

原著論文

ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢

Attitudes of ICU Nurses toward Patients with Difficulties in Communication

佃 雅美 (Masami Tsukuda)* 森下 利子 (Toshiko Morishita)*

要 約

本研究は、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢を明らかにすることを目的とした。急性期病院2施設のICU看護師8名を対象に半構成的面接法を用いて、質的帰納的研究を行った。分析の結果、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢として、【患者を一人の人間として思いやり尊重する】、【あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取る】、【患者に応じた看護援助を探求する】、【治療にあたり患者や家族を置き去りにしない】、【患者が落ち着いて治療に臨める環境を整える】、【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る】、【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】、【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】、【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨む】の9つのカテゴリーが抽出された。ICU看護師が、意思疎通困難な患者の看護において、自らの姿勢を培い看護実践能力を高めていくためには、日々の実践の中で看護ケアや行為を振り返るとともに、自身の看護に対する考えを医療チームの中で、積極的に言語化していく必要がある。また、経験の浅い看護師は、経験豊かな看護師との語りを共有することを通して、自らの姿勢を培っていけることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the attitudes of intensive care unit (ICU) nurses when dealing with patients with communication difficulties. Data collected from eight ICU nurses, working at two acute care hospitals, were qualitatively and inductively analyzed using a semi-structured approach. The following nine categories were extracted from the results, 1)conveying thoughtful respect for the patient as a human being, 2)taking all necessary measures and opportunities to sympathize with the patient's feelings and complaints, 3)providing nursing care appropriate to the patient's needs,4)considering the patient's and the family's needs during medical treatment, 5) maintaining an environment that allows the patient to receive treatment in a relaxed state, 6)devising therapies that provide comfort and pain relief, 7)striving to avoid using any additional painful treatments, 8)supporting and encouraging the patient through uncomfortable treatment, and 9)relying on one's professional experience when providing nursing care. In order to effectively deal with patients with communication difficulties, ICU nurses need to enhance their personal attitudes towards their nursing care capabilities by reflecting on their daily practices, while also actively expressing their qualified opinions within the medical team. Moreover, the study suggested that interpersonal communication between novice and expert nurses can help develop positive personal attitudes towards the nursing profession.

キーワード：姿勢 看護師 ICU 意思疎通困難

I. はじめに

「ICN看護師の倫理綱領」(2012)の前文では、看護には人権を尊重することがその本質として備わっていると述べられている。わが国のクリ

ティカルケア領域においては、患者の意識がない、あるいは鎮静により意識レベルを低く保っている場合が多く、看護師が患者の生理的反応にのみ注目して看護をすることの多いことが指摘されている(深谷, 2011)。そのため、意思

*高知県立大学看護学部

疎通困難な患者の多いクリティカルケア領域の看護においては、多くの著者が患者の権利擁護を中核とする全人的ケアの充実を課題として言及している（矢富，1996；深谷，2011；山勢博彰，2013；平尾，2013；丸山，2013；丸谷，2013）。

また、医療の高度化・複雑化に伴い、看護師が高度かつ複雑な治療の補助や医療機器の管理に尽力せざるを得ない状況にある。米国クリティカルケア看護師協会（1998）は、クリティカルケア領域の対象患者について、より脆弱性が高く、不安定で、複雑になりやすいと述べている。池松（2011）は、患者が人工的な臓器サポートによって生命を維持し、急変の可能性の高い状況下にあることを報告している。そのため、ICU看護師は、一刻の判断の遅れやためらいが患者の不可逆的な悪化を招くことを念頭に置いて、ケア優先の看護を提供している。このような状況において、患者の権利擁護を中核とする全人的ケアの充実を図り、看護実践の質を向上するためには、看護を展開する上で基盤となる看護師の姿勢が重要である。

