

博士論文

生命危機状態にある患者を支える看護師の ホリスティックケア

The one of the nurse with which the patient who is in the life crisis state is supported Holistic care

平成 29 年度

広島文化学園大学大学院看護学研究科

看護学専攻・臨床看護学分野・成人看護学領域
前信由美

広島文化学園大学

博士論文要旨

広島文化学園大学大学院看護学研究科

学生番号 n2120003a 氏名 前信 由美

学位論文題目:『生命危機状態にある患者を支える看護師のホリスティックケア』

キーワード: 生命危機状態にある患者、生命へのニーズ、ホリスティックケア、トランスフォーメーション(変容)

研究動機: 患者の生命が危機的状況にある場合、看護師は、私は何をするべきかという問いと同時に、自身がすべきことについて瞬間的に判断し、実践する。クリティカル場面においては、患者の生命を守るために治療が優先される。そのような状況において看護師は患者に対して、一方的な看護援助を行っていることも多く、このような状況では看護師は倫理的ジレンマに陥ることもある。

他方、そのような患者にかかわる過程においては、一方的なかわりから、相互に作用する関係へと変化し、看護師自身もそのかわりの過程から学び、成長する。

ホリスティックケアは、看護実践に最も必要とされる概念であると言える。つまり、ケアの担い手である看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に働きかけをすることである。ゆえに、生命危機状態にある人に対する看護実践において必要不可欠なケアの根本概念がホリスティックケアであると言える。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをするからである。すなわち、それは人間の生命自身であり、健康で生きたいという強い意思と力を持った患者という人間への働きかけである。そして、生命危機状態にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない状況にあると考えている。本研究によって、クリティカル場面での看護師と患者とのかかわりを明らかにすることができれば、看護師が患者と向き合ってケアをするときの、ホリスティックケアという技術を論理的に証明することにつながる。また、本研究の成果が看護実践現場に還元されることによって、彼女たちのかかわりが、看護専門職者としての看護師の患者に対するかわりであり、その実践行為を論理的に解明することは、患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけるべき看護専門職者のモデルとも成りえ、看護の質の向上に寄与することができる。

研究目的: 生命危機状態にある患者をケアする現場で働く看護師は、患者の生命維持に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない状況にいる。特に患者の生命が危機的状況にある場合、看護師は、何をすべきかという問いと、すべきことについて瞬時に判断し、看護実践している。そこで、本研究では、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにし、回復過程に向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が必要なのかを、第一の研究で看護師と患者のかかわりの場面を参加観察し、そのケアの中に存在するケアの本質を探究する。第二の研究で、参加観察した看護師がどのような

意識で患者にかかわっているかについて半構成的面接を行い明らかにしていく。そして、第1段階と第2段階で明らかになった内容から、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにし、検証・検討することを目的とする。

研究方法：第一の研究の参加観察では、入室している患者にかかわる日勤の看護師の行動を参加観察し、参加観察内容を分析・解釈し、重要文脈をコーディングし、サブカテゴリー化カテゴリー化を図った。参加観察は、看護師が言語・行動・感覚器を使用して患者とのかかわりをしている場面であった。

第二の研究では、参加観察対象となった看護師に後日、半構成的面接を実施した。調査項目は、基本属性として、年齢、性別、最終学歴、資格の有無、学会への参加、看護協会入会の有無、看護観の7項目であった。インタビューで得られた内容の文章化をし、重要文脈を抽出し、コーディングしサブカテゴリー化、カテゴリー化を図った。

第三の研究では、第一の研究結果に見るケア内容と、第二の研究結果に見る看護師に内在するものの見方、考え方から、その関係性を検討した。

倫理的配慮：本研究実施に当たっては、広島文化学園大学看護学研究科倫理委員会にて、対象のプライバシーの保護、公表の仕方、対象が受ける利益や看護上の貢献についての項目について承認を得た（承認番号 12012）。および対象施設の倫理審査委員会へ申請し、承認を得た。

結果及び考察：患者は60代の男性。病名は交通外傷で、左右多発性肋骨骨折、左右血気胸、左膝蓋骨剥離骨折、背部挫滅創であり、受傷後6日目であった。患者を受け持った看護師は3日間で計6名であった。

参加観察で得られた統合カテゴリーは、【ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与】【意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション】【呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践】【患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整】【上級看護師による創傷の評価と創傷処置】【患者の安楽な体位の調整と医療事故防止】【患者の欲求と現状に即した説明】【ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME機器の作動状況の点検】【医療目的に沿った看護師間の教育指導】の9カテゴリーであった。その内容は看護師と生命危機のある患者とのやり取りは、主として看護師からのかかわりが中心にある。患者のバックにある身体損傷とそれに伴う医学的治療及び安全管理をしなければならない。得られたカテゴリーはそうした患者の痛みへの配慮と医学的管理に伴う安全への配慮がある。

六つの参加観察場面に関わった看護師6名に対して半構成的インタビューを行い、個々で得られたカテゴリーの統合した結果、【生命危機状態にある患者の治療の適切性と療養環境の整備】【患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察】【人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観】【患者の権利の尊重】【専門職としての責務】【他職種との協働とチーム医療】【継続教育による専門職として

の自己成長】の7カテゴリーであった。

良い医療の提供は、看護専門職者としての責務として、生命危機状態にある患者の適切な治療への協力と、他職種との協働が重要であること、適切な治療環境・療養環境の整備は常に必要であると考えていること、生命危機状態にある人のニーズに応えられる看護専門職者は、患者のニーズ把握のための五感を駆使した鋭い観察力と、得られた情報を速やかに分析する力と、患者・家族のニーズに即した適切で高度な実践力が重要であること、生命の尊重は、患者の権利の尊重であること、看護援助は対人関係であり、人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観があること、専門職としての自己成長のために絶えず、継続教育が必要であることなどが認識・統合されて、実際、患者と関わる際に行動として表在化している。

表在化された行動は、六つの場面で得られた統合カテゴリーの内容であり、ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与、ケアを安全に実施するための医療安全と協働、意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション、呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践と説明、実践力向上に向けた看護師間の教育指導、患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整や寝具・掛物の調整、医療安全の為にチューブ類・ME 機器の作動状況の点検、自己抜去防止に向けた管理などという実践行為として、表在化していた。このように自分の行動を良く考え、熟慮の上で行動にとりかかれる人は良く訓練されているということになる。すなわち、良く訓練された看護専門職者は、生命危機状態にある患者を目前にしたときに、必要な手段を選択し、忍耐強くかわり続けられる能力を有していると考える。

結論：本研究では、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにし、回復過程に向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が必要なのかを検討し、以下の4点について結論を導き出した。

1. 生命危機状態にある患者への看護師のかかわりを通して患者は回復へと向かい、ケアを提供する看護師は、その看護師が持っている全人格で患者の反応を捉え、回復過程に向けてのケアを提供すると同時に自己成長する。
2. 救命・救急に専心する看護専門職者には、救命する側として、それ相応の専門知識と技術が求められる。また看護専門職としての自覚と責任が要求されている。
3. 生命危機状態にある患者のホリスティックケアは“かかわり”の初めから存在し、観察からの問題把握に始まり、看護師が何をなすべきかについて、瞬時の判断と意思決定が求められる。
4. 生命危機状況にある患者に関わる看護専門職者は、良く訓練されていることが重要であり、訓練によって、生命危機状況にある患者の喫緊の課題解決に向けて、必要な手段を選択し、熟慮の上で有効な手段を使いこなすことができ、よりよいかかわりができる。

今回の研究では患者とのかかわりについて論じたが、かかわりの中には患者だけでなく

家族に対するかかわりもある。今後は他施設でも同様の研究を続け理論開発に繋がるように事例数を増やしていく必要がある。

Thesis for a doctorate point

Hiroshima cultural school university graduate school nursing postgraduate course

The student number n2120003a name Maenobu Yumi

Doctoral thesis theme: 『The one of the nurse with which the patient who is in the life crisis state is supported Holistic care』

Keywords: Patients in a life-threatening state, needs to live, holistic care, transformation

Study motive: In emergencies, when the life of a patient is at risk, the nurse-in-charge is faced with the difficult question of what immediate action should be taken. In such a critical environment, life-saving treatment is prioritized and nurses often provide unilateral nursing aid, which can create an ethical dilemma.

On the other hand, during the process of caring for a patient, nurses evolve from being in a unilateral relationship to an interactive relationship with the patient. Nurses also learn and grow through this involvement.

Holistic care is a concept that is of utmost importance in nursing practice. In fact, specialized nurses are the primary care providers, who work to save patients' lives with every ounce of their energy. Therefore, the fundamental concept of essential care in nursing practice for people in a life-threatening state is said to be holistic care. This is because nurses work on living bodies and minds and associated emotions when they work with patients, who are humans with a strong desire to live a healthy life. Nurses who work on sites where care is provided to patients in a life-threatening state may be required to work with patients who are both mentally and physically challenged. In this study, we evaluated the relationship between nurses and patients in critical care and whether holistic care can be logically verified in nurses providing direct care to patients. In addition, examination of the nature of involvement of nurses in real-time nursing practices has revealed that most nurses work as professionals. Logically elucidating their practice will create a model for nursing experts to work with all of their being to save patients' lives, which could contribute to improving nursing quality.

Study objective: Nurses who work on sites that require them to provide care to patients in a life-threatening state usually put every effort possible into ensuring that their patients live. In particular, when the lives of their patients are at risk, they must quickly decide the course of action and implement or execute the same. In this study, we elucidated the involvement of patients and nurses in a critical setting from a holistic care perspective and examined the factors necessary to support patients toward recovery as well as to educate nurses who provide support. In the first part of this study, we performed participatory observations of the involvement of nurses and patients and

studied the nature of care being provided. In the second part of the study, we elucidated the awareness status among nurses with respect to their involvement with patients through a semi-structured interview. From the information obtained from Stages 1 and 2 of this study, we then elucidated the involvement of patients and nurses in a critical setting from the holistic care perspective and aimed to verify and examine the same.

Study methods: In Stage 1, we observed the behavior of day-shift nurses as they worked with their hospitalized patients and then analyzed and interpreted the content of their participatory observation. Important contexts were coded, sub-categorized, and categorized. The participatory observation was conducted in a setting wherein the nurses were involved with patients using language, actions, and the senses.

In Stage 2, we conducted a semi-structured interview with nurses who were the subjects of the participatory observation. Survey items included age, sex, highest level of education, qualifications, participation in conferences, nursing association memberships, and perspectives on the basic attributes of nursing. The information obtained through this interview was documented, and important context from the same was extracted, coded, sub-categorized, and categorized.

In Stage 3 of the study, we examined the relationship between information of care observed in Stage 1 and the perspective of nurses noted in Stage 2.

Ethical considerations: This study was approved by the institutional review board of the Graduate School of Nursing, Hiroshima Bunka Gakuen, in terms of the protection of patients' privacy, method of publication, benefits for patients, and contribution toward nursing (approval #12012). The ethics review committee of the facility also approved this study.

Results and Discussions: The case patient was a man in his 60s who presented with bilateral multiple rib fractures, bilateral pneumothorax, avulsion fracture of the left patella, and a crushed back due to traffic-related trauma. This study was conducted 6 days after the occurrence of injury. A total of six nurses attended to the patient over 3 days.

Nine integrated categories were obtained from the participatory observation, as follows: [explanation about the patient before care, preparation of required items, and administration of analgesic and sedative to minimize discomfort], [frequent verbal and non-verbal communication with patients to understand physical discomfort while providing care to an unconscious patient], [skillful care provided by nurses to minimize patient's discomfort while applying a respirator], [improved posture change and adjustment considering patient's safety and comfort], [evaluation and treatment of wounds by a senior nurse], [comfortable posture for the patient and prevention of a

medical accident], [explanation according to patient's wishes and condition], [adjustment of bedding and blankets as well as inspection of tubes and the ME device operation at the end of care], and [educational guidance among nurses in accordance with the common medical objective]. Involvement initiated by nurses forms the main part of interaction between nurses and patients in a life-threatening state. Physical injuries on the patient's back required accompanying treatment and safety management. The obtained categories considered patient pain and safety through such medical management.

We conducted a semi-structured interview with six nurses who were involved in the participatory observation and integrated the categories obtained from each nurse. The following seven categories were obtained: [suitability of treatment for patient in a life-threatening state and improvement of the medical care environment], [involvement according to the needs of the patient and the family and the observation that uses all five senses to understand a patient's need], [life perspective based on both the sense of existence and desire during interaction with people], [respecting patient's rights], [duties as a professional], [cooperating with other occupations and medical teams], and [self-growth as a professional through continuous learning].

As part of providing good medical care, the following aspects were acknowledged and integrated as essential duties of nursing experts: working together toward an appropriate treatment for patients in a life-threatening state, collaboration with other teams and experts, and a proactive acknowledgment that an appropriate treatment environment and improvement in the treatment environment is always necessary. Moreover, nursing experts who respond to the needs of patients in a life-threatening state need appropriate observational ability employing all five senses to precisely understand the patients' needs, including the ability to quickly and appropriately analyze the obtained information and apply advanced practical skills in accordance with the needs of patients and their families, respecting the patients' rights, treating nursing support as an interpersonal relationship, nurturing a perspective based on both the sense of existence and the desire during interaction with the patients, and continuously learning for self-growth as an expert. When these aspects are acknowledged and integrated by the nurses, they appear to be readily expressed in real-time interactions with patients.

The expressed actions were contents of integrated categories obtained under six different settings and were displayed as the following practices: explanation to the patient before the care, preparation of the required items beforehand, and administration of analgesic and sedative to minimize discomfort, cooperation to provide safe medical care, frequent verbal and non-verbal communication with patients to understand any physical discomfort while providing care for unconscious patient, skillful care and explanations provided to minimize patient's discomfort during the application of a respirator,

educational guidance among nurses to improve practical skills, improved posture change and adjustment considering the patient's safety and comfort, adjustment of bedding and blankets, inspection of tubes and ME device operation toward safe medical care, and management toward prevention of self-removal. Overall, nurses who considered their own actions and acted upon them with deliberation were considered to be well-trained. In other words, nursing experts who are well-trained possess the ability to decide the necessary course of action to take when faced with a patient in a life-threatening state and they remain involved with the patient.

Conclusions: In this study, we evaluated the involvement of patients and nurses in a critical setting from the holistic care perspective and examined the factors necessary to support a nurse's decision-making toward patient recovery, as well as to educate nurses who provided the support. We derived the following four conclusions based on our findings:

1. Through the involvement of nurses with patients in a life-threatening state, patients progress toward recovery, and nurses who provide care capture the response of patients using all of their ability. Through this process, nurses not only provide care toward recovery but also undergo self-growth.

2. Nursing experts who focus on life-saving and emergency actions are required to have appropriate expert knowledge and technical skills. Moreover, they should be well aware and responsible as nursing experts.

3. Holistic care of patients in a life-threatening state begins at the beginning of the "involvement," starting with the understanding of the patients' problems through careful observation and making swift judgments and decision-making regarding the relevant course of action.

4. Nursing experts involved with patients in a life-threatening state must be well-trained. Through training, the nurses can choose the appropriate method for addressing the critical problems of such patients and better apply the effective method upon deliberation toward better involvement.

In this study, we discussed nurses' involvement with patients. However, involvement with patients' family members must also be considered. In the future, this topic needs to continue to be investigated at other facilities with a larger sample size to logically develop appropriate nursing care.

— 目次 —

序章 生命危機状態にある患者に必要なホリスティックケア	7
第一節 ホリスティックケア (Holistic ケア)の担い手としての看護専門職者	7
1. 看護におけるホリスティックケア	7
2. 看護におけるケアとケアリング	8
第二節 生命危機(クリティカル)状況にある人の看護	10
1. 生命危機状況にある人への相互的な人間形成	10
2. 生命危機状況にある人を援助する看護専門職者	11
第三節 研究の着想に至った経緯および先行研究	13
1. 本研究の着想に至った経緯	13
2. 生命危機状況にある患者のケアに関する先行研究	15
第二章 研究目的及び研究概念	17
第一節 研究目的	17
1. 研究目的	17
2. 研究の意義	17
第二節 研究概念	18
1. 研究概念	18
2. 用語の定義	19
第三章 研究方法及び研究デザイン	20
第一節 研究方法及び研究プロセス	20
1. 研究方法	20
2. 研究のプロセス	20
1) 第一研究(第一段階)	20
2) 第二研究(第二段階)	20
3) 第三研究(第三段階)	20
第二節 研究デザイン	21
1. 第一の研究(第一段階)	21
1) 研究目的	21
2) 研究対象	21
3) データの収集方法	21
4) データ収集期間	22
5) 分析方法	22
2. 第二の研究(第二段階)	22
1) 研究目的	22
2) 研究対象	22

2)	データの収集方法	22
3)	調査内容	22
4)	データ収集期間	22
5)	分析方法	22
3.	第三の研究(第三段階)	23
1)	研究目的	23
2)	研究方法	23
	第三節 倫理的配慮	23
1.	広島文化学園大学看護学部・看護学研究科倫理委員会への申請	23
2.	対象施設の倫理審査委員会への申請	24
	第四章 研究結果	24
	第一節 患者紹介	25
	第二節 第一の研究(看護師の患者へのかかわり場面の参加観察)結果	26
1.	第一の場面(レントゲン撮影)	26
1)	参加観察内容	26
2)	参加観察内容からの重要文脈の抽出	28
3)	重要文脈からのサブカテゴリー化	28
4)	サブカテゴリーからのカテゴリー化	28
2.	第二の場面(全身清拭)	28
1)	参加観察内容	28
2)	参加観察内容からの重要文脈の抽出	30
3)	重要文脈からのサブカテゴリー化	30
4)	サブカテゴリーからのカテゴリー化	31
3.	第三の場面(全身清拭)	32
1)	参加観察内容	32
2)	参加観察内容からの重要文脈の抽出	34
3)	重要文脈からのサブカテゴリー化	34
4)	サブカテゴリーからのカテゴリー化	34
4.	第四の場面(口腔内洗浄)	35
1)	参加観察内容	35
2)	参加観察内容からの重要文脈の抽出	37
3)	重要文脈からのサブカテゴリー化	37
4)	サブカテゴリーからのカテゴリー化	37
5.	第五の場面(胸部レントゲン撮影時の移乗と患者の全身状態の観察)	38
1)	参加観察内容	38
2)	参加観察内容からの重要文脈の抽出	39
3)	重要文脈からのサブカテゴリー化	39

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化.....	39
6. 第六の場面(全身清拭と陰部洗浄及び体位変換).....	41
1) 参加観察内容.....	41
2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出.....	42
3) 重要文脈からのサブカテゴリー化.....	42
4) サブカテゴリーからのカテゴリー化.....	43
7. 参加観察法で得られたカテゴリーの統合.....	44
第三節 第二の研究(看護師への半構成的面接法)結果.....	47
1. 看護師の基本属性.....	47
2. 半構成的面接法結果.....	47
1) 看護師 A.....	47
2) 看護師 B.....	50
3) 看護師 C.....	53
4) 看護師 D.....	56
5) 看護師 E.....	59
6) 看護師 F.....	62
3. 半構成的面接法で得られたカテゴリーの統合.....	66
第四節 第三の研究(第一研究と第二研究の構造化)結果.....	69
1. 参加観察法で得られた統合カテゴリーの構造化.....	69
2. 半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造化.....	73
3. 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造化.....	75
4. 第一の研究(参加観察)と第二の研究(半構成的面接法)で得られたカテゴリーの関 係性の検討.....	76
第五章 生命危機状態にある患者を支える看護師のホリスティックケア.....	79
第一節 生命危機状態にある人を支える看護師のホリスティックケア.....	79
第二節 生命危機状況にある人を援助する看護専門職者の実践的行為を導く意思.....	81
1. 看護専門職者の実践的行為を導く意思.....	81
2. 意思力に必要な訓練(Discipline).....	83
第三節 結論.....	85
終章 研究総括と将来展望.....	85
1. 研究総括(まとめ).....	85
2. 研究の将来展望.....	86
3. 研究の課題と限界.....	87
4. 謝辞.....	88
引用文献.....	88

【図・表】

図 1 研究概念図	19
図 2 研究プロセス	21
図 3 患者の全体像.....	25
図 4 参加観察場面のカテゴリーの構造化	69
図 5 看護師の半構成的面接法結果からの構造化.....	74
図 6 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造図.....	75
図 7 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの関係図	77
表 1 フィールドノートの文章化(胸部レントゲン撮影)	27
表 2 サブカテゴリーからのカテゴリー化	28
表 3 フィールドノートの文章化(全身清拭)	29
表 4 サブカテゴリーからのカテゴリー化	31
表 5 フィールドノートの文章化(全身清拭)	33
表 6 サブカテゴリーからのカテゴリー化	35
表 7 フィールドノートの文章化(口腔内洗浄)	36
表 8 サブカテゴリーからのカテゴリー化	37
表 9 フィールドノートの文章化(胸部レントゲン撮影)	38
表 10 サブカテゴリーからのカテゴリー化	40
表 11 フィールドノートの文章化(全身清拭)	41
表 12 サブカテゴリーからのカテゴリー	43
表 13 参加観察法で得られたカテゴリーの統合	46
表 14 看護師の属性.....	47
表 15 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 A)	48
表 16 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 A)	50
表 17 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 B)	51
表 18 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 B)	52
表 19 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 C)	54
表 20 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 C)	55
表 21 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 D)	57
表 22 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 D)	58
表 23 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 E)	59
表 24 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 E)	61
表 25 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 F)	62
表 26 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 F)	66
表 27 半構成的面接法で得られたカテゴリーの統合	68

【別添資料】

1. 別添資料—1 表 1 場面 1 参加観察内容から重要文脈の抽出	92
2. 別添資料—2 表 2 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	93
3. 別添資料—3 表 3 場面 2 参加観察内容から重要文脈の抽出.....	98
4. 別添資料—4 表 4 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	104
5. 別添資料—5 表 5 場面 3 参加観察内容から重要文脈の抽出	110
6. 別添資料—6 表 6 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	115
7. 別添資料—7 表 7 場面 4 参加観察内容から重要文脈の抽出	120
8. 別添資料—8 表 8 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	123
9. 別添資料—9 表 9 場面 5 参加観察内容から重要文脈の抽出	126
10. 別添資料—10 表 10 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	130
11. 別添資料—11 表 11 場面 6 参加観察内容から重要文脈の抽出	134
12. 別添資料—12 表 12 重要文脈からサブカテゴリーの抽出	138
13. 別添資料—13 表 13 看護師Aのインタビュー内容	142
14. 別添資料—14 表 14 看護師 A:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	143
15. 別添資料—15 表 15 看護師Bのインタビュー内容	146
16. 別添資料—16 表 16 看護師 B:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	147
17. 別添資料—17 表 17 看護師Cのインタビュー内容	149
18. 別添資料—18 表 18 看護師 C:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	150
19. 別添資料—19 表 19 看護師Dのインタビュー内容	152
20. 別添資料—20 表 20 看護師 D:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	153
21. 別添資料—21 表 21 看護師Eのインタビュー内容	155
22. 別添資料—22 表 22 看護師 E:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	156
23. 別添資料—23 表 23 看護師Fのインタビュー内容	159
24. 別添資料—24 表 24 看護師 F:インタビューの内容からの重要文脈の抽出	161

【凡例】

1. 本論文は各章ごとに分章し、各項目には1、1)、(1)、①の順で番号を付した。
2. 別添資料は資料のみの通し番号を付した。
3. 本文中の年号は西暦を使用した。
4. 引用については「」を付して挿入し、右肩に引用番号を付した。
5. 本文中の著作文献は『』を付して挿入した。
6. 本文中の結果として得られたカテゴリーは【】で示した。
7. 本文中の結果として得られた統合カテゴリーは[]で示した。
8. 本文中の日本人の著者名は敬意を表して最初は姓名で表記し、以降は姓のみを表記した。
9. 本文中の外国人の著者名は姓名をカタカナで表記し、括弧内に英字で姓名もしくは姓

と名を表記した。以降は姓のみをカタカナで表記した。

10. 本文中、人名説明については、脚注番号を付しページ内に説明を表記した。
11. 本文中の強調する語句は“ ”で示した。

序章 生命危機状態にある患者に必要なホリスティックケア

第一節 ホリスティックケア (Holistic care) の担い手としての看護専門職者

1. 看護におけるホリスティックケア

ホリスティック (Holistic) という言葉は、ギリシャ語で“全体性”を意味する“ホロス(holos)”が語源である。そこから派生した言葉には、whole (全体)、heal (癒す)、health (健康)、holy (聖なる) などがある。また、健康-health-という言葉自体が、もともと「全体」に根ざしている。そして、ホリスティックという言葉は、もともと“ホーリズム(holism)的”という形容詞から生まれ、一般に“全体論”と訳されている哲学用語である。ホーリズムの最初の提唱者はジャン・クリスチャン・スマッツ¹⁾である。彼は1926年に発表した『ホーリズムと進化(Holism and Evolution)』¹⁾という著作の中で、ホーリズムは「創造的統合の過程であるから、その結果生じる全体は、静的なものではなく、動的であり、発展的であり、創造的である。」²⁾と述べる。スマッツのホーリズムに対する考え方は、“全体とは部分の総和以上のなにかである”という表現に代表され、臓器や細胞などといった部分に分けて研究したとしても人間を全体的にとらえることはできない。部分は全体に向かって機能するがゆえに、全体と部分は相互に影響を与え、全体は部分によって存在し、部分は全体によって存在する。全体は、それを構成する部分の総和よりも存在価値があるという理論であり、同時に、一固体は孤立に存在するのではなく、それをとりまく環境すべてと繋がっているという考え方である。

そして、自然における全体は、その場を持っているということである。ホーリズムから発展した“ホリスティック”という概念は、“全体”“関連”“つながり”“バランス”といった意味をすべて包含した言葉として解釈され、人はみな、地域や自然界との“かかわり”を持ち、思いやりや平穏などの精神的価値観を追い求めることで、自己の存在証明、人生の目的や意味を見出していく活動の総称とされる。“ホリスティック”という言葉は既に医学・教育にも用いられている。ホリスティック医学(Holistic Medicine)では、人間の生を“いのちの営み”として、ありのまま全体を見つめ、限界や欠如も含めて尊重する姿勢がホリスティックであり、人間をまるごと全体的にみる医学である。健康や癒しとは本来、身体だけでなく目に見えない精神・霊性も含めた人間の全体性と深く関係がある。これは、病気だけに限定されるものではなく、人生の中の生老病死というステージを考え、病を癒していくなかに関連する、あらゆる分野の“癒し”も大切に考えるということであろう。

ホリスティック教育(Holistic Education)では、人々の内に秘められている命への尊厳と、学ぶことに対する大きな喜びを引き出していくことを目指している。ホリスティック教育の提唱者であるジョン・P.ミラー²⁾は、幼稚園の創始者として知られるフリードリヒ・フレーベル³⁾の「神から授かった

1) ジャン・クリスチャン・スマッツ (Jan Christian Smuts 1870-1950); 軍人, 政治家, 哲学者。彼の提唱する全体主義(ホーリズム)は、当時の先端科学である相対性理論や量子力学からも強い影響を受けており、その思想は現在でもなお哲学者たちの間で大きな影響力を維持している。

2) ジョン・P.ミラー (John P. Miller 1943-) ; カナダ生まれの教育学者。トロント大提携の OISE (Ontario Institute for Studies in Education) で博士号取得。トロント大学教授。彼の説く他者とのつながりは心配りであり、ケアリングである。彼のホーリズム holism 哲学の根底には、彼の間人観・世界観・宇宙観がある。

3) フリードリヒ・ヴィルヘルム・アウグスト・フレーベル (Friedrich Wilhelm August Fröbel 1782-1852); ドイツの教育学者。幼

人間の本质が、教育を通して表現され、実現され、そして自覚されるのでなければならない。」³⁾という言葉、インド生まれの精神的な師であるジッドウ・クリシュナムルティ⁴⁾の「教師が果たす役割は、あなたの心の一部を教育するのではなく、心の全体を教育することにある。」⁴⁾という言葉、ルドルフ・シュタイナー⁵⁾の教育を通して人々の魂に霊性(スピリチュアリティ)を取り戻すことにあるという言葉等を引用しつつ、「ホリスティック教育は、“かかわり”(リレーションシップ)に焦点を当てた教育である。」⁵⁾と定義づけた。ミラーの主たる主張の核心は、“かかわり”であり、伝達(トランスミッション)、トランスアクション(交流)、トランスフォーメーション(変容)である。中でも特に関わった対象の変容がホリスティック教育のゴールである。すなわち、論理的思考と直観との“かかわり”、心と身体との“かかわり”、知のさまざまな分野の“かかわり”、個人とコミュニティとの“かかわり”、そして自我と自己との“かかわり”、などである。ホリスティック教育において学習者は、これらの“かかわり”を深く追求し、この“かかわり”に目覚めるとともに、その“かかわり”をより適切なものに変容していくために必要な力を得る。そうした“かかわり”が全人的なかかわりとしてケア概念と結びつき、看護におけるホリスティックケアと呼ばれる。

ミラーのホリスティックケアを、看護実践におけるケアという概念から考えたとき、ホリスティックケアが、かかわりに焦点を当てるといふ事、そのかかわりは、論理的思考と直観とのかかわり、心と身体とのかかわりを指しており、看護に最も必要とされる概念であると言える。つまり、看護におけるホリスティックケアとは、ケアの担い手である看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に働きかけをすることである。特に生命危機状況にある人に対する看護実践においては、ホリスティックケアの実践が求められる。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをするからである。すなわち、それは人間の生命自身であり、健康で生きたいという強い意思と力を持った人間への働きかけである。そして、生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、“全人格”を駆使して働きかけなければならない状況にいる。そうした働きかけを通して患者は回復へと向かい、看護師は自己成長し変容していくというホリスティックケアがあるのである。

2. 看護におけるケアとケアリング

ケアとは一般に細心の注意を払う、世話・保護・管理、心配り・気苦労などと考えられ、日常生活の中で、世話・保護・管理をしなければならない人々に対して細心の注意を払って世話(心配り・気苦労)を引き受けることを言う。そこには、援助される人と援助する人が存在する。『ケアの本質』⁶⁾を書いたミルトン・メイヤロフ⁶⁾は、一人の人をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長

児教育の創始者。ヨハン・ハインリッヒ・ペスタロッチーに影響を受け、幼児の心の中にある神性をどのようにして伸ばしていけるかということの教育に一生を捧げた。

4) ジッドウ・クリシュナムルティ(Jiddu Krishnamurti, 1895-1986);インド生まれの宗教的哲人、教育者。14歳の頃、神智学協会に引き取られた後、ヨーロッパの神智学協会に連れて行かれ、手厚い保護の下で英才教育を受けたが、自ら宗教団体を解散し宗教批判を行った。不必要な知識や記憶がもたらす条件付けからの解放や、洞察による脳細胞の変容などを指摘した彼の教えは、その現代的なアプローチから宗教という枠にとどまらず、幅広い支持者を獲得した。

5) ルドルフ・シュタイナー(Rudolf Steiner, 1861-1925);オーストリア・ハンガリー帝国出身の神秘思想家。人智学(アントロポゾフィー)の創始者・哲学博士。

6) ミルトン・メイヤロフ(Milton Mayeroff 1925-);アメリカニューヨーク生まれ、ニューヨーク大学で学士

すること、自己実現することを助けることである⁷⁾。すなわち、ケアには他者の成長を助けるための基本的要素がある。その基本的要素が「専心・信頼・忍耐・謙遜・正直」⁸⁾であり、その過程の第一義性は、そのまま自分自身をケアすることにもあてはまると述べた。彼は、「ケアする人は忍耐 (patience) 強い。なぜなら、相手の成長を信じているからである。しかし、相手に忍耐を示すと同時に、自分自身にも忍耐しなければならない。相手及び自分を知り、理解し、発見する機会を、自らに対してつくっていかなければならない。」⁹⁾とも述べた。相手にとって良いときに、相手にそった方法で、相手を成長させることができる。ゆえに、ケアとは、「特定の人の成長に対応していくものである以上、その相手について、また、そのときどきに応じて変化していく相手と自分との関係について、間断なく学び取っていくことである¹⁰⁾。ケアする人、ケアされる人は共に援助者—被援助者の関係であり、相手が成長していくこと、私のケアする能力—この二つを信頼することは、両者が共に生じる変化が期待され、成長発達をとげる関係を指している。そして、対象のケアは専心をも意味するので、「その人の全体をこめて打ち込む点で全人格的なものである。」¹¹⁾とメイイロフは述べている。そこには、先述したミラーのホリスティックケアと一致する考えがある。

何故ならばケアの持つ本質的な意味合いと、看護が持つ基本的な“かかわり”は、健康問題を抱えた対象の心身に向けた援助であるだけでなく、対象の個別性を尊重した“かかわり”であるからである。また「ケアは看護の本質である。」¹²⁾と述べたのは、マデリン・レイニンガー⁷⁾である。彼女は、ケアとは「人間の条件もしくは生活様式を改善し、高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードを持つ個人に対して行われる援助的行動、支持的行動、あるいは能力を与えるような行動に関わる抽象的・具体的現象を意味する。」¹³⁾と定義した。更に、ケアリングについては「人間の条件や生活様式を改善したり、高めようとする、あるいは死と立ち向かわせる明白なニードあるいは予測されるニードを持つ個人や集団を援助したり、あるいは能力を与えたりすることを目指す行為及び活動を意味する。」¹⁴⁾と定義した。ケアとケアリングの相違は何か。そこにはケアという抽象的・具体的現象としての定義とその対象の実践的側面での相違がある。ケアリングは活動実践の中にあり、死と立ち向かう霊的な部分、あるいは個人と集団の違いが認められる。ケアリングは看護師がケアを提供する際の道徳的・倫理的行動とも関連し、看護師の責務の一つでもある。そして、メイイロフは、看護師は「ケアを通して相手が成長していくという希望 (hope)」¹⁵⁾があると述べた。つまり、看護師はケアの対象である患者が良い方に回復するという希望があるという意味である。

レイニンガーは、看護専門職は、幅広くホリスティックな文化的視点から、系統的なケア、看護知識としてのケア、健康、疾病、安寧の表現と意味を発見する必要があると述べた。日野原重重明⁸⁾、川島みどり⁹⁾共著の『看護の時代』¹⁶⁾には、キュアとしての医療があり、これからはケアとして

(B. S.]及び修士 (M. A) の学位を取得したのち、コロンビア大学で博士 (Ph. D.) の学位を取得。コーロラント州立大学哲学教授。

7) マデリン・レイニンガー (Madeleine M. Reininger, 1925-2012) ;看護現象を文化的・民俗学的視点からとらえたアメリカの看護理論家。文化人類学の方法を取り入れた民族看護学的方法論を開発した。1950年にベネディクト大学から生物化学の学士号 (B. S) を取得したのち、アメリカ・カトリック大学から精神看護学修士の学位取得、ワシントン大学博士課程で社会人類学の研究を行い、学術博士 (Ph. D.) を取得した最初の看護師。

8) 日野原重重明 (1911-2017) ;1937年京都帝国大学医学部卒業。聖路可国際病院内科医を経て、聖路加看護大学学長、聖路加国際病院院長、現在、同病院理事長。自治医科大学及びハーヴァード医科大学客員教授、国際内科学会会長等を歴任。日本循環器学会名誉会員。文化勲章及び勲二等端裏章受章。京都帝国大学医学博士、トマス・ジェファーソン大学名

の看護があり、医学と看護学の融合を説いている。特に生命危機状態にある患者への“かかわり”のケアの場面では、キュアとケアの融合は重要である。

メイヤロフが「あるものに対し深く全一的に自分を投入することがなければ、人は自分自身であることはできない。」¹⁷⁾と述べたように、また、ナイチンゲールが、「看護を芸術であらしむるには、画家や彫刻家の仕事と同じように、他を顧みない専心と厳しい準備が必要である。」¹⁸⁾と述べたように、私たち看護専門職者は、全身全霊で対象の問題解決に自己を投入することができなければ、対象の心に変化をもたらすことはできない。つまりはケアの意味そのものが、看護実践であり、ケアリングという概念は、そもそも健康や癒しと類似するものである。看護は本来、身体だけでなく目に見えない精神・霊性も含めた人間の全体性と深く関係がある。しかし、ホリスティックという概念と看護ケアとのつながり、概念枠組みも含め、看護場面におけるホリスティックケアについて十分に共通認識がなされているとは言えない状況にある。

第二節 生命危機（クリティカル）状況にある人の看護

1. 生命危機状況にある人への相互的な人間形成

生命危機状況にある人の助けてほしいという無言の呼びかけに対する医療者の応答的人格的責任は、呼びかけている他者と真剣に向き合い即座に応答することである。何らかの身体的諸条件が人の生命を危機的状況に落とし込んでいる時、患者は助けを求めてくる。そのような場面で生命危機状況にある人の危機的状況脱出のために医師と共に立ち向かうのが看護専門職だ。ゆえに看護専門職者には患者が危機的状況に陥っている原因を突き止めるための眼力、観察力が必要であり、治療を必要としている患者の側に立ち、自己の全人格でもって相手の人格に立ち向かう仕事をしなければならない。その場面で、看護専門職者は、自身が認識している他者の生命徴候の客観的事象の把握と瞬時判断の次に来るのは、生命維持無言のための瞬時の行動である。その行動には看護専門職者が、生命危機状況にある患者を助けてほしいという意思の働きがある。それはまた、助けてほしいと願う他者の意思に呼応しているのだ。自己と他者の意思が混ざり合うところに対話が生まれる。それは被援助者が無言の状態でも実践される。そこには援助者対被援助者の関係が対等にあるのではなく、援助する側が明らかに優位な状況にある。そこには求める側と求められる側、つまり、専門的な知識・技術を駆使して、人の生存に対して危機的状況に貶めている原因を瞬時に突き止め、排除またはその原因の影響を最小にする必要があるからだ。

助力を求めている人への援助者による援助、それは真の人格的な出会いから始まり、そしてその出会いの中で双方が変化する。一方は生命危機状況からの脱却と人間的自立に向けた変化、他方はその経験が自身の職業としての人格的成長につながる。『我と汝・対話』¹⁹⁾の著作者マル

誉博士(人文科学)、マクマスター大学名誉博士。

9) 川島みどり(1931—)；日本赤十字看護大学名誉教授。1951年、日本赤十字看護専門学校卒業。日本赤十字社中央病院小児病棟を経て母校の専任教員に従事した後、外来看護の確立を目指す。1965年東京看護学セミナーを結成。1984年健和会臨床看護学研究所所長、2003年日本赤十字看護大学教授、2006年学部長職を経て現任。2007年第41回ナイチンゲール賞受賞。

ティン・ブーバー¹⁰⁾は、援助的關係がもたらすこのような相互的な人間形成を積極的に尊重している。しかしながら、その相互的な援助關係が成立しない場面が生命危機状況にある人である。生命維持のニーズは身体のシステムのメカニズムにある。心臓は心房の通常場所から信号が送られなくなったとき、心臓中核にある房室結節からリズムを送り、ここもつぶれたら心室の自動能が働く。エネルギーの供給がなくなったとき、自身に蓄積された脂肪や筋肉を消費する。つまり、身体の生存のためのメカニズムも一つの自己保存のためのシステムを有しているのだ。つまり、誰でも人は生きるために活動している。

カール・ロジャーズ¹¹⁾が示す援助關係技能は、精神科領域におけるカウンセリング手法の基本原則として知られが、生命危機的状況にある患者の精神的危機にも目を向けなければならないのが生命危機場面における看護専門職者の責務でもある。そしてそれは他者と向き合う時に自覚される全体としての人間理解である。そして私たちは「全面的・包括的なケアによって、私たちの生を秩序だてることを通じて、この世界の“場の中にいる”のである。」²⁰⁾ “場の中にいる”とは、存在を意味し、ケアされる者とケアする者の同一性の問題であり、他者の価値観に自己の価値を見出す過程において創造的な自らを発見し、自らの場を発見する。よって、場の中にあるとは空間的であり、時間的な過程に存在する。看護専門職者もケアされる者とケアする者が ICU・CCU などの救命・救急現場の中において同じ時間を共有し、共に成長するのである。

