

クリティカルパスを使用した看護活動の実証的研究

加藤 和子・南雲 美代子・中村 祐子
内田 伸樹・片桐 智子・原 萃子

An Empirical Study on Nursing Activity Using Critical Paths

Kazuko KATO, Miyoko NAGUMO, Yuko NAKAMURA
Nobuki UCHIDA, Tomoko KATAGIRI, Atsuko HARA

Abstract : This paper explores the conditions of activity practiced by experienced nurses using critical paths built in an electronic medical record system. Semi-structured focus group interviews of veteran nurses were conducted at a general hospital where a comprehensive medical care system has been introduced for two years.

Three activity patterns emerged : 1) Choosing instructions in a critical path based on his/her experiences and adding the experiences and tacit knowledge to the instructions in actual patient care ; 2) Performing all instructions in accord with a critical path ; 3) Arbitrarily choosing and performing part of the instructions in a critical path.

Key words : critical path (s), electronic medical record (s), nursing practice, qualitative study, experienced (veteran) nurse

はじめに

医療の標準化, クリティカルパス (以下, CP という), 電子カルテが各病院に導入されてきている背景には, 医療資源の効果的活用, 医療の質の維持・向上, 患者満足の上昇というさまざまな目的¹⁾²⁾がある。厚生労働省は国家政策として電子カルテシステムを平成 18 年度までに 400 床以上の病院の 6 割, 全診療所の 6 割以上に導入する方針³⁾を打ち出している。この電子カルテシステムには, 医療の標準化・CP を組み込むことが不可欠である。しかし, 看護は対象の状況, 自分との関係性によって, 常に変化するものであるから, あるがままの現象を見抜いて即興的に創造し, 実践するもの⁴⁾である。そのため, 標準化というシステム変化が起こった現状の中で, 本来の看護が実践できている

のであろうかと疑問が生じた。今後もこれらのシステム変更や標準看護計画の使用の市場のさらなる拡大が予想される。これまでの CP に関する様々な研究において, 看護の効率化という論点で結論付けられた研究報告⁵⁾⁶⁾⁷⁾があるが, 今まで CP を使って働く看護師の視点で看護現場の変化を捉えようとした研究は皆無であり, その実態に関して多くのことは明らかにされていない。

今後の医療界の動向を考えると, CP という新たなツールを使った看護実践に対応し得るより効果的で, 実践性のある教育プログラムを作成することが急務であると考え。

ゆえに, 研究者らは CP 導入によって起こる看護師の実態を分析し, 看護基礎教育に新たな一石を投げたいと考え, 本研究に取り組んだ。

研究目的

紙カルテ時代を知っている看護師が, 電子カルテシステムに組み込まれた CP を使用し, どのような看護を行っているのかその実態を明らかにする。

山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科
〒990-2212 山形市上柳 260
Department of Nursing, Yamagata Prefectural University
of Health Sciences
260 Kamiyanagi, Yamagata 990-2212, Japan

研究方法

1. 研究対象者

東京都内の電子カルテを導入している一般総合病院（以下、A病院という）の看護師で、入職時には紙カルテを使用し、CPなしで仕事を行っており、研究協力が得られた6名。対象者の看護経験年数は、5名が7～9年、他1名は17年であるがA病院での経験年数は7年であった。（以下、対象者をベテランナースという）。

A病院はCPを導入して6年、電子カルテを導入して2年、電子カルテのシステム構築という面で全国的にも先駆的な病院である。A病院は、CPが定着しており、疾患群の約60%にCPを導入している。

本研究でいう電子カルテ[®]とは、従来の電子カルテのように、医師のカルテと放射線科の画像などだけではなく、看護領域の患者記録（情報収集シート、看護診断、看護介入、看護成果）や、リハビリテーション関係の療法士の記録や計画なども含有されるものである。A病院では電子カルテ構築にあたって、看護用語の定義や援助手順なども病院職員が作成した。

2. 研究期間

平成15年6月30日

3. 分析方法

- 1) ベテランナースによるグループディスカッションを実施した。対象者のほかに研究者らの1名がファシリテーター（Facilitator）として参加した。ディスカッションは、対象者がCPを使った日常の仕事の中で、自分がやりがいや生きがいを感じて看護していること、悩んでいること、困っていること、自分自身のつまづき、課題に思っていることなどについて半構成的に語ってもらった。これらの会話を全てテープに録音した。
- 2) 録音した会話を逐語録にし、データ化した。
- 3) すべてのデータに対し意味内容の分析を行った。
- 4) これらのデータのうちCPを使用している看護の視点に関するものについて抽出し、意味内容ごとにカテゴリー化した。
- 5) カテゴリーごとにその状況を読み取って、

ネーミングして質的に分析した。

- 6) 5)の結果をさらに看護活動のパターンとしてネーミングして質的に分析した。
- 7) カテゴリー化や読み取りの妥当性を高めるために研究者ら4名で一定期間を置いて3回検討を行った。

