

原著論文

訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断の内容

Visiting Nurses' Judgments Considering the Introduction 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内容を明らかにすることを目的に、訪問看護師21名を対象に半構面談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内容には〔状況の解釈・予測〕〔導入に関する働きかけの決定〕〔評価〕があり、〔状況の解釈・予測〕には、【療養生活を築いていくための支援体制】など4カテゴリー、〔導入に関する働きかけの決定〕には、【療養生活の基盤を作るための働きかけ】など4カテゴリー、〔評価〕には、利用者・家族自らの力による療養生活の始動【】など3カテゴリーがあった。このことから、訪問看護の導入に関する判断の内容には、“療養生活の基盤を作る” “利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける” “ケアチームの基盤を作る” “ステーションの質を管理する” これら4つの特徴があると考えられた。

Abstract

This study aims to clarify the categories of visiting nurses' judgments on the introduction of home care by qualitative induction analysis of the data which was collected from 21 visiting nurses in semi-structured interviews. As the result of the analysis the followings are abstracted as three main categories: [assessment and prognosis of situation], [judgment of starting an approach to adoption] and [evaluation]. Each main category has its subcategories as follows. The first main category includes four subcategories such as [preparation of support system for home care life]. The second includes four subcategories such as [approach to provide the conditions of home care] and the last includes three subcategories such as [starting home care life on patients' and their families' own initiative]. Considering the results above, it is suggested that it is necessary on the introduction of home care to make reference to four criteria: “to provide the basic conditions of home care life”, “to enter home care life on patients' and their families' own initiative”, “to cultivate the basic capacities of care team” and “to control the quality of the visiting nurses' station services”.

キーワード：訪問看護 訪問看護の導入 訪問看護師の判断

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・機能分担が示され、訪問看護においては、医療度の高い病状の不安定な退院患者や在宅療養者に対し、医療職・福祉職から成る多職種とチームを組んで、ケアを提供しなければならない。このような中、2003年に出版された『新たな看護のあり方検討会報告書』で述

べられているように<sup>1)</sup>、多職種と協働してケアを展開する中では、専門性の発揮とケアの質向上において看護判断は重要である。

臨床現場における看護師の判断をCorcoran, S.<sup>2)</sup>は、「患者のデータ、臨床的な知識、状況に関する情報が考慮されて、認知的な熟考と直観的過程によって患者ケアについて決定をくだすこと」、Tanner, C.A.<sup>3)</sup>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

\*高知県立大学看護学部

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るもの」と定義しており、看護師の判断は患者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。

訪問看護師の判断は、医学的な判断、日常生活の方法に関する判断、家庭の状態に関する判断、生命倫理的な判断、関連する制度にもとづく判断など多岐にわたる<sup>4)</sup>。さらに、在宅ホスピスケアの導入期について川越<sup>5)</sup>が、「在宅ホスピスケアを理解してもらう時期」「さまざまな不安を取り除き在宅ホスピスケアをうまく軌道に乗せる時期」としているように、訪問看護の導入では、訪問看護で提供するケアの必要性を理解してもらいながら、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、専門性の高い判断が必要となる。しかし、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<sup>6)</sup>、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<sup>7)~9)</sup>、予測的判断という判断の一部を明らかにしたもの<sup>10)</sup>があるが、訪問看護の導入に関する判断を明らかにしたものはない。

そこで、本研究は訪問看護の導入に関して訪問看護師はどのような判断をしているのか、その内容を明らかにすることを目的とした。このことにより、訪問看護の導入における、療養者と家族への在宅療養生活の早期安定化と継続に向けた、質の高い看護展開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してどのような判断をしているのかを明らかにすることを目的としている。このような看護現象を捉えるため、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.<sup>2)</sup>、Tanner, C.A.<sup>3)</sup>の臨床判断の定義、他看護領域の臨床判断の研究結果<sup>11)~13)</sup>、川

越<sup>5)</sup>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理論的知識と実践的知識を使いながら決定すること

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

### 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10月までの4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上の向上のために、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、どのようなことを考え、どのような行動をとったのか、そして、とった行動による相手の反応からどのようなことを考え次の行動につなげたの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、訪問看護師の判断の定義に基づき、関係する箇所を前後の文脈に留意し、意味を損なわないよ

