

急性期入院患者の異常を察知する 診療看護師（NP）の臨床判断の分析

Analysis of clinical judgment in nurse practitioners who sense abnormalities
in advance of hospitalized acute patients

服部貴夫¹⁾・阿部恵子²⁾・山中真²⁾・黒澤昌洋²⁾・肥田武³⁾

1) 社会医療法人大雄会 総合大雄会病院 2) 愛知医科大学大学院 3) 一宮研伸大学

要 旨

【目的】

診療看護師（NP）が、急性期入院患者の異常を察知する際にどのような認識と、実践を行っているのかという思考プロセスを想起により言語化することで臨床判断の特徴を明らかにする。

【方法】

本研究では、研究同意が得られた診療看護師（NP）に半構成面接を行った。データ分析は、SCAT（Steps for Coding And Theorization）を用いた。

【結果】

テキストデータから56の構成概念を抽出し、その構成概念を紡ぎ、ストーリーラインを作成し、そこから22の理論記述が得られた。この理論記述の背景、関係性を整理したところ、4つの「予測・認識・思考のフェーズ」と、2つの「実践フェーズ」、加えてフェーズ間を繋ぐ「異常補完アプローチ」の関係が明らかとなった。

【結論】

診療看護師（NP）は、異常を察知する臨床判断に繋がるファーストステップとして、【異常の予測】先行による【異常の察知】を行うプロセスを強く意識している。臨床判断に基づく実践には、【看護学的治療介入】と、【医学的治療介入】があり、この結果を【治療反応の追跡】を通じて評価している。異常補完アプローチには、【不可逆変化移行への予防的働きかけ】により、【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行うだけでなく、【円環型思考プロセス】による異常への原因検索を繰り返すことでより質の高い、安全な患者ケアの提供に繋がっている。

Key Words：異常の察知，臨床判断，診療看護師（NP）

I. 緒言

クリティカルケア領域では、患者が身体機能の安定性が保持できずに急速に不安定な状態に陥る危険性がある。そのため、看護師は曖昧で予想のつかない状況や、予想とは明らかに異なる場合には思考と判断を働かせる必要があり、絶え間なく変化する臨床場面の展開に応じ

た対処、実践が求められる¹⁾。このことから、クリティカルケア領域の看護師には、患者状態の把握を行い、迅速なケアを提供することで危機を回避し、生命機能と身体的安定を維持するためのケアとケア双方の視点による臨床判断が求められている。

先行研究においても、患者状態、反応、病態生理、身体機能、予備能など状況を包括的に判断し、状態が悪化

する前に予防できるようなケアに繋げなければならないと報告され、ケアとキュア双方の視点の重要性が示されている²⁾。しかし、看護師は医師と比較し医学的専門知識が低く適切な医学的判断が出来ず急変に至るケースも示されている³⁾。このように、クリティカル領域における看護師には、ケアとキュア双方の視点が必要であるが看護学のみでの知識では限界があり、高度な医学的知識も必要とされている。

このような、高度な医学的知識と看護実践力をもつ看護師として米国にはNurse Practitioner（以下NP）がいる。NPは、1965年より高度な医学的知識に基づいて地域医療だけではなく、急性期ケア領域などの幅広い分野において疾病予防から急性および致死性のケア管理を行う者として活動している⁴⁾。このように、高度な医学的知識を持ち高い看護実践能力を持つNPはクリティカル領域においても適切な判断を行うことが可能であり、高い臨床判断能力を持つ一看護職であると考えられる。

我が国では、2008年に日本NP教育大学院協議会により診療看護師が養成され、対象者にタイムリーかつ効率的に、質の高い医療的介入ができ、「症状マネジメント」を行うことを役割としている⁵⁾。このような幅広い分野での活躍が求められる診療看護師（NP）の中で、クリティカルケア領域に従事する者は、急性期疾患患者を中心にカバーすることができる看護のスペシャリストとして医師と協働して治療的介入を行うことが求められている。このことから、従来までの看護師としてのケアとキュアだけではなく、より高度な医学的な知識に基づいた医師のキュア視点を持ち、実践現場での確かな臨床推論と治療的介入を実践することが期待されている。

よって、クリティカルケア領域における診療看護師（NP）の臨床判断は、医学的視点を加えることで、従来までの看護師では気づくことが難しい患者に生じる異常な徴候の発見が可能となり、その結果、よりタイムリーな看護、治療的介入の実践に繋がっていると考える。

しかし、クリティカルケア領域の診療看護師（NP）の臨床判断に関する研究報告は行われていない。そこで本研究の目的は、クリティカルケア領域に関わる診療看護師（NP）が、急性期入院患者の異常を察知する際にどのような認識と実践を行っているのかという臨床判断における思考プロセスを明らかにすることとした。

II. 方法

1. 用語の定義

- 1) 異常の察知：入院中の急性期にある患者の身体・精神的な病状が悪化する前に気が付くこととした。
- 2) 臨床判断：適切な患者データ、臨床知識および状況に関する情報から、認知的な熟考や直観によって、患者ケア、治療について決定を下し、実践を行うこととした。
- 3) ケアとキュア：患者家族に対する看護学的な療養支援と医学的治療介入を行うこととした。

2. 研究対象者

東海地方の1～2年の臨床研修を修了した3年目以上のクリティカルケア領域の診療看護師（NP）3名。

3. データ収集期間

2019年1月～2019年4月30日。

4. データ収集方法

研究への参加に同意を得られた研究対象者に、インタビューガイドを用いた1人1回、60分程度の半構成面接を行った。

インタビューにおけるやり取りは、研究参加者の同意を得た上でボイスレコーダーに録音し、自身の体験より自由に語ってもらった。研究対象者の返答によっては、質問の追加修正等を行い、主要目的より大きく外れないように意識した。

