

研究報告

訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断 —判断の拠り所に焦点を当てて

Factors that Influence Visiting Nurses in Judgment Home Care Strategies for Patients and Families in Early Stage of Home Care

小原 弘子 (Hiroko Kohara)*

森下 安子 (Yasuko Morishita)*

要 約

本研究は訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断の拠り所を明らかにすることを目的に、訪問看護師21名を対象に半構成面接法にてデータ収集し、質的・帰納的に分析した。結果、訪問看護の導入に関する判断の拠り所には《少ない情報の中でもアセスメントする必要性》《保健師助産師看護師法の遵守》《自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性》《医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性》《チームアプローチの促進》《訪問看護の導入時期の特徴》《訪問看護師としての倫理的使命感》《管理者としての使命感》の8つのカテゴリーが抽出された。訪問看護の導入に関する判断の拠り所には、『訪問看護の特殊性』『看護と経営の倫理』という2つの特徴があると考えられ、訪問看護の経験からの知識の蓄積と看護と経営の倫理感を高めることへの教育的取組が必要と考えられた。

Abstract

Decision making in home care praxis requires a highly integrated evaluation in order to guide to stabilize home care life for patients and their families in its early stage. The aim of this study is to identify which factors visiting nurses rely on to make their judgment. The data collection began after the interviewees' consent. Semi-structured interviews with 21 visiting nurses were conducted. The participating nurses had an experience with home care for more than 5 years or worked as home care administrator. The data was analyzed in a qualitative induction method. As a result, eight main categories of judgment were abstracted the followings: the necessity to obtain further information on home environment for patient care; compliance of Act on Public Health Nurses, Midwives and Nurses; importance of team approach to medical care in the first stage of home care; significance of patient and family self-care capability necessary to sustain home care life; importance of risk management in the absence of medical professionals; identifying characteristics of early stage home care; ethical values of a visiting nurse; level of commitment of a visiting nurse office administrator. These results suggest the importance of educational efforts to increase empirical knowledge of visiting nurses and to enhance ethical sense of nursing and management.

キーワード：訪問看護の導入 訪問看護師の判断 判断の拠り所

I. はじめに

2007年の医療法改正で在宅医療の推進、2006年の介護保険法改正で中重度者の支援強化、医療と介護の連携・機能分担の視点が盛り込まれ、訪問看護師は、医療職・福祉職から成るケアチームにおいて専門性の高いケアを実施することが

求められている。看護師の判断についてTanner, C.A.¹⁾は、「患者のニーズ、懸念、健康上の問題についての解釈や結論、あるいは行動を起こす(起こさない)、標準的なアプローチを用いるのか、それを変更して用いるのか、それとも患者の反応に応じて適切だと思われる新しい対応をその場で作り出すのか、といった決定を意味す

*高知県立大学

るもの」と定義しており、看護師の判断は看護ケアを導くために用いられ、ケアの質を規定するものといえる。

中西は²⁾、臨床看護師が、状況や見通し、ケアの方向性や方略の決定という判断内容を判断していく時に、専門知識および看護体験や個人体験を基準にして判断していることを明らかにし、田嶋は³⁾このような判断の基準を判断の拠り所としている。このように、看護師は判断していくにあたって、拠り所とするものが存在し、質の高い判断とケアに向けて、判断の拠り所を確立していく教育的取組が必要と考える。

訪問看護の導入では、ケアマネジャーなどからの訪問看護導入の依頼以降、療養者・家族との関係性の構築や関係職種との調整、看護提供体制の整備を行いながら、訪問看護師が提供するケアをうまく軌道に乗せていかねばならず、質の高い判断が要求される⁴⁾。訪問看護師の判断に関する研究は、プロセスと判断内容の特徴を明らかにしたもの⁵⁾、要介護高齢者やがん患者といった対象への判断内容を明らかにしたもの^{6)~8)}、予測的判断という判断の一部を明らかにしたもの⁹⁾、訪問看護の導入に関する判断においてもその判断内容について明らかにしたもの⁴⁾はあるが、判断の拠り所を明らかにしたものはみあたらない。そこで、本研究は訪問看護の導入に関する判断において、訪問看護師の判断の拠り所とはどのようなものかを明らかにすることを目的とする。このことにより、訪問看護師の判断の質向上に向けた教育的取組への示唆が得られると考える。

