

報告

対応困難事例における看護師の認識の構造の視覚化の試み

諸江由紀子* 藤田三恵** 中田弘子***

川島和代* 山崎由実*** 川合みゆき*****

概要

本研究の目的は、看護実践において対応が困難であると感じた患者に対して、看護師が関わりの方
向性を見出した看護過程と、介入できずにいた看護過程における看護師の判断過程の構造を明らかにし、
その視覚化を試みることである。研究対象は、看護師が関わりの方
向性を見出して介入でき、患者に良
い変化が見られた看護過程 1 事例と、対応が困難と感じ介入できずにいた看護過程 3 事例である。4 名
の看護師に実践事例について振り返ってもらい、その過程で看護師が行った臨床判断について面接を行っ
た。その内容を質的に分析したところ、看護過程の構造を分析するための 2 つのカテゴリー、7 つの視
点と 16 の分析基準が明らかとなった。さらに、この結果に基づいて視覚化の方法の試案を作成した。
今後、事例を増やし、自己評価ツールとして洗練させてゆく予定である。

キーワード 看護過程、対応困難事例、看護師の認識、視覚化、自己評価ツール

1. はじめに

今日、疾病構造や社会構造の変化に伴い、看護の対象をとりまく問題も複雑かつ多様化している。このような状況下において、看護師が対象への看護の方向性が見出せず、その関わりを困難と感じることや不安全感が残ることは少なくない。事例検討は、そのようなときに「自らが問いを抱き、看護の方向性を定めようとして自己の知識、経験を総動員して再編成・再統合して自問自答する場であり、また、自己が描き得る患者像の限界を広げる場である」¹⁾とされている。筆者は約 10 年間に渡り、地域で薄井の「科学的看護論」²⁾を理論的根拠とした事例検討会でチューターを担当してきた。そのなかで、看護実践において対応困難や不安全感を感じて事例を提供する看護師の認識には、「看護に必要な事実に着目できていない」、「必要な事実は認識していても不十分であったり、部分にしか注目しておらず、他の事実とのつながりが見えていない」、「対処の方向性が看護の目的から逸脱している」、などの特徴があることを経験的に感じていた。そこで、筆者自身が自らの看護実践に

において対応困難を感じた事例や不安全感の残った事例について分析したところ、対応困難や不安全感を感じているときの看護師の認識には、対象のとらえ方として、①患者の身体面などの部分に関心が偏っている、②患者の言動にのみ注目しそのもととなる認識にまで関心が及ばずにいる、③病気をマイナスイメージだけでとらえ、身体内部の回復しようとする働きやホメオスタシスなど健康な部分に着目できていない、という特徴が見られた。また、判断過程としては、①自己の生活体験や看護経験をもとに自分の位置から患者の思いを推察している、②現象に近いレベルで看護上の問題をとらえ、看護上の問題の本質が見えずにいる、③自己や他者の看護を評価するときの判断基準は看護の目的ではなく経験則である、という特徴が明らかになった。それを記号化し、視覚化できるものとして「問いかげの反映・合成像モデル」を考案した³⁾。今後、看護過程を自己評価するためのツールとして活用していきたいと考えている。

しかし、このモデルのもととなったものは自己の看護実践を分析したものであり、さらに他者の看護実践をもとに、その構造を明らかにしておく必要があると考えた。

その過程で、看護過程の構造を分析する視点と判断基準を明らかにし、視覚化を試みたのでここに報告する。

* 石川県立看護大学基礎看護学講座

** やわたメディカルセンター

*** 石川県立看護大学大学院看護学研究科前期博士課程

**** 元石川県立看護大学基礎看護学講座

***** 元石川県立中央病院

2. 方法

2.1 用語の定義

本研究は、看護過程における看護師の認識そのものを研究対象としている。また、看護は認識を持つ人間を対象とする実践である。したがって、前提とする理論は認識を科学的に扱えるものでなくてはならない。そこで、言語学者の立場から言語を人間の認識の表現ととらえ、人間の認識のあり方を科学的に説いた三浦の科学的認識論⁴⁾を前提とした。

また、看護を、患者—看護師関係において対象—認識—表現の過程的構造をもつものにとらえ、三浦の科学的認識論を基盤としている薄井の科学的看護論⁵⁾を看護の理論的枠組みとした。

(1) 認識とは、人間の脳細胞に、像（イメージ）として形成される精神面の活動を指す。認識の発展は、外界からの刺激を像（イメージ）として反映し、問いかけによって想起された自己の体験や知識と、再統合・再編成しながら合成を繰り返し、豊かな像となっていく。したがって、その時々々の像の形成にはその人の24時間の生活過程のくり返しの中で得た知識や体験などが影響する（図1）。また、形成される像のレベルにはより具体的なものから抽象的なものまで現象像・表象像・抽象像と、大きく三段階のレベルがある（図2）。認識には理性と感情の側面があるが、感情が安定しなければ理性は働きにくくなるという特徴がある。

(2) 看護過程とは、看護するという目的意識を持った看護師（人間）が、対象とした人間に看護上の問題を発見し、それらの解決の方向性を探り、より健康的な生活を創り出す手段を選びながら関わっていく過程をいう⁶⁾。

(3) 対応困難とは看護実践において看護師が

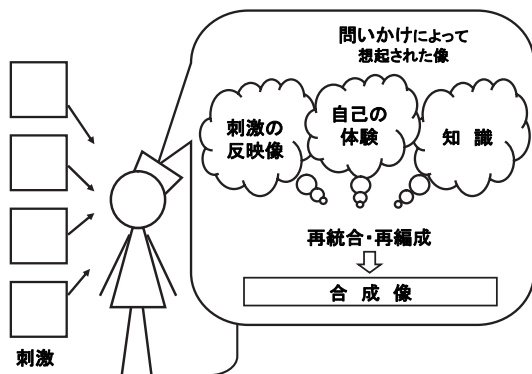


図1 認識発展モデル (徳本, 1998.)

