福島県立医科大学 学術機関リポジトリ

FUKUSHIMA MEDICAL UNIVERSITY

Title	周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断
Author(s)	飯塚, 麻紀; 鴨田, 玲子; 渡辺, 陽子; 齋藤, 久美子
Citation	福島県立医科大学看護学部紀要. 13: 1-10
Issue Date	2011-03
URL	http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/244
Rights	© 2011 福島県立医科大学看護学部
DOI	
Text Version	publisher

This document is downloaded at: 2024-04-18T09:57:26Z

Fukushima Medical University

福島県立医科大学看護学部紀要 第13号 1-10, 2011
Bulletin of Fukushima School of Nursing

■ 資 料 ■

周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断

飯塚　麻紀[1)]　鴨田　玲子[2)]　渡辺　陽子[3)]　齋藤久美子[2)]

Floor Nurses' Clinical Judgments for Perioperative Patients

Maki IITSUKA [1)] Reiko KAMOTA [2)]
Yoko WATANABE [3)] Kumiko SAITOH [2)]

要　旨

本研究の目的は，周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断を明らかにすることである．周手術期患者への看護を行っている病棟看護師20名を対象に小グループインタビューを行い，質的帰納的に分析を行った．その結果，【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】【術後の離床に関する判断】【指示薬の使用に関する判断】【術後疼痛の評価と対処に関する判断】【退院指導に関する判断】【身体の評価と術前準備に関する判断】【術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断】【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】の10カテゴリーが抽出された．これらより，病棟看護師は術前の短期間に集中的に臨床判断を行っていること，また，患者の身体状態の把握に関する臨床判断は医師との協働の上に，患者の精神状態の把握や，安楽，生活に関する臨床判断は看護師が独自に行っていること，そしてこれらの臨床判断は患者のパーソナリティーの把握に支えられていることが示唆された．

Abstract

The purpose of this study is to clarify the floor nurse's clinical judgment for perioperative patients. Small-group Interviews were hold to the 20 nurses caring for perioperative patients. Collected data were analyzed qualitatively and inductively.
As a result, ten categories of judgment were identified: [assess and cope with the anxiety of an operation] ; [sense of an abnormal patient's condition and report to a medical doctor] ; [distinction and cope with risk of stiring up trouble] ; [early ambulation] ; [use of a prescription medicine] ; [assess and cope with pain] ; [guide of the patient's life after discharge] ; [assess of physical condition and preoperative] ; [cure and care during restoration] ; and [grasp and cope with the patient's personality]
The results of this study suggest that floor nurses judge the patient's condition in a short period of before surgery, that they judge the patient's condition in partnership with a medical doctor, and that they judge the patient's mental condition, comfort and the life by themselves, and that the grasp of patient's personality supports these clinical judgments.

Ⅰ．はじめに

入院患者の在院日数は年々短縮化しており，現在，手術を受ける患者においても，手術前平均在院日数は5.8日，手術後平均在院日数は14.5日と報告されている[1)]．また，手術を受ける患者の高齢化も進んでおり，そのような患者は，高血圧や糖尿病あるいは精神疾患といった傷病を併せ持つ割合が高い[1)]．そのため，状態変化の大きな周手術期患者を対象とする病棟看護師には，より安

1）福島県立医科大学看護学部　生態看護学部門
2）国家公務員共済組合連合会東北公済病院　看護部
3）福島県立医科大学附属病院　看護部

Key Words: Clinical Judgment, Perioperative Patients, Floor Nurse
キーワード：臨床判断，周手術期患者，病棟看護師

受付日：2010. 10. 15　受理日：2010. 12. 20

全かつ効率的で質の高いケアを提供するための臨床判断が求められている．

これまでの看護師の臨床判断研究では，臨床判断として，「判断内容」「判断に用いる情報」「影響要因」「プロセスとパターン」「看護師の思考」「関わり方」「構造」「場面／事例」などが明らかにされてきた[2]．専門領域別にみると，精神科看護師の臨床判断を扱った研究が最も多く[2]，周手術期，もしくは外科系や急性期における看護師の臨床判断に関する研究は少ない[3)－6]．心臓血管外科病棟の看護師を対象とした研究[3]では，臨床判断として，看護師の認知やケアについての判断内容を明らかにし，心臓手術患者をケアする看護師の臨床判断の特徴を報告している．また，外科系看護師と内科系看護師の比較をした研究[4]では，両者が臨床判断を必要とする場面について報告している．急性期における看護師の臨床判断に関する研究[5) 6]では，異常を察知する際の看護師の認識などが明らかにされている．

このように，看護師が何を手がかりにどのような臨床判断を行っているかを知ることは，看護師同士もしくは看護学生に効果的なケアの方法を伝達し，共有する際の貴重な資料となる．そして，効果的なケアの伝達，共有のためには，ケア場面ごとの具体的で詳細な臨床判断内容を明らかにする必要がある．しかし，現在，周手術期における研究は少ないことから，まずは周手術期と言われる一定期間の中で，病棟看護師がどのような場面で臨床判断を必要とするのかという基本的な部分を知る必要がある．それにより，今後は，臨床判断を必要とする各場面について，看護師の臨床判断を詳細に記述することが可能となり，周手術期の看護の質の向上に貢献できると考える．