姿勢は、広辞苑（2008）では「事に当たる態度」とされ、態度は「状況に対応して自己の感情や意思を外形に表したものの。表情、身振り、言葉つきなど。また、事物に対する固定的な心の構え、考え方、行動傾向をも指す。」と示されている。社会心理学辞典（2009）では、姿勢についての表記はみられないが、態度については多数の研究が行われていることが明らかにされている。その中で、藤原はさまざまな研究者が述べている態度の定義から、①刺激と反応の媒介物で直接には観察不可能なもの、②常に対象を持つ、③対象についての評価を含む、④比較的安定的で持続的なもの、⑤学習により獲得される、⑥態度間で関連を持ち構造化される、の6つの共通点を集約している（日本社会心理学会，2009）。他方、姿勢は経験を通じて体制化されたものであるのに対し、態度はそのときの状況にも対応するものであるという点、また姿勢が明確に表出されないのに対し、態度は言葉・表情・身振りとして表出される反応を含む点で両者は異なっている。

看護領域において姿勢は、看護の基盤となる

重要な概念であると言われているが、態度と異なり明確に表出されないことにより研究対象となりにくい。そのため、看護師の姿勢に焦点を当てた研究は少なかった（高藤，森下，時長，2010；水津，大川，藤田他，2009；野嶋，畦地，中野他，2000）。そこで、看護師の姿勢に焦点を当て、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢を明らかにすることは、ケアが優先されるクリティカルケア領域において全人的ケアを充実させていく上で有用な知見になると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢を明らかにし、看護実践への示唆を得ることである。

III. 用語の定義

ICU看護師の姿勢：経験や学習から培われるものであり、生命維持、患者の権利擁護、全人的ケアの提供、QOLの維持・向上を指針とする意思疎通困難な患者の看護にあたって基盤となるものであり、思いや認識、行動態様、倫理観、価値観などを包含するものである。

ICUにおける意思疎通困難な患者：ICU入室中の患者で、病態や治療により、相手と互いに考えや思いを伝え、認識を共有することのできない患者である。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、看護師自身が自己の看護における姿勢を認識し、語ることによって明らかにできると考え、質的帰納的研究方法を用いることにした。

2. 研究対象者

研究参加に同意を得られた急性期病院のICU看護師を対象とした。対象者の選定にあたっては、研究協力施設の看護部長に研究への協力を依頼し、ICU看護師長に選定条件を基に対象者

を推薦していただいた。選定条件は、ICUでの看護師経験年数が5年以上であること、周囲から良い看護を実践していると認められていること、自身の姿勢について語るができることとした。

3. データ収集方法

同意を得られた研究対象者に、半構成的インタビューガイドを用いて、1人につき1時間程度の面接を1回実施した。面接内容は、対象者の同意を得てICレコーダーに録音をした。面接では、日常的にどのようなことを大切にしているか、意思疎通困難な患者に関わっているかについて、その際に感じることや考えること、行おうとする対応や働きかけ、大切にしている倫理的配慮や価値基準について、自由に語ってもらった。データ収集期間は、平成27年8月から平成27年11月までであった。

4. データ分析方法

面接内容から逐語録を作成し、対象者ごとに看護師の姿勢に関する内容を抽出してコード化した。コード化した内容から対象者を超えて意味内容の類似したコードを集めてカテゴリー化を繰り返し行った。分析にあたっては研究指導者のsupervisionを受け、真実性と妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力施設および研究対象者に対しては、研究の目的・方法、

自己決定および同意後の撤回に関する権利、プライバシー保護の遵守、看護上の貢献、研究成果の公表について説明し、承諾および同意を得た。

V. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は8名で、看護師経験年数は7年～15年、ICU経験年数は7年～13年であった(表1)。職位・資格は、副師長1名、スタッフ7名で、うち1名は認定看護師であった。

2. ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢

分析の結果、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢として、【患者を一人の人間として思いやり尊重する】、【あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取る】、【患者に応じた看護援助を探求する】、【治療にあたり患者や家族を置き去りにしない】、【患者が落ち着いて治療に臨める環境を整える】、【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る】、【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】、【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】、【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨む】の9つのカテゴリーと22のサブカテゴリーが抽出された(表2)。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、対象者の語りを「 」、対象者の語りの補足を()で示す。

表1 対象者の概要

対象者	看護師経験年数	ICU経験年数
A	9 年	9 年
B	7 年	7 年
C	15 年	8 年
D	10 年	10 年
E	13 年	13 年
F	9 年	9 年
G	14 年	7 年
H	13 年	11 年

