

## 看護診断をめぐる考察

### －公開講座「看護診断セミナー：NANDA-NOC-NICを学ぶ」を契機として－

Some Observation on Nursing Diagnosis

－In Taking Opportunity of the University Extension Seminar : “Learning NANDA-NOC-NIC”－

森田敏子、岩本テルヨ、南家貴美代、有松操、木子莉瑛

Toshiko MORITA, Teruyo IWAMOTO, Kimiyo NANKE, Misao ARIMATSU, Rie KIGO

#### はじめに

少子高齢化や情報化が進展していく今日の社会において、ますます高度化、複雑化し、専門分化する中で在宅にシフトする医療に対して的確な判断にもとづく実践と倫理的な対応が迫られ、信頼と安心が提供できる医療や看護の質保証が求められている。

厚生労働省は看護職者<sup>1)</sup>(以下、看護師)の果たす役割の重要性から、資質の高い看護師の養成確保と社会的地位の向上を図るため、1987(昭和62年)に21世紀に向かって看護制度改革を検討した。その報告書には、21世紀に期待される看護師の具備要件が掲げられている。具備要件とは、「専門職として誇り得る社会評価を受けるものであること、国民から信頼されるに足る専門知識(サイエンス)、技能(アート)を有し、併せて社会の変化に対応できるよう自ら研鑽に努めること、患者心理について人間として感受性高く受容することができる資質(ヒューマニティ)を持ち、問題解決力のための方法等を的確に判断する力を持っていること」<sup>2)</sup>などである。

国民の期待にそえる質の高い看護を提供するためにも、地位の向上を図るためにも、看護師は自己研鑽に努める必要がある。各医療施設や医療機関では、資質の高い看護師としてのキャリア成長を支援するため、様々な研修が企画され運営されている。にもかかわらず、看護師の看護実践力の低下が指摘され、研修の在り方も課題となっている。しかも、専門家としての看護師のアセスメント力や判断力、看護診断力の弱さが指摘されている。近年の電子カルテ化の動きとも相まって、看護診断は看護師の重要学習課題なのである。

そこで、保健学科が設置され3年目を迎えた2006(平成18)年、地域に開かれた大学の使命を果たし、社会に貢献する保健学科としての役割を担うために、看護師の研修の場ならびに自己研鑽の場を提供することを意図して、熊本大学公開講座「看護診断セミナー NANDA-NOC-NICを学ぶ」を開催した。

本稿では、公開講座において看護診断を企画した意図や背景を踏まえ、看護診断の歴史的発展の経緯を概観し

ながら、NANDA看護診断分類法Ⅱと看護成果(NOC)、看護介入(NIC)をひもとき、NANDA看護診断分類法Ⅱについての疑問に応え、看護診断をめぐる考察を試みる。そして、最後に公開講座の実際とまとめを行う。

#### 1. 公開講座：看護診断セミナーの背景

##### (1) 看護実践能力向上に向けた取り組み

今日、看護実践現場では高度先端医療に関連する倫理事例への対応の問題や感染症の問題、医療事故多発の問題など、医療や看護の在り方が社会問題となっている。おりしも、この数年間、新人看護師の看護実践力の低下が指摘され、新人看護師の離職対応が課題となっている。そこで、看護師を養成する看護教師の資質に関する検討や看護師の看護実践力向上に関する検討が種々行われ、次にあげるような報告書が提出されている。

○2000(平成12年)：看護教師の資質の発展に関する研究の報告書<sup>3)</sup>。

○2002(平成14年)：大学における看護実践能力の育成の充実に向けての報告書<sup>4)</sup>。

○2002(平成14年)：看護基礎教育<sup>5)</sup>における看護技術および認知領域面の教育のあり方に関する研究の報告書<sup>6)</sup>。

○2003(平成15年)：新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書<sup>7)</sup>。

○2003(平成15年)：看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会報告書<sup>8)</sup>。

○2004(平成16年)：看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標(看護学教育の在り方に関する検討会報告書)<sup>9)</sup>。

○2004(平成16年)：看護実践能力育成推進ブロック別検討会資料(日本看護系大学協議会看護実践能力検討会委員会資料)<sup>10)</sup>。

○2006(平成18年)：看護基礎教育における看護技術における看護技術教育の充実に関する研究の報告書<sup>11)</sup>。

このような報告書からみても、看護教師や指導者あるいは看護師の資質向上への取り組み、ならびに看護実践力向上への対応は緊急課題となっていることが窺える。

看護実践力や看護師の資質には、看護診断する能力も含まれている。

## (2) 電子カルテの普及

現在、診療や医療行為、看護行為を行った際には、カルテにその実態を記録することになっている。それは、医師法第24条に「医師は、診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」と法的に規定され、カルテに診療録を記載することと、5年間の保管が義務づけられているからでもある。

日本看護協会<sup>12)</sup>が策定している看護実践の基準〈看護実践の方法〉には、「専門的知識に基づく判断を行う。系統的アプローチを通して個別的な実践を行う。看護実践の一連の過程は記録される。」<sup>13)</sup>と表明され、看護は医師法に準拠してカルテに記載する義務があると解釈されている。

情報化の進展により、伝統的に紙ベースを使用してきたカルテを電子化する動きが起ってこたが、診療録や看護記録の法的な義務が、紙ベースのカルテへの記載を意味しているのかどうか判然としていなかった。そこで、疑義照会が厚生省（現厚生労働省、）に出された。そして厚生労働省からその回答として、真正性、見読性、保存性の3条件を満たせば、紙の診療録をなくしてもよいという解釈通知が出された<sup>14)</sup>。このことによって、電子カルテが容認されたことになり、パソコンを使用してカルテを作成できるようになったのである。1999(平成11)年には、厚生省健康政策局長、医薬安全局長、保険局長の連名で、「診療録等の電子媒体による保存について」<sup>15)</sup>の通知が出され、電子カルテが実用に向けて動き出した。

国は情報通信技術（IT）の活用により世界的規模で生じている急激かつ大幅な社会経済構造の変化に適確に対応する緊要性から、高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する施策を迅速かつ重点的に推進するために、2001（平成13）年「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）」を設置した。それを受けて、厚生労働省は「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」<sup>16)</sup>を公表した。グランドデザインとは、2002（平成14）年から概ね5年間を見据えた保健医療の情報化計画を策定したもので、目標達成のための道筋と推進方策を示す提言を取りまとめたものである。これには、2006(平成18)年までに全国の400床以上の病院の6割以上に電子カルテを普及させるという数値目標が掲げられている。

看護記録をパソコンに入力して電子カルテに記載するようになると、看護が患者の健康問題の何をどのように考えて、ケアとして何をしたのかということを明確に共通認識する必要がある。そのためには、共通の用語を用いて説明する必要がある。看護記録として電子カルテに入力する看護用語も、共通の概念と思考過程に基づく電子カルテ用の標準コードが必要になってくる。ここでい