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断を明らかにすることである．

具体的には，周手術期の看護において，病棟看護師はどのような場面で臨床判断を必要とするのか，またその時の病棟看護師の体験がどのようなものかを記述することである．

Ⅲ．用語の定義

周手術期：手術療法に伴い，患者の全身管理が必要となる術前，術中，術後を通した一連の期間

臨床判断：看護師が患者ケアについて行う一連の決定であり実践をも含む

Ⅳ．研究方法

１．研究参加者

東北圏内の２つの病院の周手術期の成人患者を対象とする病棟において，現在，直接看護ケアを行っている看護師で，研究参加に同意した20名を研究参加者とした．

なお，本研究は広く周手術期患者の病棟看護に焦点を当てることから，各病院ともに，診療科の異なる複数の病棟に所属する看護師を対象とした．また，看護師の臨床判断には経験が影響すると言われているが[7) 8]，今回は様々な臨床判断の場面や体験を明らかにすることを目的としているため，看護師の経験年数に幅をもたせるよう，１年未満，２年目から４年目，５年目以上の看護師の選定を，各病棟師長に依頼して紹介してもらう有意抽出法により行った．

２．データ収集方法

データの収集は，個人面接では抽出されにくいエピソードを参加者同士の相互作用により想起させ，開放的に表現できるとされる[9) 10]，小グループインタビューにより行った．グループの構成は，対象者の勤務の日程を考慮し，また経験年数にばらつきを持たせた４名で構成した．インタビューは１グループにつき１回，計５回行った．インタビュー内容は，周手術期患者の看護を行う際に判断に迷った，あるいは効果的に行えたケアの場面とその時の考えや行動，看護を行う際に心がけていることなどについて，できるだけ自由に話してもらうようにした．インタビューはプライバシーの保てる個室で行い，対象者全員の許可を得て，全てのグループで録音および記録を行った．録音したインタビュー内容を逐語録にし，データとした．なお，インタビュー時間は１回につき78分から90分（平均85.4分）であった．

３．データ収集期間

平成20年７月から８月であった．

４．分析方法

看護師がどのような場面でどのような臨床判断を行っているのか，場面とその時の看護師の思いや行動などの体験を含む文節を抽出し，１データとした．データはコード化を行い，内容が類似しているものがある場合にはまとめて１コードとした．さらに類似性に従って抽象度をあげ，サブカテゴリー，カテゴリーを抽出した．なお，一連の分析過程は２名の研究者がそれぞれ行い，比較検討により結果を一致させることで妥当性の確保に努めた．

５．倫理的配慮

研究者所属大学の倫理委員会で承認を得た後，各病棟看護師長より紹介を受けた看護師に対し，研究目的，方法，自由意思による研究参加，匿名性の保持等を，文書および口頭にて十分説明し，承諾書へのサインを得て実施した．なお，グループインタビューは，研究参加者の疲労に留意し，時間が超過しないよう配慮した．

Ⅴ．結　　果

１．研究参加者の背景

研究参加者の概要を表１に示す．研究参加者の看護師の経験年数は１年未満から25年で平均7.1年，周手術期看護の経験年数は１年未満から14年で平均4.5年であった．また，女性が19名，男性が１名で，平均29.1歳であった．

なお，研究参加者の所属する病棟は，消化器外科，心臓血管外科，呼吸器外科，婦人科，泌尿器科であった．

２．病棟看護師の臨床判断

周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断としては，283データが抽出され，コード化の結果113コードとなった．それらはさらに34サブカテゴリーに抽象化され，最終的に，【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】【術後の離床に関する判断】【指示薬の使用に関する判断】【術後疼痛の評価と対処に関する判断】【退院指導に関する判断】【身体の評価と術前準備に関する判断】【術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断】【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】の10カテゴリーが抽出された（表２）．

以下，カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは《　》，コードは「　」で示し，カテゴリーごとに臨床判断を説明する．なお，文中（　）は全体のデータ数に占める割合を示す．

１）【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】

このカテゴリーは，10カテゴリー中最も多い54データ（19.1％）を含んでいた．

看護師は，「入院時，外来で説明された手術の理解度を確認」したり，「インフォームド・コンセント後には意図的に関わり患者の理解度を確認する」などして，《術前に患者の手術に対する認識や理解度を確認》していた．また同時に《手術を受ける家族の気持ちを確認》していた．この際，看護師は患者の術式や緊急度によって《術前のインフォームド・コンセントに同席するかどうかを判断》していた．そして実際には，「術前の患者の思いを引き出せるように意識して関わる」ことを心がけながら，「術前の患者の不安につい

表１．研究参加者の概要

	看護師の経験	周手術期看護の経験	所属病棟
1	４カ月	４カ月	呼吸器外科
2	４カ月	４カ月	消化器外科
3	４カ月	４カ月	消化器外科
4	５カ月	５カ月	消化器外科
5	１年４カ月	１年４カ月	心臓血管外科
6	２年３カ月	２年３カ月	婦人科
7	２年５カ月	２年５カ月	婦人科
8	３年３カ月	３年３カ月	消化器外科
9	３年４カ月	３年４カ月	泌尿器科
10	３年５カ月	３年５カ月	消化器外科
11	４年４カ月	４年４カ月	呼吸器外科
12	４年４カ月	３年９カ月	消化器外科
13	９年４カ月	９年４カ月	消化器外科
14	10年７カ月	10年７カ月	泌尿器科
15	11年５カ月	11年５カ月	心臓血管外科
16	12年４カ月	２年５カ月	心臓血管外科
17	14年４カ月	14年４カ月	消化器外科
18	15年５カ月	11年５カ月	呼吸器外科
19	16年５カ月	６年11カ月	心臓血管外科
20	25年４カ月	１カ月未満	呼吸器外科

