

開腹術後患者の早期離床ケア場面における 看護師の臨床判断

飯塚 麻紀

原 著

開腹術後患者の早期離床ケア場面における 看護師の臨床判断

飯塚 麻紀*

Nurse's clinical judgment of patients receiving abdominal surgery at the time of their early ambulation

Maki Iitsuka*

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to clarify the contents of nurse's clinical judgment of patients receiving abdominal surgery at the time of their early ambulation, and to consider the necessary abilities for the effective care and the way to acquisition.

Method: The field notes on the observation and the semi-structured interviews with the nine surgical floor nurses were analyzed qualitatively.

Results: The results showed that nurse's clinical judgment consists of three phases; forecast, decide the forecast, judgment in action. And in these phases, nurses used the information; 【disease】【physical condition】【pain】【symptoms】【situation of their ambulation】【patient's response】【patients themselves】.And there were some factors that had an influence on nurse's judgment; [the floor line] [physician's order] [busyness of duties] [theoretical knowledge] [experience of post-operative nursing] [role consciousness] [relationship with their patient] As a result, It's suggests that three abilities of nurse's clinical judgment are 1) grasp the change of intraabdominal from a cure, 2) judge the kind of pain after the abdominal surgery, 3) judge the limit of patient's ambulation from their symptoms.

Conclusion: It's suggests that effective way to acquisition were to care the patients with expert nurses and own the knowledge jointly from the narratives.

Key words: clinical Judgment, abdominal operation, abdominal surgery, early ambulation.

I. はじめに

胃がんや大腸がんなど、治療のために開腹術を必要とする疾患は依然として多い（厚生統計協会, 2009）。また、患者の高齢化に伴って、複数の疾患を併せ持ち、術前から術後の一連の時期（周手術期）の管理に注意を要する患者の数も増加して

きている。そのような中、術後の早期回復のためには、術後合併症および機能低下予防、さらにはQOLの維持や精神活動の保持などのケアが必要とされ、早期離床の重要性が強調されてきた（佐野ら, 2003；鰐岡ら, 1998；柵瀬, 1998；亀山ら, 1993）。体位交換や起き上がり動作を伴う離床では、腹直筋・外腹斜筋・内腹斜筋・腹横筋といっ

* 福島県立医科大学看護学部 (Department of Human Ecological Nursing, School of Nursing, Fukushima Medical University)

た腹筋を使用するため、特に、腹部に創部がある開腹術後患者の苦痛は大きく、看護師の介入が重要となる。

近年、術後の早期離床の時期や段階的な進め方については、術式別のクリニカルパス（患者の検査・治療・ケアの予定を示したスケジュール表）が使用されるようになり、看護師は術後患者に対して術後の経過日数に沿って標準化された離床ケアを提供するようになった。

しかし実際の離床ケア場面では、看護師は患者の身体的・心理的状態などの個別性を見極めた上で、本当に離床させてよいのか、あるいはどの程度まですすめるのかといった臨床判断を行わなければならない。つまり、いかに安全かつスムーズに離床させるかという臨床判断は、個々の看護師に委ねられており、ケアの内容に差が生じる現状がある。

臨床判断に関する研究には、精神科における患者からの要求に関する判断（坂江ら, 2006; 坂江ら, 2004）や頓用薬使用の判断（矢内, 2003; 江波戸, 2002)、ICUにおける異常の判断（岩田ら, 2005)、在宅ケアにおける判断（小笠原, 2003; 西浦ら, 2005)、救急外来における緊急性の判断（山崎ら, 2006)、こころのケア場面における判断（中西ら, 1998)などがある。以上の研究は、いずれもある特定の看護場面に焦点を当てて行われたものである。そして、それらの場面において、臨床判断として明らかにされたものは、看護師の判断の内容、判断に用いる情報、判断への影響要因、判断のプロセスやパターンなどであった。これらは、通常語られることの少ない看護師の実践的な知識の部分を明らかにしたものであり、特に経験の少ない看護師や看護学生にとっては、より質の高い実践を行う上での貴重な資料となる。しかし、周手術期における臨床判断、さらに術後の早期離床に関する研究は見当たらない。

そこで本研究の目的は、開腹術後患者の早期離

床ケア場面における看護師の臨床判断を明らかにし、術後患者の早期回復に向けた効果的な早期離床ケアを行うための臨床判断能力とその獲得方法を検討することとした。

II. 用語の定義

- 1) 臨床判断：看護師が行う患者ケアについての決定。看護師が判断した内容、判断に用いた情報、判断への影響要因からなり、実際の行動までを含む
- 2) 早期離床：術後の他動運動から歩行ができるまでの一連の行動を術後早期から開始すること

III. 研究方法

1. 研究参加者

X県の医科大学附属病院の消化器外科病棟において、開腹術後の患者へのケアを直接行っている看護師で、研究参加の同意が得られた 9 名を研究参加者とした。なお、9名の研究参加者のうち 1 名は、異なる患者のケアをそれぞれ違う日に担当し、2回にわたって本調査の研究参加者となつたため、研究参加者の延べ人数は 10 名であった。