うに抜き出しコード化した。さらに、それぞれのコードやその内容の類似性、相違性、各コード間の関係を何度も繰り返し比較・検討を重ね、抽象化を進めてカテゴリー化した。コード化、カテゴリー化に際しては、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。データ分析にあたっては、在宅看護学領域の研究者1名および質的研究に精通している研究者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、臨床経験年数は4～24年であり、訪問看護経験年数は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および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
	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、入院中に気管切開
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、肺転移、肝転移、服水貯留
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、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、入院中に胃瘻造設
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、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、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
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
10	11	9	主任	約50人	民法法人	あり	脳梗塞で入院中、嚥下障害があり嚥下リハビリ中
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
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
15	15	5	主任	ケース1と同じ事業所			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、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			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、脱水と脱氷によるADL低下で入院中
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
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

## 2. 分析結果

### 1) 訪問看護の導入に関する判断の内容

分析の結果、訪問看護の導入に関する判断には、〔状況の解釈・予測〕〔導入に関する働きかけの決定〕〔評価〕の3つの内容があり、〔状況の解釈・予測〕には、4つの大カテゴリー、12の中カテゴリー、25の小カテゴリー、〔導入に関する働きかけの決定〕には、4つの大カテゴリー、9つの中カテゴリー、24の小カテゴリー、〔評価〕には、3つの大カテゴリー、7つの中カテゴリー、15の小カテゴリーがあった。(表2)以下、本文中の大カテゴリーを【 】, 中カテゴリーを《 》対象者の語りを「 」で示す。

### 2) 状況の解釈・予測

〔状況の解釈・予測〕とは、利用者と家族・ケアチーム・看護提供体制などの状況や見通しについての判断であり、【療養生活を築いていくための支援体制】【療養生活を送るために必要な利用者・家族の力】【ケアチーム形成に向けたチームメンバーの力】【サービスの質を保証するために必要なステーションの力】の4つの大カテゴリーがあった。

#### (1) 療養生活を築いていくための支援体制

【療養生活を築いていくための支援体制】とは、利用者の身体状況の予測や、これから必要となるケアを含めた支援全体、利用できる制度といった、利用者・家族の療養生活に必要な支

表2 訪問看護の導入に関する判断の内容

	大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
状況の解釈・予測	療養生活を築いていくための支援体制	自宅療養可能かの見極め	病院での管理下でない状況で生きていけるかの見極め 病院での管理下でない状況で家族が安全にケアしていけるかの見極め
		前もって予測できる身体的な状況	前もって予測できる身体状況の変化 前もって予測できる身体への危険性
		これから必要となる支援	これから必要となるケア 準備すべき療養環境に必要な物品 整備すべき療養環境
		利用できる制度	訪問看護以外のサービスを受けるために利用できる制度 訪問看護を提供するにあたって利用する制度
		家族とのケアの役割分担	家族が担うべき範囲 専門職で支援できる範囲
		自宅で生活していくために必要な最低限の技術	自宅で生活していくために最低限利用者に求められる技術 自宅で生活していくために最低限家族に求められる技術
		ステーションが提供するケアの見積もり	暫定的なケアの見積もり 安定後のケアの見積もり
	療養生活を送るために必要な利用者・家族の力	自宅で生活していくために必要な利用者の力	自宅で生活していくために必要なケアを実施する力 サービスを利用しながら生活していく力
		介護生活を送るために必要な家族の力	自宅で介護を実施する力 介護しながらの生活を乗り越えるために家族が本来持つ力
	ケアチーム形成に向けたメンバーの力	ケアの安定に必要なチームメンバーの力	医療度の高い利用者にケア提供していく力 訪問看護師と連携していく力
	サービスの質を保証するために必要なステーションの力	新規利用者受け入れのためにステーションが持つ力	新規利用者受け入れのために事業所が持つ力 新規利用者受け入れのためにスタッフが持つ力
		ケアの安定に必要なステーションの力	スタッフ同士が連携していく力 受け持ち看護師になるために必要な力

