

# 看護師に必要な臨床判断能力に関する研究

## — 体位変換実施時の意思決定プロセス —

三好 さち子\*<sup>1</sup> 大津 廣子\*<sup>2</sup> 望月 章子\*<sup>3</sup> 浅井 優子\*<sup>4</sup>  
南 美智子\*<sup>5</sup> 今西 芳子\*<sup>6</sup> 大平 政子\*<sup>7</sup>

- \* 1 広島県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
- \* 2 岐阜大学医学部看護学科
- \* 3 静岡市立看護専門学校
- \* 4 豊橋ハートセンター
- \* 5 東海北陸厚生局
- \* 6 国立金沢病院
- \* 7 名古屋市立大学看護学部

2002年9月10日受付

2002年11月22日受理

### 抄 録

本研究の目的は、ある看護行為の実施過程における意思決定プロセスを明らかにすることである。同意の得られた34名の病院勤務看護師が、模擬患者（65歳、女性、脳梗塞・左片麻痺、仰臥位で寝ている、背部痛を訴えている。）への看護行為の実施過程での意思決定プロセスを分析した。データ収集は、半構成的面接法と看護行為のVTR撮影、自記式質問紙を用いて行った。分析は質的、帰納的な分析方法を用いた。その結果、次のことが明らかになった。①看護行為の選定過程では、患者の主観的な訴えを重視して看護行為を選定している。②必要な観察項目では、身体状況に視点をあてた観察を重要視している。③看護行為実施時の看護師の問題認知と仮説設定の思考プロセスは、症状などの現象を問題と認知し、身体内部の変化に着眼しており、心理的側面までを読み取った対応をしていない。

キーワード：臨床判断能力、看護行為、意思決定プロセス

## はじめに

最近の保健医療の急速な発展とともに、看護職には質の高い援助が求められ、看護実践の場において、常に臨床場面に適切に判断し、意思決定を行い、行動化する能力が求められている。そのような能力の育成に向けて、看護基礎教育では、臨床判断能力の効果的な教育方法の検討が課題となっている。

臨床判断能力に関する先行研究をみると、佐藤<sup>1)</sup>がBennerの理論を基礎に看護師の臨床判断の構成要素と段階について、太田<sup>2)</sup>が新人看護師の看護判断の構成要素について報告している。また、久保<sup>3)</sup>は癌患者の疼痛管理の場面での看護師の臨床判断構成要素に関して、宮崎<sup>4)</sup>は保健師の援助過程における判断構造について報告している。しかし、その研究方法は、久保<sup>5)</sup>が参加観察法を用いている以外は、質問紙や半構成的面接法を用いて、研究対象者自身の回答のみをもとに分析した結果であり、研究者が援助場面を観察した上で、研究対象者の臨床判断過程を分析したものではない。また、芝田<sup>6)</sup>らが臨床判断能力の指導方法について報告しているものの、先行研究の多くは臨床判断能力の構成要素の分析に留まり、その能力向上に向けての教育に役立つ看護の実施過程における判断の仕方に関しては言及していない。

看護職の役割は看護を必要としている人々に対して、必要な援助を判断し、適切な方法を選択し実践することであるが、看護職者は看護行為実施前に判断し選択した方法を実施しながらも、そのときの状況を判断し、より適切な方法の実施にむけて思考を働かせていると考えられる。そこで今回、看護師の臨床判断能力の向上に有効な教育の要点を明らかにするために、看護師が実践する看護行為を観察し、看護行為の実施過程における意思決定プロセスを分析した。

本研究で使用する用語は、次のように定義する。臨床判断能力とは、患者の状態を判断し、看護行為の実施過程を意思決定するために必要な能力である。看護行為とは、対象にあわせた看護技術の提供をいう。看護行為の実施過程の意思決定プロセスとは、「問題の認知」からはじまり、「仮説の設定」「仮説に沿ったデータ収集」「実施前と実施過程における看護の方法の選択と決定」の思考過程をいう。

## I 研究目的

看護師の臨床判断能力の向上に有効な教育の視点を明らかにするために、看護行為の実施過程における意思決定プロセスを分析する。

## II 研究方法

1 研究対象：本研究に了解が得られたS県内4病院に勤務している看護師34名（女性32名、男性2名）

2 調査期間：1998年11月15日～12月19日  
3 研究方法：半構成的面接法、観察法および質問紙調査の併用。具体的には以下の過程による。

①調査対象者には事例(65歳,女性,脳梗塞・左片麻痺,仰臥位で寝ている,背部痛を訴えている。)を提示し,事例を読んだ時点で判断した必要な看護行為とその判断根拠について研究者が半構成的面接法により聴取した。半構成的面接では『看護行為を考えるために最も着眼した情報』、『情報からの予測』、『看護行為の選定』、『看護行為の実施』、『看護行為選定の根拠は何か』、『看護行為実施時に何を観察しようと思うか』の6つの視点を聴取した。面接内容は調査対象者の了解を得て録音した。

