

看護における臨床判断の一考察

岡本, 陽子
九州大学医療技術短期大学部看護学科

<https://doi.org/10.15017/144>

出版情報 : 九州大学医療技術短期大学部紀要. 12, pp.1-8, 1985-02-28. 九州大学医療技術短期大学部
バージョン :
権利関係 :

看護における臨床判断の一考察

岡 本 陽 子^{*}

On Clinical Judgment in Nursing

Yoko Okamoto

1 はじめに

看護は患者と看護婦の相互作用を基本にして成立する援助過程である。その援助過程の成果は看護婦が患者の要求に応えることができたかどうかによって示される。この援助過程の中心的機能は看護婦によって表わされる看護査定又は看護過程を統合する看護診断すなわち総合的理解力である。そのうえ、患者が看護婦に求める要求は個々の患者の状況や状態によって変動するので、看護婦は常に主体的な判断を下すことを求められる。したがって看護婦は看護の現場では判断を下すことから免れることはない。それゆえ、総合的理解力には、患者の即座の要求を充たすための、すばやい判断と称する性質のものが含まれるであろう。

しかも看護実践の方向は動的過程ではこの判断に依存するのであるから、その看護の成果に対する影響は大きい。

筆者は過去にプライマリー・ナーシングの導入の必要性を強調した。⁽¹⁾ この看護システムは患者に対する看護婦の主体的で、責任、自律、権威にもとづいた適確な判断力を不可欠とする。ここでも看護婦の判断が重視される。

多くの看護婦は看護過程は看護の独自の役割を表わしていると思っているが、⁽²⁾ Henderson は、看護過程に起こってくる看護活動以外にも、

看護のあることを主張し、その中での看護婦の即座の判断の重要性を指摘した。ところが、このような看護婦の下す判断、総合的理解力が看護実践に重きをなすにもかかわらず、それへの究明の手は及んでいない。この稿ではこの判断を臨床判断と呼ぶ。そしてこの判断の構造を論究する。

2 先行研究の検討

看護実践で求められる判断とは何か。Henderson は「The nursing process-is the title right?」において、看護行為には臨床判断と称される独自の判断があるのを認める。今では看護過程が看護のすべてであるかのような一般的認識があることを批判して、Henderson はこの論文の中で、「人間のニードに対する看護婦の応答のほとんどは即時の決断を要求するであろう。救急外来や集中ケア病棟においてはこれは確かな事実であろう。これらの看護婦の応答は臨床判断と呼ばれるようなものによって記述される。臨床判断は理論的知識や経験からもたらされるであろうが、それは直観的である。⁽³⁾ ここで Henderson は問題解決の分析的過程、いわゆる看護過程に起こってくる看護活動以外にも看護と呼ばれる活動のあることに注目し、そこで行う看護婦の即時の決断を重視する。実際、多くの看護婦はこの判断の重要性を見逃してきたのである。Henderson がこのことを重視した背景には、看護の専門職化が進み、看護独自の役割を明確化することに看護婦の関心が集中し、

* 九州大学医療技術短期大学部看護学科

看護の科学を確立するといった志向が強まるとき、看護実践における看護婦の経験や直観的なものが軽視される傾向にあることを感得したことにあるといえる。

そして看護婦の活動に不可欠の科学性とともに無視できない、直観的、わざ的側面のあることを示したのである。Henderson のいう、看護の直観的、わざ的側面、または直観的、主観的反応とは臨床判断を指している。臨床判断の直観的、わざ的側面について、Henderson は説明する。すなわち、これは「主観的で不可思議な、定義しにくい、あるいは記述を拒否さえするような性質をもったもの」⁽⁴⁾とする。これは科学的側面が「客観的で不可思議な要素を最小限に減らしたもの」に対応している。Henderson によると、臨床判断は直観的であり、直観的であるとは主観的で不可思議なものということになる。「ヘルスケア提供者たちが臨床判断を展開する同じ場面に出会いながら実際に判断を下す程度に極めて大きな変化があるのを見ると、およそ臨床判断は不可思議でもある⁽⁵⁾」。臨床判断の重要性を認めながら、なおそれを不可思議とするとき、およそそうした判断は、神秘的なものか主観的なものかへ変形されてしまう。「看護相互作用は患者の行動に対する看護婦の情的なあるいはきわめて主観的な応答と全く切り離すことができない。臨床判断はその看護者の過去の経験や価値体系によって指向されるであろう。看護者たちは先入見から免れることはない」。Henderson が述べるように臨床判断は看護者の過去の経験や価値体系、主観、先入見から免れられないのであろうか。現実にはそういうことは多い。しかし、それはすべてではない。看護者の経験や価値体系を導きとしながら臨床判断がなされたとしても、それは決して主観的であるとか先入見によるとかいうことにはならない。何故 Henderson は臨床判断を重視しながらそれを主観的とみるようになったのであろうか。それは Henderson が臨床判断を直観的で不可思議としたことに始まる。その理由は Henderson が臨床判断という一つの行為を説明する方法をもたなかったことによる。