う“看護が何をどのように考えて”の部分が看護診断に該当する。よって、看護診断への取り組みは、情報化の推進という国の施策の一環でもあり、看護の質保証を可視化し具現化するための時代の要求でもある。

以下に、公開講座で使用した資料を引用して看護診断の歴史的発展の経緯を概観し、看護診断とは何かを論考する。

## 2. 看護診断に関連する看護の歴史的経緯

### (1) ナイチンゲールにみる看護の原点としての診断

看護の発展はナイチンゲール（Nightingale）<sup>17)</sup>にまで遡る。ナイチンゲールの看護は、今日の看護の原点と位置づけられ、今もその精神は息づいている。ナイチンゲールは、観察の重要性を強調し、クリミア戦争で出会った患者の栄養欠乏による創傷治癒遅延や病院の劣悪環境の影響による健康問題について診断を下している。すでに、1850年代に看護の立場で診断しているのである。

1900年代になると、ハーマー（Harmar）が患者の問題記事を記録に含める必要があると提言しており、ヘンダーソン（Henderson）<sup>18)</sup>の著作『看護の原理と実際』に、看護計画の章が設けられて記述されている。レスニッチとアンダーソン（Lesnich&Anderson）は、看護実践の領域には診断が含まれると考え、1947年には診断という言葉を使用している。ブラウン（Brown）は、包括的看護のための問題確認とケア計画の推進を要請し、マクマヌス（McManus）は、看護独自の職業的機能を、①看護の問題を明確に診断し、確認し、問題相互関連性を認識すること、②短期又は長期の看護目標に照らして疾病の予防、患者の直接的ケア、リハビリテーション、最良の健康状態の保持などに関する問題を解決するためにとるべき一連の看護コースを決定すること、と提案している。そして、フライ（Fry）は看護診断という用語を看護文献で使用し、レスニック（Lesnic）は看護の独立機能として看護問題の診断と確認をとり挙げている。まさに、看護の論究者たちは早くから診断の意義と重要性に気が付いていたのである。

### (2) 看護過程と看護診断

1950年代になると、「看護過程」という言葉をホール（Hall）が初めて用い、「観察の記録」「ケアの援助」「確認」の3段階を推奨するようになった。ホーヌング（Hornung）は、看護師には患者の症状について正しい判断のもと診断する義務があると考え、看護診断という用語を提案している。患者中心の看護を提唱したアブデラ（Abdellah）は、看護問題と看護措置の分類法の必要性に着目して「21の看護問題」を提案した。ジョンソン（Johnson）は、看護を患者の行動的機能を促すものとみなし、オーランド（Orlando）は、看護は患者の行動によって始まると考え、「患者の行動」「看護師の反応」

“看護師の言動”の関係に着目して人間関係の看護過程を重視した。

1960年代になると、ヘンダーソンが人間の基本的欲求に着目し、呼吸や飲食、排泄など14の看護の構成要素を導き出し、『看護の基本となるもの』を著して看護の独自の機能を明確化した。ヘンダーソンは、看護の役割は欠けた人の担い手となることであると考え、看護の専門性の確立に寄与した。ボーニーとロスバーク (Bonney & Rothberg) は、看護ケアのニーズを予測するために、クライアント評価の手段として看護診断を採用した。さらに、チャンバー (Chambers) によって、看護診断は医師によって分析・処方されなかった患者のケア問題をカバーするものであると定義されたことで、医師と看護師の役割の明確化を意識することとなった。また、コモリタ (Komorita) が、看護診断は科学的な知識体系に基づく鑑別的な判断であるとしたことから、科学的な判断をしている看護専門職としての自負感も息づいてきたのである。

その後、ユラとウォルツシュ (Yura & Walsh) は、看護過程の体系化を図り、『看護過程』という表題の初版本を出版した。それによると、看護過程は、“アセスメント” “計画立案” “実施” “評価” の4段階が示され、今日の看護のシステマチックな方法と思考に大きな影響を与え続けている。しかし、看護過程の体系化には記録システムが組み込まれていなかったことから、看護の記録が課題として残っていた。そのような時に、医師である生理学者ウィード (Weed) が、問題志向型診療記録POS (Problem Oriented System) を考案して診療記録に活用するようになった。このことから、看護にもその考え方と手法が導入され、Problem Oriented Nursing RecordとしてSOAP方式にのっとった記録が活用されることとなった。当初は、POSは医学モデルであるという批判もあったが、看護の記録として意識化することによって洗練され、今日の看護実践現場では、看護過程の記録として広く活用されている。SOAPのS (Subjective data) は主観的情報、O (Objective data) は客観的情報、A (Assessment) はアセスメント、P (Plan) は計画立案である。

以上述べてきた背景の中で、以下で概観する看護診断の概念が看護界に受け入れられるようになってきたのである。今日では看護診断の意義と必要性が看護師に明確に認識され、看護過程に看護診断が組み込まれ、“アセスメント” “看護診断” “計画立案” “実施” “評価” の5段階が、看護過程のステップであると理解され、運用されている。しかし、看護診断の実際となると、NANDA看護診断体系のシステムに従っているとは言い難い面もあり、看護診断の正しい理解とその普及は、今日の課題となっている。

### 3. 看護診断および看護成果 (NOC) と看護介入 (NIC) の発展

#### (1) 看護診断分類会議からの出発

1972 (昭和47) 年にアメリカでニューヨーク看護業務法が制定され、「看護とは、健康問題に対する人間の反応を診断し、治療する」と明示された。アメリカ看護協会 (American Nurses Association: ANA) は、1973 (昭和48) 年に看護業務基準について、看護過程と対応する形で看護診断を検討し、「看護診断は健康状態に関するデータから引き出す。看護計画には看護診断から引き出された目標を含む、看護計画は、看護診断から引き出された目標を達成するための優先順位および規定の看護アプローチあるいは方法を含む」<sup>19)</sup>と述べて、看護診断が看護過程に必要な部分であることを表明した。すでにこの時代から、看護診断は質の高いケアを提供するために必要であることを明言しているのである。

そして、看護診断の必要性とその開発に気が付いたアメリカの看護師たちによって、1973 (昭和48) 年に看護診断の標準化を目指した第1回全米看護診断分類会議がセントルイス大学で開催された<sup>20)</sup>。その会議で、看護師たちは、「自分たちは診断上・治療上の判断を行っている。その判断を伝える用語が必要である」と表明したのである。

折しも、時代はコンピューター活用を要求し、看護師はどのような看護情報を病院のコンピューターに入れたらいい看護ができるのか、入れるべき情報は何かが問題となっていた。当時は、コンピューターに入れる看護に関する簡潔な用語や共通言語はなく、焦点を定めずに看護記録を書いていたからである。いみじくも、病院経営管理者から「看護師は何をしているのか」と尋ねられた。また、“外来患者を医師と看護師の両者がなぜ診なければならないのか?” “医師と看護師の行うことの違いは何か?”と問われたのである。この問いに適切な回答をもっていなかった看護師たちによって、看護診断という共通の概念をもつ共通用語の開発の必要性が強く認識されるようになったのである。