②半構成的面接終了後,調査対象者はベッドサイドに行き,自分が必要だと考えた援助を模擬患者に実施した。その際,調査対象者の了解を得て,実施している看護行為をVTR撮影した。なお模擬患者役には,事例と同様の条件で演じるように指示し,調査対象者から質問をされたときのみ,そのときの気持ちを素直に発言してもよいことにした。

③看護行為終了後,実施した看護行為のVTRを調査対象者に視聴させ,なぜそのような看護行為を行ったのか,その行為の実施根拠などについて,半構成的面接と同じ6つの視点で構成された質問紙による自記式調査を行った。

## 4 分析方法：

1) 模擬患者に看護行為を実施する前(以下,実施前)の面接で得られたデータと,模擬患者に看護行為を実施した後(以下,実施後)のデータを次の手順で質的,帰納的思考の面から分析を行った。その際,研究者全員で討議しながら内容を分析することにより,分析の信頼性を高める工夫をした。

①実施前での半構成的面接時に録音した面接内容のデータを逐語記録に起こす。

②逐語記録と実施後の調査内容から得られたデータを『看護行為を考えるために最も着眼した情報』、『情報からの予測』、『看護行為の選定』、『看護行為の実施』、『看護行為選定や実施の根拠は何か』、『看護行為実施時に何を観察しようと思うか,または思ったか』の場面ごとに,関連する内容を短い言葉で要約し,関連する用語の選択と整理を行う。

2) 調査対象者が,模擬患者に看護行為を選択する意思決定プロセスについて,実施前と実施後(行為実施前データに実施中の追加項目を含む)で比較検討した。

## 5 倫理的配慮

協力の同意が得られた施設の看護管理者を通じて調査対象者の推薦を受けた。調査開始前には調査対象者に具体的な方法を説明し,あらためて同意を得た。ま

た自分の意思によっていつでも調査への協力を中止できることを伝えた。

### Ⅲ 結果

#### 1 調査対象者の特性

調査対象者の年齢は、平均年齢26.6±5.5歳であり、24～26歳が13名(38.2%)と最も多かった。臨床経験年数は、3年以上5年未満の者が9名(26.5%)、1年未満が7名(20.6%)、他は各6名であった。看護基礎教育の背景は、3年課程(専門学校)卒業が26名(76.5%)と最も多く、次いで2年課程(専門学校)が6名(17.6%)であり、看護系大学の卒業者はいなかった。片麻痺患者の看護経験の有無では、「少し経験あり」の者が22名(64.7%)で、「多く経験あり」の者が7名(20.6%)、「経験なし」の者が5名(14.7%)であった。臨床実習指導者講習会受講の有無では、「受講なし」の者が25名(73.5%)で、「受講あり」の者は9名(26.5%)であった。臨床実習指導経験の有無では、「毎日指導経験あり」の者が2名(5.9%)、「時々指導経験あり」の者が11名(32.4%)で、21名(61.8%)の者が「指導経験なし」であった。(表1)

表1 調査対象者の特性

項目	区分	実数	%	項目	区分	実数	%
年齢	21～23	10	29.4	卒業課程	2年課程(専門学校)	6	17.6
	24～26	13	38.2		3年課程(専門学校)	26	76.5
	27～29	3	8.8		2年課程(短大)	1	2.9
	30～32	5	14.7		3年課程(短大)	1	2.9
	33～35	0	0.0		看護大学	0	0.0
	36～38	1	2.9		計	34	100.0
	39～41	1	2.9	臨床経験	多く経験あり	7	20.6
	42～44	0	0.0		少し経験あり	22	64.7
	45～47	1	2.9		経験なし	5	14.7
48～50	0	0.0	計	34	100.0		
計	34	100.0	講習会受講	有り	9	26.5	
臨床経験年数	1年未満	7		20.6	無し	25	73.5
	1年以上3年未満	6		17.6	計	34	100.0
	3年以上5年未満	9	26.5	指導経験	時々あり	11	32.4
	5年以上10年未満	6	17.6		毎日あり	2	5.9
	10年以上	6	17.6		無し	21	61.8
	計	34	100.0	計	34	100.0	

