

平成 26 年 6 月 19 日現在

機関番号：23901

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593165

研究課題名(和文) 看護アセスメント能力の向上をめざす育成プログラムの構築とその評価

研究課題名(英文) Development of Educational Program for Improving Nursing Assessment Competency and Evaluation

研究代表者

曾田 陽子 (SOTA, YOKO)

愛知県立大学・看護学部・准教授

研究者番号：80405224

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円、(間接経費) 1,110,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は的確な看護ケアを提供するため必要な看護アセスメント能力の向上をはかるプログラムを構築し評価することである。このプログラムは課題事例Aのアセスメントと集合研修、課題事例Bのアセスメントと参加者個々へのフィードバックから成る。事例A・Bの到達度の比較および集合研修の有無による到達度の比較を行った結果、研修は一定の成果が得られたが、アセスメントにおける「成り行きの検討」「適切な目標設定」「多角的検討」等の強化と、プログラムの継続方法の検討が課題にあがった。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to develop the educational program for improving nursing assessment competency and evaluate it. This educational program was consisted of four elements; assessment homework A, lecture and group work, assessment homework B, and individually feedback for participants. Achievement scores of homework A and B were compared, and achievement scores of an experimental group and a control group were compared. The results showed that the educational program has some beneficial effects on improving nursing assessment competency, and it would need to strengthen the assessment ability of patient's response, an appropriate outcome setting, assessment from various perspectives, and to continue this program.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・基礎看護学

キーワード：看護アセスメント 看護過程 看護継続教育 看護学

1. 研究開始当初の背景

看護アセスメントは看護過程の始まりに位置し、看護過程を展開する上で重要な段階である。なぜならその的確性が、後に続く看護診断、看護介入の適切さに有機的に関連するからである。的確なアセスメントを行って看護ケアを提供する努力は、いずれの医療・保健機関でも実施されており、看護基礎教育においても看護過程への取り組みは多く行われてきている(小山他, 1994)。しかしこのような努力にもかかわらず、確実なアセスメントができていない状況や、アセスメント能力が臨床経験を重ねても伸びていない状況(土岐他, 1998、岡部他, 2006)、看護師自身も自らのアセスメントが患者・家族のニーズに合い、有効で質の高いものになっているという実感がもてていない(草刈他, 2004)現状がある。

臨床では、一般に看護過程を展開するにあたって、情報や看護問題は記述するが、分析判断のプロセスについては看護師各自の頭の中で処理され、記述することが少ない。つまりアセスメントの要となる思考過程がブラックボックスになり、他者からの評価や助言・指導を受ける機会が少ないまま臨床経験を積むことになる。先行研究では、ブラックボックス内の思考を4ステップで行うことや、ケーススタディを繰り返し行うことの有効性が報告されている(大島他, 1986、大島, 1994, 1996)。看護アセスメントを洗練させる確かなケアへとつなげていくためには、これらを活用した思考過程のトレーニングが必要だと考えた。さらに、我々が2006年に行った調査(曾田他, 2007)では、電子カルテの導入に伴い「書く」ではなく「選択する」ことが主流となり、看護管理者たちは「考えない/考えなくてもできてしまうアセスメント」の登場に「看護師の思考力の低下」という危機感を覚えていた。導入が進みつつある電子カルテを有効な道具として活用していくためには、使用する側の看護師の「思考」を抜きにすることはできない。

以上のように、看護アセスメント能力が育ちにくいという古くて新しい状況に加え、電子カルテ等の電子媒体の普及によりますます育ちにくくなる状況が進むことが予測されることから、看護アセスメント能力向上のための効果的なプログラムの構築が急務と考え本研究に取り組んだ。

2. 研究の目的

(1) 看護アセスメントの思考過程を4つのステップ:「問題に気づく」、「情報の分析・統合、解釈を論理的に行う」、「今後の困難性を予測する」、「解決の方向性を決定する」に分けて行うことが思考過程の可視化として妥当かつ有効であるかを検証する。