表2 ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢

カテゴリー	サブカテゴリー
患者を一人の人間として思いやり尊重する	人間として患者に向き合う
	患者への誠実な対応に努める
	患者のその人らしさを大切にする
	患者の状況を自分や家族に想定し看護援助に反映させる
あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取る	患者の反応を引き出す
	患者から発せられるサインを読み取る
	他者の協力を得ながら患者の訴えを理解する
	看護師自身の体験や経験を通して患者の思いを推測する
患者に応じた看護援助を探求する	患者らしさを看護援助に反映するために他者の協力を得る
	複数の視点を組み合わせることで患者に応じた看護ケアを考える
治療にあたり患者や家族を置き去りにしない	意思決定や情報提供の際は患者・家族の意向や患者の立場で考える
	家族が患者と共に治療に立ち向かえるようにつないでいく
患者が落ち着いて治療に臨めるように環境を整える	患者が落ち着いて治療を受けられる環境を整える
	非日常的な環境の中で患者の安心感を得られる状況を作り出す
治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る	治療による苦痛を積極的に和らげ安楽に努める
治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める	覚醒した患者の混乱を招かないよう心理的安定の確保に努める
	重症化や合併症を防ぎ患者の余分なつらさをなくす
患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする	患者の励みになることを考える
	患者の励みにつながる良い刺激を提供する
自らの看護に抛りどころを持ち看護援助に臨む	ICUで求められる看護ケアを全うし患者を送り出す
	看護師としての自己のありようを再認識する
	看護ケアを振り返ることで自らの糧とする

1) 【患者を一人の人間として思いやり尊重する】

【患者を一人の人間として思いやり尊重する】とは、看護師が患者のその人らしさを大切に、誠実に向き合うことである。これは、《人間として患者に向き合う》、《患者への誠実な対応に努める》、《患者のその人らしさを大切にする》、《患者の状況を自分や家族に想定し看護援助に反映させる》の4つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Dは、「声をかけても患者から反応はないけれど、呼吸の仕方が明らかに違うと思うことがあったり、意識のある人と同じく鎮静をかけている人も身構えたり、変に体に力が入る

と思うので、とっさに触る行動で患者がびくつとならないように、先に遠くから声をかけて、人がいると認識してもらったり、触ることを伝えるようにしています。」と、《人間として患者に向き合（う）》っていた。対象者Aは「実際にどんなに筆談してもわからないので、わからないかもしれないけれど、一生懸命わかるように努力するので教えてくださいと表明するようにしています。」と、《患者への誠実な対応に努め（る）》ていた。また、「（生か死かという）極限のような感じの時間が結構多いと思いますが、生きているということは心臓が動いているかどうかだけではなく、その人がどのように生きるかとか、（中略）その人はどんな人なの

か、どんなふうに生きたいのかということも、心臓が動くことと同じくらい大事なことはないかと思っています。」と語り、《患者のその人らしさを大切に(する)》していた。さらに、対象者Dは「自分の家族や知り合いが入院したと考えると、こんな看護をされたらどうだろうと思います。自分がされたくない看護はしたくないし、して欲しいと思うような看護をしていきたいと思っています。」と、《患者の状況を自分や家族に想定し看護援助に反映させる》ことを意識していた。

2) 【あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取る】

【あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取る】とは、看護師が時機を逃さず考えられる限りの手段を使い、患者の訴えや思いを把握することである。これは、《患者の反応を引き出す》、《患者から発せられるサインを読み取る》、《他者の協力を得ながら患者の訴えを理解する》、《看護師自身の体験や経験を通して患者の思いを推測する》の4つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Hは、「鎮静が深ければドクターに相談して、そこまで深い鎮静はいらない場合もあるじゃないですか。そういうときに少し鎮静を浅くしてもらおうとか。文字盤を指すこともベッドアップしておかないと指すことができないので、安静度の解除を聞くとか。細かいことですけど、できる範囲でコミュニケーションを取りやすいような工夫というか、対応をするようにしています。」と、《患者の反応を引き出す》ことを意識していた。対象者Aは、「(患者さんが)時間を置いても伝えようとする時とか、(中略)疲れがおさまっても伝えようとした時に、自分ではわからない時にはもう1人呼んで来て、それでもわからない時はまた1人呼んで来て。その内容について家族に聞くとか、いくつか手を変えるようにしています。」と、《他者の協力を得ながら患者の訴えを理解(する)》しようとしていた。さらに、「単純に声が出なくて意思疎通が図れない患者さんだったら、声が出るようになった直後に、例えば『ここはどこ?』とか、『家族はどこに行った?』とか疑

