

【原 著】

NANDA看護診断ラベルの適切性の検討

— 学習会における事例検討の成果 —

休波 茂子* 山本 美紀* 笹原 ゆかり** 高畑 知子** 山下 美枝子**

【要 旨】

本研究の目的は、A総合病院の看護診断学習会（以下:学習会）で取り上げた事例をもとに、NANDA看護診断ラベルの適切性について検討し、学習会での成果について明らかにすることである。対象は、平成13年2月～平成18年2月までに行われた15回の学習会で使用した31事例である。NANDA看護診断 定義と分類（2005-2006）の定義・診断指標・関連因子および危険因子と照合し、一致した看護診断ラベルを、適切性のあるものと判断した。また、看護診断ラベルの適切性は、研究者1名と看護診断に関する研修や学会への経験がある係長ら3～4名によって検討した。その結果、全看護師対象に行われた学習会では、看護診断ラベルの適切性が35.6%から51.1%と高くなる傾向にあった。部署ごとに行われた学習会でも68.8%とさらに高くなったが、看護診断ラベルの適切性が33.3%～100.0%と差がみられた。最も多く抽出された看護診断ラベルは、〈感染リスク状態〉、〈セルケア不足〉、〈栄養摂取消費バランス異常:必要量以下〉で、適切性の高い看護診断ラベルは、〈便秘〉、〈睡眠パターン混乱〉、〈急性疼痛〉であり、最も適切性の低い看護診断ラベルは、〈不安〉であった。事例検討による学習会を重ねるごとに、看護診断ラベルの適切性が高くなったが、部署による看護診断に対する理解と取り組みに差がみられることが今後の課題である。

【キーワード】

NANDA看護診断ラベル、適切性、学習会、事例検討

I. はじめに

現在、われわれは、患者に適切なケアを行うための1つの方法、あるいは手段として、問題解決の技法である看護過程を取り入れている。これまで、看護過程のなかでも「看護問題の明確化」に至るまでのアセスメント、さらに「看護問題の明確化」の表現に困難さを抱えていることが指摘されている（松木, 1994）。そのため、臨床では、「看護問題の明確化」の段階で、それを表す共通言語としての看護診断に対するニーズが高い。しかしながら、看護診断カテゴリーの理解の困難さ、看護診断に対する評価者不在などの問題があることから（入江, 1994）、看護診断を用いて看護の実践を行いたいと考えていながらも、積極的に取り入れることができずにいる施設も多い。

松木（2004）は、看護診断を看護実践の明確な根拠とするために、アセスメントの結論として看護の守備範囲における実在または潜在的現象に関する要約または概念（名前）と定義している。したがって、適切な看護診断を表現するためには、十分なアセスメントの結果、アセスメントの結論として看護診断を導きだす必要がある。それは、言い換えれば、臨床で看護診断を導入するという事は、従来十分に行われてこなかったアセスメントを強化することにもなり、また、看護師にとって必要とされる臨床判断能力を養うことにも繋がる。

わが国において看護診断は、1980年代後半から導入され、看護実践の場で使用され始めてから約20年以上経過している。その間、臨床で看護診断を使用してい

* 日本赤十字北海道看護大学基礎看護学領域 **北見赤十字部病院

くために、一般的に使用される重要な診断カテゴリーについてその妥当性が調査されている（大谷ら；1996、佐藤；2000）。また、看護診断ラベルの使用状況に関してもいくつかの調査が行われている（黒田ら；2003、長谷川ら；2007）。適切な看護診断ラベルを記述していくためには、看護診断ラベルの理解を深めていくことが必要不可欠であり、そのため多くの施設において、看護診断を理解することを目的に、事例検討を取り入れた研修や学習会を行っている。しかし、その成果については、あまり報告されていない。

A 総合病院において、看護診断導入に向けて事例検討を取り入れた看護診断学習会を継続的に行ってきた。そこで、本調査の目的は、学習会で取り上げた事例をもとに、NANDA看護診断ラベルの適切性について検討し、看護診断の学習会での成果について明らかにすることである。

II. 調査方法

1. 期間と対象

A 総合病院で平成13年2月～平成18年2月に行われた看護診断学習会（以下：学習会）で使用した31事例。

2. 方法

1) 学習会での事例検討の方法

学習会では、主に事例検討を行った。平成13年から16年にかけて全看護師を対象にして行われた学習会を第1段階とし、平成17年～18年に行った部署ごとの学習会を第2段階とした。