表2 訪問看護の導入に関する判断の内容（つづき）

	大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	
導入に関する働きかけの決定	療養生活の基盤を作るための働きかけ	不用意な入院を避けるための働きかけ	身体損傷が予防できる自宅環境を作るための働きかけ 症状悪化が予防できる環境を作るための働きかけ	
		医療体制を整備するための働きかけ	主治医との連携体制を作るための働きかけ 病院・自宅両方の医療が切れ目なく提供されるための働きかけ 自宅で迅速に緊急時の一時対応がなされるための働きかけ	
		利用者・家族が安心した療養生活を開始するための働きかけ	経済的に安心した療養生活を開始するための働きかけ 利用者・家族だけの生活を不安なく継続するための働きかけ	
	利用者・家族が療養生活に必要な力を身に付けるための働きかけ	利用者なりの自己管理生活を身に付けるための働きかけ	利用者なりの自己管理方法を身に付けるための働きかけ 専門職がいなくても利用者だけで自己管理を実施するための働きかけ	
		家族なりの介護生活を身に付けるための働きかけ	介護しながらの生活がイメージできるための働きかけ 家族の介護負担を前もって軽減しておく働きかけ 専門職がいなくても家族だけで介護を実施するための働きかけ 家族なりの介護方法を確立していくための働きかけ 家族が前向きに介護を実施していくための働きかけ	
			チームメンバーが自立してケア提供できるための働きかけ	福祉職が医療度の高い利用者にな不安なくケア提供できるための働きかけ チームメンバー間で統一した関わりができるための働きかけ
	チームメンバーとの関係性を構築するための働きかけ		チームメンバーである意識を強めるための働きかけ チームメンバーと対等な関係を作るための働きかけ	
	ステーションのサービスの質を保証するための働きかけ	ステーションで提供するケアの質を最低限保証するための働きかけ	利用者のニーズを察知し迅速に応えるための働きかけ 契約通りのケアを提供するための働きかけ 利用者へのケア目標をできるだけ早く達成するための働きかけ 単独訪問の中でもスタッフが不安なくケア提供できるための働きかけ	
		利用者・家族との関係性を構築するための働きかけ	訪問看護師が自宅に入ることを受け入れてもらうための働きかけ 利用者・家族に訪問看護の役割を理解してもらうための働きかけ	
	評価	利用者・家族自らの力による療養生活の始動	利用者自らの力による自己管理生活の始動	いつ出現するかわからない症状への不安の消失 自己管理方法における自らの生活の一部としての活用
			家族自らの力による介護生活の始動	家族なりに考えた介護方法の実施 介護しながらの生活に馴染む感覚の獲得 家族間での協力体制の形成
		ケアチームの基礎の形成	チームメンバーによるケア内容の安定化	チームメンバーのケア技術の均一化 チームメンバーの身体を十分理解した上でのケア提供の実施
訪問看護師と医師を含めたチームメンバーとの交流の開始			訪問看護師とチームメンバーとの情報交換の開始 訪問看護師と医師との情報交換の開始	
ステーションで提供するサービスの質の確保		期待どおりのケア効果	ケアによる改善の変化 予測していた身体への危険性の回避	
		訪問看護師と利用者・家族との援助関係形成の開始	訪問看護師の役割への理解の現れ 訪問看護師との心理的距離の接近	
	安定したサービス供給体制の整備	制度に基づいたケア内容の整理 24時間当番制でも対応できる体制の整備		

援体制についての判断であり、7つの中カテゴリ、15の小カテゴリがあった。例えば、ケース5は、訪問看護の依頼を受け利用者と病院で面談した時、「マーゲンチューブでは栄養を入れるその都度、胃の中に入っているかの確認をしなければいけない、病院では聴診器を持って看護師がするけど家族はちょっと厳しい」と、《自宅療養可能かの見極め》をしていた。また、ケース1は、「気管切開をしてこの方はいつCO<sub>2</sub>ナルコーシスになって意識障害が起こるか分からない」と《前もって予測できる身体的な状況》を判断し、「自宅へ帰るということは(家族に)吸引に関しての能力がどうしても必要」と《自宅で生活していくために必要な最低限の技術》を判断していた。