2. 生命危機状況にある人を援助する看護専門職者

生命危機状況にある人の生命救助にあたる医師や看護師が、「他者をケアするために私が必要とされるとき、その必要性に自分が応じる」²¹⁾ ことができることも意味する。つまり、その必要性に自分が応じられということは、その場に必要看護専門職者としての知識・技術を有するということである。そして、看護専門職者が活動するとき、そこには情熱が必要だ。情熱とは「自己の衝動を自己の仕事を通じて、生命のうちに表現させたいという積極性、及びそれができる能力である²²⁾」であり、職業に向かう意思とそれを継続する忍耐に通ずる。ナイチンゲールが、看護師が自分の仕事をするとき、そこには「症例に対する理性的な関心、病人に対する心のもった関心、病人の世話と治療についての技術的(実践的)関心」²³⁾の3つの関心を持たなければならないと述べたようにである。

ドナルド・ショーン¹²⁾は『専門家の知恵』の中で、「私はどの様に行動すべきかという問いは科学的な問いとなり、科学に基づく技術を使用することで最適の手段を選択できるのである。」²⁴⁾と述べ、専門家の知識とは、まず、実践が依拠し発展する基盤となる学問や基礎科学であり、次

10) マルティン・ブーバー (Martin Buber 1878-1965); オーストリア出身のユダヤ系宗教哲学者、社会学者。対話的思索の重要性を通じて人間のあり方を根源的に問うた。

11) カール・ロジャーズ (Carl Rogers 1902-1987); 精神療法家。アメリカ、イリノイ州オーク・パーク生まれ。コロンビア大学の教職課程で心理学を学び、シカゴ大学で教え(1945-57)、『患者本位の療法』を著す。この形式の精神療法で行われる精神療法の集いや、エンカウンター・グループでは、患者の自分の問題を吐露し、セラピストはそれを受身で見守る形をとる。精神療法の有効性を体系的に評価する方法を実行した先駆として著名。のちカリフォルニア州ラ・ホーヤの西部行動科学研究所(1964-68)と人間研究センター(1968-87)の臨床研究員となった。

12) ドナルド・ショーン (Donald A. Schön 1931-1997); ボストンに生まれ。エール大学、ハーバート大学で哲学を学び、1955年哲学博士取得。卒業後、ソルボンヌ国立大学院で音楽(クラリネット)を学んだ。1957-1963年まで産業問題に関する調査研究教育機関であるアーサー・D. リトル社産業研究所主任研究員として商品開発に携わる。1963-1966まで商務省に入り、ケネディ政権のもとで初代応用技術研究所所長として活躍した。

に、日々の診断の手続きや問題解決の多くが導かれる応用科学や技術学であるとし、最後に基盤となる基礎知識や応用知識を使って、クライアントへのサービスを現実に行うことに関わる技術や態度²⁵⁾であると述べている。

かつて、ナイチンゲールは、看護は一つの芸術であると述べ、「それを芸術であらしむるには、画家や彫刻家の仕事と同じように、他を顧みない専心と厳しい準備が必要である。命あるからだ、すなわち神の魂の宿りたもう宮を扱うのに比べれば、生命のない画布や大理石を扱うことがなんであろうか。看護は再上級の芸術の一つである。この世にアマチュアの芸術なるものは存在しない。アマチュアの看護なるものも存在しない。」²⁶⁾と述べ、看護をする者がアマチュアではなくプロフェッショナル (Professional) な仕事であると述べた。Professional “の Profess “は～を職業にするとか自称する、の意味があり、Profession “は知的操作の加わる職業の事である。従って、Professional Education “といえは知的操作の加わる職業的専門教育の事をいう。

専門職の定義ということであれば、エイブラハム・フレックスナー¹³⁾ の示したその第一は個人の責任を伴うより知的な職業であるということ。第二は性格において学術的であり、その職の従事者は常にセミナーなどに通って新しい知識を吸収することが望まれ、第三に単に学問的・理論的であるのみならず、目的において明らかに実際的であること。第四に高度な専門的教育機関を通してのコミュニケーションが可能であること。第五に自分たちの組織を持つこと。第六に個人よりも公共の利益に対し敏感であり、合目的に到達することにより大きな関心が寄せられることなどが一般的である。これは医学教育のあり方に強い関心を示したフレックスナーが『Medical Education in the United States and Canada』¹⁴⁾の中で述べた専門職者についての見解である。この見解は『NURSING FOR THE FUTURE』の中に引用された。同報告書は、エスター・ルシル・ブラウン¹⁵⁾ が、カーネギー財団の資金援助を受けて、現状の看護教育を調査し、その結果を 1846 年 (S21 年) に発表したものであり、“ブラウン報告”として歴史的に意義のある報告書である。彼女が専門職の定義としてフレックスナーの言葉を引用したこと自体、アメリカでの看護教育に関する提言の一つであり、看護教育の方向性を示唆したことになる。わが国では、1948 年 (S23 年) に小林富美栄¹⁶⁾ が『これからの看護』²⁷⁾として翻訳出版している。以上の事を統合すると専門職であるべき看護職者の実践には現象を認識し、整理・統合した後で適切な結論を見出すといった知的操作が加わるという事になる。

13) エイブラハム・フレックスナー (Abraham Flexner 1866-1959); 教育改革者。中学校での教育経験後にハーヴァード大学で心理学を学んだ。彼のアメリカとカナダの医学教育に関するカーネギー財団報告は、生評価の基準カリキュラム、設備が欠落した営利中心のシステムを暴露して、医学教育に多大な影響を与えた。

14) Abraham Flexner; Medical Education in the United States and Canada, A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No.4, Boston, Massachusetts, Updyke, 1910.カーネギー財団への報告書の中に医学教育プログラムに関する提言を行った。その提言に盛り込まれたのが専門職の定義である。

15) エスター・ルシル・ブラウン (Esther Lucile Brown, 1898-1990); 社会人類学者。1948 年に「将来の看護」を研究、看護教育と看護サービスにおける重要な変化をもたらし、大変称賛を受けた。一連の 3 冊の本で彼女は、看護婦養成所が高等教育機関に転換するべきであることを提案し、その教育転換によって患者への個々のケアが良くなることの重要性を強調した。第二次世界大戦の前に、および第二次世界大戦中に、アメリカの大学でナチ・ドイツから避難した多くの難民を支援した。

16) 小林富美栄 (1939-2010); 聖路加看護専門学校卒業後、米国ミシガン州立ウェイン大学留学。1964 年、同大学卒業。看護学士取得。1967-1977 年まで東京女子医科大学看護短期大学教授。1971-1975 年まで日本看護協会会長。1977-1981 年まで千葉大学看護学部教授。

加えて、導かれた結論を実践に移す時、そこには意思決定がある。ゲーリー・クライン¹⁷⁾は、たえず変化する現場の状況で、困難な任務で発揮される人間の能力について看護師や消防隊員等が、どのように迅速な決断をし、援助行動に向けて意思決定を下しうるのか、あるいは決断を下さなければならないのかについて研究した²⁸⁾。意思という側面から決断することについて研究したクラインは、時間の制限が厳しく、また判断がもたらす結果の影響が大きい状況においては、専門家は経験を元に過去の同様の状況を短時間に判別し、可能な解決方法を直観で導出することを発見した。

また、ナイチンゲールは「看護とは単に芸術であるのみならず人格でもある (Nursing is not only an art but a character)」²⁹⁾と述べた。Nursing is a character”の持つ看護が人格という意味、それは全女性の人格に関わる問題でもあった。人格とは道徳行為の主体としての個人、自立的意思を有し、自己決定的である個人の事を言う。言葉を変えて述べるなら、社会に適応でき、貢献できる人の事である。社会へ適応できるという事は自分の力で“生きる”という事を意味し、その為には精神的にも経済的にも自立していなければならない。つまり、女性たちが一人の人間として自身の人生設計と、その設計に基づいて行動すること、そこには意思決定が存在する。勤労と責任という意味合いも込めた職業教育を通し、社会に適応し、その実践を通し、個人としての自己実現が計れる女性、問題解決能力あるいは意思決定力を持つ女性の育成は重要な課題である。そして、人格の問題は、職業的人格も含まれる。新しく創設された看護が医療の中で医学とは違う一つの専門職としての独自の機能を有するかどうかの問題であり、それは看護実践の中で、いかに支援をするかの意思決定を看護師自身が判断できるか否かという問題をも示している。援助者である看護師が、被援助者の応答に向き合おうとしたとき、そこには確実に意識して立つ援助者の意思が必要だ。それがブーバーの述べる「他者の呼びかけに対する応答的人格的責任」³⁰⁾、すなわち、倫理的”かかわり”が求められるのであり、看護が人格であるという真実がある。

第三節 研究の着想に至った経緯および先行研究

1. 本研究の着想に至った経緯

看護は本来、身体だけでなく目に見えない精神・霊性も含めた人間の全体性と深く関係がある。しかし、ホリスティックという概念と看護ケアとのつながり、概念枠組みも含め、看護場面におけるホリスティックケアについて十分に共通認識がなされているとは言えない状況にある。ホリスティックケア探求の過程においてホリスティックが、かかわりに焦点を当てるという意味では、心と身体とのかかわりを指しており、看護に最も必要と

17) ゲーリー・クライン (Gary Klein 1944 -) ; アメリカニューヨーク生まれ。心理学者。人間がいかにして選択肢を比較検討することなしに迅速な意思決定を下しうるのかということの説明のために導入された RPD モデルを開発した。時間の制限が厳しく、また判断がもたらす結果の影響が大きい状況においては、専門家は経験を元に過去の同様の状況を短時間に判別し、可能な解決方法を直観で導出することを発見した。RPD モデルは直観と分析を混合した三つのバリエーションからなるモデルである。

される概念であると考えた。つまり、看護におけるホリスティック (Holistic) ケアとは、ケアの担い手である看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に働きかけをすることである。特に生命危機状況にある人に対する看護実践においては、ホリスティックケアの実践が求められる。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをするからである。すなわち、それは人間の生命自身であり、健康で生きたいという強い意思と力を持った人間への働きかけなのである。そして、生命危機状況にある患者をケアする看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない。

患者の生命が危機的状況にある場合、看護師は、私は何をするべきかという問いと同時に、自身がすべきことについて瞬間的に判断し、実践する。危機的な場面に遭遇した際、意思決定という側面から、決断については、時間の制限が厳しく、また判断がもたらす結果の影響が大きい状況においては、専門家は経験を基に短時間に過去の同様の状況を判別し、可能な解決方法を直観で導き出す。つまり、看護を行う上では不可欠なものであるが、クリティカル場面においては、患者の生命を守るために治療が優先される。そのような状況において看護師は患者に対して、一方的な看護援助を行っていることも多く、このような状況では看護師は倫理的ジレンマに陥ることもある。しかし治療決定に関しての場面だけに意思決定はあるのではない。意思決定は治療の選択だけでなく、何かを選ぶ、どちらかを選ぶという事も意思決定である。看護師が患者に関わる過程において、一方的なかわりから、相互に作用する関係へと変化し、看護師自身もその関りの過程から学び、成長する。

ケアとは一般に細心の注意を払う、世話・保護・管理、心配り・気苦労などと考えられ、日常生活の中で、世話・保護・管理をしなければならない人々に対して細心の注意を払って世話（心配り・気苦労）を引き受けることを言う。生命危機状況にある人の助けてほしいという無言の呼びかけに対する医療者の応答的全人格的責任は、呼びかけている他者と真剣に向き合い即座に応答することである。何らかの身体的諸条件が人の生命を危機的状況に落とし込んでいる時、患者は助けを求めてくる。そのような場面で生命危機状況にある人の危機的状況脱出のために医師と共に立ち向かうのが看護専門職である。ゆえに看護専門職者には患者が危機的状況に陥っている原因を突き止めるための眼力、観察力が必要であり、治療を必要としている患者の側に立ち、自己の全人格でもって相手の人格に立ち向かう仕事をしなければならない。その場面で、看護専門職者は、自身が認識している他者の生命徴候の客観的事象の把握と瞬時判断の次に来るのは、生命維持に対するための瞬時の行動である。その行動には看護専門職者が、生命危機状況にある患者を助けたいという意思の働きがある。それはまた、助けてほしいと願う他者の意思に呼応しているのだ。自己と他者の意思が混ざり合うところに対話が生まれる。それは被援助者が無言の状態でも実践される。そこには援助者対被援助者の関係が対等にある。ゆえに、看護専門職者として実際に患者に向き合っているのかどうかを検討する必要がある。

また患者の権利が 1981 年にリスボンで宣言され、日本看護協会も 2003 年に看護者の倫

理綱領を社会に対して明示している。その倫理綱領は看護師が提供するかかわりや看護技術の中にも求められる倫理でもある。このように看護を取り巻く環境が大きく変化していく中で、看護の専門職者が専門能力を発揮し、社会に期待される役割を果たすには、常に自己研鑽し、自己の能力の維持・開発・向上に努めなければならない。その過程を看護師は意識して、援助を提供しているのであろうかという問いは、常に研究者が数十年の看護実践の中で変わらず問い続けていた問題である。看護専門職であるなら、高度な専門知識と技術だけでなく、自己の看護の振り返りや根拠に基づく援助の提供は必要不可欠なものである。実際に患者とのかかわりの中で、看護師が意識・無意識に実践していることは、彼女たちが全人格を投入した看護であると考えている。故に、生命危機状態にある患者を支える看護実践はホリスティックケアであるとの前提条件が成立する。そこで、クリティカルケア場面で看護実践する看護専門職者に焦点を当て、そのかかわりの意味を明らかにする必要がある。

2. 生命危機状況にある患者のケアに関する先行研究

医中誌の最新の原著論文で、ホリスティックをキーワードに検索した結果、31件が検索された。その内容はホリスティックヘルスプロモーションとアロマセラピーに関するものであった。次に、ホリスティックと生命危機状態をキーワードに検索した結果0件、さらにホリスティックとクリティカルをキーワードに検索した結果0件であった。次に、ホリスティックと看護で検索をすると35件が検索されたが、いずれもホリスティックな健康観やターミナル期に関するものであった。

メディカルオンラインで、ホリスティックをキーワードに検索した結果、185件が検索された。次にホリスティックに生命危機状態をキーワードに検索した結果0件であった。最後にホリスティックにクリティカルをキーワードに検索した結果0件であった。

最後に、ホリスティックに看護をキーワードに検索した結果39件が検索された。その内容はホリスティック医療やホリスティック緩和など終末期に関するもの、医療に関するものであった。

藤野崇の、『病棟ナースへのアドバイス：必要とされる家族支援 (3)急性/クリティカル期の患者と家族をどう支援するか』³¹⁾の研究報告は主として急性/クリティカル状況になった時の家族の対応に関することであり、突然の発症で急激に重篤な状況に陥った場合、それまでに家族が抱えてきた課題なども合わさることで、情緒的苦痛を体験し、危機的状态に陥ります。またストレス状況が続くと、家族はいつそう余裕を失い互いに思いやる気持ちが持たず、関係が悪くなったり、協力が困難になったりする。急性/クリティカル期では、患者を含む家族全体が危機を乗り越えられるように、家族全体を援助対象と考え、抱えきれない困難を軽減するとともに、これらの過程を通して家族自身が力を発揮でき、主体的に取り組めるよう支えることが重要になると報告している。

CINALでHolisticで検索すると942件、看護を加えると162件が検索された。その内容は介護や教育に関するものがほとんどであった。またHolisticとCriticalをキーワード

に検索した結果、0件であった。そこでHolisticとCriticalにNursingを追加し検索すると66件が検索された。MEDLINEでは93件、Nursing and Health Collection: Basicでは53件が検索できた。しかし研究論文の大半は、精神領域とターミナル期がほとんどであり急性期のものはほとんどなかった。日本における研究では、ターミナルケアに関する全人的ケアやアロマセラピーに関する研究等の取り組みの中で述べられているものがほとんどであり、ホリスティックケアの概念が定義づけられて論じた研究や、クリティカル期に関する研究はない。またケアリングでの研究もあるが、“かかわり”を視点にした研究報告はほとんどない。

バーバラ・M・ドッシーは、『ホリスティック・ナーシング』³²⁾で、癒しとは、人間という存在の全体性について理解を深めていく人生の旅であると述べた。癒しとは、最も恐れていたことに直面している患者、家族、他者、そして私たち自身を助けようとするときに起こる。この相互の関係性についての新しい気づきによって癒しは可能となり、癒しの手立てとしての看護師、看護ヒーラー(healer)としての看護師の体験が現実のものとなる。看護ヒーラーとは、他者の身体一心一魂の全体性を高めるために、相手の成長を支援し、病気からの回復を助け、平和な死へと導く人たちの事をいう。癒しは単なる症状の治療に留まらず、テクノロジーとケアリング、愛、熱意、創造性とを巧みに折り合わせたものであり、看護師はヒーラーであると述べていた。このように看護師がヒーラーであるといった考え方が中心となりホリスティックケアが論じられている事が多い。

前信由美らは、『生命危機状態の患者に対する看護師のホリスティックケア - 看護師のかかわりから -』³³⁾の中で、2名の看護師の患者とのかかわりの場面に参加観察し、ホリスティックケアの内容について検討している。看護師の参加観察場面からは、安全管理、安楽の提供、説明と同意、倫理観、観察、コミュニケーション、環境調整が導き出された。またインタビュー結果からは、患者の特性や治療の適切性と環境の整備、他職種との協働、患者のニーズと自己の能力を考えたケアの実施、患者の権利の尊重、自身の成長と心のゆとりが抽出されていた。また参加観察とインタビュー結果の関係性からは、認識していることが援助の行動として表出されていた。結論として、生命危機状態にある患者の生命を維持し守る為に、看護師の五感による観察が特に必要なのであり、全人格で患者と向き合う事で観察は始まり、そこからホリスティックケアが始まっている。また、援助の繰り返しが行動を強化し、意識している事と実践行動の整合性がある事が実証された。またホリスティックケアを実践することは、患者の生命維持と回復に関与するだけでなく、実践を通して看護師の自己成長にもつながっている事が示唆されたと述べた。

臨床場面で倫理問題が絡む場合、意思決定のあり方を検討する研究はターミナル期に関しては取り上げられているが、生命危機状態にある看護師のホリスティックケアに関する研究は少ない。また海外の研究では自己決定権の意識が高く、ターミナル期に関するものがほとんどである。クリティカル期における看護師の患者とのかかわりの中でのホリスティックケア自体を論じている研究やクリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにした研究が少なく、また、その視点で回復過程に

向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が重要なのかについての検証が、看護実践場面から導き出すことが重要であるとの結論に至った。

第二章 研究目的及び研究概念

第一節 研究目的

1. 研究目的

生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない状況にいる。特に患者の生命が危機的状況にある場合、看護師は、何をすべきかという問いとするべきことについて瞬時に判断し、看護実践として行動している。そこで、本研究では、クリティカル場面における患者・看護師の“かかわり”をホリスティックケアの視点から明らかにし、回復過程に向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が重要なのかを以下の視点から検証・検討することを目的とした。

- 1) 看護師と患者のかかわりの場면을参加観察し、そのケアの中に存在するケアの本質を探究する。
- 2) 参加観察した看護師がどのような意識で患者にかかわっているかについて半構成的面接を行い明らかにしていく。
- 3) 第一研究(段階)と第二研究(段階)で明らかになった内容から、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにする。

2. 研究の意義

本研究は、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにし、患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのかを検証・検討することを目的としている。ホリスティックケアがかかわりに焦点を当てるといふ事であるとしたら、それは、論理的思考と直観とのかかわり、心と身体とのかかわりを示している。従って、ホリスティックケアは、看護実践に最も必要とされる概念であると考えられる。それはケアの担い手である看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に働きかけをすることである。ゆえに、生命危機状況にある人に対する看護実践において必要不可欠なケアの根本概念はホリスティックケアであると言える。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをしているからである。すなわち、それは人間の生命そのものであり、健康で生きたいという強い意思と力を持った患者という人間への働きかけである。そして、生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、自己の全人格を駆使して働きかけなければならない状況にあると

考えている。その過程を看護師は意識して援助として提供しているのであろうかという問いは、常に研究者が看護実践の中で問い続けていた問題でもある。看護専門職であるなら、高度な専門知識と技術だけでなく、自己の看護の振り返りや根拠に基づく援助の提供は必要不可欠なものである。実際に患者とのかかわりの中で、看護師が意識・無意識に実践していることは、彼女たちが全人格を投入した看護であると考えている。そのためには、クリティカルケア場面で看護実践する看護専門職者に焦点を当て、そのかかわりの意味を明らかにする必要がある。本研究によって、クリティカル場面での看護師と患者とのかかわりを明らかにすることができれば、看護師が患者と向き合っただけケアをする時の、“かかわり”という技術を論理的に証明することにつながる。また、看護師が意識・無意識にホリスティックケアを実践しているとの証明にもつながる。そして看護専門職者としての看護師の患者に対する“かかわり”を論理的に解明することは、患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけるべき看護専門職者のモデルとも成り得る。本研究の成果としてその“かかわり”の内容が抽出できれば、看護実践現場に還元されることによって、看護師の自尊感情が高まり、常に自己研鑽し、自己の能力の維持・開発・向上に努め、結果として看護の質の向上に寄与することができる。

第二節 研究概念

1. 研究概念

本研究は、マデリン・レイニンガーの述べるケアの本質論と彼女の概念枠組みに、ジョン・P. ミラーのホリスティック教育における“かかわり”に焦点を当て、研究者が研究概念として構築を試みたものである。ミラーの主たる主張の核心は、トランスフォーメーション、つまり、変容である。すなわち、論理的思考と直観との“かかわり”、心と身体との“かかわり”、知のさまざまな分野の“かかわり”、個人とコミュニティとの“かかわり”、そして自我と自己との“かかわり”、などが、この“かかわり”に目覚めるとともに、その“かかわり”をより適切なものに変容していくために必要な力を得る。そこにはケア(ケア)がある。そこに、看護におけるホリスティックケアが全人的なかかわりであるとの意味を持つ。そして、レイニンガーは、看護専門職は、幅広くホリスティックな文化的視点から、系統的なケア、看護知識としてのケア、健康、疾病、安寧の表現と意味を発見する必要があると述べた。生命危機状態にある患者のケアは特にキュアとケアの融合すなわち、医学と看護学の融合が必要である。

研究概念図の左側には、看護専門職の背景としての有している価値観・教育観・人生観・

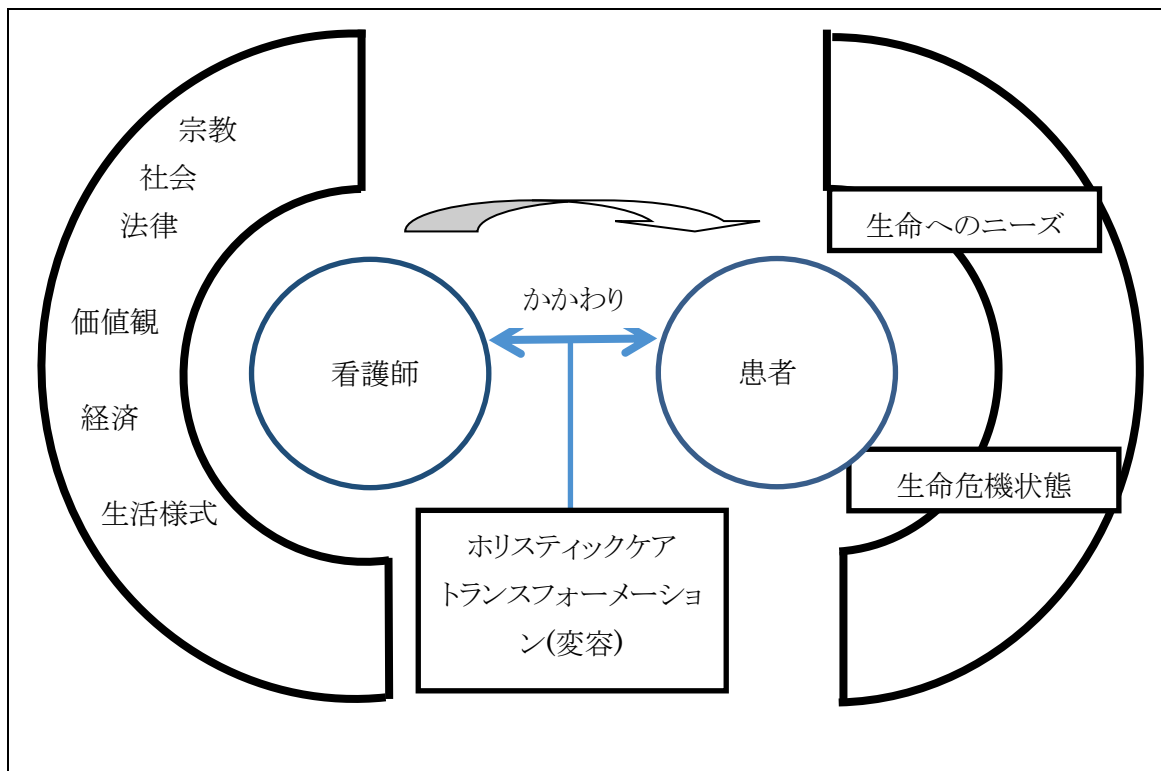


図 1 研究概念図

生命観であり、人格に関わるものである。右側は、看護の対象である患者の生命危機状態と生命へのニーズであり、そうした相互の交流・変容についてはミラーの、かかわりを通じた変容、すなわち、患者の回復を目指そうとの試みを意図している。

2. 用語の定義

- 1) 生命危機状態にある患者：生命危機状態とは、生命維持に危険が伴っている状態をいう。特に患者の生命を支える呼吸・循環が単独でその機能を果たさなくなった場合、脳などの損傷で呼吸・循環が正しく機能しない場合に、生命維持困難な状態になる。本研究では、急激な発症により生命が脅かされている状態にあつて ICU に入院している患者をいう。
- 2) 生命へのニーズ：生命危機状態にある意識のない患者であっても、言葉として表現している、してないというものではなく、命を助けてほしいという生存へのニーズがあるという人間の生存権の部分をいう。
- 3) ホリスティックケア：一般的にホリスティックケアとは、ホリスティックヘルス（肉体的にも精神的にも癒された状態）を実現するために行う、ホリスティック（全体的）な視点に基づく日常のケアをいう。本研究では生命危機状況にある患者への“かかわり”に焦点を当てたケアであり、論理的思考と直観とのかかわり、心と身体とのかかわり、全人格的なかかわりをさす。

- 4) トランスフォーメーション(変容): 生命危機状態にある患者のニーズに即した回復への支援に向けた全ての看護師のかかわりをさす。

第三章 研究方法及び研究デザイン

第一節 研究方法及び研究プロセス

1. 研究方法

研究方法は、質的研究である。質的研究の方法はさまざまであるが、本研究は、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにする事であるためにフィールド及び実証データとの中から理論的仮定を発見していくという過程を踏むグラウンデッド・セオリー法を用いることとした³⁴⁾。

看護実践の現場における患者との“かかわり”の場面はフィールドでの観察が重要であるために参加観察法を、患者に関わった看護師に内在する価値観・教育観・死生観等を抽出するために半構成的面接法を研究手法とした。まずはフィールドの確保として研究者が完全な部外者ではなく、以前勤務した繋がりがある A 施設を選択した。また、個人への依頼は看護部を介して実施してもらうように調整をした。

データの分析には、グラウンデッド・セオリーの分析手法を参考にした。その分析手順は観察した内容をフィールドに記し、意味の内容を分類(コード化)し、次にその得られたコードを関連野あるものごとにまとめ、カテゴリーを形成していく方法である。

研究のプロセスは、研究概念(図1)に基づいて、以下の3段階のプロセスで(図2)実施した。

2. 研究のプロセス

1) 第一研究(第一段階)

生命危機状況にある患者をケアする看護現場で働く看護師が患者に関わっている実際の場面から、ケアの内容を明らかにする。そのため看護師と患者のかかわりの場면을参加観察し、そのケアの中に存在するケアの本質を探究する。

2) 第二研究(第二段階)

生命危機状態で患者に関わる看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、実践場面において全人格を駆使して行動しなければならない。そのため第一研究で看護実践をした看護師に内在していると考えられる信条、倫理観、価値観や看護専門職としての責務等を、半構成的面接法を用いて実施し、内容を抽出する事で明らかにしていく。

3) 第三研究(第三段階)

第1段階と第2段階で明らかになった内容から、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをケアの内容と看護師の内面から導き出された内容からホリスティックケ

アの視点で明らかにする。

第三の研究

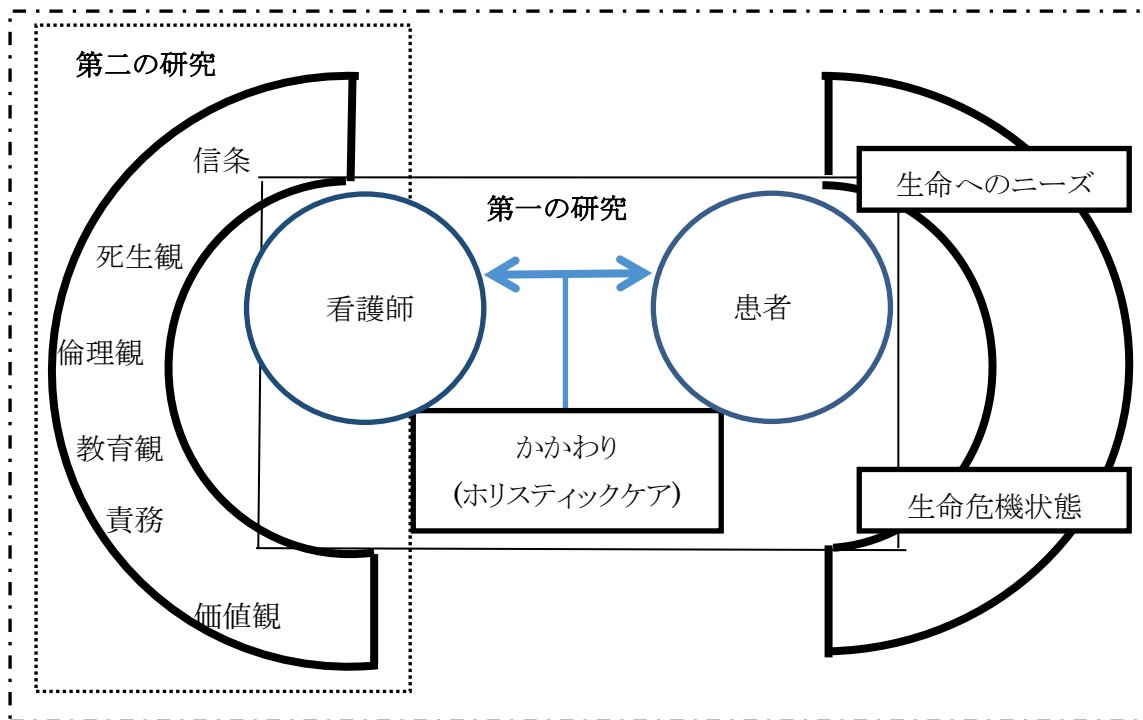


図 2 研究プロセス

第二節 研究デザイン

1. 第一の研究(第一段階)

1) 研究目的

生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師の患者に関わっている実際場面から、ケアの内容を明らかにする。

2) 研究対象

研究対象は、研究に同意の得られた ICU・CCU 働く看護師と生命危機状態で ICU に入室している患者 1 名。対象施設は、A 市にある中核病院の 1 つであり、ICU・CCU には集中ケアと救急看護の認定看護師が在籍。

3) データの収集方法

(1) 参加観察について

入室している患者にかかわる日勤の看護師の行動を参加観察し、フィールドノートを作成する。参加観察は、看護師が言語・行動・感覚器を駆使して患者とかかわりっている場面。

(2) 看護師の属性

参加観察対象となった看護師には後日、半構成的面接を実施する。調査項目は、基本属

性として、年齢、性別、最終学歴、資格の有無、学会への参加、看護協会入会の有無、看護観の7項目。

4) データ収集期間

平成25年8月

5) 分析方法

- (1) 参加観察した各場面をフィールドノートに記載し、文章化する。
- (2) フィールドノートの内容の分析・解釈（ホリスティックケアの段階の特定）
- (3) 分析・解釈した内容から重要文脈をコード化し、サブカテゴリー化を図る。
- (4) サブカテゴリー化したものをカテゴリー化
- (5) 全ての場面のカテゴリーの統合

2. 第二の研究（第二段階）

1) 研究目的

生命危機状態で患者に関わる看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない。看護師の人格的関りという意味で看護師に内在するものの見方、考え方を明らかにする。

2) 研究対象

第一の研究で患者に関わった看護師6名で同意の得られた者

2) データの収集方法

インタビューガイドによる半構成的面接。インタビューは対象の都合の良い時間帯に設定し、個室で実施した。その際、ICレコーダー使用については対象者の同意を得た。

3) 調査内容

- (1) 基本属性（年齢、性別、最終学歴、資格の有無、学会への参加、看護協会入会の有無）
- (2) 半構成的面接法内容：
 - ①あなたが看護をする上で大事にしていることは何ですか。
 - ②あなたは患者の権利の尊重とは、具体的に何を言うと思いますか。
 - ③あなたは看護師の責務は何だと思えますか。
 - ④あなたは生きるという事はどういう事だと思えますか。

4) データ収集期間

第一の研究終了後7日以内に実施

5) 分析方法

- (1) インタビューで得られた内容の文章化
- (2) インタビュー内容からの重要文脈を抽出し、コード化
- (3) 重要文脈からのサブカテゴリー化
- (4) サブカテゴリー化からのカテゴリー化
- (5) 6人から得られたカテゴリーの統合

3. 第三の研究（第三段階）

1) 研究目的

クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにする。

2) 研究方法

- (1) 第一の研究と第二の研究で得られた統合カテゴリーを各々構造化する。
- (2) 構造化された第一の研究及び第二の研究結果を研究概念に基づいて再構造化する。
- (3) 第一の研究結果及び第二の研究で得られた統合カテゴリーの関係性を検討する。

第三節 倫理的配慮

1. 広島文化学園大学看護学部・看護学研究科倫理委員会への申請

本研究実施に当たっては、広島文化学園大学看護学研究科倫理委員会にて以下の項目について配慮することで承認を得た（承認番号 12012）。

1) 対象のプライバシーの保護

- (1) 研究の報告において、面接の例がある場合は、全て匿名とした。
- (2) 氏名は個人が特定されないように記号化し、研究に必要な個人情報は削除した。
- (3) 研究者は、研究の終了後に面接時のテープを消去した。
- (4) 内容は研究者と研究の指導者以外は共有しない。
- (5) データは大学院のパソコンに入力後 USB にて保管する。パソコンは、パスワードを用いる為、他者に情報が漏れる危険性はない。また、USB は大学院自習室の個人用机で鍵のかかる引き出しの中とする。研究者の自宅で行う場合は、インターネットの接続をしていないノートパソコンを使用して、外部に情報が漏れないように配慮した。

2) 研究結果の公表の仕方

- (1) 広島文化学園大学看護学研究科博士後期課程の博士論文として発表する予定である。
- (2) 協力施設に抄録として公表する。
- (3) 希望があれば研究の対象者にも冊子で配布する。

3) 対象が受ける利益や看護上の貢献については以下の3点について説明

- (1) 対象者の看護の振り返りにつながること。
- (2) 看護専門職としての認識が高まり、行動の変化が起きる可能性があること。
- (3) 患者に対するかかわりを論理的に解明することは、看護の質の向上につながる。

4) 対象者への心身の負担への配慮

- (1) 業務の妨げにならないように配慮した。
- (2) 研究は強制ではなく、どんな質問に対しても答えなければならないというものではない。
- (3) いつでも、面接あるいは研究の参加を取りやめることが出来る。
- (4) 看護場면을観察するがケアの評価はしない。
- (5) 希望があればフィールドノートを対象者に提示する。
- (6) 研究者は、対象者と信頼関係を築くために、約1週間の当該病棟の研修を行った。

2. 対象施設の倫理審査委員会への申請

本研究実施に当たっては、対象施設の倫理委員会にて以下の手順で実施し承認を得た。

- 1) あらかじめ対象となる病院の看護部長に、本研究の目的と方法を口頭にて説明し、理解と協力を得られるか否かを打診した。
- 2) 広島文化学園大学看護学研究科倫理委員会の了承が得られたあと、病院の病院長・看護部長に面会し、研究について改めて説明した。
- 3) 病院の看護師長会にて、看護部長から研究依頼があったことを伝えてもらった。その後、該当するICU・CCUの師長に研究について改めて説明し、同意を文章にて得た。
- 4) 同意の得られた病棟の師長に対して、病棟会議で全体に対して、再度口頭にて説明し理解と協力を得ていただけるように依頼した。
- 5) 同意の得られた看護師に対しては、個別に再度本研究の目的と方法を書面と口頭で説明し、書面で同意を得た。
- 6) 看護ケアの場면을参加観察する場合は、患者の家族に対して本研究の目的と方法を書面と口頭で説明し、書面で同意を得た。
- 7) 研究協力の撤回について、対象となる個人に対して書面と口頭でいつでも研究の協力の撤回が出来る事を説明した。
- 8) 対象者に生じる不利益や危険性
 - (1) 参加観察法のため、対象者は人に見られる、評価されるという意識をもちやすいため、看護場면을観察し、所見を得るのが目的で個人のケア評価をするわけではない事を説明した。対象者の体調や緊張が強い場合は、日程を変更する。
 - (2) 研究の対象者である患者についてはその家族に対して、個人名が特定できないように配慮した。
 - (3) 研究の対象者である看護師及び施設に書面で、研究の目的を説明する。調査研究は強制ではないこと、協力しないことで仕事には影響は出ない事、結果は他の目的では使用しない事、途中でやめることが出来る事を明示した。
 - (4) 同意の得られた対象者に対して、書面で同意を得た。

第四章 研究結果

第一節 患者紹介

患者の全体像は図3に示している。患者は60代の男性。病名は交通外傷で、左右多発肋骨骨折、左右血気胸、左膝蓋骨剥離骨折、背部挫滅創であり、受傷後6日目である。

参加観察していた3日間のバイタルサインは、血圧110～120mmHg、脈拍60台/分、呼吸20回/分、体温37℃前後、SpO₂は98%前後で経過している。意識障害はなく、意識レベルは、II-30～III-100～200（鎮痛・鎮静剤投与でコントロール中）で安定していた。

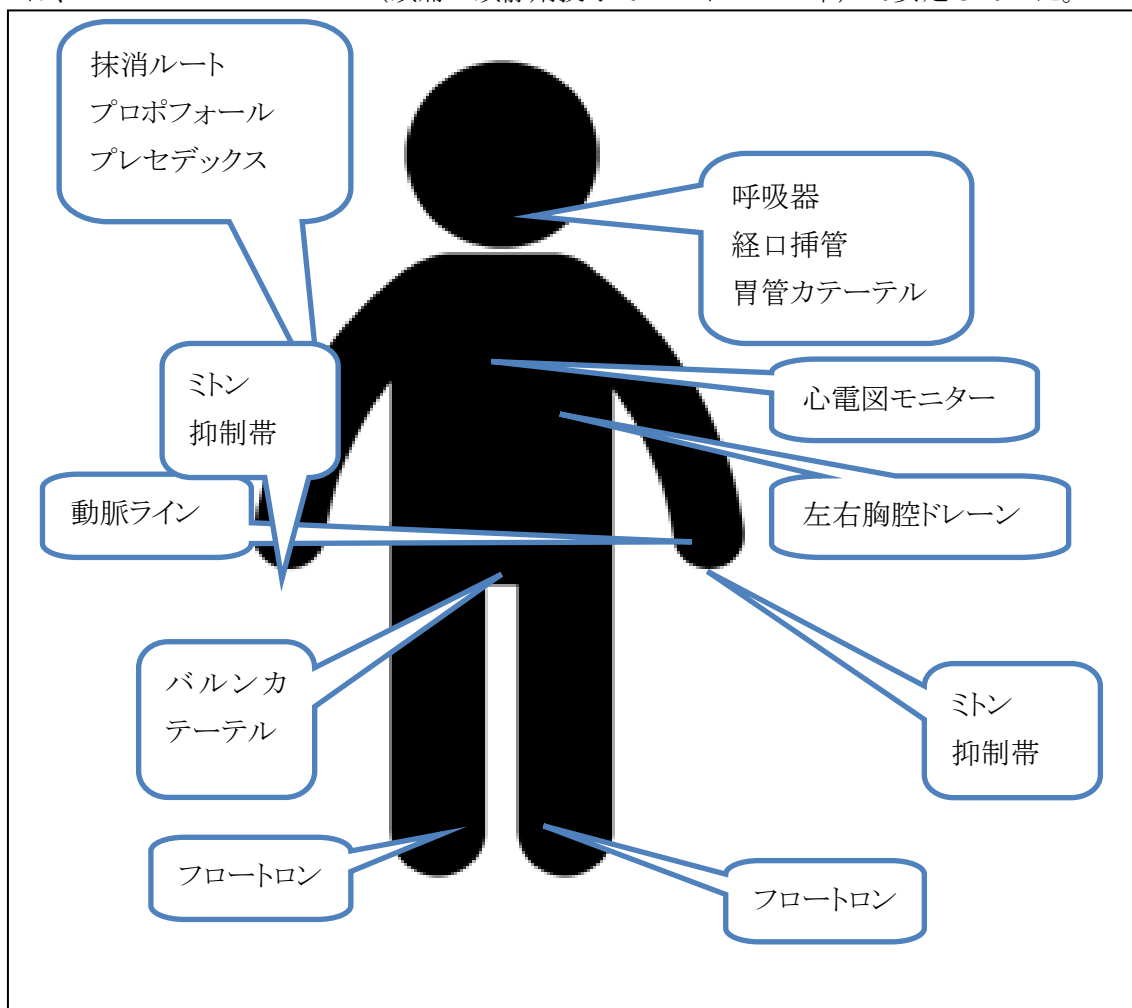


図3 患者の全体像

呼吸器は強制換気 (Controlled Mechanical Ventilation 以下CMVと略す) モードでレントゲン上、血気胸は改善傾向にあったが、生命危機状態は継続し、要集治療継続が必須な患者である。