第1段階では、講義（計6回）と事例演習を行った後、実際の患者ケースをもとに事例を作成し、部署ごとにグループを編成した。1事例に対して3～5部署がデータの整理、アセスメント（分析／総合）、看護診断ラベルの記述を行った。その結果を全部署の看護師の参加のもとで発表し、意見交換を行った。第2段階では、部署ごとの小グループ制で、事例検討を行った。

また、参加者に学習会の方法や看護診断に関する意見・感想を記述してもらい、参加者の反応から課題を明確しながら学習会を進めていった。研究者は外部講師として看護診断ラベルの適切性について検討し、学習会では助言者の役割をとった。

2) 看護診断ラベルの適切性の判断

研究者と、看護診断に関する研修や学会に参加した経験のある係長らによって検討された看護診断ラベルを、適切性のある看護診断ラベルと判断した。看護診断ラベルについては、「NANDA看護診断 定義と分類」（2005-2006）を参考にし、定義、診断指標、関連因子および危険因子と照合し、一致したものを適切性のあるものと判断した。

3) 分析の方法

研究者と係長ら（4～5名）によって各事例のアセスメント、看護診断ラベルの記述を行い、適切性のある看護診断ラベルを抽出した。その適切性のある看護診断ラベルに対して、各部署（以下：グループ）によって抽出された看護診断ラベルが、どの程度合致したか検討した。また、事例ごとの適切性、グループごとの適切性について分析した。各部署で抽出されたNANDA看護診断の種類と件数を算出した。第2段階のグループごとの学習会では、各グループによって抽出された看護診断に対して適切性のある看護診断ラベルの割合を算出した。

3. 倫理的配慮

学習会にあたっては、事例検討に関わる参加者に、事例検討に使用する患者データについての匿名化、個人名を特定できる基本情報は全て排除するなどの説明を行い、患者の情報が漏洩しないよう十分な配慮を行った。また、データとして使用した患者に関する記録は鍵のかかる戸棚に保管、管理し、調査後に全て破棄した。

III. 結 果

1. 学習会で検討された事例の特徴

5年間の学習会で取り扱った事例は31例であった。その事例の概要については表1に示した。事例検討の対象となった患者の年齢は0～95歳（平均50.2歳）、性別は男性が18名（58.1%）、女性が13名（41.9%）であった。慢性期事例は16件（51.5%）、急性期事例が7件（22.5%）、小児・母性・精神科事例が8件（25.8%）であった。

表1 患者事例の背景

(n=31)

領域	疾患名	(件)
慢性期	リンパ性白血病、胃がん(ターミナル期)、腸がん、糖尿病*、左坐骨部褥創、脳内出血、慢性閉塞性疾患、蜂窩織炎、肺炎*、心筋梗塞、出血性胃潰瘍、甲状腺がん(肺多発性転移)、心不全(肺炎併発)	(16)
急性期	脳内出血*、頸椎骨折、胃がん(手術後)、心筋梗塞、熱傷、横断性脊髄炎(意識低下)	(7)
その他(小児、精神、母性)	ネフローゼ症候群、非定型精神病、統合失調症*、早産児、正常分娩*	(8)
年齢	平均50.2歳	
性別	男性	
	女性	
	18名(58.1%)	13名(41.9%)

*2事例

2. 学習会の状況と参加者の反応

学習会の経緯は表2に示した。事例検討による学習会は、看護師の自由意志のもとで行われ、5年間で15回開催された。病棟14箇所、外来2箇所、手術室1箇所、訪問看護部1箇所の18部署でグループを編成し、31の事

例に対して93グループが編成され、1部署、平均6.6回の事例検討を行った。全看護師対象に行われた第1段階の参加者は47名~99名(平均75.0名)であった。第2段階の参加者は32~42名(平均35.7名)であった。