4. 倫理的配慮

インタビューの内容はテープに録音すること、得られたデータは研究以外には使用しないこと、個人が特定できないようにすること、さらに、この内容に関しては人事には一切関係しないことを口頭で説明し、同意を得た。

用語の定義

- クリティカルパス（CP：critical path）**：医療チームが協働で作成したツールで、患者に提供される医療の経過を順序立てて経時的にまとめたもの。
- 看護実践**：患者に対して直接ケアを実施すること。
- 看護活動**：看護を実施する上で関連する知識、経験的法則、共同体での活動全てを含む看護の活動。
- 計画**：CPに含まれる治療計画、看護計画、リハビリテーション計画などの全ての計画を指す。
- 指示**：CPに含まれる治療指示、看護指示、リハビリテーション指示などの全ての指示を指す。特にCPに含まれる指示であることを強調したい場合には、CPの指示という。

結果と考察

1. ベテランナースの会話から得られたCPを使用した看護の実態

医療ケアの標準化をはかるCPというツールの導入により、システムの変化を経験しているベテランナースの会話から、ベテランナースがCPを使った看護現場をどのように捉え、看護を実践しているのか、以下の結果が明らかになった。

結果【① CPの指示には幅がある】

【② CPには個別性が見えにくい】

【③ 新人看護師が使用する時にはCPがわかりやすい】

【④ 他科の患者を看護するときには、ベテランナースでもCPはわかりやすい】

【⑤ CPを使用することで根拠が伴わない看護実践がされている】

【⑥ CP で指示された観察項目に関して，的確な観察を行っていない】

【⑦ CP 以外に看護師独自の経験知や暗黙知を活用して看護実践を行っている】

【⑧ CP の指示の中でも，焦点化した看護を選択して行っている】

【⑨看護実践の場面では，CP や標準看護計画には頼っていない】

【⑩個別的な看護実践の工夫や細かな観察のポイントに関する記録は残していない】

上記の10項目について，それぞれを検証していく。

1) 結果【① CP の指示には幅がある】【② CP には個別性が見えにくい】について

ベテランナースの「多かれ少なかれあたっていい」「大きくずれていないし，小さくもずれてない」「標準はクリアする」「あわない人がいない」という会話から，CP の指示が全ての患者に適用できると捉えている。一方で，標準化された看護指示を「多かれ少なかれあっている」「大きくずれていない」という言葉で表現していることから，ベテランナースはピタッと患者に一致するわけではないとも考えている。これらのことから，研究者らは，【CP の指示には幅がある】とネーミングした。看護における「標準化」ということには，現象を自然科学的視点で分析し，一定の質のケアを提供する目的が含まれる。したがって，「標準化」といった時点で，看護の効率化と質の平等性を実現できれば標準化の目的は果たされるわけである。しかし，ベテランナースの会話「個別性っていうところは，見えにくい」「追加していろいろ出せるんですけど」から，CP の標準化された計画の中に，最初から個別な計画を多く含むことや，個別性への対応機能を求めていると考えられる。CP 使用において，個別性やバリエーションの表現は，追加記録というかたちで行われるのが通常であるが，今回の会話内容から解釈すると，標準化された，つまりセット化された中に全ての機能を盛り込みたいという意識が窺える。

結果①の会話番号と内容

- 241 C 氏：標準っていうところになっているので，あの多かれ少なかれ当たっているというか
242 D 氏：大きくずれてないんだよね

243 A 氏：大きくもずれていないし，小さくもずれてないし，この疾患だということがあがってくるっていうのは，出てるんだけど，果たしてそれがその患者さんに本当に

291 D 氏：標準はクリアするんですよね。きっと

713 D 氏：標準的なこと，合わない人がいないっていうか

715 D 氏：あんまりあわない人が

717 D 氏：そうですね，標準的なことだから立ってて当たり前っていう内容っていうか

結果②の会話番号と内容

238 A 氏：選んだ人で決まっちゃうんですよ，だから，最初に選んだ人が入院時にとった人で，入院時に看護計画を立てるひとで決まっちゃうんですよ

240 A 氏：それに気づくまでに，時間がかかる

244 C 氏：個別性っていうところは，見えにくい

245 A 氏：見えにくいですね

246 C 氏：まあ追加していろいろ出せるんですけど

2) 結果【③新人看護師が使用する時には CP がわかりやすい】【④他科の患者を看護するときには，ベテランナースでも CP はわかりやすい】について

新人看護師にとっては，看護援助・医学的ケア全てが新しく出会う事柄であり，学校で学習した知識を総動員しても一人で看護実践をすることは困難である。また，すべての事柄が初めてであり，自分が今，何をどのように学習すれば，患者にとって看護ケアが提供できるのか，わからない状況である。

