



透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理：水分制限・食事制限」の診断指標に関する研究

神谷, 千鶴

(Degree)

博士 (保健学)

(Date of Degree)

2012-03-25

(Date of Publication)

2013-07-24

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲5422

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1005422>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



博士論文

透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理
:水分制限・食事制限」の診断指標に関する研究

神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻

神谷千鶴

論文内容の要旨

【題目】 透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理
：水分制限・食事制限」の診断指標に関する研究

【研究の背景と目的】

看護診断とは、看護の専門的介入を決定するために用いられる臨床判断であり、看護ケアの対象となる現象を提示している。NANDA インターナショナルによって開発される看護診断は、診断名、定義、診断指標、危険因子あるいは関連因子によって構成される。これらのエビデンスを立証する方法の1つである内容妥当性検証は、特定の領域における専門的な知識や経験を持つ看護師の臨床知を活用し、看護師が臨床判断するまでの思考過程を検証していく有効な方法である。

近年、透析分野においても透析療法指導看護師や透析分野認定看護師などの専門的知識や技術をもつ看護師が臨床の場で活躍してきている。しかし、その看護師の臨床判断が明確な用語で示されていないために、看護ケアの評価が十分になされていない現状がある。そのため看護診断を取り入れ、看護ケアの焦点を明確にすることで、看護ケアの評価が適切に行われ、透析看護の質の向上へつながるのではないかと考えた。しかしながら、看護診断は翻訳言語であることや一般化された概念用語を用いているために、臨床では活用されにくいという問題がある。そこで、専門的知識や経験をもつ看護師が診断するためにてがかりとしている現象を明らかにし、臨床で活用できる診断指標を検証する必要があると考えた。なかでも、透析患者にとって最も苦痛である水分制限や食事制限の自己管理についての診断指標を明らかにすることが重要であると考えた。

そこで本研究は、透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理：水分制限・食事制限」の診断のてがかりを明らかにしたうえで、その内容妥当性検証を行うことを目的とした。

本研究は神戸大学医学系研究科の倫理審査を経て実施した。

【方法ならびに結果】

〔研究1〕

透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理：水分制限・食事制限」の診断のてがかりについて、透析分野のエキスパート看護師（透析療法指導看護師・透析分野認定看護師）11名にインタビューを行い、内容を分析した。エキスパート看護師は、水分制限や食事制限を行わなかった結果として生じる「体重増加」や「血清リン値の増加」などの身体的徴候5項目をてがかりとしており、健康行動を示すてがかりとしては、「カップ麺を食べる」、「コンビニ弁当を食べる」など特徴的な食行動などの10項目が明らかになった。

〔研究2〕

研究1で明らかになったてがかり15項目について、Fehring（1986）が開発した診断内容妥当性モデルを用いて検証を行った。対象者は、透析看護の経験が十分であり、看護診断について学習経験があると日本腎不全看護学会より推薦されたエキスパート看護師13名である。

診断指標として内容が妥当か（特徴的なてがかりであるか）について、「まったく特徴的ではない」から「非常に特徴的である」の5段階評定で評定してもらい、同じ調査を2回行った。分析方法は、各項目について得られた回答の5段階評定に対してそれぞれ、 $1=0$ 、 $2=0.25$ 、 $3=0.50$ 、 $4=0.75$ 、 $5=1.0$ という数値を与え、診断指標の評定を算出した。評点0.8点以上の診断指標は「メジャーな診断指標」、0.5点を超え0.8点に満たない診断指標は「マイナーな診断指標」として、看護診断の診断指標となるてがかりであると判断した。0.5点以下のものは、看護診断に特徴的なてがかりではないものと判断した。

メジャーな診断指標となったてがかりは、食事管理が非効果的であった結果としてみられる「カリウム値の上昇」と「リン値の上昇」、水分管理が非効果的であった結果としてみられる「体重増加量」の3項目であった。マイナーな診断指標となったてがかりは、「タンパク異化率の値」の1項目と、NANDA-Iの診断指標『治療または予防プログラムを達成するには非効果的な毎日の生活を選択』の下位概念を示す「カップ麺を食べ

る」「コンビニ弁当を食べる」、『病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す』の下位概念である「家族が心配しているから気を付けたい」、『治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す』の下位概念である「付き合いが多くて、近所の人がよく来る（から、食べてしまった）」、「自覚症状がないから食べてもいい。」など9項目であった。

【結論】

透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理：水分制限・食事制限」の診断のてがかりは、行動の結果生じる透析患者に特徴的な身体的徴候がメジャーな診断指標であった。また、NANDA-Iの診断指標の下位概念となる健康行動のきっかけや原因を示した言動がマイナーな診断指標となった。透析分野におけるエキスパート看護師は、健康行動の結果生じる身体的徴候をきっかけとして、看護に必要な状況の臨床判断を行っていることが明らかになった。

キーワード：看護診断、透析、自己管理

要旨

目次

第1章 序 論.....	5
I. 研究の背景（問題の陳述）	5
1. わが国の医療制度と看護の専門性.....	5
2. 看護の専門性と看護診断.....	5
3. 看護診断と透析看護.....	6
II. 本研究の目的.....	7
III. 本研究の看護的な意義.....	8
1. 適切な臨床判断を下すことへの貢献.....	8
2. 有効な看護介入への発展.....	8
IV. 論文の構成	8
第2章 文献検討	9
I. 看護診断.....	9
1. 看護診断の定義.....	9
2. NANDA - International と看護診断	10
3. 看護の範囲と看護診断	13
4. 看護診断過程と診断指標（てがかり）	15
5. 看護師の思考過程と診断のてがかり	16
6. 看護診断の限界と今後の発展.....	18

II. 透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理」について.....	19
1. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限.....	20
IV. 研究の枠組み.....	22
1. 概念枠組み.....	22
2. 用語の操作的定義.....	22
第3章 研究方法.....	25
I. 研究デザイン.....	25
1. デルファイ研究について.....	25
2. 本研究の手順（proceeding）.....	26
3. 倫理的配慮.....	27
II. 研究1：インタビューによる診断のてがかり（診断指標）の抽出.....	27
1. 目的.....	27
2. 対象.....	27
3. 方法.....	28
4. 分析.....	29
III. 研究2. 診断指標（てがかり）の妥当性検証.....	30
—2 ラウンドのデルファイ法（DCVモデル）—.....	30
1. 目的.....	30
2. 対象.....	30
3. 方法.....	31

4. 分析.....	32
第4章 結果 および 考察.....	33
I. 研究1 インタビューによる診断指標（てがかり）の抽出.....	33
1. 対象者の背景.....	33
2. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限.....	35
3. 考察.....	36
II. 研究2 妥当性検証：2ラウンドのデルファイ法(DCVモデル).....	38
1. 対象者の背景.....	38
2. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限の妥当性検証.....	41
3. 考察.....	43
IV. 本研究の限界と今後の課題.....	50
1. 研究結果の一般化の限界.....	50
2. 今後の課題.....	50
第5章 結論.....	52
謝辞.....	53
引用文献.....	55
表目次.....	63
図目次.....	63
投稿論文.....	65
付録（他の看護診断の DCV スコア）	

第1章 序 論

I. 研究の背景（問題の陳述）

1. わが国の医療制度と看護の専門性

これまで、わが国における看護の評価は、診療報酬上は「入院基本料」や「医師、歯科医師による診療を補助する行為」として、また「看護師を含むチームとして提供するサービス」として評価されてきた。しかし、平成15年3月28日に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系の見直しに関する基本方針」において、「医療技術については、出来高払いを基本とし、医療従事者の専門性やチーム医療にも配慮しつつ、難易度、時間、技術力等を踏まえた評価を進める。そのために必要な調査・分析を進める」という方針が明記され、専門性の高い看護技術の評価についても審議されるようになった（日本看護科学学会・学術情報委員会, 2006）。これと平行して、看護の各専門分野での認定制度や専門看護師制度が確立され、看護における専門性が重要視されるようになり、透析看護においても、平成15年に透析療法指導看護師、平成17年度には透析認定看護師が誕生し、専門的な知識・技術を持った看護師が臨床で活躍できるようになってきた。そして、平成18年度の診療報酬改定においてはじめて、より専門性を要し、かつ介入効果の認められる看護技術に対する評価がなされ、緩和ケアや褥瘡対策などに対し診療報酬が与えられるようになった。このように、看護技術が診療報酬として評価された背景には、看護技術の効果が多くの研究によって明らかにされてきた成果があり、他の多くの専門分野においても、看護技術の効果を的確に評価し、研究成果を報告していくことが求められている。

2. 看護の専門性と看護診断

看護技術の効果を的確に評価し、研究として成果を報告していくためには、「専門的な看護ケアが必要な状況を明確に判断し実践し、評価する」必要がある。この、「必要な状況を明確に判断すること」が看護診断であり、適切なアセスメント、的確な看護診断をし、アセスメントし、検証で得られた看護介入を実践し、成果を得ることが看護の質保証につながる [大島, 2006]と考えられている。また、看護診断は、臨床実践に基づ

いた健康状態を決定しているためにいつも看護研究の枠組みとして確立されるものである (Carpenito, 1990) ことから、看護診断を的確に用いることは看護の発展に有効であると考えられる。

現在、日本看護診断学会で用いられる看護診断用語は、NANDA—International (NANDA International, 2008) が開発した看護診断用語を活用しているが、標準看護用語としてみると、NANDA 看護診断用語は訳語であること、もともと無形の現象を概念化したものであり抽象語が多いことから、用語の解釈が難しく、臨床で十分に活用されているとは言いがたい状況である。しかし、標準看護用語を用いて、看護を実践し、研究として成果を上げなければ十分な評価を得られないことを考えると、国際的にも多く用いられている NANDA 看護診断用語を活用していくことは有意義であると考えられる。そのため、臨床で活用できる、情報・アセスメント・看護診断・介入・アウトカムを示す標準看護用語の開発が急務であると考え。ヘザー・ハードマン [Herdman, 2006] は招聘講演「患者ケアの質を高める標準看護用語」において、まず、『質 (quality)』について、その指標となる看護のデータが不足していることを指摘し、臨床における指標は医学的アウトカムが多く、看護としての質保証の指標となる看護感受性データ nursing sensitive data (アセスメント・看護診断・介入・アウトカム) が明確に示されていない (記録されていない) ことに問題があると述べている。このことから、看護独自の指標となるデータについても開発していく必要があると考える。

3. 看護診断と透析看護

透析看護における看護診断の検討は、日本腎不全看護学会・研究・教育合同委員会によって 2006 年度より継続している。検討内容は、透析看護領域における看護診断の特定と診断指標の検討、看護データベースの作成であり、私も委員として携わっている。

透析看護において看護診断が有用と考えた理由は、その看護の専門性にある。外来透析患者は、通常、週 3 回通院し、病院や診療所の透析室で約 4 時間の透析治療を受ける。この治療は、腎移植を受けない限り一生続くため、外来でありながらも入院患者よりも患者と看護師の関わりは長期に及び、関わりも深くなる。また、透析治療は高度な医療

機器を用いること、治療上身体への負担が大きいこと、生活上の制約が多いことから、看護援助の必要性、専門性は高い。そのため、透析療法指導看護師や透析看護認定看護師が誕生し、臨床で活躍してきているが、共通の問題理解のための統一用語がなく、また看護問題（看護診断）に対する介入や評価においての研究が十分に発表されていない。

看護診断に関しては、2002年の血液透析患者に関する看護記録の研究で、多くの施設が看護の視点での記録が不十分であることが明らかになった【神谷，本田，大徳，三島，新谷，江川，2003】。また，全国の透析施設において，看護診断を導入している施設は，26.5%であり，看護観察記録を持っているのは，看護診断を導入施設では未導入施設と比較し有意に多く，看護診断を導入している施設では，透析患者に存在する看護問題を捉えるために，患者の生活機能に関する内容を看護記録に記載していることが見出されている（Honda, Kamiya, & Egawa, 2005）。これらより、透析看護においても看護診断を適切に行うことで、透析看護に特徴的な看護独自のケアの開発につなげることができるのではないかと考えた。

透析看護において、看護診断を適切に行うためには、看護師が看護診断を理解し、正確に診断する必要がある。しかしながら、看護診断の言語の問題や、臨床状況の表現などにおいては、抽象的なものが多いため活用されていない。臨床で活用できるレベルまで具体的な表現で、透析看護に特徴的な診断指標を明らかにすることで、臨床経験が少ない看護師でも、適切に看護診断を行えるようになるのではないかと考えた。

Ⅱ. 本研究の目的

本研究の目的は、透析看護に特徴的な看護診断のてがかり（診断指標）を明らかにすることである。透析看護に携わっている看護師の看護診断過程における診断のてがかりを明らかにし、その内容妥当性を検証する。

Ⅲ. 本研究の看護的な意義

1. 適切な臨床判断を下すことへの貢献

透析看護に特徴的な看護診断指標を、より具体的なレベルで『てがかり』として明らかにすることは、臨床の場において、看護師が看護診断を判断するための情報収集のきっかけとなる。そして、その情報は看護診断が下されるまで看護師の思考過程の中に留保され、看護診断の判断材料の一つとして扱われる。特徴的な領域で、妥当性のある診断指標は、正確な看護診断につながるため、妥当性検証された『てがかり』は適切な臨床判断を下すことへの一助となる。

2. 有効な看護介入への発展

先述したとおり、適切な看護診断は、良い看護介入につながる。そのため、看護診断の診断指標・関連因子・危険因子が妥当なものと立証され、それに基づいた看護診断がなさるということは、対象となる患者の看護上の問題を的確にとらえられているということになる。的確に問題をとらえることで、その問題解決のための具体的で効果的な介入方法を明らかにすることができる。透析治療を受けながら、長期間生存できるようになった慢性腎不全患者においては、よりよく生活していくために看護師の介入が不可欠である。そのため、効果的な看護介入が発展することで、透析患者の生活の質が向上することが期待できる。

Ⅳ. 論文の構成

本論文は5つの章により構成されている。第1章では、研究の動機、研究の背景、研究の目的などについて述べている。第2章では関連する文献検討であり、第3章では研究方法を述べている。第4章では結果および考察について詳細に述べている。考察は研究1と研究2の結果を総合した考察になっている。第5章は結論を述べている。資料として英文で投稿した論文を掲載している。

第2章 文献検討

I. 看護診断

1. 看護診断の定義

「看護診断」という用語は、1953年にFry (1953)によってはじめて紹介されて以来、少しずつ発展してきた。1970年代に入ると、臨床での看護診断についてさまざまな分野で研究がなされ、看護診断は、直接的なケア活動ばかりでなく、質保障、職員配置、コンピュータ化情報システム、継続ケア計画、教育カリキュラムなどの面で有用と認められ、さらに理論展開の基礎としても使えることが分かってきた [Gordon, M, 1988]。このような中で、看護診断の定義についての議論がなされた。看護診断を定義するにあたり、「看護師が『診断』するものは何か?」、「臨床実務にあたる看護師のケアとは何か?」という法的な観点からも議論された。1973年にアメリカ看護師協会 (ANA) は看護を「現実的または潜在的な健康問題に対する人間の反応を診断し、処置することである」と定義しており、その後、米国における州の看護実践法はこの定義に従って看護を述べている。この定義なかに診断という用語が使用されたことで、看護診断の定義が発表されるようになった。Shoemaker (1984)は、全米調査から引き出された定義として「看護診断は、個人の家族、あるいは地域に関する臨床判断であり、データの収集と分析を慎重かつ系統的に行う過程を得て引き出される。そして、看護師が責務をもつ限定的療法の処方根拠となる。簡潔に表現され、その状態の原因がわかるときはそれを含むものとする。」と述べている。また、Gordon (1976)は、「看護診断、すなわち臨床診断は、専門職看護師がこれを行い、実在的または潜在的な健康問題を記述する。ここでいう健康問題について、看護師はその教育と経験によって治療する能力と資格を有するものである。」と定義している。さらに、Roy (1978)は、著書のなかで「看護診断は、統一体としての人間 (unitary man) のパターンを表す一群の経験的指標を要約する術語、すなわち専門用語である。」と述べている。これらの定義を踏まえ、北米看護師協会 (North America Nursing Diagnosis Association : NANDA) は、1990年に総会で定義を議決している。それによると、「看護診断 (nursing diagnosis) とは、実在的または潜在的な健康問題や生命 (生活) 家庭に対する個人の家族、あるいは地域社会の反応についての

臨床判断である。看護診断は、看護師が自己の責任において成果をあげるために看護介入を行う際、どんな介入を選択すればよいかを決める根拠となる。」(Carroll-Johnson, 1991)と定義されている。

わが国においては、NANDA の定義に基づき、「病気の状態にある患者、もしくは治療を受けている患者が表明する患者自身の健康問題に対する看護上の問題（看護問題）を記述するものである [江川, 2010]。」「看護過程の最初の第一段階で、専門職看護師の実践によって扱うことが可能で、かつ扱うことが認可されている顕在的ないし潜在的な健康上の問題の表明である。 [和田, 南, 小峰, 2002]」と説明されている。また、和田ら (2002) の説明になかでは、看護診断について「近年、科学的な問題解決法が看護実践にも取り入れられ、根拠を考えながら実施する看護へと変化するなか、専門職である看護師としての『判断』を重要視する状況となり、診断ということばが使われるようになった。医師の『診断』に対して、看護師は『看護診断』に基づいて看護計画をたて、実践・評価を行う。看護診断のいくつかは北米看護診断協会（現在の名称は NANDA—International）によって定義され、臨床時に試験し承認されつつあるが、今なお開発の途上にある。」と補足されており、日本において看護診断は、NANDA—International の定義や分類を基に、今後発展させていくべきものであると考えられる。