<治療方針>経過を観察し、挿管チューブ抜管後は痛みのコントロールをしていく。床上安静。

<治療の実際>左右多発性肋骨骨折：保存療法

左右の血気胸：左右胸腔に胸腔ドレーンを左右に挿入、低圧持続吸引、呼吸器装着中による酸素療法実施

膝蓋骨剥離骨折：保存療法

背部挫減創：ゲンタシン軟膏の塗布後、ガーゼ保護

鎮痛・鎮静：左手末梢ルート 20ml/h から鎮痛・鎮静剤（プレセデックス 6ml/h とプロトフォル 20ml/h の投与）

食事：禁食、末梢ルートから点滴 1500ml / day（水分・カロリー補給、電解質補正）

深部静脈血栓予防：フロートロンを両足装着

循環動態モニタリング：左橈骨動脈に動脈ラインの挿入、心電図モニター装着、バルンカテーテルの挿入

胃の減圧、排液：で胃管チューブの挿入

<看護方針>異常の早期発見と合併症予防に努め、患者の安全・安楽を図る。

異常の早期発見：循環動態の観察(バイタルサイン、SpO₂、尿量、in・out のバランス)、呼吸状態の観察(胸腔ドレーンからの排液量・リークの有無)、動脈ライン・心電図モニター監視

合併症予防：エアーマット(アドバン)の管理、体位変換、吸引

患者の安全・安楽：鎮痛・鎮静剤の确实投与と効果の把握、意識レベル、痛みの観察、口腔ケア、全身清拭、陰部洗浄

医療安全（自己抜管と転落防止）：両手にはミトンと抑制帯装着、動脈ライン・各種ドレーンとチューブ類の管理

医療機器(Medical Engineering (医用工学) 以下 ME 機器と略す)は、各勤務帯と体位変換やバイタルサイン測定時に作動状況の確認を実施、薬剤の交換時には輸液ポンプとシリンジポンプについては、看護師 2 名で投与量、薬剤名、作動状況の確認と各勤務の交代時には、薬剤の残量確認の実施をしていた。

第二節 第一の研究（看護師の患者へのかかわり場面の参加観察）結果

第一節で紹介した患者への看護師のかかわりの場面について観察した六場面について分析した。

1. 第一の場面（レントゲン撮影）

1) 参加観察内容

第一の場面は、血気胸状態の評価のための胸部レントゲンの撮影場面である。レントゲン撮影場面で観察した内容をフィールドノートに文章化した(表 1)。この場面では、看護師 A (受け持ち看護師)・フリーの看護師 (受け持ち患者を持たず流動的に他のスタッフの援助に入る) レントゲン技師が協働で患者に関わっている。患者への説明はレントゲン技師である。フリーの看護師は撮影が安全にスムーズに実施されるように抑制帯を外し、

寝具を足もとに下げ、レントゲンが取れるように準備をした。看護師 A は左側に立ち、患者のベッドに近づいて少し前かがみになりながら「レントゲンを撮りますよ。背中の下に固い板が入りますね。」と患者に声をかけた。そして、この時、患者の表情の変化等や反応はなく、鎮痛・鎮静が効いている。看護師 A はレントゲン技師がバスタオルの端を持つと同時に、患者の表情やルートの確認を目でしながら、フリーの看護師と一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げ、撮影用のカストが適切に挿入され、撮影後、患者の体位を安楽・安全に調整、医療機器の安全を確認した上で、看護師 A は寝衣をかけなおして、患者の手を取りミトンを装着しながら患者の顔に視線を向けた。装着後は上肢の前腕を持ち、手を拳上して抑制帯を通す。通し終えたら患者の手を寝具の上に手背が上になるように置き、ベッド柵に抑制帯を固定する。肘下に手用の子枕を挿入し、終了後はモニターや患者の方向に視線を向けて、その後を離れた。患者は受傷後 6 日目であった。

表 1 フィールドノートの記事化(胸部レントゲン撮影)

午前 8 時 20 分にレントゲン技師が来棟し、患者の近くに寄りながら、レントゲンを撮りますと誰となく声をかけている。フリーの看護師が患者の右側に駆け寄り、抑制帯を外し、寝具を足もとに下げ、レントゲンが取れるように準備を始める。看護師 A は左側に立ち、患者のベッドに近づいて少し前かがみになりながら「レントゲンを撮りますよ。背中の下に固い板が入りますね」と患者に声をかけている。この時、患者の表情の変化等の反応なく、鎮痛・鎮静が効いている。看護師 A はレントゲン技師がバスタオルの端を持つと同時に、患者の表情やルートの確認を目でしながら、フリーの看護師と一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げる。患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても、ファイティング・バックキングは見られず。表情の変化もない。手の動きも見られず、鎮痛・鎮静剤が効いている。レントゲン技師の「撮ります」という声で、患者のベッドから 4m 近く離れるが、看護師 A は患者の顔と全身が見える位置に立っている。患者はレントゲン技師の声やそれに伴う音に対しての反応はない。看護師 A は、照射が終わるとすぐに患者のベッドの左側に立ち、少し前かがみになりながら「終わりましたよ。」と声をかけている。看護師の声掛けに対して、患者は表情の変化等の反応は見られない。看護師 A は右手でバスタオルを持つが、足元側に他の看護師が立ち、バスタオルの下半身側を持っているため、左手は持つ部分がなくなり、バスタオルの上から患者の背中に手を当てている。レントゲンのカストが除去されると、看護師 A・フリーの看護師ともに患者の体をゆっくりとベッドに下ろしている。患者は動きや反応なし。レントゲンの撮影時に体を持ち上げたり、下ろしたりしたためバスタオルが片寄ったり、体が少しずれている。フリーの看護師とともに体位を調整するために、フリーはベッドの右側、看護師 A は左側に立つ。フリーの看護師はベッドをフラットにする。看護師 A は寝具を足元に寄せる。バスタオルの端をフリーが持つと看護師 A も掴み、「せーの」と同時に声をかけてバスタオルを持ち上げて、患者を仰臥位とする。看護師 A は下肢を真っ直ぐにし、両下肢の後面に子枕を 1 つずつ挿入して足を浮かせた状態にしている。患者は体が動いたが表情の変化等はなく寝衣が乱れている。看護師 A は寝衣をかけなおして、寝具を患者の胸元まで引き上げる。看護師 A は患者の手を取りミトンを装着しながら患者の顔に視線を向けている。看護師 A の体はベッドに触れている。装着後は上肢の前腕を持ち、手を拳上して抑制帯を通す。通し終えたら患者の手を寝具の上に手背が上になるように置き、ベッド柵に抑制帯を固定する。肘下に手用の子枕を挿入し、終了後はモニターや患者の方向に視線を向けて、その後を離れる。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、39の重要文脈がコード化された(別添資料—1)。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

39の重要文脈から【レントゲン撮影に伴う看護師のケアに対し、患者は反応がなく、鎮痛・鎮静されている】【ケア実施前・中・後の患者の状態の観察】【ケア実施の際の患者への声掛け】【レントゲン撮影時の被ばく予防行為】【レントゲン撮影に伴う患者の安全・安楽な患者の移乗】【ケア実施後の寝具・寝衣の調整】【レントゲン撮影のための患者の準備】【医療安全のための患者の抑制】【ケア実施後の安全・安楽な体位の調整】という9つのサブカテゴリーが抽出された(別添資料—2)。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

9つのサブカテゴリーから【レントゲン撮影のための患者の準備】【患者への刺激を最小にしたケア】【ケア実施の際の患者の観察】【ケア実施後の寝具・寝衣・体位の調整】【看護師の被爆予防】【医療安全のための患者の抑制】という6つのカテゴリーが抽出された(表2)。

表2 サブカテゴリーからのカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
7)レントゲン撮影のための患者の準備	レントゲン撮影のための患者の準備
1)レントゲン撮影に伴う看護師のケアに対し、患者は反応がなく、鎮痛・鎮静されている 5)レントゲン撮影に伴う患者の安全・安楽な患者の移乗	患者への刺激を最小にしたケア
3)ケア実施の際の患者への声掛け 2)ケア実施前・中・後の患者の状態の観察	ケア実施の際の患者の観察
6)ケア実施後の寝具・寝衣の調整 9)ケア実施後の安全・安楽な体位の調整	ケア実施後の寝具・寝衣・体位の調整
4)レントゲン撮影時の被爆予防行為	看護師の被爆予防
8)医療安全のための患者の抑制	医療安全のための患者の抑制

2. 第二の場面(全身清拭)

1) 参加観察内容

第二の場面は全身清拭である。陰部洗浄、背部の創処置場面で観察内容をフィールドノートに記載、文章化した(表3)。観察対象者は、看護師A(受け持ち看護師)・看護師B(看護師Aの指導役)・清拭途中から援助に入った看護師2名・リーダー・認定看護師・患者であった。看護師Aは、陰部洗浄と清拭に必要な物品と新しいバスタオルとオムツを準備し、ワゴンの上に乗せて患者のベッドの右の足元側に置く。患者の表情や反応に変化はないが、患者に顔を寄せて前かがみになり「〇〇さん、分かりますか? 体をふきますね」

と説明した。その後、患者に装着されているミトンと抑制帯を外し、寝具を外し、ベッドの足元に折り畳み、両下腿を片手で持ち上げながら両下肢のフロートロンを除去した。その間患者の表情の変化もなく、指の動きもなく反応はない。看護師 A はプロポフォル（鎮静剤）をフラッシュしながらモニターと患者の表情を観察しながら、ベッドをフラットにし、全身清拭を開始した。終了後、患者の体位変換を協働で行い、安楽な姿勢を取らせた。看護師 A はベッドを 30 度程度拳上しながら、モニターや患者の顔に視線を向けている。看護師 B は看護師 A の行動に合わせて、左手で患者の手を軽く押さえ、呼吸器の蛇管やルートに目を配りながら位置を直している。看護師 B、看護師 A は左右の手にミトンを装着し、抑制帯をベッド柵に固定した。看護師 A は患者の寝衣や綿布団の皺を整え、モニターに視線を向けてから、ベッドから離れた。

表 3 フィールドノートの文章化(全身清拭)

看護師 A は、陰部洗浄と清拭に必要な物品と新しいバスタオルとオムツを準備し、ワゴンの上に乗せて患者のベッドの右の足元側に置く。周りで音がしているが、患者の表情や反応に変化はない。看護師 A は処置用のエプロンを着け患者の右側の上半身付近に立ち、顔を寄せて前かがみになり「〇〇さん、わかりますか？ 体をふきますね」と声をかけている。声をかけた後看護師 A は手袋を二重に両手に装着する。患者は顔を声のする方に向けようとしている。看護師 A は顔を見ながら「体をふかせてくださいね。」と再度声掛けをしている。看護師 B は左側に立ち、患者の顔を見ながら、体を乗り出し「手を外しますけど、口の方に持っていけないでくださいね。」と声をかけ、処置用エプロンと手袋を装着する。患者に装着されているミトンと抑制帯を患者の手を持ち上げながら外している。患者はまた表情がなくなり、頭を動かすなどの反応なし。看護師 A は「ちょっとごめんなさいね」と声をかけて、寝具を外して、ベッドの足元に折り畳み、両下腿を片手で持ち上げながら両下肢のフロートロンを除去している。除去時に膝下に入れてあった枕を除去し、ベッドサイドに置く。看護師 A が患者の下肢を動かし、声をかけても患者の表情の変化もなく、指の動きもなく反応はない。看護師 A はプロポフォル（鎮静剤）をフラッシュしながらモニターと患者の表情を見ている。看護師 A はフラッシュ終了後に、ベッドのコントローラーを持ち、患者の表情やモニターに視線を向けながら、ベッドをフラットにする。看護師 B も患者の表情や反応を観察している。患者の動きや表情の変化は見られず、体には寝衣がかかっている状態である。看護師 B は患者の下半身側に移動し、体にかかっている寝衣を下半身が見えるように上方にめくりオムツのテープをはがす。看護師 A はオムツを開けて陰部洗浄がしやすいように、両手でオムツの位置を直す。直した後に、バルンカテーテルの固定したテープを除去する。オムツのテープを剥し、少し体を触っているが患者の表情の変化はなし。看護師 A は下半身側に移動し、「お湯をかけますね。ごめんなさいね」と声をかけながら、両手で石鹸のついたガーゼを泡立てている。やや前かがみの姿勢を取り、右手に石鹸のついたガーゼを持ち、左手で陰茎を持ち行洗う。洗った後は、左手でシャワーボトルを持ち、右手で石鹸を洗い流す。終了後はガーゼで水滴をふき取っている。看護師 A は洗浄後はバルンカテーテルの固定テープを交換する看護師 B は下肢の清拭を実施している。陰部を洗浄し、下肢の清拭をしているが、患者の表情の変化や動きはなし。看護師 B は洗浄に使用した部分を周りが汚れない様にお尻側へ、左右の部分も軽く患者の身体の下に折り込み、寝衣を下半身にかける。看護師 A は患者の顔を見ながら「体をふきますね」と声をかけている。看護師 A は患者の顔に視線を向けた後、寝衣を下半身側にめくり胸部の前面を熱布清拭後に両上肢と腋窩を拭きながら、その際に患者の右手と額部の擦過傷の浸出液の観察をしている。看護師 B は、看護師 A の行動に合わせて、右手で点滴ルートが邪魔にならないように移動させ、看護師 A の行動をサポートしている。清拭が終わっても患者の反

応はなく、鎮痛剤が効いている状態であった。看護師 B は、患者の前面のケア終了後に、リーダーに背部の擦過傷を見るという情報を伝えると、リーダーが看護師 2 名を追加する。両サイドの 2 名ずつの看護師がバスタオルの端を持ち、看護師 B が「横を向きますよ」と声をかけながら患者を左側臥位にする。看護師 B は患者の顔を見ながら「痛いよね」と声をかけ背部の清拭をしている。同時に看護師 A が古いタオルとオムツを患者の下側に差し込み、その後新しいオムツとバスタオルを敷く。リーダーは肩の擦過傷と背中中の挫滅創のガーゼを外し直に観察をしながら集中ケアの認定看護師と処置の方法について検討している。認定看護師が肩と背部の創部を生食で洗浄し、背部にはゲンタシン軟膏を塗布したガーゼを十数枚当て、パットを貼用し、肩にも同様の処置を行いガーゼをテープで固定している。側臥位時間は 5 分程度で患者は体動しているがファイティングはみられない。看護師 A は患者の動きをみると患者の背部に左手をあてて「痛いですね。ごめんなさいね」と患者に声をかけながら、3 人の看護師と協力しながら患者を仰臥位にしている。仰臥位後に少し患者の腰の左側を持ち上げると、68)他の看護師が古いオムツとバスタオルを抜き、新しいバスタオルとオムツを引き出しとフォローの看護師は離れていく。仰臥位になると患者の体動はなくなる。看護師 A は看護師 B と一緒にバスタオルのしわを伸ばし、左右から 2 人でオムツを装着している。患者は閉眼したままだが少し目が動いており、看護師 B は「ごめんなさいね」と患者に声をかけながら、新しい寝衣に交換している。看護師 A と看護師 B は患者の観察をしながら、エプロンと手袋を外し MC ボックスに破棄している。看護師 A は患者の方を向いて「ごめんなさい。足を持ち上げますよ」と声をかけながら左右の足に ストキネットをはかせフロートロンを装着している。看護師 B は、フロアの看護師に体位変換のために再度の協力を依頼している。患者の左側に看護師 2 名が立ち、看護師 A は下半身側に立ち、看護師 B は患者の右上半身側に立ち、患者の顔を見て「右側によりますよ。動きますね。」と声をかけ、蛇管を確認しながらタオルの端を持ち、一斉に患者を右に体を寄せ側臥位にする。その動きに合わせて看護師 B が速やかに枕を背部に挿入して枕に患者の身体を預けて体位を固定する。両方の下肢は膝を軽く屈曲させてずらし、間に子枕を入れる。足にはスポンジ枕を入れて挙上する。追加の看護師 2 名は体位の固定を確認するとベッドから離れていく。看護師 A はベッドを 30 度程度挙上しながら、モニターや患者の顔に視線を向けている。看護師 B は看護師 A の行動に合わせて、左手で患者の手を軽く押さえ、92)呼吸器の蛇管やルートに目を配りながら位置を直している。看護師 B は、看護師 A とともに、患者の手を持ち上げてミトンを装着し、抑制帯を手首にかけている。肘部の下側に肘枕を挿入して抑制帯をベッド柵に固定する。看護師 A は患者の寝衣や綿布団の皺を整え、モニターに視線を向けてから、ベッドから離れる。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、119 の重要文脈がコード化された (別添資料—3)。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

119 の重要文脈から、【清拭と陰部洗浄と実施するための物品準備】【清拭と陰部洗浄実施前の鎮静・鎮静剤投与と効果の把握のための患者の意識レベルの確認】【清拭と陰部洗浄実施中の看護師の暗黙のスムーズな行動】【清拭と陰部洗浄実施のための患者の寝具類調整】【患者の安全安楽な体位変換のための看護師の増員】【陰部洗浄前のオムツの解放とバルンカテーテル固定テープの除去】【シャワーボトルと石鹸を使用した陰部洗浄の実施】【陰部洗浄と同時の下肢の清拭の実施】【陰部洗浄と清拭実施中の患者の反応と表情の観察】【前胸部への熱布清拭を併用した前面の清拭の実施】【背部の清拭の実施】【古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするため

の工夫】【清拭実施に伴う患者の安全・安楽な体位変換】【患者の受傷部位の観察と創部処置の実施】【清拭実施に伴う患者の安全・安楽な側臥位への体位変換】【清拭と陰部洗浄を安全に実施するための看護師の立ち位置】【清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け】【医療安全のための患者の抑制と合併症防止】【患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位の調整】【寝衣・寝具の皺を整える】【認定看護師による患者の受傷部位の観察と情報の共有化と治癒の評価】【背部清拭と創傷処置の痛みに配慮した行動と声掛け】【清拭と陰部洗浄実施時の感染防止のためのエプロンと手袋の装着】【仰臥位でのケア実施は鎮痛・鎮静している】【側臥位時の刺激による患者の微細な体動】という25つのサブカテゴリーが抽出された（別添資料—4）。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

25のサブカテゴリーから【清拭・陰部洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備】【清拭・陰部洗浄実施中の患者の反応と表情の観察】【清拭実施時の患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位調整】【認定看護師による受傷部位の痛みと治療評価及び創傷処置】【清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け】【医療安全のための患者・看護師の予防的行動】という6つのカテゴリーが抽出された（表4）。

表4 サブカテゴリーからのカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
1) 清拭と陰部洗浄と実施するための物品準備 2) 清拭と陰部洗浄実施前の鎮静・鎮静剤投与と効果の把握のための患者の意識レベルの確認 4) 清拭と陰部洗浄実施のための患者の寝具類調整 6) 陰部洗浄前のオムツの解放とバルンカテーテル固定テープの除去	清拭・陰部洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備
3) 清拭と陰部洗浄実施中の看護師の暗黙のスムーズな行動 7) シャワーボトルと石鹸を使用した陰部洗浄の実施 8) 陰部洗浄と同時の下肢の清拭の実施 10) 前胸部への熱布清拭を併用した前面の清拭の実施 11) 背部の清拭の実施 23) 清拭と陰部洗浄実施時の感染防止のためのエプロンと手袋の装着	清拭・陰部洗浄実施中の患者の反応と表情の観察
5) 患者の安全安楽な体位変換のための看護師の増員 9) 陰部洗浄と清拭実施中の患者の反応と表情の観察 16) 清拭と陰部洗浄を安全に実施するための看護師の立ち位置 12) 古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするための工夫	清拭実施時の患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位調整

13) 清拭実施に伴う患者の安全・安楽な体位変換 15) 清拭実施に伴う患者の安全・安楽な側臥位への体位変換 19) 患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位の調整 20) 寝衣・寝具の皺を整える 24) 仰臥位でのケア実施は鎮痛・鎮静している	
14) 患者の受傷部位の観察と創部処置の実施 21) 認定看護師による患者の受傷部位の観察と情報の共有と治癒の評価 22) 背部清拭と創傷処置の痛みに配慮した行動と声掛け 25) 側臥位時の刺激による患者の微細な体動	認定看護師による受傷部位の痛みと治療評価及び創傷処置
17)清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け	清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け
18)医療安全のための患者の抑制と合併症防止	医療安全のための患者・看護師の予防的行動

3. 第三の場面（全身清拭）

1) 参加観察内容

第三の場面は全身清拭である。全身清拭の場面で観察内容をフィールドノートに記載、文章化した(表 5)。観察対象者は看護師 C (受け持ち看護師)・看護師 D (看護師 C の指導役)であった。看護師 C はワゴンに清拭用のタオルと陰部洗浄の必要物品を準備し、患者に「〇〇さん、今から体を拭かせてくださいね。あったかいタオルで拭きますね。」と声をかけて全身清拭を実施した。鎮痛・鎮静剤の投与をしているが、少しずつ覚醒傾向にあり、体の動きが活発となっていた。陰部洗浄後にバルンカテーテルの固定を反対の右側に変更した際に患者が開眼したので、看護師 C は「痛い?」「苦しい?」「大丈夫?」「寒い?」等と聞くが患者の反応はない。「水?」と聞くと患者が軽く頷き、再度「水?」と聞くと患者が頷く。「喉が渴いた?」と聞くと微かに頷く。看護師 C は、「今は水が飲まれんけん、後で口の中をきれいにしましょうね。」と言うと患者は前方を見ている。その後も、「〇〇さん、ここ病院。」「わかりますか?」「ここは〇〇の〇〇病院。今入院していますからね。」と患者に現況を説明する。その後も頻回に「どこか痛い?」「おなかが痛い?」「喉が痛い?」と聞くと患者の右手が少し動かしている。看護師 D は上半身の清拭後は右手の創部のガーゼを外し傷の状態を観察し、消毒後にゲンタシン軟膏を塗布しガーゼを当て、テープで固定した。その後、看護師 C は患者の創部の近くを手で触りながら「ここ、痛い?」と聞くが患者の反応はない。看護師 D は新しいオムツとバスタオルを準備している。その後、看護師 C は「これから、肩の傷にもお薬を塗りますね。」と説明しているが患者の反応はない。「背中も拭きますよ。」と声をかけるが患者の反応はない。「痛い?」と患者に声をかけているが患者の反応はない。看護師 D がフロアに声を掛け看護師をもう 1 人呼んで、患者を左側臥位にし、背部の清拭と創部の処置とガーゼ交換をした。仰臥位に戻した際に患者

がパッキングしたため、患者の頭側に移動し閉鎖式で吸引を実施する。時々患者は軽くパッキングしており、看護師Cが2回吸引した。看護師Dは抑制帯を左手に持ち右手で患者の両膝を抑え、モニターを観察した後、その場を離れた。

表 5 フィールドノートの文章化(全身清拭)

看護師Cはワゴンに清拭用のタオルと陰部洗浄の必要物品を準備し、患者のベッドサイドの左側に行きエプロンを着用している。患者に「〇〇さん、今から体を拭かせてくださいね。あったかいタオルで拭きますね。」と声をかける。その後、ベッドの足元に移動し、両足に装着しているフロートロンを右足から外している。看護師Dも処置用ワゴンをベッドサイドの右側に持っていきエプロンを装着し、「〇〇さん体を拭きますよ。」と声をかけ寝衣を下方にずらし、清拭用のタオルを開き温度調節をして、前胸部にタオルを当てる。その間に左右の抑制帯を外している。看護師Dは胸部に当てたタオルで胸を拭いた後に、左右の上肢を拭いて清拭用のタオルをワゴンの上に置く。看護師Cは手袋を二重に装着した後、寝衣を上方にめくり、オムツを開けている。微温湯に浸したガーゼに洗浄液をつけ泡立てて、陰部洗浄の準備をしている。看護師Cは患者に「おしもをきれいにさせてくださいね。」と声をかけて、バルンカテーテルの固定テープを外した。患者の反応はない。看護師Cは、患者のほうに顔を向けて「おしもを流しますね。」と言いながら、左手で陰茎を持ち右手でガーゼを持ち洗浄をしている。洗浄後は石鹸のついた一枚目の手袋を外しゴミ袋に入れ、微温湯の入ったボトルで陰部を洗い流し、その後は乾いたガーゼで拭き取っている。石鹸のついたガーゼと拭き終わったガーゼは、ワゴンの上の空いたビニール袋に入れている。洗浄後にバルンカテーテルの固定を反対の右側に変更した。患者が開眼すると看護師Cは覗き込み「痛い?」と聞くが患者の反応はない。「苦しい?」と聞くが患者の反応はない。「大丈夫?」と聞くが患者の反応はない。「寒い?」と聞くが患者の反応はない。「水?」と聞くと患者は軽く頷いている。「水?」と再度聞くと患者が頷く。「喉が渇いた?」と聞くと微かに頷く。「今は水が飲まれんけん、後で口の中をきれいにしましょうね。」と言うと患者は前方を見ている。「〇〇さん、ここ病院。」と言うが患者は前方を見ている。「わかりますか?」と聞くが患者は前方を見ている。「ここは〇〇の〇〇病院。今入院していますからね。」と説明するが患者は前方を見ている。「どこか痛い?」と聞くが患者は前方を見ている。「おなかが痛い?」と聞くが患者は前方を見ている。「喉が痛い?」と聞くと患者は前方をみたまま、右手が少し動いている。「今、管が入っていますからね。」と説明すると患者は前方をみたまま、右手を少し動かしている。「くくられるのが嫌?」と聞くと患者は前方をみたまま、右手を少し動かす。「今、大事な管を入れているから、ごめんなさいね。」と説明すると患者は前方をみたままで動かない。看護師Dは上半身の清拭後は右手の創部のガーゼを外し傷の状態を観察し、消毒後にゲンタシン軟膏を塗布しガーゼを当て、テープで固定している。看護師Cは患者の創部の近くを手で触りながら「ここ、痛い?」と聞くが患者の反応はない。「わからん?」と聞くが患者の反応はない。「全部しんどい?」と聞くが患者の反応はない。「しんどいね。」と声をかける。患者の反応はなく閉眼している。看護師Cは清拭用のタオルを持ち右手のミトンを外してを清拭し、「ごめんなさいね。」と声をかけた。看護師Dも新しい清拭用のタオルを持ち「手袋をさせてくださいね。」と声をかけてミトンと抑制帯を患者に装着している。患者の反応はない。看護師Dは新しいオムツとバスタオルを準備している。その後、看護師Cは「これから、肩の傷にもお薬を塗りますね。」と説明しているが患者の反応はない。「背中も拭きますよ。」と声をかけるが患者の反応はない。「痛い?」と患者に声をかけているが患者の反応はない。看護師Dがフロアに声を掛け看護師をもう1人呼ぶ。応援の看護師は看護師Cが上半身側に移動したため下半身側に立つ。看護師のCの「せーの」の声掛けで、バスタオルの端を持ち、患者を持ち上げながら右側に寄せ、すぐに左側臥位にしている。呼吸器の蛇管は看護師Cが調整している。患者の足はやや膝を屈曲した形で重なっている。看護師Dが「拭きますね。」と患者に声をかけ、背部の清拭を実施する。

背部と肩のガーゼを外して消毒しゲンタシン軟膏を塗布後、ガーゼとパッドを当てている。看護師 D は古いバスタオルとおむつを患者の身体の下に丸めており込み、新しいオムツとバスタオルを広げてシーツの上にセットする。新しいオムツはズレない様に患者の臀部の部分に当てている。看護師 C は看護師 D の動きに合わせて「背中を拭きますね。」と患者に声をかけているが患者の反応はない。「ごめんなさいね。」と患者に声をかけているが患者の反応はない。準備が終わった後、看護師 3 名でバスタオルの端を持ち看護師 C の「せーの。」の声掛けで仰臥位に戻す。患者はバックギングしたため、看護師 C が「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている。患者からは痰の絡んだ音が聞こえ、眉間に皺を寄せている。「ちょっと痰をとりますね。」と患者に声をかける。患者は軽いバックギングをしている。看護師 C は手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄し、手をベッドサイドの擦式消毒を施行し、患者の頭側に移動し閉鎖式で吸引を実施する。時々患者は軽くバックギングしており、眉間に皺を寄せて、両足が少し動いている。看護師 C は 2 回吸引を実施している。看護師 D は抑制帯を左手に持ち右手で患者の両膝を抑え、モニターを見ている。看護師 D は看護師 C の吸引終了後に手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄する。看護師 C は吸引終了後にワゴンを片付ける。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、119 の重要文脈がコード化された（別添資料—5）。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

119 の重要文脈から【清拭と陰部洗浄の必要物品と感染防止のエプロンと手袋の着用】【清拭・陰部洗浄のための患者の準備】【清拭実施に伴う患者への説明】【前胸部の熱布清拭と両上肢の清拭】【陰部洗浄実施と看護師の声掛け】【清拭・陰部洗浄実施中の刺激による患者の反応はない】【患者は開眼しているが前方を向いたままである】【意識レベルの確認と患者に入院して治療中であることの説明】【清拭・陰部洗浄実施中の患者に苦痛を与えたという看護師の気づかいと謝罪の声掛け】【半覚醒状態で患者の右手が少し動く】【看護師の増員と暗黙の行動】【創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察】【患者の手を清拭し、ミトンと抑制帯を再装着】【古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするための工夫】【背部清拭実施中の声掛け】【安全・安楽な体位変換と ME 機器の調整】【患者の身体的苦痛を確認するための頻回なコミュニケーション】【患者の水への欲求の確認と飲水禁・口腔ケアの説明】【陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄】【清拭・陰部洗浄終了後の患者の反応】【看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制】【清拭実施後のモニターの観察】という 22 のサブカテゴリーが抽出された（別添資料—6）。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

22 のサブカテゴリーから【清拭と陰部洗浄実施前の準備と説明および使用物品の片づけ】【清拭と陰部洗浄実施中の患者の身体的苦痛の観察と声掛け】【清拭と陰部洗浄実施中の安全・安楽な体位変換の工夫】【患者の水分補給への欲求と現状説明】【創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察】【陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄】【看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制】という 7 つのカテゴリーが抽出された(表 6)。

表 6 サブカテゴリーからのカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
1)清拭と陰部洗浄の必要物品と感染防止のエプロンと手袋の着用 2)清拭・陰部洗浄のための患者の準備 3)清拭実施に伴う患者への説明	清拭と陰部洗浄実施前の準備と説明および使用物品の片づけ
4)前胸部の熱布清拭と両上肢の清拭 5)陰部洗浄実施と看護師の声掛け 6)清拭・陰部洗浄実施中の刺激による患者の反応はない 7)患者は開眼しているが前方を向いたままである 9)清拭・陰部洗浄実施中の患者に苦痛を与えたという看護師の気づかいと謝罪の声掛け 10)半覚醒状態で患者の右手が少し動く 13)患者の手を清拭し、ミトンと抑制帯を再装着 15)背部清拭実施中の声掛け 17)患者の身体的苦痛を確認するための頻回なコミュニケーション 20)清拭・陰部洗浄終了後の患者の反応 22)清拭実施後のモニターの観察	清拭と陰部洗浄実施中の患者の身体的苦痛の観察と声掛け
11)看護師の増員と暗黙の行動 14)古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするための工夫 16)安全・安楽な体位変換と ME 機器の調整	清拭と陰部洗浄実施中の安全・安楽な体位変換の工夫
8)意識レベルの確認と患者に入院して治療中であることの説明 18)患者の水への欲求の確認と飲水禁・口腔ケアの説明	患者の水分補給への欲求と現状説明
12)創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察	創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察
19)陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄	陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄
21)看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制	看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制

4. 第四の場面（口腔内洗浄）

1) 参加観察内容

第四の場面は口腔内洗浄である。口腔内洗浄の場面で観察内容をフィールドノートに記載、文章化した(表 7)。観察対象者は看護師 C（受け持ち看護師）・看護師 D（看護師 C の

指導役）・認定看護師(管理者)であった。看護師 C は看護師 D に口腔ケアをすることを伝え必要物品を準備し、ICU 内にいた医師に口腔内の洗浄の依頼をした。医師はプロポフォルを 2ml フラッシュし、手袋装着した。看護師 D は、口腔用の吸引チューブを取り出し吸引器の圧を上げて準備をした。看護師 C は、コップの中に洗浄液を作り、「ちょっとごめんなさいね。」と患者に声をかけ、両膝を軽く押さえている。医師が挿管チューブ・胃管の固定テープを除去し閉鎖式で気管吸引を施行する。終了後に看護師 D が「痰をとりますよ。」と患者に声をかけながら口腔吸引を実施する。医師は 20cc の注射器で口腔内の洗浄、看護師 D が吸引。看護師 D は医師の行動を確認し、洗浄液が少なくなるとコップに入った洗浄液を医師の手の近くに渡す。洗浄が終了すると看護師 C は歯ブラシを医師に渡し、口腔洗浄の進行に併せて、患者の表情や動きを観察している。看護師 D は「髭をそりますね。」と患者に声をかけ、髭を剃った。看護師 C は挿管チューブを持ち把持し、医師が固定テープで固定している。看護師 C と D がテープの固定をしようとすると、集中ケア認定の看護師は 1 度自分が実際に挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方のモデルを示し、次に看護師 C が実施する。終了後は、看護師 C は「終わりましたよ」と患者に声をかけ、寝衣や毛布の皺を直してトレイを持ち離れた。

表 7 フィールドノートの記事化(口腔内洗浄)

看護師 C は看護師 D に口腔ケアをすることを伝え必要物品をトレイに入れワゴンに準備した。その後、ICU 内にいた医師に口腔内の洗浄の依頼をしている。医師は「じゃあ、しょうか。」と返事をし、処置用のエプロンを着け患者の頭側に立ち、プロポフォルを 2ml フラッシュする。看護師 D は患者の頭の右横に立ち医師に手袋を渡す。看護師 D も手袋を装着して、口腔用の吸引チューブを取り出し、吸引器の圧を上げて準備をする。看護師 C は患者のベッドサイド右側の下半身側に立ち、吸引物品が準備してあるワゴンの上に、必要物品の入ったトレイを置く。コップの中に蒸留水とイソジンガーグルを 3 滴たらして洗浄液を作り、注射器を袋から出してコップに入れる。看護師 C は「ちょっとごめんなさいね。」と患者に声をかけ、両膝を軽く押さえている。医師が挿管チューブ・胃管の固定テープを除去し閉鎖式で気管吸引を施行する。終了後に看護師 D が「痰をとりますよ。」と患者に声をかけながら口腔吸引を実施する。医師は 20cc の注射器で口腔内の洗浄をすると、看護師 D が吸引している。看護師 D は医師の行動を確認し、洗浄液が少なくなるとコップに入った洗浄液を医師の手の近くに渡している。吸引後はチューブに蒸留水を通した後に MC ボックスに廃棄し引器の圧を下げている。洗浄が終了すると看護師 C は歯ブラシを医師に渡している。口腔洗浄の進行に併せて、患者の表情や動きを観察している。ブラッシングが終わると歯ブラシを医師から受け取り、トレイに入れている。看護師 D は「髭をそりますね。」と患者に声をかけ、ベッドの頭元側の棚から患者の髭剃りを出し髭を剃っている。髭を剃った後は洗面用タオルで拭いている。看護師 C は挿管チューブを持ち把持し、医師が固定テープで固定している。バイトブロックを挿入後医師はベッドから離れ、手袋と処置用エプロンを MC ボックスに破棄している。看護師 C と D がテープの固定をしようとすると、集中ケア認定の看護師が患者のベッドサイドの左側に立つ。認定看護師は 1 度自分が実際に挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方のモデルを示し、次に看護師 C が実施する。終了後は、看護師 D は手袋とエプロンを外し、MC ボックスに破棄する。看護師 C は「終わりましたよ」と患者に声をかけ、寝衣や毛布の皺を直してトレイを持ち離れ、必要物品を片付けた後、洗浄した歯ブラシを定位置に戻す。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、51の重要文脈がコード化された(別添資料―7)。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

51の重要文脈から【口腔内洗浄実施のための必要物品の準備と口腔内洗浄実施者である医師との連絡調整】【口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け】【口腔内洗浄実施のための鎮痛・鎮静剤の投与と口腔内実施中の効果の確認】【口腔ケア・洗浄実施のための吸引と必要物品の準備】【口腔内洗浄実施中の医師への円滑な介助技術】【口腔内洗浄に使用した物品のMCボックスへの破棄】【口腔内洗浄実施後の安全・安楽な挿管チューブとバイトブロックの固定】【口腔内洗浄時の髭剃りの実施】【認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示】【口腔内洗浄施行後の寝具・寝衣の調整と必要物品の後片付け】という10のサブカテゴリーが抽出された(別添資料―8)。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

10のサブカテゴリーから【口腔内洗浄の必要物品の準備と医師との連絡調整】【口腔内洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備】【口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け】【口腔内洗浄実施中の看護師の介助】【挿管チューブとバイトブロックの安全・安楽な固定及び髭剃りの実施】【認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示】【口腔内洗浄に使用した物品の片づけと施行後の患者の寝具・寝衣の調整】という7つのカテゴリーが抽出された(表8)。

表8 サブカテゴリーからのカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
1)口腔内洗浄実施のための必要物品の準備と口腔内洗浄実施者である医師との連絡調整	口腔内洗浄の必要物品の準備と医師との連絡調整
3)口腔内洗浄実施のための鎮痛・鎮静剤の投与と口腔内洗浄実施中の効果の確認 4)口腔ケア・洗浄実施のための吸引と必要物品の準備	口腔内洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備
2)口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け	口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け
5)口腔内洗浄実施中の医師への円滑な介助技術	口腔内洗浄実施中の看護師の介助
7)口腔内洗浄実施後の安全・安楽な挿管チューブとバイトブロックの固定 8)口腔内洗浄時の髭剃りの実施	挿管チューブとバイトブロックの安全・安楽な固定及び髭剃りの実施
9)認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示	認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示
6)口腔内洗浄に使用した物品のMCボックスへの破棄 10)口腔内洗浄施行後の寝具・寝衣の調整と必要物品の後片付け	口腔内洗浄に使用した物品の片づけと施行後の患者の寝具・寝衣の調整

5. 第五の場面（胸部レントゲン撮影時の移乗と患者の全身状態の観察）

1) 参加観察内容

第五の場面はレントゲン撮影である。レントゲン撮影の場面で観察内容をフィールドノートに記載、文章化した(表 9)。観察対象者は、看護師 E (受け持ち看護師)・看護師 F (看護師 F の指導役)・患者であった。患者は受傷後 8 日目であり、肋骨骨折に対して、バスタバンドの着用開始し、レントゲンの状態を確認して抜管予定となっていた。レントゲン技師が来棟し、受け持ち看護師 E が「〇〇さん、わかりますか?」「背中のクッションを取りますね。」「〇〇さんごめんなさいね。」「レントゲンですよ。」と説明し、看護師 F も「〇〇さんちょっとごめんなさいね。」「レントゲンを撮りますね。」と再度、患者に声をかけて、レントゲン撮影の準備をした。看護師 E・F は、チューブ類にゆとりを持たせ安全に配慮し、看護師 F は点滴ルートを安全な場所に置く。レントゲン技師と看護師 EF は一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げ、撮影用のカストが適切に挿入され、撮影後、患者の体位を安楽・安全に調整、医療機器の安全を確認し、「今日、管が取れるかもしれませんよ。」「頑張りましょうね。」と患者に声をかけた。看護師 E は点滴ルートの滴下速度の確認・胸腔ドレーンの確認、皮膚の状態を観察した。患者の額にはうっすらと汗が浮かんでおり「暑いですか?」と患者に声をかけ、寝衣の調整をした。軽度バッキングがあり看護師 E は軽く胸部をゆっくりとさすっている。看護師 E は患者の頭から足元まで丁寧に観察し、バスタバンドについても質問している。