#### 2 看護行為実施時の意思決定プロセスの実態

逐語記録と実施後の調査から整理した用語623件を『看護行為の選定』、『看護行為の根拠』、『必要な観察項目』毎に整理した。

##### 1) 看護行為の選定過程

調査対象者が、模擬患者に看護行為を選定する思考過程について、『看護行為を考えるために最も着目した情報』、『情報からの予測』、実施しようとする『看護行為の選定』の視点からまとめ、実施前と実施後で比較した。

実施前の『看護行為を考えるために最も着目した情報』は34名からの記述件数は、「背部痛」が32件であった。他に「長時間の仰臥位」4件、「片麻痺」3件であった。『情報からの予測』は「圧迫」が18件で最も多かった。次いで「循環障害」11件、「筋肉の緊張」8件、「長時間の仰臥位」5件、「自分で動けない」3件、「ストレス」「心理的反応」「心筋梗塞」「他の疾患の可能性」が各1件であった。それに基づく『看護行為の選定』は「側臥位への体位変換」が28件、「右側臥位への体位変換」が5件であり、両者をあわせると調査対象者34名中33名が側臥位への体位変換を選定していた。次に多くみられた看護行為は、「マッサージ」5件、「ヘッドアップ」3件、「円座・枕」2件、「車椅子」と「清拭」が各1件であった。

これを調査対象者ごとに示したものが「調査対象者別看護行為を決定する過程」(表2)である。34名中17名に「背部痛一圧迫一側臥位への体位変換(右側臥位含む)」という意味決定プロセスがみられた。また看護行為を考えるために最も着目した情報に「長時間の仰臥位」をあげた4件の内3件は「長時間の仰臥位一筋肉の緊張一側臥位へ体位変換」という意思決定のプロセスであった。

表2 調査対象者別看護行為を決定する過程

調査対象者番号	経験年数					片麻痺の看護経験			最も着目した情報			情報からの予測							看護行為の選定								
	1年未満	1-3年	3-5年	5-10年	10年以上	たくさんあり	少しあり	無し	背部痛	長時間の仰臥位	片麻痺	長時間の仰臥位	圧迫	筋肉の緊張	循環障害	自分で動けない	心筋梗塞	心理的反応	ストレス	他の疾患の可能性	側臥位へ体位変換	右側臥位へ体位変換	マッサージ	ヘッドアップ	車椅子	清拭	円座・枕
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
計	7	6	9	6	6	8	21	5	32	4	3	5	18	8	11	3	1	1	1	1	28	5	5	3	1	1	2

次に実施後との比較では、『看護行為を考えるために最も着眼した情報』としては最高の「背部痛」が同数の32件で増加はみられなかった。その他に「長時間の仰臥位」6件(2件増)、「片麻痺」4件(1件増)があり、実施後に新たに「自分で動けない」2件、「痛みの持続と増強」「仰臥位が楽といった」「体位変換していない」がそれぞれ1件加わった。(図1)

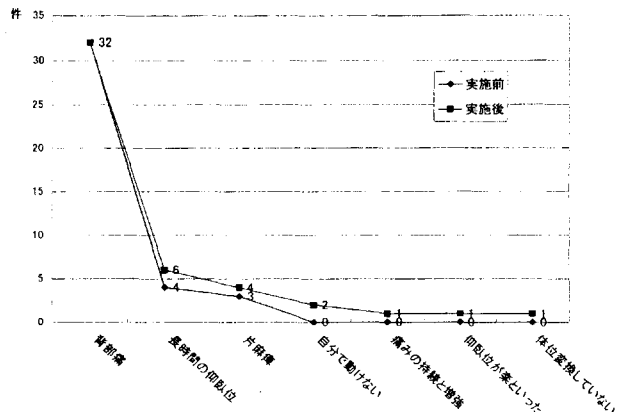


図1 看護行為を考えるために最も着眼した情報

『情報からの予測』では、「圧迫」が同数の18件で増加はみられなかった。「循環障害」12件(1件増)、「筋肉の緊張」14件(6件増)、「長時間の仰臥位」5件(同数)、「自分で動けない」4件(1件増)、「ストレス」「心理的反応」「心筋梗塞」「他の疾患の可能性」は実施前、実施後ともに各1件であり増加は見られなかった。(図2)