2. NANDA - International と看護診断

NANDA - International（旧称 北米看護師協会 North America Nursing Diagnosis Association）では、2～3年ごとに『Nursing Diagnosis: Definitions & Classification』で採択された看護診断を公表し小冊子として発行している。日本でもすぐに翻訳され、訳語案は日本看護診断学会の看護診断用語検討委員会で作成され、理事会で説明の上、承認を受けているものが発行されている。『NANDA 看護診断: 定義と分類 2005—2006』(North American Nursing Diagnosis Association, 2005)は、基盤のしっかりとした診断用語体系として NANDA - International の体系が認められた時期に出版された。NANDA - International の用語体系は、すでに米国国立医学図書館の統一医学用語体系に包含され、また、同時期に米国看護師協会によって承認されている。さらに、近年になって、HL7 に登録され、ISO の基準に合致するように修正され、SNOMED-CT に包

含まれた、また、アイスランド語、イタリア語、英語、オランダ語、スペイン語、中国語、デンマーク語、ドイツ語、日本語、ノルウェー語、フランス語、ポルトガル語でも入手可能となっている。採択されている看護診断は、徐々に増加しており、2009—2011年版では206であり、この数を増やしたり、臨床に則した内容に改定したりする必要があると言われている。看護診断の開発、改定に当たっては、表1のような手続きがとられる。

看護診断に関する研究は、このような看護診断の開発・改定にかかわるものと、記録に関するもの、教育に関するものに大きく分けられる。1960代は、看護診断の看護における位置づけや『診断』という用語の使用の是非についての論評 (Chambers, 1962; Komorita, 1963)が発表され、1970年代に入り世界各国の言語で紹介された (Chetnik, 1969; Kim D. H., 1970; Soto de Vélez Mejía, 1971; Mori, Koyama, Takaguchi, Furuya, Nakanishi, 1972; Myers, 1974)。その後、それぞれの看護領域での看護診断について検討がなされ、NANDAによって定義と分類は改定されてきた。1980年代は、看護診断の記録の方法、それに伴う看護師の思考過程 (Putzie, Padrick, & Putzier, 1984)、教育の方法 (Gaine & McFarland, 1984; Lunney M., 1986)などに焦点があてられるようになった。さらに、1990年代になると欧米での医療記録の電子化に伴い、看護記録と看護用語について検討されるようになり、他の用語分類との比較・検討がなされるようになり (Hogston, 1997; Wake & Coenen, 1998)、現在では欧米のみならず日本やアジア諸国、南米諸国でも検討が進んでいる (Hyun & Park, 2002; Peres, et al., 2010)。NANDAへの看護診断の提案：根拠レベルの判断基準 (表1)に基づく研究は、1990年代頃より行われ、それに伴い看護診断の定義や診断指標、関連因子、危険因子が検討され、改定されてきている。文献レビュー (Ryan & Falco, 1985; Dougherty, 1997)によるものや、ケーススタディ (Boeing & Mongera, 1989; Bottei, 1995; ElSadr, Noureddine, & Kelley, 2009)、熟練 (専門) 看護師によるコンセンサスの形成などによるもの (Lethbridge, McClurg, Henrikson, & Wall, 1993; Zauszniewski, 1994; Hoover & Norris, 1996)があり、現在の看護診断の発展に貢献しているが、看護診断すべてにおいて検証されているわけではなく、今後もこうした研究が必要であると考えられる。

表 1 NANDA への看護診断の提案:根拠レベルの判断基準(抜粋)

—NANDA への看護診断の提案:根拠レベルの判断基準(抜粋) [North American Nursing Diagnosis Association, 2005]—

1. 開発のための受理(診断審査委員会からの相談)
 - 1.1 診断ラベルだけ

このレベルは、もともとは個人よりも団体からの提案のために意図された。診断審査委員会は、診断開発のエキスパートのために印刷されたガイドラインを配布することによって、開発者になろうとする人の相談にのったり、指導したりする。この段階では、診断ラベルは「開発のための受理」と分類される。
 - 1.2 診断ラベルと定義

診断ラベルは明確であり、基本的なレベルで述べられる。定義は診断ラベルと矛盾するところがない。診断ラベルと定義は、他の診断と区別されるものであり、対比して相違を示すものであるべきである。定義は診断指標および診断ラベルと異なるものであり、したがってこのような要素は定義のなかに含まれてはならない。この段階では、診断は現在の NANDA の看護診断の定義と整合していなければならず、この基準を満たしているか否かでスクリーニングされる。
 - 1.3 診断ラベル、定義、そして診断指標または危険因子

診断指標または危険因子(リスク型看護診断の場合だけ)は、診断ラベルと整合していなければならない。診断指標は、識別可能で、観察可能で測定可能でなければならない。診断指標のリストには、主要指標と副次指標の両方が含まれることがある、主要指標の数は5〜7に制限されるべきである。
 - 1.4 診断ラベル、定義、診断指標または危険因子、文献

診断ラベル、定義、診断指標は整合している。文献が含まれている。判断基準 1.2、1.3 は満たされていない。この段階で診断ラベルは分類法委員会へ分類のために送致される。1.2、1.3、1.4 の段階では、内容が最新の看護の知識ベースと整合しているかどうか検討される。内容は、NANDA の定義と修飾語のすべてと整合していなければならない。エキスパートとの共同作業が活用されることがある。診断審査委員会への相談が進められる。
2. 公示と NANDA の分類法への包含のための採択
 - 2.1 診断ラベル、定義、診断指標または危険因子、関連因子、文献、文献レビュー

2.1 の段階で、診断ラベルが分類のために分類法委員会に装置される。その診断の底流にある知識の重要な本体の存在を事例でもって示すために、概念分析が頂点をなす関連文献の包括的な検討が要求される。文献検討／概念分析はその診断ラベルおよび定義を裏付けている。文献検討は診断指標または危険因子(リスク型看護診断の場合だけ)、および関連因子(実在型看護診断のため)に関する裏づけと考察を含んでいるべきである。
 - 2.2 熟達ナースによる診断に関連した合意(コンセンサス)研究

2.1 の評価基準が満たされている。研究には、ナースを対象にしたアンケート法、デルファイ法(ある課題について複数の専門家の意見を集約する方法の1つ。まず複数の専門家を選んで回答してもらい、その回答を統計処理し、確立分布等とともにフィードバックし、再び回答してもらうという作業を繰り返して合意形成を行う。)、診断構成要素に関する類似の研究が含まれる。
3. 臨床的な裏づけ(確認と検証)
 - 3.1 文献の統合

2.1 の評価基準が満たされている。総合とは文献の総合的な検討形式である。この文献検討で使用された検索用語／MESH(医学論文目索引)用語は、将来研究を受け継ぐ者に役立つ。
 - 3.2 診断に関する臨床研究(ただし、対象集団について一般化できない)

2.1 の評価基準が満たされている。そこでの叙述には、診断指標または危険因子、そして関連因子をはじめとする、診断に関連した研究の記述が含まれている。研究は本質的に質的研究であるか、あるいは患者を対象とする非無作為抽出の標本を用いた量的研究である。
 - 3.3 小さな標本サイズによる研究デザインがしっかりした臨床研究

2.1 の評価基準が満たされている。そこでも叙述には、診断指標または危険因子をはじめとする診断に関連した研究の記述が含まれている。これらの研究では無作為抽出法が用いられているが、標本の規模には限界がある。
 - 3.4 あらゆる対象集団に一般化するのに十分な規模の無作為抽出標本による研究デザインがしっかりした臨床研究

2.1 の評価基準が満たされている。そこでも叙述には、診断指標または危険因子をはじめとする診断に関連した研究の記述が含まれている。これらの研究では無作為抽出法が用いられ、標本の規模は結果をあらゆる集団に対して一般化できるだけの十分に大きいものである。

3. 看護の範囲と看護診断

看護診断が登場したことで、看護師の責任や責務について明確になってきた。ゴードン [Gordon, M, 1988]は、「診断は、クライアントとの間に成り立つケアリングの焦点を示し、看護診断は成果を立案したり、その立案した成果を得るための看護介入を決めたりする根拠として、看護過程の中で用いられる」と述べており、また、「看護診断を行えば、看護師は治療計画を決める責任と責務を負う」とも述べている。この考えを図示したものが、図1である [江川, これなら使える看護診断, 2010]。

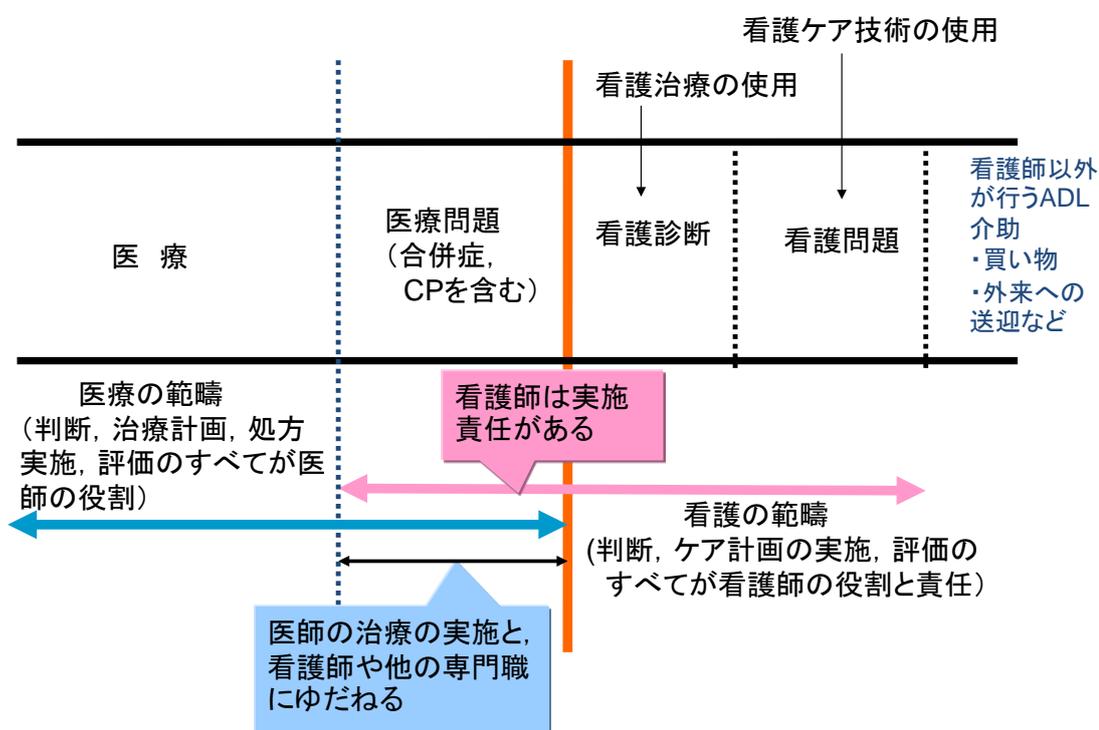


図1 看護における医療問題・看護診断(問題)・看護ケア(問題)の概念図

江川によると、「看護診断の概念が登場するまで、いわゆる『看護ケア』と呼ばれるケアの範囲は、大きく分けて<看護問題>に対するケアと<医療問題>に対する看護ケアの二つであった。看護診断という看護概念が登場することにより、看護診断に対する『看護治療』という新しいケアの範囲を抽出したことになる。」と述べている。このなかで、「心拍出量減少」や「急性混乱」「体液量過剰」「急性疼痛」といった身体的な問題関わる看護診断は、看護治療だけでは解決できない症状/徴候(看護診断)や原因(関連因子)を多く含んでおり、現実的にはまだ医療問題として取り扱われることは少

なくなく、またこの問題については、Carpenito (1990)は共同問題として取り扱っており、医師の治療処方や指示により、医療技術を用いて行うものであると提言している。

一方、看護診断は<看護上の問題>の概念には含まれるが『看護治療』を必要とする看護ケアの範囲として抽出されている。しかし、この看護治療の方法については、まだ開発が始まったばかりであり、妥当性が十分に検証されていないという実情がある。

看護の範囲の考え方は、米国の看護の範囲と日本の法律上の範囲は異なるため、NANDA－Internationalの看護診断がそのまま日本の看護の範囲とはならないことは明らかである。しかしながら、米国内においても看護診断なのか医療問題なのかといった議論はいまだに続いており、それぞれの国や州の法律に基づいて規定していく必要があると考える。

日本の看護師の業務を規定している保健師助産師看護師法（第1章第5条）【保健師助産師看護師法, 2009]によると、「『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者という。」と定められている。この法による看護師の業務と看護の概念を合わせてみると、看護のケアの範囲は大きく分けて<療養上の世話>に関するケアと<診療の補助>に関する看護ケアの2つに大きく分けられていたと考えられる。そこに、看護診断の概念が登場したことによって、看護ケアの中に、看護診断に対する『看護治療』という新しいケアを行う範囲が抽出されたと考えることができる。しかし、これらの範囲の明確な区別は看護の場や患者の病状、治療によって変化するものであり、簡単に判断するのは難しい。そのため、正確なアセスメントによって看護診断がなされなければ、法的業務の範囲を犯すことになったり、あるいは看護治療で改善できる患者に対し何も介入できなかったりする状況も考えられる。看護診断という概念によって看護の専門性が明確になり、それに伴いより大きな責務が与えられた。看護診断が正確に行われることにより、より専門的で効果的な看護ケアが提供できるようになることが期待される。そのために、看護診断過程を正確に行う思考過程の確立と、正しい看護診断を導き出せるような知識の獲得やケア技術の開発が急がれる。

4. 看護診断過程と診断指標（てがかり）

看護診断プロセスとは、これまで、段階的なプロセス（Carnevali&Thomas,1993）、相互作用プロセス（Gordon,1994）、発見学習のプロセス（O’Nail,1995）、直観的なプロセス（O’Nail&Dluhy,1997）と述べられてきた。日本における看護診断過程は、看護診断の行う一連の看護過程であると定義され、情報収集、整理、解釈、総合、分析、看護診断、看護計画立案、看護介入、評価を繰り返す過程されている。この看護診断過程は、対人関係、専門技術、思考などのプロセスが相互に影響し合っており、そのどの段階においてもクリティカルシンキングが活用される（Lunney M. , 2001）。

看護診断過程におけるてがかりとは、看護診断を明示している一連のデータのことであり、てがかりはまた、「決定に影響を与える情報の1つ」と定義される。また、それは健康パターンを理解するために用いられる“生データ”であり、看護診断に役立つてがかりは診断指標として扱われている（診断カテゴリーの構成要素間の関係（一部追加）図 2）。

概念枠組み

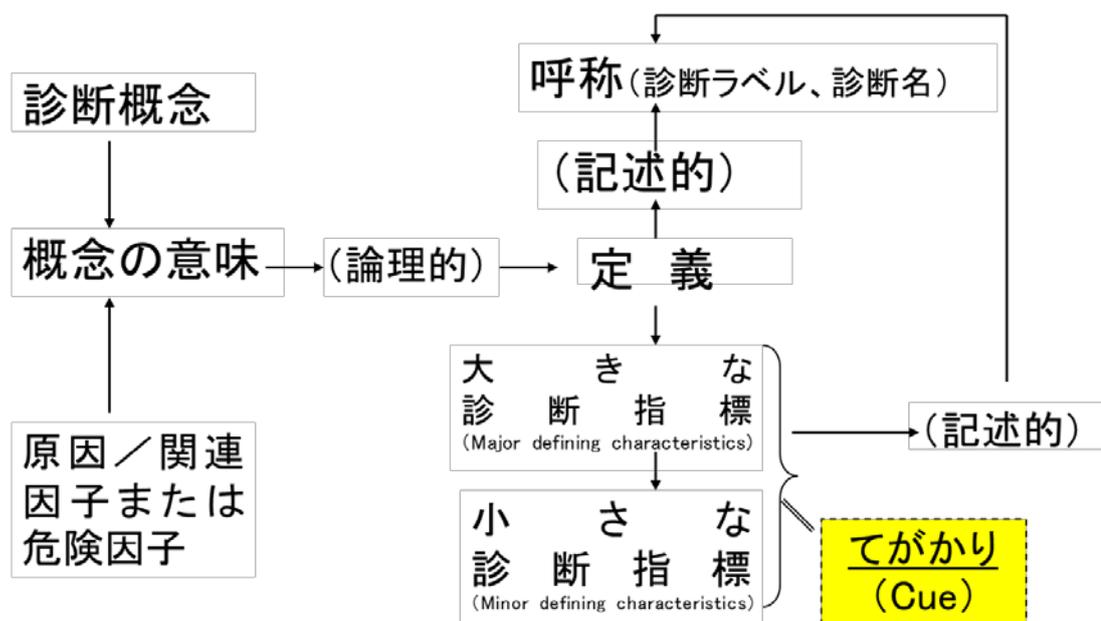


図 2 診断カテゴリーの構成要素間の関係（一部補足）（Gordon M. , 1994）

診断カテゴリーの構造は、呼称、定義、大きな特徴（診断基準）、小さな特徴（支持データ）、原因あるいは関連因子などから成り立ち、これらがカテゴリーの要素である。ゴードンは、この中に『てがかり』については明示してないが、前述の診断に役立つてがかりは診断指標として扱われているということから、てがかりは大きな診断指標、小さな診断指標の基になっている一連のデータと考えることができる。