表2 5年間の看護診断学習会の経緯

年	参加者数	内容 (回数・事例数・グループ数)	主な研修者の反応	検討事項	課題
13年度	48~67名 (平均60.0名)	講義と事例演習(6回)後、各部署(グループ)でアセスメント、看護診断の記述を行い発表 ・学習会×5回 ・7事例 ・29グループ編成	「難しい」、「診断ラベルの意味がよく分からない」、「看護診断を取り入れていかなくても看護が行えるのではないか・・・」という反応が多く、ほとんどの看護師が看護診断を取り入れていくことに対して消極的であった。	・看護診断に対するモチベーションを高めるためにどうするか、また興味・関心を持ってもらうためにどうするかということであった。	・事例検討を取り入れた学習会の継続・データベースの検討・記録委員が中心になって学習会の運営・記録委員会による「記録委員新聞」の発行
14年~15年度	88~91名 (平均89.7名)	各部署(グループ)でアセスメント、看護診断の記述を行い発表 ・学習会×3回 ・6事例 ・30グループ編成	「自分たちの看護診断の記述が正しいのかどうか分からない」という声が多く聞かれた。	・課題は、前年度同様、看護診断に対するモチベーションを高めるためにどうするかということであった。・看護診断の記述に関する助言者(指導的役割をとれる看護師)の不在であった。	・係長らが指導的役割をとれるように積極的に診断学会や研修会に参加・全部署の係長が指導的役割をとれるように学習会の工夫(係長全員が事例検討に参加)・看護診断の適切性について係長らと助言者の立場にあった研究者で検討
16年度	47~99名 (平均82.6名)	各部署(グループ)でアセスメント、看護診断の記述(NANDA-NOC-NICリンケージ)を行い発表 ・学習会×4回 ・4事例 ・20グループ編成	「ようやく看護診断ラベルに慣れ興味関心ももてるようになってきた」、「事例検討は自分たちの看護を振り返る機会になる・・・」と前向きな反応がみられるようになった。「この状況でNANDA-NIC-NOCの適用が可能なか」という反応が多かった。	・課題は、部署による看護診断の取り組みや理解に差がみられたことと、部署による看護診断の取り組みや理解がみられたことであった。・看護診断の指導的役割を担う係長らの取り組みや理解にも差がみられた。	・NANDA-NIC-NOCのリンケージについての学習会の実施と事例検討会の継続・振り返り例ではなく、実際の患者事例での検討の提案(現在入院中の患者に対する看護診断の活用)
17年度	32~42名 (平均35.7名)	各部署によるNANDA-NIC-NOCリンケージの検討 ・学習会×3回 ・14事例 ・14部署の参加	「実際に入院中の患者に対して看護診断を活用してみ、理解が深まった」、「実際に行ってみてNANDA-NIC-NOCリンケージが理解できた」というおおかたの参加者の反応であった。	・課題は、看護診断の妥当性をどのように検討していくか、看護診断を導入して看護や体制がどのように変化したか、評価していくことである。	

*部署18カ所(病棟14カ所+救急外来、外来、手術室、訪問看護室) **グループは部署ごとに編成

1) 第1段階学習会

平成13年年度は、学習会を5回開催し、7事例を29グループで検討した。参加者の反応は、「難しい」、「診断ラベルの意味がよく分からない」、「看護診断をしなくても看護が行えるのではないか」という言葉が聞かれ、参加者のほとんどが看護診断を取り入れていくことに対して消極的であった。

平成14～15年度は、3回の学習会を開催し、6事例を30グループで検討した。看護診断を取り入れて看護実践を行っていくことに対して抵抗感は少なくなってきたものの、参加者からは、「自分たちの看護診断の記述が正しいのかどうか分からない」という声が多くきかれた。看護診断に対する助言者の不在があり、看護診断の指導的役割をとれる看護師をどのように育成していくかということが課題としてあげられた。

平成16年度は、4回の学習会を開催し、4事例を20グループで検討した。看護診断に対して指導的役割を成す看護師を育てることを目的に、係長グループを編成し、事例検討を行った。その結果、係長らの看護診断に対する理解が深まり、学習会でも適切な助言ができるようになった。また、参加者から「ようやく看護診断ラベルに慣れ、興味関心もてるようになってきた」、「事例検討は自分たちの看護を振り返る機会になる」という肯定的な反応が聞かれるようになってきた。しかし、看護診断の理解や取り組みは、部署によってかなりの差がみられた。平成16年度は、看護システム電子化に向けて、NANDA-NOC-NICの適用も考慮しての学習会を行った。大半の参加者の反応は、「この状況でNANDA-NOC-NICの適用が可能なのか…」という不安な声が聞かれた。

2) 第2段階学習会

部署による看護診断の理解に対する差について改善するために、部署ごとに実際の患者事例でNANDA-NOC-NICの適用に取り組んだ。学習会の開催は3回、14部署による事例が検討された。ほとんどの部署において看護診断ラベルの記述と、NANDA-NOC-NICの結合について理解できるようになっていた。今後の課題として、看護診断が適切に記述されているかどうかの評価の必要性が確認された。