### (2) 療養生活を送るために必要な利用者・家族の力

【療養生活を送るために必要な利用者・家族の力】とは、利用者は疾病・障害を抱えた療養生活を家族は介護生活を送るために必要な力についての判断であり、2つの中カテゴリ、4つの小カテゴリがあった。例えば、ケース7は、NIPPVを退院後自宅で行う予定の利用者に対して「NIPPVのつけ外しが何もかもちゃんと自分でできて、管の交換とかもちゃんと自分でしている状況」と利用者が病状を理解し、療養生活に必要なケアを適切に実施していく《自宅で生活していくために必要な利用者の力》を判断していた。また、ケース16は、「下痢や便が出ているが息子さんが一人でおむつを交換できない状況」と《介護生活を送るために必要な家族の力》を判断していた。

### (3) ケアチーム形成に向けたチームメンバーの力

【ケアチーム形成に向けたチームメンバーの力】とは、訪問看護師と連携し、チームで医療度の高い療養者にケアを提供していくために必要なチームメンバーの力についての判断であり、1つの中カテゴリ、2つの小カテゴリがあった。例えば、ケース6は、「ケアマネさんはターミナルの人とか、みるみる体の変化が出てきて足がだんだん腫れてくるのを見ることがあまり少ない」とチームメンバーが医療度の高い利用者に対して、抵抗なくケアを提供していく《ケアの安定に必要なチームメンバーの力》を判断

していた。

### (4) サービスの質を保証するために必要なステーションの力

【サービスの質を保証するために必要なステーションの力】とは、利用者・家族のニーズに合わせた看護を確実に提供するという、サービスの質を保証するために必要なステーションの力についての判断であり、2つの中カテゴリ、4つの小カテゴリがあった。例えば、ケース11は、「朝7時半、夕方5時、この時間帯働けるスタッフがいない。この時間全部私(管理者)が行くことにしました」と、事業所として新規利用者に対応できるかという《新規利用者受け入れのためにステーションが持つ力》を判断していた。

### 3) 導入に関する働きかけの決定

【導入に関する働きかけの決定】とは、訪問看護の導入に関して訪問看護師が行うべき働きかけについての判断であり、【療養生活の基盤を作るための働きかけ】【利用者・家族が療養生活に必要な力を身に付けるための働きかけ】【ケアチームを形成するための働きかけ】【ステーションのサービスの質を保証するための働きかけ】の4つの大カテゴリがあった。

#### (1) 療養生活の基盤を作るための働きかけ

【療養生活の基盤を作るための働きかけ】とは、予測される危険性を低下させ、入院を回避する環境作りや、医療体制の整備という身体的な安全だけでなく、精神的・経済的な安心も確保された療養環境を作る働きかけについての判断であり、3つの中カテゴリ、7つの小カテゴリがあった。例えば、ケース1は、気管切開後で呼吸状態が不安定な利用者に対し「救急搬送先がないことが一番困るので、入院中の医療機関にCO<sub>2</sub>ナルコーシスになって運んでくるのはいつでもOKですよっていう保証をしてもらった」と《医療体制を整備するための働きかけ》を判断していた。また、ケース13は、「最初からお金がないからと、でも点滴をしないと、指示だからということまでできるだけ安い方法を考えましよう」と説明した」と、経済的にも《利用者・家族が安心した療養生活を開始するための働きかけ》を判断していた。

(2) 利用者・家族が療養生活に必要な力を身に付けるための働きかけ

【利用者・家族が療養生活に必要な力を身に付けるための働きかけ】とは、利用者・家族が療養生活や介護生活を継続していくために必要な力を身に付けるための働きかけについての判断であり、2つの中カテゴリ、7つの小カテゴリがあった。例えば、ケース6は、「インスリンもちゃんと自分で打っていて朝昼晩ちゃんと血糖チェックもしていて、ただ記録だけはできなかったのでこっちで表を作って記録をした」と利用者の持つ力を生かして、《利用者なりの自己管理生活を身に付けるための働きかけ》を判断していた。ケース4は、「だいたい(嚥下食の)硬さってお家の方って感覚的にわかってきますので、こういうふうなぐらいでって、絶対この硬さじゃないとだめっていうのはないので、この範囲でなら大丈夫だよっていうふうに説明した」や、ケース10は、「(退院して)帰ってからすぐに食材に困るかなと思ったので冷凍のいろんな食材を取り寄せました」と家族なりの介護方法を身に付け、専門職がない中でも家族自らの力で介護生活を乗り越えられるよう《家族なりの介護生活を身に付けるための働きかけ》を判断していた。