問を投げかけられる。そういう経験から、意思疎通が図れない患者さんも同じようなことを考えていると思います。」と、《看護師自身の体験や経験を通して患者の思いを推測(する)》していた。

3) 【患者に応じた看護援助を探求する】

【患者に応じた看護援助を探求する】とは、看護師が患者の個別性に基づく看護援助を行うために、望ましい方法を見出そうと努めることである。これは、《患者らしさをケアに反映するために他者の協力を得る》、《複数の視点を組み合わせることで患者に応じたケアに近づける》の2つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Eは、「患者さんの立場に立って一緒に考えるというか。それを先生とかご家族とかスタッフとか、代弁ではないですけど、察知したことを周りに伝えて、一緒にその人に提供していけるものがあればと思います。」と語り、《患者らしさをケアに反映するために他者の協力を得(る)》ようとしていた。また、対象者Cは、「(患者さんの)顔と体の向きが逆を向いているのは自分もしんどいので嫌だろうと思って、そこは気づく。元々おしゃれな人だという家族からの情報をもらったら、(中略)この辺に跡が残ったら気にするのかなとか、テープ1つでも皮膚が弱かったら皮がむけてしまうので、そこをゆっくり剥がしてあげるとかですかね。」と、自分に置き換えて考えたことや家族から得た情報、患者の身体状態などの《複数の視点を組み合わせることで患者に応じたケアに近づける》ことに努めていた。

4) 【治療にあたり患者や家族を置き去りにしない】

【治療にあたり患者や家族を置き去りにしない】とは、看護師が猶予なく展開される治療状況に、患者と家族を引き込むよう努めることである。これは、《意思決定や情報提供の際に患者・家族の意向や患者の立場で考える》、《家族が患者と共に治療に立ち向かえるようにつないでいく》の2つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Cは、「治療方針を決めるときに、ご

本人さんは過鎮静で治療方針を言えなくて。家族は（積極的治療を）してほしいけど、倒れる前に（患者さんは）何か言っていましたか？と聞いて、『あまりそういうことはして欲しくない』という話を聞くと、本人の思いも踏まえてもう一回家族で話し合っしてほしいなと思います。」と、《意思決定や情報提供の際に患者・家族の意向や患者の立場で考える》ことを大切にしていた。また、対象者Gは「患者さんは景色も変わらないところでルーチンの業務をされて、いつ誰が来て、先生なのか看護師なのかかわからない中で、家族の人が来たら嬉しいというか励みになる。（中略）声をかけにくそうに、『声をかけていいですか』『手も触っていいですか』と言われる家族もいるので、『全然触ってもらって声もかけてもらっていいです』という、ちょっとした役割をすることで、家族も何か自分にできることがあるし、また面会にも来ようと思えるのではないかと思う。」と、《家族が患者と共に治療に立ち向かえるようにつないでいく》ことを意識していた。

5) 【患者が落ち着いて治療に臨める環境を整える】

【患者が落ち着いて治療に臨める環境を整える】とは、緊張を強いられる治療的環境において、看護師が患者の気持ちを和らげることで治療に向かえるように整えることである。これは、《患者が落ち着いて治療を受けられる環境を整える》、《非日常的な環境の中で患者の安心感を得られる状況を作り出す》の2つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Dは、「落ち着いた状態で治療を受けられることで、一番治療もしやすいだろうと思って。（患者さんにとって）窮屈な場所じゃないようにしてあげたいと思います。」と、《患者が落ち着いて治療を受けられる環境を整える》ことを心がけていた。また、対象者Eは「どこまで（自分の）顔をわかってもらえているかはわからないけど、気になる患者さんには話しかけに行っ。知っている看護師が何人も居るほうが安心だと思うし、受け持ちではなくてもフロアを廻って患者さんのところに行くようにしています。」と、《非日常的な環境の中で患者