表 9 フィールドノートの文章化(胸部レントゲン撮影)

レントゲン技師が来棟し、患者の右側に立つ。受け持ち看護師 E が左側に看護師 F が患者右側に立つ。看護師 E は「〇〇さん、わかりますか?」と患者に声をかけるが、患者の反応はない。「背中のクッションを取りますね。」と声をかけるが、患者の反応はなく、看護師 E がクッションを取ろうと右手をのばした時、看護師 F が「ガバッと取ったら痛いからゆっくりとね。」と注意している。看護師 E は「〇〇さんごめんなさいね。」と声をかけるが患者の反応はない。(看護師 E は)「レントゲンですよ。」と声をかけるが、患者の反応はない。右手でゆっくりとクッションを外した。看護師 F が「〇〇さんちょっとごめんなさいね。」と患者に声をかけると、患者は眉間に皺を少し寄せた。看護師 F は「レントゲンを撮りますね。」と患者に再度声をかけて、患者の心電図モニターを外している。患者の両上肢が僅かに動く看護師 F は「ごめんなさいね。」と声をかけた。両手でモニターを外しているが、患者の反応はない。患者の左の頭元にコードを置いている。看護師 E は、チューブ類にゆとりを持たせてゆっくりとベッドに近づけている。看護師 F は点滴ルートを安全な場所に置く。レントゲン技師と看護師 EF はバスタオルの端を持ち、レントゲン技師の「入れますよ。」の声で患者の上半身の下にレントゲンカストを入れる。看護師 EF は、患者から 4~5m 離れるが、患者が見える位置に立っている。レントゲンが終了すると、看護師 F が「終わりましたよ。」と声をかけると眉間に皺をよせ、右手が少し動いている。看護師 F が「ごめんなさいね。」と声をかけると、患者は右手を少し動かす。レントゲン技師が「取りますよ。」と声をかけ 3 人でバスタオルの端を持ち患者を抱え上げ、レントゲン技師がレントゲンのカストを左手で取出すと、患者の体をゆっくりとベッドにおろす。看護師 F は「今日、管が取れるかもしれませんよ。」と患者に声をかけると、患者はわずか

に頭を振っている。看護師 F は「頑張りましょうね。」と患者の顔を見ながら声をかけ挿管チューブの位置を直している。看護師 E は点滴ルートの滴下速度の確認・胸腔ドレーンの確認を行っている。左右の下肢に装着しているフロートロンを外し、左右のストキネットを外し皮膚の状態を観察した。観察後はストキネットとフロートロンを再装着した。次にベッド柵から両手の抑制帯を外し、皮膚の状態を観察した。この時、患者は首と頭を動かして左側を向いている。看護師 F は「ちょっとごめんなさいね。胸のテープをはがしますよ。」と声をかけると患者は僅かに顔をしかめる。患者の額にはうっすらと汗が浮かんでいる。看護師 F が「暑いですか?」と患者に声をかけると、患者は閉眼したまま目を動かしている。寝衣を腰のあたりまで下げ、バストバンドとタオルを外し胸部の観察を行った。看護師 F は観察後胸部のタオルとバストバンドを再装着した。看護師 E は患者の方に体を近づけ暑いですか?」と声をかけると、患者はうなづく。看護師 E は掛物を調整した。看護師 E は「手を見せてくださいね。」と患者に声をかけると眉間に皺を寄せている。看護師 E は右手を握り、「手を握れますか?」と患者に声をかけると、眉間に皺を寄せている。看護師 E は「痛い?痛いですね。」と患者に声をかけた。患者は開眼する。看護師 E は、かがみこみ「触っているのがわかりますか?」と患者に話しかけた。患者は開眼しており、軽度バッキングした。看護師 E は軽く胸部をゆっくりとさすっている。看護師 F は看護師 E の行動をずっと見守っている。看護師 E は患者の頭から足元まで丁寧に観察しながら「これは内出血なんですか。」と右上肢の黄色に変色している部分を確認している。看護師 F は頷いている。看護師 E は看護師 F にバストバンドを外してもいいのかと確認をしている。看護師 F は、患者にとってのバストバンドの目的について説明をしている。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、81 の重要文脈がコード化された(別添資料—9)。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

81 の重要文脈からという【レントゲン撮影のための立ち位置】【レントゲン撮影の前の患者の意識レベルの確認と説明】【レントゲン撮影のための患者の準備】【レントゲン撮影前後のチューブ類の安全確認】【看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮】【患者は仰臥位だと反応がない】【レントゲン撮影を適切に行うためのレントゲン技師と看護師の協働】【患者の結果によっては挿管チューブが抜けるかもしれないという今後の見通しの説明と励ましの言葉】【合併症予防に使用しているストキネットとフロートロン装着部位の皮膚の観察】【レントゲン撮影終了後の点滴ルートの滴下速度の調整と胸腔ドレーンの確認】【意識のない患者に対しての接近アプローチ】【患者の額の汗に気づき患者の暑さの確認と掛物の調整】【患者のバッキングに対して、胸を触るタッチング】【患者に苦痛を与えているかもしれないと感じている看護師の謝罪の感情】【患者へのレントゲン撮影実施前後の声掛け】【患者の触覚・痛覚の把握のための観察と声掛け】【患者に使用しているバストバンドの装着の目的を後輩に指導する】【看護師の直視下での頭から足元までの丁寧な観察】【レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌】 という 19 のサブカテゴリーが抽出された(別添資料—10)。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

19 のサブカテゴリーから【レントゲン撮影のための患者への説明およびチューブ類の安全確認】【看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮】【レントゲン撮影を適切に行うためのレント

ゲン技師と看護師の協働】【レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌】【患者の触覚・痛覚の把握のための声掛けと頭から足元までの丁寧な観察】
 【患者への今後の治療の見通しの説明と励ましの言葉】【意識のない患者への接近アプローチとタッチング】【レントゲン撮影終了後のチューブ類の確認と患者の汗に対する掛物の調整】
 【後輩にバストバンドの装着目的を指導】という9つのカテゴリーが抽出された(表10)。

表 10 サブカテゴリーからのカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
1)レントゲン撮影のための立ち位置 2)レントゲン撮影の前の患者の意識レベルの確認と説明 3)レントゲン撮影のための患者の準備 4)レントゲン撮影前後のチューブ類の安全確認	レントゲン撮影のための患者への説明およびチューブ類の安全確認
5)看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮	看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮
7)レントゲン撮影を適切に行うためのレントゲン技師と看護師の協働	レントゲン撮影を適切に行うためのレントゲン技師と看護師の協働
6)患者は仰臥位だと反応がない 19) レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌	レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌
9)合併症予防に使用しているストキネットとフロートロン装着部位の皮膚の観察 16) 患者の触覚・痛覚の把握のための観察と声掛け 18) 看護師の直視下での頭から足元までの丁寧な観察	患者の触覚・痛覚の把握のための声掛けと頭から足元までの丁寧な観察
8)患者の結果によっては挿管チューブが抜けるかもしれないという今後の見通しの説明と励ましの言葉	患者への今後の治療の見通しの説明と励ましの言葉
11) 意識のない患者に対しての接近アプローチ 13) 患者のバックギングに対して、胸を触るタッチング 14) 患者に苦痛を与えているかもしれないと感じている看護師の謝罪の感情 15) 患者へのレントゲン撮影実施前後の声掛け	意識のない患者への接近アプローチとタッチング
10)レントゲン撮影終了後の点滴ルートの滴下速度の調整と胸腔ドレーンの確認 12) 患者の額の汗に気づき患者の暑さの確認と掛物の調整	レントゲン撮影終了後のチューブ類の確認と患者の汗に対する掛物の調整
17) 患者に使用しているバストバンドの装着の目的を後輩に指導する	後輩にバストバンドの装着目的を指導

6. 第六の場面（全身清拭と陰部洗浄及び体位変換）

1) 参加観察内容

第六の場面は全身清拭と陰部洗浄及び体位変換である。全身清拭と陰部洗浄及び体位変換の場面で観察内容をフィールドノートに記載、文章化した(表 11)。観察対象者は、看護師 E（受け持ち看護師）・看護師 F（看護師 F の指導役）・清拭途中から援助に入った看護師 2 名・患者であった。

看護師 F は「〇〇さん、ごめんなさいね。」「寝ている間に体を拭かせてくださいね。」と説明し、看護師 EF で同時に抑制帯やフロートロンを外し、全身清拭と陰部洗浄をしていた。患者に「痛かったらごめんなさいね。」と声を掛けながら丁寧に実施していた。看護師 F はフロアの看護師 2 人に応援を頼んだ。看護師 2 人は左右に立ち 4 人でバスタオルの端を持ち、看護師 F が「横を向きますよ。」と患者に声を掛け、左側臥位にし、看護師 E が呼吸器の蛇管の調整をした。看護師 F が古いバスタオルとオムツを患者の身体の下に丸めて折り込み、新しいバスタオルとオムツも入れ込んでいる。看護師 F は「上を向きますね。」「今度はこっちを向きますね。」と患者に声を掛け体位変換をしていた。2 人の看護師で古いバスタオルとオムツを外し、無理に引っ張らない様に新しいバスタオルとオムツを広げ、皺を延ばしていた。看護師 E は清拭用のタオルを広げて背中に当て蒸らした後に清拭を実施する。「ごめんね。痛いよね。痛いと言えないだけで。」と声をかけると、患者は眉間に皺を寄せている。看護師 F が「こっちに向きますよ。」と患者に声をかけながら 4 人でバスタオルの端を持ち、患者を持ち上げて左側に移動させ、右側臥位とし、た。患者の背中に大枕を入れ、両下肢は軽く屈曲させ膝の間に小枕を入れ、左下腿にスポンジを入れて踝を浮かせ安楽な体位に固定した。看護師 E・F は患者に抑制帯をつけ、肘の下にスポンジを入れて、安楽な肢位に調整していた。看護師 E は時々患者に目を向けて観察し、終了後は点滴とドレーン、モニター類の屈曲の点検と呼吸器や低圧持続吸引の作動状況、抑制の再確認を行った。

表 11 フィールドノートの文章化(全身清拭)

看護師 F は「〇〇さん、ごめんなさいね。」と患者に声をかけるが、患者の反応はない。看護師 F が「寝ている間に体を拭かせてくださいね。」と声をかけるが患者の反応はない。看護師 E は清拭と陰部洗浄の必要物品をワゴンに準備して、患者のベッドの左側に立つ。看護師 EF は処置用のエプロンをつけ、看護師 EF は手袋を装着した。看護師 E は手袋を二重にはめている。次に看護師 EF で同時に左右の抑制帯を外し、両足のフロートロンとストキネットを外した。看護師 F は「胸を拭きますね。」と声をかけるが、患者の反応はない。看護師 F はバスタバンドとタオルを外している。看護師 F は清拭用のタオルを広げ、自分の右前腕で温度を確認後、患者の胸に当てた。看護師 F はモニターを観察した後、胸部を拭いた。看護師 F は患者に「痛かったらごめんなさいね。」と患者に声を掛けるが、患者の反応はない。胸のタオルとバスタバンドを再装着した。看護師 E は清拭用のタオルを広げて、両下肢を清拭し、右ひざの汚れを、皮膚をのぼしながら丁寧に綺麗に拭いている。看護師 E はオムツの前を開け、右手に持っているガーゼに左手で石鹸を付け、微温湯をかけてから、軽く泡立てた。手で陰茎を持ち、左手のガーゼで洗った。洗い終わるとガーゼをごみ袋に破棄し、両手の手袋も外してごみ袋に破棄している。看護師 F は陰洗ボトルで微温湯を石鹸のついた陰部に流した。看護師 E は両手で

洗浄し、看護師 E は乾いたガーゼで水分を拭き取る。オムツの下側の汚染部位をおり、お尻側に軽く押し込んでいます。看護師 F はフロアの看護師 2 人に応援を頼んだ。看護師 EF は手袋を外し MC ボックスに破棄する。看護師 2 人は左右に立ち 4 人でバスタオルの端を持つ。看護師 F が「横を向きますよ。」と患者に声を掛け、左側臥位にしたが、患者の反応はない。看護師 E が呼吸器の蛇管の調整をした。看護師 F が古いバスタオルとオムツを患者の身体の下に丸めて折り込み、新しいバスタオルとオムツも入れ込んでいる。看護師 F は「上を向きますね。」と患者に声を掛けると、患者はわずかに眉間に皺を寄せている。看護師 E は呼吸器をベッドに少し近づけ蛇管にゆとりを持たせている。看護師 F は「今度はこっちを向きますね。」と患者に声を掛けるが反応はない。看護師 F は「無理に引っ張りたくない。」と言い、看護師 4 人でバスタオルの端を持ちしっかりと右側臥位にし、看護師 E は、蛇管の調整もしている。2 人の看護師で古いバスタオルとオムツを外し、無理に引っ張らない様に新しいバスタオルとオムツを広げ、皺を伸ばしている。看護師 E は清拭用のタオルを広げて背中に当て蒸らした後に清拭を実施する。看護師 F は「ゴロゴロしますよ。戻りますね。」と患者に声を掛けると、仰臥位時にした。患者は閉眼しているがわずかに眼球が動いている。「ごめんね。痛いよね。痛いと言えないだけで。」と声をかけると、患者は眉間に皺を寄せている。看護師 F は「どっちに向きますか?」と患者に声をかけたが反応はない。看護師 F は右側臥位にすることにし「左に寄りますね。」と声をかけるが、患者の反応はない。看護師 F が「こっちに向きますよ。」と患者に声をかけながら 4 人でバスタオルの端を持ち、患者を持ち上げて左側に移動させ、右側臥位とするが患者の反応はない。看護師 E は患者の背中に大枕を入れて、安楽な体位に固定した。両下肢は軽く屈曲させ膝の間に小枕を入れ、左下腿にスポンジを入れて踝を浮かせた。看護師 F は「頭を触りますね。」と患者に声をかけているが患者の反応はない。頭の下に入れた枕の調整のためにロールタオルを入れた。看護師 F は右手に抑制帯を着けベッド柵に固定し、処置用エプロンを外し MC ボックスに破棄し、手を擦式使用毒薬で消毒している。看護師 E は左手に抑制帯を着け、ベッド柵に固定した。左肘の下にスポンジを入れて、安楽な肢位に調整している。看護師 E は両足のフロートロンとストキネットを装着しながら時々患者に目を向けて観察し、終了後は処置用エプロンを外し、ごみ袋に入れた。手を擦式使用毒薬で消毒している。看護師 F が看護師 E に「離れる前に全部見た?」と声をかけていた。看護師 EF で点滴とドレーン、モニター類の屈曲の点検と呼吸器や低圧持続吸引の作動状況、抑制の再確認を行う。

2) 参加観察内容からの重要文脈の抽出

参加観察内容を文章化したものから、88 の重要文脈がコード化された(別添資料—11)。

3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

88 の重要文脈から【清拭と陰部洗浄実施のための準備】【清拭と陰部洗浄時の感染防止策の実施】【清拭と陰部洗浄実施前の患者への説明の声掛け】【安全・安楽な患者の胸部前面への清拭とバストバンドの再装着】【両下肢への丁寧な清拭】【2 名の看護師の協働による手慣れた陰部洗浄の実施】【安全・安楽に体位変換するための看護師の増員と声掛け】【安全・安楽に配慮した左側臥位での背部清拭の実施】【古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルへの手慣れた交換技術】【安全・安楽に右側臥位にするための患者への声掛け】【安全・安楽に仰臥位にするための患者への声掛け】【安全・安楽な体位変換と患者への声掛け】【体位変換時の安全に配慮した ME 機器の管理】【モニターと直視下による清拭実施中の患者の観察】【清拭と陰部洗浄実施中の患者の反応】【医療事故防止のための抑制帯の装着】【半覚醒状態にあった患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声

掛け】【清拭実施後の患者の安楽な体位の調整】【清拭と陰部洗浄に使用した物品の片づけと看護師の手指消毒】【終了後のチューブ類やME機器の作動状況の点検と確認】という20のサブカテゴリーが抽出された(別添資料—12)。

4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

20のサブカテゴリーから【清拭と陰部洗浄実施のための準備と患者への説明】【看護師の協働による全身清拭と陰部洗浄の実施】【全身清拭時の安全・安楽に配慮した体位変換と、新旧のオムツおよびバスタオルの手慣れた交換】【清拭と陰部洗浄実施中の患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声掛けと観察】【患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための抑制】【全身清拭終了後の物品の片づけとチューブ類やME機器の作動状況の点検】という6つのカテゴリーが抽出された(表12)。

表12 サブカテゴリーからのカテゴリー

サブカテゴリー	カテゴリー
1) 清拭と陰部洗浄実施のための準備 2) 清拭と陰部洗浄時の感染防止策の実施 3) 清拭と陰部洗浄実施前の患者への説明の声掛け	清拭と陰部洗浄実施のための準備と患者への説明
4) 安全・安楽な患者の胸部前面への清拭とバスタオルの再装着 5) 両下肢への丁寧な清拭 6) 2名の看護師の協働による手慣れた陰部洗浄の実施 8) 安全・安楽に配慮した左側臥位での背部清拭の実施	看護師の協働による全身清拭と陰部洗浄の実施
7) 安全・安楽に体位変換するための看護師の増員と声掛け 9) 古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルへの手慣れた交換技術 10) 安全・安楽に右側臥位にするための患者への声掛け 11) 安全・安楽に仰臥位にするための患者への声掛け 12) 安全・安楽な体位変換と患者への声掛け 13) 体位変換時の安全に配慮したME機器の管理	全身清拭時の安全・安楽に配慮した体位変換と、新旧のオムツおよびバスタオルの手慣れた交換
14) モニターと直視下による清拭実施中の患者の観察 15) 清拭と陰部洗浄実施中の患者の反応 17) 半覚醒状態にあった患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声掛け	清拭と陰部洗浄実施中の患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声掛けと観察
16) 医療事故防止のための抑制帯の装着 18) 清拭実施後の患者の安楽な体位の調整	患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための抑制
19) 清拭と陰部洗浄に使用した物品の片づけと看護師の手指消毒 20) 終了後のチューブ類やME機器の作動状況の点検と確認	全身清拭終了後の物品の片づけとチューブ類やME機器の作動状況の点検

7. 参加観察法で得られたカテゴリーの統合

参加観察法で得られた六場面での生命危機状態にある患者とケアを提供している看護師とのやり取りを分析しカテゴリー化したものを統合し表 13 に示した。六場面から 9 つの統合カテゴリーが抽出された。

まず場面 1 の【レントゲン撮影のための患者の準備】、場面 2 の【清拭・陰部洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備】、場面 3 の【清拭と陰部洗浄実施前の準備と説明】、場面 4 の【口腔内洗浄の必要物品の準備と医師との連絡調整】、【口腔内洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備】、場面 5 の【レントゲン撮影のための患者への説明およびチューブ類の安全確認】、場面 6 の【清拭と陰部洗浄実施のための準備と患者への説明】という 7 つのカテゴリーは、患者へのケア実践前の準備と説明、ケアを実践する事で引き起こされると予測される患者の苦痛を軽減するための行為と考えられ、〔ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面 1 の【ケア実施の際の患者の観察】、場面 2 の【清拭・陰部洗浄実施中の患者の反応と表情の観察】、【清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け】、場面 3 の【清拭と陰部洗浄実施中の患者の身体的苦痛の観察と声掛け】、場面 4 の【口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け】、場面 5 の【患者の触覚・痛覚の把握のための声掛けと頭から足元までの丁寧な観察】、【レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌】、【意識のない患者への接近アプローチとタッチング】、場面 6 の【清拭と陰部洗浄実施中の患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声掛けと観察】という 9 つのカテゴリーは、患者へのケア実施中の観察と、身体的苦痛を確認するためのコミュニケーションが図られていると考えられ〔意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面 1 の【患者への刺激を最小にしたケア】、場面 4 の【口腔内洗浄実施中の看護師の介助】、場面 6 の【看護師の協働による全身清拭と陰部洗浄の実施】という 3 つのカテゴリーは、呼吸器装着中の患者の苦痛を軽減し、医師の処置介助の技術提供と短時間でのケア実施遂行に伴う看護師間の協働によるケア実践と考えられ、〔呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面 2 の【清拭実施時の患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位調整】、場面 3 の【清拭と陰部洗浄実施中の安全・安楽な体位変換の工夫】、場面 5 の【レントゲン撮影を適切に行うためのレントゲン技師と看護師の協働】、場面 6 の【全身清拭時の安全・安楽に配慮した体位変換と、新旧のオムツおよびバスタオルの手慣れた交換】という 4 つのカテゴリーは、呼吸器装着中の患者でありレントゲン撮影や全身清拭の際には、必然的に体位変換が伴い、医療安全の確保に努めていたと考えられ、患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面2の【認定看護師による患者の受傷部位の観察と情報の共有化と治癒の評価】、場面3の【創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察】という2つのカテゴリーは、背部挫滅創が患者にあったために、指導的立場の看護師が傷の治癒状態の評価をしていたと考えられ、〔上級看護師による創傷の評価と創傷処置〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面1の【医療安全のための患者の抑制】【看護師の被爆予防】、場面2の【医療安全のための患者・看護師の予防的行動】、場面3の【看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制】、場面4の【挿管チューブとバイトブロックの安全・安楽な固定及び髭剃りの実施】、場面5の【看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮】、場面6の【患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための抑制】という7つのカテゴリーは、呼吸器装着中の患者であったために、レントゲン撮影時と吸引時の医療事故防止や抑制による苦痛の軽減を図っていたと考えられ、〔患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための予防〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面3の【患者の水分補給への欲求と現状説明】、場面5の【患者への今後の治療の見通しの説明と励ましの言葉】という2つのカテゴリーは、患者のニードと不安に対しての現状説明と励ましの言葉かけと考えられ、〔患者の欲求と現状に即した説明〕と統合カテゴリーを命名した。

次に場面1の【ケア実施後の寝具・寝衣・体位の調整】、場面3の【陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄】、場面4の【口腔内洗浄に使用した物品の片づけと施行後の患者の寝具・寝衣の調整】、場面5の【レントゲン撮影終了後のチューブ類の確認と患者の汗に対する掛物の調整】、場面6の【全身清拭終了後の物品の片づけとチューブ類やME機器の作動状況の点検】という5つのカテゴリーは、レントゲン撮影やケアを実施時の体位変換等で寝具は乱雑となり、ME機器も移動するため、寝具の整えとME機器の点検と考えられ、〔ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME機器の作動状況の点検〕と統合カテゴリーを命名した。

最後に場面4の【認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示】、場面5の【後輩にバスタブの装着目的を指導】という2つのカテゴリーは、技術の指導やフォローの看護師の整形外科の経験のない看護師の疑問に対しての指導と考えられ、〔医療目的に沿った看護師間の教育指導〕と統合カテゴリーを命名した。

表 13 参加観察法で得られたカテゴリーの統合

受傷後6日目		受傷後7日目		受傷後8日目		統合
看護師AB	看護師CD	看護師EF	看護師GH	看護師IJ	看護師KL	
場面1: レントゲン撮影時の介助	場面3: 全身清拭と陰部洗浄及びオムツと背部のバスタオルの交換と吸引	場面5: レントゲン撮影時の介助	場面7: 全身清拭と陰部洗浄及びオムツと背部のバスタオルの交換	場面9: レントゲン撮影時の介助	場面11: 全身清拭と陰部洗浄及びオムツと背部のバスタオルの交換	
ケア実施前の患者への準備と患者の苦痛を最小にするための鎮痛・鎮静剤投与	口腔内洗浄の必要物品の準備と医師との連絡調整	レントゲン撮影のための患者への説明およびチューブ類の安全確認	口腔内洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備	レントゲン撮影のための患者への説明およびチューブ類の安全確認	清拭と陰部洗浄実施のための準備と患者への説明	ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小にするための鎮痛・鎮静剤投与
ケア実施の際の患者の観察	清拭・陰部洗浄実施中の患者の反応と表情の観察	清拭・陰部洗浄実施前の鎮痛・鎮静剤の投与と患者の準備	口腔内洗浄実施中の患者への声掛け	患者の触覚・痛覚の把握のための声掛けと頭巾・足元までの丁寧な観察	清拭と陰部洗浄実施中の患者の苦悶様状と痛みの確認のための看護師の声掛けと観察	意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション
患者への刺激を最小にしたケア	清拭・陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け	清拭・陰部洗浄実施中の患者への声掛け	口腔内洗浄実施中の看護師の介助	意識のない患者への接近アプローチとタッチング	看護師の協働による全身清拭と陰部洗浄の実施	呼吸器装着中の患者の苦痛を最小にした看護師の熟練したケア実践
	清拭実施時の患者の苦痛を最小にした安全・安楽な体位調整	清拭と陰部洗浄実施中の安全・安楽な体位調整の工夫		レントゲン撮影の適切に行うためのレントゲン撮影と看護師の協働	全身清拭時の安全・安楽に配慮した体位変換と、新旧のオムツおよびバスタオルの手慣れた交換	患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整
	認定看護師による受傷部位の痛みと治療評価及び創傷処置	創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察				上級看護師による創傷の評価と創傷処置
医療安全のための患者の抑制	医療安全のための患者・看護師の予防的行動	看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制	挿管チューブとバイトブロックの安全への配慮	看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮	患者の安楽な体位の調整と医療事故防止	患者の安楽な体位の調整と医療事故防止
		患者の水分補給への欲求と現状説明		患者への今後の治療の見通し説明と励ましの言葉		患者の欲求と現状に即した説明
ケア実施後の寝具・寝衣・体位の調整	陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄		口腔内洗浄に使用した物品の片づけと施行後の患者の寝具・寝衣の調整	レントゲン撮影終了後のチューブ類の確認と患者の汗に対する掛物の調整	全身清拭終了後の物品の片づけとチューブ類やME機器の作動状況の点検	ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME機器の作動状況の点検
			認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示	後輩にバスタオルの装着目的を指導		医療目的に沿った看護師間の教育指導

第三節 第二の研究（看護師への半構成的面接法）結果

1. 看護師の基本属性

対象となる看護師のインタビューは参加観察後7日以内の日勤とし、調査は全て面接法とし、基本属性（年齢、性別、最終学歴、資格の有無、学会への参加、看護協会入会の有無）を確認した。研究対象の看護師6名の性別は全員女性であり、看護師A・D・Eの最終学歴は大学卒であった。看護師B・C・Fの最終学歴は専門学校であった。看護師A・D・Eは卒後すぐにICUに入職し、ICUでの経験年数は1年目であった。看護師Cは、卒後すぐにICUに入職し、ICUでの経験年数が3年であった。看護師Bの卒後年数は30年であり、ICUの経験が20年であった。看護師Fの卒後年数は20年であり、ICUの経験15年であった。看護師A・D・Eは保健師の資格を有し、看護師Fのみ呼吸療法士の資格を有していた。また学会活動として6名全員が看護協会に入会し、関連の学会や院内での研究発表、セミナーへ参加していた（表14）。

表 14 看護師の属性

項目／	A	B	C	D	E	F
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性
卒後年数	1	30	3	1	1	20
経験年数(ICU)	1	20	3	1	1	15
最終学歴	大学	専門学校	専門学校	大学	大学	専門学校
資格	看護師	看護師 保健師	看護師	看護師 保健師	看護師 保健師	看護師 呼吸療法士
学会	看護協会	看護協会	看護協会	看護協会	看護協会	看護協会

2. 半構成的面接法結果

1) 看護師 A

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師Aは、今1年目で自分の業務に追われている感じだが、ICUに入っている患者さんは、自分でしゃべれない人が多く、患者さんが今どんなことを思っているのかを考えるようにしている。自分が今何をされているか、どういう治療をされるかを知ること、プライバシーを守る、患者自身が治療方針や選択を決められる。他職種で話をしているが、まずは患者に説明するのが大事。普通に生活する事、何か色々楽しんだりする事が生きる事。患者本人が望んでいるなら延命治療し、本人が望んでいないら今、生きているということにはならないと思う。患者さんの観察は表情とか、なるべく声掛けをするようにしている。4月に比べたら患者の肩を触ったりとかできるようになった。はじめての時は自分の方が怖かった。人間にとって大事なことは、周りの人との関わりだと思う。と語っており、そ

の内容を、逐語録として作成した(別添資料—13)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 41 の重要文脈がコード化された(別添資料—14)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

41 重要文脈から、【ICU に入っている患者は、年齢や経験に関係なく治療をうけないと生きていけず、自身で訴えることもできない】【延命治療で本人が望まないなら生きているということにはならない】【本人がここで生きること自体を望んでいなくても誰かのために生きている】【自身で喋れない方でも、観察を十分行い患者の気持ちに寄り添って、痛みをコントロールするなど援助の仕方を考え、支えていく】【権利を尊重し、プライバシーを守る】【人間にとって大事なことは、周りの人とのかかわりだ】【生きるという事は、普通に生活する事】【意識が明瞭でなくとも、治療の説明をし、患者さん自身が選択できるようにする】【看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり】【他職種との協働】という 10 のサブカテゴリーが抽出された(表 15)。

表 15 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 A)

重要文脈	サブカテゴリー
1) ICU に入っている患者さんて、自分でしゃべれない人とか多い	ICU に入っている患者は、年齢や経験に関係なく治療をうけないと生きていけず、自身で訴えることもできない
2) 挿管とかしていて	
4) 患者さんから訴えることが出来ない	
30) 挿管とかは苦しめる	
31) 不安そうな人もいる	
32) 抜管したときは違う	
28) 入院経験がある人となない人	
29) 前もこういうことをしたことがあるという人だったら、慣れるということはないと思う	
33) 年齢は関係ないと思う	
18) ここにいる患者さんとか見ていたら、色んな治療なしでは生きていけない	
20) 本人の希望でこうなっているわけではない	延命治療で本人が望まないなら生きているということにはならない
21) 本当は嫌がっている患者さんもいるかもしれない	
25) まあ、本人が望んでいたらいいですけれども	
24) お見舞いもなく家族の方が延命を望まないというか、そういう方を見ていたら	
26) 延命治療してて、本人が望んでいないなら今、生きているということにはならないと思います。	

22) 本人がここで生きること自体を望んでいなくても	本人がここで生きること自体を望んでいなくても誰かの ために生きている	
23) 何か本人の生きがいがいたり、誰かのために生きている と思う		
3) だからその気持ちを分かってあげない（といけない）	自身で喋れない方でも、観察を十分行い患者の気持ちに寄り 添って、痛みをコントロールするなど援助の仕方を考 え、支えていく	
27) 患者さんの観察は表情		
5) なるべく患者さんが今どんなことを思っているのかを考 える		
12) 喋れない方でも、こっちが援助の仕方のできるこ		
14) その中でというか患者さん一緒にどういう風に進める		
11) 痛みのコントロール		
15) どういう風に支えていくのかを考えている		
34) そういのがはじめてな人とかはなるべく声掛けをす るようにしている。		
6) 権利の尊重		権利を尊重し、プライバシーを守る
8) 色んなところから見えるところなので、プライバシーを 守ったり		
37) 人間にとって大事なことは、周りの人とかかわりだ と思う。	人間にとって大事なことは、周りの人とかかわりだ	
38) 1人じゃ生きていても楽しくない		
39) 楽しくない時でも人がいたら、楽しいから。		
40) 今までも人に恵まれていると感じていた		
41) 患者さんを見ていたら、恵まれていると思う。		
17) 普通に生活する、ご飯食べたり寝たり何か色々楽しん だりする事が生きる（という事）		生きるという事は、普通に生活する事
7) 意識とかがあんまりしっかりしていない人でも、ちゃん と自分が今何をされているか、どういう治療をされるかを 知ることだったり、	意識が明瞭でなくとも、治療の説明をし、患者さん自身が 選択できるようにする	
9) 患者さん自身がちゃんと治療方針をみれる		
10) 選択を決められる		
16) 患者に説明するのが大事。		
35) 4月に比べたらだいぶ患者さんの肩を触ったりとかで きるようになった。	看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり	
19) 転棟とかして、車いすに乗っているのを見かけたりす る		
36) はじめての時は自分の方が怖かった。		
13) 色んな救急部の先生がいて、主治医の先生がいて、看	他職種との協働	

看護師も一杯いて、いろんな職種の人がいて話し合っている	
-----------------------------	--

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

10 のサブカテゴリーから【ICU に入っている患者は、生存のための治療をうけ、自身で訴えることもできない】【他職種と協働して、患者のニーズに即して関わり、支える】【人は他者との関わりを通して、自身が生きていると実感する】【患者の権利の尊重】【看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり】【他職種との協働】という 6 のカテゴリーが抽出された(表 16)。

表 16 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 A)

サブカテゴリー	カテゴリー
ICU に入っている患者は、年齢や経験に関係なく治療をうけないと生きていけず、自身で訴えることもできない	ICU に入っている患者は、生存のための治療をうけ、自身で訴えることもできない
自身で喋れない方でも、観察を十分に行い患者の気持ちに寄り添って、痛みをコントロールするなど援助の仕方を考え、支えていく	他職種と協働して、患者のニーズに即してかかわり、支える
延命治療で本人が望まないなら生きているということにはならない	人は他者とのかかわりを通して、自身が生きていると実感する
生きるという事は、普通に生活する事	
本人がここで生きること自体を望んでいなくても誰かのために生きている	
人間にとって大事なことは、周りの人とのかかわりだ	
権利を尊重し、プライバシーを守る	患者の権利の尊重
意識が明瞭でなくとも、治療の説明をし、患者さん自身が選択できるようにする	
看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり	看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり
他職種との協働	他職種との協働

2) 看護師 B

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師 B は、患者のニーズを考えて、寄り添う。患者の権利は、治療を受けるのと、拒むこともできるという事と、患者自身が決定できる。治療が最適になされるように援助し、説明と周りの環境とかを整え、資源も活用し、提供する。提供したことを患者さんが受け入れるかどうかは、患者次第である。生命維持をしていることが生きることなのか、自分が本当にやれることをやって満足した生活を送れることなのか、わからない。体を拭いて

いて手で嫌がる動作をした、何かしていて何らかの反応があるとか、反応があればこれは嫌なのかなという判断材料になる。衣食住が大事と語っており、その内容を逐語録として作成した(別添資料—15)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 36 の重要文脈がコード化された(別添資料—16)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

36 の重要文脈から、【ケアの際は視覚・触覚で患者の反応を観る】【反応によっては違う方法を考え、実施する】【患者へのケアは自分の能力を考え、できるだけ患者に寄り添って実施する】【ケア（治療）の際の説明と同意】【治療に関する患者の意思決定は患者の権利】【治療の適切性と治療環境の整備】【衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なく生活できていれば生きている】【生活の満足は個々の感情である】という 8 のサブカテゴリーが抽出された(表 17)。

表 17 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 B)

重要文脈	サブカテゴリー
1) 患者さんが何をしてほしいかを考えて	ケアの際は視覚・触覚で患者の反応を観る
25) できるだけ患者さんの反応（観る）	
26) たとえば体を拭いていて手が嫌がっていたりとか	
27) 注入したら眉を顰めたりとか、	
28) 何かしていて何かの反応があるとか、	
29) 反応があればこれは嫌なのかなという判断材料になる。	
32) 見て触って(観察)ですね。	
30) (嫌がったら)違う方法を考えてみる	反応によっては違う方法を考え、実施する。
31) 反応がなければやるだけやってみる	
2) なるべく患者さんに寄り添えるようにして、	患者へのケアは自分の能力を考え、できるだけ患者に寄り添って実施する。
3) 考えながらやっています。	
14) 提供してあげないといけない(援助)と思う。	
19) 自分が本当にやれることをやって	ケア（治療）の際の説明と同意
8) こちらからも指導してするかどうかの問題でもあり。	
11) (治療)の説明と	
16) 私たちはこういうものがあるよという事はちゃんと教えてあげないといけない	
17) こういうことをやっていくんだという事を表示しないとけない。	治療に関する患者の意思決定は患者の権利
4) 患者さんの権利は、治療を受けるのと、	
5) 拒むこともできるという事と	

6) 病院を選ぶことももちろんできるし、	
7) 看護に関してもそれを受けるかどうかは患者さん自身が決定できる。	
15) 提供したことを患者さんが受け入れるかどうかは、患者さんご自身で	
9) 治療がもちろんその人にとって最適になされるように援助していくこと	治療の適切性と治療環境の整備
10) していかないといけないと思う(治療が最適に受けられる)	
12) 本当に患者さんが治療を受けれるように周りの環境とを整えてあげる	
13) 外からの資源とかも活用しながら、	
23) 私は今の生活ができれば生きている事	衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なく生活できていれば生きている
24) 悲嘆なく生活できていれば、生きていると思う	
33) 衣食住が大事。	
36) 本人の欲求ですね。	
22) 自分が満足していれば、どちらであろうとも生きている事	
18) 生命維持をしていることが生きる事なのか	生活の満足は個々の感情である
20) 満足した生活を送れることなのかわからない。	
21) その人の感情でしょうね。	
34) 満たされないといけないと思う	
35) 生活も満たされないといけない	

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

8のサブカテゴリーから【患者のニーズと自己の能力を考えたケアの実施】【ケア（治療）の際の説明と同意と意思決定は患者の権利】【治療の適切性と治療環境の整備】【生活の満足は個々の感情であり、衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なくできていれば生きているという事】という4のカテゴリーが抽出された(表18)。

表 18 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 B)

サブカテゴリー	カテゴリー
ケアの際は視覚・触覚で患者の反応を観る	患者のニーズと自己の能力を考えたケアの実施
反応によっては違う方法を考え、実施する。	
患者へのケアは自分の能力を考え、できるだけ患者に寄り	

添って実施する。	
ケア（治療）の際の説明と同意	ケア（治療）の際の説明と同意と意思決定は患者の権利
治療に関する患者の意思決定は患者の権利	
治療の適切性と治療環境の整備	治療の適切性と治療環境の整備
衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なく生活できていれば生き ている	生活の満足は個々の感情であり、衣食住も含め自身の欲求 が悲嘆なくできていれば生きているという事
生活の満足は個々の感情である	

3) 看護師 C

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師 C は、病棟にいた時より生命の危機に瀕している患者さんが多い。意識がない方が多く、声掛けとか、十分に行うように心がけている。病態が複雑で、上(病棟)にいた時より病態の理解を意識している。患者の権利の尊重、患者さん本人が喋れないのもあり、家族の訴えとかが病棟と比べて多く、強く、ただの希望じゃない、助けてほしいという思いであり、その思いを医師と共有していく事が大事である。体を拭くだけなら免許がなくても出来るが、免許を持って実践するという事は状態の変化に気づかないといけない。免許のない人と同じではいけない。自分が生きたいと思い、周りの人に生きていてほしい、死なないでほしいとか思われている事が大事である。観察するのは、バイタル、呼吸器を装着中は喋れないため呼吸器の波形、呼吸の形、表情、喋る人なら会話し、聞き、自分の目と耳と匂いとかも使用し把握する。人間にとって一番大事なものは、人と人との関わり合いが大事と語っており、その内容を逐語録として作成した(別添資料—17)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 48 の重要文脈がコード化された(別添資料—18)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

48 の重要文脈から、【生命の危機に瀕している ICU の患者の特性】【患者の権利の尊重】【複雑で急速な病態の変化とそれに伴う治療方針の変化の理解】【マニュアル的なターミナル病棟におけるケア】【意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声掛け】【助けてほしいという家族の訴えや想いは共感し医師と共有することは重要】【医療ミスは患者さんの状態を悪化させたりするので、振り返って予防する】【看護師が有資格者であるという事の自覚が必要】【生きるという事は、自身でも生きたいと思い、周りからも生きていてほしいと思われること】【人間にとって一番大事なものは、お金も大事であり、自分が生きたいと思う事】【人と人のかかわり合いが大事】という 11 のサブカテゴリーが抽出された(表 19)。