表２．周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断

カテゴリー	データ数（%）	サブカテゴリー	データ数（%）	コード（例）
手術に関する不安の評価と対処に関する判断	54（19.1%）	術前の患者の不安に配慮して対応する	24（8.5%）	• 患者の術前の気がかりについて医師に橋渡しする • 手術室入室時には物々しい雰囲気にならないように配慮する • 術前の患者の思いを引き出せるように意識して関わる
		術前に患者の手術に対する認識や理解度を確認する	15（5.3%）	• 入院時，外来で説明された手術の理解度を確認する • インフォームド・コンセント後には意図的に関わり患者の理解度を確認する
		手術を受ける家族の不安に配慮して対応する	11（3.9%）	• 手術の終了を待つ家族に配慮して声をかける • 手術直後に家族が患者に関われるように配慮する
		手術を受ける家族の気持ちを確認する	2（0.7%）	• 手術を受ける家族の気持ちを理解する
		術前のインフォームド・コンセントに同席するかどうか判断する	2（0.7%）	• 術前のインフォームド・コンセントに同席するかどうかを判断する
術後の異常の察知と医師への報告に関する判断	53（18.7%）	患者の術後の状態が正常か異常かを判断する	16（5.7%）	• 患者の訴える痛みが，創痛なのか異常な痛みなのかを判断する • 術後のドレーンの性状が正常なのか異常なのかで迷う
		夜間，当直医に報告するかどうかで迷う	14（4.9%）	• 当直医師によって，夜間報告するかどうか迷う • 夜間の時間帯によっては医師に報告するかどうか迷う
		術後の急変を念頭において観察する	10（3.5%）	• 術後は常に患者の急変があることを念頭において観察する • 術後の状態が気がかりな時には，医師に報告した後も観察を続ける
		明らかな異常でない場合に医師に報告するかどうか迷う	9（3.2%）	• ドクターコールラインを微妙に変動する値の場合，どのタイミングで医師に相談するかで迷う
		術後の患者の経過を評価する	4（1.4%）	• 術後の患者の病態を判断する • クリニカルパスを使用している患者のバリアンスは医師と共に判断する
不穏リスクの見極めと対処に関する判断	51（18.0%）	不穏が出現した患者への抑制について判断する	14（4.9%）	• 不穏になった患者に抑制をするかどうか判断する • 抑制を外すタイミングを判断する
		術後に不穏になりそうな患者を見極める	13（4.6%）	• 術後に不穏になりそうな患者を見極める
		不穏が出現した際の家族への対応の仕方を判断する	11（3.9%）	• 不穏出現時には家族に連絡して付き添いを依頼する • 不穏になった患者家族の不安を軽減するような説明の仕方をする
		術後に不穏になりそうな患者に対してあらかじめ対応する	8（2.8%）	• 不穏になることを予測して危険なものがないか確認する • 不穏になりそうな患者の家族にはあらかじめ説明をする
		不穏の出現を早めに察知して対処する	5（1.8%）	• 患者の手の動きや表情，時間によって不穏リスクを早めに察知する • 不穏出現時には日中起こしておくようにする
術後の離床に関する判断	35（12.4%）	離床意欲を持てるような働きかけをする	16（5.7%）	• 以前よりもできたことをほめて離床意欲を高める • 患者のつらい思いに共感し，無理に離床させられていると感じないように進める
		離床のタイミングを見極める	8（2.8%）	• 検査やケアのタイミングを利用して離床を進める • 痛みの少ない状態で離床を進める
		離床に対する患者の力を見極める	6（2.1%）	• 患者の状態に応じて離床を進める • 患者自身がどこまで離床する力があるのかを見極める
		離床させてもよいかどうかを判断する	5（1.8%）	• 医師の許可やクリニカルパスがあっても，患者の状態を見極めて離床させても良いかどうかを判断する
指示薬の使用に関する判断	32（11.3%）	指示薬であっても実際の使用や使用方法について判断する	13（4.6%）	• 指示薬であっても実際に使用するかどうかを判断する • 術後の鎮痛剤の投与方法に選択肢がある場合，どちらにするか判断する
		患者の状況をアセスメントした上で医師に報告し新たな薬剤の指示を確認する	12（4.2%）	• 継続指示が現在の患者にあっていない場合に医師に確認する • 患者の状況をアセスメントし，医師に指示の変更を依頼する
		睡眠薬の内服と転倒リスクについての判断をする	7（2.5%）	• 高齢の患者には睡眠薬を勧めない • 睡眠薬を飲ませた時には転倒リスクを考慮してポータブルトイレを使用する
術後疼痛の評価と対処に関する判断	18（6.4%）	鎮痛剤を使用するかどうかを判断する	12（4.2%）	• 痛みの訴えがあれば鎮痛剤を使用する • 鎮痛剤を使用するかどうか判断する
		鎮痛剤以外の緩和方法を用いて対応する	4（1.4%）	• 患者が痛みを訴えた時には，鎮痛剤だけでなく何らかの緩和方法を用いて対応する
		患者によって異なる痛みの閾値を見極める	2（0.7%）	• 患者によって異なる痛みの閾値を見極める
退院指導に関する判断	17（6.0%）	患者に必要な退院指導の内容を判断する	7（2.5%）	• 必要な退院指導の内容を判断する • 退院後の生活をイメージして退院指導を行う
		患者にあった退院指導の方法を選択する	6（2.1%）	• 退院後の食事指導には家族も参加してもらう • 退院指導は，マニュアルがあっても患者の疾患や理解力により方法を変えて行う
		退院指導のタイミングを判断する	4（1.4%）	• 退院指導は患者の関心時にそのつど行う • 家族に退院指導をするタイミングを見つける
身体の評価と術前準備に関する判断	10（3.5%）	術前の呼吸訓練への対応の仕方を判断する	6（2.1%）	• スーフルでの呼吸訓練を勧める • スーフル呼吸訓練を恥ずかしがる患者の思いを理解して指導する
		術前に患者の身体状態と術後のリスクを把握する	2（0.7%）	• 術前の短期間に患者の既往歴から身体の状態を把握する • 術後の呼吸器合併症のリスクを予測する
		手術に必要な準備をもれなく行う	2（0.7%）	• 手術に必要な医師のオーダーがなされているかを確認する • 遠方から来る家族への情報提供のタイミングを逃さず準備を行う
術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断	9（3.2%）	術後の回復過程における指示の実施を判断する	6（2.1%）	• 術後の食事開始の指示があっても，実際に食べさせてよいか判断する • 尿管を抜去するタイミングを判断する • 点滴指示の終了後，食事摂取量により抜針するかどうかを判断する
		術後のボディーイメージの変化に対する援助方法を判断する	3（1.1%）	• 術後はストーマ造設患者が前向きに関われるようにきれいなストーマであることを伝える • ストーマ造設患者に最初にストーマを見てもらう場所とタイミングを判断する
患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断	4（1.4%）	患者のパーソナリティーを把握して対処する	4（1.4%）	• 患者のパーソナリティーを把握して対処する