「事物や現象に共通の名前がついていたなら、誰でもその事物や現象を同じように思い描き、お互いの認識を共有できる。看護師が扱う健康問題と生活過程に対する人間の反応という看護現象に対して名前がついていれば、看護師同士が共通の認識と共通の言葉で検討し合うことができる。しかも、その言葉をコンピューターに入力すれば、瞬時にコンピューターが判断し、同じ看護現象が何件起こっているのかをカウントできる。このことを可能にするのが、看護診断なのである。」<sup>21)</sup>。前国際看護師協会看護実践国際分類協働委員会委員長のノーマ・ラング (Lang) が、「もし私たちがそれに名前をつけることができなければ、私たちはそれを管理することも、資金を供給することも、教育することも、研究することも、国の政策に反映することもできない」<sup>22)</sup>と発言したエピソード

ソードは有名である。看護診断は、看護専門家が看護独自の看護を行っているという表明であり、臨床判断なのである。ここに、看護診断の意義がある。

## (2) NANDA誕生と看護の定義に表現された診断

全米看護診断分類会議の第5回会議からはカナダの看護師が加わって、北米看護診断協会（North American Nursing Diagnosis Association）と名称が変更され、頭文字をとってNANDAと略称された。ここにNANDAが誕生し、その後、NANDAインターナショナルとなっている。NANDAインターナショナルによって、看護診断は、「看護診断とは、実在または潜在する健康問題／生活過程に対する個人・家族及び地域の反応についての臨床判断である。それは看護師が責務を取る結果の達成に対して、治療の根拠を明確に提供するものである」（1990年の第9回大会で採択）<sup>23)</sup>と定義された。

1980（昭和55）年には、ANAは、社会政策声明の中で看護の定義を発表している。それは「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつそれに対処することである。」<sup>24)</sup>という定義である。この定義に、「人々の反応を診断し」と謳っていることから、看護診断は看護実践の基本とも言える位置づけが与えられたことになる。

1980（昭和55）年の第4回会議からは、健康問題に対する人間の反応を9パターンに分けて検討が始まり、1992（平成4）年の第10回会議で【看護診断分類法Ⅰ】が採択された。それは、①交換、②伝達、③関係、④価値、⑤選択、⑥運動、⑦知覚、⑧認識、⑨感情の9パターンである<sup>25)</sup>。しかし、看護師たちから9パターンは抽象的で使いにくい、臨床的でないという批判が高まり、新しい枠組みの検討が必要であると考えられた。

すでに1970年代に、看護アセスメントと看護診断の教育のために〈11の機能的健康パターン〉を開発していたマージョリー・ゴードン（Gordon）は、第1回全米看護診断会議（NANDAの前身）に招聘され、一時期は全米看護診断会議の会長にも就任している。第1回全米看護診断会議の直後に出版されたのが、ゴードンの『Manual of Nursing Diagnosis』である。〈11の機能的健康パターン〉の枠組みで記述されていたこの著書は、臨床の看護師にとって分かりやすく、広く受け入れられて活用されるようになった。看護診断ならゴードンと言われる所以である。

看護診断の新しい枠組みを探していたNANDAは、ゴードンの了解のもと、〈11の機能的健康パターン〉の枠組みを基礎として、改めて検討を開始したのである。その結果、【看護診断分類法Ⅱ（TaxonomyⅡ）】が開発され、今日に至っている。現在、看護診断といえば、13領域に区分されている【看護診断分類法Ⅱ】を指している。13領域とは、[ヘルスプロモーション][栄養][排泄][活動／休息][知覚／認知][自己知覚][役割関係]

[セクシャリティ][コーピング／ストレス][生活原理][安全／防御][安楽][成長／発達]<sup>26)</sup>である。13領域には、“／”で区切られた領域が5つある。例えば[活動／休息]である。「この“／”は、どちらの語の意味をとってもよいことを示す記号で、スラッシュ（slash）、または、ヴァギュール（virgule）、ダイアゴナル（diagonal）という。つまり、[活動／休息]は、「活動」をと上げて看護診断してもよいし、「休息」をとり上げて看護診断してもよいということになる<sup>27)</sup>。

NANDAインターナショナルは2年に1回会議が開催され、そこで看護診断の検討、採択、棄却を行っている。現在、看護診断は172個が開発されているが、まだまだ開発途上にある。

## (3) 看護成果（NOC）と看護介入（NIC）

NANDA看護診断が使用されるようになると、それに対応した看護介入と看護成果の評価についても標準化された分類が必要になってくる。そこに着目したアイオワ大学研究プロジェクトチームによって看護成果分類（Nursing Outcomes Classification：NOC）と看護介入分類（Nursing Interventions Classification：NIC）が開発されている。

看護師は、看護成果の肯定的な変化に貢献することを目指して援助を行っているが、その結果どうなったのが看護成果である。よって看護成果には、看護介入による成果という意味が反映されている。目標志向であった看護過程の展開においては、看護目標や患者目標が設定され、それを「行動目標」や「状態目標」として表現していた。NOCではその概念が看護の成果となる。NOCは目標志向を入れつつも、看護の成果はプロセス的に状態をおっていくという考え方を採用しているのが特徴である。したがって、目標に達成した時点で看護ケアが終わるのではなく、あくまでも、その時点での成果の確認が看護成果であり、看護成果としてはさらに継続して評価していくことになる。

NOCの構造は、領域、類、成果、成果の指標、測定尺度、ユーザーが記録した評点からなっている<sup>28)</sup>。看護介入の有効性と、患者に対する看護介入を選択する際の意思決定過程の適切さは、患者に現れている成果に基づいて判定される<sup>29)</sup>。NOCには、成果に基づいた判定のために、看護ケアを評価する測定尺度が設定されている。例えば、「極度に障害」「かなり障害」「中程度に障害」「軽度障害」「障害なし」というように、5段階で測定するようになっている。そこで、実際にNOCを使用する際には、その病棟では、「極度に障害」とはどのような状態を指すのか、「かなり障害」はどのような状態を指すのか、「中程度に障害」はどのような状態を指すのか、「軽度障害」はどのような状態を指すのかということを話し合っておく必要がある。そうしないと、共通に同じ基準で測定できない。

NOCは、領域Ⅰ〔機能的健康〕、領域Ⅱ〔生理的健康〕、領域Ⅲ〔心理社会的健康〕、領域Ⅳ〔健康知識と健康行動〕、領域Ⅴ〔健康意識〕、領域Ⅵ〔家族の健康〕、領域Ⅶ〔地域の健康〕<sup>30)</sup>の7領域に分類され、その下位に類が位置付いている。領域Ⅰ〔機能的健康〕でいえば、A：エネルギー保存、B：成長と発達、C：可動性、D：セルフケアというように類4つで構成されている<sup>30)</sup>。NOCもNICも詳細については成書にあたっていただきたい。