一方で、この『てがかり』は、一般的に蓋然的 (*probability*) なものであるといわれている。その理由として、人間の反応を診断するという事は、健康に関連した人間の行動をどう解釈するかということを含む複雑な過程である (Webster, 1984) ことがあげられる。特に看護診断への臨床のてがかりの場合、健康状態だけでなく、環境や文化といった個別に起こりうる状況の変化によって、蓋然性のレベルが変化するとも考えられる。そのため、一般に、『社会的てがかり』よりは、『身体的てがかり』のほうが、信頼される診断指標であると考えられている。このように考えていくと、看護診断では、不確かな要素が多いままで判断することが普通であるが、不確かなてがかりのなかでも、より確実で信頼性の高いてがかりがあれば、判断に曖昧さがなくなり、診断的判断が優れたものになる。そして、優れた診断的判断であればあるほど、患者のために作られるケア計画が効果を表す可能性が大きくなるといわれている。

すなわち、よい看護ケアをおこなうためには、すぐれた診断的判断が必要であり、そのためには、より確実で信頼できる『てがかり (情報)』を集め、解釈し、活用する思考過程が重要であると考えられる。

5. 看護師の思考過程と診断のてがかり

看護師の思考過程や意思決定については、これまでの研究で明らかにされている。看護師が思考を始めるのは、目の前の患者に対して、看護介入が必要であると感じたときや、何か看護上の問題があると思ったときであると考えられる。つまり、看護師は、看護診断プロセスの初期段階からなにかの『てがかり』について認知しており、その認知されたてがかりをそのプロセス全体を通して統合し続けていると考えられる。この『てがかり』の認知や『てがかり』から推論すること、推論から判断（看護診断）をするまでの

思考過程においては、初心者と専門家で違いがあると報告されている。ベナー (Benner, 1984)によれば、初心者は原則に依存して行動し、専門家は状況を直観的に把握し、広範囲にわたる実りのない可能性を無駄に考えたりせず、問題の正確な領域に狙いを定めて考えることができるとされている。この「専門家が状況を直観的に把握し、問題の正確な領域に狙いを定めて考えること」は、人間の思考方法の二元論のうちの「直観的方法」に適合すると考えられる。しかし、看護実践においては、直観的推論と分析的推論のうちどちらかが用いられるものではなく、両方が用いられると考えられている。このように、直観的推論と分析的推論をうまく用いて、てがかりを推論できる看護師が、正確な看護診断を行うことができるのではないかと考えられる。これまでの研究から、正確な看護診断を行うすぐれた診断者の特性は、看護教育、看護経験、思考プロセスであるとされている。しかしながら、看護経験と正確性に関する研究結果は必ずしも一致していない。この結果の説明として、ベナーの看護能力の発達に関する研究から考察すると、看護師ならばすべて同じ技術をもつわけではなく、ある特定事例のタイプ(看護の領域)に対する特定の能力に対して専門性があるため、その領域以外については、看護の経験があるからといって、正確な看護診断ができるとは限らないということがいえる。

これらのことから、ある特定の領域において、看護経験が十分にあり、看護教育を受けた看護師は、直観的推論と分析的推論の両方を用いて、看護診断プロセスを行っていると考えることができる。このように、ある領域でエキスパートといわれている看護師の思考過程が明らかになれば、てがかりとしている情報を得ることができる。そして、これまで長年の経験でしか培われず、表面化することのなかったてがかりが明らかになる可能性がある。専門家のてがかりとしている情報を明らかにすることで、その領域に特徴的な看護診断のてがかり(診断指標)を特定できるのではないかと考えた。

看護領域に特徴的な看護診断指標(てがかり)を、抽象度の低いレベルで抽出することにより、その領域に携わる看護師が系統的にデータ収集することができるようになる。妥当性があり信頼性のあるてがかりは、正確な看護診断と関連があることが明らかになっているため、てがかりを確実にとらえ、解釈することができれば、正確な

看護診断が行える。正確な看護診断は、患者に適切な看護介入を提供することへつながる。

6. 看護診断の限界と今後の発展

看護診断は、1972年にNANDA（北米看護診断協会）が提唱してから、四半世紀が過ぎた。我が国においても、看護診断が翻訳され、1990年代から盛んに用いられるようになってきた。しかしながら、看護診断が正確になされているかについては問題視されている。長谷川ら（Hasegawa, Ogasawara, & Katz, 2007）は、日本の看護師の看護診断ラベルを正しく回答できている看護師は35～53%と比較的少なく、その背景として臨床経験年数や、看護診断決定責任、看護診断に関する教育の程度が影響していると報告されている。こうした理由以外に、我が国においては、NANDA-Internationalが示した看護診断を翻訳して使用しているため、用語の解釈が難しいことがあげられる。

元来、看護診断に用いられる用語は、抽象度が高く、看護診断の診断指標や関連因子、危険因子が何を意味しているのかが分かりにくい。特に心理・社会的な指標については抽象度が高く、その中範囲理論を十分に理解していなければ、具体的な患者の言動と結びつけることが困難である。診断指標が示している事象がわからないために、患者の事象を言語化することが困難であると考えられる。具体的に、各々の看護診断はどのような事象を示すのかを解説した本は日本でもいくつか出版されている【江川, 2010; 中木, 2009】が、それでも看護診断自体が標準の指標を示しているものであり、抽象度が高い。言い換えれば、ある特定の疾患を持つ患者についての診断指標ではないため、実際に患者をみている看護師にとっては、患者が示している徴候や症状と看護診断の定義や診断指標、関連因子、危険因子が示す状況が照合しにくいと考えられる。そのため、臨床で看護診断を活用していくためには、各領域（疾患や治療別）において、より具体的なレベルで表現された診断指標や『てがかり』となる指標を示す必要があると考える。

II. 透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理」について

我が国の慢性透析患者の数は、年々増加し、2010年12月末では29万7126人となっている【日本透析医学会統計調査委員会, 2011】。その多くは血液透析を行っており慢性透析患者の96.7%を占めている。多くの患者は、維持透析を透析専門の診療所などに、自宅から通院して治療を受けている。こうした看護場面における看護師の専門性は、入院しながら透析を受ける患者とは異なる。たとえば、入院中の患者の日常生活については、病棟看護師が責任を持ってケアをするため、日常生活に関する看護診断は存在しないことになる。しかし、外来で透析治療を受ける患者は、自宅に帰れば日常生活のケアの実施者は患者本人であり、外来透析室の看護師は自宅に帰ってから日常生活がうまく自己管理できるように支援しなければならない。また、入浴セルフケア不足や排泄セルフケア不足といった、セルフケアに関する問題は入院中の患者に対しては病棟看護師がケアとして援助することはあるが、外来看護師は直接的にケアすることはない。このような外来透析という看護の場面における看護診断を検討した結果、日本腎不全看護学会では、17の看護診断を抽出した【江川, 2010】。その17の看護診断は表2に示すとおりである。

表 2 透析看護領域の看護診断

非効果的自己健康管理
非効果的自己健康管理（促進準備状態）
非効果的自己健康管理（リスク状態）※NANDA-Iでは定義されていない。
栄養摂取バランス異常：必要量以下
体液量不足
便秘
知識 不足（特定の）
自己尊重状況的低下
自己尊重慢性的低下（※当初2009—削除予定であったため、検討しなかった）
ボディイメージ 混乱
リスク傾斜健康行動
感染リスク状態（※治療のひとつとして起こることが多い）
組織統合性障害
身体損傷リスク状態（削除：※医療施設ではあってはならないこと）
皮膚統合性障害
皮膚統合性障害リスク状態
慢性疼痛

この17の看護診断について、私たちの研究グループが看護診断の使用頻度について調査した結果 (Kamiya, et al., 2008)、「非効果的治療計画管理 (2009-2011年版より「非効果的自己健康管理」)の使用頻度が最も多く、また診断指標すべてがよく見られる診断指標となっていた。そこで、透析看護領域においては、この看護診断が最も使用頻度が高く、患者の問題をとらえるうえで重要な看護上の問題であると判断し、この看護診断の『てがかり』を明らかにすることを目的とした。以下に、この透析看護領域における看護診断「非効果的自己健康管理」についての文献検討を行う。

1. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限

非効果的自己健康管理は、「具体的な健康目標を達成するためには不十分な、病気およびその病気の後遺症に対する対処のための治療計画を毎日の生活の中に組み込んで調整するパターン」と定義されている。この看護診断の説明理論には、Beckerら (1976)が開発した保健信念モデルがある。非効果的自己健康管理の関連因子には、このモデルに示される「すすめられた病者役割行動を引き受けるための準備状態」と「修正し可能にする要素」に列記された要因が用いられている。一方、診断指標には、同じくこのモデルの「病者役割行動」に示されている患者の行動と、その行動をとった結果としての患者の状態が列記されている。これらは、この看護診断概念が保健信念モデルを根拠に抽出されていることを証明している。このような、健康行動と透析患者の研究は以前から行われてきた。先にも述べたとおり、末期腎不全患者の多くが外来血液透析治療を選択している我が国においては、看護上の問題の中心は患者の自己管理についてである。透析患者は、維持透析療法を行いながらも質の高い生活を送り、合併症を予防するために、多くの日常生活上の制限や治療上の自己管理が強いられる。透析患者に課せられる自己管理には、薬物管理、水分制限、食事制限、血管アクセス管理、フットケア、糖尿病管理、腹膜透析のカテーテル管理などがあるが、なかでも水分制限と食事制限はもっともストレスがあるものだと言われている (Hara & Hayashi, 2004; Logan, Pelletier-Hibbert, & Hodgins, 2006)。そのため、これまでに透析患者の自己管理に関す

る研究が多く行われてきた (Shintani, Meguro, & Kondo, 2009) (Takeuchi & Murashima, 2008) (Yamamoto & Okumiya, 2009)。日本の透析看護における研究は、1990年代後半から2000年代前半にかけて自己管理に影響する要因についての調査研究が多く行われた (Kawabata, Ishida, & Oka, 1998)。その中で、自己管理には自己効力を高く持っていたほうが水分制限を守れていることが明らかになった (Kamiya, Imai, & Egawa, 2000; Oka & Chaboyer, 2001)。その後、自己効力理論を基にした認知行動療法の介入方法が開発され、介入研究が行われてきている (Nozaki, Oka, & Chaboyer, 2005; Sagawa, Oka, & Chaboyer, 2003)が、これらの介入の効果については十分に検証されていない。

IV. 研究の枠組み

1. 概念枠組み

本研究の概念枠組みは、看護診断のカテゴリーの構成要素間の関係で示すことができる。図3 (Gordon M., 1994)に示すように、透析看護に特徴的な診断指標 (=てがかり) を明確にするために、看護診断の構成要素のなかの診断指標や定義の解釈について記述的に表現することが目的である。

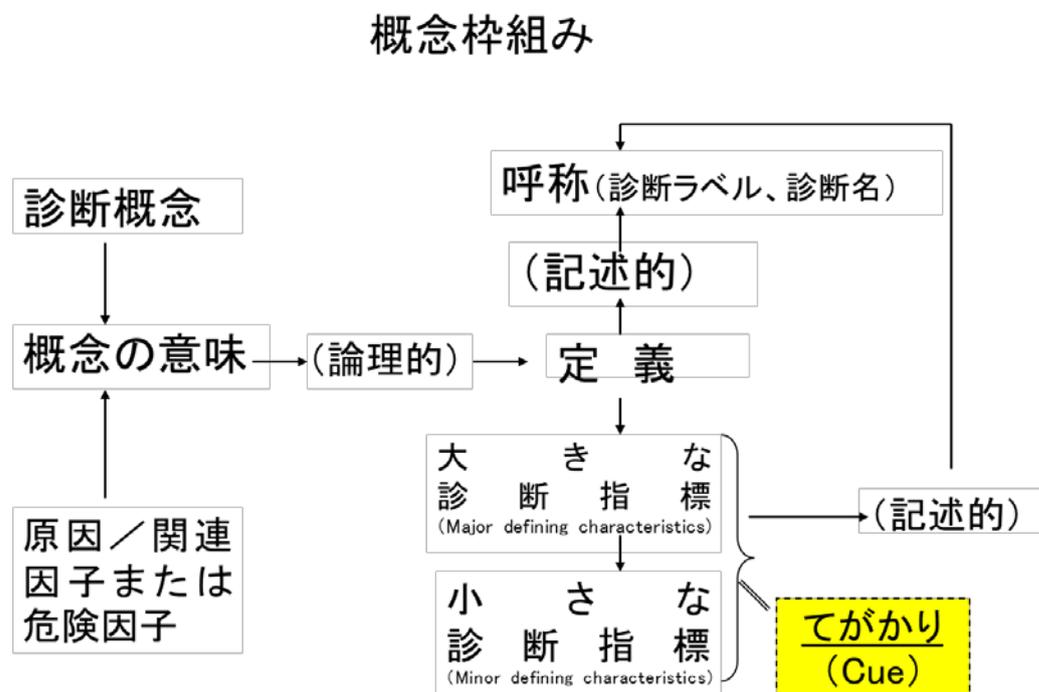


図3 看護診断のカテゴリーの構成要素間の関係 (一部補足) (Gordon M., 1976)

2. 用語の操作的定義

1) 透析患者・・・慢性腎不全患者を対象に、外来で通院形式をとって透析治療（血液透析・腹膜透析）を受ける患者

2) 看護診断・・・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・地域社会の反応についての臨床判断である。看護診断は看護師に責務のある目標を達成するための決定的な治療の根拠を提供する。(NANDA International, 2009)

看護診断には以下のような用語が用いられている。

- ① 実在型看護診断・・・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る。実在型看護診断は、関連のあるてがかりや推論のパターンにクラスターできる（ひとかたまりにできる）診断指標（徴候と症状）によって裏付けられる。
- ② リスク型看護診断・・・その状態を起こしやすい故人・家族・地域社会に生じることのある健康状態／生活過程に対する人間の反応を記述するものである。リスク型看護診断は、その状態を起こしやすくするのに寄与する危険因子によって裏付けられる。
- ③ 診断ラベル・・・診断に名称を与える。診断ラベルは、関連のあるてがかりのパターンを表現する簡潔な用語あるいは語句である。診断ラベルは修飾語を含むことがある。
- ④ 定義・・・明瞭で正確な記述であり、その意味を的確に説明し、類似の診断との区別に役立つ。
- ⑤ 診断指標・・・実在型看護診断またはウェルネス型看護診断の証拠としてクラスターになった（ひとかたまりになった）観察可能なてがかり／推論である。
- ⑥ 危険因子・・・不健康な状態に個人・家族・地域社会を陥りやすくする環境因子および生理的・心理的・遺伝的・化学的要素である。
- ⑦ 関連因子・・・ある種のパターンに見える関係を看護診断との間に示すように見える因子のことである。関連因子は「…に先行する」「…に伴う」「…に関連した」「…の一因となる」「…を起こさせる」と記述することができる。
- ⑧ てがかり（Cue）・・・もともと役者のせりふや音楽の開始を示す指示、合図。診断推論プロセスにおいては、診断を明示しているデータのこと。
- ⑨ 抽象度のレベル・・・概念の具体性／抽象性の記述である。
 - (ア) 非常に抽象的な概念…理論的で直接測定することが不可能であり、具体的な概念によって定義され、具体的な概念を包含し、あらゆる特異的な事実とは関連がなく、時間や場所から独立し、より一般的な用語で記述される。したがって、治療の計画立案には臨床的に有用でないことがある。

(イ) 具体的な概念…観察可能で測定可能であり、時間や場所によって限定され、特異的なカテゴリーを構成し、より排他的で、現実のものや現実のものの種別に名前をつけ、本質的に限定されるものである。したがって、治療の計画立案には臨床的に有用である。

3) 看護診断「非効果的自己健康管理」：NANDA - I 分類法Ⅱの領域1・ヘルスプロモーション、類2健康管理、診断概念は自己概念に分類される看護診断である。定義は、「具体的な健康目標を達成するには不十分な、病気およびその病気の後遺症に対処するための治療計画を毎日の生活の中に組み込んで調整するパターン」とされている。診断指標は、「治療計画を毎日の生活に組み込むことができない、危険因子を減少される行動をとることができない、健康目標を達成するには効果的でない選択を毎日の生活の中で行う、疾患を管理したいと言葉に出す、指示された治療法を実施するのが難しいと言葉に出す」の5つがある。関連因子としては、「ヘルスケアシステムの複雑さ、治療計画の複雑さ、過剰な要求、家族内の不調和、ヘルスケアに対する家族の対応パターン、行動を起こすきっかけが不十分、知識不足、治療計画に対する不信、障壁があるという思い込み、無力、意思決定葛藤、経済的困窮、重症であるという思い込み、病弱であるという思い込み、利益があるという思い込み、ソーシャルサポートの不足」があげられている。

第3章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、専門家や有識者を対象とした集団の合意形成を図る手法(consensus development methods) (Black 2006) であるデルファイ法(Delphi method)を用いた。

1. デルファイ研究について

デルファイ法とは、もともとの専門家集団の意見に依存して体系的、対話的な予測法として開発された構造化されたコミュニケーション技術である (Harold & Murray, 1975)。専門家の意見を集約同一内容の調査を複数回繰り返す際に、前回調査の回答傾向をフィードバックしながら、再度回答してもらうことにより、回答者間の意見の収散を図る手法であり、専門家や有識者を対象とした集団の合意形成を図る手法 (consensus development methods) である (Black, 2006)、この方法は、これまで科学技術や経済社会の動向に関する将来予測に用いられてきた (経済企画庁, 1976)。近年では、保健医療分野においてもその専門的技術や意識の抽出 (McElhinney, 2010; Vandelanotte, Dwyer, Van Itallie, Hanley, & Mummery, 2010)、教育内容の必要性 (Ito, Ota, & Matsuda, 2011)などを明らかにする手法として用いられている。複数回の調査の方法はアンケート調査を繰り返したり、意見交換会を行ったり、インタビューを行ったり、あるいはそれらを組み合わせた方法をとったりと、定められた手法はなく、それぞれの研究者が必要な合意形成を得るためにふさわしい方法をとっている。