て医師に橋渡し」をしたり，「手術室入室時には物々しい雰囲気にならないように配慮する」など，手術室入室のその時まで《術前の患者の不安に配慮して対応》していた．また，「手術の終了を待つ家族の不安を配慮して声をかける」ことや「術直後に家族が患者に関われるように配慮する」ことなどを通して，《手術を受ける家族の不安に配慮して対応》していた．

2）【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】

このカテゴリーは，53データ（18.7%）を含んでいた．

看護師は，《患者の術後の状態が正常か異常かを判断する》際，具体的には「患者の訴える痛みが，創痛なのか異常な痛みなのかを判断」したり，「術後のドレーンの性状が正常なのか異常なのかで迷う」などの体験をしていた．また同時に，「クリニカルパスを使用している患者のバリアンスは医師とともに評価する」などして，《患者の術後の経過を評価》していた．このように患者の状態や経過の評価を行う場面において，看護師は，《明らかな異常ではない場合に医師に報告するかどうかで迷う》としており，特に夜間帯や主治医が当直医ではない場合など，《夜間，当直医に報告するかどうかで迷う》という体験をしていた．また，術後急性期には，看護師は「術後の状態が気がかりな時には，医師に報告した後も観察を続ける」という行動をとり，常に《術後の急変を念頭において観察する》という姿勢で患者に関わっていた．

3）【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】

このカテゴリーは，51データ（18.0%）を含んでいた．

看護師は，患者が入院してきた直後から，患者の年齢や性格，落ち着かない言動，あるいは手術の緊急度などをもとに，《術後に不穏になりそうな患者を見極め》ていた．そして「不穏になることを予測して危険なものがないか確認する」ことや，「術後に不穏になりそうな患者の家族にはあらかじめ説明をする」などして，《術後に不穏になりそうな患者にあらかじめ対応》していた．さらに術後には，「不穏出現時には家族に連絡して付き添いを依頼する」など《不穏が出現した際の家族への対応の仕方を判断》していた．また，「患者の手の動きや表情，時間によって不穏リスクを早めに察知」し，「不穏出現時には日中起こしておくようにする」など，《不穏の出現を早めに察知して対応》していた．さらに，「不穏になった患者に抑制をするかどうかを判断」したり，あるいは「抑制を外すタイミングを判断する」など，《不穏が出現した患者への抑制について判断》していた．

4）【術後の離床に関する判断】

このカテゴリーは，35データ（12.4%）を含んでいた．

看護師は，たとえ医師による離床の許可やクリニカルパスによる基準があったとしても，実際に自分で患者の状態を把握したうえで，《離床させてもよいかどうかを判断》していた．そして，「検査やケアのタイミングを利用して離床を進め」たり，「痛みの少ない状態で離床を進め」られるように，《離床のタイミングを見極める》ことをしていた．また実際の離床ケアの場面では，「患者の状態に応じて離床を進める」など，《離床に対する患者の力を見極め》ながらケアを行っていた．同時に，「以前よりもできたことをほめて離床意欲を高め」たり，「患者のつらい思いに共感し，無理に離床をさせられていると感じないようにして進め」るなど，《離床意欲を持てるような働きかけ》を心がけていた．