NICの開発が必要とされている理由として、①看護治療の用語体系の標準化、②診断と介入の成果のリンケージ（結合）に関する看護の知の拡大、③看護情報システム及びヘルスケア情報システムの開発、④看護学生に対する意思決定教育、⑤看護師が提供するサービスの費用の算定、⑥看護実践の場において必要とされる資源の計画立案、⑦看護独自の機能を伝達する用語、⑧他のヘルスケア提供者の分類体系との接合が挙げられている<sup>31)</sup>。

NICの構造は、領域1〔生理学的：基礎〕、領域2〔生理学的：複雑〕、領域3〔行動的〕、領域4〔安全〕、領域5〔家族〕、領域6〔ヘルスシステム〕、領域7〔地域社会〕<sup>32)</sup>の7領域に分類され、30の類に系統立てられている。類は、領域1〔生理学的：基礎〕でいえば、A：活動管理および運動管理、B：排泄管理、C：不動性管理、D：栄養支援、E：身体安楽促進、F：セルフケア促進というように6つである<sup>32)</sup>。

NICには、抽象度の高い行動から具体的な行動まで含まれているので、実際に使用する際には、その行動が患者にとってどのような意味があるのかを記載しておくといった工夫が必要となる。

現在NOCは、330個が開発され、そのうちNANDA看護診断とリンケージしているのは156個である。リンケージとは、ある看護成果（outcome）を患者の問題の解消として得るために、看護診断と看護介入を共に生じさせる関係、つまり、関連した結びつけである。NANDA看護診断を用いて看護診断し、NOCで看護成果を定め、NICで看護介入するのがリンケージということである。

#### 4. 我が国における看護診断の歴史

##### (1) 日本看護診断学会の歩み

我が国で初めて看護診断に関する論文が掲載されたのは、1978（昭和53）年のことである<sup>33)</sup>。その後、看護診断は、診断するのは医師の専売特許であると考えている医師からの批判があり、看護師にも看護診断に戸惑いがみられ、すぐには普及せず、定着もしなかった。特に、教育現場では難易度が高いと判断され看護基礎教育には馴染まないと考えられ、教育に取り入れるのは遅れた。むしろ、臨床現場の看護師に受け入れられ、看護診断に興味をもって取り組む看護師たちが現れていった。

やがて、看護診断の必要性和意義に共鳴した有志が集い、1991（平成3年）に日本看護診断研究会が発足し、

看護診断についての論議が始まった。その後学会となり、1995（平成7）年に第1回日本看護診断学会が開催され、今日でも看護診断の普及に努めている。日本看護診断学会の学術大会のテーマは表1の通りである。

2004（平成16）年に日本看護診断学会が行った看護診断名の活用に関する調査によると、NANDA61.6%、カルペニート15.2%、ゴードン9.6%、その他13.6%という結果であった<sup>34)</sup>。看護診断の活用は、患者の症状や関連因子を見極めることから、根拠に基づいた看護介入ができるという利点<sup>35)</sup>があるが、診断カテゴリーの理解困難性、用いる看護診断のワンパターン化<sup>36)</sup>、日本の文化的な枠組みとNANDA看護診断カテゴリーの矛盾、臨床の場における活用と効果の疑問<sup>37)</sup>など指摘され、診断名や定義、診断指標、関連因子についての理解の曖昧さがうかがえ、看護診断については十分に習熟していないことが推察される<sup>38)</sup>。

表1 日本看護診断学会学術集会のテーマ

回数	年	テーマ
1	1995年	看護診断の発達と課題
2	1996年	実践に活かす看護診断
3	1997年	クリティカルに進めよう看護診断を
4	1998年	看護診断の発展をめざして
5	1999年	21世紀への新しい看護の挑戦～看護診断・介入・成果のリンケージ
6	2000年	高齢社会でHUBとしてはたらく看護診断
7	2001年	21世紀一看護診断・介入・成果の実証
8	2002年	看護診断と情報科学—ケアとテクノロジーの出会い
9	2003年	看護診断—看護の共通用語確立への貢献
10	2004年	電子カルテ時代の看護診断
11	2005年	定着させようNAND看護診断
12	2006年	質保証時代における看護診断
13	2007年	看護の専門性を生かす看護診断

##### (2) 看護診断の定着化と研修の必要性

看護診断をはじめ看護実践用語が必要な理由について黒田は、①自律性をもった看護専門職が日々行っていることの可視化、②電子カルテシステムに組み入れるために、看護実践を表現する用語が必要、③標準化された用語で表現された看護実践は多様な貢献を成し遂げていく、の3点を挙げている<sup>39)</sup>。

厚生労働省から出された「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」への対応もあって、電子カルテは今後ますます推進されていくものと推察される。

このような背景を受けて、看護職者は看護診断に取り組む必要性に迫られている。しかしながら、看護診断は、看護基礎教育機関で教授するには難易度が高く、看護実践現場での経験の乏しい看護学生が理解するのは困難を伴うと危惧される。よって、現状においては、多くの看護職者は、看護学生時代に系統だった看護診断の教育を受けていない。このことから、臨床で働く看護職者を対象とした看護診断の研修の要求が高まっていると推察された。ここに、公開講座で看護診断を取りあげる企画背景と意図が存在している。

看護師が行う研修においては、看護診断の歴史的発展の経緯と看護診断する意義、従来まで展開していた看護過程との相違と類似、学習の転移、NANDA看護診断分類法Ⅱの構造とその内容、NANDA-NOC-NICのリンケージなどが学習内容となる。研修において、NANDA看護診断分類法Ⅱについては、単に定義集を読み合わせるとしても、理解することは困難と予測されるので、構図や仕組みを解説する必要があると考えられる。1日の研修では、全体概要が理解できる程度なので、以後は、事例を使って実際に体験していく研修が必要であると考えられる。さらに、実際の看護現場で使用し、その後、一定期間後に検証する研修が必要であろう。

## 5. NANDA看護診断分類法Ⅱについて

### (1) 多軸構造と3層構造、看護診断のタイプ

NANDA看護診断は、看護師が観察した結果に介入すべきと判断されたさまざまな看護現象（健康問題と生活過程に対する人間の反応）を類別し、看護師が扱う看護問題をカテゴリーに分けて名前を付けたものである<sup>40)</sup>。2000(平成12)年からは、看護診断ラベルを構成している用語は、7軸の多軸構造に改良されている。