(2) 思考過程の可視化が的確な看護アセスメントの能力を育成するために有効であることを明らかにする。

(3) 看護アセスメント能力の成長を、縦断的に明らかにする。

3. 研究の方法

(1) 先行研究の再分析

研究目的の(1)~(3)を明らかにするために、育成プログラムを作成した。プログラムを作成するにあたり、研究者らが過去に全国の教育担当看護管理者を対象に実施した看護アセスメントや看護過程に関する実態調査の結果を再分析した。その結果、電子カルテの導入に伴ってNANDA-Iの看護診断を使用することが求められ苦慮する状況や、アセスメントについて具体的な助言を求めていること、NANDA13領域をアセスメントの枠組みに使用する施設が多いこと等が明らかになった。これらの結果から、育成プログラムには、「アセスメント-看護診断-介入-成果」を解説する集合研修、参加者の疑問にタイムリーに応じられるグループワーク、参加者のアセスメントへの個別のフィードバックを取り入れることとした。

(2) 育成プログラムの概要

育成プログラムは、研修前に行う課題事例Aのアセスメント(個人ワーク)、集合研修、研修後の課題事例Bのアセスメント(個人ワーク)、課題事例Bのアセスメントに対する個々へのフィードバックから構成した。

集合研修は講義とグループワーク、ワークの発表および質疑応答を約3時間で行った。講義内容には看護診断の意義と「アセスメント-看護診断-介入-成果」のリンケージ、アセスメントの枠組み、診断推論のプロセス等を入れた。また、課題事例Aの回答結果を踏まえて、心理面のアセスメント、鑑別診断、転倒転落リスク状態の解説を追加した。

(3) 研究対象

育成プログラムの実施に承諾が得られた病院に勤務する臨床経験3年以上の看護師

育成プログラム実施病院の教育担当看護管理者で研究協力に同意が得られた1名

(4) 研究デザイン

アクションリサーチ

(5) 調査方法

看護師に対する調査

1) 同意が得られた看護師を無作為に2群(研修群と非研修群)に分けた。

2) 研究対象者全員が集合研修前に「課題事例A」(56歳男性。脳梗塞の患者)についてアセスメントを行い、優先度の高い3つの看護診断とアセスメント内容を記載した「アセスメント用紙」と、「課題に関する自己評価」を提出した。

3) 2)の評価により把握した参加者の強化すべき内容を盛り込んだ「集合研修」を研修群に行った。

4) 研修の効果を明らかにする目的で、研修群は研修終了後に「研修の評価」と、「課題事例B」(53歳女性。子宮がんの患者)についてアセスメントを行い、優先度の高い3つ

の看護診断についてのアセスメントを記載した「アセスメント用紙」と、「課題に関する自己評価」を研究者に提出した。

5) 非研修群は、「課題事例 A」に引き続き、「課題事例 B」についてアセスメントを行い、優先度の高い3つの看護診断についてのアセスメントを記載した「アセスメント用紙」と、「課題に関する自己評価」を提出した。提出後に、非研修群は研修群と同じ内容の「集合研修」を受け、研修終了後に「研修の評価」を提出した。

6) 研修群・非研修群共に「課題事例 B」のアセスメント用紙提出者全員に、アセスメントの到達度の評価結果を個々に文書でフィードバックした。

各回答には評価の結果を個人個人にフィードバックする際に使用する目的で、同一のIDを記して管理した。

教育担当の看護管理者に対する調査

研修プログラム終了後に、教育担当の看護管理者に対してプログラムについての半構成的面接をおこなった。

(6) 分析方法

「アセスメント用紙」の分析方法

・看護診断名の件数を単純集計した。研究者らがあげた正答に基づき、対象者の正解件数を事例ごとに比較した。

・アセスメント用紙の記述内容は評価基準を設け、それに従って研究者らがペアになって採点した。採点結果が異なる場合は両者が納得できるまで協議し信頼性を確保した。評価項目と配点は表1のとおりである。