表 19 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 C)

重要文脈	サブカテゴリー
1)生命の危機に瀕している患者さんが多い(ICU)	生命の危機に瀕している ICU の患者の特性
2)意識がない方が多い	
14)患者さん本人が喋れないのもあって、	
46)ここでVTが起きたら大変じゃないですか。	
47)最初は戸惑った。	
48)病棟とはだいぶ違った。(ICU)	
13)患者さんの権利の尊重	患者の権利の尊重
4)病態が複雑だったりする	複雑で急速な病態の変化とそれに伴う治療方針の変化の理解
5)治療方針が病態で決まっているのをすごい感じる	
6)病態の理解を意識しています。	
11)今は一日一日で治療が変わる	
12)理解していないと何でこうなったんかとか、今どんなのかが分からなくなる	
10)病態の理解は取りあえずは、何となく掴んでいるんでだから いいかって感じだった	マニュアル的なターミナル病棟におけるケア
7)病棟にいたときは、なんか業務に追われる感じで、	
8)検査はマニュアル通りに出して、	
9)なんか残務も多くなって、	
42)病棟はターミナルの人が多かった	
43)十分頑張ったとか	
44)抗がん剤とかの治療を頑張ったから、もういいよとか、	
45)VTがあっても様子観察とか、	
3)声掛けとか、しっかり行うように心がけてます。	意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声掛け
30)観察するのは、バイタルはもちろん	
31)呼吸器をつけたら喋れないので呼吸器の波形とか	
32)息の仕方とか	
33)(顔の)表情とか	
34)喋る人だったら、聞きます。	
35)目と耳と匂いとかも使います。	
15)家族の訴えとかが上と比べて多いし、	助けてほしいという家族の訴えや想いは共感し医師と共有することは重要
16)強いし、(家族の要求)	
17)ただの希望じゃない	
18)ただこうしてほしいというだけの希望じゃなくて	
19)助けてほしいという思い	

20)家族の訴えは重要	
21)先生とかと共有していく(家族の希望)。	
22)私たちのミスで患者さんの状態を悪化させたりすることがある	医療ミスは患者さんの状態を悪化させたりするので、振り返って予防する。
23)インシデントとか起こしたら、カンファレンスをするのが重要	
24)体をふくだけで免許がなくてもできる	看護師が有資格者であるという事の自覚が必要。
25)免許を持ってやるということは、ちゃんと違いに気づかないといけない。	
26)免許のない人と同じじゃない。	
27)生きるっていうのは、自分が生きたいと思う	生きるという事は、自身でも生きたいと思い、周りからも生きていてほしいと思われること。
28)周りの人に生きていてほしいとか	
29)死なないでほしいとか思われている事。	
39)生きていてほしいと家族が思わなければしょうがない	
36)人間にとって一番大事なものは、お金も大事、	人間にとって一番大事なものは、お金も大事であり、自分が生きたいと思う事。
37)お金がないと受けたい治療ももしかして受けられないかもしれない	
38)お金があっても自分が生きたいと思わなければしょうがない	
40)人と人とのかわりがないとしょうがない	人と人とのかわりあいがある
41)人と人とのかわりあいがある。	

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

11 のサブカテゴリーから【ターミナル病棟とは違って、生命の危機に瀕している ICU の患者の複雑で急速な病態の変化に伴う治療と看護及び家族への共感】【意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声掛け】【家族の訴えや想いは共感し医師と共有する】【患者の権利の尊重】【有資格者である看護師は医療ミスを防ぐ責務がある】【生きるという事は、自身でも生きたいと思い、周りからも生きていてほしいと思われること】という 6 のカテゴリーが抽出された(表 20)。

表 20 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 C)

サブカテゴリー	カテゴリー
生命の危機に瀕している ICU の患者の特性	ターミナル病棟とは違って、生命の危機に瀕している ICU
複雑で急速な病態の変化とそれに伴う治療方針の変化の理解	の患者の複雑で急速な病態の変化に伴う治療と看護及び家族への共感
マニュアル的なターミナル病棟におけるケア	
意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声	意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声

掛け	掛け
助けてほしいという家族の訴えや想いは共感し医師と共有することは重要	家族の訴えや想いは共感し医師と共有する
患者の権利の尊重	患者の権利の尊重
医療ミスは患者さんの状態を悪化させたりするので、振り返って予防する。	有資格者である看護師は医療ミスを防ぐ責務がある。
看護師が有資格者であるという事の自覚が必要。	
生きるという事は、自身でも生きたいと思い、周りからも生きていてほしいと思われること。	生きるという事は、自身でも生きたいと思い、周りからも生きていてほしいと思われること。
人間にとって一番大事なものは、お金も大事であり、自分が生きたいと思う事。	
人と人のかかわりあいが大事	

4) 看護師 D

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師 D は、患者に声掛けとあわせて納得してもらう事である。必ず声かけて納得してもらい実践している。権利や患者さんがこうしてほしいと希望しても、出来ないこともあると思うが、患者の意見とか要望もかなえてあげたい。責任は、先生から言われたことをそのまま実施せず、根拠を考えてする事である。知識は大切であり、勉強している。私の中では、日常生活が行えることが生きている事だと思う。観察は、受け持つ人の病気を病態と照らし合わせて、何を監察しないといけないのか、前日に受持ちの人が決まっていたら事前に勉強してから観察ポイントとかを事前学習して受け持っている。モニターだけでなく、手で触れて、痰の匂いとか色とかも観察する。大事な事は、一人では生きていけないという事で、人との関わりが大事だと思う。入院のオリエンテーションの時に家族の人の想いとか聞いていると語っており、その内容を逐語録として作成した(別添資料—19)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 37 の重要文脈がコード化された(別添資料—20)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

37 の重要文脈が抽出から、【反応のない患者に対しても声掛けを行い、説明と同意を得るのは患者の権利】【患者さんの意見とか要望もかなえてあげたい】【何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任】【受け持ち患者の病態を事前に勉強し観察する】【生きるという事は日常生活が自分で行えること】【観察はモニターだけでなく客観的に測定し、自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する】【人とかかわりが大事】【患者家族の心情を察し思いを聴く】という 8 つのサブカテゴリーが抽出された(表 21)。

表 21 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 D)

重要文脈	サブカテゴリー
1) やっぱり本人に納得してもらう事	反応のない患者に対しても声掛けを行い、説明と同意を得るのは患者の権利
2) 声掛けとかして。	
3) 話せなくても目が明いていたりする	
4) 話せなくても、やろうと思っていることは必ず声かけて納得してもらってからやっています。	
5) 反応がなくても突然やられたら、自分でも嫌なので	
6) 声掛けを必ずするようにしています。	
7) 自分がされて嫌なことはしない	
8) 嫌なこともやらなければいけない時もあるのでしっかり説明してからですね。	
9) 説明をしてから同意を得ること	
10) (患者の)権利、	
11) 後は(患者の)意見、	患者さんの意見とか要望もかなえてあげたい
12) 患者さんがこうしてほしいとかいうことも、出来ないこともあると思う	
13) 患者さんの意見とか要望もかなえてあげたいな	
14) 責任は、先生から言われたことをそのままやるのではなくて、	何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任
15) 本当に言われたことをやっていいのかという事を考えて、	
16) 何ですのかなという所まで考えてからすること	
17) やっぱり知識とか、大切です。	受け持ち患者の病態を事前に勉強し観察する
18) 全然わからないんですけども勉強しています。	
24) 観察は、受け持つ人の病気を病態と照らし合わせて、	
25) 何を見ないといけないのかを、前の日に受持ち人が決まっていたら事前に勉強してから	
19) ご飯を食べてトイレに行く	生きるという事は日常生活が自分でできること
20) 日常生活が行えることが生きているなと思います。	
21) 病気とかでそうならない人もいるので、	
22) 生きているというのはその人による、	
23) 感じ方はその人によるんじゃないかなって思います。	
26) 観察ポイントとかを見て、関わるようにしています。	観察はモニターだけでなく客観的に測定し、自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する
27) モニターだけでなく	
28) 手で触ったりとか	

29)冷感とかは触ったりとかじゃないと見れないので触ったりとか、	
30)脈の左右差とかも触らないとわからないし、	
31)痰の匂いとか色とか。	
32)大事なことは、一人では生きていけないから、	人とかかわりが大事
33)周りの人が助けてくれたりとかですね、	
34)人とかかわりが大事だと思います。	
35)、患者さんとか家族の人とかも辛いこととかあると思う	患者家族の心情を察し思いを聴く
36)入院のオリエンテーションの時に家族の人の想いとか結構聞いてあげるようにして、	
37)しっかり(家族の)思いを聞いてあげるようにしています。	

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

8つのサブカテゴリーから【反応のない患者に説明と同意を得るのは患者の権利】【何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任】【患者の病態に即した観察は、自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する】【生きるという事は日常生活が自分で行えることと、人とかかわりが大事】【患者家族の心情を察し思いを聴く】という5つのカテゴリーが抽出された(表22)。

表 22 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 D)

サブカテゴリー	カテゴリー
反応のない患者に対しても声掛けを行い、説明と同意を得るのは患者の権利	反応のない患者に説明と同意を得るのは患者の権利
患者さんの意見とか要望もかなえてあげたい	
何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任	何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任
受け持ち患者の病態を事前に勉強し観察する	患者の病態に即した観察は、自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する
観察はモニターだけでなく客観的に測定し、自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する	
生きるという事は日常生活が自分で行えること	生きるという事は日常生活が自分で行えることと、人とかかわりが大事
人とかかわりが大事	
患者家族の心情を察し思いを聴く	患者家族の心情を察し思いを聴く

5) 看護師 E

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師 E は、大事にしている事は、常に患者さんの立場に立って今どう思っているのかを考慮して接している。吸引とかする時にも一言声をかけて、意識がない状態でも、一人の人として接するようにしている。医師の指示通りに薬剤とか投与することは大切だと思う。患者に一番接するのは看護師であり、患者がどうしたいかというのを私たちが方が知っておくべき事だと思う。人工呼吸をしても生きていけると言えるが、自分の意思を言う事が出来ない。観察は、全身は見るように気をつけている。先輩に ICU に入院している人は薬とかで自分が痛いとか何も言えない。そのため観察力が大切と言われたので気を付けるようにしている。目で見て触って、匂い、聴診器で聞いて、実習でも何か違うっていう感覚を大事にしないとされたので、照らし合わせている。人間にとって大事な事は人とのかかわりだと思うと語っており、その内容を逐語録として作成した(別添資料—21)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 37 の重要文脈がコード化された (別添資料—22)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

37 の重要文脈から、【ICU では、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある】【意識がない状態でもケアの際には声をかけて反応を見る】【人間にとって大事なことは人とのかかわりであり、誰かにいつも助けられて、色んなことを乗り越えられる】【観察は全身を行い、視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用するだけでなく、前日の状態とも照らし合わせる】【看護師に求められる観察力】【意識がない患者でも人として接する】【人工呼吸でも生きていけるし、真に生きていけるとは自分で呼吸をして、自分の意思をはっきりと言えることだ】【治療の際に必要な同意】【医師は病態に詳しく、治療に関しての指示の履行は大切である】という 9 のサブカテゴリーが抽出された(表 23)。

表 23 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 E)

重要文脈	サブカテゴリー
11) 救急とかがあったら DNR とかそういうのも本人には取れない	ICU では、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある
14) 本当にしたいのか、するのかですね。	
22) 自分の意思をいう事が出来ない	
23) もういいと思う人もいるかもしれないじゃない	
24) その意思も言えない	
26) 患者さん本人の思いはわからないし。	
30) 意識のある患者さんはちょっと変なかったりしたら、訴えられる	
31) ICU に入院している人は薬とかで自分が痛いとか何	

も言えない	
32)何か体調が悪いと思っても訴えることができない	
2)今どう思っとるんかとか、	意識がない状態でもケアの際には声をかけて反応を見る
3)意識がない状態でもそれは一番気にして接するようにしています。	
4)吸引とかする時にも一言声をかけて、	
5)何かケアをする前には、一応、何々するよと、	
6)分からなくても、何か分かると思う	
7)一応、伝えて、	
8)もし自分が患者さんの立場だったと考えて、	
9)私なら声をかけてほしいと思う	
39)人間にとって大事なことは人とのかかわりだ	
40)私自身が一人が好きじゃなくて、	
41)家族でもいいし	
42)誰かにいつも助けられて今まで色んなことを乗り越えられたし、	
43)今までもそうだったし、	
44)自分がそうだったし、	
45)自分一人ではここまで来れなかったと思う	
46)人とのかかわりは大事。	
28)観察は、一通りは全身は見るようには気をつけています。	観察は全身を行い、視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用するだけでなく、前日の状態とも照らし合わせる
34)なるべく気を付けるようにしています。	
35)目で見て触って、匂い、聴診器で聞いて、	
36)前日もっていたら、何か違うってことはない	
38)照らし合わせている。	
29) (観察は大事)先輩の看護師さんにも聞いた	看護師に求められる観察力
33)そのぶん観察力ってすごい大切って言われた	
37)実習でも何か違うっていう感覚を大事にしろって言われた	
1)常に患者さんの立場に立って	意識がない患者でも人として接する
10)意識がない状態でも一人の患者さんとしては、一人の人として接するようにしています。	
16)患者さんに一番接するのは看護師	
18)患者さんがどうしたいかというのは私たちの方が知っておくべきこと	

20)人工呼吸が外れて自分で息をして、自分の意思をはっきりと言える	人工呼吸でも生きているし、真に生きているとは自分で呼吸をして、自分の意思をはっきりと言えることだ
27)自分がどうしたいかを言えること。	
19)人工呼吸をつけとったら、一応器械では息をしているんだと思う	
21)人工呼吸をしていても生きているといえる	
25)家族の人は生きていてほしいと思うから続ける	
12)家族の方とかに取ったりとかする	治療の際に必要な同意
13)同意書とか、輸血するにしても造影するのにも、MRIを撮るにしても同意書がないとできない	
15)医師の指示通りに薬剤とか投与することは大切だと思う	医師は病態に詳しく、治療に関しての指示の履行は大切である
17)病態とかは医師の方が詳しいと思う	

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

9のサブカテゴリーからという【人間にとって大事なことは人とのかかわりであり、人工呼吸でも生きている】【視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用した観察】【ICUでは、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある】【意識がない患者でも人として接する】【治療の際の同意】【治療に関しての指示の履行は大切である】という6のカテゴリーが抽出された(表24)。

表 24 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師 E)

サブカテゴリー	カテゴリー
ICUでは、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある	ICUでは、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある
人間にとって大事なことは人とのかかわりであり、誰かにいつも助けられて、色んなことを乗り越えられる	人間にとって大事なことは人とのかかわりであり、人工呼吸でも生きている。
人工呼吸でも生きているし、真に生きているとは自分で呼吸をして、自分の意思をはっきりと言えることだ	
意識がない状態でもケアの際には声をかけて反応を見る	視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用した観察
観察は全身を行い、視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用するだけでなく、前日の状態とも照らし合わせる	
看護師に求められる観察力	
意識がない患者でも人として接する	意識がない患者でも人として接する
治療の際に必要な同意	治療の際の同意
医師は病態に詳しく、治療に関しての指示の履行は大切で	治療に関しての指示の履行は大切である

6) 看護師 F

(1) インタビュー内容からの逐語録の作成

看護師 F は、人対人のため、お互いの思いが分かり合え、お互いがうまく噛み合って、理解できる所が大事だと思う。基本的な事だが安全第一、いくら要望があったとしても、理解が得られなかったとしても、命に対しては安全が第一であり、曲げられない。自分が受けたい医療が受けられるという事とプライバシーが守られるという事である。医師の専門は循環器、脳外科と細分化されている。看護師も今は専門性を高めるような資格が出来てきている。そのエキスパートにはなれないかもしれないが、自分のいる部署でベストの状態を力を出せるようなトレーニングや学習をしようという意識はある。自分でもある程度判断して、報告の緊急度の判断をしている。生きる上で何が大事かは、その人その人である。観察は、見たり聞いたり触ったり、その人の反応や表情を見たり、声をかけたりしている。反応がない人なら、自分が嫌と思う事はしない。一番気になるのは体位変換等をする時に、パッと持って上げるとか、一番気になる。患者に話しかける時にベッドにぐっと近寄り、ベッド柵に寄りかかるとベッドが揺れる。相手の事を考えてほしい。一番大事なことは、安心できる事であると語っており、その内容を逐語録として作成した(別添資料—23)。

(2) 逐語録からの重要文脈の抽出

作成した逐語録から 71 の重要文脈がコード化された (別添資料—24)。

(3) 重要文脈からのサブカテゴリー化

71 の重要文脈から、【患者に対しての看護実践は、人対人の関係であり、お互いが分かり合える関係が大事】【命に向き合う看護は安全が第一である】【患者の権利の尊重】【医師の分野は細分化され、自分の専門性を極めている】【自分のベストの状態を力を出せるための学習とトレーニングの必要性を意識している】【看護師の細分化は難しいが、専門性は高まっている】【生命危機状態にある患者の家族は生と死について両局面の感情を持っている】【ICU は常に医師に相談できる環境】【患者の状態の報告には専門性に裏付けられた判断力が必要】【生きるという事は、個人差があるが自身で考えを表現できる事】【視覚・聴覚・触覚を使うだけでなく、声掛けを行い、反応に応じた観察を選択する】【ケアの際のベッドの揺れ不快を患者にしない】【安心できる環境が一番大事】【生命を優先するのが、救急の現場である】 という 14 のサブカテゴリーが抽出された(表 25)。

表 25 重要文脈からのサブカテゴリー化(看護師 F)

重要文脈	サブカテゴリー
1) (看護)やっぱり人対人	患者に対しての看護実践は、人対人の関係であり、お互いが分かり合える関係が大事

2)お互いの思いがこう分かり合えるような、	
3)患者さんの言いたいこと全て、あのう、鵜呑みにするのが看護ではないと思う	
4)こっちからのこうしなければならぬと言う事を押し付けるだけでもダメ	
5)お互いがうまく噛み合って、お互いが妥協できるか、	
6)理解できる所が大事なんじゃないかと思えます	
7)基本的な事なんですけど安全第一	命に向き合う看護は安全が第一である
8)いくら要望があったとしても、理解が得られなかったとしてもやっぱり安全が第一、	
9)優先というか曲げられない。	
10)命に対してですね。(安全第一)	
11)自分が受けたい医療が受けられるという事	患者の権利の尊重
12)プライバシーが守られるという事	
13)自分が入院したとしてもそこが大事なと思う	
17)医師だったら自分は循環器ですよとか、脳外科ですよというように細分化されていて、	医師の分野は細分化され、自分の専門性を極めている
18)先生たちはそれを極めていこうというようなんですけれど、	
21)エキスパートにはなれないかもしれない	自分のベストの状態です力を発揮するための学習とトレーニングの必要性を意識している
22)自分のいる部署で一番ベストの状態です力を発揮できるようなトレーニング	
23)あの学習とかをやっていないという意識はあります。	
24) (学習)意識はあるけれども現実には出来ていないことが多くって	
31)経験上知りえたことを裏付けをとっていくような	
32)後付けをしたうえで学習することも多い	
33)こういうことだったんだとか後から知って行って、結局その時はわからなかったりして本末転倒の所はある	
34)知識にしているつもりにはなっています	
19)看護師はそういうようなのが難しい	看護師の細分化は難しいが、専門性は高まっている
20)今は専門性を高めるような資格が出来てきている	
15) (家族から)後からそんなつもりはなかったのと言われても、でも助けてしまいましたという事が多いので、	生命危機状態にある患者の家族は生と死について両局面の感情を持っている
16)そういう事には多々会うので。	
38)家族にとって見たら、そこに存在としていて(いてほし	

い)	
39) 息をしてくれているだけでと言われる方もいるし、	
25) 環境的にはICUだから先生がいらして、	ICUは常に医師に相談できる環境
26) 何かあったらすぐに先生に返せる恵まれた環境だなんて思います	
27) そこは自分でもある程度判断して、	患者の状態の報告には専門性に裏付けられた判断力が必要
28) ここは急いで報告するべきだろうか、	
29) これはもう少し様子を見てからでいいだろうと	
30) ある程度の判断は必要だし、(判断は)いるとは思いますが	
35) 色々考え方はあると思うんですけども、	生きるという事は、個人差があるが自身で考えを表現できる事
36) 本人主体でいえば自分の考えがあって自分の発言ができる、	
37) 表現できるとかが大事なことだと思います。	
40) 本当にお年寄りとかだったら、苦しくないようにおじいちゃんありがとうねっていう感じで、お別れしていくっていう状況もある	
41) 生きる上で何が大事かっていうのは、その人その人かなというのはある	
43) うーん、難しいです。(生きるという事について)	
44) 見たり聞いたり触ったり、	視覚・聴覚・触覚を使うだけでなく、声掛けを行い、反応に応じた観察を選択する
45) その人の反応とかっていう感じなのかな。	
46) 表情を見たり、	
47) 声をかけたり、	
48) 会話ができる人だったら声をかけたり、	
49) この人の反応はこうじゃないのかなとか、こうかなとか、(肯定か否定か)	
50) ちょっという事を変えてみたり、	
51) ちょっと自分が喋りすぎたなと思ったら、ちょっと聞く方向に持っていこうかなとか、変えていったりとか	
52) 気切とか挿管して声が出せない人だったら、なるべくこうなづいて答えてもらったり、	
53) 首を振ってこたえてもらったりとか、	
54) それができない人だったらOKできる人だったらしてもらったりだとか、	

55) そのへんはその時々なんですけれど、		
56) そういった反応を見たりだとか。		
58) 一番気になるのは体位変換とかする時に、パツと持ってあげるとか、あれが一番気になる、	ケアの際のベッドの揺れ不快を患者にしない	
59) 後はベッドに話しかけるときにベッドにぐっと近寄る時に柵によっかかるようにするとベッドがすごい揺れるんですよね。あれが嫌なんです。		
60) 私が入院しているときに柵に寄り掛かったり、ベッドに手をつかれた時にすごい揺れた		
61) 自分自身もすごい気になってたんで、私ちょっと気をつけようって思った		
62) こういうのは言ってもなかなか難しいから、自分はせめてすまいとしています。		
63) Aラインをとる時にも、気をつけたり、		
64) 患者さんはエアーマットじゃないですか。余計に揺れるんですよね。		
65) 自分がベッドに寝て看護してもらった時に気付いた		
66) 自分がやっているときには気づいてなかった。		
67) 普通のベッドで低床のベッドでしたけど、揺れた。		
57) 反応がない人だったら、こうされたら自分が嫌だろうって思うことはしない、		
68) 一番大事なことは、安心できることですかね。		安心できる環境が一番大事
69) 全部ひっくるめたところで自分が安心できるか		
70) 環境面とかも含めて		
71) 居心地がいい状況というか。		
14) この人がどうしたいかという意味表示カードみたいなものを持っていない場合は命を助けるということを最優先として動いてしまうという所がある	生命を優先するのが、救急の現場である	
42) 自分が倒れた時はある程度コンタクトが取れるような状況とかあるといいなと思う		

(4) サブカテゴリーからのカテゴリー化

14 のサブカテゴリーから【看護実践は対人関係であり、相手の反応に応じた観察は視覚・聴覚・触覚・言語感覚等を活用する】【生命の優先は患者の権利】【安全・安心の療養環境の整備】【医師との協働】【継続学習】【看護の専門性の向上と裏付けられた判断力】【生

命危機状態にある患者の家族の想いは生死の両面であるが、生きるという事は患者自身が意思表示する事】という7つのカテゴリーが抽出された(表26)。

表 26 サブカテゴリーからのカテゴリー化(看護師F)

サブカテゴリー	カテゴリー
患者に対しての看護実践は、人対人の関係であり、お互いが分かり合える関係が大事	看護実践は対人関係であり、相手の反応に応じた観察は視覚・聴覚・触覚・言語感覚等を活用する
視覚・聴覚・触覚を使うだけでなく、声掛けを行い、反応に応じた観察を選択する	
生命を優先するのが、救急の現場である	生命の優先は患者の権利
患者の権利の尊重	
ケアの際のベッドの揺れ不快感を患者にしない	
命に向き合う看護は安全が第一である	安全・安心の療養環境の整備
安心できる環境が一番大事	
医師の分野は細分化され、自分の専門性を極めている	医師との協働
ICUは常に医師に相談できる環境	
自分のベストの状態で力を発揮するための学習とトレーニングの必要性を意識している	継続学習
看護師の細分化は難しいが、専門性は高まっている	看護の専門性の向上と裏付けられた判断力
患者の状態の報告には専門性に裏付けられた判断力が必要	
生命危機状態にある患者の家族は生と死について両局面の感情を持っている	生命危機状態にある患者の家族の想いは生死の両面であるが、生きるという事は患者自身が意思表示する事
生きるという事は、個人差があるが自身で考えを表現できる事	

3. 半構成的面接法で得られたカテゴリーの統合

看護師6名のインタビューで得られたカテゴリーを統合した結果を表27に示した。

まず看護師Aの【ICUに入っている患者は、生存のための治療をうけ、自身で訴えることもできない】、看護師Bの【治療の適切性と治療環境の整備】、看護師Cの【ターミナル病棟とは違って、生命の危機に瀕しているICUの患者の複雑で急速な病態の変化】、看護師Eの、【ICUでは、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある】、看護師Fの【安全・安心の療養環境の整備】という5つのカテゴリーは、ICUに入室している患者の特性とICUという特殊な療養環境と考えられ、【生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と療養環境の整備】と統合カテゴリーを命名した。

次に看護師Aの【患者のニーズに即して関わり、支える】、看護師Bの【患者のニーズ

と自己の能力を考えたケアの実施】、看護師 C の【家族の訴えや想いは共感し医師と共有する】、【意識のない患者への視覚・聴覚・嗅覚を駆使した観察と声掛け】、看護師 D の【患者家族の心情を察し思いを聴く】、【患者の病態に即した観察は自身の視覚・触覚・嗅覚を駆使して実施する】、看護師 E の【視覚・聴覚・嗅覚・触覚と言った感覚器を活用した観察】、看護師 F の【看護実践は対人関係であり、相手の反応に応じた観察は視覚・聴覚・触覚・言語感覚等を活用する】という 8 つのカテゴリーは、患者・家族の思いに応じていくかかわりと視覚・聴覚・嗅覚といった五感を駆使して観察し、患者のニーズを把握していると考えられ、【患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察】と統合カテゴリーを命名した。

次に看護師 A の【人は他者との関わりを通して、自身が活着していると実感する】、看護師 B の【生活の満足は個々の感情であり、衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なくできていれば活着しているという事】、看護師 C の【活着するという事は、自身でも活着したいと思ひ、周りからも活着してほしいと思われること】、看護師 D の【活着するという事は日常生活が自分で行えることと、人との関わりが大事】、看護師 E の【人間にとって大事なこととは人との関わりであり、人工呼吸でも活着している】、看護師 F の【生命危機状態にある患者の家族の想ひは生死の両面であるが、活着するという事は患者自身が意思表示する事】という 6 つのカテゴリーは、人とのかかわりの中で体験したことから活着することの意味と人とのかかわりの重要性を内省していると考えられ、【人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観】と統合カテゴリーを命名した。

次に看護師 A の【患者の権利の尊重】、看護師 B の【ケア（治療）の際の説明と同意と意思決定は患者の権利】、看護師 C の【患者の権利の尊重】、看護師 D の【反応のない患者に説明と同意を得るのは患者の権利】、看護師 E の【意識がない患者でも人として接する】、看護師 F の【生命の優先は患者の権利】という 6 つのカテゴリーは、看護専門職の態度と患者の権利の尊重と考えられ、【患者の権利の尊重】と統合カテゴリーを命名した。

次に看護師 C の【有資格者である看護師は医療ミスを防ぐ責務がある】、看護師 D の【何をすべきか考えた治療的指示の遂行は看護師の責任】、看護師 E の【治療の際の同意】という 3 つのカテゴリーは、看護専門職としての責任と ICU という生命危機状態にある患者への確実な医療処置の実施と考えられ、【専門職としての責務】と統合カテゴリーを命名した。

次に看護師 A の【他職種と協働】、看護師 E の【治療に関しての指示の履行は大切である】、看護師 F の【医師との協働】という 3 つのカテゴリーは、ICU の患者は生命危機状態にあり必然的に他職種とのチーム医療の必要性と考えられ、【他職種との協働とチーム医療】と統合カテゴリーを命名した。

最後に看護師 A の【看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり】、看護師 F の【看護の専門性の向上とすぐれた判断力】、【継続教育】という 3 つのカテゴリーは、ICU での自己成長の実感と、日進月歩の勢いで変化をしている医療を提供する看護師の専門性と考えられ、【継続教育による専門職としての自己成長】と統合カテゴリーを命名した。

表 27 半構成的面接法で得られたカテゴリーの統合

	看護師A	看護師B	看護師C	看護師D	看護師E	看護師F	総合カテゴリー
患者観	ICUに入っている患者は、生存のための治療を受け、自身で訴えることもできない	治療の適切性と治療環境の整備	ターミナル病棟とは違って、生命の危機に瀕しているICUの患者の複雑で急速な病態の変化		ICUでは、自身で意思表示が出来ない患者の特性がある	安全・安心の治療環境の整備	生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と治療環境の整備
看護観	患者のニーズに即して関わり、交える	患者のニーズと自己の能力を考えたケアの実施	家族の訴えや思いは共感し医師と共有する	患者家族の心情を察し思いを聞く 患者の病態に即した観察は自身の視覚・聴覚・嗅覚を駆使して実施する		看護実践は対人関係であり、相手の反応に応じた観察は視覚・聴覚・触覚・言語感覚等を活用する	患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察
生存観	人は他者との関わりを通して、自身が生きていけると実感する	生活の満足は個々の感情であり、衣食住も含め自身の欲求が悲嘆なくできていれば生きるといふ事	生きるという事は、自身でも生きていきたいと思いい、周りからも生きていてほしいと思われること	生きるという事は日常生活が自分で行えることと、人との関わりが大事	人間にとって大事なことは人との関わりであり、人工呼吸でも生きていく	生命危機状態にある患者の家族の想いは生死の両面であるが、生きるといふ事は患者自身が意思表示する事	人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観
倫理観	患者の権利の尊重	ケア(治療)の際の説明と同意と意思決定は患者の権利	患者の権利の尊重	反応のない患者に説明と同意を得るのは患者の権利	意識がない患者でも人として接する	生命の優先は患者の権利	患者の権利の尊重
他職種との協働	他職種と協働		有資格者である看護師は医療ミスを防ぐ責務がある。	何をすべきか考えたり治療的指示の遂行は看護師の責任	治療の際の同意	専門職としての責務	専門職としての責務
教育観	看護師として周囲を見渡せる自身の成長と心のゆとり				治療に関しての指示の履行は大切である	医師との協働 看護の専門性の向上とすぐれた判断力 継続教育	他職種との協働とチーム医療 継続教育による専門職としての自己成長

第四節 第三の研究（第一研究と第二研究の構造化）結果

1. 参加観察法で得られた統合カテゴリーの構造化

参加観察から得られた統合カテゴリーを構造化し図4に示した。看護師と生命危機のある患者とのやりとりは、主として看護師からの“かかわり”が中心にある。看護師は、生命危機状態にある患者の身体損傷と、それに伴う医学的治療及び安全管理をする必要がある。今回の研究の生命危機状態にある患者と看護師のケア場面の参加観察からは【ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与】【意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション】【呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践】【患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整】【上級看護師（認定看護師）による創傷の評価と創傷処置】【患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための抑制】【患者の欲求と現状に即した説明】【ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME機器の作動状況の点検】【医療目的に沿った看護師間の教育指導】という9つのケア実践の表在化された内容が抽出された。

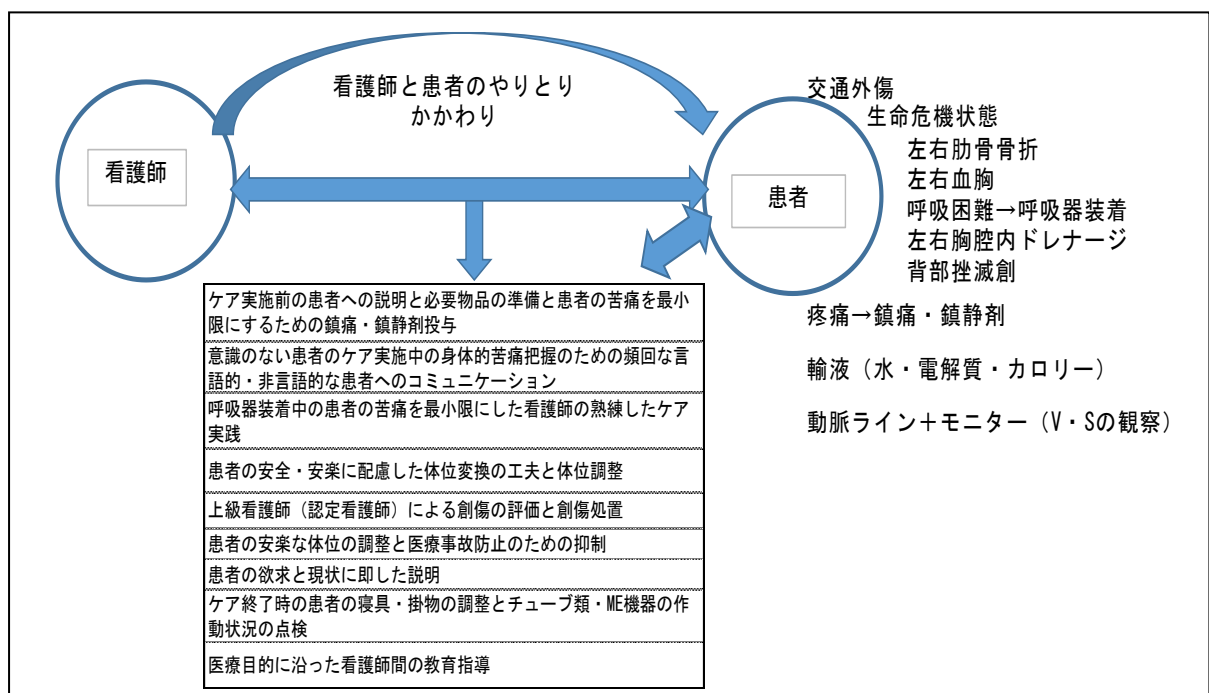


図4 参加観察場面のカテゴリーの構造化

〔ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与〕という統合カテゴリーは、ケアを提供する前の準備と調整の部分である。看護師は、患者が多発性肋骨骨折であることから清拭時の刺激や体位変換が、苦痛を与え

ると判断し、指示の鎮痛・鎮静剤をフラッシュしていた。このようにケアを実践するときには、必要物品だけでなく、患者がケアを実施することでどう変化するかを予測しケアが提供できる環境を準備することは重要であると考えられる。また、全身清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するため説明と声掛けをしていた。ICUの患者は気管内挿管しているため話すことができない。ともすれば声も掛けずにケアが実践できる状況にあるが看護ケア実施の際の声掛けは、患者の人格の尊重、権利の尊重、インフォームド・コンセントの面からも必要不可欠だろう。その基本を順守し、反応がない状態にあっても、その説明責任を果たすという看護専門職としての倫理観に基づいた行動を看護師は実践していると考えられた。

〔意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション〕という統合カテゴリーは、観察と患者とのコミュニケーションの部分である。ICUに入室している患者は生命危機状態にある患者がほとんどであり、循環動態を維持し、患者の苦痛の軽減のために鎮痛・鎮静をしていることが多い。そのため患者の反応は乏しい状態にある。しかし看護師は、全身清拭と陰部洗浄及び体位変換、口腔ケアや検査の介助の実施中も、必ず声掛けをしていた。常に患者の表情を観察し、頻回に声をかけ反応を確認し、言語だけでなく、患者に体を近づける、患者の反応に対して手で触れるといった非言語的コミュニケーションも実践していたのである。ナイチンゲールが、看護師が自分の仕事をするとき、そこには「症例に対する理性的な関心、病人に対する心のこもった関心、病人の世話と治療についての技術的（実践的）関心」³⁵⁾の3つの関心を持たなければならないと述べたように、対象者の看護師は、常に患者に対して関心を持ち、患者の変化に対応できるように、五感を駆使して観察を行いケアに繋げていた。このように生命危機状態にある患者との“かかわり”には、患者自身からの声にならない声を聴くために、看護師は全人格を持って患者に向き合い、頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーションをとっており、看護専門職の倫理観と責務でもあると考えられる。

〔呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践〕という統合カテゴリーは、ケアの実践の部分である。看護専門家の技術とは、まず、基盤となる学問や基礎技術であり、次に、日々の看護実践での応用技術である。看護師はレントゲン検査時に、技師と協働しバスタオルを使用し、検査が短時間で実施できるようにし、口腔内洗浄時も、医師と連携をしていた。また看護師は同時に看護師間でも協働し、陰部洗浄、体の前面の清拭、背部の清拭という順でケアを実施しながらケアが短時間で実施できるようにするなど、看護師の実践知と根拠に基づく高度なケア実践の提供があった。これは日々の実践が技術を獲得する訓練となり、クライアントである患者の状態から、最も適切である技術を瞬時に判断する事を可能とし、他職種とも協働しながら実践へと繋げているものと考えられた。また、患者の苦痛を最小限にすることは、看護師としての倫理の部分であり、責務とも言える。

〔患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整〕という統合カテゴリーは、患者の安全・安楽の部分であり患者観・看護観でもある。看護師は、左右の多発性肋骨骨

折をしている患者にとっての体位変換が身体にどのような影響を及ぼすのか、また骨折部位の可動に伴う痛みに対して、どのように配慮し最小限にすればよいのかを常に考えていた。体位変換の場面では、看護師は患者の負担の軽減のために、清拭時の体位変換にフォローの看護師を2名入れ、4名で実施していた。バストバンドを着用し肋骨の可動性を抑えていたが、患者にとって体位変換は痛みを伴うものである。患者の苦痛が最小限で済むように瞬時に判断し、応援を投入する事は、患者の病態から、体位変換という侵襲にどう体に変化するかという知識があるためと考える。この様に患者の苦痛を最小限にし、回復を助長する看護師のケア実践の中にケアリングはあり、その行動は、看護師の道徳的・倫理的な行動とも考えられ看護師の責務の一つでもあると言える。

〔上級看護師による創傷の評価と創傷処置〕という統合カテゴリーは、医療の適切性の部分であり倫理観でもある。患者は背部挫滅創にはゲンタシン軟膏の塗布後、ガーゼ保護をしており、全身清拭時に交換していた。継続して観察が必要な創処置は、継続し創部の状態を評価することで、治療の適切性も確認できる。看護師は24時間患者の側に寄り添い患者の代弁者としての役割を持つ。患者の治療環境をコーディネートするのも看護師の役割となる。適切な治療が提供されているか、援助しながら、観察という行動をとり、患者に問題はないかと考えるのである。この様な行動は倫理の側面を持ち、またどの看護師でも同じ技術の提供が出来る事にも繋がり、看護の継続性が図れると考える。

〔患者の安楽な体位の調整と医療事故防止〕は、という統合カテゴリーは、患者への医療安全と安楽の部分である。生命危機状態にある患者は、生命維持のために医療機器を装着している。患者は呼吸器を装着していたため、事故抜管防止のために両上肢を抑制していた。抑制をするという事は、各関節も可動域を抑制されるという事である。看護師は患者の安楽を確保するために、関節下にスポンジを挿入し、関節の角度にも注意をしていた。また、患者は挿管し鎮痛・鎮静剤を投与されているため、反応は乏しかった。患者自身が訴えられないからこそ、患者の想いをくみ取り、ケアを提供しているものと考えられる。レントゲン検査やケア実施時は患者の自己抜管防止と看護師の医療事故防止策といった、患者と看護師双方の医療安全に対する行動もあり、良質な医療を継続して提供し、患者の生命維持へのニーズを充足するための、看護師のケアとも考えられる。