の安心感を得られる状況を作り出（す）》そうとしていた。

6) 【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る】

【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る】とは、看護師が侵襲的治療により生じる患者の苦痛を軽減し、心地よさをもたらすために関わることである。これは、《治療による苦痛を積極的に和らげ安楽に努める》の1つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Cは、「自分がもちろん痛いのは嫌だし、それを長時間課せられるのも耐えかねるところと、自分の親が骨転移になっていたのですが、その時結構痛がっていたので。（中略）痛みがあるのが一番つらいと思うので、早く除いてあげたいなと。そして、それを作り出すようなことはしたくないなと思います。」と、《治療による苦痛を積極的に和らげ安楽に努め（る）》ていた。

7) 【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】

【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】とは、看護師が侵襲的治療を受けている患者にさらなる苦痛を生じさせないように力を尽くすことである。これは、《覚醒した患者の混乱を招かないよう心理的安定の確保に努める》、《重症化や合併症を防ぎ患者の余分なつらさをなくす》の2つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Eは、「ここが痒いとか横向きたいとか思った時に、できない時間が長ければ長いほどストレスじゃないですか。だから少しでもその方の訴えを聞いて、それがすぐに解決できるように心がけることが必要だと思います。」と、《覚醒した患者の混乱を招かないよう心理的安定の確保に努め（る）》ていた。また、対象者Dは、「患者さんが目覚めた時に気持ちよく目を覚ましてほしい。抑制とかかけられて関節が痛くなったという患者さんがいたので、自分が何をされていたのか、なぜこんなに痛いのかと、せつなく意思疎通ができるようになって痛みばかりを訴えるのは、つらいものがあります。」と、《重症化や合併症を防ぎ患者の余

分なつらさをなくす》ことに努めていた。

8) 【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】

【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】とは、患者が苦痛を伴う治療を乗り越えていくために、看護師が患者の力になることを考え援助に反映させることである。これは、《患者の励みになることを考える》、《患者の励みにつながる良い刺激を提供する》の2つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Eは、「(患者さんには)聞こえていないかわからないけど、言うことで励みになるかなと思って。(中略)例えば、お孫さんが待っていたら、『大好きなお孫さんが待っているから頑張ろう』とか。(患者さんが)考えているかはわからないですけど、そういう自分の思いと、患者さんの力になればという思いの両方があります。」と、《患者の励みになることを考える》でいた。また、対象者Fは「その方の今までの性格とか、されていたこととか、(中略)家族の方がこの人だったらこうしたいかなとか、何が好きだったとか、そういうのがあれば、その部屋でできることを考えます。」と、《患者の励みにつながる良い刺激を提供(する)》しようと努めていた。

9) 【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨む】

【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨む】とは、看護師が自分の役割や看護観、ICU看護の意義などを明確にして、患者の援助に立ち向かうことである。これは、《ICUで求められる看護ケアを全うして患者を送り出す》、《看護師としての自己のありようを再認識する》、《看護ケアを振り返り自らの糧とする》の3つのサブカテゴリーから構成された。

対象者Dは、「だいたいICUの中では全然意識がない。(中略)病棟に上がった(患者さんは)『ずっと病棟にいたよね?自分は』という反応だから、ICUで会話した内容も覚えていないけれど、確実にここを経て病棟で良くなっていると、何事もなく病棟で自分は治療されていたという気持ちになれたらいいなと。(中略)

そのままスムーズに退院までもっていけることが本当にベストな看護につながると思います。」と語り、《ICUで求められる看護ケアを全うして患者を送り出す》ことを意識していた。また、対象者Eは「患者さんに一歩歩み寄る看護というのが新人の時からずっと心にあって。(中略)根本に自分の看護師としてというのがあります。」と、《看護師としての自己のありようを再認識(する)》していた。そして、対象者Hは「(患者さんの伝えたいことが)自分達に伝わった途端に、頻脈も血圧も落ち着くし、本人もすごく安心した顔で寝始めたので。やっぱりそういう訴えを聞くのは大切だなと再確認しました。」と、《看護ケアを振り返り自らの糧とする》していた。