(3) ケアチームを形成するための働きかけ

【ケアチームを形成するための働きかけ】とは、ケアチーム形成に向けて、医療度の高い利用者にはチームメンバーが自立してケア提供でき、チームメンバーと関係性を構築していくための働きかけについての判断であり、2つの中カテゴリ、4つの小カテゴリがあった。例えば、ケース3は、食べない状況に困っているヘルパーに対して「食べられるようになるためにはこういうことが必要ですと、そこで看護師のほうで食べられるものを試すんで、ヘルパーさんは看護師が試したものをつないでいってくれたら結構ですと説明した」と《チームメンバーが自立してケア提供できるための働きかけ》を判断していた。

(4) ステーションのサービスの質を保証するための働きかけ

【ステーションのサービスの質を保証するための働きかけ】とは、提供する看護ケアの質と対人的なサービスの質を保証するための働きか

けについての判断であり、2つの中カテゴリ、6つの小カテゴリがあった。例えば、ケース2は、初回訪問からのケア提供において、「スタッフは、やっぱり出来る人と出来ない人があるけど、基本的ベースは同じ内容のケアをしてほしいっていう気持ちがありそれをスタッフに徹底した」と《ステーションで提供するケアの質を最低限保証するための働きかけ》を判断していた。また、ケース7は、「その人が不快にならない言葉を選んで、普段の話し方とは違うその人に合わせたパターンにして話をした」と利用者・家族を脅かす存在でないことを表現しつつ利用者・家族の生活の中に入っていきうように、《利用者・家族との関係性を構築するための働きかけ》を判断していた。

4) 評価

【評価】とは、ケアの安定に向けて、状況の解釈・予測、導入に関する働きかけの決定が妥当・適切であるかについての判断であり、【利用者・家族自らの力による療養生活の始動】【ケアチームの基礎の形成】【ステーションで提供するサービスの質の確保】の3つの大カテゴリがあった。

(1) 利用者・家族自らの力による療養生活の始動

【利用者・家族自らの力による療養生活の始動】とは、利用者・家族自らの力により療養生活が軌道に乗り始めているかについての判断であり、2つの中カテゴリ、5つの小カテゴリがあった。例えば、ケース7は、「(利用者自らが)食事についても自分はどういう風にしないではいけなかついていうのを細かく、ヘルパーさんにも自分がこんなものを食べて間食にもこんなもの欲しいからと具体的に指示されていた」と利用者が主体的に自己管理を行ない、それが生活の一部になっているか《利用者自らの力による自己管理生活の始動》について判断していた。また、ケース4は、「上手に食事も3品4品くらい作られて、こんな形でいいですかという質問もあった」と家族なりに考えて主体的に介護を行っているか《家族自らの力による介護生活の始動》について判断していた。

## (2) ケアチームの基礎の形成

【ケアチームの基礎の形成】とは、ケアチームとして機能できるよう、チームメンバーのケア内容が安定し、チームメンバー間での積極的な交流が開始されてきたかについての判断であり、2つの中カテゴリー、4つの小カテゴリーがあった。例えば、ケース4は、「ヘルパーから看護師に直接連絡がくるようになり、困ったことがあれば直接利用者宅から看護師に連絡がくるようになった」と、訪問看護師とチームメンバーとの間でタイムリーな情報交換が開始されるようになったか《訪問看護師と医師を含めたチームメンバーとの交流の開始》について判断していた。

## (3) ステーションで提供するサービスの質の確保

【ステーションで提供するサービスの質の確保】とは、提供する看護ケアの質と対人的なサービスの質が確保できているかについての判断であり、ここには3つの中カテゴリー、6つの小カテゴリーがあった。例えば、ケース1は、「帰ってから2週間は誤嚥性肺炎を起こさなかった」と、予測していた合併症や医療的ケアによるトラブルが発生しないか《期待どおりのケア効果》を判断していた。また、ケース6は、「自分のために熱を測ったりだとか血圧測ったりだとかいうそういうことを、自分の面倒を見に来てくれる人だということに気が付いて」と利用者・家族が訪問看護師の役割に対する理解が現われてきたか《訪問看護師と利用者・家族との援助関係形成の開始》を判断していた。