〔患者の欲求と現状に即した説明〕という統合カテゴリーは、レイニンガーが定義したケアリングの「人間の条件や生活様式を改善したり、高めようとする、あるいは死と立ち向かわせる明白なニーズあるいは予測されるニーズを持つ個人や集団を援助したり、あるいは能力を与えたりすることを目指す行為及び活動を意味する。」³⁶⁾の部分であり患者観と看護観でもある。患者と看護師の双方がお互いの反応を認識し行動した結果、水が飲みたいというニーズの認識に至った。ICUに入室している患者は生命危機状態にあり、循環動態の安定のために挿管し、呼吸器を装着している場合が多い。その患者に優先されるべき健康問題は、生命の維持である。その生命維持のためには、医師との協働が不可欠である。看護師は24時間患者の側に寄り添い患者の代弁者としての役割を持つ。援助しながら、観察という行動をとり、患者に問題はないかと考えるのである。この問題の明確化こそが看護実践につながる。こ

の行動こそが患者のニーズに繋がり、問題の解決へと繋がったものとする。今回の場面では、患者の水が飲みたいというニーズに対して、現状でできる最大限の援助方法を決定し、医師と協働するという形で患者のニーズの充足を図っていた事である。まさに看護実践は、患者の反応に基づいていると言える。

〔ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME 機器の作動状況の点検〕という統合カテゴリーは、医療安全の部分である。看護技術は後片付けを行う事で、物品の管理ができるだけでなく、汚物を速やかに処理することで、感染防止や環境の維持にも繋がる。山口ら³⁷⁾の研究では、人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さとして、患者が送るメッセージを読み取れないと述べている。看護師は患者の送っている「つらい、暑い」というシグナルである【レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌】と【レントゲン撮影終了後のチューブ類の確認と患者の汗に対する掛物の調整】といったような観察によってのみ可能となる瞬時判断でのケアを提供していた。また患者が不安に感じているだろうという予測の下での【患者への今後の治療の見通しの説明と励ましの言葉】という行動も見られ、患者の思いに寄り添うかかわりを実践していると考えられる。またケア実施に伴い機器やチューブの位置は移動をする。体位変換によってチューブ類が抜けていないか、ME 機器の作動状況が適切かの安全確認や事故抜管防止のための行動は、医療事故防止に繋がると考える。

〔医療目的に沿った看護師間の教育指導〕という統合カテゴリーは、看護師の教育観の部分である。気管内挿管チューブの固定の場面では、認定看護師が実際に看護師に対して、固定方法の実際を実践して行い、効果的な固定方法の指導を実践している。中村は、臨床の看護師は看護専門職を「専門職としての自覚を持ち、患者が抱えている問題・状況に専門的知識を持って正確に判断でき、独自の技術で適切な援助を実践するために、方法・技術を思考し続ける援助専門職であり、また、それらを後輩に継承できる者」³⁸⁾と考えている事を明らかにした。このように看護専門職者である看護師は、後輩を指導するという責務もあると考える。また受持ち看護師は ICU での経験が1年未満であり、フォローの看護師が受持ち看護師の知識と技術の獲得のためのロールモデルとなっていた。ナイチンゲールは「看護とは、患者が生きるよう援助することであり、訓練とは、患者が生きるようにすることを看護師に教えることにほかならない。」³⁹⁾と述べた。このように日々のケアの提供という場面の中で、新人の看護師は ICU の熟練者である看護師から、言葉と態度で生命危機状態にある患者への看護技術を教えられているのである。この日々の訓練こそが、ICU での混乱や困難に直面した時に、立ち向かえる技術や援助を決定する意思力に繋がるものとする。

看護師は交通外傷で生命危機状態にある患者の受傷状況に合わせて、ケアを提供していた。ケアの内容はそうした患者の身体的・精神的痛みへの配慮と医学的管理に伴う医療安全への配慮があった。そのケアは看護師が適切であると考えた高度な実践であり、患者観、看護観、倫理観に基づいていた。また、ケアする人、ケアされる人は共に援助者―被援助者の関係であり、相手が成長していくこと、私のケアする能力―この二つを信頼することは、両者が共に生じる変化が期待され、成長発達をとげる関係を指している。そして、対

象のケアは専心をも意味するので、「その人の全体をこめて打ち込む点で全人格的なものである。」⁴⁰⁾とメアイロフが述べているように、看護師と患者の“かかわり”の中では、看護師の患者に対して全人格を持って向き合っていた。そのケアは、看護師の患者観、看護観に基づき倫理的で且つ適切に提供されているものと推察できる。それは結果として患者の心身は安定、もしくは向上し、治癒力を高める事にも繋がる。それはケアの持つ本質的な意味合いと、看護が持つ基本的な“かかわり”が、健康問題を抱えた対象の心身に向けた援助であるだけでなく、対象の個別性を尊重した“かかわり”であるからである。ケアの在り方は、患者の疾患や状態にも影響されるが、生命危機状態にある患者は、循環動態を安定させるために、呼吸器や各種モニタリングや複数の点滴ルートやカテーテルを挿入している事が多い。その中でいかに患者と向き合うか。看護師が言葉で訴えることのできない患者をケアするためには、五感を駆使して観察することが重要である。ナイチンゲールは「正しい観察が極めて重要であることを強調するにあたっては、何のために観察をするのかという視点を見失うようなことは、絶対にあってはならない。観察は、雑多な情報や珍しい事実を寄せ集めるためにするものではない。生命を守り健康と安楽とを増進させるためにこそ、観察するのである。」⁴¹⁾と述べている。健康を傷害された人への援助、すなわち、実際にどう援助したらよいかを策定するために観察を行うのである。それは「観察が事実を構成する。この事実が暗示や観念や仮説の成立を規制すると共に、問題解決の方法を開示するものとしての暗示観念仮説が含む価値を検証するものである。」⁴²⁾と述べたデューイの見解とも一致する。そして、観察は五感の直接的使用によってなされ、あるいは他の人によってなされた観察を想起することによってなされる。

看護専門職者が、仕事として意思的に援助する場合には、援助者の側に特別の自覚と責任が要請される。それは非援助者にはではなく援助者の側に求められているものであり、救命・救急に専心する看護専門職者にはそれ、相応の専門的知識・技術が求められるのである。得られた統合カテゴリーには、看護師と患者間の関係性だけでなく、患者のケアを通じて、看護師間の指導があった。看護実践の中でお互いが啓発し、より良い看護へと繋げていると考えられた。

看護におけるホリスティックケアとは、看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に看護実践をすることである。そして、生命危機状態にある患者をケアするクリティカル場面で働く看護師は、患者の生命に対し、“全人格”を駆使して働きかけなければならない状況にある。声なき声を聴き患者と向き合っているのである。

2. 半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造化

以上、得られた統合カテゴリーを構造化し図5に示した。看護師は、ICUに入室している患者の特性を認識し、生命危機状態にある患者への適切な治療がされているか、治療環境は整っているのかを考えていた。また、看護の実践は対人援助であり、患者と家族のニードに即したものであると考えていた。患者の観察は五感を駆使し、患者の権利の尊重や、他職種との協働をあげていた。患者との相互関係の中で、生存観や看護観、倫理観を養い、

そのかわりが、専門職としての自己成長へとつながっていた。ICU の患者は生命危機状態であることから、継続教育の重要性を述べていた。

〔生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と治療環境・療養環境の整備〕については、患者の特性と治療・療養環境の整備があり、生命危機状態にある患者をどのようにとらえているかであり、看護師の患者観と考えられる。

〔患者・家族のニーズに即したかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察〕については、ニーズとは欲求である。生命危機状態にある患者は、患者本人からの訴えの有無にかかわらず、生命を維持してほしい、生きたいというニーズに対して、看護師はそのニーズに即したかわりが必要とされる。特に訴えることができないという患者特性のある ICU においては、患者の反応を観察することが重要であり、その僅かな反応をキャッチするには、全人的に患者に向き合い、五感を駆使する事である。これは生命危機状態にある患者を看護する看護師の信条であり看護観と考える。

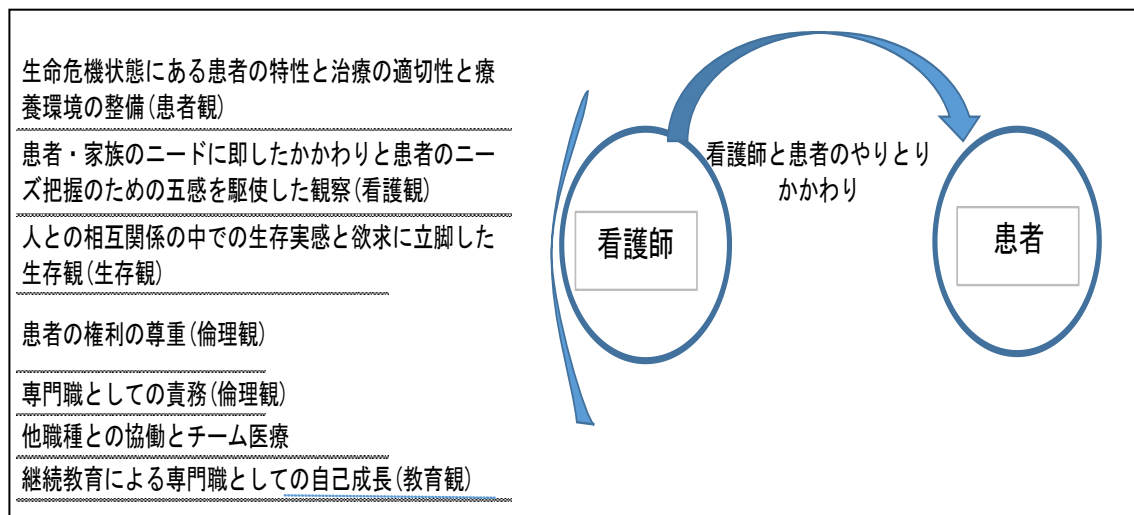


図 5 看護師の半構成的面接法結果からの構造化

〔人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観〕は、看護師自身の死生観の中で患者と向き合い、その中で看護師は生きるという事についての考えていると推測された。ICU の中ではキュア (治療) とケア (援助) が相容れない場合も多い。その矛盾の中で生きることを意味を熟考し、変容させながら生存観やとして確立しているものとする。

〔患者の権利の尊重〕は、患者の権利が 1981 年にリスボンで宣言され、日本看護協会も 2003 年に看護者の倫理綱領を社会に対して明示している。その倫理綱領は看護師が提供するかわりや看護技術の中にも求められる倫理でもある。また憲法に定められている生存権と患者の権利章典に良質の医療を受ける権利、選択の自由の権利、自己決定の権利といった 11 の原則が述べられているように、生命危機状態にある場合の生命維持は、患者として最も重要な権利である。常に看護師は自らの良心に従い、患者の最善の利益のため

に行動すべきであるという看護師の医療者としての責務が表れていると考える。

〔専門職としての責務〕は、看護師の法的な責任を含む倫理観の部分である。看護師の倫理綱領の前文では、看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである。看護のニーズはあらゆる人々に普遍的であると述べている⁴³⁾。看護には基本的に人権の尊重が備わっているが、看護専門職としての専門性についても看護師は捉えているものと考えられた。

〔他職種との協働とチーム医療〕は、医療はチームで提供するものであるとともに、ICUは生命危機状態の患者が多く、治療を迅速に実施するには、他職種間での協働が不可欠である。日々の看護の中で行動として強化されているため、言語化されたものとする。

〔継続教育による専門職としての自己成長〕は、“かかわり”が繰り返される事で行動は強化され実践知となり、看護師として周囲を見渡せる自身の成長に繋がっていると推察する。また医療の高度化に伴い看護師の看護内容は日々変化している。その中で特に変化の大きいICUという環境と看護専門職としての基本的責務である継続教育について言及しているものとする。

3. 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造化

参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーを構造化した(図6)。

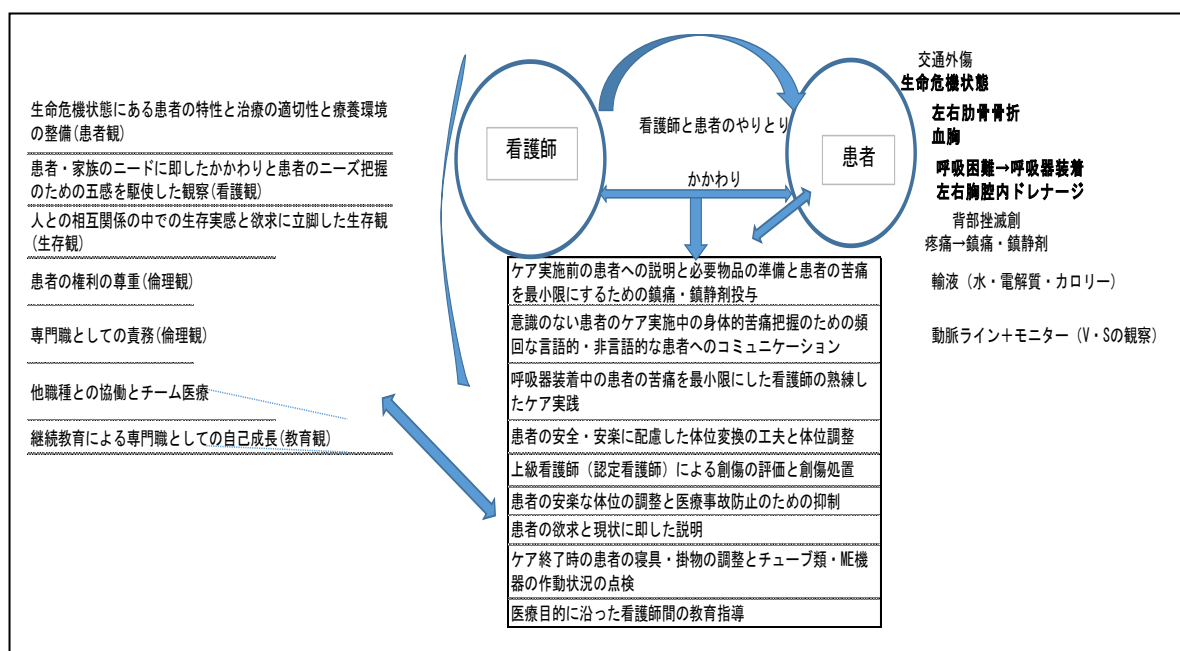


図6 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの構造化図

生命危機状態にある患者に関わる看護師は、半構成的面接法で明らかとなったカテゴリー一、すなわち、【生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と療養環境の整備(患者観)】【患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した

観察(看護観)】【人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観(生存観)】【患者の権利の尊重(倫理観)】【専門職としての責務(倫理観)】【他職種との協働とチーム医療(他職種との協働)】【継続教育による専門職としての自己成長(教育観)】という7つが内在していた。つまり生命危機状態にある患者とかかわった看護師は(観)などの全人格を形成している7つの統合カテゴリーを駆使して、実際の患者の状態に応じた“かかわり”として【生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と療養環境の整備】【患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察】【人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観】【患者の権利の尊重】【専門職としての責務】【他職種との協働とチーム医療】【継続教育による専門職としての自己成長】という六つの場面で得られた統合カテゴリーに反映していると考えられた。これが看護師、患者間のやり取り“かかわり”の際の看護師の行動として表在化したものである。ホリスティック教育の著者であるミラーの主たる主張の核心は、“かかわり”であり、伝達(トランスミッション)、トランスアクション(交流)、トランスフォーメーション(変容)であると述べていた⁴³⁾。実際の看護師のケアの場面も、意識のない患者に対しての説明といった一方的なトランスミッションから、患者の反応に応じて看護ケアを提供していくトランスアクション、生命へのニーズと生命危機状態にある患者の中にある人生観や価値観などを尊重するだけでなく、自分自身の人生観や価値観や患者観、看護観などに対する自己の考え方をお互いに刺激を受ける事で変容していくといったトランスフォーメーションがあった。これが全人格で患者と向き合うという“かかわり(ホリスティックケア)”そのものであると考えられた。

4. 第一の研究(参加観察)と第二の研究(半構成的面接法)で得られたカテゴリーの関係性の検討

看護師の半構成的面接法から得られた統合カテゴリーと参加観察から得られた統合カテゴリーの関係性を示した(図7)。

看護師の半構成的面接法から得られた7つの統合カテゴリーは看護師に内在している“観”であり、参加観察から得られた9つの統合カテゴリーは、行動として表在化されたケア内容であった。そのため、半構成的面接法のカテゴリーから、表在化されたケア内容である参加観察で得られた統合カテゴリーに向かって矢印を引いて関係性を示した。

まず[生命危機状態にある患者の特性と治療の適切性と療養環境の整備(患者観)]は、看護師が生命危機状態にある患者をどう捉えているか、ICUの環境とそこで展開されている治療の意味をどう捉えているかの部分である。看護師はICUに入室している患者は、生命を維持し、身体状態を改善するために治療を受けている状態にあり、自分自身で訴えることが出来ないという特性があると認識し、ケアを提供する時には患者の苦痛を最小限にするため

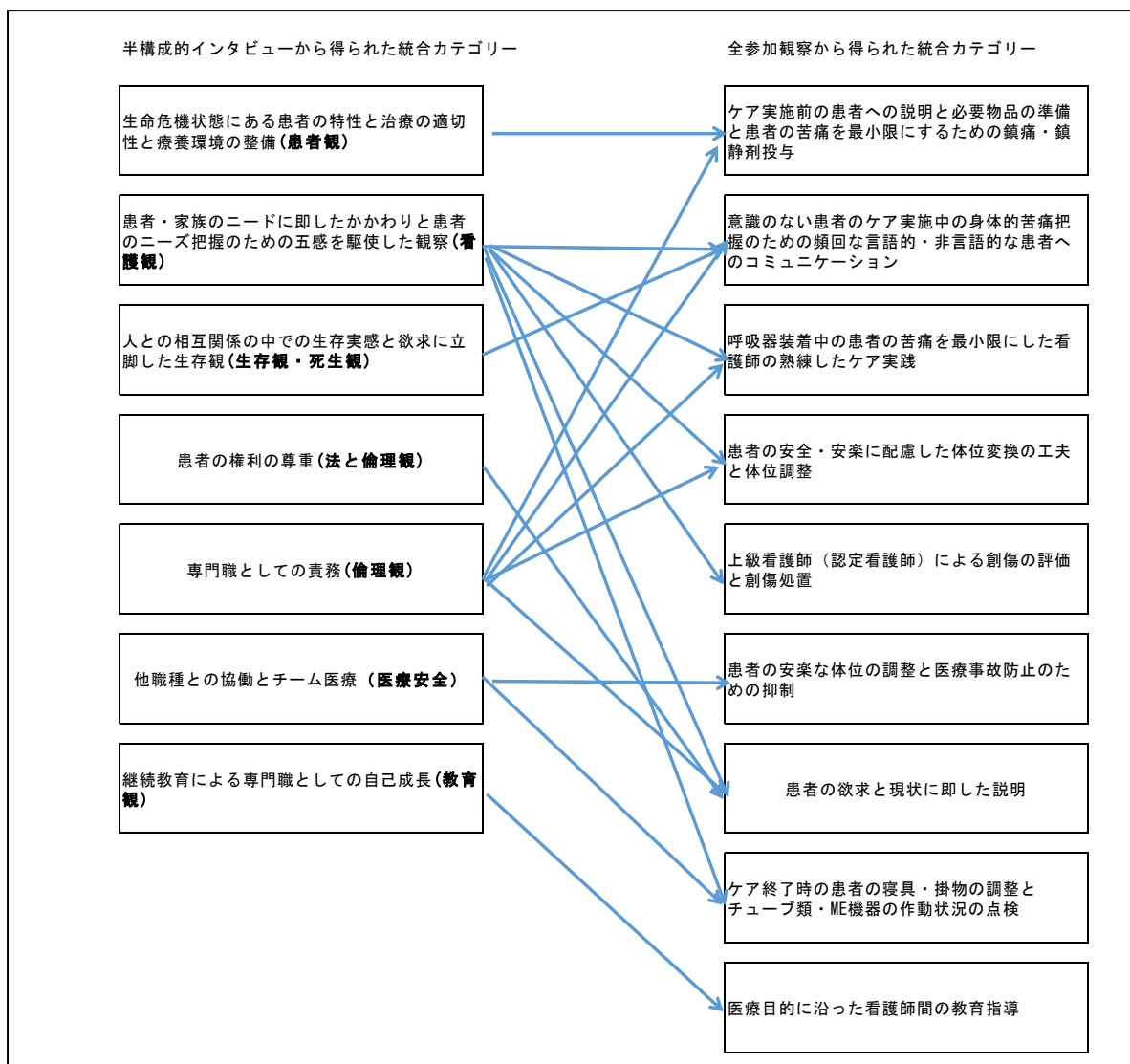


図 7 参加観察法及び半構成的面接法で得られた統合カテゴリーの関係図

にキュアとケアの両側面を持った援助を提供しているため〔ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与〕という看護師の表在化された行動に繋がっていると考えられた。

次に〔患者・家族のニーズに即したかかわりと患者のニーズ把握のための五感を駆使した観察(看護観)〕は、生命危機状態にある患者と家族の切迫した希求は、生命の維持であり、瞬時の判断力も求められる。そのため看護ケアの実践時には、モニターからの情報だけでなく、ケア実践時に看護師は患者のニーズ把握のために視覚・聴覚・触覚・嗅覚と言った五感を十分に活用して注意深く観察を行い、判断しているものと考えられる。その観察から得られた患者のニーズと生命維持、回復への支援が〔意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション〕〔呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践〕〔患者の安全・安楽

に配慮した体位変換の工夫と体位調整〕〔上級看護師（認定看護師）による創傷の評価と創傷処置〕〔患者の欲求と現状に即した説明〕〔ケア終了時の患者の寝具・掛物の調整とチューブ類・ME 機器の作動状況の点検〕という行動に繋がっていると考えられた。

次に〔人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観(生存観・死生観)〕は、ICU は生命を助け高度の医療を提供する施設である。患者の特性としては、自分では伝えることができないという事である。患者と家族は今の状況に満足しているのか、呼吸器をつけて生命維持をすることは、患者の希望している事なのかを、患者の置かれている状況と看護師自身の生存観と死生観との間で熟考している。その中での患者と家族との関係性や、人との関係性の重要性を感じており、その認識が〔意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション〕という行動に繋がっていると考える。

次に〔患者の権利の尊重(法と倫理観)〕は、患者の権利の章典のリスボン宣言や、日本看護協会が看護者の倫理綱領で、看護師の法的責務と看護の実践にあたっての倫理について明示をしているように、患者の欲求に対しての説明責任を果たすための〔患者の欲求と現状に即した説明〕という行動に繋がっていると考えられる。

次に〔専門職としての責務(倫理観)〕は、看護師の倫理綱領に述べられているように、良質な看護の提供をするための看護師の態度の部分である。患者と接するときは、生きる権利を尊重し、患者の尊厳に配慮し敬意のこもったケアを提供し、人権を尊重することが、看護専門職には求められているのである。その内在している看護師の専門職としての意識が〔ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与〕〔意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション〕〔呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践〕〔患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整〕〔患者の欲求と現状に即した説明〕という行動に繋がっているものと考えられる。

次に〔他職種との協働とチーム医療（医療安全）〕は、生命危機状態にある患者の生命維持には、迅速に判断しながら、検査や治療に対応していく必要がある。そのためには医師や技師、薬剤師との協働は不可欠である。このような環境の中は、治療への回復に向けてのケアと患者の安全・安楽に配慮するというケアが同時に存在している。そのため、看護師は治療継続と患者の安楽という意識があるため、〔患者の安楽な体位の調整と医療事故防止のための抑制〕という行動に繋がっているものと考えられる。

最後は〔継続教育による専門職としての自己成長(教育観)〕である。看護師は専門職であり、日進月歩で変化していく医療の中で、看護を提供していくには、常に自己学雌雄する姿勢が求められる。組織の中での卒後継続教育や各種セミナーへの参加や、後輩への指導は専門職としての責務の部分でもある。そのような意識から〔医療目的に沿った看護師間の教育指導〕という表在化された行動へと繋がったものと考えられる。

このように看護師に内在しているものの見方や考え方が、患者との“かかわり”で表在化されたケア行動として表れていたことが明らかとなった。

第五章 生命危機状態にある患者を支える看護師のホリスティックケア

第一節 生命危機状態にある人を支える看護師のホリスティックケア

看護におけるホリスティックケアとは、ケアの担い手である看護専門職者が、自己の全人格で対象となる患者の生命に働きかけることである。特に生命危機状況にある人に対する看護実践においては、ホリスティックケアの実践が求められる。それは人間の生命に直接かつ、健康で生きたいという強い意思を持った人間への働きかけでもある。

研究対象となった看護師がケアを提供していた患者は 60 代の男性であった。病名は交通外傷で、左右多発肋骨骨折、左右血気胸、左膝蓋骨剥離骨折、背部挫滅創があり、呼吸器は CMV モードでレントゲン上、血気胸は改善傾向にあったが、生命危機状態は継続し、要集治療継続が必須な患者であった。

ケア実践時に看護師に内在していたものは、ICU に入室している患者の特性を認識し、生命危機状態にある患者への適切な治療がされているか、治療環境は整っているのか、患者と家族のニーズに即したものが実践されているかと考えていた。患者の観察は五感を駆使し、患者の権利の尊重や、他職種との協働をあげていた。患者との相互関係の中で、生存観や看護観、倫理観を養い、そのかかわりが、専門職としての自己成長へとつながっていた。ICU の患者は生命危機状態であることから、継続教育の重要性を述べていた。このような生命危機状況にある人の助けてほしいという無言の呼びかけに対する医療者の応答的人格的責任は、呼びかけている患者と真剣に向き合い即座に適切に応答することである。そのような場面で生命危機状況にある人の危機的状況脱出のために医師と共に立ち向かうのが看護専門職だ。参加観察した場面において患者は、生命危機状態にあり生命を維持するために治療を受けている状態にあり、自分自身で訴えることが出来ないという特性がある。その為、看護ケアの実践時には、モニターからの情報だけでなく、患者の表情やケアに対する反応を、五感を活用し情報収集をしていた。また患者とのかかわりの中で看護師は、生命危機状態にある患者・家族の生存への希求に応じるために、瞬時の判断力が求められる立場にいた。そのため看護師は直観力だけでなく、視覚・聴覚・触覚・嗅覚と言った感覚器を十分に活用して注意深い観察を行い、患者の状態を判断しているものと考えられる。観察は看護実践に向けて非常に重要である。私たちが観察する場合、そこには歴然とした目標を持った意思の働きがある。そうでない場合、単に見ているに過ぎない。そこには思考が働かず、確証を得られる観察にはほど遠い現実がある。「病人の生と死は優れた観察者がそばにいるかいないかによって決まる。」⁴⁴⁾と述べたナイチンゲールは「訓練された観察力を持たない看護師の報告は何にも役に立たない。」⁴⁵⁾と述べた。そして、導かれた結論が適切であるかどうかの前に分析・解釈の適切性が問われる。

デューイが「直接的観察が確証を提供する。」⁴⁶⁾と述べたように、観察した眼前の現象を正しく認識したか、その観察した事実の確証を得ねばならない。正しい観察が正しい判断に向かう例証として彼は、一人の患者を診察する場合について説明している。医師の診断過程も現

象の観察から始まる。たとえば、患者が身体的問題、たとえば胸痛を訴えてきた場合、彼の直観は速やかに幾つかの仮説（病名はたとえば、狭心症か？自然気胸か？）を立てる。これは彼にその知識がなければ進められない。検証は問診、触診によって進められ、患者の直接的な問題に関連した類似の情報を得る。彼は集めた情報を分析し、更に仮説を縮小、一点に絞る。更に自己の仮説の確証を得るために検証を行う。ここでの検証はECGや胸部X-P等、客観的データを集める。これらのデータから彼は自己の持つ知識をフル回転させ、結論を出す。即ち、病気の診断を下すのである。

医学的診断過程と同様に車の整備をする整備士も、車から発信される現象から速やかに異常を発見する。デューイは、熟練者は異常な注意を払って観察するのであって、「有機体又もしくは機械の構造を熟知している人々としての医師又は専門機械師、一般の経験が疾患や故障の原因を発見に役立つことを示した方法や技術を使用するのである。」⁴⁷⁾と述べた。同じに看護実践においてもこれらの道筋、即ち、看護過程における科学的な観察と分析的思考過程が求められるのである。それは諸問題を解決するための観察であり、ナイチンゲールやデューイが述べたように観察とは、観察することが目的ではなく、問題解決のためにあるいはどう支援するか判断を下すために観察が必要なのである。

ナイチンゲールは「正しい観察が極めて重要であることを強調するにあたっては、何のために観察をするのかという視点を見失うようなことは、絶対にあってはならない。観察は、雑多な情報や珍しい事実を寄せ集めるためにするものではない。生命を守り健康と安楽とを増進させるためにこそ、観察するのである。」⁴⁸⁾と述べている。健康を傷害された人への援助、すなわち、実際にどう援助したらよいかを策定するために観察を行うのである。それは「観察が事実を構成する。この事実が暗示や観念や仮説の成立を規制すると共に、問題解決の方法を開示するものとしての暗示観念仮説が含む価値を検証するものである。」⁴⁹⁾と述べたデューイの見解とも一致する。そして、観察は五感の直接的使用によって実践され、あるいは他の人によってされた観察を想起することによってされるため正しい観察が必要なのである。

デューイはまた、観察の本質⁵⁰⁾について述べたが、特に、彼は観察が目的ではないこと、観察は本質上科学的であるということ、観察は探検であり、観察は精神が機敏な、常に歩哨の立場にある探求であり、模索であること、科学的研究における観察、観察は未知的な事態への没入に関与すること、観察は仮説によって導かれる時に価値があること、観察は熟知の世界を拡大する時の同情的興味によって促されること、行動中に生起する要求によって促される分析的観察と理論上の諸問題を解決することによって促される観察があること⁵¹⁾などについて述べた。

観察によって得られた諸条件が“その現象の事実 (facts of the case)”を構成する。それらの諸条件こそが“そこ(there)”にあるものであり、考慮されなければならない問題である。ショーンは「その人が現象を理解しようとするときには、行為の中で暗然になっていたものへの理解や、明るみにし、批判し、再構造化し、引き続く行為の中で具体化する理解もまた、省察することになる。不確実性、不安定性、独自性、そして価値の葛藤という状況で実践者が対処する“技法”の中心をなすものは行為の中の省察(Reflection-in-Action)という過程である。」

52) と述べている。つまり、今、現在、起きている事象を結果として捉えれば、それが何故おきているのか、どのような原因でおきているのか、を一連の思考を通して、それらの因果関係を明確にすることにある。その思考過程は更に、その次に起きるであろう事を予測することが出来るようになるのである。つまり、行為の中の省察(Reflection-in-Action)が必要なのである。特に、瞬時の判断を求められる救命・救急場面では、対象の健康問題把握に重大な結果を与えるということである。

このように生命危機状態にある患者の生命を維持し守る為には、看護師は五感による観察と瞬時の判断力が必要であり、そのためには看護師の全人格で患者と向き合う事で患者の生きたいという希求を感じ受け止める事こそがホリスティックケアと考えられる。また、提供される看護ケアは倫理の側面を持つ。患者のプライバシーの保護や安全・安楽への配慮などである。その看護ケアでの患者との“かかわり”や家族との“かかわり”を通して生命危機状態の患者を支える看護師は、内省し、生きる事の意味を熟考し、自己の生存観を確立していた。また、看護師のケアを通して患者を支えようとする行為は患者のニードを充足させ、看護師の自己成長へと繋がっている。看護師が認識している観は、看護ケアへと繋がっており、この患者との関係の間で実践される、双方の統合体である看護ケアすなわち“かかわり”を通して患者は回復へと向かい、看護師は自己成長し変容していくことが、すなわちホリスティックケアでもある。そこには看護専門職の実践的行為を導く意思があった。

第二節 生命危機状況にある人を援助する看護専門職者の実践的行為を導く意思

1. 看護専門職者の実践的行為を導く意思

生命危機状況にある人に対する看護実践においては、ホリスティックケアの実践が求められる。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをするからである。すなわち、それは人間の生命自身であり、健康で生きたいという強い意思と力を持った患者という人間への働きかけである。そして、生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、“全人格”を駆使して働きかけなければならない状況にいる。そうした“かかわり”を通して患者は回復へと向かい、看護師は自己成長し、お互いが変容していくというホリスティックケアがあるのである。特に生命危機状態のケアにあたる実践的行為には患者のニード把握を把握し、実践するための観察と判断という実践するための力が必要となる。実践能力向上と専門的知識を深めるための継続した学習は、生命危機状態にあり急激に変化しやすい患者の生命を維持・回復するために、必要不可欠である。また患者に対して適切な治療が実施されているか、治療環境はどうかを査定・考慮する上にも、知識は必要である。特に医療チームとして、他職種と協働する場合、看護師にはコーディネーターとしての役割が求められるからである。また、研究の対象である看護師は、他職種と協働し、患者のニードに即した援助を提供し患者を支えているだけでなく、患者の権利の尊重に留意し選択権は患者にあると考えていた。ICU では生命の維持が患者の権利でもある。

そのため、生命を守るためには、看護師も真剣に患者に向き合う必要性があり、患者に対して全人格を持って向き合うのである。その“かかわり”の中で生まれるホリスティックケアは、看護師の患者の問題を解決するための看護師の意思力から導き出される。

実践的行為の視点から見ると、「専門家の実践は問題の解決 (solving) の過程である。」⁵³⁾と述べたのはショーンである。看護専門職者における日々の実践にはつねに健康問題を有している患者の健康問題解決のための実践的活動である。選択や決定という問題は、すでに確立された目的にとって最適な手段を利用可能なものの中から選択することによって解決される。しかし、この問題解決をいくら強調しても、問題の設定が無視され、手段の選択、達成する目的、意思決定という問題を設定する過程が無視されている場合がある。看護実践において問題は、実践者にとって、そこにある問題として出されているわけではない。患者が示す様々問題、不確かな問題から、現実の問題を抽出し、優先順位をつけて行動しなければならない。問題状況を解決するためにはどのような方法が最善なのか、どのような方法が利用可能であり、技術として適用できるのかを判断できればそれは解決可能な問題となるであろう。つまり、健康問題を有する対象の問題解決に向かう意思をもつことや行動することによって知るということは、未来志向的で、進行状態にあり、まだ存在していないものを創造する⁵⁴⁾。一つ一つの現象について熟慮している時、私たちは頭の中で思考に没頭し、行動に向けた意思決定をしたとき、私たちはその活動の場に直接参加しているからである。すなわち、生命危機状態にある患者のホリスティックケアは“かかわり”の初めから存在し、観察から問題把握から始まり、看護師が何をなすべきかについて、瞬時の判断と意思決定が求められるのである。患者は60代の男性、病名は交通外傷で、左右多発性肋骨骨折、左右血気胸、左膝蓋骨剥離骨折、背部挫滅創であり、意識障害はなく、意識レベルは、Ⅱ-30~Ⅲ-100~200(鎮痛・鎮静剤投与でコントロール中)で、レントゲン上、血気胸は改善傾向にあったが、生命危機状態は継続し、要集治療継続が必須な患者であった。そのため看護師には、患者の生命を維持するために異常の早期発見や、合併症の予防、苦痛の緩和という目標があった。これらを解決し目標を達成するために、患者の状態を正しく把握し、現状を瞬時に判断するための知識や観察技術、高度な看護技術が求められていた。そのためICUの経験の浅い受持ち看護師には、フォロー看護師がついており、患者の安全・安楽を確保すると同時に、看護師の教育の場という側面も持っていた。これは、看護専門職である看護師は看護活動の場に直接参加しているため、患者との“かかわり”の中から実践的に学んでいるからである。救命・救急に専心する看護専門職者には、救命する側として、それ相応の専門知識と技術が求められる。その看護専門職としての自覚と責任が要求されており、それを育み成長させる環境になっていると考える。

脳科学から、人間の意思について述べるとすれば「私達を人間として行動させる前頭連合野のソフトウエアは、一方では活動を増強する(興奮)ように働きかけ、他方では活動を減弱する(抑制)ように働きかけている。」⁵⁵⁾ ということであり、前者によってやる気、意欲、創造の精神であり、後者によって我慢、忍耐、抑圧、抑止の精神である。良く使われる根気というのは、これらの精神活動の耐久力、持続性である。そしてこれらのプラスやマイナ

スの精神を総括して、私達は意思力と呼んでいる。この意思力は訓練によって活力が与えられるものであり、意思力は情熱と相俟って実践のための源となる。つまり、看護専門職者は、相手が必要としているものを満たしてやらねばならぬという、普通の状況よりもずっと大きなことを為さねばならない任務がある⁵⁶⁾のであり、相手としっかり向きあい、助けてほしいとの呼びかけに耳を澄まし、できるかぎりの応答を試みようとする意思がそこに存在する。その意思が目標に向かって行動する自身の活動の源になる。つまり、看護専門職者は、相手が必要としているものを満たしてやらねばならぬという、普通の状況よりもずっと大きなことを為さねばならない任務があるのであり、相手としっかり向きあい、助けてほしいとの呼びかけに耳を澄まし、できるかぎりの応答を試みようとする意思がそこに存在する。その意思が目標に向かって行動する看護師自身の活動の源になる。故に生命危機状態にある患者の看護実践行為には、瞬時の判断と行動できる強い意思力が必要であり、それは訓練によって育まれる。

2. 意思力に必要な訓練(Discipline)

訓練という言葉が、今日では、工場の職人達が、手作業てきな日々の単純な訓練のように考えられがちであるが、あながち、そうとも言えない一面を持っている。デューイは学習の成立に必要な内的な動機づけともなり得る“興味と訓練”との考察において、「自分の行動を良く考え、熟慮の上で行動にとり掛かるように仕込まれている人は、それだけ訓練されているのである。」⁵⁷⁾と述べ、訓練というものは個人がどう行動するかを熟慮する為に必要な教育であると考えた。さらに、こうした訓練によって得られた能力は、混乱や困難に直面してもなお、賢明に絶え続ける強い意思力を持たせることができるものであると述べ、「訓練とは、意のままになる力、つまり、企てた行動を貫徹する為に有効な手段を使いこなす事を意味するのである。」⁵⁸⁾と述べた。つまり、意思力は訓練によって高めることができるという考えだ。つまり、自分の行動を良く考え、熟慮の上で行動にとりかかれる人は良く訓練されているということになる。すなわち、良く訓練された看護専門職者は、生命危機状態にある患者を目前にしたときに、必要な手段を選択し、忍耐強くかわり続けられる能力を有していると考えられる。

訓練とは、意のままになる力、企てた行動を貫徹するために有効な手段を使いこなすことを意味する。デューイによれば、自由と規律は相反する概念ではない。自由は行動する能力であり、外的な育成から独立して実行する能力である。他方、規律は訓練せられた能力である。衝動的行動の直接かつ即刻の遂行は思考にとって致命的であると述べたデューイは、「人の行動が思慮ある行動に導かれないならば、その行動は無思慮な衝動や不釣合いな嗜慾やあるいは出来心や、それとも当座の事情によって導かれる。」⁵⁹⁾と述べ、自分の行動を良く考え、熟慮の上で行動に取り掛かることができる人は、それだけ訓練されていると述べている。この能力に加え、混乱や困難に直面した際に、どうあれば良いかを賢明に考え、行動に移すことができれば、良く訓練された人といえるであろう。訓練とは意のままにする力、つまり企てた行動を貫徹するために有効な手段を使いこなすことを意味する。そこに自由と規律の問題がある。要するに本当の自由は、知性的であり、本

当の自由は訓練された思考能力の中に宿るとデューイは述べる。人の行動が思慮ある結論に導かれないのであれば、その行動は無思慮な衝動や出来心などに導かれる。その場合、その行動を外制的規制によって訓育することになり、却って人を奴隷化させる。身体の駆使は一つの知性的活動である。社会においてどうあれば良いかを考える力、種々の問題を調整し、解決していく力が必要になる。以上のことから訓練とは他人の拘束によってではなく、自己の意思の力で行動できる能力を育成することである。そこにデューイの訓練せられた能力とも一致し、自身で決定権を行使できる規律 (Discipline) ある精神と自由な精神が一致するのである。

ナイチンゲールは「Discipline (訓育、訓練、規律)こそ訓練 (Training) の本質である。」⁶⁰⁾と述べた。Discipline を英語辞書で引いてみると懲罰 (Chastisement)、苦行、学問の分野、訓練 (Training)、教会法規、戒律、軍事訓練、などの意味がある。Discipline はラテン語の “Discipulus” に由来し、他の人から教授を受ける人 (弟子) を意味する。Disciple はキリストの十二使徒を意味する。従って語源的には抽象的な Doctrine と対象をなし、実際的な訓練を意味する。英語辞書には Discipline” の意味を良い意味として捉え、社会一般によい表現として用いられている。我々は訓練された一団を賛美し、そうでない人を認めない。まだ我々もまた Discipline について留保された権利を持っている。看護教育は一般的に教育であるがゆえに、教育 (Education) である。しかしながら、ナイチンゲールの準備した教育はいわゆる教育 (Education) というよりは、彼女自身が激しい訓練と述べているように訓練、訓育、陶冶 (Discipline) を意味する。ナイチンゲールは、訓練こそが個人の能力を最大限高めようとする働きかけであり、その秩序や方法を正しく理解する為の方法なのであると述べ、「看護とは、患者が生きるよう援助することであり、訓練とは、患者が生きるようにすることを看護師に教えることにほかならない。」⁶¹⁾と述べた。