NANDAはこの手法を、看護診断の熟練看護師の意見のコンセンサスを得るための研究方法として推奨しており、看護診断の内容妥当性モデル (Fehring, 1987)が確立されている。このモデルを用いた研究は、いくつか見られており、特定の領域における看護診断の特定や看護診断指標の妥当性検証 (Gurkova, Ziakova, & Cap, 2011; Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007)、介入方法の妥当性検証 (Ikematsu, 2004; De Cassia Lopes Chaves, De Carvalho, De Souza Terra, & De Souza, 2010)などに用いられている。

2. 本研究の手順 (proceeding)

本研究の手順について図 5 に示す。研究 1 と研究 2 は連続して行われ、分析はそれぞれに行うが、最終的には二つの研究結果を総合して判断した。

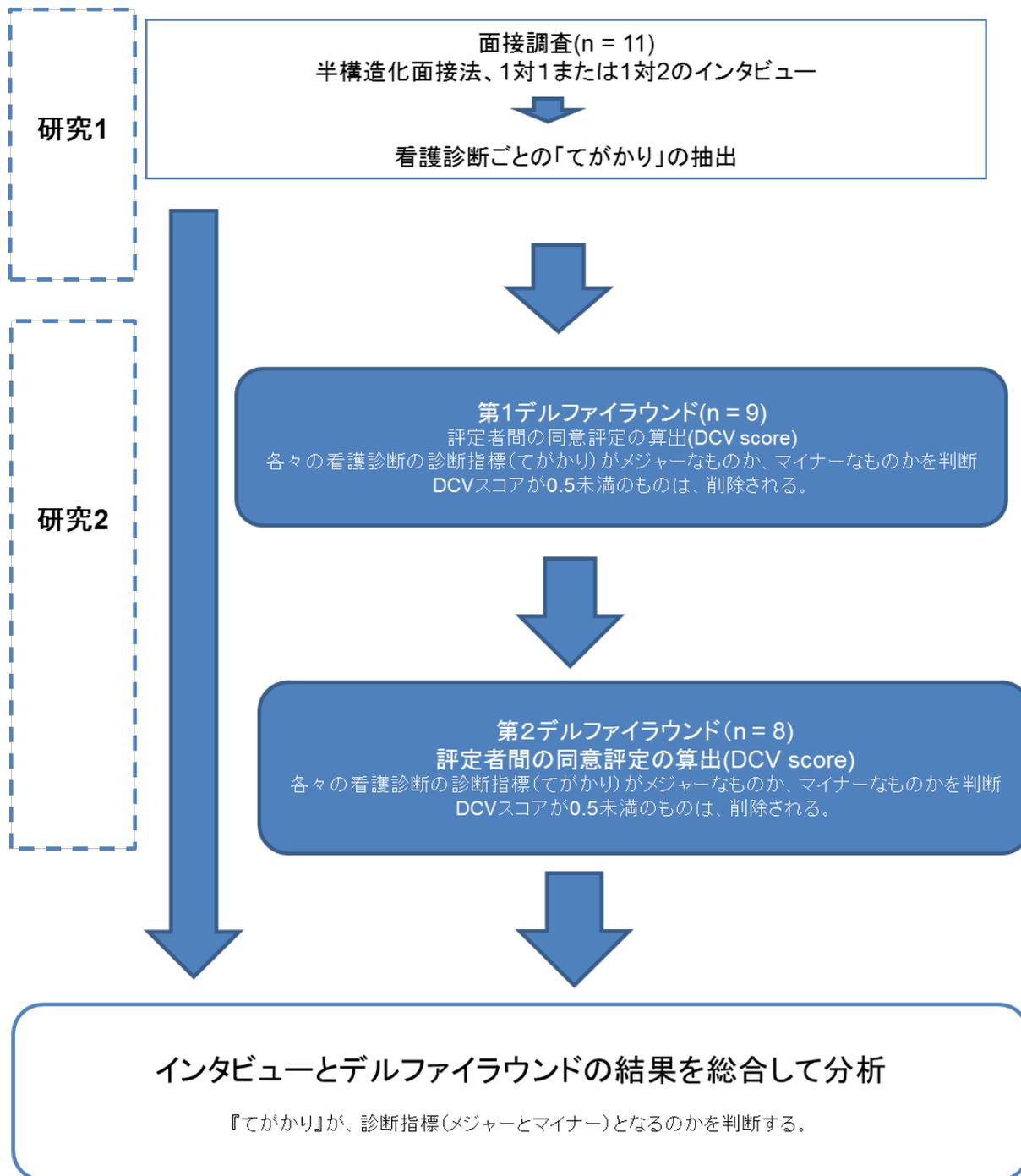


図 4 研究手順の概略図

3. 倫理的配慮

本研究は、神戸大学大学院医学系研究科研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施した(資料1)。研究協力者(看護師)には口頭および文書にて、研究の趣旨と自由意思による研究参加、研究以外にデータを使用しないことなど、倫理的配慮について説明し、同意を得た。また、データは個人が特定されないよう匿名化するなどして、個人情報およびプライバシーの保護に努めた。

II. 研究1：インタビューによる診断のてがかり(診断指標)の抽出

1. 目的

透析患者に特徴的な看護診断のてがかり(診断指標)を明らかにする。

2. 対象

日本において透析の臨床知識を豊富にもつ看護師を選択するために、意図的なサンプリングを行った。2007年時点で透析看護のエキスパートといわれている、透析看護分野認定看護師と透析療養指導看護師を対象とした。

認定看護師(CN: Certified Nurse)とは、日本看護協会の認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた者であり、水準の高い看護実践を通して看護師に対する指導・相談活動を行う者をいう(日本看護協会, 2003)。透析分野認定看護師は、2003年に特定され、2010年までに113名が認定されている。透析看護認定看護師の養成機関を受験するには認定看護師の共通要件のほかに、各看護分野の実務経験を有している必要がある。透析看護分野の要件を表3に示す。

表3 透析看護分野の認定看護師の要件

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) 透析看護分野での通算3年以上の実務経験を有する者。2) 透析導入期・長期維持透析・CAPD・ハイリスク患者の看護の中から5例以上担当した経験を有することが望ましい。3) 現在、透析看護に携わっていることが望ましい。
※ 実務経験とは、透析室で維持透析の患者の看護に直接携わった経験をいう。
ICU・病棟での透析や、腹膜透析のみの実務経験は要件を満たさない。 |
|---|

一方、透析療養指導看護師（Dialysis Leading Nurse : DLN）は、5つの学術団体によって公認される資格である。このDLNになるためには、以下の6つの基準を満たす必要がある。

1. 日本国の看護師の免許を有すること（准看護師は不可）
2. 日本腎不全看護学会正会員歴が継続して3年以上あること
3. 腎不全看護領域実務経験が通算3年以上あること
4. 看護実務経験が通算5年以上あること（腎不全看護領域実務経験3年以上を含む）
5. 透析看護領域（血液透析・腹膜透析）実践報告を3例提出のこと
6. 受験資格ポイントが30ポイント以上取得できていること

以上の透析分野認定看護師、透析療養指導看護師の基準から、これらの認定資格をもつ看護師が、日本の透析治療について知識をもっている臨床看護師である判断した。そこで、私たちは、日本腎不全看護学会を通じて、研究参加者を募集した。2007年時点での透析分野認定看護師は37名（日本看護協会認定部, 2011）、DLNと認定された看護師は約200名であった。その中でも特に、我々は、看護診断ワークショップに参加したDLNに対して、研究への参加を依頼した。その結果、合計11人の看護師が研究に参加した。参加者は全国各地から募集され、所属機関は病院、診療所、その他（企業）となっていた。参加者の数については、研究の目的や方法に即した数であると考えられる（Sandelowski, 1995）。

3. 方法

文献レビューで明らかになった診断指標について、抽象レベルを下げたもの（具体的なてがかり）について、実際にどのような場面でてがかりとしているのかを明らかにすることを目的として、インタビューを行った。

このインタビューは、日本腎不全看護学会の教育研究委員会によって選択された17の看護診断（表2）の定義と診断指標の特徴について質問した。

インタビューは、すべての対象者に対して研究者が行った。インタビューは、多くは各対象者に対し、1度行われたが、分析の結果、情報が飽和していなかった対象者1名については、2回インタビューを行った。

インタビューを行うときには半構造化面接用紙を用いた。この半構造化面接用紙は、先行研究 (Kamiya, et al., 2008)であきらかになった、透析看護によく見られる17の看護診断の診断指標を基に作成されたものである。先行研究では、17の看護診断の診断指標199のうち88項目が、透析看護師によってよくみられる診断指標と選択されている。本研究ではこの88項目をインタビューガイドとして半構造化面接用紙の内容とした。そのうち、本研究で用いた非効果的自己健康管理の半構造化面接用紙を資料2に示す。

質問の趣旨は、それぞれの看護診断、定義、診断指標において、臨床現場でのてがかりとなる事象や患者の言動、その時の状況についてである。インタビューの場所は、研究協力者が選択した会議室等で行われた。参加者のうち2名は同時にインタビューを受けた。その他の9名は一人ずつインタビューされた。インタビュー内容は、参加者の了解を得て、ICレコーダーに録音し、同時にフィールドノートを作成した。インタビュー時間は、それぞれ1時間から2時間であった。

インタビュー期間は、2007年10月20日～2008年9月30日であった。

4. 分析

私たちは、カテゴリー化は行わず、研究の概念枠組みに沿って、文脈を解釈しながら、帰納的に内容を整理していった。具体的には、看護診断ラベルごとに、定義、診断指標の意味するものや看護診断の理論的背景と得られた質的データが合致しているかを検討した。本研究の目的である抽象化レベルを下げたてがかり（診断指標）を導き出すために、帰納的になりすぎないように配慮した。

データの分析にあたっては、共同研究者、看護診断に詳しい研究者と透析看護に詳しい研究者とともに3人以上で行った。整理されたデータは、さらに、分析した研究者以外の研究者に確認してもらった。

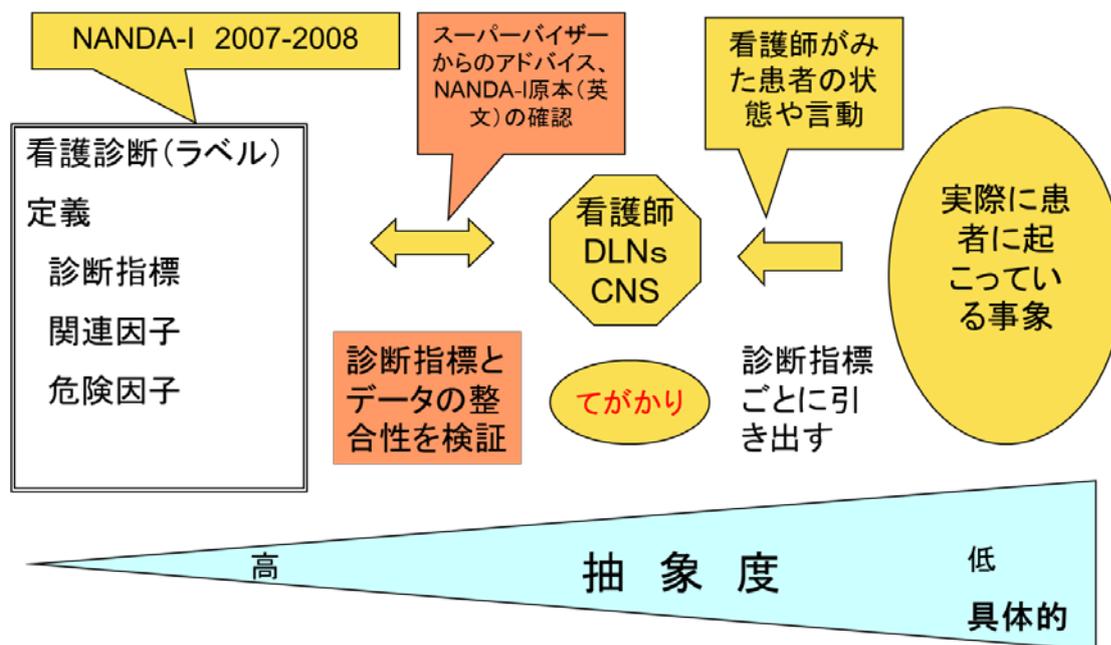


図 5 研究 1 : 分析方法の概略図

Ⅲ. 研究 2. 診断指標（てがかり）の妥当性検証

—2 ラウンドのデルファイ法（DCV モデル）—

1. 目的

研究 1 で得られたてがかりが、診断指標として有効であるか、診断内容妥当性 DCV (diagnosis content validity) モデルを用いた検証を行う。

2. 対象

透析療法指導看護師の認定を受けた看護師，かつ、看護診断についての学習会に参加し、看護診断についても十分な知識をもっていると、日本腎不全看護学会より推薦された看護師 13 名。参加者の選定にあたっては、日本腎不全看護学会の理事による推薦を受けた。第 1 ラウンドと第 2 ラウンドとも対象者は同じ看護師とした。また、対象者の中には 1 名、研究 1 のインタビューに参加したものが含まれている。9 名は研究 2 のみへの参加である。

3. 方法

1) 質問紙の開発

研究1で明らかになった、特徴的な診断指標とそれがかり（抽象レベルを下げたもの）について診断内容妥当性を検証するために、調査用紙を作成した。調査内容は、それがかりが透析看護の現場において、どの程度特徴的であるかについてである。質問紙は、研究の主旨を説明し、同意の得られた看護師に質問紙を用いて回答してもらう。

この調査についても、透析看護に特徴的な17の看護診断すべての項目についての質問紙である。そのため、全177項目の調査用紙となっている。そのうち、本研究で用いた非効果的自己健康管理に関する調査用紙を資料3に示す。

2) データ収集は、郵送法により行った。調査期間は、2010年10月から2011年1月である。診断指標のそれがかりへの質問のほかに、参加者の背景として、所属、透析看護の経験、看護師の経験、看護診断学習会への参加について尋ねた。評価方法は、それがかりが、当該の看護診断にどの程度特徴的かを5段階評定してもらう。その診断指標は、当該の看護診断に、1＝まったく特徴的ではない、2＝あまり特徴的ではない、3＝いくらか特徴的である、4＝かなり特徴的である、5＝非常に特徴的であるの5段階のリッカートスケールである。回答者は、その『それがかり』がどの程度特徴的かと思うところに○を付ける。5段階以外に、「判断できない」という項目を欄外に設けた。これは、研究1の質的データを整理した際に、文脈をうまく表現できていないために、判断できない項目がでる可能性があることを考慮して設けたものである。

第1ラウンドの調査結果を基に、第2ラウンドの調査を行った。この調査用紙は、第1ラウンドのDCVモデルで評定値が0.5未満となった2項目は除いた。また、「判断できない」と回答された項目については、表現方法を再検討したが、変更せずにそのまま用いた。

4. 分析

各項目について得られた回答（1＝まったく特徴的ではない、2＝あまり特徴的ではない、3＝いくらか特徴的である、4＝かなり特徴的である、5＝非常に特徴的である）の5段階評定に対して、それぞれ、1＝0、2＝0.25、3＝0.50、4＝0.75、5＝1.0という数値を与え、診断指標の評定を算出した。数値化された評価について、デルファイ法を用いて評定者間の合意形成を図る。評点0.5点以下の診断指標は除外する。評点0.8点以上の診断指標は「メジャーな診断指標」、0.5点を超え0.8点に満たない診断指標は「マイナーな診断指標」とする。十分な数の研究により確証が得られるまでは、暫定とする。評定0.5点を上回る診断指標を残し、それらの合計点を診断指標の数で除した値を算出し、これを合計DCVスコアとする。抽出されたDCVスコアを基に、0.5未満の診断指標のてがかりを除外したものについて、再度調査を実施し（第2ラウンド）、DCVスコアの確証を得る方法をとった。

ただし、第1ラウンドで「判断できない」と回答された項目については、0点という点数をつけて評点を算出し、DCVスコアが低く出るように調整した。2回目の調査では、「判断できない」と回答した人数が30%（SD＝±1）以上の項目については、評定の算出を中止し、内容を再検討した。30%未満の項目については、点数を与えず、スコアの算出対象から除外した。データの分析には、エクセル統計を使用した。

第4章 結果 および 考察

I. 研究1 インタビューによる診断指標（てがかり）の抽出

1. 対象者の背景

インタビュー対象者は11名であった。対象者の属性を表4に示す。対象者はすべて女性で、年代は30歳代が4名、40歳代が4名、50歳代が3名であった。職位は、看護師長などの管理職が4名、主任が4名、スタッフ看護師が2名、その他（企業所属）が1名であった。参加者の所属機関は、公立病院が2名、私立病院が6名、診療所が2名、その他が1名であった。11名の対象者は、透析看護分野認定か透析療養指導看護師の認定を受けており、同時に透析技術認定士の資格を持つものが6名いた。外来透析看護の経験は2年～26年、看護師の経験年数は6～32年であった。看護診断研修はすべての対象者が受けており、その受講期間と回数は延べ数で看護診断学会主催のものが9名、日本腎不全看護学会主催なものに27名（平均2.4回/人の参加）、日本看護協会2名、その他民間団体主催によるものが34名（平均30回/人の参加）であった。看護診断を所属機関で利用しているものは4名であり、7名の施設では利用していなかった。看護診断の学習経験は1～15年（中央値7年）であった。