5. データ分析方法

インタビューより得られた音声データを逐語録化し、Steps for Coding And Theorization（以下SCAT）にて分析を行った。SCATは、4ステップのコーディングと、そのテーマ・構成概念を紡ぎ、ストーリーラインと理論を記述することによって言語データの潜在的背景を抽出し、採取データ全体の使用と、分析経過の常時可視化による反証可能性の確保が特徴である分析方法である。1つのケースのデータやアンケートなどの比較的小さな質的データの分析にも有用とされているため、本研究においても有用であると考えた。

6. 倫理的配慮

研究対象者の自由意思に基づいていること、参加しないことでの不利益が生じないことの説明、事前の日時協議、依頼文にて研究の意義、目的、方法についての説明を行い、愛知医科大学看護学部倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た後に研究を開始した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者概要

本研究において対象となった3名の診療看護師（NP）は経験が3年以上の自律した臨床実践を行っており、其々が急性期の患者を対象としている。麻酔科、脳神経外科と所属診療科は異なっていた。参加した診療看護師（NP）3名の概要を表1に示す。

2. 面接の概要

総面接時間は計129分33秒、1回の面接時間平均は43分11秒、40,001文字の逐語録となった。なお、面接の途中辞退者はみられなかった。

3. 分析結果

急性期入院患者の異常を察知する診療看護師（NP）の臨床判断として、56の構成概念が抽出され、ストーリーラインの記述の後に理論記述により22の理論が抽出された。ストーリーラインより導き出された結果である理論の記述は、3名分のストーリーラインを統合した形で表2に示す。

理論記述の背景、関係性を整理した結果、図1に示す異常を察知する診療看護師（NP）の臨床判断の構造が導き出された。この構造に示される黒矢印は各フェーズへ移行する際の思考、実践への流れを示しており、赤矢印はフェーズ間をつなぐ関係性を示す。以下、本文中の【 】を構成概念、「斜体」をテキストデータとして示し、テキストデータで分かりにくい箇所は（ ）で1から3文字程度の言葉を補いつつ、結果をフェーズ毎に分けて説明する。

1) 第1フェーズ「事前情報の解釈」

診療看護師（NP）は、「事細かに情報は、ベースとしては持って」いるというように【患者の事前詳細情

報】として、「カルテからその人の病名だったり、例えば既往歴っていうものももちろん拾っていたりとか、後は今までの経過」や「直近の採血データも分かって（い）ましたし、ご家族との関係性も含めて、社会的なところも含めて病状を分かって」いるといったことが前提にあり、臨床判断を強化するために【疾患名・既往歴・生活歴・入院経過・治療内容】を捉えている。診療看護師（NP）は、捉えた【患者の事前詳細情報】から「ぶつちぎりの情報じゃなくて丸っとその人を気にかけて」ることにより【患者背景を踏まえた一連の情報解釈】を行っている。この【患者の事前詳細情報】による【患者背景を踏まえた一連の情報解釈】には、「色んなトピックスを収集しておかないと」診療看護師（NP）の「臨床判断能力に影響を及ぼす」ため異常変化に「気づくのもそうだし気づけるように日頃から努力しておく」ことを目的とした【自己研鑽による知識アップデート】が日常的に行われている。

2) 第2フェーズ「異常の予測と察知」

診療看護師（NP）は、「直接命に関わる事もある」ため「最悪なシナリオを頭に思い描いて患者さんを見て（い）る」という患者の生命に関わる不安を想起していることから【異常の予測】を行っている。「病状を悪化させないためにこれから起こる事を予測して」「どういった対処ができるのかっていうのは常日頃考え」といった【異常の予測】から対応策を模索し【身体的異常変化の予測】、【心理的不安定性の予測】や【医原性生理学的異常の予測】を行うことで、診療看護師（NP）としての【異常の予測】から患者状態悪化を事前に把握し【異常の察知】に繋げることで「早期発見に違いが出る」と考えている。