そしてナイチンゲールは「看護は一つの芸術 (Art) である。そしてそれを芸術 (Art) であらしむるには、画家や彫刻家の仕事と同じように、他を顧みない専心と激しい準備が必要である。」⁶²⁾と述べている。彼女の述べる他を顧みない専心とは、その事だけに心を注ぐことであり、自己を投入することである。その為に必要な激しい準備というのが訓練であろう。一般に一つの技能を獲得するためにある一定期間に行われる実務的な教育を訓練 (Training) という。ナイチンゲールは訓練 (Training) の過程において経験や感化力の効果を期待したが、とくに彼女は訓練 (Discipline) のもたらす教育効果を重要視した。彼女は訓練 (Discipline) とは、何が成されねばならないかだけでなく、どの様に成すべきかも教える事であり、看護師がどうあるべきかについて、又どう教育されるべきかについて詳しく述べている。生命危機状態における場面において看護師は、瞬時の判断と意思決定をする意志力が求められる。それでは生命危機状態にある患者にかかわる看護師をどう訓練すべきなのか。研究対象者である看護師は、受持ち看護師とフォロー看護師と2名いた。受持ち看護師はICUの経験が1年未満であり、フォロー看護師は経験年数が3~20年あった。受持ち看護師はフォロー看護師と行動するため、患者の事で相談する環境とロ

ールモデルとしての学びを得る環境が出来ていた。このようにして繰り返して行われる実践的行為が訓練となり、経験知を実践知に高めるのである。看護師を継続して教育していくための環境が必要である。このように訓練を続けることが実践のための判断力と意思力の向上に繋がると考えられる。ゆえに、生命危機状況にある患者に関わる看護専門職者は、良く訓練されていることが重要であり、訓練によって、生命危機状況にある患者の喫緊の課題解決に向けて、必要な手段を選択し、熟慮の上で有効な手段を使いこなすことができ、よりよいかかわりができると考える。

第三節 結論

クリティカルケア場面で看護実践する看護専門職者に焦点を当て、そのかかわりの意味を明らかにするために、実際の看護場面における患者の反応（顔の表情、全身の動き・状態）や看護師のスキル（目線・タッチング・気配り・声掛け）を参加観察した。また患者にかかわった看護師6名に看護をする上での信念や患者の権利、看護専門職の責務と死生観について半構成的面接法を実施し、分析した。生命危機状態にある患者が回復過程に向かうための意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が 필요한かを検討し、以下の4点について結論を導き出した。

1. 生命危機状態にある患者への看護師のかかわりを通して患者は回復へと向かい、ケアを提供する看護師は、その看護師が持っている全人格で患者の反応を捉え、回復過程に向けてのケアを提供すると同時に自己成長する。
2. 救命・救急に専心する看護専門職者には、救命する側として、それ相応の専門知識と技術が求められる。また看護専門職としての自覚と責任が要求されている。
3. 生命危機状態にある患者のホリスティックケアは“かかわり”の初めから存在し、観察からの問題把握に始まり、看護師が何をなすべきかについて、瞬時の判断と意思決定が求められる。
4. 生命危機状況にある患者に関わる看護専門職者は、良く訓練されていることが重要であり、訓練によって、生命危機状況にある患者の喫緊の課題解決に向けて、必要な手段を選択し、熟慮の上で有効な手段を使いこなすことができ、よりよいかかわりができる。

終章 研究総括と将来展望

1. 研究総括（まとめ）

本研究は、生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない状況にいる。患者の生命が危機的状況にある場合、看護師は、私は何をすべきかという問いと同時に、自身がすべきことについて瞬間的に判断し、実践する。そこで、本研究では、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明ら

かにし、回復過程に向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が必要なのかを検討することを目的とした。

研究方法は、A病院ICUに交通外傷で入室して生命危機状態にある患者と看護師のケア場面に参加観察した内容の分析と、ケアに参加した6人の看護師への半構成的面接法内容の分析である。

内容を分析した結果、良質な医療提供は看護専門職者としての責務として生命危機状態にある患者の適切な治療への協力と他職種との協働が重要であること、適切な治療環境・療養環境の整備は常に必要であると考えていること、生命危機状態にある人のニーズに応えられる看護専門職者は、患者のニーズ把握のための五感を駆使した鋭い観察力と、得られた情報を速やかに分析する力と、患者・家族のニーズに即した適切で高度な実践力が重要であること、生命の尊重は、患者の権利の尊重であること、看護援助は対人関係であり、人との相互関係の中での生存実感と欲求に立脚した生存観があること、専門職としての自己成長のために絶えず、継続教育が必要であることなどが認識・統合されて、実際、患者と関わる際に行動として表在化していた。

表在化された行動は、六つの場面で得られた統合カテゴリーの内容であり、ケア実施前の患者への説明と必要物品の準備と患者の苦痛を最小限にするための鎮痛・鎮静剤投与、ケアを安全に実施するための医療安全と協働、意識のない患者のケア実施中の身体的苦痛把握のための頻回な言語的・非言語的な患者へのコミュニケーション、呼吸器装着中の患者の苦痛を最小限にした看護師の熟練したケア実践と説明、実践力向上に向けた看護師間の教育指導、患者の安全・安楽に配慮した体位変換の工夫と体位調整や寝具・掛物の調整、医療安全の為にチューブ類・ME機器の作動状況の点検、自己抜去防止に向けた管理などという行為として、表在化していた。

生命危機状態にある患者への看護実践行為は、看護師の内化している全人格で患者の生命へのニーズという全人格にかかわっており、そのかかわりは助けてほしいという患者の回復に向けた意思決定と、患者の生命ニーズに応える看護師の看護専門職としての看護実践行為を選択する意思決定がある。そのかかわりの中で患者は生命ニーズが満たされ回復へと向かい、看護師は自己の成長へとつながるホリスティックケアのトランスフォーマーセッションがあった。

2. 研究の将来展望

看護師は、生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに働きかけなければならない専門職である。看護場面では、対象の健康問題解決に向きあう看護専門職者の援助的関係がもたらすこのような相互的な人間形成を積極的に尊重している。しかしながら、その相互的な援助関係が成立しない場面が生命危機状況にある人である。身体の生存のためのメカニズムも一つの自己保存のためのシステムを有していると同じように誰でも人は生きるために活動している。救急場面で、看護専門職者自身が認識している他者の生命徴候の客観的事象の把握と瞬時判断の次に来るのは、生命維持のための瞬時

の行動である。その行動には看護専門職者が、生命危機状況にある患者を助けたいという意思の働きがある。それはまた、助けてほしいと願う他者の意思に呼応しているのである。看護専門職者が、自身がどの様に行動すべきかという問いは科学的な問いであり、科学に基づく技術を使用することで最適の手段を選択できる。同時に看護師も健康に障害を持った人の問題解決に直観的思考と分析的思考を使う。ナイチンゲールが述べたように、正しい行為の選択は、正しい観察からはじまる。生命を守り健康と安楽とを増進させるためにこそ、観察するのである。

正しい観察をするためには、看護専門職者としての知識・技術が必要となる。その知識がなければ観察に向けた手がかりは得られない。それは確証を得るための情報を集めることができず、診断をするための手がかりとなる。そして、問題の把握や状況との対話による省察と実践知の学びは、技能だけではなく、それを支える認識を問題にしているのである。すなわち、実践の認識論である。実践を伴う“知”の統合によってケアは絶えず、新しくなり、発展していくものである。そうした認識の上に立って看護専門職者を、訓練していけば、こうした訓練によって得られた能力は、生命危機状況にある人の適切な援助につながり、混乱や困難に直面してもなお、賢明に患者にケアを提供し続ける強い意思力を持たせることができるものである。

看護師が生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに働きかけ、今、現在、起きている事象を結果として捉え、それが何故おきているのか、どのような原因でおきているのか、を一連の思考を通して、対象の健康問題の改善に全身全霊を傾けて自己を対象の生命に働きかける“かかわり”はホリスティックな“かかわり”であると言えよう。その実践を通して“知”の統合ができれば看護場面におけるホリスティックケアについての共通認識ができ、ホリスティック看護についての概念及び理論開発が可能となるであろう。

3. 研究の課題と限界

ホリスティックケアはかかわりに焦点を当てるという事である。そのかかわりは、論理的思考と直観とのかかわり、心と身体とのかかわりをさしているとしたら、看護実践に最も必要とされる概念である。つまり、ケアの担い手である看護専門職者が、自己の全身全霊を傾けて対象となる患者の生命に働きかけをすることである。特に生命危機状況にある人に対する看護実践において必要不可欠なケアの根本概念がホリスティックケアであろう。何故なら看護師は、患者という生きた身体と、生きた心と、その両者が一体となって現れる感情とに、働きかけをするからである。すなわち、それは人間の生命自身であり、健康で生きたいという強い意思と力を持った患者という人間への働きかけである。そして、生命危機状況にある患者をケアする現場で働く看護師は、自分に託された心身ともに傷ついた患者の生命に対し、全人格を駆使して働きかけなければならない状況にいる。今回の研究で、1症例に対し、6つの場面とその場面に関わった看護師6名について、クリティカル場面における患者・看護師のかかわりをホリスティックケアの視点から明らかにし、

回復過程に向かう患者の意思決定を支えるためにどのようなかかわりが必要なのか、また援助する看護師への教育として何が必要なのかを検討したが、患者の事例数が少なく研究結果に限界があった。質的研究は結果や考察が主観的になりやすく、客観性、一般性に限界があるため、量的な研究手法を組み合わせることも必要であるだろう。また、今回の研究では患者とのかかわりについて論じたが、かかわりの中には患者だけでなく家族に対するかかわりもある。今後は他施設でも同様の研究を続け理論開発に繋がるように事例数を増やしていく必要がある。

4. 謝辞

今回、お忙しい中、研究にご協力いただいた施設の皆様、看護師の皆様と患者様に深くお礼申し上げます。また、分析・解釈過程を導き、論文作成をご指導くださいました、広島文化学園大学大学院看護学研究科佐々木秀美教授に深謝申し上げます。また元広島文化学園大学大学院看護学研究科高田昇教授、故松井英俊教授に深謝申し上げます。

引用文献

- 1) Jan Christian Smuts (1924), *Holism and Evolution*, 石川光男・片岡洋二・高橋史郎訳；ホーリズムと進化, 玉川大学出版部, 2005年, 日本.
- 2) Jan Christian Smuts (1924), 前掲書2), p89.
- 3) John P. Miller, *The Holistic Curriculum*, 吉田敦彦・中川吉晴・手塚郁恵訳, ホリスティック教育—いのちのつながりを求めて, p6, 春秋社, 1994年, 日本.
- 4) John P. Miller, 前掲書3), p8.
- 5) John P. Miller, 前掲書3), p8.
- 6) Milton Mayeroff, *On Caring* (1971), 田村真, 向野宣之翻訳；ケアの本質—生きることの意味, ゆみる出版, 2003年, 日本.
- 7) Milton Mayeroff, 前掲書6), p13.
- 8) Milton Mayeroff, 前掲書6), p103.
- 9) Milton Mayeroff, 前掲書6), p45.
- 10) Milton Mayeroff, 前掲書6), p204.
- 11) Milton Mayeroff, 前掲書6), p193.
- 12) Madeleine M. Reininger, *a Theory of Nursing* (1992), 稲岡文昭翻訳；レイニンガー看護論—文化とケアの多様性と普遍性, p38, 医学書院, 2002年, 日本.
- 13) Madeleine M. Reininger, 前掲書12), p51.
- 14) Madeleine M. Reininger, 前掲書12), p51.
- 15) Milton Mayeroff, 前掲書11), p60.
- 16) 日野原重重明, 川島みどり, 石飛幸三共著；看護の時代, 日本看護協会出版会, 2012年, 日本.
- 17) Milton Mayeroff, 前掲書11), p163.
- 18) Florence Nightingale (1871), *Memorials of Agnes Elizabeth Jones*, 湯慎ます他訳；ナイチンゲール著作集第三巻, アグネス・ジョーンズを偲んで, p246, 現代社, 1985年, 日本.
- 19) Martin Buber, *ICH UND DU* (1923), 植田重雄訳；我と汝・対話, 岩波文庫, 2009年, 日本.
- 20) Milton Mayeroff, 前掲書11), p115.
- 21) Milton Mayeroff, 前掲書11), p172.

-
- 22) Bruner Jerome, on knowing, 橋爪貞雄訳;直感・創造・学習, p 39, 黎明書房, 1969年, 日本.
 - 23) Florence Nightingale (1882), Nurses, Training of, Nursing the sick, 湯槇ます他訳; ナイチンゲール著作集第二巻, 看護師の訓練と病人の看護, p 140, 現代社, 1985年, 日本.
 - 24) Donald A. Schön, Reflective Practitioner, 佐藤学他; 専門家の知, p 45, ゆみる出版. 2001年, 日本.
 - 25) Donald A. Schön, 前掲書 36), p 25.
 - 26) Florence Nightingale (1871), 前掲書 27), p 246.
 - 27) 小林富美栄訳; これからの看護, 日本看護協会出版会, 1988年, 日本.
 - 28) Gary Klein, Sources of Power, (佐藤洋一監訳; 決断の法則一人はどのようにして決断するのか?, トッパン, 1998年, 日本.
 - 29) ザカリイ・コープ著, 小池明子他訳; ナイチンゲールと医師達, 日本看護協会出版会, p 170, 1979年, 日本.
 - 30) 吉田敦彦著; ブーバー対話論とホリスティック教育, p 212, 勁草書房, 2011年, 日本.
 - 31) 藤野崇著; 病棟ナースへのアドバイス: 必要とされる家族支援(3) 急性/クリティカル期の患者と家族をどう支援するか, 日本看護協会出版会, p31-33, 2009年.
 - 32) バーバラ・M・ドッシー著, 川原由佳里訳; ホリスティック・ナーシング, エルゼビア・ジャパン, 2006年, 日本.
 - 33) 前信由美、佐々木秀美著; 生命危機状態の患者に対する看護師のホリスティックケア - 看護師のかかわりから - , 日本医学看護学教育学会誌第 25 号 No. 2 P47-56, 2016年.
 - 34) ウヴェ・フリック著, 小田博志他訳; 質的研究入門, 春秋社, 2003年, 日本.
 - 35) Florence Nightingale (1871), 前掲書 23), p 140.
 - 36) Madeleine M.Reininger, 前掲書 12), p 51.
 - 37) 山口亜希子. 江川幸二. 吉永喜久恵. ICU 看護師が体験した人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さおよび実践. Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing, 2013;9(1) : 48-60.
 - 38) 中村雅子他: 看護専門職におけるセルフマネジメントの意義とその構造 岐阜県立看護大学機能看護学講座, 教育と研究 第2巻第1号, 2004.
 - 39) Florence Nightingale (1871), 前掲書 35), p 246.
 - 40) Milton Mayeroff , 前掲書 11) , p193.
 - 41) Florence Nightingale (1860); Note on Nursing, pp154-155, Scutari Press, 1992.
 - 42) John Dewey, Democracy and Education, 松野安男訳; 民主主義と教育, p 214, 岩波書店, 1982年, 日本.
 - 43) Florence Nightingale (1871), 前掲書 23), p 246.
 - 44) Florence Nightingale (1882), 前掲書 23) , p 76.
 - 45) Florence Nightingale (1882), 前掲書 23) , p 76.
 - 46) John Dewey (1930), How We Think, 植田清次訳; 思考の方法, p 117, 春秋社, 1950年, 日本.
 - 47) John Dewey, 前掲書 51), p 113.
 - 48) Florence Nightingale (1860); Note on Nursing, pp154-155, Scutari Press, 1992.
 - 49) John Dewey (1930), 前掲書 56) , p 113-114.
 - 50) John Dewey (1930), 前掲書 56) , pp253-261.
 - 51) John Dewey, 前掲書 51) , p 257.
 - 52) Donald A. Schön, 前掲書 36) , p 78.
 - 53) Donald A. Schön, 前掲書 36) , pp56-55.
 - 54) ダグラス・M・スローン著, 市村尚久他訳; 洞察=想像力, p 228, 東信堂, 2000年, 日本.
 - 55) 時実利彦著; 人間であること, p 120, 岩波新書, 2001年, 日本.
 - 56) 吉田敦彦著; 前掲書 30), p 205.

-
- 57) John Dewey, 前掲書 51), p 207.
58) John Dewey, 前掲書 51), p 207.
59) John Dewey, How We Think (1930) 前掲書 53), p 92.
60) Florence Nightingale (1882), 前掲書 34), p 95.
61) Florence Nightingale (1882), 前掲書 34), p 97.
62) Florence Nightingale (1871), 前掲書 27), p 246.

別添資料

表1 場面1 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>午前8時20分に1) <u>レントゲン技師が来棟し、患者の近くに寄りながら、レントゲンを撮りますと誰となく声をかけている。</u></p> <p>2) <u>フリーの看護師が患者の右側に駆け寄り、抑制帯を外し、</u>3) <u>寝具を足もとに下げ、レントゲンが取れるように準備を始める。</u></p> <p>4) <u>看護師Aは左側に立ち、患者のベッドに近づいて少し前かがみになりながら「レントゲンを撮りますよ。</u>5) <u>(看護師Aは) 背中の下に固い板が入りますね」。</u>と患者に声をかけている。この時、6) <u>患者の表情の変化等の反応なく、鎮痛・鎮静が効いている。</u>7) <u>レントゲン技師がバスタオルの端を持つと同時に、</u>8) <u>看護師Aは患者の表情やルートの確認を目でしながら、</u>9) <u>フリーの看護師と一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げる。</u>10) <u>患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても、ファイティング・バックキングは見られず表情の変化もない。</u>11) <u>(患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても) 手の動きも見られず、鎮痛・鎮静剤が効いている。</u>12) <u>レントゲン技師の「撮ります」という声で、看護師は患者のベッドから4m近く離れるが、</u>13) <u>看護師Aは患者の顔と全身が見える位置に立っている。</u>14) <u>患者はレントゲン技師の声やそれに伴う音に対しての反応はない。</u>15) <u>看護師Aは、照射が終わるとすぐに患者のベッドの左側に立ち、少し前かがみになりながら「終わりましたよ。」と声をかけている。</u>16) <u>看護師の声掛けに対して、患者は表情の変化等の反応は見られない。</u>17) <u>看護師</u></p>	<p>1) <u>レントゲン技師が来棟し、患者の近くに寄りながら、レントゲンを撮りますと誰となく声をかけ</u></p> <p>2) <u>フリーの看護師が患者の右側に駆け寄り、抑制帯を外し、</u></p> <p>3) <u>寝具を足もとに下げ、レントゲンが取れるように準備を始める。</u></p> <p>4) <u>看護師Aは左側に立ち、患者のベッドに近づいて少し前かがみになりながら「レントゲンを撮りますよ」。(と声をかける)</u></p> <p>5) <u>(看護師Aは) 背中の下に固い板が入りますね」。</u>と患者に声をかけ</p> <p>6) <u>患者の表情の変化等の反応なく、鎮痛・鎮静が効いている。</u></p> <p>7) <u>レントゲン技師がバスタオルの端を持つ</u></p> <p>8) <u>看護師Aは患者の表情やルートの確認を目でしながら、</u></p> <p>9) <u>フリーの看護師と一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げる。</u></p> <p>10) <u>患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても、ファイティング・バックキングは見られず表情の変化もない。</u></p> <p>11) <u>(患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても) 手の動きも見られず、鎮痛・鎮静剤が効いている。</u></p> <p>12) <u>レントゲン技師の「撮ります」という声で、看護師は患者のベッドから4m近く離れる</u></p> <p>13) <u>看護師Aは患者の顔と全身が見える位置に立っている。</u></p> <p>14) <u>患者はレントゲン技師の声やそれに伴</u></p>

<p>A は右手でバスタオルを持ち、左手でバスタオルの上から患者の背中に手を当てている。18) <u>他の看護師が足持ちに立ち、レントゲンのカストを抜き取るためにバスタオルと一緒に患者を持ち上げる。</u>19) <u>レントゲンのカストが除去されると、患者の体をゆっくりとベッドに下ろした。</u>20) <u>患者は動きや反応なし。</u>レントゲンの撮影時に21) <u>体を持ち上げたり、下ろしたりしたためバスタオルが片寄ったり、</u>22) <u>(体を持ち上げたり、下ろしたりしたため)体が少しずれている。</u>23) <u>フリーの看護師とともに体位を調整するために、フリーはベッドの右側、看護師Aは左側に立つ。</u>24) <u>フリーの看護師はベッドをフラットにする。</u>25) <u>看護師Aは寝具を足元に寄せる。</u>26) <u>バスタオルの端をフリーが持つと看護師Aも掴み、バスタオルを持ちあげて、患者の体位を整える。</u>27) <u>看護師Aは下肢を真っ直ぐにし、</u>28) <u>(看護師Aは)両下肢の後面に子枕を1つずつ挿入して足を浮かせた状態にしている。</u>29) <u>患者は体が動いたが表情の変化等はなく</u>30) <u>寝衣が乱れているので看護師Aは寝衣をかけなおして、</u>31) <u>(看護師Aは)寝具を患者の胸元まで引き上げる。</u>32) <u>看護師Aは患者の手を取りミトンを着しながら</u>33) <u>(看護師Aは)患者の顔に視線を向けている。</u>34) <u>看護師Aは体をベッドに触れながら、装着後は上肢の前腕を持ち、手を拳上して抑制帯を通す。</u>35) <u>通し終えたら患者の手を寝具の上に手背が上になるように置き、</u>36) <u>ベッド柵に抑制帯を固定する。</u>37) <u>肘下に手用の子枕を挿入し、</u>38) <u>終了後はモニター監視を行い、</u>39) <u>患者の顔に視線を向けて、その場を離れる。</u></p>	<p>う音に対しての反応はない。</p> <p>15) 看護師Aは、照射が終わるとすぐに患者のベッドの左側に立ち、少し前かがみになりながら「終わりましたよ。」と声をかけている。</p> <p>16) 看護師の声掛けに対して、患者は表情の変化等の反応は見られない。</p> <p>17) 看護師Aは右手でバスタオルを持ち、左手でバスタオルの上から患者の背中に手を当て</p> <p>18) 他の看護師が足持ちに立ち、レントゲンのカストを抜き取るためにバスタオルと一緒に患者を持ち上げる。</p> <p>19) レントゲンのカストが除去されると、患者の体をゆっくりとベッドに下ろした。</p> <p>20) 患者は動きや反応なし。</p> <p>21) 体を持ち上げたり、下ろしたりしたためバスタオルが片寄った</p> <p>22) (体を持ち上げたり、下ろしたりしたため)体が少しずれている。23) フリーの看護師とともに体位を調整する</p> <p>24) フリーの看護師はベッドをフラットにする。</p> <p>25) 看護師Aは寝具を足元に寄せる。</p> <p>26) バスタオルの端をフリーが持つと看護師Aも掴み、バスタオルを持ちあげて、患者の体位を整える。</p> <p>27) 看護師Aは下肢を真っ直ぐにし、</p> <p>28) (看護師Aは)両下肢の後面に子枕を1つずつ挿入して足を浮かせた状態にしている。</p> <p>29) 患者は体が動いたが表情の変化等はなく</p> <p>30) 寝衣が乱れているので看護師Aは寝衣をかけなおして、</p> <p>31) (看護師Aは)寝具を患者の胸元まで引</p>
--	--

	<p>き上げる。</p> <p>32) 看護師 A は患者の手を取りミトンを着</p> <p>33) (看護師 A は) 患者の顔に視線を向けている。</p> <p>34) 看護師 A は体をベッドに触れながら、装着後は上肢の前腕を持ち、手を拳上して抑制帯を通す。</p> <p>35) 通し終えたら患者の手を寝具の上に手背が上になるように置き、36) ベッド柵に抑制帯を固定する。</p> <p>37) 肘下に手用の子枕を挿入</p> <p>38) 終了後はモニター監視を行い、</p> <p>39) 患者の顔に視線を向けて、その場を離れる。</p>
--	--

表 2 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重要文脈	サブカテゴリー
<p>6) 患者の表情の変化等の反応なく、鎮痛・鎮静が効いている。</p> <p>10) 患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても、ファイティング・バックキングは見られず表情の変化もない。</p> <p>11) (患者は体を持ち上げられレントゲンのカストを入れられても) 手の動きも見られず、鎮痛・鎮静剤が効いている。</p> <p>14) 患者はレントゲン技師の声やそれに伴う音に対しての反応はない。</p> <p>16) 看護師の声掛けに対して、患者は表情の変化等の反応は見られない。</p> <p>20) 患者は動きや反応なし。</p> <p>29) 患者は体が動いたが表情の変化等はなく</p>	<p>1) レントゲン撮影に伴う看護師のケアに対し、患者は反応がなく、鎮痛・鎮静されている</p>
<p>8) 看護師 A は患者の表情やルートの確認を目でしながら、</p> <p>13) 看護師 A は患者の顔と全身が見える位置に立っている。</p> <p>33) (看護師 A は) 患者の顔に視線を向けている。</p> <p>38) 終了後はモニター監視を行い、</p> <p>39) 患者の顔に視線を向けて、その場を離れる。</p>	<p>2) ケア実施前・中・後の患者の状態の観察</p>
<p>1) レントゲン技師が来棟し、患者の近くに寄りながら、レントゲンを撮りますと誰となく声をかけ</p> <p>4) 看護師 A は左側に立ち、患者のベッドに近づいて少し前かがみになりながら「レントゲンを撮りますよ」と声をかける)</p> <p>5) (看護師 A は) 背中の下に固い板が入りますね」と患者に声をかけ</p> <p>15) 看護師 A は、照射が終わるとすぐに患者のベッドの左側に立ち、少し前かがみになりながら「終わりましたよ。」と声をかけている。</p>	<p>3) ケア実施の際の患者への声掛け</p>

12)レントゲン技師の「撮ります」という声で、看護師は患者のベッドから4m近く離れる	4)レントゲン撮影時の被ばく予防行為
7)レントゲン技師がバスタオルの端を持つ 9)フリーの看護師と一緒にバスタオルの端を持ち、患者の体を持ち上げる。 17)看護師 A は右手でバスタオルを持ち、左手でバスタオルの上から患者の背中に手を当て 18)他の看護師が足持ちに立ち、レントゲンのカストを抜き取るためにバスタオルと一緒に患者を持ち上げる。 19)レントゲンのカストが除去されると、患者の体をゆっくりとベッドに下ろした。	5)レントゲン撮影に伴う患者の安全・安楽な患者の移乗
21)体を持ち上げたり、下ろしたりしたためバスタオルが片寄った 30)寝衣が乱れているので看護師 A は寝衣をかけなおして、 31)(看護師 A は)寝具を患者の胸元まで引き上げる。	6)ケア実施後の寝具・寝衣の調整
2)フリーの看護師が患者の右側に駆け寄り、抑制帯を外し、 3)寝具を足もとに下げ、レントゲンが取れるように準備を始める。 25)看護師Aは寝具を足元に寄せる。	7)レントゲン撮影のための患者の準備
32)看護師Aは患者の手を取りミトンを装着 34)看護師 A は体をベッドに触れながら、装着後は上肢の前腕を持ち、手を拳上して抑制帯を通す。 36)ベッド柵に抑制帯を固定する。	8)医療安全のための患者の抑制
22)(体を持ち上げたり、下ろしたりしたため)体が少しずれている。26)バスタオルの端をフリーが持つと看護師 A も掴み、バスタオルを持ちあげて、患者の体位を整える。 27)看護師 A は下肢を真っ直ぐにし、 28)(看護師 A は)両下肢の後面に子枕を1つずつ挿入して足を浮かせた状態にしている。 35)通し終わったら患者の手を寝具の上に手背が	9)ケア実施後の安全・安楽な体位の調整

<p>上になるように置き、 37)肘下に手用の子枕を挿入 23)フリーの看護師とともに体位を調整する 24)フリーの看護師はベッドをフラットにする。</p>	
--	--

表3 場面2 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>1)看護師 A は、陰部洗浄と清拭に必要な物品と新しいバスタオルとオムツを準備し、 2)ワゴンの上に乗せて患者のベッドの右の足元側に置く。3)周りで音がしているが、患者の表情や反応に変化はない。4)看護師Aは処置用のエプロンを着け 5)患者の右側の上半身付近に立ち、6)顔を寄せて前かがみになり「〇〇さん、分かりますか? 7)体をふきますね」と声をかけている。8)声を掛けた後看護師Aは手袋を二重に両手に装着する。 9)患者は顔を声のする方に向けようとしている。10)看護師Aは顔を見ながら「体をふかせてくださいね。」と再度声掛けをしている。11)看護師Bは左側に立ち、患者の顔を見ながら、体を乗り出し「手を外しますけど、12)口の方に持っていかないでくださいね。」と声をかけ、13)処置用エプロンと手袋を装着する。14)患者に装着されているミトンと抑制帯を患者の手を持ち上げながら外している。15)患者はまた表情がなくなり、16)頭を動かすなどの反応なし。17)看護師Aは「ちよつとごめんなさいね」と声をかけて、18)寝具を外して、ベッドの足元に折り畳み、19)両下腿を片手で持ち上げながら20)両下肢のフロートロンを除去している。21)除去時に膝下に入れてあった枕を除去し、22)ベッドサイドに置く。23)看護師Aが患者の下肢を動かし、声をかけても患者の表情の変化もなく、24)指の動きもなく反応はない。25)看護師Aはプロポフォル(鎮静剤)をフラッシュしながら 26)モニターと患者の表情を見ている。27)看護師Aはフラッシュ終了後に、28)患者の表情やモニター</p>	<p>1)看護師 A は、陰部洗浄と清拭に必要な物品と新しいバスタオルとオムツを準備 2)ワゴンの上に乗せて患者のベッドの右の足元側に置く。 3)周りで音がしているが、患者の表情や反応に変化はない。 4)看護師 A は処置用のエプロンを着け 5)患者の右側の上半身付近に立ち、 6)顔を寄せて前かがみになり「〇〇さん、分かりますか? 7)体をふきますね」と声をかけている。 8)声を掛けた後看護師 A は手袋を二重に両手に装着する。 9)患者は顔を声のする方に向けようとしている。 10)看護師 A は顔を見ながら「体をふかせてくださいね。」と再度声掛けをしている。 11)看護師 B は左側に立ち、患者の顔を見ながら、体を乗り出し「手を外しますけど、 12)口の方に持っていかないでくださいね。」と声をかけ、 13)処置用エプロンと手袋を装着する。 14)患者に装着されているミトンと抑制帯を患者の手を持ち上げながら外している。 15)患者はまた表情がなくなり、 16)頭を動かすなどの反応なし。 17)看護師 A は「ちよつとごめんなさいね」と声をかけ 18)寝具を外して、ベッドの足元に折り畳み、 19)両下腿を片手で持ち上げながら 20)両下肢のフロートロンを除去している。 21)除去時に膝下に入れてあった枕を除去</p>

<p>に視線を向けながら、ベッドをフラットにする。29) <u>看護師 B も患者の表情や反応を観察している。</u> 30) <u>患者の動きや表情の変化は見られず、</u> 31) <u>体には寝衣がかかっている状態である。</u> 32) <u>看護師 B は患者の下半身側に移動し、</u> 33) <u>体にかかっている寝衣を下半身が見えるように上方にめぐりオムツのテープをはがす。</u> 34) <u>看護師 A はオムツを開けて陰部洗浄がしやすいように、両手でオムツの位置を直す。</u> 35) <u>直した後に、バルンカテーテルの固定したテープを除去する。</u> 36) <u>オムツのテープを剥し、少し体を触っているが患者の表情の変化はなし。</u> 37) <u>看護師 A は下半身側に移動し、「お湯をかけますね。ごめんなさいね」と声をかけながら、</u> 38) <u>両手で石鹸のついたガーゼを泡立てている。</u> 39) <u>やや前かがみの姿勢を取り、右手に石鹸のついたガーゼを持ち、左手で陰茎を持ち行洗う。</u> 40) <u>洗った後は、左手でシャワーボトルを持ち、</u> 41) <u>右手で石鹸を洗い流す。</u> 42) <u>終了後はガーゼで水滴をふき取っている。</u> 43) <u>看護師 A は洗浄後はバルンカテーテルの固定テープを交換する</u> 44) <u>看護師 B は下肢の清拭を実施している。(看護師 B が)</u> 45) <u>陰部を洗浄し、下肢の清拭をしているが、</u> 46) <u>患者の表情の変化や動きはなし。</u> 47) <u>看護師 B は洗浄に使用した部分を周りが汚れない様にお尻側へ、</u> 48) <u>左右の(オムツの端の部分)も軽く患者の身体の下に折り込み、</u> 49) <u>寝衣を下半身にかける。</u> 50) <u>看護師 A は患者の顔を見ながら「体をふきますね」と声をかけている。</u> 51) <u>看護師 A は患者の顔に視線を向けた後、</u> 52) <u>寝衣を下半身側にめぐり</u> 53) <u>胸部の前面を熱布清拭後に両上肢と腋窩を拭きながら、その際に</u> 54) <u>患者の右手と額部の擦過傷の浸出液の観察をしている。</u> 55) <u>看護師</u></p>	<p>し、 22) <u>ベッドサイドに置く。</u> 23) <u>看護師 A が患者の下肢を動かし、声をかけても患者の表情の変化もなく、</u> 24) <u>指の動きもなく反応はない。</u> 25) <u>看護師 A はプロポフォル(鎮静剤)をフラッシュ</u> 26) <u>モニターと患者の表情を見ている。</u> 27) <u>看護師 A はフラッシュ終了後に、</u> 28) <u>患者の表情やモニターに視線を向けながら、ベッドをフラットにする。</u> 29) <u>看護師 B も患者の表情や反応を観察している。</u> 30) <u>患者の動きや表情の変化は見られず</u> 31) <u>体には寝衣がかかっている状態である。</u> 32) <u>看護師 B は患者の下半身側に移動し、</u> 33) <u>体にかかっている寝衣を下半身が見えるように上方にめぐりオムツのテープをはがす。</u> 34) <u>看護師 A はオムツを開けて陰部洗浄がしやすいように、両手でオムツの位置を直す。</u> 35) <u>直した後に、バルンカテーテルの固定したテープを除去する。</u> 36) <u>オムツのテープを剥し、少し体を触っているが患者の表情の変化はなし。</u> 37) <u>看護師 A は下半身側に移動し、「お湯をかけますね。ごめんなさいね」と声をかけながら、</u> 38) <u>両手で石鹸のついたガーゼを泡立てている。</u> 39) <u>やや前かがみの姿勢を取り、右手に石鹸のついたガーゼを持ち、左手で陰茎を持ち行洗う。</u> 40) <u>洗った後は、左手でシャワーボトルを持ち、</u></p>
---	--

<p>Bは、看護師Aの行動に合わせて、56)右手で点滴ルートが邪魔にならないように移動させ、57)看護師Aの行動をサポートしている。58)清拭が終わっても患者の反応はなく、59)鎮痛剤が効いている状態であった。60)看護師Bは、患者の前面のケア終了後に、61)リーダーに背部の擦過傷を見ろという情報を伝えると、62)リーダーが看護師2名を追加する。63)両サイドの2名ずつの看護師がバスタオルの端を持ち、64)看護師Bが「横を向きますよ」と声をかけながら65)患者を左側臥位にする。66)看護師Bは患者の顔を見ながら「痛いよね」と声をかけ67)背部の清拭と同時に68)看護師Aが古いタオルとオムツを患者の下側に差し込み、69)その後新しいオムツとバスタオルを敷く。70)リーダーは肩の擦過傷と背中の中絶創のガーゼを外し直に観察をしながら71)集中ケアの認定看護師と処置の方法について検討している。72)認定看護師が肩と背部の創部を生食で洗浄し、73)背部にはゲンタシン軟膏を塗布したガーゼを十数枚当て、パットを貼用し、74)肩にも同様の処置をしガーゼをテープで固定している。75)側臥位時間は5分程度で患者は体動しているが76)ファイティングはみられない。77)看護師Aは患者の動きをみると患者の背部に左手をあてて78)「痛いですね。ごめんなさいね」と患者に声をかけながら、79)3人の看護師と協力しながら患者を仰臥位にしている。80)仰臥位後に少し患者の腰の左側を持ち上げると、81)他の看護師が古いオムツとバスタオルを抜き、82)新しいバスタオルとオムツを引き出しと83)フォローの看護師は離れていく。84)仰臥位になると患者の体動はなくなる。85)看護師Aは看護師Bと一緒に</p>	<p>41)右手で石鹸を洗い流す。 42)終了後はガーゼで水滴をふき取っている。 43)看護師Aは洗浄後はバルンカテーテルの固定テープを交換する 44)看護師Bは下肢の清拭を実施している。 45)(看護師Bが)陰部を洗浄し、下肢の清拭をしているが、 46)患者の表情の変化や動きはなし。 47)看護師Bは洗浄に使用した部分を周りが汚れない様にお尻側へ、 48)左右の(オムツの端の部分)も軽く患者の身体の下に折り込み、 49)寝衣を下半身にかける。 50)看護師Aは患者の顔を見ながら「体をふきますね」と声をかけ 51)看護師Aは患者の顔に視線を向けた、 52)寝衣を下半身側にめくり 53)胸部の前面を熱布清拭後に両上肢と腋窩を拭きながら 54)患者の右手と額部の擦過傷の浸出液の観察 55)看護師Bは、看護師Aの行動に合わせて 56)右手で点滴ルートが邪魔にならないように移動させ、 57)看護師Aの行動をサポートしている。 58)清拭が終わっても患者の反応はなく、 59)鎮痛剤が効いている状態 60)看護師Bは、患者の前面のケア終了後に、 61)リーダーに背部の擦過傷を見ろという情報を伝える 62)リーダーが看護師2名を追加する。 63)両サイドの2名ずつの看護師がバスタオルの端を持ち、 64)看護師Bが「横を向きますよ」と声をか</p>
--	--

<p>にバスタオルのしわを伸ばし、86)左右から2人でオムツを装着している。87)患者は閉眼したままだが少し目が動いており、88)看護師Bは「ごめんなさいね」と患者に声をかけながら、89)新しい寝衣に交換している。90)看護師Aと看護師Bは患者の観察をしながら、91)エプロンと手袋を外しMCボックスに破棄している。92)看護師Aは患者の方を向いて93)「ごめんなさい。足を持ち上げますよ」と声をかけながら94)左右の足にストキネットをはかせ95)フロートロンを装着している。96)看護師Bは、フロアの看護師に体位変換のために再度の協力を依頼している。97)患者の左側に看護師2名が立ち、98)看護師Aは下半身側に立ち、99)看護師Bは患者の右上半身側に立ち、100)患者の顔を見て右側によりますよ。動きまますね。」と声をかけ、101)蛇管を確認しながら102)タオルの端を持ち、103)一斉に患者を右に体を寄せ側臥位にする。104)その動きに合わせて看護師Bが速やかに枕を背部に挿入して105)枕に患者の身体を預けて体位を固定する。106)両方の下肢は膝を軽く屈曲させてずらし、間に子枕を入れる。107)足にはスポンジ枕を入れて挙上する。追加の108)看護師2名は体位の固定を確認するとベッドから離れていく。109)看護師Aはベッドを30度程度拳上しながら、110)モニターや患者の顔に視線を向けている。111)看護師Bは看護師Aの行動に合わせて112)左手で患者の手を軽く押さえ、113)呼吸器の蛇管やルートに目を配りながら位置を直している。114)看護師Bは、看護師Aとともに、患者の手を持ち上げてミトンを装着し、115)抑制帯を手首にかけている。116)肘部の下側に肘枕を挿入して117)抑制帯をべ</p>	<p>け</p> <p>65)患者を左側臥位にする。</p> <p>66)看護師Bは患者の顔を見ながら「痛いよね」と声をかけ</p> <p>67)背部の清拭と</p> <p>68)看護師Aが古いタオルとオムツを患者の下側に差し込み</p> <p>69)その後新しいオムツとバスタオルを敷く。</p> <p>70)リーダーは肩の擦過傷と背中中の挫滅創のガーゼを外し直に観察をしながら</p> <p>71)集中ケアの認定看護師と処置の方法について検討</p> <p>72)認定看護師が肩と背部の創部を生食で洗浄し、</p> <p>73)背部にはゲンタシン軟膏を塗布したガーゼを十数枚当て、パットを貼用</p> <p>74)肩にも同様の処置をしガーゼをテープで固定。</p> <p>75)側臥位時間は5分程度で患者は体動している</p> <p>76)ファイティングはみられない。</p> <p>77)看護師Aは患者の動きをみると患者の背部に左手をあてて</p> <p>78)「痛いですね。ごめんなさいね」と患者に声をかけ</p> <p>79)3人の看護師と協力しながら患者を仰臥位にしている。</p> <p>80)仰臥位後に少し患者の腰の左側を持ち上げる</p> <p>81)他の看護師が古いオムツとバスタオルを抜き、</p> <p>82)新しいバスタオルとオムツを引き出し</p> <p>83)フォローの看護師は離れていく。</p> <p>84)仰臥位になると患者の体動はなくなる。</p> <p>85)看護師Aは看護師Bと一緒にバスタオ</p>
---	---