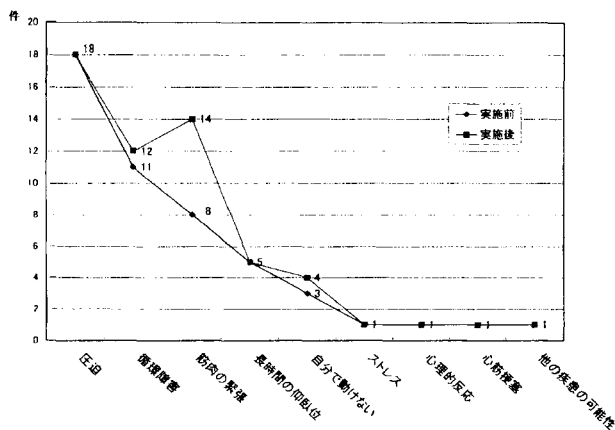


図2 情報からの予測

『看護行為の選定』は「側臥位への体位変換」が29件(1件増)、「右側臥位への体位変換」が21件(16件増)であった。その他、「マッサージ」14件(9件増)、「ヘッドアップ」5件(2件増)、「枕」7件(6件増)などであった。実施後の新たなものに「タッピング」2件、「病室環境を整える」1件、「湿布」1件がみられた。(図3)

実施後の回答で『他に考えられる方法』は、多いものから順に「マッサージ」16件、「車椅子」11件、

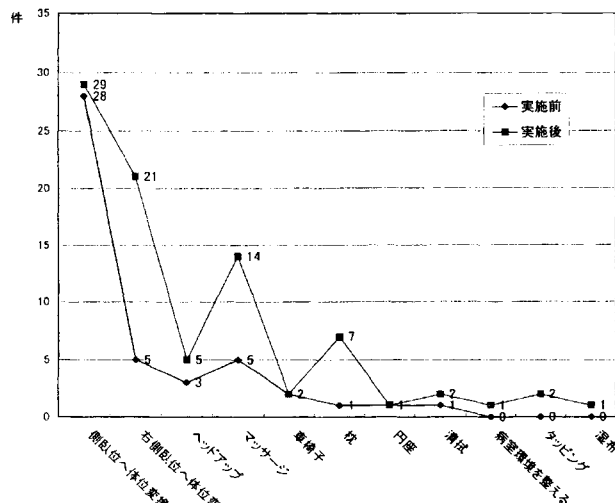


図3 看護行為の選定

「ヘッドアップ」8件であった。実施後に新たに追加されたのは、多いものから「端坐位」6件、「散歩」4件、「褥法」4件、「除圧マット」3件、「歩行(杖)」2件などであり、「左側臥位への体位変換」との回答をしたものが1名あった。(図4)

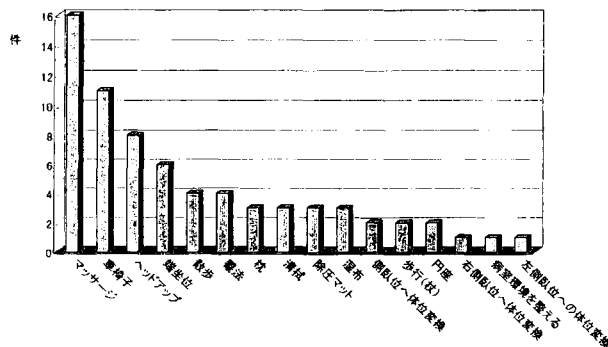


図4 他に考えられる方法

## 2) 看護行為の選定・実施の根拠

34名が回答した看護行為の根拠(図5)をみると、実施前で最も多かったのは「二次障害の予防」14件、次いで「除圧」13件、「脳梗塞・片麻痺・自分でできない」11件であり、身体的側面の根拠(以下、身体的根拠)が上位を占めている。「苦痛の緩和」8件、「心理的效果」4件、「痛みを訴えている」3件と心理的側面の根拠(以下、心理的根拠)件数は、身体的根拠件数を下回った。

実施後の根拠件数を見ると、「除圧」が最も多く17件(4件増)、ついで「二次的障害の予防」15件(1件増)、「脳梗塞・片麻痺・自分でできない」15件(4件増)、「苦痛の緩和」12件(4件増)、「心理的效果」10件(6件増)、「痛みを訴えているから」7件(4件増)であった。

身体的根拠件数と心理的根拠件数を比較すると、実施前の根拠件数61件のうち、身体的根拠件数は38件、心理的根拠件数は15件であり、身体的根拠件数

が有意に多く見られた ( $\chi^2$ 検定  $p < .05$ )。実施後の根拠件数91件をみると、身体的根拠件数は47件、心理的根拠件数は29件であり、身体的根拠件数が有意に多く見られた ( $\chi^2$ 検定  $p < .05$ )。