5）【指示薬の使用に関する判断】

このカテゴリーは，32データ（11.3%）を含んでいた．

看護師は，「指示薬であっても実際に使用するかどうかを判断」したり，「術後の鎮痛薬の投与方法に選択肢がある場合，どちらにするか判断する」など，実際には患者の状態の判断と同時に《指示薬であっても実際の使用や使用方法について判断する》ことを行っていた．また，術後に「継続指示が現在の患者の状態にあっていない場合に医師に確認」するなど，《患者の状況をアセスメントした上で医師に報告し，新たな薬剤の指示を確認する》ことを行っていた．また，特に高齢の患者については《睡眠薬の内服と転倒リスクについての判断》を行い，「高齢の患者には睡眠薬を勧めない」という判断をしたり，「睡眠薬を飲ませたときには転倒リスクを考慮してポータブルトイレを使用する」などの対応をしていた．

6）【術後疼痛の評価と対処に関する判断】

このカテゴリーは，18データ（6.4%）を含んでいた．

看護師は，基本的には「痛みの訴えがあれば鎮痛剤を使用する」としながらも，常に患者の血圧などを観察しながら《鎮痛剤を使用するかどうかを判断》していた．また，患者の性格も考慮して《患者の疼痛閾値を見極める》ことを同時に行い，鎮痛剤の使用間隔が短い場合や患者の希望によっては，《鎮痛剤以外の緩和方法を用いて対応》することもあった．

7）【退院指導に関する判断】

このカテゴリーは，17データ（6.0%）を含んでいた．

患者が回復してくるにつれ，看護師は疾患や術式を考慮して，あるいは不安に思うことを予測して《患者に必要な退院指導の内容を判断》していた．さらに「退院指導は患者の関心時にそのつど行う」ことや，「家族に退院指導をするタイミングを見つける」など，《退院指導のタイミングを判断》していた．また，「退院後の食事指導には家族も参加してもらう」ようにした

り，「退院指導はマニュアルがあっても患者の疾患や理解度により方法を変えて行う」など，《患者にあった退院指導の方法を判断》していた．

8）【身体の評価と術前準備に関する判断】

このカテゴリーは，10データ（3.5%）を含んでいた．

看護師は，既往歴や呼吸機能などの検査データから《術前に患者の身体状態と術後のリスクを把握》していた．そして，全身麻酔での手術であることから，特に術後の呼吸器合併症予防のために「スーフルでの呼吸訓練を勧める」ことや，「スーフル呼吸訓練を恥ずかしがる患者の思いを理解して指導する」など，《術前の呼吸訓練の対応の方法を判断》していた．また，「手術に必要な医師のオーダーがなされているかを確認」したり，「遠方から来る家族への情報提供のタイミングを逃さず手術の準備を行う」など，《手術に必要な準備をもれなく行う》ことを心がけていた．

9）【術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断】

このカテゴリーは，9データ（3.2%）を含んでいた．

看護師は，「尿管を抜去するタイミングを判断」したり，「術後の食事開始の指示があっても実際に食べさせてよいかどうかを判断する」など，《術後の回復過程における指示の実施を判断》していた．また，患者が受ける手術によっては，《術後のボディーイメージの変化に対する援助方法を判断する》ことも同時に行っていた．

10）【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】

このカテゴリーは，4データ（1.4%）を含んでいた．コードとしては1コードのみであったが，他のカテゴリーには含まれない重要な内容であると判断し，独立したカテゴリーとした．

具体的には，看護師は，ウォーキングカンファレンスなどの際に，受け持ち以外の患者の雰囲気を感じ取ることで，急に関わることになっても対処の仕方がある程度確認できると感じていた．