第1軸：診断概念（診断記述の主要な要素または基礎であり、必須の部分。1つ以上の名詞から構成されることが多い）、第2軸：時間（急性、慢性、間欠性、持続性）、第3軸：ケア単位（個人、家族、集団、地域社会）、第4軸：年齢（胎児から超高齢者まで：胎児、新生児、乳児、幼児、前学童期、学童期、青年期、ヤングアダルト期、中年期、初老期、中高齢者、超高齢者）、第5軸：健康状態（ウェルネス、リスク、実在）、第6軸：記述語（診断概念の意味を限局または特化する：～可能、予期的～、～均衡、～妥協化、～減少、～不足、防衛的～、～遅滞、～消耗など）、第7軸：局所解剖（診断概念の意味を限局または特化する：聴覚、腸または便、循環呼吸、脳、消化器、味覚、頭蓋内、尿、粘膜、口腔、嗅覚、末梢神経血管性、末梢血管、泌尿器、皮膚、触覚、視覚）である<sup>41)</sup>。この7軸を組み合わせて診断用語が作られている。よって、これからも新しい看護診断が開発され、7軸を組み合わせて作られていくことになる。

NANDA看護診断分類法Ⅱは3層構造になっており、最上階層は〈領域〉（ドメイン：抽象的な概念であるが、13領域あり、172個の看護診断を束ねている）、中位の階層は〈類〉（クラス：領域を複数に分けるもので、最下層にくる診断ラベルを束ねる枠組みとして47個ある。）、最下層は〈看護診断（診断ラベル）〉（看護診断は、“診断ラベル”、“定義”、“診断指標”、“関連因子”“危険因子”の要素で構成されている）になっている。

看護診断のタイプ：表現形式は、①実在型看護診断、②リスク型看護診断、③ウェルネス型看護診断、④シンドローム型看護診断の4タイプである。実在型看護診断

は、個人・家族・地域社会に存在する健康状態／生活過程に対する人間の反応を記述するものであり、今まさに実在している問題なので、臨床的に確認できる問題である。リスク型看護診断は、個人・家族・地域社会に生じることが予測される健康状態／生活過程に対する人間の反応を記述するものであり、その状態を起こしやすくする危険因子によって裏付けられる。リスク型看護診断は、現在35個の診断がある。ウェルネス型看護診断は、より高い健康状態へ促進される準備状態にある個人・家族・地域社会のウェルネス（健康）のレベルに対する人間の反応を記述するもので、現在17診断がある。シンドローム型看護診断は、診断指標となる症状や徴候が複雑に絡み合って発生している場合に用いる看護診断であり、明確な臨床像を示すものである。

### (2) 看護診断と中範囲理論

看護診断には中範囲理論（middle-range theory）が組み込まれているので、NANDA看護診断分類法Ⅱ13領域を理解するには、中範囲理論の理解（学習）が不可欠となる。中範囲理論という用語は、社会学者のロバート・K. マートン（Merton）<sup>42)</sup>が『社会理論と社会構造』の中で、社会調査による成果を元に、個別の事例を説明する特殊理論としての中範囲の理論の必要性を唱えたものである。つまり、小作業仮説と大理論の間を結び合わせて活性化させる具体的な理論、大看護理論と看護実践との間のギャップを埋める規模の理論が、中範囲理論である。しかしながら、中範囲理論は実際にはまだ曖昧な面も具備している。なぜなら、ある理論を大理論とする理論家もいれば、中範囲理論とする理論家もいて、現時点では共通見解がなく、理論の実証が難しいからである。そうはいっても、例えば、領域6の〔自己知覚〕の類1〈自己概念〉には孤独感、自己概念、自己同一性、絶望、無力があり、類2〈自己尊重〉には自己尊重があり、類3〈ボディイメージ〉にはボディイメージがある。これらを理解するにはその概念を理解しておく必要がある。また、領域7の〔役割関係〕の類1〈介護役割〉には家族介護者役割緊張やペアレンティングがあり、類2〔家族関係〕には愛着や家族機能が、類3〔役割遂行〕には社会的相互作用や母乳栄養、役割葛藤、役割遂行があり、これらも中範囲理論として看護師はその概念を理解しておく必要がある。

中木は、看護診断と結びつく中範囲理論へのキーワードとして、ヘルスプロモーション、健康探求行動、アドヒアランス、コンチネンス、セルフケア不足、見当識傷害、認知科学、知覚、コミュニケーション、ストレス、ジェンダー、スピリチュアル、疼痛、成長、発達<sup>43)</sup>、など多数紹介している。ニード論、ケアリング、人間関係論、ライフサイクル理論、発達課題、ストレス理論、危機理論、自己効力感なども中範囲理論である。看護診断を理解するにはこれらキーワードや概念が何を意味している



のか、その概念の理解が不可欠なのである。中範囲理論の理解がなければ、そこに看護診断が難しいという理由が内在していることになる。

そして、看護診断—看護成果—看護介入の橋渡しをするのが中範囲理論であるということも理解しておく必要がある。看護診断に組み込まれている中範囲理論を確認すると、「例1. 言語的コミュニケーション障害」では、コミュニケーションを中範囲理論として理解しておく必要がある。「例2. 親役割葛藤」では、親役割を中範囲理論として理解しておく必要がある。「例3. 成長発達遅延」では、成長発達を中範囲理論として理解しておく必要がある。

### (3) NANDA看護診断分類法Ⅱ13領域

NANDA看護診断分類法Ⅱ13領域は、47の類に区分されている。

領域1：[ヘルスプロモーション]の定義は、「安寧または機能の正常性の自覚、およびその安寧または機能の正常性のコントロールの維持と強化のために用いられる方略」である<sup>44)</sup>。類は、類1〈健康自覚〉と類2〈健康管理行動〉の2つがある。類1〈健康自覚〉には看護診断ラベルは開発されていない。類2〈健康管理行動〉には、診断概念が5つあり、看護診断が9個開発されている。以下、詳細は、『NANDA看護診断定義と分類』を参照していただきたい。

なお、類の下位にある診断概念は、もともとのNANDAではアルファベット順に整理されているが、我が国に翻訳されたものは五十音順となっている。

領域2：[栄養]の定義は「組織の維持と修復、およびエネルギー産生の目的で、栄養を摂取し、同化し、利用する活動」である<sup>44)</sup>。類は、類1〈摂取〉、類2〈消化〉、類3〈吸収〉、類4〈代謝〉、類5〈水化〉の5つがある。類1〈摂取〉と類5〈水化〉の看護診断ラベルは開発されているが、類2〈消化〉、類3〈吸収〉、類4〈代謝〉の診断ラベルは開発されていない。

領域3：[排泄]の定義は「身体からの老廃物の分泌と排出」である<sup>45)</sup>。類は、類1〈泌尿器系〉、類2〈消化器系〉、類3〈外皮系〉、類4〈呼吸器系〉の4つがある。類1〈泌尿器系〉と類2〈消化器系〉、類4〈呼吸器系〉は看護診断ラベルは開発されているが、類3〈外皮系〉は、看護診断ラベルは開発されていない。