看護行為の選定・実施の根拠と看護師経験年数及び片麻痺患者の看護経験の有無との有意差はみられなかった。

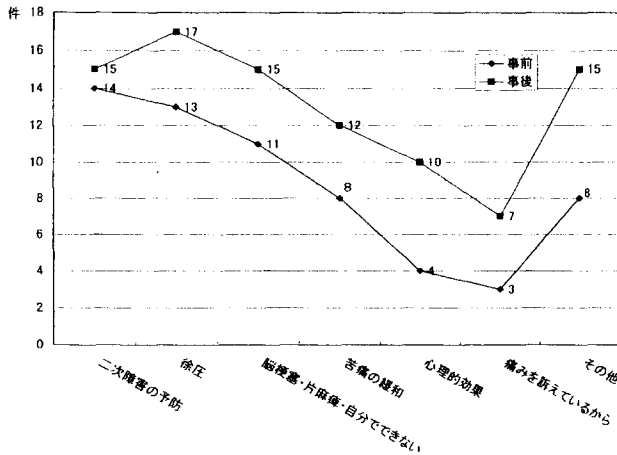


図5 看護行為の根拠

### 3) 必要な観察項目

『看護行為実施時に何を観察しようと思うか、または思ったか(複数回答)』について、記入された結果を実施前と実施後毎にまとめ、分析した結果、観察しようと思う項目は、①身体状況(痛みや皮膚状態など)、②心理状況(どうして欲しいか、安楽か苦痛かなど)、③社会状況(仕事や人間関係、家族など)、④病態(治療方針・内容や現病歴など)、⑤生活状況(運動や食など)の5つのカテゴリーに分類できた。

5カテゴリー中、実施前、実施後ともに最も多くの記述が見られた観察項目は、身体状況(実施前:140件、実施後:164件)であり、次いで病態(実施前後とも:63件)、心理状況(実施前:36件、実施後53件)、生活状況(実施前:32件、実施後:40件)であり、最も記述が少なかった観察項目は、社会状況(実施前:11件、実施後:15件)であった。(図6)

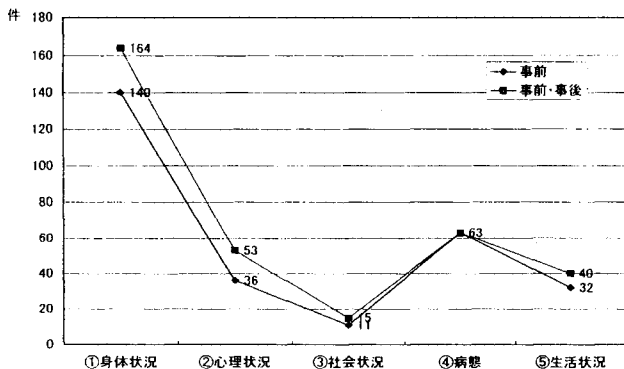


図6 看護行為時に何を観察しようと思うか・思ったか(複数回答)

カテゴリー別に看護行為を通して追加された観察項目の増加数をみると、最も増加していた観察項目は身体状況(24件増)であり、次いで心理状況(17件増)、生活状況(8件増)であったが、病態の観察項目の増加は見られなかった。

カテゴリー別に実施後の観察内容(表3)をみると、身体状況では、「痛みの部位」(29件)が最も多く、その他、「痛みの程度」(18件)、「麻痺側の状態」(17件)、「発赤・腫脹などの皮膚状態」(16件)、「体位変換の時期・間隔」(15件)などがあった。

病態の観察内容では、「治療方針・内容・看護計画」(13件)が最も多く、次いで「現病歴」(11件)、「言語障害」(10件)、「脳梗塞の部位・程度」(9件)などがあった。

表3 実施後のカテゴリー別観察内容

カテゴリー	観察内容	件数	カテゴリー	観察内容	件数
身体状況	痛みの部位	29	心理状況	安楽か・苦痛か・不安か	9
	痛みの程度	18		どうして欲しいか	20
	痛みの原因	5		一番つらい事は何か	4
	痛みの時期	10		苦痛が緩和したか	11
	痛みの種類	6		その他(やま気・気力・朝気受容・夜間)	5
	皮膚状態(発赤・腫脹など)	16	生活状況	運動(可動範囲・安楽体位)	24
	皮膚状態(潤滑)	8		休息・睡眠	1
	皮膚状態(腫脹)	5		食	6
	皮膚状態(その他、背部の状態など)	10		排泄	2
	体位変換の時期・間隔	15		清潔	2
	麻痺側の状態	17	社会状況	衣・シューズ・掛け物	5
	健康状態・筋力	1		労働・生活レベル・仕事	2
	褥瘡部位・程度	8		環境・気候・病床・人間関係など	6
	バイタルサイン	7	病態	家族・役割・キーパーソン	7
	その他(気分・表情・顔色)	9		治療方針・内容・看護計画	13
	現病歴	7		現病歴	11
	脳梗塞の部位・程度	9		脳梗塞の部位・程度	9
意識レベル・理解力	6	意識レベル・理解力	6		
言語障害	10	言語障害	10		
合併症	3	合併症	3		
全身状態・検査	4	全身状態・検査	4		