患者の状態を見た時に、どのように看護すればよいか方向性を見出すことが困難になった状態をさす。日常の決められたケアは行っている、看護師が不安感を抱いたり、困惑しながら患者と接している状態を含む⁷⁾。

2.2 研究対象

事例検討会に提出された看護実践の事例のうち、看護師が関わりの方向性を見出した看護過程ならびに看護師が対応困難を感じて介入できずにいた看護過程。

2.3 研究資料の収集・素材の作成

(1) 研究資料の作成

- 1) それぞれの看護過程についてメモや記録をもとに再構成する
- 2) 場面の描きにくい箇所や、つながりが不自然な箇所については面接にて事実を確認する
- 3) 看護師が対応困難を感じたところ、または積極的な関わりの方向性を見出して看護介入に及んだところを局面とし、その際の判断根拠について、研究者が面接し「看護師が着目したところ」「どう判断したか」「そのとき判断の根拠としたこと」について聞く

(2) 研究素材の作成

- 1) 看護過程における看護師の認識について、「着目したところ」、「どう判断したか、判断の根拠としたこと」の項目をもつ表を作成し、素材フォーマットとする。
- 2) 再構成した看護過程を精読し、各局面で着目したところとその時の判断をとり出し、作成した素材フォーマットの該当欄に記入する
- 3) その時の、判断のプロセスについて想起した内容を、「どう判断したか (太字),

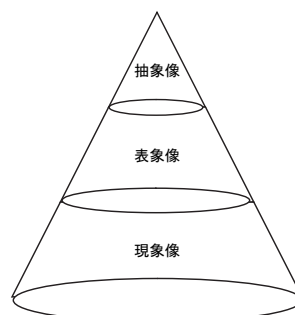


図2 形成される像のレベル

判断の根拠としたこと」の欄に記入する

2. 4 分析方法

- (1) 「どう判断したか (太字), 判断の根拠としたこと」「判断根拠の特徴」「意味」の項目をもつ表を作成し, 分析フォーマットとする.
- (2) 研究素材を精読して「どう判断したか, 判断の根拠としたこと」を意味内容の共通するものでグループ化し, その記述の部分の意味を変えないように要約し, 「判断根拠の特徴」欄に記入する.
- (3) 「判断根拠の特徴」をさらに意味内容の共通するものでグループ化し, その意味内容を取り出して「意味」の欄に記入する.
- (4) 「関わり方向性を見出した看護過程」を分析し, 取り出した「意味」について, カテゴリー化し, それぞれのカテゴリーのつながりを押さえながら構造化する.
- (5) (4) をもとに「対応困難を感じて介入できずにいた看護過程」と比較検討し, 共通性・相違性を明らかにする
- (6) 以上のプロセスを複数の研究者の意見が一致するまでくり返し行う. 判断根拠の特徴の取り出し, 意味内容の取り出し, カテゴリー化の妥当性についてはスーパービジョンを受ける.

2. 5 倫理的配慮

研究の主旨と研究参加の自由意志の保障および対象の匿名性の保障について説明し, 文書による承諾を得た. 事例についても, 対象が特定できないよう匿名性に配慮し, 必要最小限の情報をを用いることにした. データは厳重に保管した.

3. 結果

3. 1 対応困難を感じていた患者に看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例

事例1を表1に示す. これは, 「術後患者が回復に必要な行為をとらないことを観察した看護師が, 患者の思いを確認しようとしたところ, 患者が手術によるボディイメージの変化に適応できずにいることを知った. 自信を失い, 先の見通しがつかずにいる, と察して確認したところ, 患者はそれを認め, さらに, なぜこのような状況に至ったのか, という疑問を話してきた. 患者がこれまでの過程を納得できずにいる, このままではいけない, と判断した看護師は, 患者にこれまでの過程がイメージできるよう, 病気が致命的であったこと, 手術が命を救うための選択であったこと, 医療者が患者に生きていて欲しいと思っていることを話した. それを聞いて患者は涙を流し, 看護師は感情がと