2. 学習会における看護診断ラベルの抽出と適切性

1) 第1段階学習会での看護診断ラベルの適切性

第1段階では、17事例に対して79グループ編成し、学習会に取り組んだ。1事例に対して3～5グループがアセスメントと看護診断の記述を行った。

平成13年度に行われた最初の学習会では、7事例に対して7～16の看護診断ラベルが抽出された。看護診断ラベルの適切性は、平均35.6%であった。最も適切な看護診断ラベルが抽出された事例は、非定型精神病患者事例の46.7%、次いで胃癌（ターミナル期）の42.9%であった。あまり適切な看護診断ラベルが抽出されなかった事例は、急性リンパ性白血病患者事例で25.0%であった（表3-1）。

表3 学習会による看護診断ラベルの適切性
表3-1 平成13年度

事例	グループ編成	抽出された看護診断ラベル (件)	適切な看護診断ラベル (件)	(%)
1. 脳内出血患者	4	12	4	33.3
2. 胃がん患者	3	7	3	42.9
3. 急性リンパ性白血病患者	4	16	4	25.0
4. 直腸がん患者	3	9	3	33.3
5. ネフローゼ症候群患者	5	16	6	37.5
6. 非定型精神病患者	5	15	7	46.7
7. 正常分娩患者	5	15	5	33.3
計	29	90	32	平均 35.6

平成14～15年度に行われた学習会では、6事例に対して7～15の看護診断ラベルが抽出された。看護診断ラベルの適切性は、平均47.8%であった。最も適切な看護診断ラベルが抽出された事例は、脳内出血患者事例の61.5%、頸椎骨折患者事例の60.0%であった。あまり適切な看護診断ラベルが抽出されなかった事例は、糖尿病患者事例の30.0%、心筋梗塞患者事例の30.8%であった（表3-2）。

表3-2 平成14～15年度

事例	グループ編成	抽出された看護診断ラベル (件)	適切な看護診断ラベル (件)	(%)
1. 糖尿病患者	5	10	3	30.0
2. 頸椎骨折患者	4	15	9	60.0
3. 左坐骨部褥創患者	5	11	5	45.5
4. 胃腫瘍患者	4	7	4	57.1
5. 心筋梗塞患者	4	13	4	30.8
6. 脳内出血患者	4	13	8	61.5
計	30	69	33	平均 47.8

平成16年度に行われた学習会では、4事例に対して10～13の看護診断ラベルが抽出された。看護診断ラベルの適切性は、平均51.1%であった。看護診断ラベルの適切性は、熱傷患者事例が66.7%、くも膜下出血患者事例が60.0%、慢性閉塞性疾患患者事例40.0%、統合失調患者事例の38.5%であった。(表3-3)。

表3-3 平成16年度

事 例	グループ 編成	抽出された 看護診断ラ ベル (件)	適切な看護 診断ラベル (件)	(%)
1. 慢性閉塞性疾患患者	5	10	4	40.0
2. 統合失調症患者	5	13	5	38.5
3. くも膜下出血患者	5	10	6	60.0
4. 熱傷患者	5	12	8	66.7
計	20	45	23	平均 51.1

表4 部署ごとの看護診断ラベルの適切性 (平成17年度)