II. 研究 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、訪問看護の導入に関する判断において、訪問看護師がどのようなものを判断の拠り所としているかを記述し、説明することが必要である。このことから、帰納的手法による質的因子探索型研究で行った。

2. 用語の定義

Corcoran, S.¹⁰⁾、Tanner, C.A.¹¹⁾の臨床判断の定義、中西²⁾と田嶋³⁾の研究結果、川越¹¹⁾の導入期

の定義をもとに、以下のように用語を定義した。
訪問看護の導入：訪問看護の新規依頼から始まり、「療養者・家族との関係性の構築」「関係職種との調整」「看護提供体制の整備」「物品の調達」「環境調整」などを行いながら、面接・初回訪問・契約・訪問看護の開始を経て訪問看護で提供するケアが安定すること

訪問看護師の判断：療養者と家族・ケアチーム・看護提供体制などの状況を解釈・予測し、訪問看護師がすべき働きかけを決定すること
判断の拠り所：判断するにあたって訪問看護師自身が支えにしているもの

3. 対象者

対象者は、訪問看護の経験が5年以上または管理者で、研究の主旨について同意が得られた者とした。対象者の選定にあたっては、A県訪問看護ステーション連絡協議会会長から、A県内および県外の訪問看護ステーション管理者を紹介していただき、管理者に研究の趣旨を説明の上、対象者を推薦していただいた。

4. データ収集期間・収集方法

データ収集期間は2009年7月から11月までの5ヶ月間であった。データ収集方法は、半構成インタビューガイドを作成し、面接法にてデータ収集を行った。インタビューガイドの妥当性の検討と面接技法の向上のために、プレテストを3回行った。インタビューガイドは、訪問看護の導入に携わった事例について、訪問看護の新規依頼を受けてからケアの安定に至るまでの間、考え行動したことについて、なぜそのように考え行動したのか、考え行動する中で自分自身が大事にしたことは何かが語れる内容とした。面接回数は1回で、60分～90分の面接時間であった。面接内容は対象者の理解を得たうえでICレコーダーに録音し、終了後、逐語録にした。

5. データ分析方法

ケース毎に逐語録を繰り返し丁寧に読み、全体の状況を理解した。その後、逐語録より、なぜそのように考え行動したのか、考え行動する中で自分自身が大事にしたことについて語られている部分を抜き出した。抜き出した部分をコー

ド化し、類似した意味を持つコードをまとめカテゴリー化した。カテゴリー化では、常にデータに戻り、解釈が適切であるかを、研究者間で確認した。データ分析は、在宅看護学領域の研究者1名および質的研究の研究者2名より継続的なスーパーバイズを受けながら進め、分析の信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、高知女子大学看護研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。対象者には、本研究の主旨、内容、自由意思による参加であること、面接途中での辞退の自由、匿名性やプライバシーの保護、研究成果の公表について文書と口頭で説明し、同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要および語られた事例の概要

対象者は、1府5県18か所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師21名で、臨床看護師経験年数は4～23年であり、訪問看護師経験年数は3年～16年であった。また、ケース8とケース17は訪問看護認定看護師であった。語られた事例は、がんターミナル期の患者、気管切開や胃瘻など医療的ケアが必要となった患者の退院事例や、在宅生活中に病状が不安定になり訪問看護による介入が必要となった事例などであった(表1)。