表1 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1

【事例1】

患者はA氏. 70才代半ばの男性. 閉塞性動脈硬化症で右膝関節離断術を施行したが, 創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切断術を受けていた. 基礎疾患に糖尿病, 高血圧があり, 老人性認知症と診断されていた. 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過していた. 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く, 食欲が進まないのだろう」と話していた. その日, リハビリテーション室への出療も始まったが, 昼食時に食事のトレイを「もういらぬ」と押し返す様子を見て, 看護師は「もうこんな状態で1週間. これでは治らない. 食べられないこの方の思いを確認しなくては」と思い関わった. 何か食材をかえて工夫できないかと「何なら食べられますか?」と尋ねたところ, 「この足を見て, 食欲が出るわけないだろう」という返事が返ってきた. 看護師は「ああ, いとしい. 自分は今まで何をみていたのだろう. 当然だ. でもこのままではいけない」と思い, 涙ぐみながら「そうだね」と患者の手を握った. すると患者は「今日のリハビリ, ひどかった. こんなからでやっつけられるのか・・・」と訴えた. 看護師は, 「自信を失ってしまったのだろうか」と懸念し「この先, やっつけられるか心配なのですね」と返すと, 患者は「そうだ. なんてこんなことになったのだろう. 事故にでもあったのか?」と答えた. 「納得できないままに過ごしていたのか? このままではいけない」と思った看護師は, 「あなたの足は血管が詰まって栄養が十分に行きわたらない病気. 足全体が腐り始めていた. 放っておけば全身に広がっていた」と説明した. さらに, 「切断したのは医療者が命を救うための選択. わかって欲しい」と思い, 「この足を切ったのは命を助けるため. あなたはこの足と引き換えに命を助けられた. 私たちはあなたに生きていて欲しい」と続けた. すると患者は黙ったまま, ぽつ, と食食用のエプロンを目に押し当てた. 「患者が泣いている」と判断した看護師は, 感情が乱れたままの患者をひとりにはできないと思い, 安楽な姿勢にととのエプラインカーテンを引いてしばらく手を握っていた.

翌週, 看護師が訪れると, 患者は手を挙げて挨拶された. 先週末からは徐々に食事摂取量は増え, その日の朝食は全量摂取とカルテで確認. リハビリテーションも積極的だったと報告があった.

とのうのを見守っていた。その後、食事摂取量が増加したことが確認できた」という看護過程である。

(1) 局面の選定

この看護過程において、看護師が関わりの方向性を見出して看護介入に及んだところはどこかという視点で局面を探したところ、以下の3局面がそれに該当した。

- 1) 局面1: 「もうこんな状態で1週間。これでは治らない。食べられないこの方の**思いを確認しなくては**」と思い関わった。
- 2) 局面2: 「ああ、いとしい。自分は今まで何をみていたのだろう。当然だ。でも**このままではいけない**」と思い、涙ぐみながら「そうだね」と患者の手を握った。
- 3) 局面3: 「納得できないままに過ごしていたのか？**このままではいけない**」と思った看護師は、「あなたの足は・・・」と説明した。さらに、「切断したのは・・・わかって欲しい」と思い、「この足を切ったのは・・・」と続けた。

(2) 看護師の判断根拠の分析

インタビューから明らかになった局面1における看護師の判断とその根拠を表2に、判断根拠の特徴とその意味を表3に示した。

この局面1と同様に、局面2、局面3についても分析を行い、事例1の3つの局面における判断根拠の特徴の意味内容を取り出し、グループ化すると、<表現と認識をつなぎでとらえている><患者を全人的にとらえ、その心と身体と社会関係をつなぎでとらえている><病気は「生活過程の結果であり、回復過程である」

ととらえ、身体の内部構造を描いている><結果だけでなく過程に注目している><患者の体験している世界を相手の位置で想像しようとしている><看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決をはかろうとしている><自己のこれまでの体験を想起して看護の動機づけにしている>の7グループになった。

(3) 事例1における看護師の認識の構造

この7グループの性質にどのようなつながりがあるかを検討し、構造化をはかったところ、事例1の看護過程における看護師の認識の特徴は2つのカテゴリーに分けられ、構造は以下のとおりであった。

対象のとらえ方

- ①患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつなぎでとらえている
- ②表現と認識をつなぎでとらえている
- ③結果だけでなく、過程に注目している

判断過程

- ①病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体の内部構造を描いている
- ②患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している
- ③看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている
- ④自己のこれまでの体験を想起して看護の動機づけにしている

表2 事例1における看護師の判断とその根拠

着目したところ	どう判断したか、判断過程の根拠とした内容
<ul style="list-style-type: none"> • 昼食時、エプロンをかけ、食事のセッティングがされているが食事のトレイを「もういらぬ」と押し返している • 食事を勧めるが聞く様子はない 	<p>食べられないこの方の思いを確認しなくては</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 70 才代半ばの男性 2) 閉塞性動脈硬化症で右膝関節置換術を施行したが、創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切開術施行した 3) 基礎疾患に糖尿病、高血圧、老人性認知症 4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子 5) 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く、食欲が進まないのだろう」と言っていた 6) これまでの様子から、生きる意欲が低いのでは?と感じていた 7) これまでの経験から「老人が食べないのは消極的な自殺」というイメージ 8) 術後、食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過 9) もうこんな状態で1週間。これでは治らない。また創が治癒しない 10) ヘタすると命に関わるかもしれない 11) リハビリテーション室への出療も始まった。運動後なら食欲が出るかと思ったのに食べてないのに活動量が増える 12) 初めて会ったとき看護師の出身地を知って特産品の食べ物のことを聞いてきてくれた。全然ダメとは思えない 13) 食材を工夫してなんとかならないか 14) 以前、主治医が「この人が食べるかどうかは看護師の力」と言っていた 15) 午前中、看護学生と新聞を読んでいたという情報

3. 2 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例

(1) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例との共通性と相違性

看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例2, 事例3, 事例4(表4)の3つの看護過程について, 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1と同様の方法でその判断根拠の特徴を分析し, 意味内容を取り出し表5に示した. 対応困難事例の分析のプロセスについては, 事例2を例にとって表6・表7に示した. さらに事例1との共通性と相違性について比較検討した.

1) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1との共通性

共通性は①表現に着目している, ②関わらなくては, と介入の必要性は感じている, ③自己の体験を想起している, の3点であった.

2) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1との相違性

方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては, 対象のとらえ方に「患者を全人的にとらえ, 心と身体と社会関係をつなぎでとらえている」という特徴があったのに対し, 対応困難を感じている看護過程においては, 「患者の身体面」や患者または家族の「表現」などの「部分」に着目している, などの特徴がみとれた.

また, 判断過程については, 方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては<看護の目的のもとに問題の構造を見てとり, 持てる力, 健康な部分に働きかけて解決しようとしている>という特徴があったが, 対応困難を感じている看護過程においては「退院」や「転倒・事故防止」が働きかけの目的になっており, 本来の看護の目的から逸脱しているという特徴が

表3 事例1における看護師の判断根拠の特徴とその意味

どう判断したか、判断過程の根拠とした内容	判断根拠の特徴	意味
食べられないこの方の思いを確認しなくては	言動のもととなっている認識を確認しなければと思っている	①表現に着目し, そのもととなっている認識に関心を寄せている.
1) 70才代半ばの男性 2) 閉塞性動脈硬化症で右膝関節置換術を施行したが, 創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切開術施行した 3) 基礎疾患に糖尿病, 高血圧, 老人性認知症 4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子 5) 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く, 食欲が進まないのだろう」と言っていた 6) これまでの様子から, 生きる意欲が低いのでは?と感じていた 8) 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過	患者の言動に着目しているが, ただちにこれまでに観察した事実を想起し, 患者の発達段階, 現疾患と既往歴およびその経過を示す事実と関連付けながら, 生きる意欲・回復する力をアセスメントしている	②表現と患者の全体像を示すキーワードとを関連づけ, 看護の目的に沿ってアセスメントしている
8) 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過 9) もうこんな状態で1週間. これでは治らない. また創が治癒しない 10) ヘタすると命に関わるかもしれない 11) リハビリテーション室への出療も始まった. 運動後なら食欲が出るかと思ったのに, 食べてないのに活動量が増える	回復過程を妨げている生活のあり方が見過ごせない段階まで続いていると判断している	
1) 70才代半ばの男性 4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子 6) これまでの様子から, 生きる意欲が低いのでは?と感じていた 7) これまでの経験から「老人が食べないのは消極的な自殺」というイメージ	患者の反応と自身の看護師としての経験知を関連づけて考えている	③自己の看護体験をプラスの材料に生かそうとしている
14) 以前, 主治医が「この人が食べるかどうかは看護師の力」と言っていた	他職種からこの患者の回復に必要な看護の専門性を期待されていることを想起している	
12) 初めて会ったとき看護師の出身地を知って特産品の食べ物のことを聞いてきてくれた. 全然ダメとは思えない	患者の食に関するプラスの感情を予測させる事実を想起している	④患者の健康な部分に着目している
15) 午前中, 看護学生と新聞を読んでいたという情報	患者のプラスの意欲を示す反応を想起している	
13) 食材を工夫してなんとかならないか?	介入の方法を工夫しようと考えている	⑤現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている

みてとれた。さらに、方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては、＜病気を“生活過程の結果であり、回復過程である”をとらえ、身体の内部構造を描いている＞という特徴があったが、対応困難を感じている看護過程においては、「高次脳機能障害」に対して「かわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ」という病名診断の結果としての側面しかとらえられずにいる。＜病気の意味を医学モデルでとらえて＞しまっており、そこに起こっ

ているはずの30代男性の回復過程には働きかけようとしていない、などの対照的な特徴が見て取れた。

3.3 看護過程分析の視点と分析基準とその視覚化

これまでの分析結果をふまえて、看護師が対応困難を感じる看護過程を分析するための視点と分析基準を整理した。同時に、今回明らかになった看護師の認識の構造を視覚化することを