ベナーは，新人は「患者への看護ケアには，少なくとも技能と実践は一応のレベルに達しているナースのバックアップが必要である。新人ナースはまだ何が重要であるかを整理することができないので，重要な患者のニーズを見落とすことのないようにしなければならない。」¹⁰⁾と述べている。ここで研究者らはこの一応のレベルに達している看護師のバックアップは，知的なバックアップと実践的なバックアップの2つがあると考えられる。知的なバックアップには，疾患や治療，それにとりまなう看護の知識が含まれる。この知識がなければ

観察項目や起こりうる症状などがわからず、治療にともなう看護が実践できない。実践的なバックアップとは、新人看護師と一緒に患者に対してケアを直接実施することである。先輩に未熟な技術・未経験な技術を補ってもらったり、即興的・創造的な実践を見せてもらうことにより実際の技術を学ぶことができる。

CPを使用することにより、患者の治療内容や方向性が見え、さらにどのような看護が必要であるかを指し示してくれるため、効率的に看護が実践できる。これは、CPが一応のレベルに達している看護師に代わって、新人看護師に対して知的なバックアップをしているという現象を引き起こしていると言える。しかし、実践的なバックアップはCPでは不可能である。

ベテランナースはよくみる病態や経過をたどる患者に対しては、自分に内化した知識と経験的法則で対応する事ができる。しかし、自分の専門外である他科の疾患を持つ患者を看護する場合は、自分に内化した知識や経験的法則を持ち合わせていないため、その疾患に特有な治療内容や看護が見えない。ベナーも「どんなナースでも、経験したことの無い患者が対象となる臨床場面に入ったとき、ケアの目標や手段に慣れていなければ、実践レベルは初心者の段階である」¹¹⁾と述べている。これらのことから、CPは、ある程度その患者の疾患、治療、看護の方向性を指し示してくれるので、どんな看護師にも知的なバックアップという部分で有効である。

結果③の会話番号と内容

265 E氏：ただ、やっぱり新人さんたちにするには一からするよりは、たたき台みたいなものがあってそれで標準的に、ベテランの人も新人の人もみんなだいたい同じぐらいのレベルで、看護をやるってことが目標として確か入ったはずだと思うんです。

結果④の会話番号と内容

279 C氏：でも、そしたら、(電子カルテは)他科のやつはわかりやすいじゃない、こことここを見て何となく
280 A氏：まあね
281 C氏：私たちも新人じゃないからこの病気は

この辺ね

282 A氏：この辺ね
283 C氏：この辺、見といてこうなっているから
284 A氏：そういうときはいいよね
286 C氏：ああここを見ればいいんだ

3) 結果【⑤ CPを使用することで根拠が伴わない看護実践がされている】について

疾患特性やCPの意味をわかって使っている人とわからないで使っている人がいても、CPを使用して一定の指示された内容を実施していれば、些細なケアが抜けたとしても、その時の患者にとってさほど問題がなかった場合、一応はアウトカム(成果)が達成されるため、看護行為のプロセス、思考のプロセスに関しては問題にならない。

ベテランナースは、自分たちが新人の頃は、援助が抜けているよと先輩から指摘された場合、すみませんと詫言胸がどきどきして、“どうしよう、患者さん大丈夫だったかな”と思ったのではないだろうか。しかし、後輩である今の新人たちの中には、抜けたケアの重要性がわからずに“ああじゃあ、それ入れておけばいいんだ”と手続き的に行っている看護師がいる、と捉えていると推察される。CPには、医学診断名とともに看護計画・看護問題は記載されているが、その看護問題の根拠がわかってケアをしているのかどうかということを懸念している発言である。この看護計画がなぜ立案されているのかという根拠を、新人ナースは考えずに手続き的に動いているようにベテランナースには見えているのだと考える。

結果⑤の会話番号と内容

113 D氏：…あのちゃんと抜けがないように画面さえ作成できれば、その人が分かっているかというところでもないところがあって。…標準化が果たして本当の標準化につながっているのか、レベルがある内容があるものなのかどうか、クリティカルパスの意味がわかっているのかわかっていないのか…
118 D氏：看護のある程度のレベルが理解できて、そのクリティカルパスを使用しているのかそれともこういう病気とか疾患とかが分からないけれどクリティカルパスが使用されてるけれど、その勤務では問題が無く流れてしまっ

いるのかということ、それぞれその人が看護の問題点を抽出できているのか、あの看護展開が出来ているのかってところが見えにくくて、その問題を解決するポイントを掴みづらいついていうのかな、その看護過程が出来ているのかどうかということなんです。

- 230 C氏：(電子カルテでは)看護計画も、じゃあ、何でその人にこういう計画が必要なのかって、何でかっていう、アセスメントのところポーンと抜けて
- 231 A氏：抜けちゃう
- 232 C氏：看護支援だ、看護計画っていうふうになっているので
- 233 A氏：何でって考えなくなっちゃっているよね
- 234 C氏：何でって言うことがわからないから、頭にも入らないし
- 235 A氏：見れないし
- 236 C氏：ケアもできない、ところもあるかなと
- 272 A氏：実際、自分が考えて、昔、紙ベース、自分が考えてずっと看護計画を書いていたんですけど、コンピューターって考えなくても出てきちゃうからやっぱり覚えられないですよ。抜けても、そこ抜けているって言われても、ああじゃあ、それ入れておけばいいんだぐらいで。考えなくていいから。