表1 対象者の概要と語られた事例の概要

ケース	対 象 者 の 概 要						事 例 の 状 況
	臨 床 看 護 師 経 験 年 数	訪 問 看 護 師 経 験 年 数	役 職	勤務するステーションの特徴			
				利用者数	設置主体	24時間 対応	
1	10	5	管理者	約50人	医療法人	あり	難病で入院中の退院事例、入院中に気管切開を施行
2	23	13	管理者	約50人	医療法人	あり	がんターミナルで通院できない状況で自宅生活中、肺転移、肝転移、腹水貯留
3	23	10	管理者	約40人	社会福祉法人	あり	認知症で自宅生活中、経口摂取量低下による低栄養状態
4	5	7	管理者	約70人	医療法人	あり	誤嚥性肺炎で入院中の退院事例、廃用症候群による嚥下機能低下
5	15	5	管理者	約40人	医療法人	あり	脳梗塞で入院中の退院事例、入院中に胃瘻を造設
6	15	3	管理者	約35人	営利法人	あり	がんターミナルと血糖コントロール不良で入院中の退院事例、糖尿病インスリン自己注射の再指導中
7	10	6	スタッフ	約50人	医療法人	あり	COPDの急性増悪で入院中の退院事例、退院後は在宅酸素療法導入
8	10	15	管理者	約140人	営利法人	あり	がんターミナル、骨転移・腰椎転移で入院中の退院事例
9	9	9	スタッフ	約40人	医療法人	あり	がんによる腰椎転移で入院中の退院事例
10	11	9	主任	約50人	民法法人	あり	脳梗塞で入院中、嚥下障害で嚥下リハビリ中の退院事例
11	13	13	管理者	約55人	営利法人	あり	がんターミナルで入院中
12	21	4	管理者	約25人	医療法人	あり	がんターミナル、肺転移・骨盤内転移で入院中の退院事例
13	6	13	管理者	約60人	民法法人	あり	高齢で介護サービスを受けながら自宅生活中に急性胆のう炎発症
14	24	13	管理者	約40人	医療法人	あり	COPDの急性増悪で入院中の退院事例
15	15	5	主任	ケース1と同じ事業所			自宅生活中、長期臥床生活による背部の巨大褥瘡
16	4	6	スタッフ	約50人	医療法人	あり	肺がんターミナルで入院中の退院事例、経口摂取不能、中心静脈栄養施行中
17	20	5.5	管理者	約100人	医療法人	あり	自宅生活中、腰痛症でADL低下、精神的に不安定
18	19	8	主任	ケース8と同じ事業所			自宅生活中、肺結核後遺症による肺気腫
19	8	6	管理者	約70人	営利法人	あり	脳梗塞後、脱水と脱水によるADL低下で入院中の退院事例
20	9	16	管理者	約110人	民法法人	あり	喉頭がん・肺転移で入院中の退院事例
21	13	5	主任	ケース7と同じ事業所			糖尿病による血糖コントロール不良による教育入院中の退院事例

2. 訪問看護の導入に関する判断における判断の拠り所

訪問看護の導入に関する判断における判断の拠り所として、《少ない情報の中でもアセスメントする必要性》《保健師助産師看護師法の遵守》《自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性》《医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性》《チームアプローチの促進》《訪問看護の導入時期の特徴》《訪問看護師としての倫理的使命感》《管理者としての使命感》の8つのカテゴリと24のサブカテゴリが抽出された(表2)。以下カテゴリを《 》、サブカテゴリを< >、ローデータを「 」で示す。