表4 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例

事例2 B氏 30代前半 男性	不整脈から心停止。蘇生はしたが低酸素脳症のため高次脳機能障害になる。ペースメーカーを植込み、急性期を脱した状態で転院して来た。記憶障害がひどく、今説明したこともすぐに忘れてしまい、妻や生後間もないわが子の顔もわからない。両親や姉の顔は識別できる。入院していることを忘れて院外へ出てしまうため、転倒・事故防止目的でナースセンターに近い個室で施設した状態で観察されていた。しかし「どうやったら死ぬかな。何か精神的に辛い」「何のために生きているのかわからない」などの発言が見られるようになり、次第に食事が摂れなくなっていた。看護師は自分の関わりが患者に強いストレスを与えてしまったと感じたものの「かわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ。危険なことを何度説明してもわかってもらえない。看護師の人数も限られているのにこんな患者が他にも何人もいる」と、どう関わればよかったのかわからなくなってしまった。
事例3 C氏 70代半ば 男性	脳梗塞で緊急入院後2ヶ月が経過し、病状や胃瘵による経管栄養管理も安定してきたため退院許可が出た。患者は寝たきりであり、日常生活動作には全介助を要する。経済的な理由から妻の介護による自宅退院を希望しているため、在宅ケアに向けて妻に介護の方法を指導したが、高齢のため理解力も悪く手順も忘れてしまい危険な状態である。さらに小柄で腰痛もあるため体力的に明らかに負担が大きい。40代の息子2人と同居しているがほとんど面会は無く、介護は母親1人にまかせきりになるのではないかと危惧された。在宅における社会資源の活用についてもソーシャルワーカーと共に勧めたが金銭的な理由により断る発言もあった。長男と妻に施設等の入所は考えていないのか確認したが、あくまでも金銭的な理由により自宅での介護をしていくとの考えであった。このままでは医療者側として責任をもって自宅退院させるわけにはできないと確信した。在宅介護に向け長男と次男の協力が必要のため妻を通して連絡をとるが、妻が息子への手紙を渡し忘れ、電話連絡もとれない。自宅退院に向け今後どのように関わっていけばよいのか苦慮している。
事例4 D氏 80代前半 女性	糖尿病性慢性腎不全（週3回血液透析）。既往歴として、70代に入り脳血管障害、子宮がん（子宮・卵巣摘出）、高血圧、腎不全、シャント造設、透析導入、胃がん（部分切除、本人へ告知せず）で入退院するという経過があり、1年前にも食欲不振で胃ろうを造設している。今回も、食欲不振、嘔吐、感染性腸炎で入院し約60日目。主治医から退院の許可は出たが、食事摂取量が増加せず、日常生活動作も拡大しない状態。患者の「今すぐにでも自宅へ帰りたい」という思いと「歩けなければ家では介護できない」という家族の思いとが一致せず、在院日数が長くなっている。家族から本人への励ましを期待するが協力的でなく、看護者はどう関わったらよいのかわからなくなっていた。

表5 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例の判断根拠の特徴

カテゴリ	関わりの方向性を見出せた看護過程	対応困難を感じて介入できずにいた看護過程			
	事例1	事例2	事例3	事例4	
対象のとらえ方	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりでとらえている ② 表現と認識をつながりでとらえている ③ 結果だけでなく過程に注目している 	<ul style="list-style-type: none"> ① それぞれのキーワードをとらえ、関連はみえている ② 表現と認識をつながりでとらえているが、認識の一部分（認知）にしか関心が寄せられていない 	<ul style="list-style-type: none"> ① 自分の位置から相手の思いを想像している ② 看護の目的から逸脱して問題を現象レベルでとらえている ③ 家族の健康な部分に関心が向いていない ④ 看護師としての経験が看護する上でマイナスに働いている 	<ul style="list-style-type: none"> ① 部分に着目し、他の事実と関連づけられずにいる ② 家族の表現にのみ着目して他の事実と関連づけずに判断しようとしている ③ 患者の表現と認識をつながりでとらえている ④ 表現にのみ着目し、患者を部分的にとらえている 	
判断過程	<ul style="list-style-type: none"> ① 病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体の内部構造を描いている ② 患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している ③ 看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている ④ 自己のこれまでの体験を想起して看護の動機付けにしている 	<ul style="list-style-type: none"> ① 感情には着目できず、立場変換できていない ② 家族が体験している世界を相手の位置で想像している ③ 現象に近いレベルで問題をとらえて解決しようとしている ④ 自己の看護体験が看護をする上でマイナスの材料となっている ⑤ 病気の意味を医学モデルでとらえている ⑥ 看護師の描く看護と現象との不一致によって問いが生まれている 	<ul style="list-style-type: none"> ① 自己の看護師としての責任が問いを生み、看護の動機付けになっている 	<ul style="list-style-type: none"> ① 自己の看護師としての責任が問いを生み、看護の動機付けになっている ④ 看護師としての経験が看護する上でマイナスに働いている 	

試みた。「対象のとらえ方」については薄井の「看護の原基形態」⁸⁾を、「判断過程」については庄司の「認識の三段階理論」⁹⁾をもとに、視覚化の方法を「分析するための視点と分析基準」とともに表8のように整理した。

それに基づいて事例1~4の看護過程を図3~図6のように表現することができた。ただし、看護師のこれまでの生活体験や看護体験がプラスに働いているかマイナスに働いているかについては視覚化するまでには至らなかった。

4. 考察

4.1 看護師の認識の構造

今回、他者の看護実践を研究素材に、対応困難を感じているときの看護師の認識の構造および介入の方向性を見出したときの看護師の認識の構造を明らかにした。その結果は筆者が自己の認識を研究素材にした際の結果と重なる点が多くみられた。

(1) 対象のとらえ方

看護の対象としての人間は、身体だけではない。目に見えない精神や社会関係、さらに現在のその人をつくってきたこれまでの生活過程もその人の一部である。しかも、それらは互いに有機的に関連し合っているが、それもまた目には見えない。しかし確実に身体や言動に影響している。

ところが対応困難事例では、<「今すぐにも自宅へ帰りたい」>などの患者の言葉や、<「歩けなければ家では介護できない」>という家族の言葉など「表現」に着目しており、そこからそれぞれの「認識」は確認されていない。同時に、「表現」という「部分」に着目しており、これまでの患者と家族の関係やそれぞれの思い、家族の具体的な生活スタイルや介護力なども含めた患者の「全体」に関心が及んでいないことも見てとれた。このように、目に見えないものまで見て人間を全人的にとらえようとするには、看護師の意識的な問いかけがなければならない。目に見えるものに注目するのは人間の認識の特徴である。看護するために、見えないものを見るためのしっかりとした看護理論に基づいた人間観、健康観、病気観が必要である。