心理状況の観察内容では「どうして欲しいか」(20件)という患者側のニーズを観察するとの回答が最も多く、次いで「苦痛が緩和したか」(11件)、「安楽か・苦痛か・不安か」(9件)などがあった。

生活状況の観察内容では、「運動・可動範囲・安楽体位」(24件)が最も多く、「食」(6件)、「衣・シューズ・掛け物」(5件)などがあった。

社会状況の観察内容では、「家族・役割・キーパーソン」(7件)、「環境・気候・病床・人間関係など」(6件)があった。

### 4) 「問題認知」と「仮説の設定」との関連性

逐語記録から意思決定プロセスの「問題認知」と「仮説の設定」との関連性を分析すると3つのパターンに分類された。(表4)

Iパターンは、特性Aのように「背部痛」という現象を「長時間寝ていたからであろう」というレベルで解釈し、「長時間寝ている」ことが、どのように身体内部に影響を与え、変化を引き起こすかというメカニズムと関連させながら観察を広げ深めようとしないパターンであり、34名中11名にこの傾向がみ

られた。

Ⅱパターンは、特性Bのように「背部痛」「片麻痺」という問題認知から「血流不全」「心筋梗塞の疑い」「同一体位による苦痛」などの仮説の設定がなされ、身体内部の変化は読み取ろうとしているが、心理的側面までは読み取ろうとはしていないパターンであり、34名中20名にこの傾向がみられた。

Ⅲパターンは、特性Cのように「背部痛」という問題認知から「同一体位による圧痛」ではないかと仮説を設定し、身体内部の変化を読み取ろうと観察を広げていることに加えて、「麻痺により動けないことによるストレス」という心理的側面までも読み取ろうとしているパターンであり、34名中3名にこの傾向がみられた。

表4 「問題認知」と「仮説設定」との関連性

特性	問題認知	仮説の設定	意思決定した方法	意思決定した方法の実施に必要な情報	パターン
A	背部痛	長時間寝ていたから	側臥位	痛みの程度 言語障害の有無 健側をどの程度動かせるか 寝ていて苦痛なこと いつから側臥位か どちらを向きたいか 何をしたいか	I
B	背部痛 片麻痺	血流不全 心筋梗塞の疑い 同一体位による苦痛 褥創予防 気分転換を図る	体位変換	顔色・麻痺の状態 バイタルサイン、血液検査データ 頭痛、しびれ、褥創などの皮膚の状態 医師の所見による梗塞の段階 病気の段階、ゴールの見通し 看護目標、看護計画 利き手、ADLの状態 臥床していることでの苦痛、背部の状態 前回の体位変換 安楽な体位 気分、心の支えになる人	II
C	背部痛	同一体位による圧痛 自分で体位変換が出来ない 麻痺により動けないことによるストレス	安楽な体位 体位変換 車椅子移動	背部痛はいつからか 他の痛みの部位の有無、麻痺の程度・健側の筋力・関節の拘縮の程度 浮腫、皮膚色、栄養状態 褥創の好発部位の発赤の有無 健康の段階 日常生活の程度（可動範囲） 布団や掛け物の重み 気分 病気はいつからか 身の回りの事をするやる気と積極性の有無 言語障害の程度 嚥下困難の有無 食事摂取状況と体位	III

これらのパターンを臨床経験年数別にみると、Ⅰパターンは3～5年未満の9名中4名、Ⅱパターンは1年未満の7名中5名を、Ⅲパターンの3名は経

験年数がばらついていた。3つのパターンと経験年数には統計的な差は見られなかった。

## IV 考察

### 1 看護行為の選定過程

看護行為の選定過程では対象の「背部痛」という訴えに着眼して行為を決定しようとしていることが分かる。『情報からの予測』は「圧迫」「循環障害」「筋肉の緊張」「長時間の仰臥位」など、表現の違いはあるが、予測から考えられた看護行為は、共通して体位を変えて側臥位にすることであった。その理由として、同一体位を避けることが必要であるとの判断をしているといえよう。