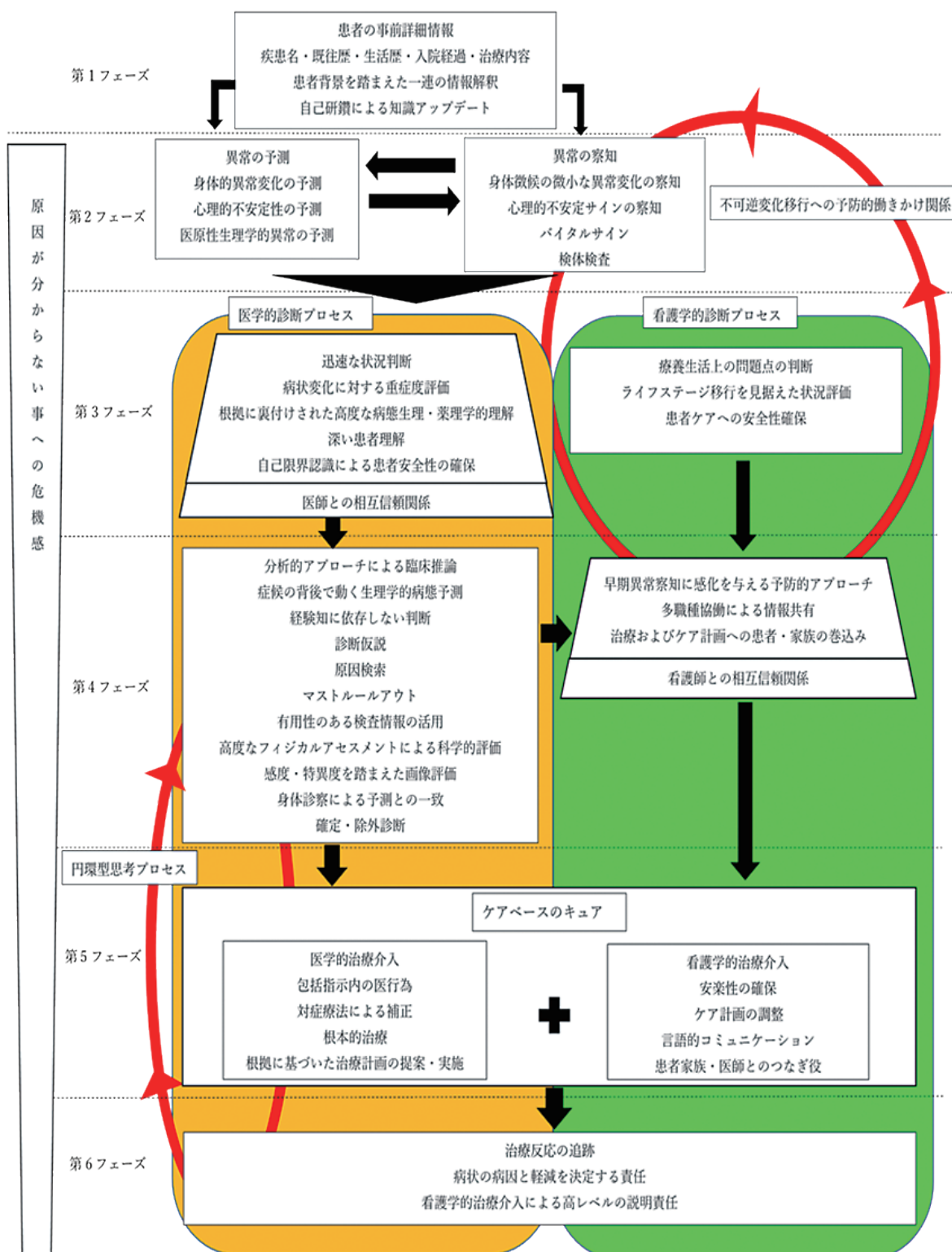
また、【異常の察知】には、「バイタルサインの崩れが一回あったっていう身体的徴候」や「なんとなく具合が悪い」といった通常とは異なる患者の異常変化から、「何かおかしいなって」「ちょっと（イ）やな予感がする」という「臨床症状を見て」気づくことで【身体徴候の微小な異常変化の察知】を行っている。さらに、心理的異常変化の察知としては、「せん妄みたいになっちゃう可能性」や「落ち着きが悪かったっていう所が刺激によるものじゃない」という気づきだけではなく「患者さん何か言いたそうだなって」という「患者さんの中では、問

表1 参加した診療看護師の概要

	A氏	B氏	C氏
活動領域	クリティカル領域	クリティカル領域	クリティカル領域
年齢	30歳代	40歳代	30歳代
性別	男性	女性	男性
施設	総合病院	総合病院	総合病院
所属診療科	麻酔科	脳神経外科	麻酔科
診療看護師経験年数	4年目	8年目	4年目
実践内容	麻酔管理 集中治療管理	病棟管理	麻酔管理

表2 理論記述

- ・【患者の事前詳細情報】として【疾患名・既往歴・生活歴・入院経過・治療内容】から【患者背景を踏まえた一連の情報解釈】をする。
- ・【患者の事前詳細情報】には【自己研鑽による知識アップデート】も行う。
- ・【異常の予測】として【身体的異常変化の予測】、【心理的不安定性の予測】や【医原性生理学的異常の予測】をする。
- ・【異常の察知】としては、【身体徴候の微小な異常変化の察知】や【心理的不安定サインの察知】を【バイタルサイン】、【検体検査】などより行う。
- ・【異常の予測】、【異常の察知】後は、【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】へ同時並行的に移行する。
- ・【異常の予測】、【異常の察知】のフェーズから【原因が分からない事への危機感】を抱き続ける。
- ・【医学的診断プロセス】では、【迅速な状況判断】を行う。
- ・【迅速な状況判断】により【病状変化に対する重症度評価】と【根拠に裏付けされた高度な病態生理・薬理学的理解】に基づく【深い患者把握】を行いつつ、【自己限界認識による患者安全性の確保】に努める。
- ・【迅速な状況判断】の基盤として、【医師との相互信頼関係】が重要である。
- ・【看護学的診断プロセス】では【療養生活上の問題点の判断】を行う。
- ・【療養生活上の問題点の判断】により【ライフステージ移行を見据えた状況評価】を行いつつ【患者ケアへの安全性確保】に努める。
- ・【医学的診断プロセス】では、【分析的アプローチによる臨床推論】として【症候の背後で動く生理学的病態予測】から【経験知に依存しない判断】より【診断仮説】を挙げ、同時に【原因検索】を行う。
- ・【マストルールアウト】のために、【有用性のある検査情報の活用】や【高度なフィジカルアセスメントによる科学的評価】である【感度・特異度を踏まえた画像評価】と【身体診察による予測との一致】から【確定・除外診断】を行う。
- ・【看護学的診断プロセス】として【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】として、【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行う。
- ・【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行う基盤として【看護師との相互信頼関係】が重要である。
- ・【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】の架橋に基づく【ケアベースのキュア】を行う。
- ・【医学的治療介入】における【包括指示内の医行為】である【対症療法による補正】や【根本治療】などの【根拠に基づいた治療計画の提案・実施】を行う。
- ・【看護学的治療介入】における【安楽性の確保】、【ケア計画の調整】や【言語的コミュニケーション】を行う。
- ・【ケアベースのキュア】により【患者家族・医師とのつなぎ役】を担う。
- ・【治療反応の追跡】には【病状の病因と軽減を決定する責任】と【看護学的治療介入による高レベルの説明責任】が伴う。
- ・【異常の察知】と【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】間には、【不可逆変化移行への予防的働きかけ関係】が生じる。
- ・【治療反応の追跡】から【分析的アプローチによる臨床推論】に繋がる【円環型思考プロセス】が作動する。



