美先生が「チーム医療における看護職の役割を反映する形で看護診断が位置づけられるよう、看護診断の意義を再確認する時期がきている」と締めくくられたのを記憶しています。看護職が看護の力で何をできるのかを、看護職以外のあらゆる職種の人たちに理解されるように、根拠が明確な看護診断を用いて共通認識し、チームで実践することでプログラムの相乗効果を生むことが期待されると思います。

人たちに理解されるように、根拠が明確な看護診断を用いて共通認識し、チームで実践することでプログラムの相乗効果を生むことが期待されると思います。

生涯を通してその人らしく過ごすことができるように支援することです。看護診断は、看護が責任を持って行う看護実践の根拠となるものです。そして、チーム医療は医療機関を越えて、施設を越えて在宅、地域へとより一層の広がりを見せています。これからは、基礎教育と臨床がより一層連携して社会の動きに着目しながら、揺るがぬ看護の心を持ち、看護診断を活かして看護の質の向上と独自の機能の拡大に向けて挑み続けたいと思っています。

看護とは、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象に健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、

生涯を通してその人らしく過ごすことができるように支援することです。看護診断は、看護が責任を持って行う看護実践の根拠となるものです。そして、チーム医療は医療機関を越えて、施設を越えて在宅、地域へとより一層の広がりを見せています。これからは、基礎教育と臨床がより一層連携して社会の動きに着目しながら、揺るがぬ看護の心を持ち、看護診断を活かして看護の質の向上と独自の機能の拡大に向けて挑み続けたいと思っています。