2. データ収集期間

2006年7月から11月であった。

3. データ収集方法

延べ 10 名の研究参加者に対し、それぞれ 1 回の参加観察及び半構成的面接を行った。以後、この延べ 10 名から得られたデータを事例とする。

まず、臨床判断は実際の行動を含むもとした定義に基づき、研究参加者のおかれられた状況と患者とのやり取りを含む行動を明確にする目的で参加観

察を行った。参加観察は、研究参加者（日勤業務を行う看護師）が夜勤看護師から患者の状態の報告を受けてケアを引き継いだ時点から、開腹術後患者の早期離床に関する判断もしくは働きかけを行った場面までとし、その内容をフィールドノートに記載したものをデータとした。

次に、研究参加者の認識や思考を確認することによって、その時の現象を詳細に記述する目的で、参加観察した内容についてインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。インタビューガイドの内容は「早期離床場面での患者の状態」「場面の状況」「看護師が行った判断」「看護師の実際の働きかけ」「看護師の働きかけに対する患者の反応」とした。なお、面接のタイミングは、ケアの状況が想起しやすいよう、研究参加者と相談の上できるだけ早期に設定した。実際には、その日の勤務終了後もしくは翌日であったが、1事例のみ勤務の関係により5日後となった。また、面接はプライバシーの保てる個室において、1事例につき1回30分から60分の範囲で行い、参加者の了解を得てメモと録音テープに記録した。録音テープから逐語録を作成しデータとした。

4. データ分析方法

- 1) 事例ごとに参加観察データと面接データを読み合わせて状況を統合し、時間的経過に沿って表に整理した。表を構成するデータは、場面の状況、看護師の働きかけ、患者の反応、その時の看護師の思考、に分類された。
- 2) 事例ごとに、看護師が離床について判断し、働きかけを行った臨床判断の場面を明らかにした。
- 3) 臨床判断の場面ごとに、早期離床に関する看護師の判断内容、看護師が用いた情報、判断への影響要因に着目し、それらの記述を抽出した。その後、全ての事例から抽出された内容を分類した。

4) 全ての事例における場面間の関係性、および看護師が用いた情報と影響要因との関係性について検討し、開腹術後の早期離床ケア場面の看護師の臨床判断について記述した。

なお、分析過程においては、本データを繰り返し読み込むこと、また適宜、質的研究の専門家よりスーパーバイズを受けることにより妥当性を高めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の研究倫理委員会の審査の承認を得て実施した。研究の参加依頼にあたっては、看護師およびケアの対象となる患者に対し、研究目的・方法・匿名性の保持等を文書および口頭にて十分説明し、文書で同意を得た。その際、研究への参加は自由意思であること、参加しない場合であってもなんら不利益は生じないこと、途中いつでも中止することが可能であることを説明した。また、参加観察および面接は、対象者および患者の状態を観察しながら負担をかけないよう配慮して行った。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要をTable 1に示す。研究参加者となった看護師は9名で、全て女性であった。看護師としての背景は、看護師の経験年数が2年目から24年目、消化器外科における看護の経験が1ヶ月未満から17年目であった。

研究参加者のケアの対象となった開腹術後患者は、同意が得られた9名であった。9名のうち1名は、2日にわたって異なる研究参加者がケアを担当した。年代は40代から70代で、男性5名、女性4名であった。患者の診断名は、胃癌、潰瘍性大腸炎、上行結腸癌、直腸癌であり、術後経過日数は1日目から3日目であった。コミュニケー

Table 1 研究参加者の概要

事例	看護師としての背景		ケアの対象となった患者の背景			
	看護師の経験	消化器外科における看護の経験	年代	性別	疾患（術式）	術後経過日数
1	21年目	3年目	60	男	胃がん (胃全摘術)	1日目
2	11年目	11年目	60	女	胃がん (幽門側胃切除術)	1日目
3	24年目	17年目	50	女	潰瘍性大腸炎 (腹会陰式直腸切断術)	3日目
4	2年目	1年未満	70	男	胃がん (胃全摘術)	1日目
5			60	女	結腸がん (右半結腸切除術)	2日目
6	3年目	1年未満	40	男	潰瘍性大腸炎 (腹会陰式直腸切断術)	1日目
7	10年目	1年未満	50	女	直腸がん (腹会陰式直腸切断術)	2日目
8	19年目	1ヶ月未満	60	男	胃がん (胃・脾臓尾部・胆のう・脾臓切除術)	1日目
9	4年目	4年目				2日目
10	5年目	1年未満	70	男	胃がん (胃全摘術)	2日目

ション能力に問題のある患者はいなかった。また、クリニカルパスが適用され、あらかじめ術後の経過日数に沿った標準化された離床ケアが指示されている患者はいなかった。

2. 早期離床ケア場面における看護師の臨床判断

10事例の分析結果より、開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断には、見通し、見通しの確定、働きかけながらの判断、の3つの局面があること、およびその際に看護師が用いる情報と臨床判断への影響要因が明らかになった (Figure 1)。

以下、それらの内容について述べる。

1) 看護師の臨床判断の局面

具体的な事例を示しながら各局面について説明する。

(1) 見通しの局面

看護師は、夜勤看護師からの報告内容、あるいはそれ以前に自分が患者と関わった時に得た情報から、離床させられるかどうか、させられるとす

ればどの程度かなどの見通しを立てていた。

[事例 2] 術後 1 日目の患者の申し送りを受けた後、看護師はこの患者の離床について「ベッド端座位くらいはいけると思いました。特に問題がなさそうだったから。痛み止めを 6 時半くらいに使ったって聞いて、タイミング的にもちょうど痛みもなくて起こせると思ったから。」と語った。