部署No	事 例	看護診断ラベルの記述	適切性の判断	(%)
1	蜂窩織炎患者	急性疼痛	○	(33.3)
		*非効果的治療計画管理(記述なし)	×	
		*感染リスク状態(記述なし)	×	
2	肺炎患者	活動耐性低下	○	(100.0)
		不安	○	
		非効果的抵抗力	○	
3	横断性脊髄炎患者(意識障害)	ガス交換障害	○	(66.7)
		移転シンドローム	×	
		皮膚統合性障害	○	
		非効果的気道浄化	○	
4	肺炎患者	栄養摂取消費バランス異常:必要量以下	○	(100.0)
		皮膚統合性障害リスク状態	○	
		非効果的治療計画管理	○	
5	心筋梗塞患者	感染リスク状態	○	(100.0)
		急性疼痛	○	
		悪心	○	
7	統合失調症患者	社会的相互作用障害	×	(80.0)
		コンプライアンス	×	
		睡眠パターン混乱	○	
		思考過程混乱	○	
		対他者暴力リスク状態	○	
8	甲状腺がん(多発性転移)患者	非効果的気道浄化	×	(50.0)
		組織統合性障害	○	
		感染リスク状態	○	
		家族コーピング	×	
9	糖尿病患者	非効果的治療計画管理:個人	○	(33.3)
		栄養摂取消費バランス異常:必要量以上	×	
		知識不足	×	
10	早産児	心拍出量低下	○	(83.3)
		体液量不足リスク状態	○	
		栄養摂取消費バランス異常:必要量以下	○	
		体温変動リスク状態	○	
		乳児行動統合障害リスク状態	○	
		母子間愛着リスク状態	×	
11	出血性胃潰瘍患者	体液平衡異常リスク状態	○	(75.0)
		感染リスク状態	○	
		転倒リスク状態	×	
12	心不全患者(肺炎併発)	急性疼痛	○	(60.0)
		ガス交換障害	○	
		出血量減少	×	
13	正常分娩患者	栄養摂取消費バランス異常:必要量以下	○	(50.0)
		知識不足	×	
		感染リスク状態	○	
14	増殖性糖尿病性網膜症患者	組織統合性障害	×	(100.0)
計		48件	33件	平均(68.8)

○適切性のある看護診断レベル、×適切性のない看護診断レベル

2) 第2段階学習会での看護診断ラベルの適切性

14箇所の部署ごとに行われた学習会で抽出された看護診断ラベルとその適切性については、表4に示した。部署による適切な看護診断ラベルの抽出は、33.3%~100.0%と差がみられたものの、看護診断ラベルの適切性は、平均68.8%であった。

3. 看護診断ラベルごとの適切性

15回の学習会で最も抽出された看護診断ラベルとその適切性については、表5に示した。93グループ編成による31の事例検討において、最も多く抽出された看護診断ラベルは、〈感染リスク状態〉の38件、〈セルフケア不足〉の29件、〈栄養摂取消費バランス異常:必要量以下〉の27件、〈便秘〉の26件、〈急性疼痛〉の23件であった。適切性の高かった看護診断ラベルとして、〈便秘〉が96.6%、〈睡眠パターン混乱〉が86.7%、〈急性疼痛〉が75.9%、〈感染リスク状態〉が72.1%、〈セルフケア不足〉が64.5%、〈非効果的治療計画管理:個人〉が57.6%であった。また、最も適切性が低い看護診断ラベルとして、〈不安〉が0.0%、〈家族介護役割緊張〉が22.0%であった。

事例ごとの看護診断ラベルの適切性については、〈便秘〉(87.5%)、〈非効果的治療計画管理:個人〉(87.5%)が高く、次いで〈睡眠パターン混乱〉(80.0%)、〈急性疼痛〉(75.5%)、〈栄養摂取消費

バランス異常:必要量以下〉(75.5%)、〈感染リスク状態〉(72.7%)であった。

IV. 考 察

1. 事例検討による看護診断の理解

多くの施設の看護師たちは、多忙な業務の合間、様々な研修や学習会に取り組んでいる。今回、調査の対象となった施設でも、看護診断導入に向けて5年にかけて継続的な学習会を行ってきた。

学習会においては、その年の参加者の反応から課題を明らかにし、次年度の学習会を計画し、実施してきたが、看護診断の導入まで5年間の期間を要した。その理由として、看護診断に対する指導的役割をとれる看護師が少なかったこと、部署による看護診断に対する取り組みや理解に差があったこと、看護部の方針が明確に示されなかったことがあげられる。このことは、施設の看護診断への取り組みにおける課題として報告されていることと同様であり(木村ら;1999, 中村ら;2002)、看護診断を導入していく場合における課題であろう。しかしながら、看護診断導入までに時間は要したものの、中間管理者の係長らが自ら看護診断に興味・関心を抱き、役割意識をもって積極的に学習会に取り組んだため、学習会は継続的に行われていく要因となったものと思われる。

学習会への参加者の反応として、看護診断という未知のことを取り入れていくことに対する消極的な反応や不安な声がかかれたものの、学習会を重ねるごとに、「事例検討は自分たちの看護を振り返る機会になる」という肯定的な反応へと変化していた。

適切な看護診断ラベルを記述していくためには十分なアセスメントが必要条件であるが、学習会による事例検討で、対象の健康状態をあらためてアセスメントすることで対象理解を深めることに繋がり、さらに看護を振り返る機会にもなったものと思われる。