・各項目の平均点と得点率を算出した。

表1 評価項目と配点および評価基準

項目(点)	内容	配点
情報 (10)	診断指標となる情報があがっているか	5
	関連因子となる情報があがっているか	5
判断・ 分析 (30)	情報が論理的に関連づけられているか	12
	多角的に検討しているか	8
	今後の成り行き・予測も踏まえて検討しているか	4
	事例に基づき解釈しているか	6
看護診断 (10)	事例に適切な看護診断か	10
診断指標 (10)	診断の根拠となる患者の具体的な情報を示しているか	10
関連因子 / 危険因子 (10)	分析・判断した関連因子(危険因子)があがっているか	10
目標 (10)	事例に適切か	4
	診断指標に対応しているか	4
	評価可能な表現か	2
介入計画 (20)	事例にあった介入か	6
	計画が具体的か	6
	計画が実行可能か	6
	関連因子と対応しているか	2
合計		100

「課題に関する自己評価」と「研修の評価」アンケートの分析方法

「課題に関する自己評価」は、看護診断名、診断指標、関連因子/危険因子、目標、介入計画について「自信がある4～自信がない1」の4段階で評価を求め、回答は合計点と項目ごとの平均点を算出し、その変化をみた。自由記述は意味内容から分類した。

「研修の評価」は質問項目ごとに単純集計した。自由記述は意味内容から分類した。

教育担当の看護管理者に対する調査

面接内容を逐語録に起こし、意味内容を分類した。

(7) 倫理的配慮

愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

4. 研究成果

(1) 対象者

研究の趣旨、方法等に同意が得られ、本研修が実施可能な1施設の看護師39名から研究参加の同意が得られた。39名を無作為に2群に分けそれぞれ研修群、非研修群としたが、途中辞退があり両群とも17名が対象者となった。

研修群

課題事例A(研修前課題)提出者は16名、研修会参加者17名、課題事例B(研修後課題)提出者16名であった。課題事例A・Bともに提出し研修会に参加し、課題事例A・Bの看護診断を3つすべて答えた13名を今回の分析対象者とした。

非研修群

課題事例A提出者17名、課題事例B提出者15名であった。課題事例A・Bともに提出し、課題事例A・Bの看護診断を3つすべて答えた13名を今回の分析対象者とした。

なお、課題事例B提出後に行った研修会への参加者は19名であった。

(2) 研修群・非研修群における看護診断の正答からみた比較

課題事例A「56歳男性。脳梗塞の患者の事例」の正答看護診断を「身体可動性障害」「便秘」「不安」とした。課題事例B「53歳女性。子宮がんの患者の事例」の正答看護診断を「不安」「活動耐性低下」「便秘」とした。

課題事例に対する看護診断の正答者・正答数の比較

研修群13名の課題事例Aの正答数は7件、正答者数は6名であった。研修後に取り組んだ課題事例Bは正答数が12件、正答者数が11名であり、正答数・正答者数ともに増加した。これに対して非研修群は課題事例Aの正答数が12件、正答者数が11名と研修群より多かったが、課題事例Bの正答数は同じく12件であり、正答者数は9名に減少した(表2)。

表2 課題事例に対する

看護診断の正答数 / 正答者数の変化

		課題事例 A	課題事例 B
研修群	n=13	7 件/6 名	12 件/11 名
非研修群	n=13	12 件/11 名	12 件/ 9 名

課題事例ごとの個人別正答数の変化

研修群では看護診断を3つ正解した人は課題事例 A、Bともに0名、2つ正解した人は1名ずつと変化がなかったが、1つ正解した人は5名から10名に増えた。また正解なしが7名から2名に減少した。これに対して非研修群は3つ正解が0名から1名に、2つ正解者が1名から1名へと大きな変化はなかったが、1つ正解者は10名から7名に減少し、正解なしは2名から4名に増加した(表3)。

表3 課題事例ごとの個人正答数の変化 単位: 名

正答数	研修群 n=13		非研修 n=13	
	事例 A	事例 B	事例 A	事例 B
正解 3	0	0	0	1
正解 2	1	1	1	1
正解 1	5	10	10	7
正解 0	7	2	2	4

看護診断の正答数の変化のパターン

正答数の増減についてみると、増えた人が研修群で6名であったのに対して、非研修群では2名にとどまった。また正答数が減った人数は、研修群で1名であったのに対して、非研修群は3名であった(表4)。