実施前の『看護行為の選定』では「右側臥位への体位変換」は5件であったが、実施後に、「右側臥位への体位変換」と限定した回答が21件に増加していた。実施前の回答に「右側臥位への体位変換」が少なかったことに関して、次の二つのことが考えられる。一つは、麻痺側を下にはしないという知識に裏付けられた行為が、田島<sup>7)</sup>が紹介している目標分類学の枠組みの、精神運動領域の目標レベルにおける模倣、コントロール、自動化のうち、自動化レベルまで到達しており、あえて言語化されなくても自然に正しい行為ができるのではないかと考えられる。もう一つの考え方は、行為前には同一体位を避けるために側臥位にすることだけしか気づかなかったものが、模擬患者に接することによって、麻痺側を下にはしないという知識が想起されてその場で考えながら右側臥位への体位変換を行うという、コントロールレベルにあるとも考えられる。両者ともに言語化できていないことは共通するが、看護行為における思考プロセスには差がある。看護行為の実施に先立って「右側臥位への体位変換」と限定的に言語化されなかった理由については、看護判断とその言語化に関する問題とも思われる。

『他に考えられる方法』では病態生理学的な知識からすれば禁忌である「左側臥位への体位変換」の回答が1件あった。この回答者は「右側臥位」「左側臥位」の両方の回答をしており、同一体位を避けて体位変換するとの知識だけで、麻痺側を下にしないという基本的な理解がされていないことによるのか、麻痺側を保護する対応などを考慮した上で左側臥位とするのかは、今回の回答からは明確にならなかった。また、『他に考えられる方法』では「マッサージ」が多かったが、このことは、側臥位への体位変換を行った後、患者から手を離さないで痛みを訴えた背中をマッサージするという一連の行為を意識したことによって行っている方法が挙げられたものと推測される。次に「車椅子」「端坐位」「ヘッドアップ」などが多いことは、患者の生活空間を拡大し自立に向かわせようとしていることを示すものと思われる。

### 2 必要な観察項目

次に、調査対象者が重要であると考えている観察項目は、痛みの部位・程度、発赤・腫脹などの皮膚状態という身体状況に関する観察であり、このことは提示された「背部痛」という患者の訴えを問題視し、痛みを軽減するために、必要なデータである痛みの原因を追求するための観察項目であると考えられる。心理状況の観察項目の上位に「患者がどうして欲しいか」の項目があることは、看護師は患者の希望を尊重して対応しようとしている状況が伺われる。その際に患者の希望とあわせて、状況を専門的に判断して適切な看護行為を選択し、さらに患者の理解を得るために十分な説明を行い、患者自身が行為を選択し決定してゆくプロセスをつくる必要がある。患者の希望を聞くことは、臨床判断を行う際の重要な側面を表すものであるが、患者の希望に依存しすぎて看護行為の選択を誤らないようにする必要がある。

「看護行為の選定」「必要な観察項目」の実施前後の比較で、実施前より実施後のデータが増加していたことは、実際に模擬患者と接したことで、事前に示された事例では気づかなかった情報や観察項目に気づいた結果だといえよう。このことから、看護師は、患者に直接行う看護行為の実施過程で、さらに情報を収集し、看護判断を繰り返しながら看護の方法を発展させ、また修正して看護を実施していると考えられる。

### 3 「問題認知」と「仮説の設定」との関連性

「問題認知」と「仮説の設定」との関連性を分析すると、Ⅰパターンは「問題を単に説明しているパターン」であり、Ⅱパターンは「問題を身体内部の変化から読み取ろうとするパターン」、Ⅲパターンは「問題を身体内部の変化と心理的側面から読み取ろうとするパターン」であると解釈できる。3つのパターンの中でも、Ⅱパターンの「問題を身体内部の変化から読み取ろうとするパターン」が多く見られたことから、看護職者が問題を認知し仮説を設定する思考プロセスにおいて、症状などの現象を問題と認知し、身体内部の変化に視点をおき、心理的側面までは組み入れようとしていないのではないかと考えられる。問題を認知し仮説を設定し、方法を選択し決定するという意思決定プロセスは、多面的な専門的知識に裏付けられた必要な情報をどれだけ認識できるかにかかっているといえる。したがって、身体内部の情報のみでなく、あらゆる場での多様な側面からの観察力とその解釈・統合能力を身につけられるような教育方法の工夫が必要であると考える。

### 4 臨床判断能力向上にむけての教育

一般的に臨床判断能力の高さは、臨床経験年数に相

関すると考えられるが、本研究結果からは有意な差はみられなかった。経験とは「当人が前もって考えていた考えや期待を積極的に洗練したときにはじめて経験となる。」<sup>8)</sup>のであり、ただ年数だけを積み重ねていても専門家としての経験とはならない。したがって、看護職としての経験を積むということは、看護職としての実践経験から得られた知識を積極的に活用し洗練させることを意味する。そのように洗練された多くの経験から得られた実践知識<sup>9)</sup>に裏付けられた仮説の設定がなされ、データ収集をして看護行為を決定するという意思決定プロセスの積み重ねが、質の高い臨床判断能力の育成につながると考える。