[事例 3] 術後 3 日目、看護者は前日もこの患者の担当として関わっていた。「申し送られた（ケアの引き継ぎを受けた）時点で、今日は駄目かなって…。かなり痛みが強くなつて、あと申し送りの情報で、あの、先生方が（創部の）感染が疑わしいっていう風に（言っていたので）…ええ。」と語った。

(2) 見通しの確定の局面

次に看護師は、直接患者と関わり、自らの見通し通りに離床をさせるか否か、またどの程度離床させるのかといった決定、すなわち見通しの確定を行っていた。またここではどのように離床させ

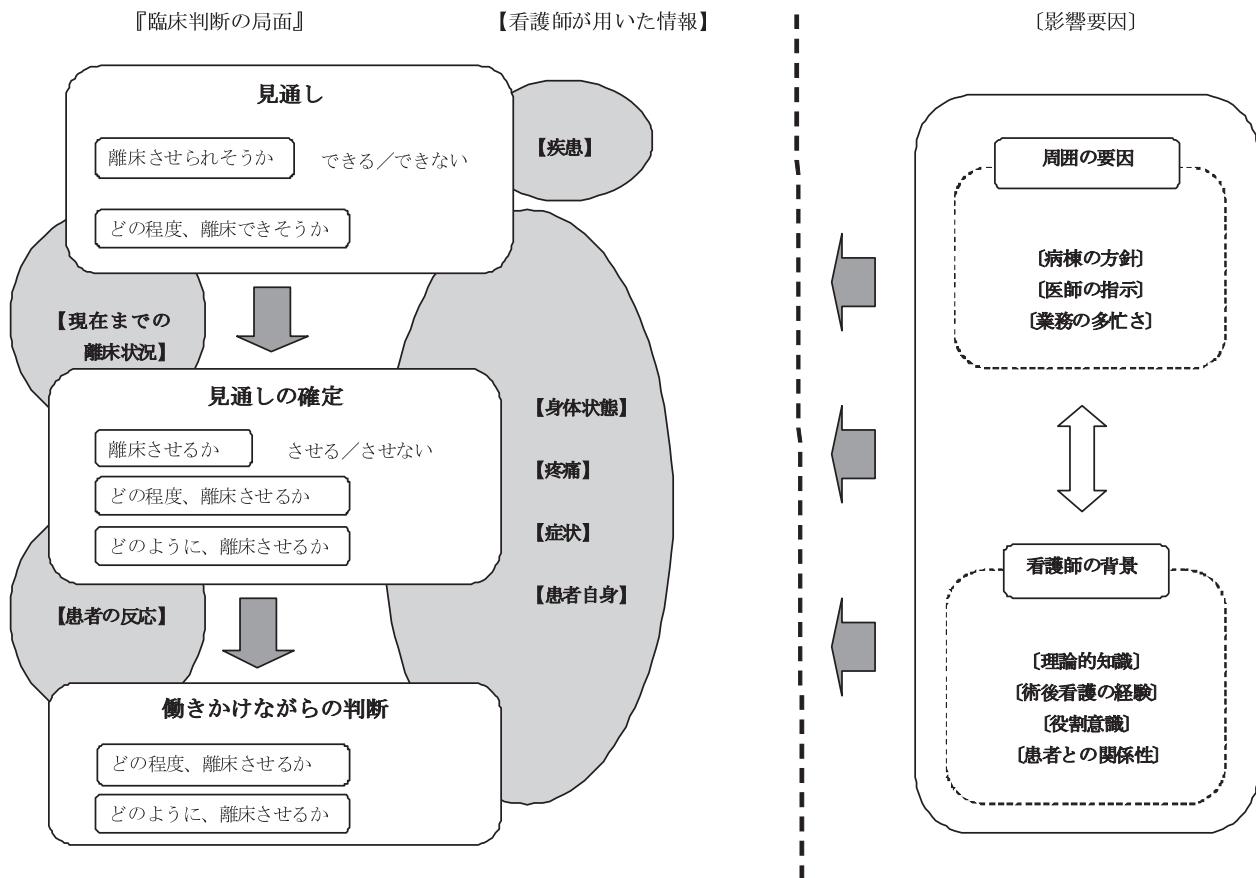


Figure 1 開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断

るのかについても判断していた。

[事例 6] 術後 2 日目の患者。前日もこの患者を担当していた看護師は、「会った瞬間、あ、いけるなっていう思いも。すごく…、動きが（昨日と）全然違ったんで。表情もそうだし。自分で早く全部できるようになりたいんじゃないかと思って。まぁ状態を見て、いけるんだったらトイレまで行こうと思ったんですよ。」と語った。

[事例 4] 術後 1 日目の患者。訪室した時の様子について、看護師は「腰にこうタオル引いてましたよね。そういうの見て、自分からはゴロゴロもしなかったのかなあって。本当にもう固まっていたって感じだったので…。やっぱりこの人は難しいかな、みたいな。」と語った。

(3) 働きかけながらの判断の局面

そして実際に離床を進める場合には、患者の反応を見ながら判断と働きかけを連続的に行う、働きかけながらの判断を行っていた。

[事例 9] 術後 2 日目の患者。看護師は「術後、痛みは少なからずあるけれど、そこでひるんでしまうとなかなか先に進めない。」と思い、手は止めずにベッドを 80 度程度までアップさせた。気分不快がないことを確認し、足を下ろせるかと声をかけたところ、患者は自力で端座位になった。痰の喀出と深呼吸を何度か促した後、「自分でしっかり座れていたし、できるかな。」と思い、起立、続けて足踏みを促した。患者は無言であったが、「なんかこう、思ったんですよ…うん。歩けそうだったので…。」と廊