- 1) 少ない情報の中でもアセスメントする必要性
 《少ない情報の中でもアセスメントする必要性》とは、少ない情報の中でも、収集・活用可

能な情報や自分が持ちうる知識を駆使してアセスメントしようとすることである。訪問看護師は、家族が陰部洗浄など日々、介護している状況について、「このわたしが置いてきた(陰部洗浄用の)ペットボトル、場所が移動しているなって、やっぱり毎日、朝晩行っていたらわかるじゃない、最近(ペットボトルが)移動している、わたしここに置いてなかった」(ケース11)と、口頭で得られる情報だけでなく、家屋内の状況の変化といった<自宅で収集可能な情報からアセスメントする姿勢>を拠り所に判断していた。また、訪問看護の導入時期のため少ない情報の中で、訪問看護師としての五感や経験を生かして<訪問看護師自身の力を用いてアセスメントする姿勢>や、訪問看護の導入の依頼時に得られた<既存の情報を用いてアセスメントする姿勢>を拠り所に、利用者や家族の状況を判断していた。利用者の経済状態について

表2 訪問看護の導入に関する判断の拠り所

カテゴリ	サブカテゴリ
少ない情報の中でもアセスメントする必要性	自宅で収集可能な情報からアセスメントする姿勢
	訪問看護師自身の力を用いてアセスメントする姿勢
	既存の情報を用いてアセスメントする姿勢
	社会常識からアセスメントする姿勢
保健師助産師看護師法の遵守	看護師の裁量権を守る姿勢
	医師との役割の範囲を明確にする姿勢
自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性	利用者のセルフケア能力に着目する姿勢
	利用者のセルフケア能力を支援する姿勢
	介護生活における家族のセルフケア能力の重要性の認識
	介護生活における家族のセルフケア能力を支援する姿勢
医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性	身体の危険性を予測する姿勢
	自宅が身体の危険性が高い環境であることの認識
チームアプローチの促進	チームメンバーの専門性を尊重する姿勢
	チームでケアを提供する姿勢
	医療職としての役割を担う姿勢
訪問看護の導入時期の特徴	利用者にさまざまな変化が生じる時期という認識
	専門職がない中で利用者・家族が自立していく難しさの認識
	訪問看護を受け入れてもらうことの難しさの認識
訪問看護師としての倫理的使命感	利用者・家族の意向に沿う姿勢
	利用者・家族の権利を擁護する姿勢
	自分の看護に責任を持つ姿勢
	サービス提供者としての責務
管理者としての使命感	スタッフを管理する立場であるという姿勢
	事業所を管理する立場であるという姿勢

は、「29歳という年齢でお子さんがいてアパート暮らしというところでは金銭的な負担がかなり大きい」（ケース2）と、看護師としての知識でなく、＜社会常識からアセスメントする姿勢＞も拠り所に判断していた。

2) 保健師助産師看護師法の遵守

《保健師助産師看護師法の遵守》とは、保健師助産師看護師法に従い守り、看護を提供しようとすることである。医師不在の中で実施する医療処置において、「(気管切開のチューブが抜けた時)、家族と看護師が一緒だったら(気管切開のチューブを)交換してもかまわない」(ケース1)と＜看護師の裁量権を守る姿勢＞を拠り所に、看護師の裁量で実施可能な範囲を判断していた。また、「判断できるんですけどやっぱり先生に指示をもらわないといけない」(ケース5)と、看護師は判断、医師は診断と治療という＜医師との役割の範囲を明確にする姿勢＞も拠り所に判断していた。

3) 自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性

《自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性》とは、自宅での生活を継続していくためには、利用者・家族のセルフケア能力に目を向け支援しようとすることである。訪問看護師は、「手とかちょこちょこして、見た感じ、もう少し体力がついて(身体)状態が安定してくれば座位がとれるようになるだろう」(ケース4)と＜利用者のセルフケア能力に着目する姿勢＞を拠り所に利用者の身体状況の見通しを判断し、＜利用者のセルフケア能力を支援する姿勢＞を拠り所にセルフケアが維持・向上できるためのケア内容を判断していた。また、「訪問看護で入っても、ヘルパーで入っても24時間のうちの1時間くらいですよ、あとの23時間は家族がせんといけませんよね、最低、そこは、家族が一応はしなければいけない」(ケース5)と＜介護生活における家族のセルフケア能力の重要性の認識＞や、「とりあえず(自宅に戻ってから介護を家族だけで)やってみて、介護力は家族さんの中で査定をするということ」(ケース1)と＜介護生活における家族の