Henderson の方法は客観主義的方法に近い。この方法は私は見る、聞く、かぐなど主語一述語の認識関係をとる。それゆえ、私は対象である人の身体の一部や情動や態度をさわり、見、聞きとる。つまり観察する。こうして明らかになるものは分析された様々の要素である。たとえば眼、皮膚の色、食事の量、睡眠の状態などである。ところが臨床判断はひとつの行為であって固定したもののように、常に観察し、要素に分析できる対象ではない。だから Henderson は臨床判断を直観的で不可思議なものとして述べたのであろうが、これが臨床判断の考察を停止させた理由である。このように、臨床判断のような「もの」ではなく、「こと」に属することは、客観主義的、観察—分析的方法ではなく、意味解釈の方法が明らかにするであろう。つまり臨床判断はある行為が生じたとき、それにつけられた名称であるが、その行為はどのような状況で生じているかを読みとることによってその考察が進められるのである。

3 臨床診断

看護における臨床判断はひとつの行為である。具体的行動そのものではないが行動を必然的に導くものである。なぜなら、判断は思考や認識ではない。思考は何かについての思考であり、認識は何かを対象にしている。思考や認識は連続して尽きるところがない。判断は、このような思考や認識の連続性を断ち切って具体的な行動への判断を得ることである。判断は行動の選択であるという点でひとつの行為といえる。

その意味で臨床判断は臨床診断に近い。野島良子は「看護診断とは、看護実践活動の対象となったもの、個人あるいは集団の充たされるべきニードについて、科学的根拠にもとづいて下された判断である⁽⁷⁾」という。診断もまた思考や認識に尽きるのではなく、具体的な、処方、行為へ向けて思考や認識を断ち切るのである。もちろんここでいう診断とは、医学診断ではなく、看護診断 Nursing Diagnosis のことである。Purshotham の「Nursing Diagnosis⁽⁸⁾」によると Gebbie と Lavin らは看護診断を看護

査定から出してくる問題の記述と定義しているという。⁽⁹⁾ Gordon は、看護診断のカテゴリーを3つの構造的要素に分けてその定義を明瞭にしようとしている。それは問題、原因、および徴候と症状である。⁽¹⁰⁾

Little と Carnivali はむしろ医学診断との違いを明らかにすることに力点をおいて、看護診断は健康および生活形態への重圧へ患者がどう反応するかを明瞭、正確、公正に述べることと定義している。⁽¹¹⁾ そして Roy は医学診断は患者の病理学的状態に関連した問題を、看護診断は病理学的状態に対する患者の反応を問題とすると見ている。⁽¹²⁾ また、Abdellah は援助を受ける個々の患者または家族によって出された看護問題の性質、程度を決定することという。⁽¹³⁾ こうして Carlson, Craft, McGuire による「Nursing Diagnosis」⁽¹⁴⁾ が示すように、看護診断の研究は進んでいながら、看護診断の統一的、明確な理論はまだない。Carlson, Craft, McGuire による「Nursing Diagnosis」が精力的にその努力を行っているが、決してまだ十分に一般に支持されるに至っていない。しかし、看護診断についてのそれぞれの見識が共通していることは、看護診断が患者の病理を問題にするのではなく、病理的变化によって生じる患者の全体、すなわち患者あるいは病人そのものを問題としている点である。したがって看護診断は症状ないし兆候を個人から分離することなく、個人に表われているまとまった状態をみる。それゆえ、看護診断はその状態を解説する。解説するということは、言語すなわち記号で示すことである。「診断というのは、徴標群を個体内部に体系的に出現している新しい、まとまりのある状態の反映とみて、これらの徴標群を言語に仕立てて解説する作業である。これらの徴標はそれゆえ記号とみなすことができる。