表4 群別にみた正答数の変化のパターン

正答数の増減	研修群 n=13	非研修群 n=13
増えた	6 名	2 名
増減なし	6 名	8 名
減った	1 名	3 名

群別・課題事例別にみた正答看護診断の回答数の変化

研修者らが正答とした「便秘」「不安」「身体可動性障害」「活動耐性低下」の回答数をみると、研修群はすべての項目において正答数は増加したが、非研修群では項目により増減があり、全体的には変化がみられなかった(表5)。

表5 群別・課題事例別にみた正答看護診断回答数 単位: 件

看護診断名	研修群		非研修群	
	事例 A	事例 B	事例 A	事例 B
便秘	5	2	4	2
不安	1	8	4	7
身体可動性障害 / 活動耐性低下	1	2	4	3
計	7	12	12	12

注: 身体可動性障害は課題事例 A, 活動耐性低下は課題事例 B の看護診断名である。

(3) 研修群・非研修群別の看護診断の傾向
課題事例 A では、研修群・非研修群ともに「転倒リスク状態(転倒転落リスク状態)」を最も多くあげていた。「ボディイメージ混乱」と「自己尊重低下(自尊感情状況的低下)」は研修群が多くあげていたが、正答である「不安」「身体可動性障害」は非研修群で多かった。

課題事例 B では、研修群・非研修群ともに「不安」を最も多くあげていた。「転倒リスク状態」は研修群で減少したが、非研修群では依然として多かった。また、「不安」と「死の不安」、「消耗性疲労」と「活動耐性低下」などの鑑別が必要な診断があがっていた(表6)。

表6 対象者があげた看護診断(上位10位)

課題事例 A	人数			課題事例 B	人数		
	対象者全体	研修群	非研修群		対象者全体	研修群	非研修群
転倒リスク状態	16	7	9	不安	15	8	7
便秘	9	5	4	消耗性疲労	9	7	2
自己尊重低下	7	5	2	転倒リスク状態	9	2	7
ボディイメージ混乱	6	5	1	不眠、睡眠パターン混乱	7	4	3
コミュニケーション障害	6	3	3	急性疼痛	7	3	4
不安	5	1	4	活動耐性低下	5	2	3
身体可動性障害	5	1	4	便秘	4	2	2
セルフケア不足	5	3	2	死の不安	4	2	2
身体損傷リスク状態	5	2	3	悲嘆	4	1	3
悲嘆	4	1	3	セルフケア不足	3	2	1

注: 下線は正答とした看護診断名

(4) 研修群・非研修群の「アセスメント - 看護診断 - 目標 - 介入」の能力の変化

対象者が回答した看護診断に対する評価の平均点の比較

対象者が回答した優先順位3位までのアセスメント用紙を評価した結果、両群、両事例ともに平均点の最小は、看護診断が正答でなかった場合の0点であった。研修群の合計点の平均点は事例 A が11.6点、事例 B が17.4点で5.8点上昇した。一方、非研修群では事例 A が16.8点、事例 B が14.6点であり2.2点低下した(表7)。

表7 群別・課題事例別にみた合計点の平均

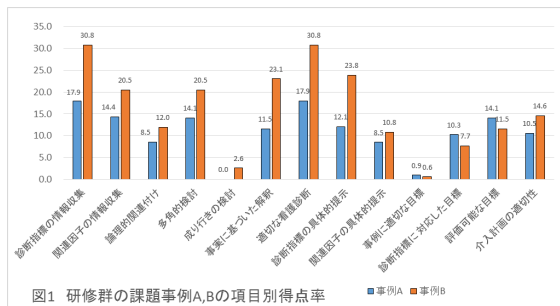
	研修群(13名)		非研修群(13名)	
	事例A	事例B	事例A	事例B
合計点の平均	11.6	17.4	16.8	14.6
最小値～	0～	0～	0～	0～
最大値	38.0	43.7	37.3	48.7