表 4 対象者の属性

対象者の属性（研究1）

		(n = 11)
年齢		
	30-39	4
	40-49	4
	50-59	3
	≥60	0
職位		
	看護師長	4
	主任	4
	スタッフ	2
	その他	1
設置主体		
	公立病院	2
	病院	6
	クリニック	2
	その他	1
資格・認定(複数回答)		
	透析看護分野認定	1
	透析療養指導看護師	10
	透析技術認定士*	6
	その他	0
透析看護の経験(年数)		
	0-5	3
	5-10	3
	10-15	5
	無回答	0
	中央値	9.9
	最小値-最大値	2 - 26
看護師の経験(年数)		
	5-10	3
	10-15	1
	15-20	2
	20-25	2
	25-30	2
	>30	0
	無回答	0
	中央値	18.8
	最小値-最大値	6 - 32
看護診断研修の受講		
	有	11
	無	0
看護診断研修受講機関別参加回数(述べ数)		
	日本看護診断学会	9
	日本腎不全看護学会	27
	日本看護協会	2
	民間団体	34
施設での看護診断の使用の有無		
	あり	4
	無	7
看護診断の学習経験年数(年)		
	中央値	7
	最小値-最大値	1 - 15

* 透析技術認定士:日本腎臓学会・日本泌尿器科学会・日本人工臓器学会・日本移植学会・日本透析医学会から選出された委員により構成されている透析療法合同専門委員会が認定するもので、透析療法合同専門委員会の資格審査基準を満たし、同委員会が実施する認定講習会を修了した後、同委員会が施行する認定試験において一定の合格基準に達した者に与えられる。看護師であれば、透析療法の実務経験が2年以上あれば受験できる。

2. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限

(1) 研究1

透析患者の特有の看護診断「非効果的治療計画管理：水分・食事制限」に関する、透析療養指導看護師（以下 DLNs）のてがかり「非効果的治療計画管理」の診断指標は NANDA—I2007-2008 (North American Nursing Diagnosis Association, 2007)によると5つあるが、分析の結果、てがかりとなって使用していた診断指標は3つであった。この看護診断の定義は「個別の健康目標を達成するには不十分な、病気や病気の後遺症に対する治療プログラムを毎日の生活の中に組み込み調整するパターン」であるが、この管理行動は、外来通院形式をとる透析治療においては客観的指標として測定することができないので、DLNsは体重増加量、ナトリウム、カリウム、リン、総タンパク、PCRの値によって判断していた。

NANDA-I が提示している看護診断の診断指標の “治療または予防プログラムの目標を達成するには、非効果的な毎日の生活を選択” を示す下位概念の指標としては、「カップ麺を食べる」や「コンビニエンスストアの弁当を食べる」「お茶は2杯飲まないと気がすまない」などの飲食行動の特徴をてがかりとしてあげていた。

診断指標 “病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す” では、「PD から HD になるのが嫌なので、自己管理をしたい。」「家族が心配しているから気をつけたい。」という言葉でてがかりとして捉えていた。

診断指標 “治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す” については、「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」「友達と会ったから。」「法事があったから。」「自覚症状がないから食べてもいい。」「生活保護を受けているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」という言葉で指標としていた。

表 5 非効果的自己健康管理のてがかり (cue)

	NANDA-I 2009-2011	NANDA-I 2007-2008	結果で得られたてがかり	NANDA-I 2005-2006
ラベル	非効果的自己健康管理	非効果的治療計画管理	非効果的自己健康管理 :透析患者の食事・水分管理	非効果的治療計画管理
定義	具体的な健康目標を達成するためには不十分な、病気およびその病気の後遺症に対する対処のための治療計画を毎日の生活の中に組み込んで調整するパターン	個別の健康目標を達成するには不十分な、病気や病気の後遺症に対する治療プログラムを毎日の生活の中に組み込み調整するパターン	透析療法の過剰な身体負荷や長期的合併症を予防するための食事や水分の自己管理を毎日の生活の中に組み込んで調整することができない状態	個別の健康目標を達成するには不十分な、病気や病気の後遺症に対する治療プログラムを毎日お生活の中に組み込み調整するパターン
診断指標			結果として見られる徴候 【食事管理】 血清カリウム(K)値の増加 血清リン(P)値の増加 蛋白異化率(PCR)値の増加 【水分管理】 体重増加量	
	治療計画を毎日の生活に組み込むことができない	治療計画を毎日の定例行為に組み込めない	【食事・水分】※1 「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」(から、食べてしまう) 「友達と会ったから。(食べてしまった)」 「法事があったから。(から、食べてしまった)」 「自覚症状がないから食べてもいい。」	治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に出す
	危険因子を減少させる行動をとることができない	危険因子を減少させるための行動がとれない	病気の進行や後遺症の発現の危険因子を減少させるための行動＝食事管理、水分管理ならば、上記※1があてはまる。	病気の進行や後遺症の発現の危険因子を減少させるための行動がとれないと言葉に出す
	健康目標を達成するには効果的でない選択を毎日の生活のなかで行う	日常生活において、健康という目標を達成するには非効果的な選択を行う	【食事・水分】 カップ麺を食べる コンビニ弁当を食べる 【水分】「お茶は2杯飲まないと気がすまない」と言って2杯飲む	治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択
	疾患を管理したいと言葉に出す		【食事・水分】 「PDからHDIになるのが嫌なので、自己管理をしたい。」 「家族が心配しているから気をつけたい。」	病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す
	指示された治療方法を実施するのがむずかしいと言葉に出す	指示された治療計画を行うのが困難であると言葉にだす	指示された治療方法＝食事管理、水分管理ならば、上記※1があてはまる。	疾患の治療とその効果、あるいは合併症の予防のための1つまたはそれ以上の計画を調整/統合することが困難であると言葉にだす
				病気の症状の悪化(予測されるもの、または予測されないもの) *インタビューガイドに使用した診断指標(先行研究より)

3. 考察

非効果的自己健康管理の看護診断は、健康行動を示すものであるため、外来通院形式をとる透析患者が実際に自宅でどのような健康行動をとっているかどうかは客観的に把握できない。そのため、看護師は意図的にこれらに関する情報を集めようとしていることがわかる。それは、情報のきっかけとなる客観的情報を得ており、そこから健康行動に関する情報を集めていると考えられる。インタビューで得られた行動を示す情報は、

客観的情報の理由を示すものであり、看護師がこれらの情報をきっかけに意図的に健康管理に関する情報を得ていることがうかがえる。情報収集のきっかけとなる客観的情報は看護診断の診断指標にはないが、透析看護においては、これらのきっかけとなる情報が重要となることが予測される。きっかけとなる情報は、体重増加量、ナトリウム、カリウム、リン、総タンパク、タンパク異化率（PCR）の値であり、体重増加量については毎回の透析時に測定されるものであり、ナトリウム、カリウム、リン、総タンパクにおいては、慢性維持透析患者外来医学管理料（検査）の規定において、月2回検査されている。タンパク異化率（PCR）についても血液検査で得られたデータを基に算出されるものであるため定期的なデータ管理が可能である。看護師はこれらのデータに着目し、患者の食事制限や水分制限が守られているかどうか、どのような健康管理行動をとっているかどうかを明らかにしようとしていることがわかった。

具体的な、健康行動については、診断指標の“治療または予防プログラムの目標を達成するには、非効果的な毎日の生活を選択”を示す指標としては、「カップ麺を食べる」や「コンビニエンスストアの弁当を食べる」「お茶は2杯飲まないと気がすまない」などの飲食行動の特徴をてがかりとしてあげており、共通して簡便な食事を選択する傾向にある人が、食事や水分制限を守れないことが分かった。また「お茶は2杯飲まないと気がすまない」という発言から、食事や水分制限を守る意思がないあるいは意思があってもしないことを表明している患者は、「非効果的な毎日の生活を選択している」と考えられた。“病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す”では、「PDからHDになるのが嫌なので、自己管理をしたい。」「家族が心配しているから気をつけたい。」という言葉でDLNsはてがかりとして捉えていた。患者は、保健信念モデル（Becker, 1976）でいう病気に対する恐怖や環境により、自己管理をしようとする欲求を言葉に出していることが分かった。

“治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す”については、「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」「友達と会ったから。」「法事があったから。」「自覚症状がないから食べてもいい。」「生活保護を受けているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」という言葉でDLNsは指標としていたことにつ

いては、健康管理ができなかった言い訳ともとれるが、保健信念モデルでいう環境要因（経済的、周囲の人々、家族）や健康の自覚の低下を示しているものであると考えられた。これらのことから、透析患者に起こりうる、健康行動に影響する因子を具体化し、診断指標として示すことでより、看護診断過程が明確となり、適切な看護診断ができるようになると考えられた。

Ⅱ. 研究2 妥当性検証：2ラウンドのデルファイ法(DCVモデル)

1. 対象者の背景

1) 第1ラウンド

調査対象者13名のうち、回答が得たものは9名であった。対象者の内訳は、表6の通りである。対象者は外来透析クリニックや病院に勤務する看護師で、職位はスタッフ、主任、師長、副看護部長であり、全員がDLNの認定を受けていた。年齢は、40歳代～60歳代であった。また、透析看護に携わっていた期間は13年～36年（無回答者1名）であった。看護診断に関しては、全員が看護診断の研修を受けた経験があり、その回数は日本看護診断学会0～9回/人、日本腎不全看護学会の研修が3～10回/人であった。平均して15回/人以上の研修を受けていた。しかしながら、所属する施設で看護診断を使用している対象者は1名しかいないという現状であった。看護診断の学習経験は3～10年であった。

2) 第2ラウンド

第1ラウンドの結果を踏まえ、再度アンケート調査をおこなった。郵送法により行った。対象は第1ラウンドと同様で日本腎不全看護学会より推薦された13名であり、前回の調査から1か月期間を空けた。返答は8名からあった。対象者の内訳は表6の通りである。

調査対象者 13 名のうち、回答が得たものは 8 名であった。対象者の内訳は、表 1 の通りである。対象者の所属機関は私立病院が 1 名、その他 7 名は診療所勤務であった。職位はスタッフ、主任、師長、副看護部長であり、全員が DLN の認定を受けていた。年齢は、40 歳代～60 歳代であった。また、透析看護に携わっていた期間は 14 年～34 年であった。看護診断に関しては、全員が看護診断の研修をうけた経験があり、その回数は日本看護診断学会 0～9 回/人、日本腎不全看護学会の研修が 3～10 回/人であった。平均して 15 回/人以上の研修を受けていた。しかしながら、所属する施設で看護診断を使用している対象者は一人もいなかった。看護診断の学習経験は 3～14 年であった。

表 6 対象者の属性 (研究2 : 第1ラウンドと第2ラウンド)

対象者の属性 研究2	第1ラウンド (n=9)	第2ラウンド (n=8)
年齢		
40-49	3	4
50-59	4	3
≥60	2	1
職位		
看護師長	6	5
主任	2	2
スタッフ	1	1
その他	0	0
設置主体		
公立病院	0	0
病院	3	1
クリニック	6	7
その他	0	0
資格・認定(複数回答)		
透析看護分野認定	0	0
透析療養指導看護師	9	8
透析技術認定士*	2	3
その他	1	0
透析看護の経験(年数)		
5-10	0	0
10-15	2	2
15-20	1	3
20-25	1	1
25-30	1	0
>30	3	2
無回答	1	0
中央値	25.4	18.0
最小値-最大値	13 - 36	14 - 34
看護師の経験(年数)		
20-25	2	2
25-30	2	4
>30	3	2
無回答	2	0
中央値	29.8	26.3
最小値-最大値	22 - 40	22 - 39
看護診断研修の受講		
有	9	8
無	0	0
看護診断研修受講機関別参加回数(述べ数)		
日本看護診断学会	32	20
日本腎不全看護学会	61	38
日本看護協会	0	0
民間団体	46	49
施設での看護診断の使用の有無		
あり	1	0
無	8	8
看護診断の学習経験年数(年)		
中央値	6	5.5
最小値-最大値	3 - 10	3 - 14

2. 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限の妥当性検証

第1ラウンドのDCVスコアは表7の通りであった。定義の解釈について、看護診断「非効果的自己健康管理」の「食事制限が守られていない結果として見られる徴候」としては、血清カリウム値（DCVスコア=0.83）、血清リン値（DCVスコア=0.89）、タンパク異化率（PCR）（DCVスコア=0.53）であった。「水分制限が守られていない結果として見られる徴候」としては、体重増加量がありDCVスコアは0.92と高かった。

表7 非効果的自己健康管理：食事制限・水分制限の妥当性検証 DCVスコア

NANDA-Iの診断指標 てがかり	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
食事制限が守られていない結果としてみられる徴候			
血清カリウム(K)値の増加	0.83	0.78	メジャー
血清リン(P)値の増加	0.89	0.91	メジャー
血清総タンパク(TP)値の低下	0.50	—	
蛋白異化率(PCR)値の増加	0.53	0.57	マイナー
水分制限が守られていない結果としてみられる徴候			
体重増加量	0.92	1.00	メジャー
治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択			
カップ麺を食べる	0.66	0.53	マイナー
コンビニ弁当を食べる。	0.63	0.50	マイナー
「お茶は2杯飲まないと気がすまない」と言って2杯飲む	0.67	0.56	マイナー
病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す			
「PDからHDになるのが嫌なので、自己管理をしたい。」	0.68	0.60	マイナー
「家族が心配しているから気をつけたい。」	0.72	0.54	マイナー
治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す			
「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」	0.67	0.59	マイナー
「友達と会ったから。」	0.64	0.59	マイナー
「法事があったから。」	0.61	0.53	マイナー
「自覚症状がないから食べてもいい。」	0.69	0.53	マイナー
「生活保護を受けているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」	0.50	—	

診断指標ごとにみると、NANDA-Iの診断指標“:治療または予防プログラムを達成するには非効果的な毎日の生活を選択”については、「カップ麺を食べる」がDCV=0.66「解答できない」と回答1名）、コンビニ弁当を食べるDCV=0.63「解答できない」と回答1名）、「お茶は2杯飲まないと気が済まない」と言って2杯飲むDCV=0.67であった。診断指標“病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す”では、「PDからHDになるのが嫌なので、自己管理したい。」がDCV=0.68（「解答できない」と回答2名）、「家族が心配しているから気をつけたい」がDCV=0.73であっ

た。DC:治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表すでは、「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」が $DCV=0.67$ 「友達とあったから」が $DCV=0.64$ 、「法事があったから」が $DCV=0.62$ 、「自覚症状がないから食べてもいい。」 $DCV=0.69$ 、「生活保護をうけているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」が $DCV=0.5$ 「解答できない」と回答1名)であった。

第1ラウンドの評定の結果では、0.8以上の「メジャーな診断指標」となったものは一つもなかった。0.5点を超え0.8点に満たない診断指標は「マイナーな診断指標」となったものは、「生活保護をうけているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」を除く9項目であった。定義の解釈として、結果として見られる徴候では、食事制限の結果として見られる徴候である「血清総蛋白値」が $DCV=0.5$ で低かったが、同じ血液データの血清カリウム値や血清リン値については、0.8以上と DCV スコアが高かった。PCRについては $DCV=0.54$ とマイナーな診断指標と同じレベルであった。水分制限が守れていない結果として見られる徴候では、体重増加量が DCV スコア=0.92 と高かった。

この結果、第2ラウンドで質問される項目は2項目が減って、13項目となった。

第1ラウンドの結果を踏まえ、再度アンケート調査をおこなった。郵送法により行った。対象は第1ラウンドと同様で日本腎不全看護学会より推薦された13名であり、前回の調査から1か月期間を空けた。返答は8名からあった。対象者の内訳は表6の通りである。

第1ラウンド実施のあとに、看護診断の研修会などは開催されておらず、知識や判断に影響するイベントはなかったと考えられる。結果は表7に示す。定義を示すてがかりとしては、食事制限に関しては、血清カリウム値の増加が DCV スコア=0.78、血清リン値の増加が DCV スコア=0.91、体重制限に関しては、体重増加量が DCV スコア=1.00であった。診断指標については、DC:治療または予防プログラムを達成するには非効果的な毎日の生活を選択については、「カップ麺を食べる」が $DCV=0.53$ 、コンビニ弁当を食べる $DCV=0.50$ 、「お茶は2杯飲まないと気が済まない」と言って2杯飲む $DCV=$

0.56であった。DC：病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出すでは、「PD から HD になるのが嫌なので、自己管理したい。」が DCV=0.60「解答できない」と回答2名)、「家族が心配しているから気を付けたい」が DCV=0.53であった。DC:治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表すでは、「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」が DCV=0.59、「友達とあったから」が DCV=0.59、「法事があったから」が DCV=0.53、「自覚症状がないから食べてもいい。」DCV=0.53であった。

3. 考察

本研究で、透析看護における看護診断「非効果的自己健康管理」のメジャーな診断指標としてあげられるものはなく、9つがマイナーな診断指標としてあげられた。

診断カテゴリーの構造は、呼称、定義、大きな診断指標 (Major defining characteristics)、小さな特徴 (Minor defining characteristics)、原因あるいは関連因子、などの内容と体裁を指す (図3)。看護診断が開発された当初は、診断カテゴリー概念には、一般性のレベル (表8・図6)があった。それは、抽象レベルの高いカテゴリー (一般的なカテゴリー) は、レベル1と2にあり、臨床に役立つカテゴリーはレベル3, 4, 5であると言われている

表 8 NANDA 分類法：一般性のレベル

NANDA分類法: 人間の反応パターン9.0:	
感覚-感情	
レベル1	9.0 感覚-感情-感情
レベル2	9.1 安楽の変調
レベル3	9.1.1 疼痛
	9.1.1.1 慢性の疼痛
レベル3	9.2.1 悲嘆
レベル4	9.2.1.1 悲嘆機能の障害
	9.2.1.2 予期悲嘆
レベル5	9.2.3.2 レイプ-心的外傷
	9.2.3.1.1 複合反応
	9.2.3.1.1 沈黙反応

NANDA:NANDA看護診断: 定義と分類,1993.