そうすると診断という作業は一種の記号学ということになる。⁽¹⁵⁾

山口昌男は診断についてこう述べたが、これは看護診断にふさわしい説明である。看護診断は身体及び精神を含めた個人の全体のほか、個人と社会的環境、自然環境のレベルにまで解説

の作業を進めねばならないので、最終的には解釈学にまでいきつくことになる。看護診断が記号学ないし解釈学に導かれるとき、その診断は患者の全体に触れ、臨床判断が生きてくるであろう。逆に患者の病理的症状のみに視点をおいてそれを診断するとき、臨床判断は固定化され、豊かな判断とはなりえない。看護の臨床判断が看護診断の豊かさに依存していることはいうまでもない。

4 臨床判断

看護における臨床判断は看護診断に大きく依存する。ただし、臨床判断は具体的な行動へ直接結びつく。しかもこの判断は看護活動のあらゆる場面で看護婦の責任ある自律性の下で求められる。それは一回きりの、くり返しのきかない判断である。King はこれを瞬間的決断と呼んでいる。⁽¹⁶⁾ それゆえ臨床判断の考察は看護の現場から離れることはできない。

そこで臨床判断が現われる看護場面を再構成することによって、臨床判断が何であり、看護活動でそれがいかに重要であるかが明らかにされるであろう。

これから示す会話は、乳癌の手術を控えている患者と看護学生の会話の記述である。この学生は、すでに看護に関する知識や技術の学習を終えており、これらの点で優れた成績を示していた。ここでは、会話をありのままに記述して、何がここで求められているかを導き出す。

この事例1の看護状況で、学生が求められたことは2つある。1つは病理的原因によって患者に現われた身心の兆候を、患者がおかれた環境条件から読みとることであった。そこでは、全体的、包括的にその状況の意味を把握することが求められていたのである。そのためには状況のあらゆる側面をつかまねばならない。ここでは、学生は患者のニーズに応答する、すばやい判断をすることが望まれていた。看護の状況は刻々と変化し動いている。予測できない、不確実さにみちている。⁽¹⁷⁾ 不確実とは偶然性、突発性を含む。したがって看護者は看護診断に依拠しながら即時の判断が求められるのである。

看護における臨床判断の一考察

事例1 看護過程記録 (19)