下までの歩行を促した。ベッドアップから歩行までの判断、および歩行距離の判断については、「その場の、いける、いける、いけるって感じ。」「あれは予想以上に長く歩けたなと思った。」と振り返った。

2) 看護師が用いた情報

看護師が臨床判断に用いた情報は【疾患】【身体状態】【疼痛】【症状】【現在までの離床状況】【患者の反応】【患者自身】の7つに分類された。

これらの情報は、局面ごとに特徴的な傾向も見られたことから、以下、具体的な事例を提示しながら結果を説明する。なお、看護師が用いる情報は【 】、その具体的な内容は〈 〉、事例中その情報が用いられた局面は最後に（ ）で示した。

(1) 【疾患】

看護師は、患者の病気の進行度などの〈病状〉および〈治療〉という情報から、離床を進めるかどうかの判断を行っていた。この情報は見通しの局面で用いられていた。

[事例3] 看護師は、患者が術前からのステロイドの使用により易感染状態であり、現在、腹腔内感染の〈病状〉にあること、〈治療〉としてネラトンカテーテルを挿入したという情報を得ていた。そのため、「活動によって（体力を）消耗してしまう」と考え、離床はできないという見通しを立てた。（見通しの局面）

(2) 【身体状態】

離床をすすめる際、看護師は、〈バイタルサイン値〉〈呼吸状態〉〈腸蠕動音〉〈創部状態〉、そして腹部に留置されているドレーンからの排液の性状や量といった〈ドレーン状態〉について観察し、患者の【身体状態】が術後の一般的な経過から逸脱していないかどうかの確認をしていた。これらの情報は、前述した3つ全ての局面で用いられていた。また、〈呼吸状態〉や〈腸蠕動音〉の弱さ

などは、離床の必要性を認識するための情報としても用いられていた。

[事例10] 看護師は、状態観察として腸蠕動音を確認した際、「そうですね…、少し弱いですね。また頑張って歩きましょうね。」と患者に声をかけた。また、呼吸音については「(手術) 当日も弱かったです。だからやっぱり、あれなんですよ。(離床)がんばってもらわないと。」と語った。（見通しの確定の局面）

(3) 【疼痛】

【疼痛】は、離床の判断において必ず確認される情報であり、〈患者の訴え〉や〈鎮痛剤〉の内容・使用時間・効果についての情報が含まれた。この情報は3つの局面全てで用いられていた。また看護師は、術式による疼痛の特徴や、疼痛の種類を見極めて離床の判断を行っていた。

なお、【疼痛】は「痛み」の医学用語として用いられ、その種類や性質といった身体・生理学的要素で説明されることが多い言葉である。今回の結果でも、看護師は主として「痛み」の特徴や種類などに着目していたことから【疼痛】と命名した。

[事例5] 看護師は、直腸がんで腹会陰式直腸切断術を行った患者の離床について、「ギャッジアップして腰かけるくらいですかねえ。下にも傷があるっていうのがやっぱり。お尻つくのが痛いっていう感じだから。肛門部痛が強かったら、たぶん…そうですね。お腹の傷より（辛いから）。」と語った。（見通しの局面）

実際の離床の際には、患者の了解を得てベッドを60度程度ギャッジアップしたものの、『お尻痛い…下げて』と言われ再び30度まで下ろした。その時の様子について、「痛そうでしたよね。こう、どこまで我慢できるかなと思って。一瞬いけそうか

なと思ったけど…。あぁ、駄目そうだなって。痛みにやられてるなって思ったので。」と語った。(働きかけながらの判断の局面)

[事例 8] 看護師は状態観察の際、「痛いのはここ…」と自分の腹部を指差した患者に対して、「どんな風に痛みます？じんわり痛む感じ？じくじく痛む感じ？」と確認した。このことについて後に看護師は、「どういう痛みだから動かせるなって、自分に言い聞かせるために（確認した）。」と振り返った。（見通しの確定の局面）

(4) 【症状】

看護師は、疼痛以外では、〈嘔気〉〈めまい〉〈気分不快〉などの情報も得ていた。これらの情報は、全ての局面で用いられていたが、特に働きかけながらの判断では、離床の際の起立性低血圧の症状としてタイムリーに観察されていた。また、患者の【症状】によっては、看護師が離床はさせないという判断をする際の重要な情報となっていた。

[事例 7] 看護師は、「できるなら起こしたい」と見通し立てていた。患者と直接会った後、「痛みに対してだったら、こちらがこう介入すれば、痛いところ押さえてとか、手伝いますからって言って離床を進めることは可能かなとは思うんですけど。吐き気に対しては、なんかこう、こちらがお薬を入れたとしても、補助して離床っていうのはちょっと無理かなっていう…。」と、離床をすすめないと判断した理由を振り返った。（見通しの確定の局面）

(5) 【今までの離床状況】

看護師は、主に見通しおよび見通しの確定の局面上において、患者が今までに一度も離床を行っていないのか、行っているとすればどの程度までだったのかといった、【今までの離床状況】についての情報を参考にしていた。