セルフケア能力を支援する姿勢＞を拠り所に、専門職がない中でも家族自らの力で介護生活を営めるよう、家族が本来持つセルフケア能力を活かしたケア内容を判断していた。

4) 医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性

《医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性》とは、医療者がいない環境であるために、身体の危険に対して未然に防止する対策をとろうとすることである。訪問看護師は、退院のケースに訪問看護を導入するにあたって「呼吸器疾患で長期の入院していた方なので転倒とかもありますし」(ケース7)と＜身体の危険性を予測する姿勢＞を拠り所に身体損傷の危険性を予測していた。また、「意外と胃瘻もリスクが高いんですよ、それも在宅ですよ、急を要する、何か起こった時に自分らがすぐに走れないので」(ケース5)と＜自宅が身体の危険性が高い環境であることの認識＞を拠り所に、医療者がいない環境の中での看護提供体制を判断していた。

5) チームアプローチの促進

《チームアプローチの促進》とは、医療職と介護職から成るチームにおいて、それぞれの専門性を発揮したケアが提供できる支援をしようとすることである。訪問看護師は、「身体的なことはリハビリスタッフのほうがわかると思ったので、どういうリフトがいいとか、どういう昇降機がいいとかっていうのは」(ケース9)と、＜チームメンバーの専門性を尊重する姿勢＞や、「結構いろんなところへフィールドバックしながらね、連携っていうのは情報を渡して、情報ももらってそれで終わりじゃないんですよ」(ケース13)と、＜チームでケアを提供する姿勢＞を拠り所に、他職種の専門性を見極めて役割分担し、チームメンバーとともにケアを提供していく体制を作るための判断をしていた。その中でも、「食事形態もだんだん体調によって変わってきますんでね、その食事形態を整えるっていうのが訪問看護の役割でもあるし」(ケース3)と＜医療職としての役割を担う姿勢＞を拠り所に、チーム内で訪問看護師が担う

べき行動を判断していた。

6) 訪問看護の導入時期の特徴

《訪問看護の導入時期の特徴》とは、訪問看護の導入時期は、利用者・家族が療養生活の開始という新たな状況に対応しながら、専門職がない中で自立しなければならない難しい時期という特徴である。訪問看護師は、「退院してから1週間、2週間ってというのは体の変調が起きやすい時期」(ケース4)と<利用者にさまざまな変化が生じる時期という認識>や、「帰った夜を安心して過ごせたか、それともその日の夜にバタバタバタバタしたかによって、後の介護のお家の方の受け入れ方が違うんですね」(ケース4)と<専門職がない中で利用者・家族が自立していく難しさの認識>を拠り所に、退院直後や身体状態が変化し訪問看護の導入が必要となった利用者・家族に対し、療養生活の安定に向けたケアを判断していた。また、「訪問看護が一般市民の方には野のものとも山のものともわからないので、一回目でね、きちっと人間関係のある意味確立させなければいけない」(ケース8)と<訪問看護を受け入れてもらうことの難しさの認識>を拠り所に、利用者・家族との関係構築のために取るべき行動を判断していた。

7) 訪問看護師としての倫理的使命感

《訪問看護師としての倫理的使命感》とは、訪問看護師として、サービス提供者として、責務を全うしようとすることである。訪問看護師は、初回訪問から日々のケアの実施において「やっぱり、決まったことをちゃんとやって帰るっていうところで、(利用者・家族と)信頼関係をもっと深めていくことになれると思う」(ケース16)と<サービス提供者としての責務>を拠り所に自分の取るべき行動を判断していた。また、常に利用者・家族の望む在宅生活に向けて<利用者・家族の意向に沿う姿勢>や、<利用者・家族の権利を擁護する姿勢>も拠り所にしていた。さらに、「初回でそのご事例をみて、今後自分たちがどんなふうなかかわりをするっていうことをきちっとご説明したり、初回事例でもいろいろなケアをする事例もありますよね、