患者の言動・反応	看護学生の言動・医師の言動	考 察
	「柴〇さん、お乳の検査は5月8日に決ったそうですね。」	学生は患者に手術のことを語りかけた。学生は患者が手術を受ける決心ができるように援助しなければならないと思ったからであろう。
「ベッドから起き上がりながら、「ええ、そうなんですよ。だけど前の病院では脂肪の塊りかもしれないといわれているし、このしこりだってこんなに小さいものでしょう」そういってお乳のしこりを触ってみせる。「もし癌だとしてもそうたくさんは切りとらないと思うんですけどね」	「そうですね。ほんとうに小さいわ、検査をしてみないとほんとともいえませんが。癌じゃなかったらいいですね。だけど手術になったとしても乳癌の手術時間は短いですからすぐ終わりますよ。お乳は切りとることになるでしょうけど。」	患者は不安気にそれに答えた。第一に手術をしないで済むような結果を、第二にもし悪い結果でも大きく切らないで済むような結果を期待している。学生は、患者の期待に反して癌かもしれないことや手術をすることを暗示し、患者の期待をすべてくつがえしそうである。
「そりゃあそうでしょうけどね、隣りのベッドの人より広く切りとることはないでしょう」少し心配そうな様子である。	「隣りの方がどれ位切りとられたか知りませんが、柴〇さんの場合、検査が終わらないとはっきりしたことは出来ないみたいです。でもそんなに小さなしこりですからね。」	学生は患者の不安に対して今度は慰め、第一の期待がかなえられそうな語りかけをする。一旦崩れかけていた期待が呼び戻されたので、患者の期待は前よりも強化されたのであろう。が患者の心理を包括的に考慮していないので、学生の語りかけは一貫性を欠き、そのため患者は動揺している。
「そうですね。とにかく終わってみないとね」		
	主治医が病室のドアを開けて「おばあちゃん、調子はどうかな、今度手術だね、ちょっとお乳をみせてごらん。」しこりを触れてみる。	突然、主治医が現われ、手術が確実であることを語る。患者と医師の会話の間、傍観している。主治医の出現という予期しない出来事に際して学生は即座に患者の不安を主治医に語ることができたとしたら、状況は別の方向へ展開したであろう。
「先生、私は手術があるにしろ、ないにしろ、検査が終わったらいったん家へ帰ってこようと思うんですけど」（主治医の顔をうかがうようにみている。	「ああ、そうね。だけど検査が終わったらすぐ手術になると思うからね。帰る暇はないと思うよ。」	患者は学生との会話で検査の結果が良好であるとの期待を強くしていたのに、突然、主治医の語りかけでそれが崩れてしまった。一旦、帰宅したいなどといって手術を拒否しそうになった。患者のとまどいが感じられる。
「どの位入院しとかなきゃならないんですか」	「そうだね、一週間位かな。お乳をこんだけ切りとるからね。そうやって乳房のところに円を描いてみせた。」	
「こんなに広いんですか」かなり驚いた様子である。	「どうせ手術するなら悪いところは全部取っとかないとね」	
何か考えているような表情である。	「それじゃ、また」病室を出て行く。	
主治医が病室を出て行くと同時に、「私はまだ癌だと決まった訳じゃないのに、あんなに切りとるなんて」主治医の話の思い出しているのだろうか。じっと考え込んだままである。	「いいえ、先生も、もしもの時を思ってああおっしまったんですよ。柴〇さんに前もって心の準備をさせておこうと思われたんじゃないですか」	

岡 本 陽 子

患者の言動・反応	看護学生の言動・医師の言動	考 察
<p>話も耳に入らないようすで、「こんな小さいしこりなのにあんなに切りとるなんて、検査もまだやっていないのに」気難しい顔をしてじっと一点をみつめている。</p>	<p>「そうですね。先生のいい方も少し悪かったかもしれませんがね。だけど先生だって悪気があるっておっしゃったんじゃないんですよ」</p>	<p>学生は患者を安心させようと慰めたが、患者の不安は消えるどころかかえって増幅された。患者の不安は手術といわたされたことで、今まで漠然とした気持であったものから、癌ではないかという恐怖心にかわり、情緒的に平衡が保てなくなった。</p>
<p>怒ったように「もう 私は手術なんか受けなくてもいい、77歳にもなって長生きしようとは思わない。</p>	<p>「そんなふうにいっちゃいけませんよ。柴〇さんはもっと長生きなさらんくちゃ。」</p>	<p>患者は手術をしないと怒り出した。もののいい方が悪かったというよりも検査の結果に期待していたのに、他人ごとと思っただけで患者の不安な気持が配慮してもらえなかった。この状況は患者の手術前の微妙な気持をくんだ適切な説得を求めていたのであった。</p>
<p>手術を受けなくてもコバルトで治療している人がたくさんいるって近所の人もいっていたし。」</p>	<p>「いいえ、私はもう77ですから別に長生きしようとは思ってませんよ。」かなり頭にきているようである。</p>	<p>「それに、私だって検査の結果が悪かったらこんなに頭にきませんよ。それをすぐ手術だなんて-----。」手術にだいぶこだわっているようすである。しばらく沈黙が続く。</p>
<p>「話し合ったって同じことですよ。」 ぶいと横を向いてしまう。</p>	<p>「いつか家族の方にもいらしてもらって話し合ったらいかがでしょう。」</p>	<p>「それじゃあ、もう一度先生に手術のことをお聞きしてきますね。」そうやって看護婦や主治医に相談するため病室を出た。</p> <p>学生の対応は成功しなかった。反対に患者の動揺をさらに大きくしただけであった。学生はとうとう、看護婦や主治医に相談してくるといって病室を出た。「しばらく待って下さい」ということである。</p>

たとえば、もし、患者が大量吐血したとき、患者に求められるのは、患者の障害の進行、生命の危険を阻止するために、注意深い、細心の観察をするとともに、その場で直ちにどんな処置を施すか、その判断力とその場の状況にふさわしい技能が行使されることである。待ってください、考えさせてくださいとかは通用しない。