看護アセスメント能力の評価項目別得点率の比較

評価項目はそれぞれ配点が異なるため、配点に対する得点率を算出し比較した。

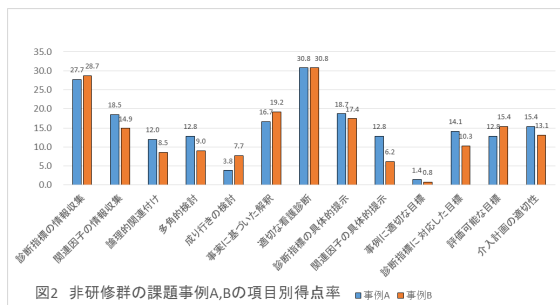
1) 研修群の課題事例AとBの比較

研修群の課題事例Aでは「成り行きの検討」の得点率が0%、最高得点率は「診断指標の情報収集」および「適切な看護診断」の17.9%であり、全体的に低い得点率であった。研修後の課題事例Bでは、研修前に低かった「成り行きの検討」「事例に適切な目標」は低いままであり、「診断指標に対応した目標」「評価可能な目標」の得点率は低下したが、それ以外の9項目では上昇していた(図1)。



2) 非研修群の課題事例AとBの比較

非研修群の課題事例Aでは得点率0%の項目はなく、「成り行きの検討」「事例に適切な目標」の得点率は低かったが、その他は10~30%であり、最高得点率は「適切な看護診断」の30.8%であった。課題事例Bでは「成り行きの検討」が3.9%上昇して7.7%になり、「評価可能な目標」で2.6%、「事実に基づいた解釈」で2.5%、「診断指標の情報収集」で1.0%上昇したが、それ以外の8項目の得点率は低下していた(図2)。



(5) 自己評価および研修後アンケート結果
課題事例への自己評価
研修群、非研修群ともに課題事例Bに対す

る自己評価は課題事例Aよりも低下していた(表8-1、表8-2)。

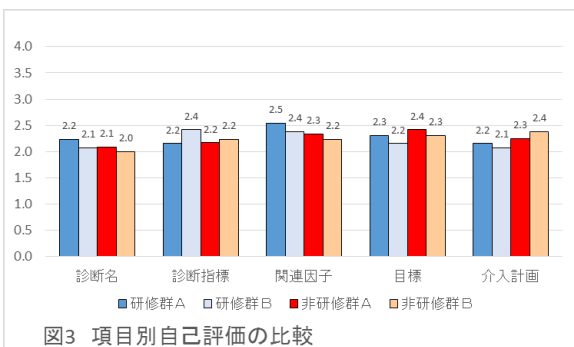
項目別でみると、研修群では診断指標の自己評価は0.2上昇したが、それ以外の項目は0.1低下していた。非研修群は介入計画が上昇し、それ以外は低下していたが、いずれも0.1程度の変化であった(図3)。

表8-1 課題に対する自己評価

対象者	研修群(13名)		非研修群(13名)	
	事例A	事例B	事例A	事例B
ID-1	12	14	ID-14	11
ID-2	14	8	ID-15	10
ID-3	15	14	ID-16	13
ID-4	12	13	ID-17	欠損
ID-5	5	10	ID-18	11
ID-6	10	10	ID-19	14
ID-7	10	10	ID-20	13
ID-8	10	10	ID-21	9
ID-9	12	13	ID-22	8
ID-10	19	13	ID-23	10
ID-11	9	10	ID-24	10
ID-12	9	5	ID-25	13
ID-13	11	12	ID-26	13

表8-2 課題に対する自己評価の変化

	研修群	非研修群
上昇	6	6
変化なし	3	2
低下	4	4
計	13	12



課題事例A後の疑問や感想等の自由記述には、研修群から8件・非研修群から7件の記述があり、ともに普段は電子カルテ上で「選ぶ」ことに慣れているため、一から考えることに戸惑ったことや鑑別に苦労したことが記述されていた。課題事例Bでは、研修群から7件あり、事例Aよりも自信をもって回答できたことや、研修を受けたことで慎重に診断するようになり、かえって自分の回答に自信がないという記述がみられた。非研修群からは3件の記述があり、事例の解釈や共同問題に関する質問であった。