(2) 判断過程

看護実践は目的的な活動である。F.Nightingaleは「看護とは対象の生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえることである」と述べている。われわれが看護実践の中で方向性が見出せずに対応を困難と感じることは少なくない。しかし、常にこの看護の目的に立ち戻ってそれを指針に活動を評価し、軌道修正することができれば安定した看護実践につながると考える。しかし、対応困難を感じている看護師の認識にはその目的が「対象の生命力の消耗を最

表6 事例2における看護師の判断とその根拠

着目したところ	どう判断したか、判断過程の根拠とした内容
<ul style="list-style-type: none"> • 「どうやったら死ねるのかな」 • 「何か精神的に辛い」「何のために生きているのかわからない」 • 食事摂取量がだんだんと減少。退院前の1ヶ月は0~3割程度の摂取 	<p>患者さんは抑制にとってもストレスを感じているが、どう関わったらよいのか？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ 2) 「タバコ買いに行きたい」「ここから出して欲しい」という訴え。しかし、自分の病室に戻ってくるができない。以前無断で離院して警察に保護された。また何があったら大変だ 3) 入院時から歩行にはふらつきがあり、病状や現状を理解しておらず転倒リスク高い。家族から抑制の同意書を得ている。 4) ナースセンターに近い個室で施設。体幹ベルトを装着し安静を促している 5) こういう患者さんが多くて目が届かない。施設もやむなし 6) 施設が当たり前になっている自分たち。 7) これって患者を管理している？看護って何だろう？ 8) 「ここ学校だろ？」「一緒に遊びに行こう」 9) 自分たち看護師を同級生か何かと思っている 10) 現状を正しく認識してもらわなくては。本人の間違った認識はそのつど訂正 11) 「あなたは20オじゃない、結婚してお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする 12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応 13) スタッフに抱きつこうとする。セクハラだ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。

小にする」ではなく、<「退院」>や<「転倒・事故防止」>などになっていた。また、専門職としての判断から離れて、ひとりの生活者としての判断が前面に出ていたものもみられた。こ

のような状態に陥らないために、複雑な医療現場での現象の中、「看護とは何か」と常に自分自身に問い返していけるためのゆるぎない看護理論を定着させておくことが必要であると考える。

表7 事例2における看護師の判断根拠の特徴とその意味

どう判断したか、判断過程の根拠とした内容	判断根拠の特徴	意味
患者さんは抑制することもストレスを感じている、でもどう関わったらよいのか？		
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	発達段階、健康障害とこれまでの経過、生活過程の特徴を示す事実をとらえ、関連づけている	① それぞれのキーワードをとらえ、関連はみえている
8) 「ここ学校だろ?」「一緒く遊びに行こう」 9) 自分たち看護師を同級生か何かと思っている 10) 現状を正しく認識してもらわなくては、本人の間違った認識はそのつと訂正 11) 「あなたは20オじゃない、結婚しててお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする 12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応	患者の言動に着目し、認識に関心が及んでいるが、認識の部分(認知)にしか関心が寄せられていない	② 表現と認識をつながりでもらえているが、認識の一部分(認知)にしか関心が寄せられていない
11) 「あなたは20オじゃない、結婚しててお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする 13) スタッフに抱きつこうとする。セクハラだ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	患者の表現を自分の位置でとらえ不快に思っている。患者が体験している世界を相手の位置で想像できず、その感情にも関心が及んでいない。	③ 感情には着目できず、立場変換できていない
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	患者の状況を見ている家族の立場に立って辛い感情を想像している	④ 家族が体験している世界を相手の位置で想像している
4) ナースセンターに近い個室で施設。体幹ベルトを装着し安静を促している 10) 現状を正しく認識してもらわなくては、本人の間違った認識はそのつと訂正 12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応	看護行為の目的が「離院防止」「転倒防止」になっている。 看護行為の目的が「現状を正しく認識してもらう」になっている。	⑤ 現象に近いレベルで問題をとらえて解決しようとしている
2) 「タバコ買いに行きたい」「ここから出して欲しい」という訴え。しかし、自分の病室に戻ってくる事ができない。以前無断で離院して警察に保護された。また何があったら大変だ 3) 入院時から歩行にはふらつきがあり、病状や現状を理解しておらず転倒リスク高い。家族から抑制の同意書を得ている。 5) こういう患者さんが多くて目が届かない。施設もやむなし	患者の表現から過去に経験した類似の危険な状況を想起して判断しようとしている。介入の根拠として家族の判断を想起している。他患者へのケアとも関連させて判断している。	⑥ 自己の看護体験が看護をする上でのマイナスの材料となっている
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ	病気を「結果」としての側面だけをとりえ、健康な部分や回復過程がイメージできずにいる	⑦ 病気の意味を医学モデルでとらえている
6) 施設が当たり前になっている自分たち。 7) これって患者を管理している？看護って何だろう？	自分たちのケアの結果として患者が消耗していることを見てとり、自分たちのケアが看護であるか、という問いが生まれている	⑧ 看護師の描く看護と現象との不一致によって問いが生まれている

