

# 論文要旨

## 訪問看護における看護判断に関する質的研究

### —緊急電話受信時における訪問看護師の看護判断—

博士後期課程看護学研究科 生活支援看護学分野 地域看護学領域

09D009 中野康子

#### I. 研究の背景

地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担う訪問看護事業所は、その90.4%が365日、24時間対応を行っている(全国訪問看護事業協会, 2016)。訪問看護師は家族介護者(以下介護者と略)からの緊急通報の第一次受信者となる場合も多く、療養者の異常の早期発見に対して責任が重い。緊急電話通報受信時では、訪問看護師は直接の観察情報もなく、主治医の判断や検査データなどの医学的情報もない中、看護判断を行わざるを得ない。緊急電話受信時における看護判断の質向上は、在宅医療の質向上に向けて重要な課題である。

#### II. 文献検討

1989～2009年の和文献から、キーワードを「判断」、「看護判断」、「臨床判断」、「クリニカルジャッジメント」として、各キーワードと「訪問看護」、「原著」をかけあわせて検索した。Web医中誌7件とCiNiI Articles 9件の小計16件を抽出し、重複文献を削除し、合計5件を得た。5件の文献は看護判断の必要性や種類、判断内容などについて論じたものであり、主たる著作2件は、療養者の病状安定期における判断プロセス(川村他, 2000)、療養者の直接観察情報による判断プロセス(山内, 2009)であり、「緊急電話受信時に行う訪問看護判断プロセス」を対象にした研究ではなかった。

#### III. 研究目的

看護師が訪問看護師として行う看護判断を質的に調査し、訪問看護に必要な看護判断を明らかにすることを目的とする。とくに先行研究が極めて少ない緊急電話受信時の訪問看護師が行う看護判断プロセスを調査し、分析し、訪問看護における看護判断プロセスのモデルを作成する。

#### IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究法、2. 用語の定義：「看護判断」幅広く看護実践に必要な知識および情報を活用し、療養者の健康問題について、訪問看護師が決定を下すこと。3. 研究協力者：訪問看護経験年数5年以上の専門看護師(地域看護)と認定看護師(訪問看護)18名。4. 調査法：モデル事例「ある夏の日に、高齢者夫婦で暮らしている夫から、80歳の妻が一日前から食事がうまくとれず、水分も摂取していない。体温が38℃に上昇し、うとうとしているので訪問してほしいと訪問看護師に電話があった」、インタビューガイド「あなたは、どのような情報から何を判断し、どのような看護計画を立てますか。それに対する判断基準や、その優先度について、お話し下さい」を用いた半構造的面接調査。5. 倫理的配慮：研究計画書を本学倫理委員会に提出し承認を得て(承認番号10001)、承認要件を遵守して行った。

6. 分析方法：採録した資料から逐語録を作成し、看護判断に関係する最小単位である文節を切片化し、コード化し、意味内容の類似性および差異性に基づきカテゴリー化を繰り返し、得られた結果の関係性を検討した。この経過では、訪問看護の専門家から助言指導を受けた。

## V. 結果

1. 研究協力者の属性：専門看護師(地域看護)3名、認定看護師(訪問看護)15名。全員女性。平均年齢46.1歳(30歳代～50歳代)。訪問看護平均経験年数10.1年(5～17年)。2. 面接時間：1人平均90.0分。3. 「介護者から得られた通報情報」のみで行われた看護判断(文節1, 312, コード16, 小カテゴリー10, 中カテゴリー5, 大カテゴリー4)：研究協力者は4大カテゴリーを集約し、『生命の危険性の判断が最優先課題である』『生命の危険がある』『生命の危険がない』『体液量不足状態である』を判断していた。4. 「介護者から得られた通報情報」に加えて『介護者に確認した情報』と『通報情報以外の情報』で行われた看護判断(文節46, 395, コード203, 小カテゴリー84, 中カテゴリー32, 大カテゴリー13)：研究協力者は13大カテゴリーを集約し、利用者の生活を理解して信頼関係を築き、リスクを予知してリスク一覧表を作成し、『平時から基盤をつくる』ことを行い、『介護者による通報情報の乏しさ』を補うため『介護者から、より正確な情報を得る工夫』を行い、『介護者に確認した情報』を得ていた。加えて『介護者以外の情報源』から『通報情報以外の情報の収集法』を用いて、事前に得ている医師の指示、最近および平時の健康状態・治療・療養環境に関連する情報などの『通報情報以外の情報』を得、『生命の危険性の判断が最優先課題である』『生命の危険がある』『生命の危険がない』『体液量不足状態である』『感染を推測する』『脳神経系の健康問題を推測する』を判断していた。5. 緊急電話受信時における看護判断プロセスモデルの作成：本研究成果の看護判断プロセスの大カテゴリーを時系列にそって配置し、一般化を図り、作図した。

## VI. 考察

研究協力者が最優先に生命の危険を判断していたことは、小原他(2013)の「医療者のいない環境におけるリスク管理の重要性」、山内(2015)の「‘生死にかかわること’について責任をもち、(まず)‘生きている’層を適切にモニターすることが重要」との主旨と共通している。また、生命の危険の判断は危険があるかもしれない場合を含めて、安全を第一として行われていた。研究協力者が通報情報に、医学的情報や平時の予知リスク、生活状況、介護状況、地域情報を収集して判断していたことは、Hayakawa(2014)の「訪問看護の判断は、療養者の状況だけでなく、家族の状況、経済状況、社会状況などの問題が絡み合う中で行われていた」と類似し、訪問看護師の判断は、多くの関連情報を用いて行われていると考えられる。

## VII. 結語

訪問看護師18名の資料分析結果から、「平時よりリスク管理」を行い、「介護者から得られた通報情報」と「介護者に確認した情報」「通報情報以外の情報」から、“生命の危険”を最優先に判断する緊急電話受信時における看護判断プロセスモデルが得られた。今後は、他の条件下で行われる看護判断の研究を重ね、本研究成果を推敲することが課題である。