研修後のアンケート

研修後に行った研修に対するアンケートでは、研修群（課題事例Aを行った後に研修を受け、その後課題事例Bに取り組んだ群：回答数17）は「看護アセスメントの思考プロセス」をほぼ全員（94.1%）が「わかった」、「看護アセスメントの疑問解消」は82%が「できた」と回答していた。非研修群（課題事例AとBを行ってから研修を行った群：回答数19）では、89.5%が看護アセスメントの思考プロセスが理解でき、79.0%が疑問が解消したと回答していた。しかし、「看護アセスメントへの自信」については研修群では35.3%、非研修群では26.3%が「あまりつかなかった」と回答していた。

自由記述には、研修後も残っている疑問として優先順位の付け方や、看護が介入できない関連因子もあげられるのか、などがあつた。

研修会への希望として、グループワークの方法や、まとめをゆっくりと聞きたかったなどの建設的意見が寄せられた。

（6）教育担当の看護管理者からの評価

本育成プログラムの評価に関して、教育担当の看護管理者にインタビューを行った。プログラムの参加者の反応として、研修会において事前課題（課題事例A）のフィードバックや、小グループに研究者が入って行ったグループワーク、提出した課題に対して個々にフィードバックが受けられたことが好評であったこと、看護診断を正確に行わなければ介入に影響することを学んでいたことが述べられた。また、事前課題があることで研修をためらう参加者がいたことも述べられた。

研修会の内容・方法については、事前課題の提示時期や研修時期は適切であったが、課題事例は経験することが多い患者像であることが望ましい。また研修対象は経験年数で「中堅」を定めるのではなく、施設の看護師構成にあわせた中堅を設定するとよいという意見を頂いた。さらに、院内で継続的な教育を行うことの難しさと、継続的な研修の要望などが述べられた。

（7）考察

育成プログラムの効果

研修群において、研修前に行った課題事例Aに比べ、研修後に行った課題事例Bの正答者数および正答件数が増加したこと、平均評価点が上昇したこと、課題事例Aで最も多く診断されていた「転倒（転落）リスク状態」が、研修群では診断する人数が減少したことなどから、本育成プログラムの集合研修はアセスメント能力を向上する一定の効果があったと考えられる。また、研修後のアンケートや管理者へのインタビューからも研修参加者から肯定的な評価が得られたと考える。

育成プログラム充実のための課題

看護アセスメント能力の向上をめざす育成プログラムを充実させるためには、低得点

率であった「成り行き検討」「適切な目標設定」「論理的関連付け」「多角的検討」等の強化や鑑別診断能力の強化が必要である。そのためには、クリティカル・シンキング能力のトレーニングや、対象施設の状況に合った患者像を用いてアセスメントのステップを丁寧に踏むトレーニングをプログラムに取り入れていくことが必要だと考える。また、継続的なプログラムの運用方法を臨床側との協働により検討していくことが課題と考える。

5. 主な発表論文等

〔学会発表〕(計2件)

曾田陽子, 大島弓子, 小松万喜子, 佐藤美紀, 電子カルテで使用されているアセスメントの枠組みの現状と課題 - 導入後3年以上経過した病院の調査から -, 第18回日本看護診断学会学術大会, 2012年7月14, 15日, 京都市.

Yoko Sota, Yumiko Oshima, Makiko Komatsu, Miki Sato, Current Challenges of using of NANDA-I, NOC and NIC in the Electronic Health Records in Japan, NANDA-I 40th Anniversary Biennial Conference, 2012.5.24-26, Houston, TX, USA.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

曾田 陽子 (SOTA YOKO)

愛知県立大学・看護学部・准教授

研究者番号：80405224

(2) 研究分担者

大島 弓子 (OSHIMA YUMIKO)

京都橘大学・看護学部・教授

研究者番号：50289758

小松 万喜子 (KOMATSU MAKIKO)

愛知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：50170163

佐藤 美紀 (SATO MIKI)

愛知県立大学・看護学部・講師

研究者番号：10315913