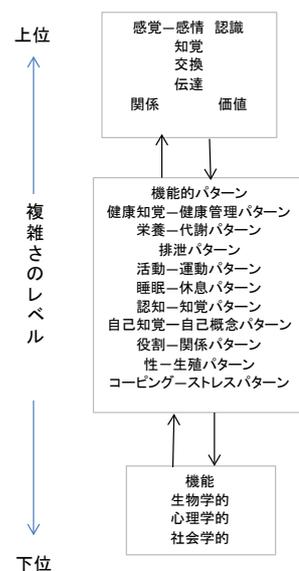


図 6 複雑さのレベルのパターン

NANDA 分類法 I (North American Nursing Diagnosis Association, 1992)によれば、看護診断「無効な治療計画管理 (個人)」が採択されたときの一般性のレベルは3であり、9つのパターン分類の中で「5. 選択」の「2. 参加」の1に分類されている(「5.2.1. 無効な治療計画管理」と表現される。)。定義は「毎日の生活に、病気の治療や病気の後遺症に対する計画を組み込み調整しているが、個別の健康目標にとっては不十分なパターン」。診断指標の大項目(大きな特徴)に「治療と予防のための計画を満足するには無効な日常生活を選択」、小項目(小さな特徴)には「病気の症状の悪化(予測された、予測されない)」「病気の治療や後遺症の予防を管理したいという」「病気やその影響に対する治療または合併症の予防のための、処方された一つまたはそれ以上の計画を組み込む/調整するのが困難であるという」「治療計画を毎日の定例行為に組み込む行動を起こさないという」「病気の進行や後遺症の発生の危険因子を減少させる行動を起こさないという」の6つであった(表9)。一方で、カルペニート (Carpenito, 1990)は、同じ診断指標について、必須データと副次的データに分類している。必須データとは、研究されていない診断では、少なくとも一つは診断の妥当性が存在しなければならないデータと定義され、副次的データは、このような指標は証拠となるが、存在しないかもしれない (Carpenito, 1990)と定義されている。本来ならば研究によって診断指標の頻度得点や臨床妥当性検証、内容妥当性検証が行われて決められるもので、必須データであれば80~100%の頻度得点、副次的データであれば50~79%の頻度得点としていた。「非効果的自己健康管理」については、研究により明らかにされていなかったため、分類した根拠は不明であるが、キー概念として行動変容の段階モデル (Stage of change Model) や自己効力、健康教育、学習といった概念を踏まえて検討された分類である。両者の分類に若干の違いはあったが、看護診断「非効果的治療計画管理」の定義と診断指標は、2009-2011年版で「非効果的自己健康管理」に名称が変更させていてもほとんど変わっておらず、分類法IIに変更してからは、診断指標の重みづけの分類(大項目や小項目、必須データや副次的データの区別)はなされなくなっている。診断指標の重みづけ分類がなくなった理由として、先行研究により診断指標の検証がなされてきたことがあげられるが、診断指標自体の一般化のレベルはほとんど変化していない。本研究で

は、一般化のレベルを下げたてがかりを見出すことを目的としていた。結果的に、一般化のレベルを下げたてがかりを示しても、ゴードンでいう小さな指標となる妥当性を得ることができた。このことは、透析患者という対象を限定していること、自己管理についても食事、水分制限に対する自己管理に限定したことで、より具体的なレベルのてがかり（＝小さな診断指標）を得ることができたと考えられる。

次に、本研究結果と NANDA-I の看護診断の定義の関係性について述べる。

「非効果的自己健康管理」は、NANDA-I の看護診断分類法で領域 1 ヘルスプロモーションの類 2 “健康管理” に属する (NANDA International, 2008)。ヘルスプロモーション領域の診断概念は、「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」と定義されている。またヘルスプロモーションは、「自分の健康は自分で守るものと認識できる人」を対象としており、「非効果的自己健康管理」はその中でも、「病気をもち、医師からその病気の治療や合併症の予防のために自己管理を指示されている人」を対象としている看護診断である [江川, 2010]。この診断概念から考えると、透析患者は、末期腎不全という病気をもち、そのために透析療法という治療を受けており、その治療の過剰な身体的負荷がなく行えるように、あるいは長期的合併症を予防するために、食事や水分制限を自分で管理するように指示されている人と解釈することができる。「非効果的自己健康管理」はこの自己管理を毎日の生活の中に組み込んで調整するパターンが非効果的である状態を示すため、食事や水分制限の自己管理がうまくできていない状況を診断することになる。

自己管理行動、アドヒアランス、コンプライアンス（遵守）などの患者の「行動」については、これまでの多くの研究がなされており、糖尿病患者では行動尺度も開発されている（文献）。自己管理行動そのものを測定することで、この診断が導かれることもあると考えるが、本研究では多くの看護師が結果として徴候をてがかりとしてとらえていることが分かっている。それは、透析患者の自己管理状況に気づく方法は、糖尿病の血糖コントロールなどに比べて容易であるからであると考えられる。とくに、わが国の

血液透析患者に限れば、週3回必ずクリニックに来院し、体重を測定する。また血液検査も診療報酬上2週間に1回行われる。そのため、「1週間のうち何回食事を守りましたか?」といったような、質問紙で調査をしなくても、体重や検査データに表れてくる。看護師はそれをきっかけとして、看護診断過程の思考を踏むと考えられる。しかしながら、このデータは「非効果的自己健康管理」そのものを示しているものではなく、結果として現れている徴候であり、看護診断の診断指標ではないことを明確にしておく必要がある。この診断概念は人々の健康行動を示しているものであり、身体的状態を判断するものではないからである。身体的状態を判断するのは医学診断であって、看護診断ではない。そのため、医師とデータを共有するが、看護師は看護介入のための思考過程を踏み看護診断をしなければならない。そうしなければ、より効果的な看護介入ができないからである。たとえば、体重増加量が多いから「体重を増えないように」と言う、リンが高いから「タンパク質の量を減らしましょう」と言う、などといったことは誰でもできるが、看護診断の理論的背景を踏まえた認知行動療法 (Sagawa, Oka, & Chaboyer, 2003)を用いた看護介入などは、正確な看護診断をした専門家の看護師にしかできない方法であると考えられる。看護師は、てがかりとして得た情報が看護診断の診断カテゴリー構成要素の何をみているのかを明確にしながら、思考を進めていかなければ誤った診断を下したり、効果的な介入方法につながらない可能性がある。

次に、診断指標のマイナーな診断指標（支持データ）となったてがかりと NANDA-I の診断指標との関連について述べる。NANDA-I の診断指標は2～3年毎に改定されているが、表9に示すように、この看護診断に関しては大きな修正はなされていない。2009-2011版では、診断指標は5つあり、本研究開始時の2005-2006年版との違いは、診断指標の最後の {～と言葉に出す} が2つの診断指標で削除され、動詞が「～できない」に代わっているところである。もともと、日本人の文化的特性として、自分の意思を言葉で表現することが苦手であるとされている。特に、やっちはいけないとわかっていることや、これをいうと恥ずかしいと思うことなどは、言わない習慣がある (Hui, 2003; Kwon, 2007)。そのため、先行研究 (Kamiya, et al., 2008)では、「病気の進行や後遺症の発現の危険因子を減少させるための行動がとれないと言葉に出す」と「疾患の

治療とその効果、あるいは合併症の予防のための1つまたはそれ以上の計画を調整／統合することが困難であると言葉に出す。」については、頻度が少なく除外されている。

本研究であげられた指示データは「付き合いが多くて、近所の人がよくくる（から、食事、水分管理ができない。）」「友達と会ったから。（食事、水分管理ができなかった。）」「法事があったから。（食事、水分管理ができなかった。）」「自覚症状がないから食べてもいい」という言動が見られた。これらは、研究1で診断指標「治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に出す」より導かれたものである。なかなか、言葉に出している患者は少ないが、「できない」理由をつけて話すという徴候が明らかになった。食事や水分摂取は、付き合い、友人、法事などといった他者との関係性のなかで重要な役割をもつため、うまく自己管理できない状況に陥りやすい。また、透析をしているということを隠していたり、透析だからといって食事を断りにくいという文化もあると考えられる。そのため、患者の反応として「～だからできない、できなかった」という言葉に出すことにつながっていると考えられる。「自覚症状がないから食べてもいい」については、保健信念モデルでいう罹患性や重大性の認知が低いためにおこる言動と考えられた。

非効果的な毎日の生活として取り上げられたてがかりは、「カップ麺を食べる。」「コンビニ弁当を食べる」「『お茶は2杯飲まないと気が済まない』と言って2杯飲む。」があった。カップ麺やコンビニ弁当自体が制限されているわけではないが、臨床でこのような特徴的な食生活をしている人に、この診断が付きやすいのではないかと考えられる。カップ麺は塩分量が高く、水分も多くとりがちになる。またコンビニ弁当も塩分量が多く、バランスのとれた食事とは一般的に言い難い。近年は、コンビニエンスストアでもバランスの良い食事や野菜の多い弁当も販売されるようになり、国民の健康意識の向上に合わせた商品が陳列されるようになっている。コンビニエンスストアの多いわが国において、このような対策が活性化されれば、この診断指標はなくなる可能性がある。

「気が済まないから、気が済むまで飲む」ことについては、なかなか解決されない問題である。透析患者の口渇はQOLを低下される大きな要因でもあり、茶碗を小さくしたり、氷の摂取を進めるなどの対応によって改善した報告もある (Welch & Davis, 2000)。口渇

による飲水行動は、生理的欲求による行動であるため、最も抑制しにくい行動である。そのため、口渇感を生じさせないような食事管理が必要になる。近年では、水分制限を厳密に行うより、塩分制限を重視した食事管理を行うほうが、体重増加量の減少につながるという報告もある (Isozaki, Suzuki, & Ono, 2009; Sakai, Hamada, & Hara, 2006)。徴候として現れている行動の原因は何かを明確にとらえて、診断指標として用いていく必要がある。

診断指標「自己管理したいという欲求を言葉にだす」では、PD から HD になるのが嫌なので、家族が心配しているのだ、という理由をつけた言葉が取り上げられた。行動のきっかけとして、HD になることへの脅威、家族や友人などからの影響 (プレッシャー) による行動の意思の表れととらえることができる。

看護診断指標は、その問題の特徴的な徴候を示している。「非効果的自己健康管理」では、「治療計画を毎日の生活に組み込むことができない」「危険因子を減少させる行動をとることができない」「健康目標を達成するには効果的でない選択を毎日の生活の中で行う。「疾患を管理したいと言葉に出す。」「指示された治療方法を実施するのが難しいと言葉に出す。」の5つが診断指標であるが、これらはすべて「行動」を示している。しかしながら、今回の研究で、看護師がてがかりとしていた診断指標には、その行動のきっかけとなっているもの、原因となっているものなどが抽出された。それは、どれも先行研究で明らかになっている保健信念モデルや自己効力理論などの背景理論で説明できるものであった。

患者に合った正確な看護診断を行うためには、この背景理論をしっかりと理解し、思考を進めていく必要が示唆された。もともと看護師は、看護診断プロセスの初期段階からてがかりについて認知しており、その認知されたてがかりをそのプロセス全体として統合し続ける (Lunney, 2001)。また、てがかりは、看護師が看護診断の初期段階で気づいたとしても、その状況の文脈の中で可能性があり、もっともらしい説明がつく場合にのみ、そのてがかりの意味が理解できるといわれている。今回あきらかになったてがかりも同一の「行動」があれば、すべて診断指標になるのではなく、状況の文脈の中で判断

されなければならない。しかし、これまで漠然としていた透析患者の非効果的自己健康管理に対する診断指標が具体化にされたことで、てがかり見つけ出す視点を示すことができた。今後はこのてがかりを透析患者のデータベースに組み込み、アセスメントの視点として示していきたいと考える。

IV. 本研究の限界と今後の課題

1. 研究結果の一般化の限界

透析看護の専門性がいわれ、認定制度が発足して8年、日本に看護診断が導入されて20年近くになるが、透析看護の現場ではいまだに普及していない。そのため、看護診断を熟知している透析に関するエキスパート看護師の募集に限界があった。また、看護診断が、主に米国の看護師によって開発されてきた経緯があり、日本の医療制度における看護師が取り扱う看護の問題に相違があるために、照合できる部分が少ないという限界があった。

エキスパート看護師による合意形成の妥当性検証を行ったが、この方法は看護師の経験的記憶に頼る部分が多く、実際の患者の状況と照合できるかどうかの確認ができないという限界があった。

2. 今後の課題

看護診断を基本的に理解し、臨床で活用していく必要がある。そのためにも本研究のような特徴的な領域で、その地域の文化を反映した診断指標やてがかりを抽出していく必要があると考えられる。この点について、Kim (2011)は、「看護が取り扱う問題のなかで、身体的状況以外のものは特に文化的背景の影響を受けやすい。そのため、共通言語となっている看護診断ではあるが、その国、地方独自のてがかりというものを抽出していく必要がある」と述べている。そのため、文化的背景を取り入れたてがかりを抽出したうえで、臨床妥当性の検証を行い、より具体的で臨床で活用できる、看護診断抽出

のためのデータベースの開発が必要になると考える。そして、てがかりを基にしたデータベースを用いることが、さらには正確な看護診断へつながると考える。看護診断は、ゲームのように、徴候や関連因子を当てはめていくものと思われる傾向にあるが、その思考過程において、文脈を読んだり、状況を判断したりする必要がある。この思考過程を的確に行うためには、経験だけでなく、教育が最も重要であると Lunney (2001)が述べている通り、このような思考過程の教授方法についても検討していく必要があると考える。

また、限界でも述べたように、診断指標の裏付けとなる臨床状況を観察したり、透析患者から直接情報を得るといった臨床妥当性検証を行う必要がある。臨床状況と看護師の臨床判断を合わせて検証することで、よりエビデンスの高い看護診断の開発ができると考える。

本研究では、透析患者に適応する看護診断非効果的自己健康管理に焦点をあてたが、透析患者に適応する看護診断はこの他にもあり、それらの検証も進めていく必要がある。そうすることで、臨床で患者に携わる看護師が患者の状況を的確にとらえ良い看護介入を行うことができるようになると考えられる。とくに長期透析における合併症に伴う身体的苦痛については、看護師によって緩和できることも多く、現に多くの看護師が看護技術を工夫しケアを行っている。しかしながら良いケアという検証研究の評価がないためになかなか発展していない。そのために、早急に看護診断指標の透析患者に適応する具体的な指標に修正し、臨床で活用してもらう必要がある。今後は、他の看護診断についても同様の検証研究を行い、これらをもとにしたアセスメントツールの開発を行っていきたいと考える。

第5章 結論

透析患者に適応する看護診断「非効果的自己健康管理：水分制限・食事制限」の診断のてがかりは、行動の結果生じる透析患者に特徴的な身体的徴候がメジャーな診断指標であった。また、NANDA-Iの診断指標の下位概念となる健康行動のきっかけや原因を示した言動がマイナーな診断指標となった。透析分野におけるエキスパート看護師は、健康行動の結果生じる身体的徴候をきっかけとして、看護に必要な状況の臨床判断を行っていることが明らかになった。

謝辞

本研究は、多くの方々のご支援ならびにご指導、励ましによってまとめあげることができました。

臨床で活躍し大変忙しい中、研究に協力してくださった透析看護に携わる看護師の方々に感謝いたします。また、透析看護領域の発展のため日々活動を続けており、本研究において多大な協力をしてくださった日本腎不全看護学会の水附理事長をはじめ教育・研究委員会の方々、学会員の方々、事務局の方々に心から感謝いたします。

本研究をまとめるにあたり、神戸大学保健学研究科教授 宮脇郁子先生、矢田眞美子先生、関西看護医療大学 江川隆子学長、加古川市民病院病院長（前 神戸大学医学系研究科 教授）石川雄一先生には研究計画書から考察に至るまで、たくさんのご指導をいただき心よりお礼申し上げます。また、共同研究者として分析、考察にご意見をくださいました京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻の本田育美先生、関西看護医療大学の笠岡和子先生にも心よりお礼申し上げます。同時に、研究をまとめるにあたり、職務を考慮してくださった関西看護医療大学の教員の方々、ゼミを通じて研究に貴重なご意見をくださった神戸大学医学系研究科基礎看護学の大学院生の方々にも心よりお礼申し上げます。

本研究を英文投稿に際し協力してくださった Catherine.Dawson さんには大変お世話になりました。論文を英文でまとめるということに大変苦勞しましたが、いつもすぐにアドバイスを下さり、最後までまとめることができました。

皆様から頂いた多大な励まし、協力に感謝しながら今後も看護学の発展のために努力していきたいと思えます。

そして、陰ながら支えてくれた家族にも心より感謝いたします。

ありがとうございました。

引用文献

- 保健師助産師看護師法. (2009年7月15日). 参照日: 2011年1月18日, 参照先:
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO203.html>
- Bandura, Albert. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Psychology*, 37(3), 122-147.
- Becker, M. H. (1976). Health Belief Model and Personal Health Behavior. In A. P. Association, *Health Education Monographs. Vol. 2 No. 4, 1974.* (pp. 324-473). Thorofare, NJ, USA: Slack, Inc.
- Benner, P. E. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Black, N. (2006). Consensus development Methods, Mays, N. ed. *Qualitative Research in Health Care* ;3rd edition. *Blackwell Publishing*, 1, 34-41.
- Boeing, H. M., & Mongera, O. C. (1989). Nursing diagnosis. Powerlessness in critical care patients. *Dimensions of critical care nursing*, 8(5), 274-9.
- Bottei, K. (1995). Feeding dysfunction: a nursing diagnosis for infants who resist oral feeding. *Nursing diagnosis*, 6(2), 80-8.
- Carpenito, L. J. (1990). *Nursing diagnosis. Application to clinical practice 2nd ed.* Madred: Interamericana-McGraw-Hill.
- Carroll-Johnson, R. (1991). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Ninth Conference.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Chambers, W. (1962). Nursing diagnosis. *Am J Nurs*, 102-4.
- Chetnik, T. (1969). Nursing diagnosis. *Pieleg Polozna. (Polish)* 2, 14-5.
- De Cassia Lopes Chaves, E., De Carvalho, C. E., De Souza Terra, F., & De Souza, L. (2010). Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(3), 309-16.
- Dougherty, M. C. (1997). Reconceptualization of the nursing diagnosis decreased cardiac output. *Nursing diagnosis*, 8(1), 29-36.
- ElSadr, B. C., Noureddine, S., & Kelley, J. (2009). Concept analysis of loneliness with implications for nursing diagnosis. *International journal of nursing terminologies and classifications*, 20(1), 25-33.
- Fehring, R. J. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & lung : the journal of*

critical care.16, 625-9.