領域4：[活動／休息]の定義は「エネルギー資源の産生、保存、消費、またはバランス」である<sup>46)</sup>。類は、類1〈睡眠／休息〉、類2〈活動／運動〉、類3〈エネルギー平衡〉、類4〈循環／呼吸反応〉の4つがあり、すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域5：[知覚／認知]の定義は「注意、見当識、感覚、知覚、認知、コミュニケーションなど、ヒトの情報処理システム」である<sup>47)</sup>。類は、類1〈注意〉、類2〈見当識〉、類3〈感覚／知覚〉、類4〈認知〉、類5〈コミュニ

ケーション〉の5つがある。すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域6：[自己知覚]の定義は「自己についての自覚」である<sup>48)</sup>。類は、類1〈自己概念〉、類2〈自己尊重〉、類3〈ボディイメージ〉の3つがある。すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域7：[役割関係]の定義は「人と人との間、またはグループとグループ間の肯定的および否定的な結合や連携、そして、そうした結合が表す意味」である<sup>49)</sup>。類は、類1〈役割関係〉、類2〈家族関係〉、類3〈役割遂行〉の3つがある。すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域8：[セクシャリティ]の定義は「性同一性、性的機能、および生殖（再生産）」である<sup>50)</sup>。類は、類1〈性同一性〉、類2〈消化器系〉、類3〈生殖〉の3つがある。類2〈性的機能〉には看護診断ラベルは開発されているが、類1〈性同一性〉と類3〈生殖〉には、看護診断ラベルは開発されていない。

領域9：[コーピング／ストレス]定義は「人生の出来事／生活過程に取り組むこと」である<sup>50)</sup>。類は、類1〈心的外傷後反応〉、類2〈コーピング反応〉、類3〈神経行動ストレス〉の3つがある。すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域10：[生活原理]の定義は「事実である、または本質的に価値が高いと見なされる行動や習慣、あるいは制度に関する道徳上の振る舞い、思考、および行動の基礎をなす原理」である<sup>51)</sup>。類は、類1〈価値観〉、類2〈信念〉、類3〈価値観／信念／行動の一致〉の3つがある。類2〈信念〉と類3〈価値観／信念／行動の一致〉には看護診断ラベルは開発されているが、類1〈価値観〉には看護診断ラベルは開発されていない。

領域11：[安全／防御]定義は「危険や身体損傷または免疫システムの損傷がないこと、喪失からの保護、そして安全と安心の確保」である<sup>52)</sup>。類は、類1〈感染〉、類2〈身体損傷〉、類3〈暴力〉、類4〈危険環境〉、類5〈防御機能〉の5つがある。すべての類で看護診断ラベルが開発されている。

領域12：[安楽]の定義は「精神的、身体的、社会的な安寧または安息の感覚」<sup>53)</sup>。類は、類1〈身体的安楽〉、類2〈環境的安楽〉、類3〈社会的安楽〉の3つがある。類1〈身体的安楽〉と類3〈社会的安楽〉には看護診断ラベルは開発されているが、類2〈環境的安楽〉には看護診断ラベルは開発されていない。

領域13：[成長／発達]の定義は「身体面や臓器系統、そして／または発達指標の各置くの、年齢に即した増大」である<sup>53)</sup>。類は、類1〈成長〉、類2〈発達〉の2つがある。2つの類で看護診断ラベルが開発されている。

## 6. 看護診断の疑問に答える：難しく、とっつきにくいのはなぜだろうか

### (1) 学習経験のなさの中範囲理論の理解不足

看護診断が理解できにくい理由に、これまでの学習経験のなさが挙げられる。看護診断について看護師たちは、看護学生時代に系統的に学習した経験がないので、看護診断で用いられている用語に親しんでいない。よって、確実に構造や仕組みが分かっていないと理解が困難である。

確かに看護診断で使用されている言葉は難しくとっつきにくい。「カジカセイショウガイ」「ガスコウカンショウガイ」「スイミンハクダツ」「カツドウタイセイテイカリスクジョウタイ」「ヒコウカテキキドウジョウカ」「ヤクワリカットウ」という言葉を耳から音で聞いた場合、果たしてそれは何？といぶかしく思うであろう。しかし、「家事家政障害」「ガス交換障害」「睡眠剥奪」「活動耐性低下リスク状態」「非効果的気道浄化」「役割葛藤」と漢字でその用語を見たならば、何となく「あっ、そうか」と理解できる。そして、【ガス交換】や【気道浄化】については、呼吸の解剖と生理、メカニズムと生体にとっての意義、障害された時の生体への影響などが分かっているれば良く理解できるだろう。そして中範囲理論が理解できていれば、看護診断が良く理解できるはずである。よって、まずは学習をスタートさせればよいということになる。

## (2) 看護診断は人工的：多軸構造と階層構造、ルールに従って作られた看護診断

看護診断が理解しにくい理由の2つ目として、看護診断が多軸構造で作られ階層的であることによって、人工的な感じがすることが挙げられる。

多軸構造とは、診断概念、時間、ケア単位、年齢、健康状態、記述語、局所解剖の7軸である。7軸を知っていれば、ああそうだと受け止めやすい。看護診断を構成する要素にしたがって13の領域は、診断ラベル、定義、診断指標、関連因子、危険因子で確認することになる。このことを知っていればさらに理解しやすい。

そして人工的な感じがする理由は、看護診断が一定のルールに従って作られているからではないだろうか。そのルールとは、「状態を表す語句」と「程度を表す語句」を組み合わせて作るという原則である。このルールに従って看護診断が作られているので、「非効果的健康維持」「非効果的治療計画管理」「身体可動性障害」などが示すように、われわれ日本人には人工的な感じがするのである。また、「状態を表す語句」を理解するには、解剖学、生理学、心理学、社会学、リハビリテーション関連の中範囲理論の理解が不可欠である。たとえば、「口腔粘膜障害」という診断ラベルであれば、口腔という解剖と生理機能について理解しておかなければならないし、口腔粘膜の障害とはどのようなことかも理解しておかなければならない。「組織統合性障害」という診断ラベルであれば、組織及び組織統合という解剖と生理機能について理解しておかなければならないし、組織の障害とはどのようなことかも理解しておかなければならない。「親