4) 結果【⑥ CPで指示された観察項目に関して、的確な観察を行っていない】について

ベテランナースは、自分達は患者の微細な変化や個別な症状を捉えることができるが、新人ナースは病態変化によって実際に起こっている現象を解釈できていない、と捉えている。

観察をするときには、まず「発赤・腫脹」がどのようなものなのかを知っていなければならない。実際の現象としての「発赤・腫脹」を新人ナースは見る経験が少ない。そのために、その現象を見ても「発赤・腫脹」を判断する基準や材料を持ち合わせていない。著明な「発赤・腫脹」は初めて見ても判断できるが、そうでない場合にはその判断は困難である。

さらに、CPでは観察した事実を定量化して簡単な言葉(多量・中等量・少量、軽度など)や記号(+, -, ±など)や数字で表されており、この尺度は主観的で不明瞭であることも、判断を困

難にしている要因と考えられる。

本来、自分で判断が困難な場合は、新人看護師に限らずどんな看護師でも、他の看護師とともに観察し判断することが必要である。しかし、会話番号124, 310からは、そのような状況は読み取れない。ゆえに、的確な判断が行われていないという現象が起きていると考えられる。

結果⑥の会話番号と内容

- 120 B氏：クリティカルパスでなくても何か観察項目をあげてみんな見てるんじゃないんですか、標準看護計画で、それで一年生がずっと見ていて、そのあとに上の人がみたときにこの人の足がこんなに赤く腫れているけれど、それはいつからなのかが、こんなにそんなにひどくなかったんですけど、そういうのがちょっと気づくのが遅かったりとかしちゃうことが、そういうことがありました。そういうのが見れてなかったり。
- 123 B氏：…その観察しなければいけないところを見ていない…
- 124 D氏：マイナス(-)とかになっていけば、発赤・腫脹、(-)(-)(-)でずっと来てて、たぶん一年生はずっと見ているから、これこんなもんだらうって思ってたみて、そこに上の人が来てたらこれは腫れているじゃないか…
- 125 B氏：…その病態とは関係なく出てきてしまったことなんですけれど、そういうのが気づくのが遅くなっちゃうのがありました。
- 179 D氏：ちょっと時間がなくてカルテに残さなかったりすると、またきつと違う人が聞いていたりとかいう、ちょっとそういう無駄なところも出てきちゃうと思う。
- 310 D氏：遅れたり、その人が見逃したら、もうあとは次の人のちゃんと見れる人が来るまで、こう流れちゃう、カルテ上は問題なく、(-)(-)(-)で来てるけど、実は見る人が見てみると、あれおかしいんじゃない

5) 結果【⑦ CP以外に看護師独自の経験知や暗黙知を活用して看護実践を行っている】【⑧ CPの指示の中でも、焦点化した看護を選択して行っている】【⑨看護実践の場面ではCPや標準看護計画には頼っていない】

ベテランナースは、自分達は患者の微細な変化や個別な症状を経験知や暗黙知¹²⁾¹³⁾で察知することができるが、新人は病態変化による現象を見落としがちと捉えている。ベテランナースは、身体内部での生理的機序によってどのような身体的な反応がおこるか、さらに精神的な反応としてはどのようなことが起こるかを経験知で予測することができる。心理的な反応は個人によってさまざまである為に、教科書的な概念では現実の患者の症状と結びつかない。そのため、新人は「怒っている」という現象を捉えることはできるが、その現象を引き起こしている要因には考えが及ばず「なんか今日怒られちゃいました」としか捉えられない。ベテランナースは、その患者さんを経時的に観ているため、その場限りでは「怒っている」と見える現象も状況的な変化として気づき、原因を追究しようとする。

1)で述べたようにベテランナースはCPを個別性のないツールであると捉えている。CPの一般的内容の中から焦点化させた患者の個別性を出す看護をするためには、その幅のある計画の中で焦点化という作業をしていかなければならない。具体的には、患者にあわせた個別の看護を標準計画にオリジナルを追加したり、オリジナルのケア行動を加えている。また、そのことで満足感を得ている。そのため、ベテランナースはこのように患者にあわせた看護をするために標準看護計画の幅を狭めながら焦点化した個別の看護を行っている。個別の患者に合わせて自分なりの看護観で看護をしているという自負心と、それが看護の目に見えない付加価値であるという認識からこうしたベテランナースの行動が起こっていると考えられる。このように、個別化したケアを行っているベテランナースには、焦点化せず大きな幅のままで看護を行っている人を見ると、“手だけ動かしている”“判断をせずに看護を行っている”とみえてしまうのではないかと推察される。