この構造に示される黒矢印は各フェーズへ移行する際の思考、実践への流れを示しており、赤矢印はフェーズ間をつなぐ関係性を示す。

図1 異常を察知する診療看護師（NP）の臨床判断の構造

「観点としてとらえる」ことに関しても異常として認識し、【心理的不安定サインの察知】を行っている。これらのテキストデータに示されるような【身体徴候の微小な異常変化の察知】や【心理的不安定サインの察知】は、【バイタルサイン】や【検体検査】などの僅かな異常変化によって行われている。

以上の【異常の予測】、【異常の察知】後は、医学的な視点と看護学的視点である【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】へ同時並行的に移行していく。さらに、このフェーズから他のフェーズにかけても「なんでか知らないけども急に」バイタルの異常変化がみられ「絶対なんかおかしい」と認識するものの「起きた原因がはっきりしなかった」というような【原因が分からない事への危機感】をフェーズを追うごとに徐々に解消していきながら抱き続けていく。

3) 第3フェーズ「医学・看護学の同時並行①—迅速な判断—」

まず、【医学的診断プロセス】では、異常を察知した「瞬間にヤバくなって」思い【迅速な状況判断】を行う。診療看護師（NP）は、「あっヤバい感じ」「これはダメなやつだ」といった患者の異常変化を認識することで【迅速な状況判断】を行うことにより【病状変化に対する重症度評価】を行う。【病状変化に対する重症度評価】の際には、「医学的知識の広がり」から「患者さんの全身を見る」ことを心掛け【根拠に裏付けされた高度な病態生理・薬理学的理解】に基づいて、看護師時代より「幅が広がってよりちょっと（理解が）深くなった」と考える【深い患者把握】に繋げている。これと同時に、「自分で何とかできるかどうかというのはいつも考えていて」、「直ちに医師に報告しなければいけないのか、なんとか自分ができる範囲なのかという判断は常に考え」、自身で「これはもう対応できないと思った」場合は、医師に対して根拠に結び付けた予測の提示を行うことで【自己限界認識による患者安全性の確保】に努めている。また、「必要以上の侵襲を患者に与えている」可能性や「自分の中での区切りがちゃんとつけ（ら）れる」のかという判断が【自己限界認識による患者安全性の確保】を行う上では重要である。これらのような【迅速な状況判断】の基盤としては、患者の治療管理を協働して行う【医師との相互信頼関係】が必須となる。

【看護学的診断プロセス】では医学的ではない看護学的な側面から【療養生活上の問題点の判断】を行う。この身体的・精神的な異常を予測した上での【療養生活上の問題点の判断】により、「家に帰ることを想定してご家族様と一緒に具体的に悩んだり」する【ライフステージ移行を見据えた状況評価】を行い、「患者の問題点っていうのが、そこで途切れないように調整する」、患者の問題点に「気づけるように日頃から努力しておく」ことで【患者ケアへの安全性確保】に日々努めている。

4) 第4フェーズ「医学・看護学の同時並行②—分析と予防—」

医学的な視点である【医学的診断プロセス】では、【分析的アプローチによる臨床推論】として「紙に書いてある情報以上にその中で後ろで動いている生理学的な動きっていうのを考え（ら）れるようになった」ことからより信頼性の高い判断に結び付ける【症候の背後で動く生理学的病態予測】を行う。さらに、「自分の経験知なんてたかが知れて（い）ますし、自分の知識もたかが知れて（い）る」ため「経験知だけで話しては絶対にダメだっていうのは分かって（い）るので、あの～冷静に情報から判断する」という【経験知に依存しない判断】から、「マストルールアウトなりコモン」などの【診断仮説】を挙げ、【原因検索】を行っていく。

診療看護師（NP）は、【マストルールアウト】のために、「看護師としての、見て発見するっていうところにプラスアルファして」「エコーっていう検査を加えたりもできる」ことから【有用性のある検査情報の活用】が行える。また、「自分（診療看護師（NP））の中でこのテストは感度どれくらいっていうのとかが頭（の中）にある」ことで【高度なフィジカルアセスメントによる科学的評価】である【感度・特異度を踏まえた画像評価】や【身体診察による予測との一致】による【確定・除外診断】を行ううえでも「感度とかも比較して自分で考えることができる」。

【看護学的診断プロセス】として「バイタルちょっとこれくらいまでは見て頂きたい」や「何の予兆か分からなかったのでもいつもよりバイタルよろしくね」などと「的確にスピーディーに患者さんにね、対応できるように」【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】を行っている。【早期異常察知に感化を与える予防的ア