以上の10カテゴリーについて，病棟看護師の臨床判断の内容を，周手術期という時間経過に沿って文章化し，図に示した（図1）．

周手術期患者のケアを行う病棟看護師は，患者が入院して手術に至るまでの短期間に，【手術に関する不安の

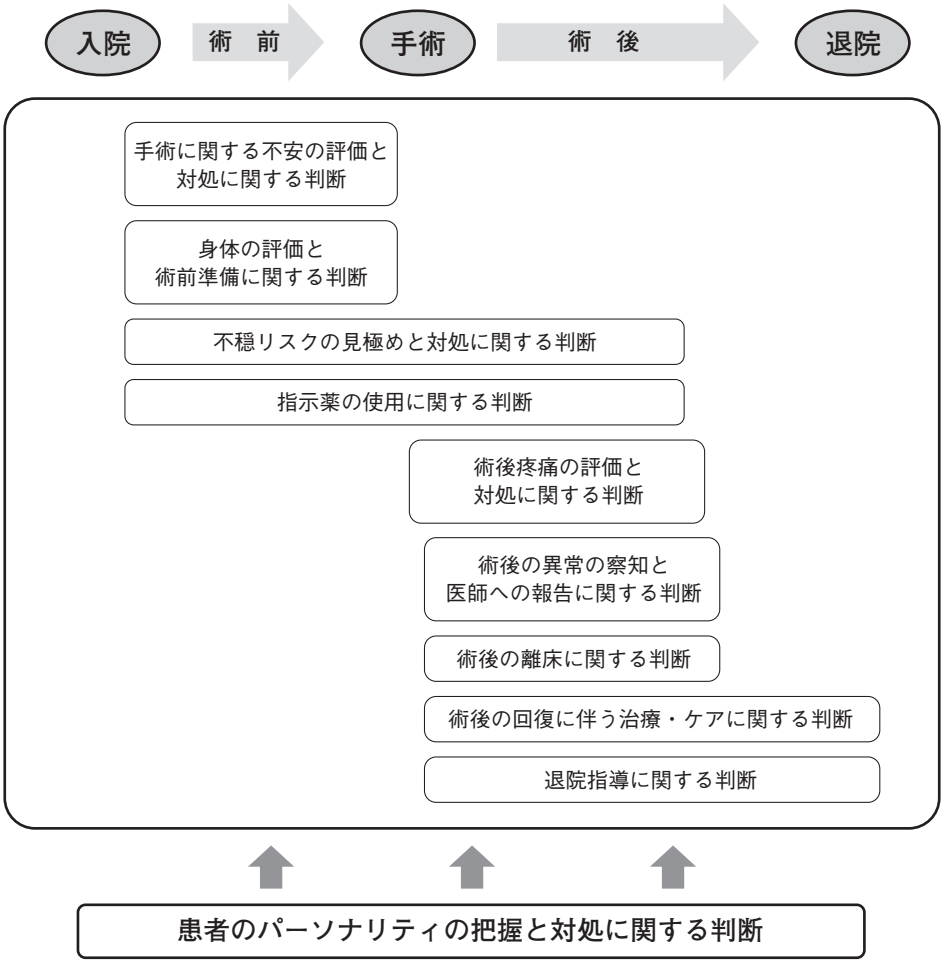

図1．周手術期の時間経過に伴う病棟看護師の臨床判断

評価と対処に関する判断】を行い，心理面への対処をしていた．また同時に【身体の評価と術前準備に関する判断】を行って術後合併症予防に備えるとともに，手術が滞りなく行われるよう，医師や患者家族との調整を行っていた．さらに【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】を行い，必要であれば術前から家族に説明したり患者の身の回りから危険なものを取り除くなどの対応をしていた．さらに高齢の患者の場合には転倒リスクにも留意し，特に睡眠薬に関して【指示薬の使用に関する判断】を行っていた．

術後は，術前に引き続いて【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】を行っていた．また【術後疼痛の評価と対処に関する判断】および【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】を行いながら，さらにそれらの判断を用いて【指示薬の使用に関する判断】や【術後離床に関する判断】を行っていた．また，退院までの期間，【術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断】を行って患者の順調な回復を支える一方，患者に合わせた【退院指導に関する判断】を継続的に行っていた．

そして，これら術前，術後を通して行われる臨床判断を支えるものとして，【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】があった．

Ⅵ．考　　察

以上の結果から，周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断の特徴について考察する．

１．術前の短期間に集中的に行われる臨床判断

現在，手術を受ける患者は，外来において一連の術前検査を済ませ，手術前日に入院してくることも珍しくない．そのような短期間の術前看護において，病棟看護師は，患者の精神的，身体的側面の評価，つまり【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】および【身体の評価と術前準備に関する判断】を行っていた．

特に【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】については，「術前の患者の思いを引き出せるように意識して関わる」というコードに特徴的なように，術前に関わる時間が短期間であるからこそ，病棟看護師は意識的に対処しようと心がけているものと考えられた．外科系看護師と内科系看護師の臨床判断の比較を行った研究[4]では，病状説明の時期，必要性とその後の精神的ケアにおける臨床判断は，外科系看護師に特有のものであったと報告している．本研究においても，「インフォームド・コンセント後は意図的に関わり患者の理解度を確認する」としており，患者の思いを知る機会として認識されていた．しかし，《術前のインフォームド・コンセントに同席するかどうか判断する》というように，全ての手術患者のインフォームド・コンセントに同席できない，看護師の多忙な状況も察することができる．

また，高齢の患者が増えたことを背景に，不安の評価と同時に，【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】を行うことがますます重要になってきていると考えられた．心臓血管外科病棟の看護師を対象とした研究[3]でも，看護師は術後の危険性の一つとして術後せん妄の可能性があることを認知していた．今回の調査では，「術後に不穏になりそうな患者を見極める」ことについて，病棟看護師は，患者の年齢や手術の緊急度，落ち着かない言動や性格から判断すると話していた．一方で，経験の少ない看護師は他の看護師の予測により気づくとも話しており，不穏になりそうな患者を見極める際の基準については，今後さらに詳しく調査し，その知識を共有していく必要があると考えられた．また，患者の高齢化は，転倒リクスを考慮して「高齢の患者には睡眠薬を勧めない」というように，術前不安への対応策の一つともなっている睡眠薬の投与の援助，つまり【指示薬の使用に関する判断】にも影響を与えていると考えられた．

次に，【身体の評価と術前準備に関する判断】では，病棟看護師は患者の既往歴や術前の検査データから術後合併症の評価を行い，実際に呼吸訓練をするなどの対応を行っていた．また同時に，医師の指示が漏れなく出されていることや，必要物品の準備をするなど，術前における身体的・物的準備を行っていた．

以上に述べたような術前不安や不穏の出現が予測される場合の対応などに関して，病棟看護師は，患者のみならず家族も含めた臨床判断を行っていた．看護師の臨床判断の内容には，家族の状況が含まれるとする報告[2]もあるように，このこと自体が特徴とはいえない．しかし，非常に短縮化された術前の期間において，病棟看護師は，患者および家族の両者に対して，手術および術後に向けての心理的・身体的・物的な準備に関する臨床判断を行うという特徴があった．

２．医師との協働の上にある臨床判断

手術を受ける患者は，麻酔下で身体に侵襲を受け生命維持が危機的な状況にさらされる状態から，意識が戻り，やがて身体機能が回復し，創が治癒し，日常生活に戻れるまでに活動性が高まる過程をたどる[11]とされる．よって，当然のことながら，周手術期患者に関わる病棟看護師は，急激に変化する患者の身体的な評価を迅速に行う必要がある．