待ったなしの状況が現実の看護の状況である。この点で Henderson は臨床判断に「即時の決断」ということばを与えたのは正鵠を得ている。もう1つはこの状況は学生に患者を説得することを要求していた。話し手と聞き手との相互関係を中心に行っているとき、話し手は聞き手の心に触れるように語り、聞くことができねばならない。論理だけで人は納得できない。

ほんの一寸した気の配りが人を納得させることが多い。そのために話の機をみること、人間関係の機微に通じる、いわゆるコミュニケーションのこつを習得することである。臨床判断は実践そのものであって、思考より機転であるといえる。

次に臨床判断が自然に成立する状況をあげる。

症例2は Budd-Chiari 症候群の術後の女性患者である。るいそう著るしく、顔はとがった感じで眼は陥没しており、口唇は乾燥し口角の亀裂を生じていた。腹腔には腹水が貯溜し腹部膨満強度で咳嗽、嘔心、嘔吐、不眠が続いた。その上患者は経口的に絶食のため上肢の遠位皮静脈に点滴静脈内注射を受けていた。ベッドに臥床していたときの状況である。

看護における臨床判断の一考察

事例2 看護過程記録

患者の言動・反応	看護婦の言動	考 察
患者は仰臥位に臥床している。	看護婦は患者の病室に入って行き、患者のベッドの左側に立って、「おなかのはってきついでしょう？」といて、手を患者の腹にもっていき、軽くさすり始めた。	声かけられると同時に看護婦の手が自然に、即座に患者の腹部にふれる。
「看護婦さん、背中が痛くて眠れないのよ。もう3日間も眠っていないんです」といった。	「そう？背中が痛くて眠れないんですね」といいながら今度は背中をさすり始めた。	看護婦の語る言葉は少ない。場当りのな、むだな言葉がない。患者の語るがよく聞かれている。
「もう入院してから5か月になるでしょう。少しもよくなりません、お医者さんは同じ手術をもう一度するといわれる。でも手術してもよくなりません。私も人間です、痛みがひどいばかりでお医者さんは自分達も一生懸命だからあなたももう少し頑張ってといわれる。腹囲を測ったら昨日85 cm、今日86 cm だった。水を飲んでもすぐはき気がきて吐いてしまうのです。私はもう家に帰りたいです」といいながら、涙を流した。	「このままお家に帰ってもお家の方はどうしていいかわらないで困られるでしょう」	
「もうおしっこも出ない 咳がよく出るの、しょっちゅう出るの夜、他の患者さんが眠れないと思うと気の毒です」「今少し眠りたいので看護婦さん、我ままいていいですか、背中をさすってくださいませんか」	「少し 背中を温湿布してみましようか」	言葉で慰めるのではなく直ちに身体にふれること一温湿布が始められる。
「はい、お願いします」	看護婦は、蒸しタオル2枚を背中に当て、その上にバスタオルを置いて、ビニールでおおいシートが汚れないようにして温湿布した。約15分間続けた。温湿布をしながらなおも背中をさすっていると、	
「とっても気持ちいい、人肌ってとっても気持ちいいんですね。こんなに思ったこと始めてです」	温湿布を終る	患者と看護婦との会話がスムーズである。状況全体がひとつの調和をもって動いている。
「横向けになれますのでそうしていいですか」	「お腹がはってきつくありませんか」	
「いいえ、横向きはできます」といいながら左側臥位になった。	この体位は看護婦にとってはさすりやすかった。背中から腰部にかけて看護婦が約15分間さすり、この間、傍にいた看護学生の1人は患者の腹をさすった。	
「看護婦さん眠っていいですか」といったが、数分後に大きな呼吸をしながら眠りに入った。両眼は兎眼状に開いていた。	看護婦は患者の眠りを確認してから、患者のベッドを離れた。	的確な状況判断とそれともなう看護行為がとどこおりなく行われた。
静かな眠り		