そういうほんとに初回のときのわたしの、言動、行動、知識、技術、言葉から出てくることすべてで」(ケース8)と<自分の看護に責任を持つ姿勢>も拠り所にしていた。

8) 管理者としての使命感

《管理者としての使命感》とは、ステーション管理者として責務を全うしようとすることである。受け持ち看護師の決定やステーションスタッフとケアの方向性を決定していくにあたって、「少しずつスタッフを成長させていくのがわたしの力だろうと思うんです」(ケース2)と<スタッフを管理する立場であるという姿勢>を拠り所に、スタッフへの教育的な関わりも考慮し、管理者として取るべき行動を判断していた。また、スタッフがケアを提供するにあたって、「基本的ベースとしては同じレベルで行ってもらいたいっていうのがある」(ケース3)と<事業所を管理する立場であるという姿勢>を拠り所に、初回訪問からケア内容を一定のレベルで提供するという、事業所としてケアの質を保証するために取るべき行動を判断していた。

IV. 考 察

1. 訪問看護の導入に関する判断における判断の拠り所の特徴

本研究の結果より、訪問看護の導入に関する判断の拠り所には、『訪問看護の特殊性』『看護と経営の倫理』という2つの特徴があると考えられた。

1) 訪問看護の特殊性

訪問看護では、病院看護と違い、医師が不在、検査がすぐ出来ない環境で、単独訪問の中、判断しケアを実施するため、判断と判断に伴うケアの実施に対する責任は大きい¹²⁾。訪問看護の導入時期は、少ない情報の中で利用者・家族の状態を把握し、ケアを提供しなければならない。さらに、医療ニーズが高い利用者への対応にともない、訪問看護指示書の包括的指示の中で、自主的なケアの実施や対応が求められている¹³⁾。このような状況の中で訪問看護師は、少ない情報の中でも、収集・活用可能な情報や自分が持

ちうる知識を駆使して《少ない情報の中でもアセスメントする必要性》を拠り所に利用者・家族の状況を判断し、《保健師助産師看護師法の遵守》を拠り所に看護師の裁量で可能なケアの範囲を判断していた。これは、単独の判断にとまなう責任という訪問看護の特殊性といえる。

また、病院看護と違う訪問看護の特殊性に、医療者との間に物理的距離があることもあげられる¹²⁾。訪問看護の導入時期は、専門職がない環境で、必要な自己管理や介護を、日常生活に新たに取り入れ継続していかねばならず、利用者・家族の力を補い、高めるための判断が必要である⁴⁾。訪問看護師は、身体の危険に対して未然に防止する対策をとろうと《医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性》を拠り所に判断し、セルフケアが維持・向上できるような《自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性》を拠り所に判断していた。これは、医療者との間に物理的距離があるという訪問看護の特殊性といえる。

他職種や他機関とチームで連携することも病院看護との違いにあげられる¹²⁾。訪問看護師は、医療職と介護職から成るチームメンバーに対して、チームメンバーとともにケアを提供していく体制を作るため＜チームメンバーの専門性を尊重する姿勢＞や＜医療職としての役割を担う姿勢＞などを拠り所に判断をしていた。2006年の介護保険法の改正では、中重度者の支援強化、医療と介護の連携・機能分担の視点が盛り込まれた背景から、看護師が担うケア内容を判断し、他職種と適切に役割分担をしていかねばならない状況にある。しかし、教育背景の違いや他職種との業務範囲が不明確なためチームケアが難しい中で¹⁴⁾、適切な役割分担のもと専門性を発揮しケアを提供できる体制を作ろうと《チームアプローチの促進》を拠り所としていたことは、他職種・他機関とチームとして援助するという訪問看護の特殊性といえる。