[事例 10] 看護師は、術後 2 日目の患者の離床について、前日は廊下に出るところまで歩行をしたという報告を受けた。そのことについて看護師は、「どのくらい歩けるのかっていうのが分からなかったけど、昨日廊下に出るまでそんなに危ない感じではなかったっていうから…。まぁ、本人を見ながら廊下歩行をしてもらおうかなとは思つたんですけど。」と語った。（見通しの局面）

(6) 【患者の反応】

看護師は、【患者の反応】として、〈行為／動き〉〈表情〉〈顔色〉〈言葉〉を読み取り、離床のための判断に用いていた。〈表情〉には笑顔・苦笑・しかめる・閉閉眼、〈言葉〉には言葉の内容・口調・無言などが含まれていた。これらの情報は、患者と直接関わる見通しの確定および働きかけながらの判断の局面で用いられていた。

[事例 1] 看護師は患者の清拭の際の様子について、「側臥位にどの程度楽になれるかとか、あとは顔色ですか。表情とか…（中略）…（患者が）自分からころっと横向いて大丈夫だよなんていいながらやっていたので。」と語った。その後座位になることをすすめ、さらに表情に変化がないことを確認して立位になることを促した。（見通しの確定、働きかけながらの判断の局面）

(7) 【患者自身】

看護師は、主に患者と直接かかわることで得られる〈性格〉〈活気〉〈意欲〉についての情報も離床の判断に用いていた。これらの情報は、ケアの引き継ぎの際に看護師同士で共有される場合と、術前から患者と関わる中で看護師個人がもつものとがあった。

[事例 6] 看護師は、前日も受け持ったこの患者について、「控えめな方」「がんばりやさん」という印象を持っていた。また、家族の付き添いもなく、「自分で頑張らなきゃ

と思っている」という患者の意欲についてチームカンファレンスを通して知っていた。離床を促した際、「はい」と即答した患者に対し、「やっぱりこの人は（離床が）早いかも。」と思い、廊下歩行を促した。（見通し、見通しの確定の局面）

3) 臨床判断への影響要因

看護師の臨床判断への影響要因として7つの項目が挙げられた。これらは、看護師を取り巻く周囲の要因としての〔病棟の方針〕〔医師の指示〕〔業務の多忙さ〕と、看護師自身の背景要因としての〔理論的知識〕〔術後看護の経験〕〔役割意識〕〔患者との関係性〕の2つに大別できた。

(1) [病棟の方針]

術後3日間は毎日患者の清拭を行うという病棟独自の決めごと、あるいは業務を行う順番といった病棟の方針は、看護師が患者のもとを訪れ、離床を促すタイミングに影響していた。

〔事例9〕 離床ケアのタイミングについて、
看護師は「清拭の後流れで歩かせて、それが駄目だったら14時の検温の前の、やっぱり空いてる時間にやらないと。そのタイムスケジュール。その2か所。」と語った。

(2) [医師の指示]

医師の指示は、看護師の臨床判断に大きく影響していた。特に消化器外科における経験の少ない看護師にとっては、自分自身の判断にまだ自信を持てないことから、医師の指示は離床の判断に直接影響を与える要因となった。

〔事例8〕 看護師は、術後1日目の患者の苦痛の表情などから、本日はベッドアップくらいとの見通しを立てていた。しかし医師が歩行の許可を出したことを知り、目標を「端座位までですね。」と変更した。その時の思いについて看護師は、「（医師の指示の影響は）大きいです。（医師が歩行許可

を出したので）だったら座っていかないと、歩く（という目標の）半分もいかない。」と語った。

(3) [業務の多忙さ]

「ちょっと（業務に）余裕がなかったので、少し過ぎてからと思って…。」「仕事の関係上？（中略）自分が動きやすいように動いたって感じ。」などのように、他の業務との兼ね合いにより離床ケアのタイミングを変更するなどの形で影響していた。

(4) [理論的知識]

「おなかの動きが弱かったので。」「寝かせておくこと、いいことではない。」「離床が一番の治療だと頭ではわかっていたので。」などのように、看護師が持つ早期離床の必要性の知識が実際の離床の判断に影響していた。これらの知識は、単に早期離床が重要であるということだけではなく、看護師がその根拠を理解していることを示している。根拠の裏付けのない看護師自身の経験的な知識とは明確に区別するため、ここでは理論的知識とした。

(5) [術後看護の経験]

看護師としての術後看護の経験であり、以前関わった患者と目の前にいる患者を比較するという形で判断に影響を及ぼしていた。

〔事例4〕 術後1日目の患者の様子について、
看護師は「大体みんな、1日目からこう、動いたりとかそういう風にしないで、本当にただお地蔵さんみたいに固まっているって感じですかね。」と語り、目の前にいる患者について、「普通の術後1日目の患者さんって感じ。」と述べた。

(6) [役割意識]

「日勤でみてる人の使命じゃないけど、全然動けなかっただっていうと…ちょっと（次の勤務者にその情報を）送るのも嫌だな。」というように、離床の必要性の知識や医師の指示の上に、さらに

看護師の役割意識という形となって判断に影響していた。

(7) [患者との関係性]