アプローチ】として、「相談したりし合ったりっていうそういう関係」から「色々な情報が自分（診療看護師（NP））に集まってくるのでそれを統合して考える」ことで【多職種協働による情報共有】が行え、【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行う。【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行う基盤として【看護師との相互信頼関係】が重要である。

5) 第5フェーズ「医学・看護学の同時並行③—ケアベースのキューア—」

この段階では、【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】の架橋に基づいた「対処するその行動の中にやっぱり医学的な面で薬をもちろん自分で投与量考えて入れる」、「看護としてこういう問題点があるよねっていうのを意識」した「看護師として個別性を重視」した医学の視点と看護学の視点を組み合わせた【ケアベースのキューア】を行う。

【ケアベースのキューア】の中の【医学的治療介入】として「輸液療法をした」、「直ぐに私（診療看護師（NP））の判断で補液を追加」といった特定行為である【包括指示内の医行為】により【対症療法による補正】を行う。この特定行為の範囲内である【対症療法による補正】を行う際には、臨床推論による考えから「補液をするからどうこうって言うよりも、あっ、ここはやっぱり補液必要だなんていう風に考える」思考を持っている。加えて、「それ（原因）に対する対処」として【根本治療】などを行う上でも、「最新のトピックスとか」を踏まえた【根拠に基づいた治療計画の提案・実施】に努めている。

【看護学的治療介入】としては、「患者さんが安楽に過ごせるようにどうするのかって言うと、その人の希望を叶えてあげるのが一番」であり療養生活上の【安楽性の確保】に繋がる。また、診療看護師（NP）として患者状態の悪化という面で言えば、「患者の問題点っていうのが、そこで途切れないように調整する」【ケア計画の調整】や【言語的コミュニケーション】による問題点の表出に心掛ける。【ケアベースのキューア】により診療看護師（NP）は、【患者家族・医師とのつなぎ役】を担っている。

6) 第6フェーズ「医学・看護の同時並行④—追跡—」

診療看護師（NP）は自身で行った治療的介入に対して、「治療によってどのくらい改善したたかかっていうのとかも分かる」ことから【治療反応の追跡】を行う。【治療反応の追跡】には、治療計画に携わる者として医学的な視点である【病状の病因と軽減を決定する責任】が伴い、看護師時代とは「気概が違う」。さらに、「輸液1つ自分（診療看護師（NP））が判断して変え（ら）れるっていう恐ろしさ」も看護業務拡大に伴い感じている。

加えて、「積極的に結果聞かれましたかっていう様なことをお伝えして」「採血の値、値そのものをお伝えすることもありますし、値から考えてこうだって」、「治療方針に関わるところ（ろ）」についても看護学の視点として【看護学的治療介入による高レベルの説明責任】を感じている。

7) フェーズ間の繋がり「異常補完アプローチ」

診療看護師（NP）には、「他の要因もあるかもしれないのでそういう所も見てください」という看護師、コメディカルとの関係性を通じて、「一緒に患者さん見て、助かったわって言うようなことを思って頂けるよう」日頃から心掛けることで、【異常の察知】と【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】のフェーズ間に【不可逆変化移行への予防的働きかけ関係】という異常補完アプローチを生じている。

また、治療が「あんまりあの奏効しない」際に【治療反応の追跡】と【分析的アプローチによる臨床推論】のフェーズ間に【円環型思考プロセス】という異常補完アプローチを作動させる。

IV. 考察

本研究では、4つの予測・認識・思考のフェーズと、2つの実践フェーズ、加えてフェーズ間を繋ぐ関係である異常補完アプローチが明らかになった。以下に、内面的な予測・認識・思考プロセスから構成される臨床判断と臨床判断に基づく実践、フェーズ間を繋ぐ異常補完アプローチについてそれぞれの構成と先行研究との比較から得られた知見について記述する。

1. 内面的な予測・認識・思考プロセスから異常を察知する臨床判断

1つ目のフェーズである事前情報の解釈では、診療看護師（NP）は、臨床判断を常に高い水準で実施・維持していくために、知識を最新の状態に保ち臨床判断を強化していくとともに、これらを前提とした【疾患名・既往歴・生活歴・入院経過・治療内容】から【患者背景を踏まえた一連の情報解釈】を実施していることが明らかになった。この一連の流れには常に【自己研鑽による知識アップデート】が必要とされていた。このような、事前情報の解釈に関連する先行研究では、看護師を対象とした臨床判断について調査を行い、結果として看護師においても「身体の評価と術前準備に関する判断」として、既往歴や術前検査データなどの事前情報を基に術後の合併症評価を行い、その評価結果に基づいて、術前から患者に生じる不安や不穏という異常変化を予測し、必要な患者・家族を含めた臨床判断を実施していると報告している⁶⁾。このように、事前情報をベースとしてその情報から異常を察知するプロセスは、診療看護師（NP）、看護師共に同じであると考えられる。このような、臨床判断に関わる意思決定プロセスについて、先行研究において「事前遭遇データ」が臨床意思決定プロセスの初めに位置するとされており、本研究を通じて明らかとなった診療看護師（NP）の臨床判断のプロセスにも一致している⁷⁾。これらのことから、異常を察知する臨床判断に繋がるファーストステップとして患者の事前情報の解釈が必要であることが示された。