- Fry, S. V. (1953). The creative approach to nursing. *American Journal of Nursing*, 5, 301-302.
- Gain, C. B., & McFarland, B. M. (1984). Nursing diagnosis: its relationship to and use in nursing education. *Top Clin Nurs*, 5(4), 39-49.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Gordon, M. (1988). 看護診断、その過程と実践への応用. 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Gordon, M. (1976). Nursing diagnoses and the diagnostic process. *The American journal of nursing*, 76(8), 1232, 1234.
- Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnosis: Process and Application 3rd ed*. St. Louis, MO: Mosby.
- Guirao-Goris, A. J., & Duarte-Climent, G. (2007). The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the Spanish validation. *International journal of nursing terminologies and classifications*, 18(3), 84-92.
- Gurkova, E., Ziakova, K., & Cap, J. (2011). Content validation of hopelessness in Slovakia and Czech Republic. *International journal of nursing terminologies and classifications*, 22(1), 33-9 doi:10.1111/j.1744-618X.2010.01173.x.
- Hara, A., & Hayashi, Y. (2004). Stressors and Coping in Hemodialysis Patients. *Bulletin of Faculty of Health Sciences Okayama University Medical School*, 15, 15-21.
- Harold, L. A., & Murray, T. (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*, Reading, Mass. Boston: Addison-Wesley.
- Hasegawa, T., Ogasawara, C., & Katz, E. C. (2007). Measuring Diagnostic Competency and the Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 18(3), 93-102.
- Herdman, H. R. (2006). 患者ケアの質を高める標準看護用語、看護診断 11 (2). 40-41. 2006. 看護診断, 11(2), 40-41.
- Hogston, R. (1997). Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *Journal of advanced nursing*, 26(3), 496-500.
- Honda, I., Kamiya, C., & Egawa, T. (2005). Nursing diagnosis and Nursing records for haemodialysis outpatients in Japan., (p. 23).
- Honda, I., Kamiya, C., & Egawa, T. (2005). Nursing diagnosis and Nursing records for

- haemodialysis outpatients in Japan. *ACENDIO 2005, PROGRAM*, , 23.
- Hoover, D., & Norris, J. (1996). Validation study for impaired personal boundaries, proposed nursing diagnosis. *Nursing diagnosis*, 7(4), 147-51.
- Hui, W. (2003). Language and its cultural context : China and Japan compared. *Nagoya university of commerce & business administration*, 5(2), 67-79.
- Hyun, A., & Park, A. H. (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. International Classification for Nursing Practice. International Council of Nurses. North American Nursing Diagnosis Association. *International nursing review*, 49(2), 99-110.
- Ikematsu, Y. (2004). Characteristics of and interventions for fever in Japan. *International nursing review*, 51(4), 229-39.
- Isozaki, T., Suzuki, Y., & Ono, M. (2009). Nutritional management of sodium in renal disease and renal failure. *The Journal of Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 24(3), 775-780.
- Ito, C., Ota, K., & Matsuda, M. (2011). Educational content in nurse education in Japan: a Delphi study. *Nursing ethics*, 441-54.
- Kamiya, C., Egawa, T., Otsubo, M., Tamura, S., Ezaki, M., Ushizaki, R., et al. (2008). The frequency of use for defining characteristics of nursing diagnosis in Japanese dialysis nursing. *NANDA-I Conference '08, November 13-15* (p. 9). Miami: NANDA-I.
- Kamiya, C., Imai, Y., & Egawa, T. (2000). Characteristics of self efficacy for health behaviors in hemodialysis patients. *The journal of Japan Academy of Nephrology Nursing* 2(2), 48-52.
- Kawabata, K., Ishida, Y., & Oka, M. (1998). Factor influencing management behavior and self-efficacy in hemodialysis patients. *Japan society of physical anthropology* 3(3), 1-8.
- Kim, S. H. (2011). Concept development for nursing diagnosis : philosophical and methodological considerations. *journal of Japan society of nursing diagnosis* 16(1), 33-34.
- KimHD. (1970). Nursing Diagnosis. Taehan Kanho. (Korean), 9(5), 59-64.
- Komorita, L. N. (1963). NURSING DIAGNOSIS. *Am J Nurs*, 83-6.

- Kwon, Y.-S. (2007). On the Refusal Expressions by Japanese University Students and Korean University Students. *Journal of Japanese language and literature*, 11, 5-451.
- Lethbridge, J. D., McClurg, V., Henrikson, M., & Wall, G. (1993). Validation of the nursing diagnosis of ineffective breastfeeding. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 22(1), :57-63.
- Logan, S. M., Pelletier-Hibbert, M., & Hodgins, M. (2006). Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of advanced nursing*, 56(4), 382-91.
- Lunney, M. (1986). Implementing an education program on nursing diagnosis. *The Journal of the New York State Nurses' Association.*, 17(4), 28-34.
- Lunney, M. (2001). *Critical Thinking and Nursing Diagnosis-Case Studies & Analysis*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association.
- Lunney, M. (2008). Assessment Framework. In N. International, *Nursing Diagnoses 2009-2011: Definitions and Classification* (p. 10). Singapore: Wiley-Blackwell.
- Masaki, H., Kuroda, K., Seto, N., & Shimizu, Y. (2007). *Tounyoubyou Kango no Jisenchi*. Tokyo: Igakusyoin.
- McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module-an electronic Delphi study. *Journal of clinical nursing*, 3177-87.
- MoriH, KoyamaK, TakaguchiE, FuruyaY, & NakanishiH. (1972). Discussion: approach to nursing diagnosis[Article in Japanese]. *Kangogaku Zasshi*, 36(5), 588-601.
- Myers, N. (1974). Nursing Diagnosis. *Tijdschrift voor ziekenverpleging[Article in Dutch]*, 27(17), 388-90.
- Nakai, ., S., Suzuki, K., Masakane, I., Wada, A., Itami, N., Ogata, S., et al. (2010). Overview of Regular Dialysis Treatment in Japan (as of 31 December 2008). *Therapeutic Apheresis and Dialysis Volume 14, Issue 6*, 505–540.
- Nakayama, Y. (1996). Experienced psychiatric nurses' clinical judgments in everyday practices. *Bulletin of St. Luke's College of Nursing*, 22, 52-8.
- NANDA International . (2008). *Nursing Diagnoses 2009-2011: Definitions and Classification* . Singapore: Wiley-Blackwell.
- NANDA International. (2009). *Nursing diagnoses: Defining and classification 2009-2011*.

West Sussex: Wiley-Blackwell.

- North American Nursing Diagnosis Association. (1992). *NANDA NURSING DIAGNOSES: Definitions and Classification 1992-1993*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2005). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2005-2006*. Philadelphia: NANDA International.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2007). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International.
- Nozaki, C., Oka, M., & Chaboyer, W. (2005). The effects of a cognitive behavioural therapy programme for self-care on haemodialysis patients. *International journal of nursing practice*. 11(5), 228-36.
- Oka, M., & Chaboyer, W. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese. *Int J Nurs Pract.* 7(6), 431-9.
- Parker LM, Lunney. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nurs Diagn.* Oct-Dec;9(4), 144-50.
- Peres, H. H., de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D., Lima, F. A., Gaidzinski, R. R., Ortiz, C. D., Mendes e Trindade, M., et al. (2010). Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnosis, outcomes, and intervention. *Studies in health technology and informatics*, 279-83.
- Prochaska, o. J., DiClemente, C. C., & Norcross, C. J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist* 47(9), 47(9), 1102-14.
- Putzie, J. D., Padrick, P. K., & Putzier, J. D. (1984). Nursing diagnosis: a component of nursing process and decision making. *Topics in clinical nursing*, 5(4), 21-9.
- Roy, C. (1978). Roy, C. (1982a). Theoretical framework for classification of nursing diagnoses, In M.J. Kim & D.A. Moritz (Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the third and fourth conferences*. (pp. 215-220). New York: McGraw-Hill.
- Ryan, P., & Falco, M. S. (1985). A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the nursing diagnosis of noncompliance. *The Nursing clinics of North America*, 20(4), 685-95.
- Sagawa, M., Oka, M., & Chaboyer, W. (2003). The utility of cognitive behavioural therapy

- on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination. *International journal of nursing studies*, 367-73.
- Sakai, A., Hamada, H., & Hara, K. (2006). Effect of 3-year rounds nutritionist in outpatient hemodialysis patients. *Journal of Japanese Society for Dialysis Therapy*39.Suppl.1, 662.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*18(2), 179-183.
- Shinseikai Daiichi Hospital Education and Training Center. (2004). *Handbook of Dialysis*. Tokyo: Igakusyoin.
- Shintani, K., Meguro, Y., & Kondo, H. (2009). Self-Management Awareness in Patients on Maintenance Dialysis. *Niigata Journal of Health and Welfare*, 9(1), 66-70.
- Shoemaker, J. (1984). Essential features of a nursing diagnosis. (In M. J. Kim, G. McFarland, & A. McLane Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference* (p. 104). St. Louis: Mosby.
- Simon, H. A. (1989). The Information-Processing Explanation of Gestalt Phenomena. In H. A. Simon, *Models of thought volume.2*. New Haven: Yale University Press.
- Soto de VélezC, & MejíaLM. (1971). Nursing Diagnosis. *Epheta*. (Spanish), 10(34), 11-8.
- Takeuchi, N., & Murashima, S. (2008). Relationships between characteristics, beliefs, and self-care in hemodialysis patients. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 28(4), 37-45.
- Toobert, J D; Hampson, E S; Glasgow, E R;. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-50.
- Van, Hecke Ann; Grypdonck, Maria; Beele, Hilde;. (2011). Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of clinical nursing*, 20(3-4), 429-43.
- Vandelanotte, C., Dwyer, T., Van Itallie, A., Hanley, C., & Mummery, K. W. (2010). The development of an internet-based outpatient cardiac rehabilitation intervention: a Delphi study. *BMC cardiovascular disorders*, doi: 10.1186/1471-2261-10-27.
- Wake, M., & Coenen, A. (1998). Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice(ICNP). *Nursing diagnosis*, 9(3), 111-8.
- Walsh, E., & Lehane, E. (2011). An exploration of the relationship between adherence

- with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of clinical nursing*, 20(3-4), 331-40.
- Webster, G. (1984). Nomenclature and classification system development. In M. J. Kim, G. McFarland, & A. McLane (Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference* (pp. 14-25). St. Louis: Mosby.
- Welch, L. J., & Davis, J. (2000). Self-care strategies to reduce fluid intake and control thirst in hemodialysis patients. *Nephrology nursing journal*, 27(4), 393-5.
- Yamamoto, K., & Okumiya, A. (2009). Reliability and Validity of the Japanese Version of Self-Determination Theory Measurement Tools for Patients with Hemodialysis Treatment. *Journal of Japanese Society of Nursing Research*, 32(2), 13-21.
- Zauszniewski, A. J. (1994). Nursing diagnosis and depressive illness. *Nursing diagnosis*, 5(3), 106-14.
- ヘザー・ハードマン. (2006). 患者ケアの質を高める標準看護用語. 看護診断 11 (2), 40-41.
- 経済企画庁. (1976). 10年後の生活予測—国民生活に関するデルファイ調査. 東京: 経済企画庁国民生活局 国民生活調査課.
- 江川隆子. (2010). これなら使える看護診断 (第 4 版). 東京: 医学書院.
- 江川隆子. (2010). 看護診断・透析看護のデータベースの使い方. 東京: 日本腎不全看護学会.
- 神谷千鶴, 本田育美, 大徳真珠子, 三島明子, 新谷恵子, 江川隆子. (2003). 外来血液透析患者の看護記録に関する実態調査 (第一報). 日本腎不全看護学会誌, 5(2), 68-78.
- 大島弓子. (2006). 看護の質を保証する適切なアセスメント、そして看護診断、看護診断 11 (2). 36-37. 2006. 看護診断, 11(2), 36-37.
- 中木, 高. (2009). 看護診断を読み解く!—NANDA - I2009 - 2011 準拠 (第 4 ed.). 東京: 学研メディカル秀潤社.
- 日本看護科学学会・学術情報委員会. (2006, 11 1). 看護技術の診療報酬化のために. Retrieved 7 9, 2011, from 公益法人社団 日本看護科学学会 : <http://plaza.umin.ac.jp/jans/naiyo/kenkyu/001.html>
- 日本看護協会. (2003). 公益社団法人日本看護協会 認定看護師規程. 東京: 日本看護協会.
- 日本看護協会認定部. (2011). 認定看護師認定者数推移. Retrieved 8 2, 2011, from 日本看護協会ホームページ: <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/cnsuui.pdf>
- 日本透析医学会統計調査委員会. (2011). 図説 我が国の慢性透析療法の現況 2010年12月

31 日現在. 東京: 日本透析医学会.

和田攻, 南裕子, 小峰光博. (2002). 看護大辞典 (第 2 版). (和田攻, 南裕子, 小峰光博, 共同編集) 東京: 医学書院.

表目次

表 1	NANDA への看護診断の提案:根拠レベルの判断基準(抜粋)	12
表 2	透析看護領域の看護診断	19
表 3	透析看護分野の認定看護師の要件	27
表 4	対象者の属性.....	34
表 5	非効果的自己健康管理のてがかり (cue)	36
表 6	対象者の属性 (研究 2 : 第 1 ラウンドと第 2 ラウンド)	40
表 7	非効果的自己健康管理: 食事制限・水分制限の妥当性検証 DCV スコア	41
表 8	NANDA 分類法: 一般性のレベル.....	43
表 9	非効果的自己健康管理の診断指標とてがかり	44

図目次

図 1	看護における医療問題・看護診断(問題)・看護ケア(問題)の概念図 ...	13
図 2	診断カテゴリーの構成要素間の関係(一部補足) (Gordon M., 1994)	15
図 3	看護診断のカテゴリーの構成要素間の関係(一部補足) (Gordon M., 1976)	22
図 4	研究手順の概略図.....	26
図 5	研究 1 : 分析方法の概略図.....	30
図 6	複雑さのレベルのパターン.....	43

資料目次

資料 1 研究協力依頼書・承諾書・同意書

資料 2 半構造化面接用紙「非効果的自己健康管理」

資料 3 診断内容妥当性検証 調査用紙

投稿論文

Cues for Nursing Diagnosis of Ineffective Self-management of Fluid and Dietary Restrictions in Dialysis Therapy in Japan

IJNT_1200

Chizuru Kamiya, MHSc, RN, Ikumi Honda, PhD, RN, CNM, Kazuko Kasaoka, MSN, RN, Takako Egawa, PhD, RN, Mamiko Yada, MSN, RN, and Ikuko Miyawaki, PhD, RN

資料1

研究協力依頼書・承諾書・同意書

倫理審査結果通知書コピー

研究協力依頼書

最近、ますます看護行為の効果とその記録が重要視されており、そのためにも外来透析看護における看護問題の明確化の検討が急務となっています。このような現状の中で、外来透析看護における「看護診断」の領域を明らかにすることを目的とし検討を進めてきました。2004年度から行われている日本腎不全看護学会の研究の結果、腎不全看護領域でよく用いられているNANDAの看護診断指標は明らかになりましたが、その診断指標が示す具体的な事象や患者の言動などについては明らかになっていません。

そこで、実際の臨床現場で看護診断指標が用いられるように、外来透析看護に特徴的な、具体的な診断指標を明らかにし、その有効性を検証したいと思っております。これをもとに、外来透析治療を受ける患者に関する看護診断概念を明らかにし、将来、透析看護における看護ケア範囲を特定するとともに看護ケア（看護問題に対する）や看護治療（看護診断）の開発に貢献できると考えております。