VI. 考 察

1. ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢の特徴

本研究の結果から、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢として、4つの特徴が見出せた。

1つ目は、意思疎通が図れない患者の救命や生命維持に尽力している状況であっても、【患者を一人の人間として思いやり尊重する】ことで、《人間として患者に向き合う》ことを強く意識し、《患者のその人らしさを大切にする》ように心がけ、《患者への誠実な対応(に努める)》や《患者の状況を自分や家族に想定し看護援助に反映させる》という一人の人間として患者に向き合う姿勢である。Benner(2011)は、急性期患者への看護として、患者や家族とのつながりでは、病気や障害のある体としてというより、まずは人として関わるのが求められると述べ、《人間として患者に向き合う》姿勢の重要性を主張している。本研究の看護師は、患者の命と同等に《患者のその人らしさを大切(する)》にし、濱本(2000)が述べるように、家族から患者の日常の様子を聞くことで患者を想像し、患者を一人の人間として捉え、看護師としてケアをすることを自覚していたと考える。また、一般的にICU入室期間は短く、看護師がその患者を一度だけ担当するという状況は珍し

くない。これに対し、津田（2007）は、時間的経過を伴った人間関係の成立が望めない状況において、患者との信頼関係に近づくために看護師はその場限りの出会いという「時」を重要視する必要があると述べている。本研究の看護師は、短期間の入室であっても、患者や家族が看護師を患者の命を預けることのできる信頼に値する人だと感じられるように、ベッド周囲の環境を整え、家族の面会時には手を止めて対応するなどの《誠実な対応に努め（る）》ていた。また、倫理的配慮を欠くことがないように《患者の状況を自分や家族に想定し看護援助に反映させる》という疑似体験を通して、看護援助の是非を問いながら看護を展開する姿勢を有していることが見出せた。さらに、【患者を一人の人間として思いやり尊重する】という姿勢は、本研究のすべての対象者の語りにみられ、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における基本的な姿勢であると考えることができる。

2つ目の特徴は、意思疎通困難な患者やその家族の意向や思いを大切にするために、【あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取（る）】りながら、【患者に応じた看護援助を探求（する）】し、脆弱で不安定な状態にある患者に対して、次々と展開される【治療にあたり患者や家族を置き去りにしない】という、患者・家族に応じた看護援助に取り組む姿勢である。本研究の看護師は、意思疎通困難な患者にも思いや訴えがあることをしっかり認識し、卯野木（2015）が述べるように、さまざまなモニターや生理学的変化から「声にならない訴えを聞く」だけでなく、鎮静薬の量を調整することにより「声になるように援助する」ことを心がけていたと考える。また、救命や生命維持が優先される状況でも、患者らしさを大切に、石川（2011）が述べるように、経験や知識を基に先の見通しを考慮し、患者の身体や家族との対話によって患者へのケアの是非を問いながら、その人らしい形を考えチームの力を活用することで、【患者に応じた看護援助を探求（する）】していたことが見出せた。さらに、クリティカルケア領域では、家族と患者が面会制限によって物理的に離されており、刻一刻と変化する患者の治療状況を家族が把握することが

難しい状況の中で、家族が代理意思決定者として迅速な判断や重大な決定をせざるを得ない場面が多く存在する（山勢善江，2013）。そのため、本研究の看護師は、意思決定の場面で家族が代理意思決定者として存在できるように、出会いの場面から《家族が患者と共に治療に立ち向かえるようにつないでいく》ことを心がけていたと考える。