役割葛藤」という診断ラベルであれば、親、もしくは親役割とは何かについて看護のみならず、心理・社会的なものに関しても理解しておかなければならない。

## (3) 日本の看護師が理解しにくい枠組み

看護診断が理解できにくい理由の3つ目として、ある概念が一塊になっていないことと、通常われわれ日本の看護師が使っている枠組みで整理されていないことが挙げられる。

日本の看護師は、例えば、栄養を考えた場合、栄養が1つの章や節にまとまって記述されていると、非常に理解しやすい。しかし、NANDA看護診断では、栄養は領域2 [栄養] と領域7 [役割関係]、領域11 [安全/防御] の3つの領域にそれぞれ存在しているので、初学習者には混乱が生じる。呼吸障害で言えば、領域1 [ヘルスプロモーション] の〈非効果的治療計画管理〉、領域3 [排泄] の〈ガス交換障害〉、領域4 [活動/運動] の〈自発呼吸障害〉〈非効果的呼吸パターン〉〈人工換気離脱困難反応〉、領域11 [安全/防御] の〈非効果的気道浄化〉〈窒息リスク状態〉の4つの領域にそれぞれ存在している。これらは初学習者には混乱の元である。しかし、患者はどのような状態で、取り扱う概念が何かを見定めて定義するならば、どの領域の、どの類の診断概念に位置付いたものを採択すればよいのかの見当がつく。見当をつけたら、診断指標や危険因子の有無によって確認していくと決定できる。

また、慢性期看護、急性期看護、周手術期看護、ターミナル期看護、小児看護といったような日本の看護師が慣れ親しんでいる枠組みで整理されていないので、より難しい印象を受ける。しかし、周手術期看護の場合、〈不安〉、〈感染リスク状態〉、〈非効果的気道浄化〉、〈急性疼痛〉、〈体液量不足リスク状態〉、〈術後回復遅延〉などが判断される。ターミナル期の看護であれば、〈不安〉、〈孤独感リスク状態〉、〈絶望〉、〈慢性疼痛〉、〈無力〉、〈予期悲嘆〉、〈死の悲嘆〉などが判断される。また、〈摂食セルフケア不足〉、〈入浴/清潔セルフケア不足〉、〈更衣/整容セルフケア不足〉、〈排泄セルフケア不足〉、〈睡眠パターン混乱〉、〈排尿障害〉、〈疼痛〉、〈非効果的気道浄化〉などが判断される。

患者がどのような状態であるかを観察して判断し、見当をつけて診断指標や危険因子で確認していくと看護診断を付けやすい。

## 7. 公開講座の実際とまとめ

看護師は看護診断に関する学習をすることによって看護診断する能力を高める必要があると考えたことから、保健学科として地域に貢献すべく、2006年10月の土曜日に3回にわたって「看護診断セミナー NANDA-NOC-NICを学ぶ」と題した公開講座を開催した。参加者は



看護師と看護教師60名である。県外からの参加者も2名あった。

公開講座を開設した目的は、「近年、看護実践現場では、看護師が患者の状態を判断して、患者の健康上の問題を明らかにする看護診断を導入する病院が増加してきている。しかし、臨床で働く看護師の看護診断についての理解は十分とはいえない。まして、看護介入と看護成果のリンケージについては未学習であることが多い。そこで、地域住民から期待される質の高い看護を提供するために、患者に適した看護診断、看護介入、看護成果のリンケージを学習し、理解を深める。」とした。

第1回の講義内容には、「看護診断の歴史、看護診断と中範囲理論、看護診断の多軸構造、NANDA看護診断分類法Ⅱ13領域、看護成果(NOC)、看護介入(NIC)」を取りあげてパワーポイントを用いて概説した。第2回の内容には、看護診断と看護成果(NOC)、看護介入(NIC)のリンケージを概観し、NANDA-NOC-NICの事例検討を行い、第3回目は、その発表と解説、まとめを行った。

以下に、実施後の成果や今後の課題について述べる。

実施後の成果として、アンケート結果や参加者の反応から看護診断の歴史的発展の経緯については理解が深まり、看護師が看護診断する意義や必要性の認識は高められたことが窺える。NANDA看護診断13領域の構造と定義などについては、理論としての学びは深まったと推察されるが、NOC-NICについては既習学習者が少なかったこともあり、学習内容に戸惑いがみられ、NANDA-NOC-NICのリンケージの理解が深まるまでには至らなかったと推察される。しかし、本来の企画の意図である保健学科として地域で働く看護師の育成に貢献するという役割は果たせていると評価できる。

参加者のアンケート結果からは、「学ぶことができた」「満足」という評価とともに、「少し難しかった」という声が寄せられ、難易度が高かったことが窺えた。事例検討によるグループワークでは参考図書が少ないとの意見が寄せられ、インストラクター又はファシリテーターによる綿密な指導を受けることを期待していたことが窺えた。

実施後の課題や反省点としては、NANDA-NOC-NICのリンケージの学習には参考図書が不可欠であるが、主催者が準備した参考書は各部屋に1冊(4グループに1冊)であったから、参考書を手元において活用しながら学習する環境を整備することができていなかった。グループワークは、主催者としては参加者の主体的学習活動を期待していたが、参加者は助言者に教えてもらうことを期待していたと思われる。参加者のレベルに応じた学習ニーズへの対応が今後の課題となった。今回出された要望は、次年度以降の計画の参考としたい。

今後の展望としては、NANDA-NOC-NICのリンケージはこれからの学習課題であり、電子カルテの普及と相まって、臨床現場の看護師の学習ニーズは高いと判断される。このことから、今年度同様のテーマで公開講

座を行う意義があると考えている。ただし、教授法については、事例をもとにした理論の解説を主体とする内容を加えるなど検討を要する。また、参考書の事前指示と主催者の参考書の整備、グループワークにアドバイザーを配置するなど、具体的な運用については検討課題となった。開催期間は、毎週土曜日の3週間にわたるよりも、土曜・日曜の集中型が参加しやすいという声が多かった。

その他、特記事項として、①参加者の応募から参加決定通知が届くまでの期間が長く、「参加できる通知が届いたのが遅い。別の予定を入れていた。調整が困難だった。もっと早めに参加通知を頂きたい」という要望が参加者からだされた。参加許可通知の発送時期を早めるよう検討しなければならないといえる。②保健学科の場所が分かりにくい。もう少し実際のなわかりやすい地図をいただきたいという要望が寄せられた。詳細な地図を配布するかの検討が必要である。③参考書配置が部屋に1冊では、学習に支障をきたしていたと判断される。参考書に関する計画を事前に提案すべきであったことが反省点である。④駐車場の入講ゲートの開放は、好評であった。⑤学習資料枚数が多かったことから、印刷資料の準備をどのようにするか段取りと手配が必要であった。⑥グループワーク時に資料コピーの要望が多かったことから、講座中のコピー対応(誰が、どのようにコピーし、費用をどのように捻出するのか)を事前に計画しておくべきであった。⑦1日開催の場合、昼食案内を事前通知に盛り込んでおくとの親切である。⑧長時間の講座であったため、休憩時のお茶等の配慮は好評、などが考えられた。

## おわりに

今後ますます高度化、複雑化して発展していく医療の一方で、在院日数の短縮化など治療中心の医療から、在宅医療への転換期を迎えており、看護師にはチーム医療の推進者として倫理的な対応も求められている。