訪問看護師は、訪問看護の導入時期が、利用者・家族が療養生活の開始という新たな状況に対応しながら、専門職がない中で自立しなければならない難しい時期であるという《訪問看護の導入時期の特徴》を判断の拠り所にしてきた。このような難しい時期であるからこそ在宅療養生活の安定に向けて、的確で専門性の高い

判断が必要となることから、訪問看護の特殊性が、判断の拠り所の特徴としてみられたといえる。

2) 看護と経営の倫理

訪問看護師は、初回面接や初回訪問の時点から＜利用者・家族の意向に沿う姿勢＞＜利用者・家族の権利を擁護する姿勢＞＜自分の看護に責任を持つ姿勢＞＜サービス提供者としての責務＞を拠り所に自分がとるべき行動について判断していた。また、＜スタッフを管理する立場であるという姿勢＞や＜事業所を管理する立場であるという姿勢＞を拠り所に、ケアの質を保証し、スタッフが働きやすく成長できる環境を作ろうとしていた。訪問看護は、医療に伴い看護を提供するのでなく看護そのものを選んでもらい看護を買ってもらうところから始まる¹⁵⁾ため、利用者・家族・地域社会から専門職として信頼されなければならない。また、訪問看護ステーションは看護サービスを提供し収益を得ていることから、看護師としての倫理に加え経営上の倫理が必要¹⁶⁾とされ、社会的にも人間的にも望ましい経営状態を実現しなければならない。訪問看護師は、利用者・家族・地域社会から信頼を得て選ばれるため、看護職としての倫理を持った行動をし、経営上の倫理より制度を遵守し好体質の経営を維持していこうと、看護と経営の倫理を拠り所に判断していたといえる。本研究では、対象者21名のうち14名が管理者であったことから、看護だけでなく経営の倫理も特徴としてみられたと考える。

2. 教育的取組への示唆

訪問看護師は、訪問看護の導入において、訪問看護の特殊性と看護と経営の倫理を拠り所にして判断していたと考えられた。中西²⁾は、臨床看護師の判断にケアの必要性や方向性を判断するフィルターとしての役割として判断基準があること、判断基準の一つに『同様の看護体験』があることを明らかにしている。また、田嶋³⁾は、判断の拠り所として『看護者の経験からの知識』があることを明らかにしている。しかし、本研究で明らかとなったのは、訪問看護の特殊性を姿勢や認識として持ち拠り所にしてきたことであつた。姿勢は広辞苑では『事に当たる態度』、

認識とは『何らかの普遍妥当な知識を獲得するに至る一連の過程』¹⁷⁾である。このことから、訪問看護師は、病院看護とは違う訪問看護の特殊性や、訪問看護師として、また、一つの経営体として持つべき倫理を、訪問看護の経験を積み重ねる中で自己の知識として蓄え、判断時の基本的な態度として身につけていたといえる。

Tanner, C.A.¹⁾は、「熟練した臨床推論（既存の知識から判断を導き出す過程）には、理論的、実践的知識の両方が必要であることは明らかである」とし、Benner¹⁸⁾は、「実践的知識は看護師が経験を積むにつれ、未熟な実践的知識と未整理の理論的知識との複合体である臨床知識が高まる」としていることから、経験により臨床判断の質に違いが生じるといえる。また、Benner¹⁸⁾は、優れた実践には倫理観に基づく理解が必要としている。本研究では、対象者が臨床看護師経験年数平均約13年、訪問看護師経験年数平均約8年と経験豊富な訪問看護師であったことも影響し、経験から培われた知識と倫理を拠り所に判断していたことから、質の高い判断であったと考える。したがって、訪問看護の導入での質の高い判断に向け、日々の看護を振り返り自己の経験を知識として蓄積していくこと、振り返りにあたっては訪問看護の特殊性を踏まえること、看護と経営の倫理感を高めることへの教育的取組が必要と考える。