以前に患者と関わったことがあるかどうかという患者との関係性は、患者に関する情報量を変化させ、判断に影響を与えていた。

[事例 10] 術前は夜勤で担当したのみで、日勤での担当は術後 2 日目が初めてだったという看護師は、片麻痺のあるその患者の離床について、「その麻痺…、どのくらい歩けるかっていうのが術前の時点で分からなかったから。どうしようかなーと思った。」と語った。

V. 考察

1. 開腹術後の早期離床ケア場面における 看護師の臨床判断の特徴

分析より明らかになった 3 つの局面（見通し、見通しの確定、働きかけながらの判断）を通し、全ての事例における場面間の関係性、および看護師が用いた情報と影響要因との関係性について、開腹術後の早期離床場面という視点で検討した。すると、開腹術後の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断の特徴には、1) 治療内容から腹腔内の変化を把握する、2) 開腹術後の疼痛の種類を見極める、3) 不快による離床の限界を見極める、の 3 つがあると考えられた。

1) 治療内容から腹腔内の変化を把握する

〔術後看護の経験〕のある看護師は、患者の【疾患】からの予測に加え、【身体状態】や【症状】といった情報を得て、患者個々の現在の状態を把握し、離床の見通しを立てていた。これは、患者自身の現在の状態や状況を判断してから援助の方向性を決定とした既存の報告（田嶋、2002；畠地、1999）と同様のプロセスであった。

特に今回、離床の見通しを左右するものとしては、【疾患】の情報が特徴的であった。潰瘍性大腸炎のように術前にステロイドを使用したり、術後に腹腔内へのドレーン留置がある場合には、看護師は常に腹腔内感染という〈病状〉の可能性を視野に入れ、【身体情報】として〈バイタルサイン値〉や〈ドレーン状態〉の観察を行っていた。そしてどのような〈治療〉が行われているのかを把握し、〈症状〉を悪化させると予測した場合には離床はさせないと判断をすることもあった。また、開腹術後の重要な合併症にイレウスがあるが、看護師は、〈腸蠕動音〉を聴取し、弱い場合には、合併症予防という〔理論的知識〕のもと離床の必要性を説明し、促すことを行っていた。

このような看護師の状態把握は、目に見えない腹腔内の変化を常に予測しながら観察を行うことで可能になる。そしてその予測には、〔理論的知識〕として開腹術後に特有の合併症を理解していること、および〔術後看護の経験〕を通して一般的な術後患者の反応・経過を知っていることが重要であり、目の前にいる患者の状態に照らし合わせたり比較したりすることで判断を行っていると考えられた。

2) 開腹術後の疼痛の種類を見極める

直接患者に接する前の見通しの局面においては、看護師は【疼痛】の情報を得ても「タイミングを見て起こしたい」と考え、【疼痛】の存在が離床させないと判断に直接つながることはなかった。しかし、直腸がんの術後のように腹部正中に加えて会陰部にも創ができるような術式の場合には、座位になることでの疼痛増強を視野に入れた離床の見通しを行っていた。

そして看護師は、患者と直接関わる中で【疼痛】の種類を見極め、離床させられるかどうかを判断していた。患者の【疼痛】が、誰にでも起こる術後の急性疼痛であるのか、あるいは合併症として

の腹腔内感染のような異常な痛みなのかの判別のために、【身体状態】として〈ドレーン状態〉を確認したり、どのように痛むのかという〈患者の訴え〉を確認したりしていた。また、患者の訴える痛みが、腸管麻痺回復後の腸蠕動によるものではないか、【身体状態】として患者の〈腸蠕動音〉を聴取することも行っていた。

『働きかけながらの判断』の局面では、【疼痛】があったとしても「お腹の傷、真ん中だと…お腹おさえて、なんとか起きられるんですよ。」というように、看護師は【疼痛】をできるだけ最小限に抑えて離床をすすめていた。そのために、実際どのタイミングで援助するのか、援助は直接患者の身体に触れて行うのか、見守るのみとするのか、あるいは声掛けをするのかなどを、【患者の反応】によって即座に判断して行動していると考えられた。

3) 不快による離床の限界を見極める

「できるなら起こしたい」と考えていたにも関わらず、実際には離床させないと判断した事例を見てみると、【症状】として〈嘔気〉があり、看護師は薬剤以外での介入の困難を感じていた。特に開腹術を行った患者には、術後数日間は疼痛をコントロールするために硬膜外鎮痛法（脊髄硬膜外腔に持続的に鎮痛薬を注入して鎮痛を図る方法）が施行される。硬膜外鎮痛法で用いられる鎮痛薬としては、呼吸抑制や恶心・嘔吐を副作用とするオピオイド（オピオイド受容体に作用する鎮痛薬で麻薬に指定されているもの）や血圧低下などの副作用がある局所麻酔薬が使われることが多い（鎌倉ら, 2008）。そのため看護師は、患者の【疼痛】の程度を見極めると同時に、鎮痛薬の副作用としての〈嘔気〉や〈めまい〉の程度、あるいは〈バイタルサイン値〉や〈呼吸状態〉といった【身体状態】を観察し、離床させるかどうかの判断をしていた。