## III. 考 察

### 1. 訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断内容の特徴

分析結果より得られた、〔状況の解釈・予測〕〔導入に関する働きかけの決定〕〔評価〕のカテゴリーより、訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断の内容には、“療養生活の基盤を作る” “利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける” “ケアチームの基礎を作る” “ステーションの質を管理する” という4つの特徴があると考えられた。

#### 1) 療養生活の基盤を作る

本研究の対象者は、退院後に新たに療養生活

が開始となった、あるいは、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利用者・家族に対して、【療養生活を築いていくための支援体制】を判断し、身体の安全、精神的・経済的な安心が保障された療養環境を作る【療養生活の基盤を作るための働きかけ】を判断していた。下村<sup>10)</sup>は、看護者が捉える生活を、「生活とは人間存在そのものであり、各個人の主体的営みである。生活には、①生命、生存②生活習慣、社会活動、生計、暮らしむき③価値観、信条、生き方の側面がある」としている。これらのことから、人間が生活していくために、最低限生命維持と暮らしていくための手段が確保され、各個人が主体的に生活を営んでいくために精神的な安心が保障されることが必要である。本研究で明らかとなったのは、身体的・精神的・経済的にも不安定な状態の利用者・家族に対して、「生活」の概念に基づいて利用者に必要なケアを調整する、“療養生活の基盤を作る”判断といえ、訪問看護の導入では重要な判断と考える。

#### 2) 利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける

本研究では、【療養生活を送るために必要な利用者・家族の力】を判断し、利用者の持つ力を生かして《利用者なりの自己管理生活を身に付けるための働きかけ》や、専門職がいない中でも家族自らの力で介護生活が継続できるよう《家族なりの介護生活を身に付けるための働きかけ》を判断し、【利用者・家族自らの力による療養生活の始動】を判断していた。先行研究<sup>6)7)</sup>でも利用者・家族の潜在能力に着目し、それを引き出す判断が明らかとなっている。本研究で明らかとなったのは、利用者・家族が持つ力を補い高め、“利用者なり” “家族なり”に考えて、“利用者なり” “家族なり”の療養生活を軌道に乗せていく、“利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける”ための判断であったといえる。訪問看護の導入では、専門職がいない環境で、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なければならず、“利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける”ための判断は、訪問看護の導入では重要な判断と考える。

### 3) ケアチームの基礎を作る

本研究では、チームメンバーが医療度の高い利用者へのケアに不安を持つ現状から、チームメンバーが、医療度の高い利用者に対して抵抗なくケアを提供していく力を判断し、《チームメンバーが自立してケア提供できるための働きかけ》《チームメンバーによるケア内容の安定化》を判断していた。また、《チームメンバーとの関係性を構築するための働きかけ》《訪問看護師と医師を含めたチームメンバーとの交流の開始》を判断していた。先行研究<sup>15)</sup>でも、訪問看護師にはケアチームをコーディネートする能力が必要であることが明らかにされており、訪問看護師は、多職種チームメンバーにケアチームとして発展できるようにアプローチしていかねばならない。チームにはレベルがあり<sup>16)</sup>、ケアチームは、円滑な連携や協力ができるレベルを脱し、チームメンバーの役割を超えた活動ができるレベルが必要となる<sup>17)</sup>。つまり、本研究で明らかとなったのは、多職種チームメンバーが、役割を超えた活動ができるチームを目指し、まずは、メンバーそれぞれが自立してケアが提供でき、チームメンバー間で連携や協力ができる“ケアチームの基礎を作る”判断であったといえ、チームを新たに形成する訪問看護の導入において重要な判断と考える。

### 4) ステーションの質を管理する

本研究では、依頼を受けてから【サービスの質を保証するために必要なステーションの力】として、サービスを確実に提供できる事業所かという《新規利用者受け入れのためにステーションが持つ力》や、スタッフがニーズに対応できる力を持っているかという《ケアの安定に必要なステーションの力》を判断していた。また、【ステーションのサービスの質を保証するための働きかけ】として、契約に基づいたケアを提供しニーズに迅速に対応していく《ステーションで提供するケアの質を最低限保証するための働きかけ》や、《利用者・家族との関係性を構築するための働きかけ》を判断していた。そして、【ステーションで提供するサービスの質の確保】として、《期待どおりのケア効果》《訪問看護師と利用者・家族との援助関係形成の開