3つ目の特徴は、非日常的な環境下で多大な侵襲に晒されながら治療を受ける患者には、言葉に表し得ないさまざまな苦痛があると捉え、

【患者が落ち着いて治療に臨めるように環境を整え（る）】、侵襲的な【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図（る）】り、重症化や合併症などの【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】という、患者の安楽に努める姿勢である。ICUで治療を受ける患者は、多くのラインや治療装置に囲まれた非日常的な環境でのベッド上生活に加え、精神的な危機状態の中で多大なストレスを受けている（山勢博彰，2013）。看護は、自然の回復過程が順調に進むようにその働きを助け、人的な要素を含む環境が最良の状態にあるように整えることであり（金井，1993）、本研究の看護師は、ベッド上安静であっても患者を生活する人として捉え、【患者が落ち着いて治療に臨めるように環境を整える】ことを心がけていた。また、クリティカルな状態の患者が体験する苦痛は、治療的介入自体によって多大な苦痛をもたらすため（井上，2007）、本研究の看護師は、病態から生じる苦痛だけでなく、【治療に伴う苦痛の緩和と安楽を図る】ことを重要視していることが見出せた。池松（2011）は、クリティカルな状態にある患者に生じやすい問題として、急変、合併症、二次障害、苦痛、コミュニケーション障害、睡眠障害、自己概念とボディイメージの変化などがあることを報告している。また、尾岸（1997）が、面会制限による親しい人との人間関係を絶たれる患者の不安は、看護者の予測を越えるものであると述べていることから、本研究の看護師は【治療に伴う新たな苦痛を与えないように努める】ことを意識していたと考える。さらに、Benner（2011）は、1つの領域である「安楽」はそれ以外のすべての領域に影響すると述べており、患者の安

楽に努める姿勢の重要性が裏付けられた。

4つ目の特徴は、意思疎通困難な患者への看護実践を繰り返すことによって、【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨(む)み、重篤な病態により侵襲的な治療を受けざるを得ない【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】という、自己の看護の拠りどころを基にして看護援助に臨む姿勢である。井上(2007)は、クリティカルケア看護の本質的要素として、生命危機下にある身体機能の診断と管理、心理的危機状況にある人々への援助、苦痛緩和と安楽ケア、家族へのケア、医療機器の管理と事故防止、死と向かい合う、コミュニケーションと交渉、倫理的葛藤への対処と患者擁護、教育的関わりを挙げているが、本研究結果で得られた【患者が治療を乗り越えられるよう励みにつながる働きかけをする】という内容は含まれていなかった。これは、本研究の看護師が、意思疎通困難な患者への看護を繰り返すことによって得た自分の看護に信頼を置くことで生じたものであり、新たに見出された姿勢であると考えられる。また、西田(2015)は、「看護というケアをすること」は、「看護師としての生の意味に気づき生きること」に他ならず、看護師としての自己の存在を根底から支えるものであると述べている。ICU看護師は、意思疎通困難な患者への看護を実践する中で、ICU看護師としてのあり方や意思疎通困難な患者の看護の捉え方を見出し、それらが看護師としての存在を根底から支えるものになることで、自分なりの看護を築き上げ、患者への看護援助を発展させていくと考える。【自らの看護に拠りどころを持ち看護援助に臨む】という姿勢は、本研究のすべての対象者の語りにもみられ、多くの意思疎通困難な患者を対象とするICU看護を展開していく上で重要な姿勢である。

VII. 看護への示唆

本研究により、ICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢は、看護師の認識、倫理観、看護の拠りどころとなるもの、行動につながるものなどを織り交ぜながら形成されていることが明らかになった。それらの姿勢は、看

護師が実践するさまざまなケアや行為に反映されていることを確認できた。

ICU看護師が意思疎通困難な患者の看護における姿勢を培い、看護実践能力を高めていくためには、日々の看護実践の中で自身の看護ケアや行為について振り返るとともに、看護に対する考えや倫理観などを看護師同士や医療チームの中で語り合う必要がある。また、経験豊かな看護師が、積極的に自分の大切にしている姿勢や患者への対応の仕方を言語化することにより、経験の浅い看護師は共有することができ、自分の姿勢を培っていくことができると考える。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究対象者が自らの看護実践における姿勢を認識し明確に表出することが難しく、研究者が研究対象者の語りを十分引き出せなかった可能性がある。また、研究対象者をICUでの経験年数5年以上としたことや、意思疎通困難な患者に限ったことにより、本研究結果の適応範囲が限定される点である。今後は、豊かな経験を有する看護師を対象に対象者数を増やし、患者の疾患や病期による違い、倫理観、看護観なども考慮に入れて、研究を発展させていく必要がある。

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、対象者をご紹介いただきました研究協力施設の皆様に心より感謝申し上げます。本稿は、平成27年度高知県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。また、本研究結果は第12回日本クリティカルケア看護学会学術集会(平成28年)で発表した。本研究において申告すべき利益相反事項はない。

<引用・参考文献>

米国クリティカルケア看護師協会：American Association of Critical-Care Nurses (1998). About Critical Care Nursing. <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=publications> (2016.10.10).