2つ目のフェーズである異常の予測と察知では、診療看護師（NP）は、【異常の予測】を事前情報の解釈から最も悪い状況を想起し、それに対する対応策を考えることで患者状態の悪化を事前に把握する【異常の察知】に繋げている。この【異常の予測】と【異常の察知】の関係は、臨床症状や心理的な変化などの患者に生じている【異常の察知】から【異常の予測】に繋がることもあり、これらの関係は常に行き来し合う同時並行の関係であることが明らかになった。この異常の予測・察知に関連する先行研究では、看護師の異常を予測・察知する判断の特徴について「判断の手掛かりとして以前の類似した経験を用いることで目の前の患者が示す反応を解釈することで早期変化への気づきを行っている比率が高い」と述べており、個々の経験知に基づいた判断を行って

るとしている^{8) 9)}。このように、看護師における異常の予測・察知のプロセスは経験に基づいた患者変化の把握から【異常の察知】を行い、その後起こりうる【異常の予測】に繋げていることが明らかとなっている。今回の調査を通じて、診療看護師（NP）の特徴として、看護師と同様のプロセスを踏み異常の予測・察知をするだけでなく、【異常の予測】先行による【異常の察知】を行うプロセスが強く意識されていることが明らかとなった。この【異常の予測】先行による異常の予測・察知プロセスは、想起した様々な状態変化に繋がる僅かな患者変化を拾い上げる観察を行うことで、より迅速かつ幅広い患者の状態変化を察知することに繋がると考える。

3つ目のフェーズである迅速な判断への移行では、診療看護師（NP）は【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】の医学的な視点と看護学的視点の双方向の目線から患者を捉え、同時並行的に判断していることが明らかとなった。医学的視点である患者判断である【医学的診断プロセス】では、医師の臨床推論に求められる高度な医学的知識を用いて【病状変化に対する重症度評価】を行い、【深い患者把握】を行う。同時に、自身が介入することによる患者への侵襲的なダメージの把握から、患者にとって最も安全性が高い介入について【自己限界認識による患者安全性の確保】を通じて考慮している。看護師が行う患者判断についての先行研究では、「起こりうる合併症やケアの結果など常に一步先のことを考え、状態が悪化する前に予防、迅速に対応できるようにしている」と述べており、「具体的な状況と問題を明確化することで推移を見通し、変化する状況から推察を行うことができる」と述べている^{2) 1)}。このように、看護師における患者判断は、状態変化を予測し、予測結果からそれ以上悪化させないような対応が行えるよう備えることに主眼が置かれている。一方で、診療看護師（NP）は、【自己限界認識による患者安全性の確保】に代表されるように、実際に患者介入を行うことが可能であり、患者安全性の担保とともに自己責任の範囲において直接的な医行為を行うことが可能である。さらに、実際に行為を行うことによる、より精度の高い患者情報を基盤とした予測が可能となる。加えて、医師の臨床推論レベルで【根拠に裏付けされた高度な病態生理・薬理学的理解】が求められており、精度の高い情報を基に、高度な知識に裏付けされた患者判断が可能である。これ

らのことから、より高い精度での【異常の予測】が可能であり、症候が出現するより以前から患者にとって最良のケアが提供できるよう判断を行っていると考えられる。

次に、看護学的視点での患者判断である【看護学的診断プロセス】では、診療看護師（NP）は、【療養生活上の問題点の判断】を行うことで医学的ではない看護学的側面からも同時に患者の状態を判断し、入院中に限定しない退院後の療養生活のことを考慮した【患者ケアへの安全性の確保】を医学的な視点と同時に行っている。この判断に関連する先行研究では、「疾患そのものではなく病をもちながら生活している人を見ている」と述べており、看護師は医師との専門性の違いから、疾患ではなく患者の生活を常に観察している立場から患者判断を行っていることを明らかにしている¹⁰⁾。本研究における診療看護師（NP）の特徴として、看護学的視点から従来の看護師と同じく療養生活のことを考慮して判断を行うとともに、医学的な視点との同時並行にて患者を捉えていることが示唆された。したがって、【医学的診断プロセス】と【看護学的診断プロセス】の医学的な視点と看護学的視点の双方向の目線から患者判断を行うことで、効果的な患者ケアに繋がっている。

4つ目のフェーズである分析と予防では、診療看護師（NP）は、【医学的診断プロセス】に基づく【分析的アプローチによる臨床推論】を行っている。この推論過程では、看護師時代とは異なり【経験知に依存しない判断】を重視する、医学的根拠に基づいた病状把握から病因を探るための【原因検索】を行っている。この思考プロセスについては、臨床上の決定を自身の臨床経験に固定することは危険性があり、エビデンスに基づいた臨床的決定を下すことが有益であると述べており、診療看護師（NP）においてこの思考構造は、重要な位置づけにあると推察される¹¹⁾。このように極めて重要な【分析的アプローチによる臨床推論】は、【診断仮説】や【確定・除外診断】によって構成されている。これら一連の【医学的診断プロセス】と医師の医学的診断プロセスとの類似点については、数多く報告されており中でも、Nurse Practitioner（以下NP）の臨床意思決定について調査した結果、「1. 状況認識」、「2. 説明の定式化」、「3. 他の説明の代替生成」、「4. 情報」、「5. 判断または選択」、「6. アクション」、「7. フィードバック」に