看護診断の使用頻度には、学習会の有無や記録監査の有無が影響していると報告されていることから(黒田ら, 2003)、継続的な学習会は、積極的に看護診断を活用していくために必要である。また、適切な看護診断ラベルを導くために、その仮説検証過程(診断指標と関連因子)が重要であるが、倉島(2006)の調査に

表5. 最も多く抽出された看護診断ラベルとその適切性

看護診断名	グループごとの適切性		事例に対する適切性	
	件数	適切性(%)	件数	適切性(%)
1. 感染リスク状態	38	④72.1	11	8 (72.7)
2. セルフケア不足	29	⑤64.5	13	8 (61.5)
3. 栄養摂取消費バランス異常:必要量以下	27	⑦52.9	8	6 (75.5)
4. 便秘	26	①96.6	8	7 (87.5)
5. 急性疼痛	23	③75.9	8	6 (75.5)
6. 非効果的治療計画管理	20	⑥57.6	8	7 (87.5)
7. 皮膚統合性障害リスク状態	16	⑧44.0	8	5 (62.5)
8. 睡眠パターン混乱	14	②86.7	5	4 (80.0)
9. 家族介護役割緊張リスク状態	10	⑩33.3	4	2 (50.0)
10. 身体可動性障害	7	⑨40.0	5	1 (20.0)
11. 不安	6	⑫0.0	5	0 (0.0)
12. 家族介護役割緊張	5	⑪22.2	4	2 (50.0)

第1段階学習会 (17事例:79グループ編成)
①~⑫:適切性の高い順

よって、仮説検証過程において診断指標と関連因子の確認不足によって潜在する問題の見過ごしや誤診のおそれがあることが明らかになったことから、適切な看護診断行われるように看護師の学習を支援していく必要性について示唆している。したがって、看護診断導入後も、継続的に学習会を行っていかなければならない。

2. 学習会による看護診断ラベルの適切性

第1段階では、部署ごとにグループを編成し、1事例に対して3～5部署がデータの整理、アセスメント(分析/総合)、看護診断ラベルの記述を行い、第2段階では、部署ごとの小グループ制で事例検討を行った。その結果、第1段階において、平成13年度が35.5%、平成14年～15年度が47.8%、平成16年度が51.6%と、適切性が高くなる傾向にあった。

これは、第1段階の学習会では、全看護師を対象にグループごとにアセスメント・看護診断ラベルの記述を行った結果について発表・討議し、助言者の講評を受けるといった学習会の成果であったと思われる。

第2段階で部署ごとの事例検討を行った結果、最も適切性が高かったグループが100.0%、最も適切性が低かったグループが33.3%と、グループ間に差がみられた。これは、グループの看護診断導入への取り組みや姿勢、看護師個人のアセスメント能力が影響していることも考えられる。全体的な看護診断ラベルの適切性は、第1段階に比べ、高くなる傾向にあったものの、適切性が約70%にとどまっていることから、適切な看護診断ラベルを記述することの困難さを示している。

看護診断を導入しても、個々の患者に対するアセスメントが不十分であったり、使用する診断カテゴリーそのものと使用方法の理解が不十分なまま使用されたりする傾向にある。さらに、関連因子が記述されずに診断ラベルのみが記述されるため、この患者になぜこの看護診断ラベルが示されているのか、理解できない場合も多いといわれている。これらの問題を解決していくためには、患者の健康状態のアセスメントが最も重要である。適切な看護診断を導き出すためには、そのアセスメントに影響を及ぼすクリティカルシンキン

グの能力が必要であると指摘されていることから(松木、1996)。今後は、そのことを考慮した継続的な学習会が必要であると考えられる。

事例検討による学習会を重ねるごとに、看護診断ラベルの適切性が高くなったものの、7割の適切性にとどまった。効果的な看護診断の導入は、看護診断に関わる用語(定義、診断指標、関連および危険因子)の理解が必要不可欠であるが、それはまた、患者の状況をいかに的確にアセスメントできるかに、強く作用される。したがって、基礎看護教育における「看護過程」展開のなかでの看護診断の教育については、アセスメント能力がまだ不十分な学生に看護診断の判断を下すことに対しての十分な検討を行わなければならない。