表 8 分析の視点と判断基準および視覚化の方法

項目	分析の視点	分析基準	視覚化の方法
対象のとらえ方	1. 患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりでもとらえているか	1) それぞれのキーワードをとらえ、関連がみえている。	心・身体・社会関係が実線
		2) 事実とはとらえられているが関連がみえていない。	心・身体・社会関係が点線
		3) 事実を部分的にみている。	事実のない箇所は線なし
	2. 表現と認識をつながりでもとらえているか	1) 表現に着目し、そのもととなる認識に関心を寄せている	心と表現が実線
		2) 表現に着目するが、そのもととなる認識には関心が及んでいない	心が点線、表現が実線
	3. 結果だけでなく過程に注目しているか	1) 過去・現在・未来の生活過程と健康の状態を連続したものととらえている	生活過程が実線
2) 過去と現在の事実があっても関連が見えていない		生活過程が点線	
3) 現在の事実のみに着目し、これまでの生活過程のあり方を知るための情報が無い		生活過程の線なし	
判断過程	4. 病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体の内部構造を描いているか	1) 現象の意味を「病気は生活過程の結果であり、回復過程である」という視点でもとらえている	正円錐
		2) 現象の意味を医学モデルなど看護学以外の学問体系の視点でもとらえている	円錐の軸心がずれる
	5. 患者が体験している世界を相手の位置で想像し立場変換しているか	1) 患者が体験している世界を相手の位置で想像している	正円錐
		2) 患者が体験している世界を自分の位置で想像している	一般（先端）がない円錐
	6. 看護上の問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしているか	1) 看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている	高い円錐
		2) 持てる力、健康な部分として事実がとらえられず、看護の目的から逸脱し、現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている	低い円錐
	7. 自己の生活体験や看護体験を想起して看護の動機づけにしているか	1) 自己の生活体験や看護体験を看護する上でプラスの材料に生かそうとしている	_____
		2) 自己の生活体験や看護体験が看護する上でマイナスの材料として働いている	_____

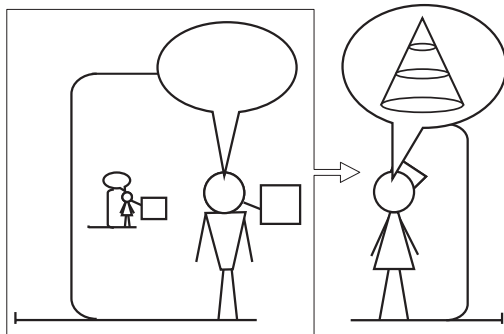


図 3 事例 1 における看護師の判断根拠の特徴

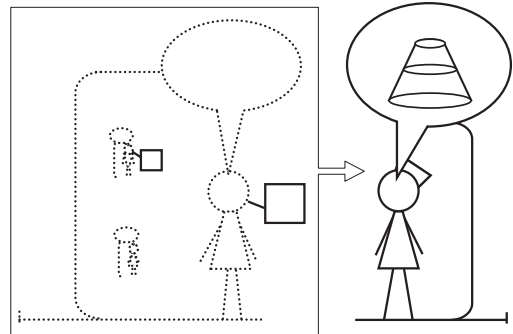


図 4 事例 2 における看護師の判断根拠の特徴

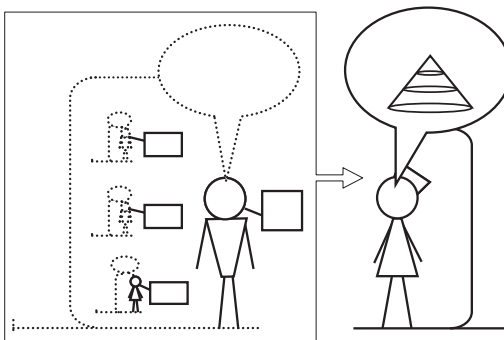


図 5 事例 3 における看護師の判断根拠の特徴

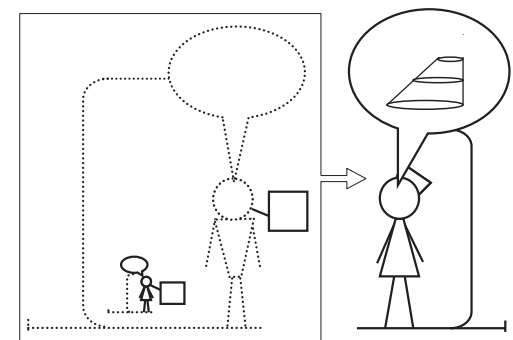


図 6 事例 4 における看護師の判断根拠の特徴

またそこには、昨今の在院日数短縮の動きや、看護師の不足などによって、看護師自身が脅かされていることも予測できる。看護師が感情を安定させ、理性的な判断ができるような環境をつくり出すことも必要である。

4. 2 看護師の認識の構造を視覚化することの意味

看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例においても、対応困難を感じて関われずいた事例においても「関わらなくては、と介入の必要性は感じている」という点においては共通していた。しかし、結果として介入に至ったケースとそうでないケースに分かれている。事例1においても、同じ病棟の他の看護師は「足を切断したことを受け入れ難く、食欲が進まないのだろう」としながらも、術後回復期にあるA氏の心にも身体にも十分に働きかけられずにいた。この違いは何によって生じているのか。事例提供者の判断過程にも「食べられないのも無理はない」という＜患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している＞という特徴は見えてとれた。しかし、＜患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりどとらえ＞、同時に＜もうこんな状態で1週間。これでは治らない。また創が治癒しない＞＜へたとすると命に関わるかもしれない＞という＜回復過程を妨げる生活のあり方が、見過ごせない段階まで続いている＞という判断が働いている。もう猶予がない状態まで患者の生命力が消耗していることを見てとっていた。心と身体と社会関係がこの人にとって最もよい状態にあるか、生命力を消耗させていないか、この人が回復するのにもっとも良い状態におかれているか、そのような問いかけで人間としての全体を見つめたとき、看護の方向性は「見守ること」ではなかったのである。