- Benner.P, Hooper Kyriakidis.P, Stannard.D (2011) / 井上智子 (2012). ベナー看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること— (第2版), P357-440. 東京: 医学書院.
- 深谷智恵子 (2011). クリティカルケアにおける倫理的課題. 池松裕子. クリティカルケア看護 I —患者理解と基本的看護技術— (第1版), P35-47. 東京: メヂカルフレンド社.
- 濱本泰子 (2000). ICUにおける終末期で意識のない患者へのその人らしさを大切にした看護について. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, P365-372.
- 平尾明美 (2013). ケアリング. 江川幸二, 山勢博彰. 看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド—基礎からわかる臨床に活かす倫理調整— (第1版), P17-23. 東京: 三輪書店.
- 池松裕子 (2011). クリティカルな状態の患者・家族の特徴. 池松裕子クリティカルケア看護 I —患者理解と基本的看護技術— (第1版), P11-20. 東京: メヂカルフレンド社.
- 井上智子 (2007). クリティカルケア看護概論. 寺町優子, 井上智子, 深谷智恵子. クリティカルケア看護—理論と臨床への応用— (第1版), P1-15. 東京: 日本看護協会出版会.
- 石川倫子 (2011). 中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味. 看護実践学会誌, 23(1), P13-23.
- 金井一薫 (1993). ナイチンゲール看護論・入門—“看護であるものとないもの”を見わける眼 (第1版), P52-59. 東京: 現代社.
- 国際看護師協会 (2012). ICN看護師の倫理綱領.
- 丸谷幸子, 明石恵子 (2013). クリティカルケア看護と倫理. 黒田裕子, 林みよ子. クリティカルケア看護—完全ガイド— (第1版), P62-76. 東京: 医歯薬出版.
- 丸山美津子 (1996). ICUナースの基本的役割と看護理念. 田中一彦, 謝宗安. *Critical Nursing Guide 20—集中治療室—* (第1版), P374-417. 東京: メディカ出版.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領.
- 日本社会心理学会 (2009). 社会心理学辞典. 東京: 丸善株式会社.
- 西田絵美 (2015). メイヤロフのケアリング論の構造と本質. 沸協大学大学院紀要教育学研究科篇, 43, P35-51.
- 野嶋佐由美, 畦地博子, 中野綾美 他 (2000). 患者の意思決定を支える看護の基盤についての看護者の認識. 高知女子大学紀要—看護学部編, 49, P75-87.
- 尾岸恵三子 (1997). 急性期にある患者の看護の特徴. 氏家幸子. 急性期にある患者の看護 I —クリティカルケア— (第1版), P14-16. 東京: 廣川書店.
- 新村出 (2008). 広辞苑 (第6版), 東京: 岩波書店.
- 水津朋子, 大川宣容, 藤田佐和 他 (2009). 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識—記述内容の分析を通して—. 高知女子大学紀要—看護学部編, 58, P31-41.
- 高藤裕子, 森下安子, 時長美希 (2010). 認知症高齢者の生活機能の維持・向上を支援する訪問看護師の姿勢. 高知学園短期大学紀要, 40, P11-21.
- 津田右子 (2007). 患者—看護師関係と時間の概念. 松本短期大学紀要, 16, P229-236.
- 卯野木健 (2015). クリティカルケア看護入門—“声にならない訴え”を理解する— (第2版), P20-34. 東京: 学研メディカル秀潤社.
- 山勢博彰 (2013). 実践的クリティカルケア看護とは. 山勢博彰. クリティカルケアアドバンス看護実践—看護の意義・根拠と対応の争点— (第1版), P2-5. 東京: 南江堂.
- 山勢善江 (2013). クリティカルケア領域における看護師の倫理的課題. 江川幸二, 山勢博彰. 看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド—基礎からわかる臨床に活かす倫理調整— (第1版), P62-68. 東京: 三輪書店.
- 矢富有見子 (2007). ケアリング理論. 寺町優子, 井上智子, 深谷智恵子, クリティカルケア看護—理論と臨床への応用— (第1版), P69-73. 東京: 日本看護協会出版会.