特に術直後から，看護師は《術後の急変を念頭において観察する》という姿勢で患者に関わり，【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】を行っていた．こ

こでの特徴は，「術後のドレーンの性状が正常なのか異常なのかで迷う」や「ドクターコールラインを微妙に変動する値の場合，どのタイミングで医師に相談するかで迷う」などのように，“迷う”という体験をしていることであった．これは，判断の対象が患者の身体状態であり，その判断によっては看護師のみでの対応が不可能であるため，患者の治療に責任を持つ医師の判断や治療方針を同時に把握しなくてはならないためであると考えられた．また，今回の研究参加者には新人看護師も含まれていた．Tanner[12] は，Knowing the patient（患者を知ること）には，〔患者の反応パターンを知ること〕，および〔人としての患者を知ること〕の２つがあると述べている．周手術期における経験が少ない看護師の場合には，〔患者の反応パターンを知ること〕，つまりここでは術後患者が示す生体反応や身体状態の変化が経験的に十分に習得されておらず，そのため判断に“迷い”が生じることもあると考えられた．

一方，《鎮痛剤を使用するかどうか判断する》ことや【指示薬の使用に関する判断】，あるいは《術後の回復過程における指示の実施を判断する》ことにおいては，判断の対象が患者の身体状態でありながらも，医師の指示に選択の幅があること，判断が患者の生死に直結しにくいこと，その後の対応も看護師が行えることなどの理由から，“迷う”とは異なり，“判断を下す”という体験をしているものと考えられた．ここでは《患者の状況をアセスメントした上で医師に報告し新たな薬剤の指示を確認する》というサブカテゴリーに特徴的なように，看護師は医師に問題提起を行うという形で最終的な判断に関わっていた．三井[13] はこのような関係を「相補的自律性」と呼び，各医療専門職が互いの職務が重なる時に，発言し合い問題提起し合うことの意義を互いに認め合った関係だと説明している．

以上のように，病棟看護師は，特に術後患者の身体状態の把握と対処に関して，医師との協働の上に臨床判断を行っているという特徴があった．

３．看護師独自の臨床の知に基づく周手術期の臨床判断

先に述べた医師との協働の上にある臨床判断とは対照的に，周手術期においては，看護師独自の臨床判断も行われていた．

その特徴的なものには，「手術室入室時には物々しい雰囲気にならないよう配慮する」こと，「術後に不穏になりそうな患者を見極める」こと，「患者のつらい思いに共感し，無理に離床させられていると感じないように進める」こと，「患者が痛みを訴えた時には，鎮痛剤だけでなく何らかの緩和方法を用いて対応する」こと，「退院後の生活をイメージして退院指導を行う」ことなどがあった．これらは，医師やその他の医療従事者の判断を同時に必要とはせず，看護師が独自に決定権をもつ臨床判断であった．

さらに，医師との協働の上にある臨床判断が主に患者の身体状態の把握に関する内容であったのに対し，看護師独自の臨床判断は，患者の精神的状態の把握とその安定，患者の安楽，あるいは患者の生活などに関する内容であることに特徴があった．そしてこれらの臨床判断は，理論的な，あるいは科学的根拠に基づく知識のみから導き出されるものではなく，看護師が臨床における実践をもって経験的に積み上げてきたものであると考えられた．このような知識について中村[14] は，普遍性，論理性，客観性という近代科学が大切にしてきた知識とは対峙するものとして，“臨床の知”という言葉を用いている．また，佐藤が[15]，「臨床の知とは，個々の場合や場所を重視して現実に関わり，世界や他者が我々に示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り，捉える働きをする．」と述べているように，看護師独自の判断には，先に述べた患者のパーソナリティーの把握が必要であると考えられた．

そして，これらの臨床判断には，それをいかに行うのかといった看護師の技ともいえる側面が含まれているという点が重要であると考える．このような知識は看護師個人の経験によるところが大きい．しかし，人が学習することについて，波多野[16] が「それぞれ個体が，みずからの直接の経験に基づいて知識を集積するばかりでなく，他の個体の経験を，言語等を媒介にして利用することもできる．」と述べるように，看護師個々の体験の内容を詳細に言語化し，伝達，共有できるようにすることが重要であると考える．

４．パーソナリティーの把握に支えられた周手術期の臨床判断

本研究において，【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】というカテゴリーを構成するデータは少数であった．データにもどってみると，具体的には，カンファレンスなどの機会を通じて患者の雰囲気を知ることで，急に関わることになっても対処しやすいというものであった．このことは，１人の患者にチームで関わることの利点を示しているが，これらのデータからは，「対処」の具体的内容が明らかではない．しかし，【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】では，《術後に不穏になりそうな患者を見極める》際の基準として患者の性格が挙げられているように，ここでも患者の性格というパーソナリティーの把握は重要な要素となっていることが考えられた．同様に，【術後疼痛の評価と対処に関

する判断】では《患者によって異なる痛みの閾値を見極める》際に，また【術後の離床に関する判断】では《離床に対する患者の力を見極める》際に，患者の性格の把握が重要なものとなっていた．さらに，【退院指導に関する判断】においては，患者の生活背景を把握して《患者に必要な退院指導の内容を判断する》ことも重要であった．