岡本陽子

ここの看護場面は患者と看護婦との間に調和があり、きしみもなく、状況がまとまって動いている。両者には共感があり、患者が語り、看護婦が聞くこととは両者が一本の糸の両端を握っている関係に近い。語ることは聞かせること、聞くことは語らせることである。つまり患者は痛み、不眠、心配、長期療養から生じた疲労を自然に語った。看護婦はすでに状況の全体に触れ、把握しているので看護婦の言動は自然かつ即座に患者のニーズに回答している。患者のニーズに回答するとは説得力をもって患者へ働きかけることである。説得はことばによるだけではない。患者と看護婦とがひとつの調和のある状況をつくりあげているときには、その状況が説得力をもっている。看護婦は即座に腹や腰をさすり、患者は即座にその行動を受容した。それはやがて心地よい眠りを誘った。

ひとつの臨床判断がその状況での患者にとって正しいものかどうかはその結果に示される。臨床判断が成立するということは、臨床判断が不成立に終わったときと違い、創造的な看護ではそれがごく自然な言動となって終るので気づかれ難い。人は何ら気にとめることもなくその重要性を見過してしまふ。そして看護の結果に対する患者の満足の程度をあとで考えてみてその意義を知るのである。

二つの事例は臨床判断が何であるかを語っている。すなわちそこで求められそして見られたものは、看護状況における全体的ないし包括的洞察、即時性および説得性である。かつて、Vicoは「on the Study methods of our time」の中で実践判断について述べ、⁽¹⁸⁾ 全体性ないし包括性、即時性と説得性を判断の三基準と呼んだ。看護の臨床判断もこの三つの基準によって成立するのであって、正確に言えば、臨床判断は3つの基準の統合であるといえる。

4 ま と め

臨床判断は実践そのものである。この判断はそれゆえ、臨床のあらゆる看護場面で、常に求められる。とりわけ緊迫した不慮の状況、救急外来、集中ケア病棟などではそれは必須である。

したがって臨床判断は、看護実践の場面に不可欠な理論的知識、技能、専門職としての看護婦の態度と同時に教育の重要な目標となる。では臨床判断はどのような方法で豊かにされるのか。臨床判断の教育、訓練あるいは育成については稿を改めて論述したい。

引用文献

- (1) 岡本陽子, 井上登美子, 聴神経腫瘍患者の看護—プライマリー, ナーシングへのアプローチ, 九州大学医療技術短期大学部紀要, 8号, 57-60, 1981.
- (2) Henderson, V., The nursing process-is the title right?, J. of Advanced Nursing, 7:103-109, 1982.
- (3) ibid, p. 107
- (4) ibid, p. 108
- (5) ibid, p. 107
- (6) ibid, p. 107
- (7) 野島良子, 看護論, p. 161, へるす出版, 東京, 1984.
- (8) Purushotham, D., Nursing Diagnosis - a vital Component of the nursing, The Canadian Nurse, June, 46-48, 1981.
- (9) Gebbie, K. M., and Lavin, M. A., Classification of Nursing Diagnosis, Proceedings first Conference, St. Louis, Mosby, p. 171, 1971.
- (10) Gordon, M., Nursing Diagnoses and the diagnostic process, Amer. J. Nurs., 76: 1232-1234, 1976.
- (11) Little, D., and Carnivali, D., Nursing Care planning, 2nd ed., New York, Lippincott, p. 250, 1976.
- (12) Roy, S. C., A Diagnostic Classification system for Nursing, Nursing Outlook, 23: 90-94, 1975.
- (13) Abdellah, G. F., 千野静香訳, 患者中心の看護, p. 9, 医学書院, 東京, 1981.
- (14) Carlson, J. and Craft, C. and McGuire, A., 日野原重明監訳, 看護診断, 医学書院 サウンダース, 東京, 1983.

- (15) 山口昌男, 知の遠近法, p. 250, 岩波書店, 東京, 1978.
- (16) King, I., 杉森みど里訳, 看護の理論化, p. 108, 医学書院, 東京, 1976.
- (17) Orem, E. D., 小野寺社紀訳, オレム看護論—看護実践における基本概念, p. 8, 医学書院, 東京, 1981.
- (18) Vico, G., On the Study Methods of our Time, tr. by Elio Gianturco, Indianapolis, BobbsMerrill, 1965.
- (19) 外間邦江, 外口玉子, 精神科看護の展開—患者との接点をさぐる, p. 126 - 127, 医学書院, 東京, 1978.