結果⑦⑧⑨の会話番号と内容

158 C氏：標準看護計画を作って、それを導入してそれぞれの患者さんに立てているんですけど、別にそれに則って私たちが全部が全部こう、それだけを頼りにやってわけではないのが現実だと思うんですよ。

160 C氏：必要最低限くらいのしかやれなくて、まあこの程度

163 C氏：標準看護計画以外でやっていることもあるし、逆もあると思うんですね。あがっていることもあるんだけど優先順位を下げられていることもある…看護計画をくまなく隅々まで見ているって事は、あまり無くて…

180 C氏：ケアフローにない微妙な残しても数行なところが実は大事。患者さんが、そのときどういう気持ちでいたかって言うところが…全然見えにくい

293 D氏：標準看護計画だから、標準以上のものが出てくる

295 D氏：以上のものの質

297 D氏：やっぱ、微細な変化を見逃すか見逃さないかなんです、例えば、CO₂ナルコーシスになるとあの人は怒りっぽくなるとか、あの人は泣き始めるとか、なんかしゃべらなくなるとか、寝たあとにおかしくなるとか、そういう変化を計画に立てればいいんですけど、そういう変化がちょっと何か、見落としがちなのかなあ

299 D氏：(新人はそういう見方が) 出来にくい

301 D氏：一年生がただ怒られていると思うんですよ、たぶん一年生だったらCO₂ナルコーシスで精神状況が不安定になっていて怒ったりとか何とかしているんですけど、一年生から見れば、それはどこの病棟でも一緒だと思うんですけど、何か今日怒られちゃいましたとか

303 D氏：変化として受け止めない

306 D氏：結構そういうのも、またあの人が怒り始めたとか眠ってること多くなって大丈夫かなとか

329 A氏：実際、そうやって標準化で立ってたとしても、きっとその人その人の経験年数とか、その人その人の看護観ってやっぱ違うじゃないですか。だから、実際、その人その人の患者さんにやっていることは、違うんですよ。

335 A氏：そういうのってあると思いますよね。だから標準化は標準化で立っているけれども実際自分がきょう受け持ちだったときにその人に何をしているのかっていうのを紙面に書かとかいと書かない。だからそのとき考えたこと、その人が、そのとき、やってあげたいこととか。それをやっている、かなっておもいます

ね，考えて，その時に考えて

- 709 C氏：標準化したものはどんどん，標準化したものをバンとだすじゃないですか，で計画したもののの中で，どれか一つ当てはまるものを探そうってことで，こう探してその人の看護観ってやっぱ違うじゃないですか。だから，実際，その人その人の患者さんにやっていることは違うんですよ。
- 720 A氏：苦勞する
- 721 A氏：なんか気分が入った気がしますよね
- 723 A氏：自分の気分が入った気が
- 725 A氏：うーん，それもやっぱり自己満足
- 730 C氏：あるし，まあ個性を出すんであればどこかに1～2行付け加えたりってことは出来るのでオプションみたいな形になるんですけど，それでちょうど個性みたいな感じで
- 731 B氏：私も標準看護計画の中に，こう個性を出すためには，記録委員会では，いいんだかわからないですけどフリーでちょっと，こう例えばハビリを進めている人だったら今この段階だって分かるように，そういう細かいのは標準看護計画には入っていないので，それを入れたりして，それでちょっと満足だったりする

6) 結果【⑩個別的な看護実践の工夫や細やかな観察のポイントに関する記録は残していない】について

ベテランナースは「たぶん書いたとしても…全然役に立たなくなっちゃう」「たぶんみんな残していない」「その人が何を考えているかと…まったく残していない」というように，患者の微細な変化や個別な症状を捉えても，その症状を記録に残していない。また，看護計画に追加もしていないという現状が明らかになった。

ベテランナースは，A病院で導入している電子カルテには身体的な部分は記録しやすいが，精神的な部分は書くことは難しいと感じている。患者の背景を含む精神的な部分を自分のことばで書き，しかも読む人に伝わるような表現で記録することは難しい。また，苦勞して書いた記録でも，その後，その症状が出現しなかったり，自分が立案された計画が直接ケアに活用されないと，せっかく記録に残したことが報われない気分になる。そのため，時間を使って書くようなことはなくなる。

このような状況が繰り返されることによって，記録が有効な共通認識できる伝達媒体にはならないため，ベテランナースが自分の行った看護実践を記録に残さないという現象が起きていると考える。