3. 看護診断ラベルごとの適切性

第1段階での学習会での17事例を分析した結果、最も多く抽出された看護診断ラベルは、〈感染リスク状態〉であり、次に〈セルフケア不足〉が多く、〈栄養摂取消費バランス異常:必要量以下〉、〈便秘〉、〈急性疼痛〉と続いた。〈感染リスク状態〉、〈セルフケア不足〉、〈急性疼痛〉の使用頻度が高いことは、海外において同様であり(Volpate et al, 2003)、そのなかの〈感染リスク状態〉は、大谷ら(1998)や黒田ら(2003)の調査においても高頻度に使用される看護診断ラベルであった。〈感染リスク状態〉については、これまで看護師は入院中の患者を感染から守るという責務から感染の危険ということを看護問題として取り上げ、看護援助を行ってきたことから、その記述が多かったことが推察される。

〈セルフケア不足〉については、今回の学習会で取り上げた事例に慢性期事例が多く、また、脳内脳血管障害や骨折など、日常生活援助を必要とする患者事例が多かったためと推察される。〈栄養摂取消費バランス異常:必要量以下〉、〈便秘〉の記述が多くみられたのも、事例の傾向が影響したものと考えられる。

適切性の高かった看護診断ラベルごとにとみると、〈便秘〉、〈睡眠パターン混乱〉、〈急性疼痛〉、〈感染リスク状態〉、〈セルフケア不足〉の順であった。〈感染リスク状態〉は、高頻度に抽出されたにもかかわらず、72.1%の適切性にとどまった。棚橋ら(2005)

は、＜感染リスク状態＞が特定されている83例について分析した結果、約8割が適切な看護診断ではなかったと報告している。その理由として、危険因子の1つのみであったり、複数の共同問題の1つに混在していたり、あるいは他の看護診断ラベルが該当していたと述べているが、本調査の学習会でも同様の傾向がみられているものと思われる。

適切性の高い看護診断ラベルは、＜便秘＞、＜睡眠パターン混乱＞であったが、大谷ら（1998）の調査結果でも、この2つの看護診断レベルは上位を示しており、診断ラベルの言葉や定義が分かりやすく、患者にそのことの反応が実在したため問題として抽出しやすかったことが伺える。

また、最も適切性が低い看護診断ラベルは、＜不安＞であった。＜不安＞は、これまでの調査では（大谷ら、1988）、適切性の高い看護診断ラベルの上位にあったが、看護師の主観的な判断での適切性であったことが影響していることも考えられる。長谷川ら（2007）の調査でも、＜不安＞は上位を占めていたが、患者の主疾患にがんが多かったということが影響していると考察している。また、長谷川ら（2005）は、診断ラベルの正確性と難易度の調査において、関連因子と看護目標の適合性から評価した結果、＜不安＞は適合性が低く、＜恐怖＞の定義に照合できる場合が多くあった。本調査では、むしろ、学習会初期にNANDA看護診断分類のドメイン9のコーピング／ストレス耐性において、適切な看護診断ラベルの選択ができないため、＜不安＞を選択する傾向にあり、適切性が低かったことが推察される。

V. 研究の限界と課題

本研究の限界として、事例検討に多様な患者事例を用いたため、看護診断ラベルの適切性への変化に影響を及ぼしたことは否定できない。部署ごとのグループ編成については、その部署に一任したため、看護師の背景や学習意欲、職場環境などについて影響していたことも考えられる。

今後の課題は、看護診断導入後の看護診断ラベルの適切性および正確性の評価をどのように行っていくか、検討していかなければならない。事例検討による学習

会を重ねるごとに、看護診断ラベルの適切性が高くなったが、部署による看護診断に対する理解と取り組みに差がみられることも、今後の課題である。

VI. おわりに

本調査を通して以下の点について明らかになった。

1. 全看護師対象に行われた学習会では、看護診断ラベルの適切性が35.6%から51.1%と高くなる傾向にあった
2. 部署ごとに行われた学習会では、さらに、68.8%と高くなったが、看護診断ラベルの適切性に33.3%～100.0%と差がみられた。
3. 17事例中、最も多く抽出された看護診断ラベルは、＜感染リスク状態＞、＜セルケア不足＞、＜栄養摂取消費バランス異常：必要量以下＞であった。
4. 適切性の高い看護診断ラベルは、＜便秘＞、＜睡眠パターン混乱＞、＜急性疼痛＞であり、最も適切性の低い看護診断ラベルは、＜不安＞であった。