始》《安定したサービス供給体制の整備》を判断していた。木下<sup>18)</sup>は、訪問看護の専門性の一つに、看護の質を保証した看護管理・事業経営があることを明らかにしており、訪問看護では、質保証のための判断が必要となる。本研究で明らかとなったのは、確実にサービスを提供し、利用者・家族の期待に沿える看護を提供するというステーション自体の質、提供するケアの質の両方を保証するための判断であったことと、この判断を依頼から導入の期間を通じて行っていたことである。導入の段階から利用者・家族に信頼されケアに満足してもらうことにより、訪問看護が中断することなく提供できる。そして、それが新たな顧客につながり、ステーションの安定経営にもつながり、利用者・家族のサービスに還元されていく。このことから、訪問看護の導入に関する判断には、“ステーションの質を管理する”という特徴があると考えられ、重要な判断と考える。

## 2. 看護実践の示唆

本研究の結果より、訪問看護の導入に関する判断の内容には、“療養生活の基盤を作る”“利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける”“ケアチームの基礎を作る”“ステーションの質を管理する”という4つの特徴があると考えられた。現在、在宅医療の推進と中重度要介護者への支援強化から、医療度の高い在宅療養者は増加している。本研究でも、がんのターミナル期の退院事例や、気管切開からの吸引や胃瘻など医療的ケアが退院後から必要となった事例、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であった。このような利用者・家族の在宅療養生活を早期に安定させ、継続させていくためには、療養生活の基盤を作り、利用者・家族自らの力で療養生活が継続できるよう、利用者・家族の力を高めることが必要である。また、医療と介護の連携強化、適切な役割分担が求められている一方、介護職の業務範囲が拡大している中で不安を訴えている者が多いとの調査報告<sup>19)</sup>もあることから、チームメンバーが自立してケアを提供し、ケアチームとして機能できる支援が必要である。そして、訪問看護の導入の段階では、利用者・家族からの

信頼を得て、中断することなく利用してもらうことが重要である。そのためには、ステーション自体の質、提供するケアの質の両方を保証することが必要である。以上より、本研究で明らかとなった判断を取り入れ、“療養生活の基盤を作る”“利用者・家族自らの力で療養生活を身に付ける”“ケアチームの基礎を作る”“ステーションの質を管理する”という看護展開が必要と考える。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は質的な研究であるため、研究者自身が測定用具となり、さらには面接技術や分析技術が未熟な点から、結果にバイアスが生じたことは否めない。また、今回は、過去に経験した事例を語ってもらっており、事例によっては記憶が不確かな場合も考えられる。本研究は対象者が21名であり、今後は、対象者数の拡大、参加観察を取り入れた調査なども検討し、訪問看護の導入における看護のガイドラインとして洗練化を図り、実用化していく必要がある。

### 謝 辞

本研究にあたり、貴重な体験を語っていただき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。また、本稿は、平成21年度高知女子大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

### <引用文献>

- 1) 厚生労働省：新たな看護のあり方に関する検討会報告書，2003.
- 2) Corcoran, S. : Clinical Judgmentの基本的概念. 看護研究, 23(4), 351-360, 1990.
- 3) 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.
- 4) 山田雅子：在宅看護で求められる高い臨床能力 終末期、重症患者のケアと臨床判断, インターナショナルナーシングレビュー, 27(1), 39-43, 2004.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 中西純子, 梶本市子, 野嶋佐由美, ほか：こ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.
- 12) 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.
- 13) 宮崎美砂子：保健婦の援助過程における判断の特徴, Quality Nursing, 1(8), 45-53, 1995.
- 14) 下村裕子, 河口てる子, 林優子, ほか：看護が捉える「生活者」の視点, 看護研究, 36(3), 199-211, 2003.
- 15) 王麗華ら：在宅看護現場において求められる訪問看護師の能力, 群馬パース大学紀要, 6, 91-99, 2008.
- 16) 古川久敏：チームマネジメント, 22-25, 日経文庫, 2008.
- 17) 野中猛：【図説】ケアチーム, 73, 中央法規出版株式会社, 2007.
- 18) 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.
- 19) 鎌田ケイ子：看護と介護の連携に関する調査結果, 老人ケア研究, No24, 1-17, 2006.