結果⑩の会話番号と内容

- 311 A氏：実際，そのそういう個人的になんかが変化があることを実際，SOAPに書くかというと思うんですけど。この人は怒りっぽくなったら，CO₂がたまっているとか，書かないしね。
- 313 A氏：だから書かない，たぶんわからない
- 314 C氏：たぶん書いたとしても，あのそれがその症状が出なかったとするとその情報が全然役に立たなくなっちゃう，たとえば，しばーらくたってから出たとしても
- 315 D氏：十日前だとだめだよ
- 316 C氏：そうそう，だめなんだよね
- 318 C氏：でも，それって電子カルテのせいじゃないかもしれない。
- 319 A氏：まあね，それはちょっと違うかも知れない
- 320 F氏：それだけじゃないかもしれないけど
- 331 A氏：たぶん違うんですよ。それを紙面上に残すか残さないかの違いだと思うんですけど。たぶんみんな残していない。
- 333 A氏：残していないと思いますよ。だから，例えば褥創が出て来た人にどういう処置をすることってたぶん書くと思うんですよ，みんながやらなきゃいけない。それ以外のことで例えば，褥瘡に関してその人が何を考えているかと，たぶんそういうことって全く書いていない。と思うんですけど，私，いま病棟じゃないからちょっと分からないけど。
- 335 A氏：そういうのってあると思いますよね。だから標準化は標準化で立っているけれども実際自分がきょう受け持ちだったときにその人に何をしているのかっていうのを紙面に書くかという書かない。だからそのとき考えたこと，その人が，そのとき，やってあげたいこととか。それをやっている，かなっておもいますね，考えて，その時に考えて

2. CP を用いた看護活動の 3 パターン

CP 導入により, 医療現場には以下の変化が生じている。

CP 導入前は, 患者の問題を解決するという視点をそれぞれの医療職者が別々の視点から考えて行ってきた。看護師は, 患者の看護計画を個人で計画し, 実際の看護ケアは, 経験に支持された知識と直観に基づいて実践されていた。さらに, プライマリーナーシングを取り入れるようになり, 受持ち看護師が個人的に患者の計画を立案し, 実施するという傾向が強まった。つまり, 看護計画・看護実践の判断根拠は自分の経験的法則(個人のルール)に基づいてのみ行われ, 他の看護師と共

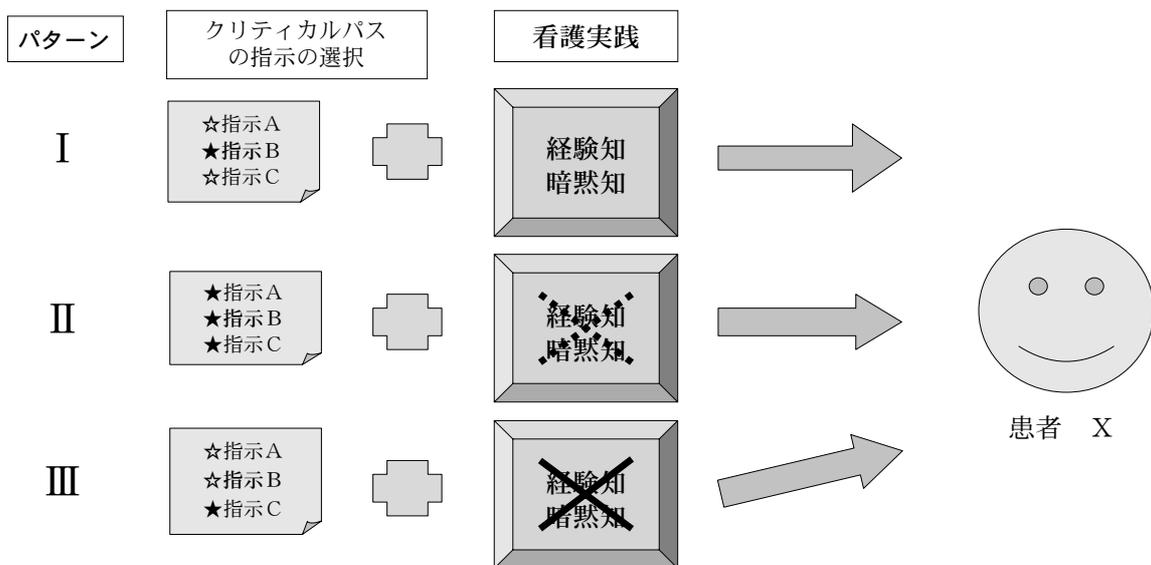
同で計画したり実践したりすることが少なくなってきた。しかし, CP の導入により, 標準看護計画はすでに病院の医療職者全体(共同体)で合意を得ており, 患者に実施する方法論も統一され, 集団のルール¹⁴⁾に基づいて行われるようになった。

ベテランナースの会話から導き出された結果①~⑩を, 看護活動の場面で捉えると表 1 に示した 3 つのパターンに分類された。パターン I には結果①⑦⑧⑨⑩の 4 つ, パターン II には結果①②③④⑤⑥の 6 つ, パターン III には結果①⑤⑥の 3 つを有していた。さらに, 3 つのパターンがそれぞれ具体的に CP の指示をどのように選択し, 看護活動を行っているのかを示したものが図 1 である。