次に働きかけながらの判断では、看護師は、起立性低血圧としての〈嘔気〉〈めまい〉〈気分不快〉の【症状】を観察していた。そして同時に【身体状態】としての〈バイタルサイン値〉や〈呼吸状態〉を観察しながら、どの程度離床させるか、あるいはどこで引き返すかを見極めていた。これは、今回の調査で看護師自身がその時に取った行動について尋ねられた時に、「たぶん…」「そう思ったんですよ」などと語ったように、〔理論的知識〕をもって分析的に下す判断とは異なるものである。このような知識を、Tanner (2000) は経験的知識と呼び、ハウトゥ的な知識である理論的知識とは対照的な、経験を通して身に着く熟達したノウハウであると説明している。今回の調査でも、看護師が連続したやり取りの中で【患者の反応】を読み取り、即座に判断して行動する際には、〔術後看護の経験〕が重要な影響要因になっていることを示していると考えられた。看護師が臨床判断に用いる情報としては、表情・目つき・行動や患者のかもし出す雰囲気などがあったとする報告がある（馬場, 2007；矢内, 2003）。今回の結果でも、看護師は〈行為／動き〉〈表情〉〈顔色〉〈言葉〉といった【患者の反応】を用いて、どのように離床させるかをその場で判断していた。

2. 効果的な早期離床ケアの方法を 伝えるために必要なこと

前述した3つの特徴は、同時に、効果的なケアに必要な看護師の臨床判断能力を示している。そしてこれらの臨床判断能力には、看護師個人の〔理論的知識〕と〔術後看護の経験〕が影響していると考えられた。つまり、〔理論的知識〕や〔術後看護の経験〕の少ない看護師や看護学生（以下、初心者）がその能力を獲得するためには、これらを効果的に身につけていくことが課題になると見える。

Benner (2005) は、見る（把握する）能力は患

者の状況が変化する中でこそ身につくものであり、熟練した臨床家の指導のもとで患者のベッドサイドで学習する方法が良いと述べている。離床をさせるか否かの判断にはまず、開腹術後の身体の変化の理解と異常を見極める力が必要であった。初心者は、熟練看護師と共に患者の観察を行うことで、〈バイタルサイン値〉〈呼吸状態〉〈腸蠕動音〉〈ドレーン状態〉を確認する方法とそれらを観察する根拠を体得し、術後経過に沿った【身体状態】の正常な変化を理解することが可能になる。さらに様々な状況を体験することで、正常からの逸脱や疼痛の種類の見極めが可能になると思われる。

しかし、初心者と熟練看護師とが行動を共にしたとしても、お互いが目の前の現象と同じように捉え理解することは限らない。したがって、特に初心者の患者に対するケアがうまくいかなかった場合では、どのような臨床判断を行ったのかということを検証する必要がある。そして、そのような状況では、初心者にその場面での思考を語ってもらうナラティヴが有効であると考える。

ナラティヴとは、「ある時は〔物語〕を意味し、ある時は〔語ること〕を意味する言葉、そして、さらに、その両者の連続性を意味する言葉」であるとされる（野口、2007）。ナラティヴに関する文献から用語の意味合いと効果を明らかにした研究（植村ら、2005）では、その意味合いの1つに〈医療者・看護者・看護学生が語る〉ことがあり、自己の医療・看護の体験を語ることで、自己の行為の客観視と意味づけ、実践知の集積・技術化、実践知の共有という効果が得られると述べられている。つまり、初心者がケア場面について語る時、「物語がどこで始まり、何を語り、何が省かれ、どこでどのように物語が終わるかを見れば、物語る人の理解状況に近づくことができる。」（Benner, 2005）ため、熟練看護師は、初心者の思考を理解することができ、効果的な指導を行うことが可能になる。そして、早期離床ケアに関するナラティ

ヴの共有は、ケアの直後やカンファレンスの時間を利用して行うことが効果的であると考える。

次に、患者の離床意欲を低下させずに離床を促すためには、疼痛をコントロールする技術が重要となる。開腹術後は、疼痛をコントロールするために硬膜外鎮痛法を用いることが多いため、副作用としての嘔気やめまいなどの症状がないかどうかを確認し、必要があれば医師との協働により薬剤の調整する必要があると考えられた。医師との協働関係として、看護師は発話を用いて医師に情報・見解を供与し、指示の変更を促しているという報告がある（中川ら、2008）。熟練看護師がこのような姿を示すことは、初心者が的確な判断根拠を学習すると同時に、看護師としての自律性やコミュニケーション能力を身につける際のロールモデルとなると考える。

さらに、初心者は実際の離床手順や方法についてのコツを身につける必要がある。ここでも熟練看護師と行動を共にすることで、体動時に創部を直接圧迫するなどの直接的な介助方法や、疼痛を増強させない動作方法の説明の仕方、あるいは動けたことに対する患者への正のフィードバックの効果などを学習することが可能となる。また今回の結果では、離床の限界の見極めについて、その場では看護師が論理的な思考を経ずに行動に至っていると考えられる場合もあった。しかしそのような場合でも、実際には患者の反応を読み取り、即座に判断していることから、今度は熟練看護師の思考を語ってもらうナラティヴの場を設ける必要があると考える。今回、「なんかこう、歩けそうだった。」と語った看護師は、後の面接で、「ふらふらしないっていうか」「緊張して肩に力が入って、背中が丸まって、か細い息だったから（深呼吸を促した）」「ちょっと待ったらサーチ（経皮的酸素飽和濃度値）も上がってきただのでまだいいかなって」と、その場での判断について語っていた。これは根拠の明確な〔理論的知識〕ではなく

く、経験によって身に付けた実践的な知識である。つまり、ナラティヴは、普段は言葉として表現しにくい看護師の感性や感覚といった内容をも伝達することを可能にするのではないだろうか。