て構成される分析フレームワークは医師の診断プロセスと同様であると報告している^{12) 13)}。ここで、医学的診断のプロセスに係るものは「2. 説明の定式化」から「5. 判断または選択」であり、今回の調査からNPの医学的診断プロセスにおける「2. 説明の定式化」を診療看護師（NP）は【経験に依存しない判断】にて行い、「5. 判断または選択」を【確定・除外診断】として行っている。このように診療看護師（NP）は、NPと同じ思考プロセスをもつことが明らかとなった。このことから、診療看護師（NP）は医学的診断思考プロセスを踏み臨床推論を実施している可能性がある。

次に、【看護学的診断プロセス】として、診療看護師（NP）は看護師と同様に【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】の役割が求められている。加えて高度実践看護師としてコメディカルスタッフとの密な情報共有を随時行うことや、看護師への教育的役割も求められており、教育活動を通して自身の患者の【異常の察知】に繋がる【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】としての啓蒙活動を行っていることが明らかとなった。この思考に関連する部分として、高度実践看護師へのインタビューより「他者に既知のリスクを確実に理解してもらうことで危機的状況に備え、警戒することで不可逆的な過程を予防する」ことが重要と認識していることを明らかにしており、診療看護師（NP）も同様にこれら他者の教育を通じて自身の活動範囲を限定しない情報取得に繋がっている¹⁾。このような教育活動を通して、患者の危機的異常変化を共有することにより、同じ認識の下で患者の療養上の安全を確保するための意図的な環境調整を行っていると推察される。以上のことから、診療看護師（NP）は【医学的診断プロセス】を行うと同時に【看護学的診断プロセス】を実施しており、双方の視点で患者の異常変化への分析と予防を行うという特徴があることが明らかとなった。

2. 診療看護師（NP）の臨床判断による臨床実践

臨床判断による臨床実践は、第5・第6フェーズの2フェーズによって構成されている。

5つ目のフェーズであるケアベースのケアでは、診療看護師（NP）は、【医学的治療介入】と【看護学的治療介入】の二つの介入手法を用いて患者および家族に対して実践活動を行っていることが明らかとなった。診

療看護師（NP）として、【医学的治療介入】の大きな役割の一つに特定行為による【包括指示内の医行為】が挙げられ、重要な項目として認識されている。また診療看護師（NP）には、最新の知見を踏まえた【根拠に基づいた治療計画の提案・実施】といった適切な医療介入が役割として期待されていることが明らかになった。次に、【看護学的治療介入】として、【ケア計画の調整】や【患者家族・医師とのつなぎ役】として治療を行っていく上で極めて重要な役割を担っていることが明らかとなった。この【看護学的治療介入】にて求められる役割について、NPには患者の全体像を把握した上で患者の擁護とケアの調整が必要であると述べている¹⁴⁾。

このように、NPと同様に診療看護師（NP）にも【看護学的治療介入】が必要とされており、【医学的治療介入】に加えて【看護学的治療介入】を行うことは重要な役割である。

6つ目のフェーズである追跡では、診療看護師（NP）は自身で行った治療的介入に対する【治療反応の追跡】を通して治療計画の修正・再評価を行っていた。この【治療反応の追跡】では、医学的視点での治療介入効果を捉えるとともに、看護学的視点での患者への治療介入による心理的側面や家族を含めた社会的側面も同時に捉え、介入効果について評価を行っている。この両視点から介入効果を評価することは、医師とは異なるNPと診療看護師（NP）で一致した特徴的な部分ではないかと考える。この【治療反応の追跡】は、NPの臨床意思決定分析フレームワークにおける「フィードバック」のステージに該当すると推測される¹⁴⁾。この他にも、イベントの継続的評価を行うことで、患者の状態が予測通りに進まず、予測に反した場合の評価を行う必要があるとも報告している。したがって、診療看護師（NP）は【治療反応の追跡】である【病状の病因と軽減を決定する責任】、【看護学的治療介入による高レベルの説明責任】を実践していると考えられる。

3. フェーズ間を繋ぐ異常補完アプローチ

診療看護師（NP）の異常を早期に察知し臨床判断を下す過程には、フェーズ間を繋ぎ循環させる調節機能として2つの異常補完アプローチが機能していることを明らかにした。

1つ目の異常補完アプローチは、【不可逆変化移行へ

の予防的働きかけ】である。これは、第2フェーズにあたる【異常の察知】と第4フェーズにあたる【早期異常察知に感化を与える予防的アプローチ】の間で機能している。この関係は、診療看護師（NP）が異常を予測した上で看護師に対して、患者が危機的で不可逆的な状態に陥る前に事前のリスクを伝達することで早期の異常察知に繋げるだけでなく、予測されるリスクから、効率的なケア計画の変更および調整に反映することができる。この関係について、「異常に気づき、それに対応することを看護師に確実に理解してもらうこと」で不可逆的で急速かつ切迫した悪化を予防することは非常に重要と先行書籍でも述べられている¹⁾。この他にも、【不可逆変化移行への予防的働きかけ】は、患者の療養上の異常を予測した上で、「シームレスに繋げてあげる」ことを念頭に置いた【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】を行ったケア計画の反映にも繋がっていると考えられる。

2つ目の異常補完アプローチは、第4フェーズにあたる【分析的アプローチによる臨床推論】と第6フェーズにあたる【治療反応の追跡】の間で生じている【円環型思考プロセス】である。この関係は、診療看護師（NP）自身が実施した治療に対しての追跡を行った上で異常変化が継続しているなどの予測との違いが生じた場合、2つ前のフェーズである【分析的アプローチによる臨床推論】に回帰するプロセスである。この回帰プロセスについて、「予測される病態の安定が得られなかった場合は、状況を再評価する」ことがNPには重要であることを述べている¹⁴⁾。このことから、診療看護師（NP）とNPは類似した【分析的アプローチによる臨床推論】と【治療反応の追跡】の間で生じる【円環型思考プロセス】を行っている。