表 1 結果から導き出された看護活動の 3 パターン

結 果	看護活動のパターン		
	I	II	III
【① CP の指示には幅がある】	●	●	●
【② CP には個性が見えにくい】		●	
【③新人看護師が使用する時には CP がわかりやすい】		●	
【④他科の患者を看護するときには, ベテランナースでも CP はわかりやすい】		●	
【⑤ CP を使用することで根拠が伴わない看護実践がされている】		●	●
【⑥ CP で指示された観察項目に関して, 的確な観察を行っていない】		●	●
【⑦ CP 以外に看護師独自の経験知や暗黙知を活用して看護実践を行っている】	●		
【⑧ CP の指示の中でも, 焦点化した看護を選択して行っている】	●		
【⑨看護実践の場面では, CP や標準看護計画には頼っていない】	●		
【⑩個別的な看護実践の工夫や細かな観察のポイントに関する記録は残していない】	●		

注) 表中の「●」は, それぞれのパターンが有する結果を示す。



注) ★は選択した指示
指示 B は患者 X に必要不可欠な指示

図 1 クリティカルパスを使用した看護活動の 3 パターン

CPでは、ある疾患の患者に必要な指示が示される。たとえば、これを指示A・B・Cとする。これら指示は、集団的に認識されたものであるため、その指示を個人的に応用して実践できるかは、個人の看護師の能力に任されている。

実はこの指示は、同じ疾患の患者でも必要不可欠となる指示が異なる。たとえば、患者Xにとっては、指示Bが必要不可欠な指示であり、患者Yにとっては指示A・Bが必要不可欠な指示であり、患者Zにとっては、指示A・Cが必要不可欠な指示であるとする。ここでは、患者Xを例にして看護活動の3パターンを説明する。

パターンIは、経験知から判断し、CPから患者Xに焦点化した指示Bを選択する。実践ではその看護師独自の経験知や暗黙知を活用し、患者Xに合わせた個別な看護を即興的・創造的に実践している。患者Xにとっては、自分にあった指示が選択され、自分にあった看護実践がおこなわれるために、一番好ましい看護を提供してもらえらる。

パターンIIは、患者Xに必要な指示が選択できないために、とりあえずCPの指示を全て患者に行う。新人看護師や、経験したことのない患者が対象となる臨床場面での看護活動である。患者Xにとっては、必要不可欠な指示Bは行われるため、生命が脅かされることない。しかし、看護師は慣れない疾患で、たくさんの指示をこなさなければならないだけに、患者Xにあった即興的・創造的な看護が提供できないために、患者にとってはルチーンの看護が繰り返し提供され、流れ作業の中に組み込まれた商品のような感覚に陥ることもある。

パターンIIIは、何の根拠もなく指示Cのみを選択しているため、患者Xにとって必要不可欠な指示Bがぬけてしまっている。指示Cのみを行いつつ、患者は生命を脅かされることになる。しかし、集団で認識されたCPというルールを使うことによって、他の看護師が修正やフォローを行うことができるため、患者にとっては最低の質が保証される。CP導入前はこの集団的なルールがなかったために、どの時点で、何の看護が抜けているのかがわからないシステムになっていた。

以上のことから考えると、集団のルールであるCPを使用した看護活動は、患者にとって必要最低限の看護は行われる。その意味では看護の質が保

証されている。しかし、看護は本来患者の状況や、患者・看護師の関係性において、個別に、即興的・創造的に実践されるものであるが、本研究の結果からは、個別的な実践という部分では看護の質は保証されていないことが明らかになった。

新人や経験の少ない看護師は、個人の経験的法則を持ち合わせていないので、患者の状況や、患者・看護師の関係性において、個別に即興的・創造的に実践できないのは仕方のないことである。しかし、看護の専門性を追求するためには、状況に身を置いて学習すること¹⁵⁾によって、経験知を発展させ、その患者に合った個別な看護を実践する必要がある。

しかし現状では、状況に身を置いて学習する機会は少なくなっていると思われる。プライマリナーシングという看護体制や、患者の権利意識やプライバシー確保の意識の高まりによって、看護実践を行う時には、看護師1対患者1という関係性で行われることが多くなった。このために、看護実践の場においては、協働できない状況にあり、先輩ナースの経験的法則や技能を実際に見て学習するという機会が非常に少なくなっている。さらに、結果⑩【個別的な看護実践の工夫や細かな観察のポイントに関する記録は残していない】から、記録などからも他の看護師の行ってきたことを学習する機会が少なくなっている状況にある。

研究者らは、現在患者に最低限の質が保証されるのは、パターンIの看護実践を行っているベテランナースによる質の管理や適切な看護実践によるフォローがあるからだと考える。パターンII・IIIの活動をしている看護師達も、パターンIに向かえるような学習システムがなければ、実践場面での技術や技能が継承されない。そのことにより、現在はCPによって、最低限の質が保証されているけれども、今後、パターンIの活動ができる看護師が少なくなった場合、CP自体のシステムにも支障が出て、最低限の看護の質も保証されないと推察する。

結 論

ベテランナースのフォーカスグループインタビューの会話から、CPを使用した看護の実態について、以下の10項目の結果が明らかになった。【①CPの指示には幅がある】【②CPには個別性が見え