熟練看護師のナラティヴの共有は、“看護を語る会”や“ナレッジ交換会”という名で場を設ける試みも行われ（東，2007；枠田，2007）、効果的な教育方法の一つとして大きな可能性があると思われる。

最後に、患者に合わせた早期離床ケアを行うためには、常に【患者自身】の〈性格〉〈活気〉〈意欲〉という情報に注目する必要があることがわかった。しかしこれらの情報は、Tanner（2000）が「あらかじめ抱いているステレオタイプのために十分な情報を求めないかもしれない」と述べるように、看護師1人では偏った情報のみから判断をする危険性もあると考えられる。これらの情報は、短い入院期間の中で効率的に伝達する必要があることから、看護師が術前術後を通して同一の患者に関わることができる看護体制を確保することと同時に、複数の看護師の意見が集約できるカンファレンスなどの場を用いてそれらを共有していくことが重要であると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者となった9名の看護師のうち、開腹術後看護の経験期間が1年未満の看護師が5名であり、経験年数が短い傾向にあった。そのため、今後は経験のある看護師に焦点をあてることで、その実践知をより明らかにすることができ、学生および経験の少ない看護師の教育のためのより具体的な資料を作成することなどが課題になると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり調査にご協力いただきま

した看護師、患者の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本論文は修士論文の一部に加筆修正したものであり、第27回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文 献

- 畦地博子、梶本市子、柏田孝行他（1999）。精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ *Quality Nursing*, 5 (9), 51-61.
- 馬場香織（2007）。精神科急性期病棟における暴力の危険性の察知と看護師の臨床判断 日本精神保健看護学会誌, 16 (1), 12-22.
- 江波戸和子（2002）。精神科急性期における頓用薬の使用状況とそれに関わる看護師の判断とケア 東京女子医科大学看護学部, 5, 27-35.
- 東めぐみ（2007）。看護の質を高める経験の語り合い－認め合い、信じあえる組織力が患者を支える 看護展望, 32 (13), 1255-1262.
- 岩田幸枝、國清恭子、千明政好他（2005）。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.
- 鎌倉やよい、深田順子（2008）。周手術期の臨床判断を磨く 手術侵襲と生体反応から導く看護 医学書院, 115.
- 亀山仁一、大塚聰、吾妻正章他（1993）。早期離床とリスク管理 臨牀看護, 19 (6), 764 - 767.
- 厚生統計協会（2009）。厚生の指針 臨時増刊 国民衛生の動向, 54 (9), 財団法人厚生統計協会, 50-53.
- 枠田三枝子（2007）。臨床の知と技の共有を図る「ナレッジ交換会」－個から組織の知へ－ 看護展望, 21 (13), 17-22.
- 中川典子、林千冬（2008）。看護師－医師関係における会話の特徴と協働関係の形成 日本看護管理学会誌, 12 (1), 37-48.
- 中西純子、梶本市子、野嶋佐由美他（1998）。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), 71-81.
- 西浦郁絵、能川ケイ、服部素子他（2005）。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部紀要, 24, 17-25.
- 野口裕二 (2007). ナラティヴとは何か インターナショナルナーシングレビュー, 30 (1), 16-20.
- 小笠原充子 (2003). 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.
- P.Benner, P.L.Hooper-Kyriakidis, D.Stannard (1999). *Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care A Thinking-In-Action Approach* W.B.Saunders Company.
- (P.ベナー, P.L.フーパー＝キリアキディス, D.スタンナード. 井上智子 (監訳) (2005). 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)
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子他 (2006). 精神科看護師のクリニカルジャッジメント—保護室に入室している統合失調症患者からの要求に対して— 北海道医療大学福祉学部学会誌, 2 (1), 115-124.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子他 (2004). 保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師のクリニカルジャッジメント—判断に影響する要因に注目して— 青森保険大雑誌, 6 (2), 9-18.
- 柵瀬信太郎 (1998). 術後の体位変換と早期離床 外科治療, 78 (6), 1070 - 1076.
- 佐野公治, 片田栄一, 浅井直人他 (2003). 開腹術リハビリテーションにおける術前リスクコア導入後の肺合併症予防について 名古屋市立病院紀要, 26, 77 - 78.
- 鷲岡直人, 佐々木孝夫 (1998). 臥床はなぜ呼吸に悪いのか 呼吸と循環, 46 (3), 253 - 259.
- 田嶋長子 (2002). 精神科看護者の臨床判断の構造と特徴 高知女子大学看護学雑誌, 27 (1), 22-31.
- Tanner, C.A. (2000). 和泉成子訳. 看護実践における Clinical Judgment, インターナショナルナーシングレビュー, 23 (4), 66-77.
- 植村由美子, 水戸優子, 牧野美幸他 (2005). 看護教育にナラティブをとりいれることの意義と方法－文献からの検討－ 神奈川県立保健福祉大学誌, 2 (1), 63-72.
- 山崎加代子, 酒井明子, 高原美樹子他 (2006). 看護師の緊急性の判断に関する研究－初期～三次対応の救急外来において－ 日本救急看護学会誌, 7 (2), 7-16.
- 矢内里英 (2003). アルコール・薬物依存症病棟における頓用薬使用についての看護判断の特徴と構造 日本精神保健看護学会誌, 12 (1), 113-120