安全で安心できる信頼される医療と看護への期待に対応すべく、専門職としての責務を果たしていくには、看護が何をしているのかという的確な判断に基づく看護実践が求められている。その実現に向けて看護診断する能力が大きな役割を担っていると思われる。看護診断は確かにこれまで学習経験のない看護師にとっては難しく、取っつきにくい印象があるが、活用の意義は大きいことから、看護診断に取り組んでいく必要がある。看護診断は今後も開発され発展して変化していくものであるから、現時点での理解に基づく実践を積み上げていく必要がある。

保健学科が地域に開かれた大学として看護師のキャリアアップに貢献する使命を果たすためにも、公開講座で看護診断セミナーを企画・実施していく意義があると推察され、より良い学びの場としていきたい。

参考文献

1. 看護職者とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師をさしている。
2. 厚生省健康政策局看護課監修：看護制度検討会報告書—21世紀へ向けての看護制度のあり方、第一法規出版、1987。
3. 日本看護学教育学会調査研究プロジェクト：看護教師の資質の発展に関する研究、日本看護学教育学会研究報告書、2000。
4. 文部科学省看護教育の在り方に関する検討会：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて（看護教育の在り方に関する検討会報告書）、2002。
5. 看護基礎教育とは、看護専門職に入るまでの教育のことで、学校（専修学校、各種学校、看護専門学校、短期大学、大学）での教育を指す。一般的に、看護教育は、看護基礎教育と看護継続教育に分けられている。
6. 日本看護学教育学会研究プロジェクト：看護基礎教育における看護技術および認知領域面の教育のあり方に関する研究、平成13～14年度厚生科学研究費補助金—医療技術評価総合研究事業、2002。
7. 厚生労働省新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会：新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書、2003。
8. 厚生労働省看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会報告書、2003。
9. 文部科学省看護学教育の在り方に関する検討会：看護実践能力の充実に向けた大学卒業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会報告）、2004。
10. 日本看護系大学協議会看護実践能力検討会：看護実践能力育成推進ブロック別検討会、2004。
11. 小山真理子他：看護基礎教育における看護技術における看護技術教育の充実に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）、2006。
12. 日本看護協会は、保健師、助産師、看護師、准看護師で構成する看護の専門職能団体で、1946（昭和21）年に設置された。公益に関する社会法人であり、国民の信頼に応えるライフサポーターを目指して、国民・患者の視点にたった看護、医療、政策の提案を行い、看護業務基準やガイドライン、倫理綱領等を公表し、専門職としての本来の責務を果たす役割を担っている。
13. 日本看護協会出版会編：日本看護協会看護業務基準2005年、p. 10、日本看護協会出版会、2005。
14. 電子カルテ研究会編：新版電子カルテってどんなもの？ p. 5、中山書店、2002。
15. 宮崎久義、津村宏：電子カルテの現状と未来、医療白書2005年版、p. 402～407、日本医療企画、2005。
16. 厚生労働省保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン（第一次提言）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1b.html>（2007年1月閲覧）
17. ナイチンゲールはイギリスの上流階級の出身であるが、看護に関心をもち、クリミア戦争の野戦病院で看護を行い、軍病院の改革に成果をあげ、6ヶ月後には死亡率47.2%を2.2%まで低下させたことから、高く評価された。その後、国民から寄せられた基金でナイチンゲール看護学校を設立した。代表的な著作に『看護覚え書き』があり、今日でも看護教育で教授されている。1820年に生まれ1910年に永眠した。
18. ヘンダーソンはアメリカの看護師で、ナイチンゲールの『看護覚え書き』から100年後に、看護の独自の機能を述べた『看護の基本となるもの』を著した。人間の14の基本的ニード（呼吸、飲食、排泄、休息、睡眠など）の充足に向けて、気力、体力、知力の欠けたる者の担い手となるのが看護だとしている。
19. 波多野梗子：系統看護学講座専門分野1. 基礎看護学1. 看護学概論、p. 104、医学書院、1995。
20. 森田敏子：看護診断の歴史的発展と表現形式、看護さろく16（2）、p. 3～10、日総研出版会、2006。
21. 森田敏子：看護診断の正しい知識を身につける、看護さろく、16（10）、p. 3～12、日総研出版会、2006。
22. マージョリー・ゴードン、輪湖史子監訳：エキスパートナースMOOKプラスワン・シリーズ1 ゴードン博士の看護診断、p. 7、照林社、1995。
23. NANDA国際ナショナル、日本看護学会監訳、中木高夫訳：NANDA看護診断定義と分類
24. ANA、日本看護協会編、小玉香津子訳：いま改めて看護とは、p. 24、日本看護協会出版会、1987。
25. 中木高夫：看護に活かす情報システム看護過程のどの部分までコンピュータ化するのか＞、看護診断・看護分類・コンピュータ化—看護の次なる進歩、p. 76～77、照林社、1995。
26. 前掲23）、p. 1～8。
27. 前掲21）、p. 5。
28. マリオン・ジョンソン、メリディーン・マース、スー・ムアヘッド、江本愛子訳：看護成果分類（NOC）看護ケアを評価するための指標・測定尺度、p. 157、医学書院、2005。
29. 前掲28）、p. 24。
30. 前掲28）、p. 158～161。
31. ジョアン・マクロスキー・ドクターマン、グロリア・M. プレチック、中木高夫、黒田裕子訳：看護介入分類（NIC）p. 24～28、南江堂、2006。
32. 前掲31）、p. 116～117。
33. 福井公明、日下八代美、神田尚子他：看護診断とその文献的考察、看護技術、24（10）、90～107、1978。
34. 黒田裕子、棚橋泰之、小田正枝、中木高夫、菊池登喜子：看護部門に稼働中および導入予定の電子カルテに関する全国実態調査—看護実践用語に焦点を当てて、看護診断、10（1）、p. 88～94、2005。
35. 大谷英子：妥当性の研究の一例、看護診断、1（1）、p. 58、1996。
36. 入江晶子：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）、p. 48～57、1994。
37. 藤村龍子：実践を方向づける看護診断、看護診断—看護介入—看護成果のリンケージによって、看護診断、5（1）、p. 6～14、2006。
38. 倉島幸子：臨床看護師の看護診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）、p. 5～17、2000。
39. 黒田裕子：定着させよう看護診断、看護診断、11（1）、p. 48～55、2006。
40. 前掲23）、p. 1～8。
41. 前掲23）、p. 271～278。
42. 佐藤英子編：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門、p. 17、2005。Merton, R. K. : On Social Theory and Social Structure. Free Press. 1968。
43. 中木高夫：看護診断を読み解く！看護をもっと深めたい人のために、p. 8～9、Gakken2004。
44. 前掲23）、p. 279。
45. 前掲23）、p. 280。
46. 前掲23）、p. 281。
47. 前掲23）、p. 283。
48. 前掲23）、p. 284。
49. 前掲23）、p. 285。
50. 前掲23）、p. 286。
51. 前掲23）、p. 287。
52. 前掲23）、p. 288。
53. 前掲23）、p. 290。