この調査は、個人の看護診断の知識を評価するものではありません。調査で得られた情報は研究目的外に用いることはありません。

この文は本研究への参加についての説明文です。本研究についてご説明いたしますので、内容を十分にご理解されたうえで、参加するかどうかご自身の意思でお決めください。また、ご不明の点などがありましたら遠慮なくご質問ください。

研究実施者

神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻

博士後期課程（基礎看護学領域）

神谷千鶴

外来透析看護に特徴的な看護診断・診断指標の確立と その有効性に関する研究の説明書

1. この研究の目的

この研究はNANDA看護診断の診断指標のなかでも、外来透析看護に特徴的な診断指標の具体的な事象や患者の言動などを明らかにすることを目的としています。

2. この研究の概要

具体的には、先行研究で明らかになっている、透析看護にみられる看護診断 17 項目のうちの、よく用いられている診断指標 98 項目について、実際臨床の場で見られる事象や言動についてお話していただきます。約 60 分から 90 分の時間がかかります。この調査は平成 19 年 5 月から 20 年 3 月にかけて行います。参加していただく時期については、相談の上決定いたします。

3. 自由意思による参加について

この研究に参加するかしないかは、あなたの自由な意思で決めることができます。たとえ研究への参加をお断りになっても、何ら不利益を受けることはありません。また、いったん同意をした後でも、いつでも自由に研究への参加をやめることができます。その場合でも何ら不利益をうけることはありません。

4. 研究協力者のプライバシー保護について

この研究の共同研究者が、あなたのから得た情報を知る必要がある場合には、あなたの個人情報特定できないようにして閲覧します。また、研究成果が学術目的のために公表されることがありますが、その場合もあなたの個人情報の秘密は厳重に守られ、第三者には絶対にわからないように配慮されます。

データの公表についてもあなたの同意が必要ですが、この同意書によって、あなたの同意が得られたこととなります。

5. データの管理並びに終了後の処理について

得られたデータの管理は厳重に行います。また研究終了後にはすべてのデータについて破棄いたします。

6. 研究結果の開示、研究計画書等の開示

あなたが、研究結果の開示を希望すればいつでも見ることが出来ます。また、研究計画書についてもいつでも開示いたします。希望があればいつでも申し出てください。

7. 研究成果の公表

研究成果は学会および雑誌で発表する予定です。その場合は個人が特定できないようにし、協力いただいた方のプライバシーを厳守いたします。また研究成果については、報告書としてお渡しいたします。

8. 費用の負担について

調査に関わる交通費は全額支給いたします。

研究責任者、研究実施者、研究分担者の氏名、職名及び連絡先

研究責任者

職名 神戸大学医学部保健学科 教授
氏名 石川 雄一

研究実施者

職名 神戸大学大学院医学系研究科 博士後期課程
氏名 神谷 千鶴

研究分担者（上記以外で、この研究に関して相談にのってもらえる者です。）

職名 神戸大学医学部保健学科 教授
氏名 矢田 眞美子

研究分担者（上記以外で、この研究に関して相談にのってもらえる者です。）

職名 京都大学医学部保健学科 教授
氏名 江川 隆子

資料 2

インタビューガイド

以下の診断指標において具体的な事象や患者の言動、観察された事柄、実際の観察方法はどのような方法かについてたずねる。

領域 1

非効果的 治療計画管理

治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択

病気の進行や後遺症の発現の危険因子を減少させるための行動がとれないと
言葉に出す

病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す

疾患の治療とその効果、あるいは合併症の予防のための 1 つまたはそれ以上の
計画を調整 / 統合することが困難であると言葉に出す

病気の症状の悪化（予測されるもの、または予測されないもの）

治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に出す

非効果的 治療計画管理（リスク状態）

障壁があるという思い込み

ソーシャルサポートの不足

無力

病弱だという思い込み

疾病利得に対する思い込み

治療計画，そして / またはヘルスケア従事者に対する不信

知識不足

ヘルスケアに対する家族の対応パターン

家族内の不調和

意思決定葛藤

治療計画の複雑さ

ヘルスケアシステムの複雑さ

重症だという思い込み

行動を起こすきっかけの数や種類が不適切

資料 3

診断内容妥当性検証 調査用紙

表4-1.非効果的自己健康管理

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
【食事制限・水分制限】			
食事制限が守られていない結果としてみられる徴候			
血清カリウム(K)値の増加	0.83	0.78	メジャー
血清リン(P)値の増加	0.89	0.91	メジャー
血清総タンパク(TP)値の低下	0.50	—	
蛋白異化率(PCR)値の増加	0.53	0.57	マイナー
水分制限が守られていない結果としてみられる徴候			
体重増加量	0.92	1.00	メジャー
治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択			
カップ麺を食べる	0.66	0.53	マイナー
コンビニ弁当を食べる。	0.63	0.50	マイナー
「お茶は2杯飲まないと気がすまない」と言って2杯飲む	0.67	0.56	マイナー
病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す			
「PDからHDになるのが嫌なので、自己管理をしたい。」	0.68	0.60	マイナー
「家族が心配しているから気をつけたい。」	0.72	0.54	マイナー
治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す			
「付き合いが多くて、近所の人がよく来る」	0.67	0.59	マイナー
「友達と会ったから。」	0.64	0.59	マイナー
「法事があったから。」	0.61	0.53	マイナー
「自覚症状がないから食べてもいい。」	0.69	0.53	マイナー
「生活保護を受けているからコンビニエンスストアの弁当しか食べられない。」	0.50	—	
【シャント管理】			
シャント管理においてみられる徴候			
止血テープが貼ったまま	0.64	0.54	マイナー
治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択			
腕枕をする	0.67	0.64	マイナー
病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す			
治療計画を毎日の定例行為に組み込んだ行動を行わないと言葉に表す	0.81	0.70	マイナー
「自覚症状がないから」	0.61	0.64	マイナー

表4-2.栄養摂取バランス異常:必要量以下

診断指標 (てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
不十分な栄養摂取			
体重増加量の低下	0.81	0.75	マイナー
血液検査データ(総タンパク)	0.72	0.69	マイナー
血液検査データ(アルブミン)	0.78	0.72	マイナー
血液検査データ(尿素窒素:BUN)	0.83	0.75	マイナー
血液検査データ(カリウム:K)	0.56	0.59	マイナー
血液検査データ(プレアルブミン:pre-Alb)	0.59	0.67	マイナー
血液検査データ(リン:P)	0.64	0.69	マイナー
CTRの上昇	0.78	0.78	マイナー
(血液透析の場合)駆血したときの手の細さ	0.58	0.63	マイナー
肌の乾燥	0.56	0.61	マイナー
顔の色、つや	0.53	0.57	マイナー
活気	0.63	0.54	マイナー
一日の推奨食物摂取量より少ない不適切な食事摂取の訴え			
「食べ物の話をしなくなる。」	0.50	-	
「水分が多いと(看護師から)言われるので食べない。」「ご飯が美味しくない	0.78	0.68	マイナー
「ご飯が美味しくない。」	0.67	0.66	マイナー
食欲低下の理由			
便秘	0.44	-	
感冒	0.44	-	
味覚の低下	0.63	0.56	マイナー
誤解			
「食べたらいけないと思う」	0.67	0.72	マイナー
「テレビなどの情報を信じている。」	0.53	-	
治療または予防プログラムの目標を達成するには非効果的な毎日の生活を選択			
MMT	0.59	0.50	マイナー
上腕三頭筋肥厚	0.67	0.57	マイナー
握力	0.47		
ふらつき	0.56	0.46	-
影響因子			
リン降下薬の内服	0.58	0.59	マイナー
歯の状態	0.67	0.53	マイナー
食欲を低下させるライフイベント	0.69	0.72	マイナー
経済状況に変化	0.58	0.66	マイナー

表4-3.体液量不足

診断指標 (てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
精神状態の変化			
活気がない	0.59	0.59	マイナー
反応が鈍い	0.59	0.53	マイナー
静脈内の血液充満の減少			
穿刺時の血管弾力性の減少	0.56	0.50	マイナー
HDの血流量不足	0.53	0.54	マイナー
シャント音の減弱化	0.58	0.56	マイナー
シャント閉塞	0.61	0.56	マイナー
血圧の低下	0.75	0.75	マイナー
皮膚の乾燥			
粉をふいている皮膚	0.56	0.75	マイナー
ヘマトクリット値の上昇	0.64	0.63	マイナー
口渇	0.72	0.66	マイナー

表4-4.便秘

診断指標 (てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
排便パターンの変化	0.78	0.78	マイナー
腹部膨隆	0.69	0.69	マイナー
排便量の減少	0.72	0.66	マイナー
排便時のいきみ	0.53	0.63	マイナー
排便回数の減少	0.56	0.69	マイナー
乾燥した固い有形便	0.64	0.78	マイナー
腹痛	0.50	—	—
食欲不振	0.50	—	—
頭痛	0.33	—	—
腹音(腹鳴)	0.39	—	—
消化不良	0.39	—	—
全身倦怠感	0.42	—	—
腸音の減弱	0.53	0.63	マイナー

表4-5. 自己尊重状況的低下

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
病気の治療や後遺症の予防を管理したいという欲求を言葉に出す	0.69	0.64	マイナー
状況をうまくとりあつかえないと自己を評価する	0.69	0.64	マイナー
孤立無援であると表明する	0.67	0.69	マイナー
役に立たないと表明する			
一人で動けない	0.67	0.63	マイナー
自分の味方に成ってくれる人がいない	0.67	0.63	マイナー
家の中で役に立たない	0.72	0.66	マイナー
年寄りだから	0.69	0.69	マイナー
優柔不断な行動	0.56	0.54	マイナー
自己主張的でない行動	0.57	0.50	マイナー
自己否定的な発言をする			
「こんな生活するくらいなら・・・」	0.81	0.75	マイナー
「好きなものを食べられない・・・」	0.71	0.75	マイナー
「私なんか・・・」	0.78	0.75	マイナー
「自分なんか死んでも・・・」	0.81	0.69	マイナー
現在の状況からの自己価値に対する挑戦を言葉に出して訴える	0.63	0.54	マイナー

表4-6.ボディイメージ混乱

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
気にしていること			
PDの管	0.78	0.95	メジャー
ウエストのふくらみ	0.63	0.80	メジャー
シャツの膨瘤	0.83	0.91	メジャー
穿刺のあと	0.75	0.75	マイナー
色黒	0.75	0.72	マイナー
顔色が悪い	0.69	0.66	マイナー
痩せ	0.61	0.53	マイナー
傷	0.72	0.75	マイナー
自分の身体についての見方の変化を反映した感情を言葉に出す	0.78	0.69	マイナー
自分の (PD患者) 夫婦生活でどう思われるか	0.81	0.75	マイナー
社会的なかかわりの変化	0.78	0.58	マイナー

表4-7.皮膚統合性障害

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
皮膚の層列の破綻(表皮)			
テープ、絆創膏によるかぶれ	0.78	0.84	メジャー
痒みに伴って掻いた傷	0.83	0.84	メジャー
亀裂	0.58	0.63	マイナー
乾燥(乾皮症)、粉を拭いている皮膚	0.58	0.69	マイナー
発赤	0.67	0.66	マイナー
発疹(透疹疹)	0.67	0.59	マイナー
表皮剥離	0.78	0.63	マイナー
痒疹結節	0.67	0.63	マイナー
身体構造への侵襲			
HDに伴うシャント部への穿刺	0.78	0.82	メジャー

表4-8.皮膚統合性障害リスク状態

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
薬物治療			
消毒薬(ポピドンヨード®)の使用	0.69	0.56	マイナー
リドカインテープ(ペンレス®等)の貼付	0.75	0.72	マイナー
アロプリノール製剤(ザイロリック®等)の内服	0.36	—	—
代謝状態の変化			
発汗量の低下	0.61	0.66	マイナー
瘙痒感	0.83	0.78	マイナー
色素沈着の変化			
皮膚の黒色化	1.00	0.64	マイナー
循環の変調			
浮腫	0.72	0.69	マイナー
足背動脈の触知不可	0.78	0.64	マイナー
末梢の冷感	0.86	0.72	マイナー
皮膚緊張の変化			
皮膚の乾燥、粉ふき	0.64	0.72	マイナー
テカテカしている皮膚(細胞外液貯留による)	0.75	0.57	マイナー
栄養状態の変調			
アルブミン値の低下	0.69	0.66	マイナー
総たんぱく量の低下	0.64	0.66	マイナー
骨の突出			
外反母趾	0.56	0.44	—

表4-9.リスク傾斜健康行動

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
健康状態の変化に対して非受容的な態度を示す			
「どうでもいい。」	0.86	0.81	メジャー
「食事を守れないのは他人のせい。」	0.72	0.53	マイナー
健康な人と関わらないように振舞う。	0.67	0.56	マイナー
「検査しても何もない、関係ない。」	0.67	0.50	マイナー
適正なコントロール感覚を達成できない。			
「遺伝だから・・・」	0.59	0.38	—
「制限することが自分の人生ではないから・・・」	0.58	0.41	—
「どうせ治らないんだから・・・」	0.72	0.75	マイナー
「〇〇ができないのは、治療が悪いから」【他の事のせいにする。】	0.72	0.59	マイナー
「体重が増えるのはスタッフの説明が悪いから」【他人のせいにする。】	0.61	0.50	マイナー
「制限することが自分の人生ではないから・・・」	0.53		—
健康問題を予防する行動がとれない			
透析時間を長くすることは受け入れられない	0.75	0.75	マイナー
辛い検査(心カテなど)を受けない	0.61	0.59	マイナー
医者と透析の話をしな	0.59	0.38	—
検査データの説明をしても見ない	0.59	0.50	マイナー
健康状態の変化を過小評価する			
「自分は他の人と違って健康だ。」	0.56	0.34	—
「これくらいは大丈夫だと思う。」(と言って、制限を守らずに食事を摂取する。	0.67	0.66	マイナー
「去年は大丈夫だったから」(と言って、制限を守らずに食事を摂取する。)	0.72	0.66	マイナー
「汗をかくから、サウナに行くから」(と言って、水分制限を守らない。)	0.69	0.75	マイナー
「若いから大丈夫」(と言って、制限を守らずに食事や水分を摂取する。)	0.56	0.47	—
「汗をかくから、サウナに行くから」(と言って、水分制限を守らない。)	0.69		—

表4-10.慢性疼痛

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
【穿刺痛】			
言葉による疼痛の訴え			
「痛い」という訴え	0.81	0.81	メジャー
苦悶様顔貌			
痛そうな顔	0.72	0.75	マイナー
再度身体損傷を受けることに対する恐怖			
また痛いのではないかとこの恐れ	0.72	0.69	マイナー
【血管痛】			
言葉による疼痛の訴え			
「痛い」という訴え	0.86	0.78	マイナー
苦悶様顔貌			
痛そうな顔	0.78	0.75	マイナー
焦燥感(イライラ)			
他の患者に苛立つ	0.56	0.64	マイナー
些細なことでキレル	0.61	0.56	マイナー
落ち着きがない(そわそわ)			
じっとしてられない	0.72	0.59	マイナー
体動が激しい	0.72	0.56	マイナー
疼痛部位をかばおうとする行動の観察			
針を抜こうとする	0.56	0.38	—
保護的行動			
温湿布や温罨法を貼用する	0.81	0.75	マイナー
鎮痛剤を貼用する	0.81	0.72	マイナー
人々との相互作用の減少			
口数が減る、話をしなくなる	0.56	0.50	マイナー
自分への注意の集中			
八つ当たりをする	0.64	0.54	マイナー
常に看護師を呼ぶ	0.78	0.63	マイナー
以前の活動を継続する能力の変調			
利き手での仕事が制限される	0.58	0.50	マイナー
【透析不均衡症候群(頭痛・下肢の痙攣)】			
保護的行動			
温湿布・温罨法を事前に貼用する	0.83	0.72	マイナー
足踏みをする	0.61	0.56	マイナー
【カルシウム代謝異常・アミロイドーシスによる疼痛(関節痛)】			
以前の活動を継続する能力の変調			
ゴルフやテニスができなくなった。	0.67	0.53	マイナー
【カルシウム代謝異常・アミロイドーシスによる疼痛(手根管症候群)】			
以前の活動を継続する能力の変調			
車のハンドルをもてなくなった、車の運転ができなくなった	0.81	0.59	マイナー
グラスやコップがもてない	0.86	0.63	マイナー
【末梢循環障害による疼痛(ASOなど)】			
再度身体損傷を受けることに対する恐怖			
下肢切断することへの恐怖	0.86	0.81	メジャー
以前の活動を継続する能力の変調			
活動範囲の低下	0.92	0.81	メジャー
仕事ができない	0.83	0.63	マイナー
通院できない	0.83	0.75	マイナー

表4-10.慢性疼痛

診断指標(てがかり)	第1ラウンド DCVスコア	第2ラウンド DCVスコア	結果
【腰痛】			
苦悶様顔貌			
痛そうな顔	0.78	0.75	マイナー
焦燥感(イライラ)			
イライラする。	0.67	0.63	マイナー
落ち着きがない(そわそわ)			
長時間同じ体位をとれない	0.86	0.71	マイナー
身の置き所がなく、体動が激しい	0.81	0.66	マイナー
寝てられない	0.75	0.69	マイナー
疼痛部位をかばおうとする行動の観察			
針を抜こうとする	0.56	0.75	マイナー
保護的行動			
温湿布や温罨法を貼用する	0.83	0.84	メジャー
鎮痛剤を貼用する	0.78	0.82	メジャー
倦怠感			
透析中にととうとする	0.53	0.41	—
睡眠パターンの変化			
「眠れなかった」と言う	0.81	0.78	マイナー