VII. 謝 辞

事例検討の対象となって下さいました患者の皆様にご心より感謝致します。看護診断を学ぶことを通して看護を振り返る機会を与えてくれた松木光子先生、A病院の看護部の皆様、約5年間にも渡る期間、看護診断の学習会に参加し、共に看護診断について学んで下さいましたA病院の看護師の皆様に、深く感謝致します。

なお、本調査の一部は、第13回看護診断学術大会で発表した。

VIII. 文 献

- 長谷川智子, 大北美枝子, 他 (2005) : 看護診断ラベルの関連因子と看護目標から評価した診断の正確性と難易度の検討, 看護診断, 10 (2), p265～266.
- 長谷川智子, 小笠原知枝, 他 (2007) : 高使用頻度のNANDA看護診断ラベルとその関連因子に関する看護記録の分析, 看護診断, 12 (1), p42～51.
- 入江晶子 (1994) : 看護診断, 看護婦の意識とその実態の調査, NURSEプラス1, 4 (2), p48～57.

- 木村敬子, 下左近寿美, 他 (1999) : 東京大学医学部附属病院における看護診断への取り組み, 看護診断, 4 (2), p101~102.
- 倉島幸子 (2006) : 臨床看護師の看護判断における仮説検証過程－診断指標と関連因子の分析を通して－, 看護診断, 11 (1), p5~17.
- 黒田裕子, 小田正枝, 他 (2003) : 日本におけるNANDA看護診断の使用頻度の実態調査, 看護診断, 8 (1), p6-14, 2002
- 日本看護診断学会監訳 : NANDA看護診断 定義と分類 2005-2006, 医学書院
- 中村文美, 村田節子 (2002) : 看護診断導入後の看護職の意識変化, 看護診断, 7 (2), p63~64.
- 大谷英子 (1996) : 妥当性の研究の一例, 看護診断, 1 (1), p58.
- 大谷英子, 山本裕子, 他 (1998) : 看護診断カテゴリーの「使用頻度」の「重要度」「適切性」に関する研究, 看護研究, 31 (6), p495~504.
- 松木光子 (1994) : 看護診断の現在, 医学書, p5.
- 松木光子 (1996) : わが国における看護診断の発達と課題, 看護診断, 1 (1), p43~49.
- 佐藤重美 (2000) : 12のNANDA看護診断カテゴリーの日本における内容妥当性検討, 看護診断, 5 (1), p79~87.
- 棚橋泰之, 黒田裕子 (2005) : わが国の看護記録に見るNANDA看護診断"感染リスク状態"の看護成果と看護介入の分析, 看護診断, 10 (1), p5~14.
- Volpate, M.P., Cruzs, D (2003) : Nursing diagnosis in medical-surgical patients, International Journal of Nursing Terminology and Classification, 14 (4), p57.

On the felicity of a NANDA nursing-diagnosis label — Result of a case study at a study meeting —

Shigeko Yasunam *, Miki Yamamoto * Yukari Sasahara **, Tomoko Takahata **,
Mieko Yamashita **

* Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

** Kitami Red Cross Hospital

[Abstract]

The purpose of this research is a nursing-diagnosis study meeting (following: study meeting) of a general hospital. It is examining the felicity of a NANDA nursing-diagnosis label based on the taken-up a case, and clarifying about the result in a study meeting. An object, 31 case used at 15 times of the held study meetings 13 for years February, 2001 to February, 2006. 「NANDA-1 NURSING DIAGNOSES definition and classification」(2006-2008), it compared with definition diagnostic index and the related factor of and the risk factor, and the congruous nursing-diagnosis labels were judged to be things with felicity. Moreover, the chiefs who have the experience to training and a society concerning the felicity of a nursing-diagnosis label one researcher and nursing diagnosis 3~4 persons examined. As a result, at the study meeting held for all the nurse, the felicity of the nursing-diagnosis label suited the tendency which becomes high with 35.6% ~51.1% . Although the study meeting held for every post of its also became still higher with 68.8% , 33.3% ~100.0% , and a difference were seen for the felicity of the nursing-diagnosis label. The extracted nursing-diagnosis labels are a < risk for infection >, < self care de >, and < less than body requirements >, and the high nursing-diagnosis label of felicity < Constipation >, < sleep pattern >, < acute pain > and the nursing-diagnosis label with the lowest felicity was < uneasy >. Whenever it piled up the study meeting by case examination, the felicity of the nursing-diagnosis label became high, but it is a future subject that a difference is seen by an understanding of nursing diagnosis and measure by its post.