V. 結 論

訪問看護の導入に関する判断における判断の拠り所として、『少ない情報の中でもアセスメントする必要性』『保健師助産師看護師法の遵守』『自宅生活継続における利用者・家族のセルフケア能力の重要性』『医療者がいない環境におけるリスク管理の重要性』『チームアプローチの促進』『訪問看護の導入時期の特徴』『訪問看護師としての倫理的使命感』『管理者としての使命感』の8つのカテゴリーが抽出された。

訪問看護の導入に関する判断の拠り所には、『訪問看護の特殊性』『看護と経営の倫理』という2つの特徴があると考えられ、訪問看護の経験からの知識の蓄積と看護と経営の倫理感を高めることへの教育的取組が必要と考えられた。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者を訪問看護の経験が5年以上または管理者としたため、ステーション管理の特徴が強く出た部分があることが限界と考える。今後は、対象数を増やし、結果を洗練化させていくことが課題である。

謝 辞

本研究にあたり、貴重な体験を語ってくださいました訪問看護師の皆様、ご指導を賜りました諸先生方に深く感謝いたします。

<引用・参考文献>

- 1) Tanner, C.A. : 看護実践における Clinical Judgement、和泉成子訳、インターナショナルナーシングレビュー、23(4)、66-77、2000.
- 2) 中西純子、梶本市子、野嶋佐由美ほか：このころのケア場面における臨床判断の構造と特性、看護研究、31(2)、167-177、1998.
- 3) 田嶋長子：精神科看護師の臨床判断の構造と特徴、高知女子大学看護学会誌、27(1)、24-31、2002.
- 4) 小原弘子、森下安子：訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断の内容、高知女子大学看護学会誌、38(1)、2012.
- 5) 廣部すみえ、飯田澄美子：訪問看護職者の判断の特徴、日本地域看護学会誌、3(1)、68-75、2001.
- 6) 二瓶真由美、成瀬優知、村山正子：在宅要介護高齢者援助における看護職の判断—保健婦と訪問看護婦による援助行為の理由から—、日本地域看護学会誌、2(4)、44-50、2000.
- 7) 葛西好美：末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断、日本がん看護学会誌、20(2)、39-48、2006.
- 8) 西浦郁絵、能川ケイ、服部素子ほか：在宅ターミナルケアに関する研究（その3）—在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践—、神戸市看護大学短期大学紀要、25、17-25、2005.

- 9) 小笠原充子：訪問看護師の行っている予測的判断、高知女子大学看護学会誌、28(2)、21-31、2003.
- 10) Corcoran, S. : Clinical Judgmentの基本的概念、看護研究、23(4)、351-360、1990.
- 11) 川越厚編集：在宅ホスピスケアを始める人のために、35-43、医学書院、1996.
- 12) 木下由美子編著：在宅看護論、第4版、医歯薬出版株式会社、6-9、149-165、2006.
- 13) 金川琢雄：在宅看護の法的課題、保健の科学、43(11)、869-874、2001.
- 14) 小山敦代：特殊・チームアプローチを実現させるリハビリテーション教育、高齢者ケアにおける連携の現状と教育の必要、Quality Nursing、9(11)、16-23、2003.
- 15) 木下由美子：実践者が考える訪問看護の専門性 在宅看護学教育の基礎的資料として、訪問看護と介護、10(4)、318-325、2005.
- 16) 小山秀夫：訪問看護ステーションマネジメントAtoZ、医学書院、2004.
- 17) 藤永保、須賀哲夫、久保田正人ほか：講座現代の心理学5 認識の形成、小学館、1982.
- 18) Benner, P., Hooper, P.L., Stannard, D. : Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-In-Action Approach、1999、井上智子監訳、ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること、医学書院、2005.