このプロセスを通じて異常への原因検索を繰り返すことでより質の高い、安全な患者ケアの提供に繋がると考える。

V. 研究の限界と課題

本研究で明らかとなった臨床判断における思考プロセスは、クリティカルケア領域の診療看護師（NP）の語りから生成されており、プライマリ・ケア領域を含めた全体を示したものではない。

また、本研究で得られた構造は3名の診療看護師（NP）の語りから構成されており、今後は量的な研究を通じて信頼性・妥当性の検証が必要であると考えられる。

VI. 結論

1. 診療看護師（NP）は、異常を察知する臨床判断に繋がるファーストステップとして患者の事前情報の解釈をベースとして、【異常の予測】先行による【異常の察知】を行うプロセスが強く意識されていることが明らかとなった。さらに、看護学的視点から療養生活のことを考慮した判断と、医学的な視点での患者把握を同時に行うことで、双方の視点で患者の異常変化への分析と予防を行うという特徴がある。
2. Nurse Practitionerに求められる臨床判断に基づく実践には、【看護学的治療介入】と、【医学的治療介入】があり、診療看護師（NP）も同様の実践が行われている。この実践結果を【治療反応の追跡】を通じて評価している。この評価には、【病状の病因と軽減を決定する責任】や【看護学的治療介入による高レベルの説明責任】が大きく影響を与えている。
3. フェーズ間を繋ぐ異常補完アプローチには、【不可逆変化移行への予防的働きかけ】による、患者の療養上の異常を予測した上で、【多職種協働による情報共有】や【治療およびケア計画への患者・家族の巻き込み】をケア計画の反映に繋げている。さらに、【円環型思考プロセス】による異常への原因検索を繰り返すことでより質の高い、安全な患者ケアの提供に繋げている。

利益相反

本研究遂行において利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) P. Benner, 井上智子 (Ed): ベナーの看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること 第2版, 医学書院, 43-51, 2012.
- 2) 原明子, 林優子: クリティカルケア看護領域における看護師の臨床判断と影響要因との関係, 大阪医科大学看護研究雑誌, 第5巻: 15-27, 2015.
- 3) Franklin C, Mathew J: Developing strategies to prevent inhospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med, 22 (2): 244-247, 1994.
- 4) American Association of Colleges of Nursing: Adult-Gerontology Acute Care and Primary Care NP Competencies, https://cdn.ymaws.com/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/NP_competencies.pdf, 2016.
- 5) 草間朋子: 日本におけるNPを巡る10年, 日本NP学会誌, 1 (1): 1-4, 2017.
- 6) 飯塚麻紀, 鴨田玲子, 渡辺陽子, 他: 周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断, 福島県立医科大学看護学部紀要, 第13号: 1-10, 2011.
- 7) Joyce E. White, Donna G. Nativio, Shirley N. Kobert, et al: Content and Process in Clinical Decision-Making by Nurse Practitioners, 24 (2): 153-158, 1992.
- 8) 江口秀子, 明石恵子: 我が国のクリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー, Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing 10 (1): 18-27, 2014.
- 9) 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.
- 10) 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, kitakanto Med J, 55: 123-131, 2005.
- 11) Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, Paul Glasziou, et al: Evidence-Based Medicine: How to practice and Teach EBM 5th edition, London: Churchill Livingstone Elsevier, 2018.
- 12) Michael John Pritchard: Making effective clinical decisions: a framework for nurse practitioners, British Journal of Nursing, 15 (3): 128-131, 2006.
- 13) Stephen Thompson, Calvin Moorley & Julian Barratt: A comparative study on the clinical decision-making processes of nurse practi-

tioner vs. medical doctors using scenarios in a secondary care environment, ORIGINAL RESEARCH: EMPIRICAL RESEARCH-QUALITATIVE, 1097-1105, 2016.

14) Karen A. Brykczynski: An Interpretive Study

Describing the Clinical judgment of Nurse Practitioner, Scholarly Inquiry for Nursing Practice, An International Journal, 13 (2): 141-166, 1999.

Abstract

【Purpose】

Clarify the characteristics of clinical judgment how NPs go through the thinking process how NPs recognize and practice when detecting abnormality happening on acute inpatients.

【Method】

In this study, a semi-structured interview was conducted for nurse practitioners (NP) who agreed with this study.

SCAT (Steps for Coding And Theorization) was used for data analysis.

【Result】

From text data, 56 constructual concepts were extracted, and 22 theories were described. Adjusting the background and relationships of these theoretical description, the relationship between four “prediction・recognition・thinking phases”, the two “practice phases”, and “the abnormality complementary approach” connecting the phases was clarified.

【Conclusion】

As the first step of detecting abnormalities to lead clinical judgment, Nurse practitioners (NP) are strongly aware of the process of [predicting abnormalities] in advance and followed by [detecting abnormalities] . Practices based on clinical judgment include [nursing intervention] and [medical intervention] , and these results are evaluated through [tracking on treatment response] . The abnormality complementary approach includes not only [information sharing through multidisciplinary collaboration] and [involvement of patients and families in treatment and care planning] due to [preventive action to avoid irreversible change transition] , but also. repeated search for the cause of abnormalities by [the circular thinking process]

leads to the provision of higher quality and safer patient care.

Key Words : Abnormality detection, Clinical judgment, Nurse practitioner