本研究における患者のパーソナリティーの把握とは，患者の雰囲気，性格，傾向，生活背景等を把握することであり，Tanner[11] が述べた患者を知ることのうち，〔人としての患者を知ること〕と同様のものであると考えられた．看護師の臨床判断において，患者を知ることは中心的なコンセプトである[17]．周手術期における病棟看護師にとっても，患者のパーソナリティを把握することは，術前においては精神的・身体的準備を整え，術後には順調な回復を支援するための臨床判断を支える重要な要素であると考えられた．しかし，患者のパーソナリティの把握について，ある看護師が「もう，あるものを全部使ってみるしかない．術前の記録だったり，リーダーに聞いたり」と述べたように，術後から初めて患者に関わるような場合にはその把握が困難であるため，看護師同士が情報の伝達を意識的に行うことも必要であると考えられた．

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，広く周手術期患者の病棟看護に焦点を当てる目的で診療科の異なる病棟に所属する看護師20名を研究参加者対象とした．しかし，手術を取り扱う診療科が限られたことにより，周手術期における看護師の臨床判断がすべて明らかになったとは言い切れない．そのため，今後はさらに対象を拡大した調査が必要である．しかし，今回明らかになった臨床判断は重要である．そこで今後は，臨床判断の場面ごとに看護師の体験をさらに詳細に記述し，臨床判断の過程を一連のプロセスとして明らかにすることが課題である．それにより，周手術期の臨床判断に必要な知識や経験を明らかにすることができる．またその際には，経験の豊富な看護師の臨床判断に焦点を当てた調査を行うことで，新人看護師や看護学生への教育に有用な臨床判断の言語化が可能になると考える．

Ⅷ．結　　論

本研究は，周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断を明らかにすることを目的に，周手術期患者への看護を行っている病棟看護師20名を対象に小グループインタビューを行い，質的帰納的に分析を行った．

その結果，283のデータより，【手術に関する不安の評価と対処に関する判断】【身体の評価と術前準備に関する判断】【不穏リスクの見極めと対処に関する判断】【指示薬の使用に関する判断】【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】【術後の離床に関する判断】【術後疼痛の評価と対処に関する判断】【退院指導に関する判断】【術後の回復に伴う治療・ケアに関する判断】【患者のパーソナリティーの把握と対処に関する判断】の合計10カテゴリーが抽出された．これらより，病棟看護師は術前の短期間に集中的に臨床判断を行っていること，また，患者の身体状態の把握に関する臨床判断は医師との協働の上に，患者の精神状態の把握や，安楽，生活に関する臨床判断は看護師が独自に行っていること，そしてこれらの臨床判断は患者のパーソナリティーの把握に支えられていることが示唆された．

今後は，今回明らかになった臨床判断の場面ごとに看護師の臨床判断を詳細に記述し，教育に用いることが課題である．

謝　　辞

本研究にあたり，ご協力いただきました病院の看護部長，並びに看護師の皆様に深謝いたします．

なお，本研究は平成20年度看護学部共同研究費を得て行われた．また，本研究の一部は，第27回日本看護科学学会学術集会にて発表した．

文　　献

1）厚生労働省ホームページ：平成21年医療施設（動態）調査・病院報告の概要，http://www.mhlw.go.jp/

2）飯塚麻紀，鴨田玲子：臨床判断研究の文献レビュー（1998年～2007年），福島県立医科大学看護学部紀要，第12号，31-42，2010.

3）黒岩郁子，森下利子：心臓手術患者の看護における臨床判断，高知女子大学看護学会誌，34(1)，44-52，2009.

4）浅原久恵，中村美和子：臨床看護師の臨床判断力の特徴－外科系看護師と内科系看護師の比較－，山梨大学看護学会誌，8(1)，29-36，2009.

5）岩田幸枝・國清恭子・千明政好他：異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析，群馬保健学紀要，26，11-18，2005.

6）杉本厚子，堀越政孝，高橋真紀子他：異常を察知した看護師の臨床判断の分析，北関東医学，55，123-131，2005.

7）藤内美穂，宮腰由紀子：看護師の臨床判断に関する文献的研究，日本職業・災害医学学会誌，53(4)，213-219，2005.

8）Benner. P.（井部俊子，井村真澄，他訳）：ベナー看護論－

達人ナースの卓越性とパワー，医学書院，11-27，1992.
9）S.Vaughn, J.S.Schumm, J.Sinagub（井下里監訳）：グループ・インタビューの技法，慶応義塾大学出版会，24-27，1999.
10）安梅勅江：ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法　科学的根拠に基づく質的研究法の展開．医歯薬出版株式会社，4-7，2001.
11）中島恵美子，山崎智子，竹内佐智恵編：ナーシング・グラフィカ EX3　周手術期看護，メディカ出版，６，2009.
12）C.A.Tanner, C.Chesla, D.R.Gordon: The Phenomenology of Knowing the Patient, Journal of Nursing Scholarship, 25(4), 273-280, 1993.
13）三井さよ：ケアの社会学　臨床現場との会話，勁草書房，226，2004.
14）中村雄二郎：臨床の知とは何か，岩波新書，6-9，1992.
15）佐藤紀子：看護師の臨床の『知』 看護職障害発達学の視点から，医学書院，221，2007.
16）波多野誼余夫：第一章　伝統的な学習観：稲垣佳世子，波多野誼余夫著：人はいかに学ぶか　日常的認知の世界，中公新書，５，1989.
17）L.E.Ladwin: "Knowing the patient": a review of research on an emerging concept, Journal of Advanced Nursing, 23, 1142-1146, 1996.