ただし、対応困難を感じることも自体は決してマイナス面ばかりではない。なぜ自分が対応困難と感じているのかを客観視し、自己評価して課題が明確になれば、手立てが考えられる。このモデルを使うと、自分が何を見落としとしていて、何を目的にして困難を感じているのかのパターンが一目でわかる。当該事例の方向性を見出すばかりでなく、看護専門職者としての自己の認識の特徴と学習課題が明らかとなり、自己の看護実践の振り返りや臨床実習の評価、ケースカ

ンファレンスなどに汎用可能ではないかと考える。

5. 研究の限界と課題

本研究では、介入の方向性を見出したときの事例が1事例、対応困難事例が3事例と少ないため、データに偏りが生じる可能性も否定できない。4事例中2事例は在院日数の短縮など現在の医療制度のあり方などが反映している。また、いずれも中堅の医療機関における看護過程が対象であったが、高度医療の現場、療養型病棟、外来、在宅看護ではどうか、今後はさらに検討事例を重ねて分析の視点と分析基準の精度を高めていく必要がある。また今回は、看護師のこれまでの生活体験や看護体験がプラスに働いているかマイナスに働いているかについては視覚化するには限界があった。今後、看護師の判断に影響する経験についてさらに事例を重ねながら検討を深めたい。

6. 結論

1. 看護過程の構造を分析するための2つのカテゴリー、7つの視点と16の分析基準が明らかとなった
2. 1. の分析基準を用いて対応困難事例における看護師の認識を分析したところ、その構造には、以下の特徴がみられた
 - 1) 対象のとらえ方では、
 - ①事実を部分的に見ている
 - ②事実をとらえられているが関連が見えていない
 - ③表現に着目するがそのもととなる認識には関心が及んでいない
 - ④現在の事実のみに着目し、これまでの生活過程を知るための情報がない
 - ⑤過去と現在の事実があっても関連が見えていない
 - 2) 判断過程では、
 - ①現象の意味を医学モデルなど看護学以外の学問体系の視点でとらえている
 - ②患者が体験している世界を自分の位置で想像している
 - ③持てる力、健康な部分として事実がとらえられず、看護の目的から逸脱し、現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている
 - ④自己の生活体験や看護体験が看護する上

でマイナスの材料として働いている

3. 2. でとらえた特徴をもとに、対応困難事例における看護師の認識の特徴を「問いかける反映・合成像モデル」で視覚化することができるのではないかという展望を得た。

参考・引用文献

- 1) 徳本弘子：事例検討グループ学習における看護婦の認識の発展過程の構造. 千葉看会誌, VOL.4, No. 1, 31-37, 1998.
- 2) 薄井坦子：科学的看護論第3版. 日本看護協会出版会, 1997.
- 3) 諸江由紀子：不全感の残る看護過程における看護師の認識の特徴—「問いかける反映・合成像モデル」を用いての自己評価—. 総合看護, 第41巻, 1号, 21-32, 現代社, 2006.

- 4) 三浦つとむ：認識と言語の理論 1.
- 5) 前掲書 2)
- 6) 前掲書 5) : 106.
- 7) 小笠原広美：対応困難となった看護過程における看護婦の認識とその変化, 総合看護, 29(3) : 3-14, 1994.
- 8) 薄井坦子, 三瓶眞貴子：看護の心を科学する—一解説・科学的看護論. 日本看護協会出版会, 202, 1996.
- 9) 庄司和晃：認識の三段階連関理論. 季節社, 1985.

(受付：2007年11月16日, 受理：2008年1月21日)

A Trial Study to Clarify and Visualize the Cognition Mechanism in Nurses Handling Difficult Cases

Yukiko MOROE, Mitsue FUJITA, Hiroko NAKADA,
Kazuyo KAWASHIMA, Yumi YAMAZAKI, Miyuki KAWAI

Abstract

The purpose of this study was to clarify the cognitive mechanism and develop a method for the visualization of two nursing processes: one by which nurses handling what they perceived as difficult patients in terms of nursing care were able to realize involvement with patients; and another by which nurses with such patients were unable to realize involvement with patients. This study examined four cases: one case in which nurses were able to realize involvement with the patient, and in which the patient showed a positive change; and three cases in which nurses perceived difficulties and were unable to realize involvement with the patients concerned. Four nurses were asked to consider their cases and were interviewed on their clinical judgments during the process of these cases. According to qualitative analysis of the interview content, two categories, seven viewpoints and 16 analytical criteria for analysis of the cognitive mechanism of nursing care processes were clarified. Furthermore, I created a tentative method for the visualization of the mechanism based on this result. I will develop this method as a self-evaluation tool by examining more cases.

Key words nursing process, difficulty case, nurse's cognition, visualization, self-evaluation tool