にくい】【③新人看護師が使用する時にはCPがわかりやすい】【④他科の患者を看護するときには、ベテランナースでもCPはわかりやすい】【⑤CPを使用することで根拠が伴わない看護実践がされている】【⑥CPで指示された観察項目に関して、的確な観察を行っていない】【⑦CP以外に看護師独自の経験知や暗黙知を活用して看護実践を行っている】【⑧CPの指示の中でも、焦点化した看護を選択して行っている】【⑨看護実践の場面では、CPや標準看護計画には頼っていない】【⑩個別的な看護実践の工夫や細かな観察のポイントに関する記録は残していない】

さらに、これらの結果から“パターンⅠ：経験的法則から判断し、CPからその患者に合った指示を選択して、実践場面では経験的法則や暗黙知から行為を追加して行う”“パターンⅡ：CPの指示を全て患者に行う”“パターンⅢ：CPの指示の一部を何の根拠もなく選択し行う”という3つの看護活動のパターンが浮上した。

本研究は、A病院の電子カルテに組み込まれたCPを使用している看護経験7～9年の看護師を対象者を限定したインタビュー内容を分析した結果である。今後は、研究者らの結果および考察を実際に現場で参与観察し、検証することを課題としたい。

謝 辞

研究対象者へのインタビューを快く承諾してくださったA病院管理職者の皆様、および実際にインタビューにご協力いただいた看護師の皆様に感謝いたします。

本研究は、平成15年度山形県立保健医療大学共同研究（学科内共同研究C型）助成を受けて実施した。また、医療マネジメント学会第4回東北地方会で本研究の一部を発表した。

文 献

- 1) 郡司篤晃編：パス法 その原理と導入・評価の実際。東京、へるす出版、2000。
- 2) Zandar, K (阿部俊子訳)：クリティカル・パ

スで患者ケアを強化する。クリティカル・パス：ケアの効率性と質の維持。東京、日本看護協会出版、PP27-41、1997。

- 3) 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むけてのグランドデザイン（最終提言）。56（14）：132-142、2004。
- 4) 中西睦子：臨床教育論—体験からことばへ。東京、ゆみる出版、1983。
- 5) 土肥順子、藤井暁子、川根隆志ほか：医療者からみたCAPDクリティカルパスの評価。腎と透析、51 別冊腹膜透析：275-278、2001。
- 6) 坂内陽子、田中みふゆ、木元香子ほか：腹腔鏡下胆嚢摘出術に対するクリニカルパスの導入の経験。函館中央病院医誌、6：37-43、2002。
- 7) 松田敏恵、堂下里美：クリニカルパスの実戦肺炎のクリニカルパスを導入して。石川県立中央病院医学誌、24：27-31、2002。
- 8) 坂本すが：標準化された「看護のことば」が強いチームをつくる。ゲンバノヒト、1：66-74、2004。
- 9) 小林寛伊編：医師・看護職・コメディカルのための診療録電子化への道。東京、照林社、2001
- 10) Patricia Benner (井部俊子、井村真澄、上泉和子訳)：ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー—。東京、医学書院、P18、1992。
- 11) Patricia Benner (井部俊子、井村真澄、上泉和子訳)：ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー—。東京、医学書院、P15、1992。
- 12) 福島真人：暗黙知の解剖 認知と社会のインターフェース。東京、金子書房、2003。
- 13) Polany, M. (佐藤敬三訳)：暗黙地の次元—言語から非言語へ—。東京、紀伊国屋書店、1980。
- 14) ユーリア・エンゲストローム (山住勝弘・松下佳代・百合草禎二ほか訳)：拡張による学習活動理論からのアプローチ。東京、新曜社、1999。
- 15) 伊藤崇・藤本倫・川俣智路ほか：状況論的学習観における「文化的透明性」概念について：Wengerの学位論文とそこから示唆されること。北海道大学大学院教育学研究科紀要、3：81-157、2004。

— 2005. 1. 14. 受稿, 2005. 2. 8. 受理 —

要 旨

本稿は、電子カルテシステムに組み込まれたクリティカルパスを使用し、看護を
実践しているベテランナースが捉えている活動の実態を明らかにすることを目的と
する。そのために、電子カルテが導入され、2年間経過した一般総合病院で働くベ
テランナースを対象として、半構成的なフォーカスグループインタビューを行った。
その結果、クリティカルパスを使用した看護計画立案・実施・評価、看護判断、看
護記録などに関する看護の実態として10項目が明らかになった。さらにこの10項
目から3つの看護活動のパターンが明らかになった。“パターンⅠ：経験的法則から
判断し、クリティカルパスからその患者に合った指示を選択して、実践場面では経
験知や暗黙知から行為を追加して行う”“パターンⅡ：クリティカルパスの指示を全
て患者に行う”“パターンⅢ：クリティカルパスの指示の一部を何の根拠もなく選択
し行う”という3つの看護活動のパターンが浮上した。

キーワード：クリティカルパス、電子カルテ、看護実践、質的研究、ベテランナース