臨床における意思決定は、患者への看護行為について決定を下すことであり、①どういう観察したら適切なのか、②観察した結果どう解釈すればよいのか、③どのような看護介入をすればよいのか、という要因が関係する。換言すれば、意思決定を下す看護師が、情報をどうやって活用するかということである。それには「問題の認知（最初に使える手がかり）」「仮説の設定（最初に示された手がかりを説明する仮説）」「仮説にそったデータ収集（仮説をそれにより否定するのか、採用するのか。仮説をもっと練り上げていくのか）」という認知的な活動が重要となる。

以上のことから、臨床判断能力を向上させるには、関連情報を選択し、適切な形でデータを組み立てたり組み合わせたり、また、データを正しく解釈したりデータから意思決定に至る推論を行うための知的な思考過程ができるような教育が重要であり、同時に一連の思考過程を言語化できる能力の育成を図る必要があると考える。

## 結 論

看護師の体位変換実施時の意思決定プロセスを分析した結果、以下のことが明らかになった。

- 1 看護行為の選定過程では、患者の主観的な訴えを重視して看護行為を選定している。
- 2 必要な観察項目では、身体状況に視点をあてた観察を重要視している。
- 3 看護行為実施時の看護師の問題認知と仮説設定の思考プロセスは、症状などの現象を問題と認知し、身体内部の変化に着眼し、心理的側面までを読み取った対応をしていない。

## おわりに

臨床判断能力を、患者の状態を判断し看護行為の実施過程を意思決定するために必要な能力であると定義し、臨床における看護師の意思決定をする際の思考過程について分析した。本研究の限界は、限られた施設の看護師を対象にしていることから、この結果を一般

化することができないことである。今後は今回の研究で明らかになった事項を踏まえ、臨床判断能力の向上に有効な教育方法について検討していきたい。

(本研究の要旨は平成12年7月、第26回日本看護研究学会学術集会において報告した。)

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く協力していただいた病院勤務の看護師の方々に深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 佐藤紀子. 看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言:看護, 41(4):127-143. 1989
- 2) 太田澄恵. 看護判断の質的变化に関する研究(1). 日本看護学教育学会誌, 3(2), :80-81. 1993
- 3) 久保五月. 癌患者の疼痛管理における看護婦の臨床判断に関する研究—臨床判断を構成する要素とその関連について. 日本看護科学学会誌, 16(2), 80-81, 1995
- 4) 宮崎美砂子. 保健婦の援助過程における判断の構造, *Quality Nursing*, 1(8): 45-53 1995
- 5) 前掲書 3)
- 6) 芝田里花, 竹内京子, 坂本百合子他. 看護婦の臨床判断能力の向上に有効な指導方法の検討. 第27回日本看護学会看護教育集録, 124-126, 1996
- 7) 田島桂子. 看護実践能力育成に向けた教育の基礎, 東京医学書院, 133-135, 2002
- 8) Benner, P.: *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984, 井部俊子他訳. ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー—. 東京, 医学書院, 211, 1992
- 9) 前掲書 8)



## Research Concerning Clinical Judgement Ability Required of Nurses —The Reality of Decision Making Process in Position Change Enforcement—

Sachiko MIYOSHI\*<sup>1</sup> Hiroko OTSU\*<sup>2</sup> Akiko MOCHIZUKI\*<sup>3</sup>  
Yuko ASAI\*<sup>4</sup> Michiko MINAMI\*<sup>5</sup> Yoshiko IMANISHI\*<sup>6</sup>  
Masako OHIRA\*<sup>7</sup>

- \*1 Hiroshima Prefectural College of Health Sciences, Department of Nursing
- \*2 Gifu University, School of Medicine, Nursing Course
- \*3 Shizuoka Municipal Nursing College
- \*4 Toyohashi Heart Center
- \*5 Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare
- \*6 National Kanazawa Hospital
- \*7 Nagoya City University School of Nursing

### Abstract

We analyzed the decision making process when 34 nurses working at hospitals who consented to this study performed nursing duties on a simulated patient (65-year-old woman, cerebral infarction and left hemiplegia, lying supine, complaining of back pain). Data were gathered by interview using a semistructured questionnaire, videotaping of the nursing actions, and an open response questionnaire. An inductive analytical approach was used. Our analyses revealed the following: 1) Nurses attach importance to subjective complaints of patients when selecting nursing actions; 2) Nurses believe that observations related to a patient's physical condition take priority over other observations; 3) During the process of recognizing a problem and establishing a hypothesis, nurses recognize phenomena such as a symptom as a problem, focus only on internal physical changes, and establish a hypothesis, and they tend not to attempt to perceive the psychological aspects.

**Key words** : Clinical judgement ability, Nursing intervention, Decision making process