<p><u>ッド柵に固定する。118)看護師 A は患者の寝衣や綿布団の皺を整え, 119)モニターに視線を向けてから, ベッドから離れる。</u></p>	<p>ルのしわを伸ばし, 86)左右から 2 人でオムツを装着している。 87)患者は閉眼したままだが少し目が動いており, 88)看護師 B は「ごめんなさいね」と患者に声をかけ 89)新しい寝衣に交換 90)看護師 A と看護師 B は患者の観察をしながら, 91)エプロンと手袋を外し MC ボックスに破棄 92)看護師 A は患者の方を向いて 93)「ごめんなさい。足を持ち上げますよ」と声をかけ 94)左右の足にストキネットをはかせ 95)フロートロンを装着 96)看護師 B は, フロアの看護師に体位変換のために再度の協力を依頼 97)患者の左側に看護師 2 名が立ち, 98)看護師 A は下半身側に立ち, 99)看護師 B は患者の右上半身側に立ち, 100)患者の顔を見て右側によりますよ。動きますね。」と声をかけ、 101)蛇管を確認しながら 102)タオルの端を持ち 103)患者を右に体を寄せ側臥位にする。 104)その動きに合わせて看護師 B が速やかに枕を背部に挿入 105)枕に患者の身体を預けて体位を固定する。 106)両方の下肢は膝を軽く屈曲させてずらし、間に子枕を入れる。 107)足にはスポンジ枕を入れて挙上する。 108)看護師 2 名は体位の固定を確認するとベッドから離れていく。109)看護師 A はベッドを 30 度程度挙上</p>
--	--

	<p>110) モニターや患者の顔に視線を向けて</p> <p>111) 看護師 B は看護師 A の行動に合わせて</p> <p>112) 左手で患者の手を軽く押さえ、</p> <p>113) 呼吸器の蛇管やルートに目を配りながら位置を直して</p> <p>114) 看護師 B は、看護師 A とともに、患者の手を持ち上げてミトンを装着し、</p> <p>115) 抑制帯を手首にかけて</p> <p>116) 肘部の下側に肘枕を挿入</p> <p>117) 抑制帯をベッド柵に固定</p> <p>118) 看護師 A は患者の寝衣や綿布団の皺を整え</p> <p>119) モニターに視線を向けてから、ベッドから離れる。</p>
--	---

表 4 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重 要 文 脈	サブカテゴリー
<p>1)看護師 A は、陰部洗浄と清拭に必要な物品と新しいバスタオルとオムツを準備</p> <p>2)ワゴンの上に載せて患者のベッドの右の足元側に置く。</p> <p>22)ベッドサイドに置く。</p>	1) 清拭と陰部洗浄と実施するための物品準備
<p>6)顔を寄せて前かがみになり「〇〇さん、分かりますか?</p> <p>25)看護師 A はプロポフォール(鎮静剤)をフラッシュ</p> <p>27)看護師 A はフラッシュ終了後に、</p> <p>60)看護師 B は、患者の前面のケア終了後に</p>	2) 清拭と陰部洗浄実施前の鎮静・鎮静剤投与と効果の把握のための患者の意識レベルの確認
<p>55)看護師 B は、看護師 A の行動に合わせて</p> <p>56)右手で点滴ルートが邪魔にならないように移動させ、</p> <p>57)看護師 A の行動をサポートしている。</p> <p>83)フォローの看護師は離れていく。</p> <p>111)看護師 B は看護師 A の行動に合わせて</p>	3) 清拭と陰部洗浄実施中の看護師の暗黙のスムーズな行動
<p>18)寝具を外して、ベッドの足元に折り畳み、</p> <p>20)両下肢のフロートロンを除去している。</p> <p>21)除去時に膝下に入れてあった枕を除去し、</p>	4) 清拭と陰部洗浄実施のための患者の寝具類調整
<p>62)リーダーが看護師 2 名を追加する。</p> <p>96)看護師 B は、フロアの看護師に体位変換のために再度の協力を依頼</p> <p>104)その動きに合わせて看護師 B が速やかに枕を背部に挿入</p>	5) 患者の安全安楽な体位変換のための看護師の増員
<p>33)体にかかっている寝衣を下半身が見えるように上方にめくりオムツのテープをはがす。</p> <p>34)看護師 A はオムツを開けて陰部洗浄がしやすいように、両手でオムツの位置を直す。</p> <p>35)直した後に、バルンカテーテルの固定し</p>	6) 陰部洗浄前のオムツの解放とバルンカテーテル固定テープの除去

<p>たテープを除去する。</p> <p>49)寝衣を下半身にかける。</p>	
<p>38)両手で石鹸のついたガーゼを泡立てている。</p> <p>39)やや前かがみの姿勢を取り，右手に石鹸のついたガーゼを持ち，左手で陰茎を持ち行洗う。</p> <p>40)洗った後は，左手でシャワーボトルを持ち，</p> <p>41)右手で石鹸を洗い流す。</p> <p>42)終了後はガーゼで水滴をふき取っている。</p> <p>43)看護師 A は洗浄後はバルンカテーテルの固定テープを交換する</p>	<p>7)シャワーボトルと石鹸を使用した陰部洗浄の実施</p>
<p>44)看護師 B は下肢の清拭を実施している。</p> <p>45) (看護師 B が)陰部を洗浄し，下肢の清拭をしているが，</p>	<p>8)陰部洗浄と同時の下肢の清拭の実施</p>
<p>26)モニターと患者の表情を見ている。</p> <p>28)患者の表情やモニターに視線を向けながら，ベッドをフラットにする。</p> <p>29)看護師 B も患者の表情や反応を観察している。</p> <p>51)看護師 A は患者の顔に視線を向けた，</p> <p>90)看護師 A と看護師 B は患者の観察をしながら，</p> <p>92)看護師 A は患者の方を向いて</p> <p>110)モニターや患者の顔に視線を向けて</p> <p>119)モニターに視線を向けてから，ベッドから離れる。</p>	<p>9) 陰部洗浄と清拭実施中の患者の反応と表情の観察</p>
<p>52)寝衣を下半身側にめくり</p> <p>53)胸部の前面を熱布清拭後に両上肢と腋窩を拭きながら</p>	<p>10) 前胸部への熱布清拭を併用した前面の清拭の実施</p>
<p>67) 背部の清拭</p>	<p>11)背部の清拭の実施</p>
<p>47)看護師 B は洗浄に使用した(オムツの部分)を周りが汚れない様にお尻側へ(入れる)</p> <p>48)左右の(オムツの端の部分)も軽く患者の</p>	<p>12) 古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするための工夫</p>

<p>身体の下に折り込み</p> <p>68)同時に看護師 A が古いタオルとオムツを患者の下側に差し込み</p> <p>69)その後新しいオムツとバスタオルを敷く。</p> <p>81)他の看護師が古いオムツとバスタオルを抜き、</p> <p>82)新しいバスタオルとオムツを引き出し</p> <p>85)看護師 A は看護師 B と一緒にバスタオルのしわを伸ばし</p> <p>86)左右から 2 人でオムツを装着している。</p>	
<p>63)両サイドの 2 名ずつの看護師がバスタオルの端を持ち、</p> <p>64)看護師 B が「横を向きますよ」と声をかけ</p> <p>65)患者を左側臥位にする。</p>	<p>13) 清拭実施に伴う患者の安全・安楽な体位変換</p>
<p>54)患者の右手と額部の擦過傷の浸出液の観察</p> <p>70)リーダーは肩の擦過傷と背中中の挫滅創のガーゼを外し直に観察をしながら</p> <p>72)認定看護師が肩と背部の創部を生食で洗浄し、</p> <p>73)背部にはゲンタシン軟膏を塗布したガーゼを十数枚当て、パットを貼用</p> <p>74)肩にも同様の処置をしガーゼをテープで固定。</p>	<p>14) 患者の受傷部位の観察と創部処置の実施</p>
<p>79)3 人の看護師と協力しながら患者を仰臥位にしている。</p> <p>80)仰臥位後に少し患者の腰の左側を持ち上げる</p> <p>101)蛇管を確認しながら</p> <p>102)タオルの端を持ち</p> <p>103)患者を右に体を寄せ側臥位にする。</p> <p>108)看護師 2 名は体位の固定を確認するとベッドから離れていく。</p> <p>113)呼吸器の蛇管やルートに目を配りなが</p>	<p>15) 清拭実施に伴う患者の安全・安楽な側臥位への体位変換</p>

<p>ら位置を直して</p>	
<p>5)患者の右側の上半身付近に立ち 32)看護師 B は患者の下半身側に移動し 97)患者の左側に看護師 2 名が立ち、 98)看護師 A は下半身側に立ち、 99)看護師 B は患者の右上半身側に立ち、</p>	<p>16) 清拭と陰部洗浄を安全に実施するための看護師の立ち位置</p>
<p>10)看護師 A は顔を見ながら「体をふかせてくださいね。」と再度声掛けをしている。 11)看護師 B は左側に立ち、患者の顔を見ながら、体を乗り出し「手を外しますけど、 12)口の方に持っていかないでくださいね。」と声をかけ、 37)看護師 A は下半身側に移動し、「お湯をかけますね。ごめんなさいね」と声をかけながら、 50)看護師 A は患者の顔を見ながら「体をふきますね」と声をかけ 93)「ごめんなさい。足を持ち上げますよ」と声をかけ 100)患者の顔を見て右側によりますよ。動きますね。」と声をかけ、</p>	<p>17)清拭と陰部洗浄及び体位変換を実施するための説明と声掛け</p>
<p>14)患者に装着されているミトンと抑制帯を患者の手を持ち上げながら外している。 94)左右の足にストキネットをはかせ 95)フロートロンを装着 112)左手で患者の手を軽く押さえ、 114)看護師 B は、看護師 A とともに、患者の手を持ち上げてミトンを装着し、 115)抑制帯を手首にかけて 117)抑制帯をベッド柵に固定</p>	<p>18)医療安全のための患者の抑制と合併症防止</p>
<p>19)両下腿を片手で持ち上げながら 105)枕に患者の身体を預けて体位を固定する。 106)両方の下肢は膝を軽く屈曲させてずらし、間に子枕を入れる。 107)足にはスポンジ枕を入れて挙上する。</p>	<p>19) 患者の苦痛を最小限にした安全・安楽な体位の調整</p>

109)看護師 A はベッドを 30 度程度拳上 116)肘部の下側に肘枕を挿入	
89)新しい寝衣に交換 118)看護師 A は患者の寝衣や綿布団の皺を整え	20) 寝衣・寝具の皺を整える
61)リーダーに背部の擦過傷を見るところという情報を伝える 71)集中ケアの認定看護師と処置の方法について検討	21) 認定看護師による患者の受傷部位の観察と情報の共有化と治癒の評価
17)看護師 A は「ちよつとごめんなさいね」と声をかけ 66)看護師 B は患者の顔を見ながら「痛いよね」と声をかけ 77)看護師 A は患者の動きをみると患者の背部に左手をあてて 78)「痛いですね。ごめんなさいね」と患者に声をかけ 88)看護師 B は「ごめんなさいね」と患者に声をかけ	22) 背部清拭と創傷処置の痛みに配慮した行動と声掛け
4)看護師 A は処置用のエプロンを着け 8)声を掛けた後看護師 A は手袋を二重に両手に装着する。 13)処置用エプロンと手袋を装着する。 91)エプロンと手袋を外し MC ボックスに破棄	23) 清拭と陰部洗浄実施時の感染防止のためのエプロンと手袋の装着
3)周りで音がしているが、患者の表情や反応に変化はない。 15)患者はまた表情がなくなり、 16)頭を動かすなどの反応なし。 23)看護師 A が患者の下肢を動かし、声をかけても患者の表情の変化 3 なく、 24)指の動きもなく反応はない。 30)患者の動きや表情の変化は見られず 31)体には寝衣がかかっている状態である。 36)オムツのテープを剥し、少し体を触っているが患者の表情の変化はなし。	24) 仰臥位でのケア実施は鎮痛・鎮静している

<p>46)患者の表情の変化や動きはなし。 58)清拭が終わっても患者の反応はなく、 59)鎮痛剤が効いている状態 84)仰臥位になると患者の体動はなくなる。</p>	
<p>9)患者は顔を声のする方に向けようとしている。 75)側臥位時間は5分程度で患者は体動している 76)ファイティングはみられない。 87)患者は閉眼したままだが少し目が動いており、</p>	<p>25) 側臥位時の刺激による患者の微細な体動</p>

表5 場面3 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>1)看護師Cはワゴンに清拭用のタオルと陰部洗浄の必要物品を準備し、2)患者のベッドサイドの左側に行きエプロンを着用している。3)患者に「〇〇さん、今から体を拭かせてくださいね。あったかいタオルで拭きますね。」と声をかける。その後、4)ベッドの足元に移動し、両足に装着しているフロートロンを右足から外している。5)看護師Dも処置用ワゴンをベッドサイドの右側に持っていき6)エプロンを装着し、7)「〇〇さん体を拭きますよ。」と声をかけ8)寝衣を下方にずらし、9)清拭用のタオルを開き温度調節をして、前胸部にタオルを当てる。10)その間に左右の抑制帯を外している。11)看護師Dは胸部に当てたタオルで胸を拭いた後に、左右の上肢を拭いて12)清拭用のタオルをワゴンの上に置く。13)看護師Cは手袋を二重に装着した後、14)寝衣を上方にめくり、15)オムツを開けている。16)微温湯に浸したガーゼに洗浄液をつけ泡立て、陰部洗浄の準備をしている。17)看護師Cは患者に「おしもをきれいにさせてくださいね。」と声をかけて、18)バルンカテーテルの固定テープを外した。19)患者の反応はない。20)看護師Cは、患者のほうに顔を向けて「おしもを流しますね。」と言いながら、21)左手で陰茎を持ち右手でガーゼを持ち洗浄をしている。22)洗浄後は石鹸のついた一枚目の手袋を外しゴミ袋に入れ、23)微温湯の入ったボトルで陰部を洗い流し、24)その後は乾いたガーゼで拭き取っている。25)石鹸のついたガーゼと拭き終わったガーゼは、ワゴンの上の空いたビニール袋に</p>	<p>1)看護師Cはワゴンに清拭用のタオルと陰部洗浄の必要物品を準備 2)患者のベッドサイドの左側に行きエプロンを着用している 3)患者に「〇〇さん、今から体を拭かせてくださいね。あったかいタオルで拭きますね。」と声をかける。 4)ベッドの足元に移動し、両足に装着しているフロートロンを右足から外している。 5)看護師Dも処置用ワゴンをベッドサイドの右側に持っていき 6)エプロンを装着 7)「〇〇さん体を拭きますよ。」と声をかけ 8)寝衣を下方にずらし、 9)清拭用のタオルを開き温度調節をして、前胸部にタオルを当てる。10)その間に左右の抑制帯を外している。 11)看護師Dは胸部に当てたタオルで胸を拭いた後に、左右の上肢を拭いて 12)清拭用のタオルをワゴンの上に置く。 13)看護師Cは手袋を二重に装着 14)寝衣を上方にめくり、 15)オムツを開けている。 16)微温湯に浸したガーゼに洗浄液をつけ泡立てて、陰部洗浄の準備をしている。 17)看護師Cは患者に「おしもをきれいにさせてくださいね。」と声をかけ 18)バルンカテーテルの固定テープを外した。 19)患者の反応はない。 20)看護師Cは、患者のほうに顔を向けて「おしもを流しますね。」と言</p>

<p>入れている。26) <u>洗浄後にバルンカテーテルの固定を反対の右側に変更した。</u> 27) <u>患者が開眼すると看護師 C は覗き込み「痛い? 」と聞くが</u> 28) <u>患者の反応はない。</u> 29) 「<u>苦しい?</u>」と聞くが 30) <u>患者の反応はない。</u> 31) 「<u>大丈夫?</u>」と聞くが 32) <u>患者の反応はない。</u> 33) 「<u>寒い?</u>」と聞くが 34) <u>患者の反応はない。</u> 35) 「<u>水?</u>」と聞くと 36) <u>患者は軽く頷いている。</u> 37) 「<u>水?</u>」と再度聞くと 38) <u>患者が頷く。</u> 39) 「<u>喉が渴いた?</u>」と聞くと 40) <u>微かに頷く。</u> 41) 「<u>今は水が飲まれんけん、後で口の中をきれいにしましょうね。</u>」と言うと 42) <u>患者は前方を見ている。</u> 43) 「<u>〇〇さん、ここ病院。</u>」と言うが 44) <u>患者は前方を見ている。</u> 45) 「<u>わかりますか?</u>」と聞くが 46) <u>患者は前方を見ている。</u> 47) 「<u>ここは〇〇の〇〇病院。今入院していますからね。</u>」と説明するが 48) <u>患者は前方を見ている。</u> 49) 「<u>どこか痛い?</u>」と聞くが 50) <u>患者は前方を見ている。</u> 51) 「<u>おなかが痛い?</u>」と聞くが 52) <u>患者は前方を見ている。</u> 53) 「<u>喉が痛い?</u>」と聞くと 54) <u>患者は前方をみたま、右手が少し動いている。</u> 55) 「<u>今、管が入っていますからね。</u>」と説明すると 56) <u>患者は前方をみたま、右手を少し動かしている。</u> 57) 「<u>くらられるのが嫌?</u>」と聞くと 58) <u>患者は前方をみたま、右手を少し動かす。</u> 59) 「<u>今、大事な管を入れているから、ごめんなさいね。</u>」と説明すると 60) <u>患者は前方をみたまで動かない。</u> 61) <u>看護師 D は上半身の清拭後は右手の創部のガーゼを外し傷の状態を観察し、62) 消毒後にゲンタシン軟膏を塗布しガーゼを当て、テープで固定している。</u> 63) <u>看護師 C は患者の創部の近くを手で触りながら</u> 64) 「<u>ここ、痛い?</u>」と聞くが 65) <u>患者の反応はない。</u> 66) 「<u>わからん?</u>」と聞く</p>	<p>21) <u>左手で陰茎を持ち右手でガーゼを持ち洗浄をしている。</u> 22) <u>洗浄後は石鹸のついた一枚目の手袋を外しゴミ袋に入れ、</u> 23) <u>微温湯の入ったボトルで陰部を洗い流し、</u> 24) <u>その後は乾いたガーゼで拭き取っている。</u> 25) <u>石鹸のついたガーゼと拭き終わったガーゼは、ワゴンの上の空いたビニール袋に入れて</u>いる。 26) <u>洗浄後にバルンカテーテルの固定を反対の右側に変更した。</u> 27) <u>患者が開眼すると看護師 C は覗き込み「痛い? 」と聞く</u> 28) <u>患者の反応はない。</u> 29) 「<u>苦しい?</u>」と聞く 30) <u>患者の反応はない。</u> 31) 「<u>大丈夫?</u>」と聞く 32) <u>患者の反応はない。</u> 33) 「<u>寒い?</u>」と聞く 34) <u>患者の反応はない。</u> 35) 「<u>水?</u>」と聞く 36) <u>患者は軽く頷いている。</u> 37) 「<u>水?</u>」と再度聞く 38) <u>患者が頷く。</u> 39) 「<u>喉が渴いた?</u>」と聞く 40) <u>微かに頷く。</u> 41) 「<u>今は水が飲まれんけん、後で口の中をきれいにしましょうね。</u>」と言う 42) <u>患者は前方を見ている。</u> 43) 「<u>〇〇さん、ここ病院。</u>」と言う 44) <u>患者は前方を見ている。</u> 45) 「<u>わかりますか?</u>」と聞く 46) <u>患者は前方を見ている。</u> 4 47) 「<u>ここは〇〇の〇〇病院。今入院してい</u></p>
--	--

<p>が 67) <u>患者の反応はない。</u> 68) <u>「全部しんどい?」と聞く</u>が 69) <u>患者の反応はない。</u> 70) <u>「しんどいね。」と声をかける。</u> 71) <u>患者の反応はなく閉眼している。</u> 72) <u>看護師 C は清拭用のタオルを持ち右手のミトンを外してを清拭し、</u> 73) <u>「ごめんなさいね。」と声をかけた。</u> 74) <u>看護師 D も新しい清拭用のタオルを持ち「手袋をさせてくださいね。」と声をかけて</u> 75) <u>ミトンと抑制帯を患者に装着している。</u> 76) <u>患者の反応はない。</u> 77) <u>看護師 D は新しいオムツとバスタオルを準備している。</u>その後、78) <u>看護師 C は「これから、肩の傷にもお薬を塗りますね。」と説明しているが</u> 79) <u>患者の反応はない。</u> 80) <u>「背中も拭きますよ。」と声をかけるが</u> 81) <u>患者の反応はない。</u> 82) <u>「痛い?」と患者に声をかけて</u>いるが 83) <u>患者の反応はない。</u> 84) <u>看護師 D がフロアに声を掛け看護師をもう 1 人呼ぶ。</u> 85) <u>応援の看護師は看護師 C が上半身側に移動したため下半身側に立つ。</u> 86) <u>看護師の C の「せーの」の声掛けで、バスタオルの端を持ち、</u> 87) <u>患者を持ち上げながら右側に寄せ、</u> 88) <u>すぐに左側臥位にしている。</u> 89) <u>呼吸器の蛇管は看護師 C が調整している。</u> 90) <u>患者の足はやや膝を屈曲した形で重なっている。</u> 91) <u>看護師 D が「拭きますね。」と患者に声をかけ、</u> 92) <u>背部の清拭を実施する。</u> 93) <u>背部と肩のガーゼを外して消毒しゲンタシン軟膏を塗布後、ガーゼとパッドを当てている。</u> 94) <u>看護師 D は古いバスタオルとおむつを患者の身体の下に丸めており込み、</u> 95) <u>新しいオムツとバスタオルを広げてシートの上にセットする。</u> 96) <u>新しいオムツはズレない様に患者の臀部の部分に当てている。</u> 97) <u>看護師 C は看護師 D の動きに合わせて</u> 98) <u>「背中を拭きますね。」と患者に声</u></p>	<p>ますからね。」と説明する 48) 患者は前方を見ている。 49) 「どこか痛い?」と聞く 50) 患者は前方を見ている。5 51) 「おなかが痛い?」と聞く 52) 患者は前方を見ている 53) 「喉が痛い?」と聞くと 54) 患者は前方をみたま、右手が少し動いている。 55) 「今、管が入っていますからね。」と説明する 56) 患者は前方をみたま、右手を少し動かしている。 57) 「くくられるのが嫌?」と聞く 58) 患者は前方をみたま、右手を少し動かす。 59) 「今、大事な管を入れているから、ごめんなさいね。」と説明する 60) 患者は前方をみたままで動かない。 61) 看護師 D は上半身の清拭後は右手の創部のガーゼを外し傷の状態を観察 62) 消毒後にゲンタシン軟膏を塗布しガーゼを当て、テープで固定 63) 看護師 C は患者の創部の近くを手で触りながら 64) 「ここ、痛い?」と聞く 65) 患者の反応はない。 66) 「わからん?」と聞く 67) 患者の反応はない。 68) 「全部しんどい?」と聞く 69) 患者の反応はない。 70) 「しんどいね。」と声をかける 71) 患者の反応はなく閉眼している。 72) 看護師 C は清拭用のタオルを持ち右手のミトンを外して清拭 73) 「ごめんなさいね。」と声をかけた。</p>
--	--

<p>をかけているが 99) 患者の反応はない。100) 「ごめんなさいね。」と患者に声をかけているが 101) 患者の反応はない。102) 準備が終わった後、看護師 3 名でバスタオルの端を持ち 103) 看護師 C の「せいの。」の声掛けで仰臥位に戻す。104) 患者はバックグしたため、105) 看護師 C が「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている。106) 患者からは痰の絡んだ音が聞こえ、107) 眉間に皺を寄せている。108) 「ちょっと痰をとりますね。」と患者に声をかける。109) 患者は軽いバックグをしている。110) 看護師 C は手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄し、111) 手をベッドサイドの擦式消毒を施行し、112) 患者の頭側に移動し閉鎖式で吸引を実施する。113) 時々患者は軽くバックグしており、114) 眉間に皺を寄せて、両足が少し動いている。115) 看護師 C は 2 回吸引を実施している。116) 看護師 D は抑制帯を左手に持ち右手で患者の両膝を抑え、117) モニターを見ている。118) 看護師 D は看護師 C の吸引終了後に手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄する。119) 看護師 C は吸引終了後にワゴンを片付ける。</p>	<p>74) 看護師 D も新しい清拭用のタオルを持ち「手袋をさせてくださいね。」と声をかけ 75) ミトンと抑制帯を患者に装着 76) 患者の反応はない。 77) 看護師 D は新しいオムツとバスタオルを準備 78) 看護師 C は「これから、肩の傷にもお薬を塗りますね。」と説明 79) 患者の反応はない。 80) 「背中也拭きますよ。」と声をかける 81) 患者の反応はない。 82) 「痛い?」と患者に声をかけて 83) 患者の反応はない。 84) 看護師 D がフロアに声を掛け看護師をもう 1 人呼ぶ。 85) 応援の看護師は看護師 C が上半身側に移動したため下半身側に立つ。 86) 看護師の C の「せいの。」の声掛けで、バスタオルの端を持ち、 87) 患者を持ち上げながら右側に寄せ、 88) すぐに左側臥位にしている。 89) 呼吸器の蛇管は看護師 C が調整 90) 患者の足はやや膝を屈曲した形で重なっている。 91) 看護師 D が「拭きますね。」と患者に声をかけ、 92) 背部の清拭を実施 93) 背部と肩のガーゼを外して消毒しゲンタシン軟膏を塗布後、ガーゼとパッドを当てている。 94) 看護師 D は古いバスタオルとおむつを患者の身体の下に丸めており込み、 95) 新しいオムツとバスタオルを広げてシーツの上にセット 96) 新しいオムツはズレない様に患者の臀</p>
--	--

	<p>部の部分に当てている。</p> <p>97) 看護師 C は看護師 D の動きに合わせて</p> <p>98) 「背中を拭きますね。」と患者に声をかけている</p> <p>99) 患者の反応はない。</p> <p>100) 「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている</p> <p>101) 患者の反応はない。</p> <p>102) 準備が終わった後、看護師 3 名でバスタオルの端を持ち</p> <p>103) 看護師 C の「せーの。」の声掛けで仰臥位に戻す。</p> <p>104) 患者はバックグしたため、</p> <p>105) 看護師 C が「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている。</p> <p>106) 患者からは痰の絡んだ音が聞こえ、</p> <p>107) 眉間に皺を寄せている。</p> <p>108) 「ちょっと痰をとりますね。」と患者に声をかける。</p> <p>109) 患者は軽いバックグをしている。</p> <p>110) 看護師 C は手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄</p> <p>111) 手をベッドサイドの擦式消毒を施行</p> <p>112) 患者の頭側に移動し閉鎖式で吸引を実施する。</p> <p>113) 時々患者は軽くバックグ</p> <p>114) 眉間に皺を寄せて、両足が少し動いている。</p> <p>115) 看護師 C は 2 回吸引を実施</p> <p>116) 看護師 D は抑制帯を左手に持ち右手で患者の両膝を抑え、</p> <p>117) モニターを見ている。</p> <p>118) 看護師 D は看護師 C の吸引終了後に手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄</p> <p>119) 看護師 C は吸引終了後にワゴンを片付ける。</p>
--	--

表 6 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重 要 文 脈	サブカテゴリー
<p>1)看護師 C はワゴンに清拭用のタオルと陰部洗浄の必要物品を準備</p> <p>2)患者のベッドサイドの左側に行きエプロンを着用している</p> <p>6)エプロンを装着</p> <p>13)看護師 C は手袋を二重に装着</p>	<p>1)清拭と陰部洗浄の必要物品と感染防止のエプロンと手袋の着用</p>
<p>4)ベッドの足元に移動し、両足に装着しているフロートロンを右足から外している。</p> <p>5)看護師 D も処置用ワゴンをベッドサイドの右側に持っていき</p> <p>10)その間に左右の抑制帯を外している。</p>	<p>2)清拭・陰部洗浄のための患者の準備</p>
<p>3)患者に「〇〇さん、今から体を拭かせてくださいね。あったかいタオルで拭きますね。」と声をかける。</p> <p>7)「〇〇さん体を拭きますよ。」と声をかけ</p>	<p>3)清拭実施に伴う患者への説明</p>
<p>8)寝衣を下方にずらし、</p> <p>9)清拭用のタオルを開き温度調節をして、前胸部にタオルを当てる。</p> <p>11)看護師 D は胸部に当てたタオルで胸を拭いた後に、左右の上肢を拭いて</p> <p>12)清拭用のタオルをワゴンの上に置く。</p>	<p>4)前胸部の熱布清拭と両上肢の清拭</p>
<p>14)寝衣を上方にめくり、</p> <p>15)オムツを開けている。</p> <p>16)微温湯に浸したガーゼに洗浄液をつけ泡立てて、陰部洗浄の準備をしている。</p> <p>17)看護師 C は患者に「おしもをきれいにさせてくださいね。」と声をかけ</p> <p>18)バルンカテーテルの固定テープを外した。</p> <p>20)看護師 C は、患者のほうに顔を向けて「おしもを流しますね。」と言ひ</p> <p>21)左手で陰茎を持ち右手でガーゼを持ち洗浄をしている。</p>	<p>5)陰部洗浄実施と看護師の声掛け</p>

<p>23)微温湯の入ったボトルで陰部を洗い流し、</p> <p>24)その後は乾いたガーゼで拭き取っている。</p> <p>25)石鹸のついたガーゼと拭き終わったガーゼは、ワゴンの上の空いたビニール袋に入れている。</p> <p>26)洗浄後にバルンカテーテルの固定を反対の右側に変更した。</p>	
<p>19)患者の反応はない。</p> <p>28) 患者の反応はない。</p> <p>30) 患者の反応はない。</p> <p>32) 患者の反応はない。</p> <p>34) 患者の反応はない。</p> <p>65) 患者の反応はない。</p> <p>67) 患者の反応はない。</p> <p>69) 患者の反応はない。</p> <p>76) 患者の反応はない。</p> <p>79) 患者の反応はない。</p> <p>81) 患者の反応はない。</p> <p>83) 患者の反応はない。</p> <p>99) 患者の反応はない。</p> <p>101) 患者の反応はない。</p>	<p>6)清拭・陰部洗浄実施中の刺激による患者の反応はない</p>
<p>42)患者は前方を見ている。</p> <p>44) 患者は前方を見ている。</p> <p>46) 患者は前方を見ている。</p> <p>48) 患者は前方を見ている。</p> <p>50) 患者は前方を見ている。</p> <p>52) 患者は前方を見ている。</p> <p>60) 患者は前方を見ている。</p> <p>71) 患者は前方を見ている。</p>	<p>7)患者は開眼しているが前方を向いたままである</p>
<p>43)「〇〇さん、ここ病院。」と言う</p> <p>45)「わかりますか?」と聞く</p> <p>47)「ここは〇〇の〇〇病院。今入院していますからね。」と説明する</p> <p>55)「今、管が入っていますからね。」と説</p>	<p>8)意識レベルの確認と患者に入院して治療中であることの説明</p>

<p>明する</p> <p>59)「今、大事な管を入れているから、ごめんなさいね。」と説明する</p>	
<p>31)「大丈夫?」と聞く</p> <p>70)「しんどいね。」と声をかける</p> <p>73)「ごめんなさいね。」と声をかけた。</p> <p>100)「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている</p> <p>105)看護師 C が「ごめんなさいね。」と患者に声をかけている。</p>	<p>9)清拭・陰部洗浄実施中の患者に苦痛を与えたという看護師の気づかいと謝罪の声掛け</p>
<p>54)患者は前方をみたまま、右手が少し動いている。</p> <p>56)患者は前方をみたまま、右手を少し動かしている。</p> <p>58)患者は前方をみたまま、右手を少し動かす。</p>	<p>10)半覚醒状態で患者の右手が少し動く</p>
<p>84)看護師 D がフロアに声を掛け看護師をもう 1 人呼ぶ。</p> <p>85)応援の看護師は看護師 C が上半身側に移動したため下半身側に立つ。</p> <p>97)看護師 C は看護師 D の動きに合わせて</p>	<p>11)看護師の増員と暗黙の行動</p>
<p>61)看護師 D は上半身の清拭後は右手の創部のガーゼを外し傷の状態を観察</p> <p>62)消毒後にゲンタシン軟膏を塗布しガーゼを当て、テープで固定</p> <p>63)看護師 C は患者の創部の近くを手で触りながら</p> <p>78)看護師 C は「これから、肩の傷にもお薬を塗りますね。」と説明</p> <p>93)背部と肩のガーゼを外して消毒しゲンタシン軟膏を塗布後、ガーゼとパッドを当てている。</p>	<p>12)創傷処置の実施と説明及び受傷部位の観察</p>
<p>57)「くくられるのが嫌?」と聞く</p> <p>72)看護師 C は清拭用のタオルを持ち右手のミトンを外して清拭</p> <p>74) 看護師 D も新しい清拭用のタオルを持</p>	<p>13)患者の手を清拭し、ミトンと抑制帯を再装着</p>

<p>ち「手袋をさせてくださいね。」と声をかけ 75)ミトンと抑制帯を患者に装着</p>	
<p>77)看護師 D は新しいオムツとバスタオルを準備 94)看護師 D は古いバスタオルとおむつを患者の身体の下に丸めており込み、 95)新しいオムツとバスタオルを広げてシーツの上にセット 96)新しいオムツはズレない様に患者の臀部の部分に当てている。</p>	<p>14)古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルに交換する際の体位変換を最小にするための工夫</p>
<p>80)「背中も拭きますよ。」と声をかける 91)看護師 D が「拭きますね。」と患者に声をかけ、 92)背部の清拭を実施 98)「背中を拭きますね。」と患者に声をかけている</p>	<p>15)背部清拭実施中の声掛け</p>
<p>86)看護師の C の「せーの」の声掛けで、バスタオルの端を持ち、 87)患者を持ち上げながら右側に寄せ、 88)すぐに左側臥位にしている。 89)呼吸器の蛇管は看護師 C が調整 90)患者の足はやや膝を屈曲した形で重なっている。 102)準備が終わった後、看護師 3 名でバスタオルの端を持ち 103)看護師 C の「せーの」の声掛けで仰臥位に戻す。</p>	<p>16)安全・安楽な体位変換と ME 機器の調整</p>
<p>27)患者が開眼すると看護師 C は覗き込み「痛い? 」と聞く 29)「苦しい? 」と聞く 33)「寒い? 」と聞く 49)「どこか痛い? 」と聞く 51)「おなかが痛い? 」と聞く 53)「喉が痛い? 」と聞くと 64)「ここ、痛い? 」と聞く 66)「わからん? 」と聞く</p>	<p>17)患者の身体的苦痛を確認するための頻回なコミュニケーション</p>

<p>68)「全部しんどい?」と聞く 82)「痛い?」と患者に声をかけて 107)眉間に皺を寄せている。 114)眉間に皺を寄せて、両足が少し動いている。</p>	
<p>35)「水?」と聞く 36)患者は軽く頷いている。 37)「水?」と再度聞く 38)患者が頷く。 39)「喉が渴いた?」と聞く 40)微かに頷く。 41)「今は水が飲まれんけん、後で口の中をきれいにしましょうね。」と言う</p>	<p>18)患者の水への欲求の確認と飲水禁・口腔ケアの説明</p>
<p>22)洗浄後は石鹸のついた一枚目の手袋を外しゴミ袋に入れ、 110)看護師 C は手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄 111)手をベッドサイドの擦式消毒を施行 118)看護師 D は看護師 C の吸引終了後に手袋とエプロンを外して MC ボックスに破棄</p>	<p>19)陰部洗浄と清拭に使用した感染防止のエプロンと手袋の破棄</p>
<p>104)患者はバックグしたため、 106)患者からは痰の絡んだ音が聞こえ、 109)患者は軽いバックグをしている。 113)時々患者は軽くバックグ</p>	<p>20)清拭・陰部洗浄終了後の患者の反応</p>
<p>108)「ちょっと痰をとりますね。」と患者に声をかける。 112)患者の頭側に移動し閉鎖式で吸引を実施する。 115)看護師 C は 2 回吸引を実施 116)看護師 D は抑制帯を左手に持ち右手で患者の両膝を抑え、 119)看護師 C は吸引終了後にワゴンを片付ける。</p>	<p>21)看護師による吸引の実施と吸引中の患者の抑制</p>
<p>117)モニターを見ている。</p>	<p>22)清拭実施後のモニターの観察</p>

表7 場面4 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>1)看護師 C は看護師 D に口腔ケアをすることを伝え 2)必要物品をトレイに入れワゴンに準備した。その後、3) ICU 内にいた医師に口腔内の洗浄の依頼をしている。4) 医師は「じゃあ、しようか。」と返事をし 5) 処置用のエプロンを着け患者の頭側に立ち、6) プロポフォールを 2ml フラッシュする。7) 看護師 D は患者の頭の右横に立ち 8) 医師に手袋を渡す。9) 看護師 D も手袋を装着して、10) 口腔用の吸引チューブを取り出し、11) 吸引器の圧を上げて準備をする。12) 看護師 C は患者のベッドサイド右側の下半身側に立ち、13) 吸引物品が準備してあるワゴンの上に、必要物品の入ったトレイを置く。14) コップの中に蒸留水とイソジンガーグルを 3 滴たらしめて洗浄液を作り、15) 注射器を袋から出してコップに入れる。16) 看護師 C は「ちよつとごめんなさいね。」と患者に声をかけ、17) 両膝を軽く押さえている。18) 医師が挿管チューブ・胃管の固定テープを除去し 19) 閉鎖式で気管吸引を施行する。終了後に 20) 看護師 D が「痰をとりますよ。」と患者に声をかけながら 21) 口腔吸引を実施する。22) 医師は 20cc の注射器で口腔内の洗浄をすると、23) 看護師 D が吸引している。24) 看護師 D は医師の行動を確認し、25) 洗浄液が少なくなるとコップに入った洗浄液を医師の手の近くに渡している。26) 吸引後はチューブに蒸留水を通した後に 27) MC ボックスに廃棄し 28) 吸引器の圧を下げていく。29) 洗浄が終了すると看護師 C は歯ブラシを医師に渡している。30) 口腔洗浄の進行に併せて、患者の表情や動きを観察して</p>	<p>1) 看護師 C は看護師 D に口腔ケアをすることを伝え 2) 必要物品をトレイに入れワゴンに準備 3) ICU 内にいた医師に口腔内の洗浄の依頼 4) 医師は「じゃあ、しようか。」と返事 5) 処置用のエプロンを着け患者の頭側に立ち、 6) プロポフォールを 2ml フラッシュ 7) 看護師 D は患者の頭の右横に立ち 8) 医師に手袋を渡す。 9) 看護師 D も手袋を装着 10) 口腔用の吸引チューブを取り出し、 11) 吸引器の圧を上げて準備 12) 看護師 C は患者のベッドサイド右側の下半身側に立ち、 13) 吸引物品が準備してあるワゴンの上に、必要物品の入ったトレイを置く。 14) コップの中に蒸留水とイソジンガーグルを 3 滴たらしめて洗浄液を作り、 15) 注射器を袋から出してコップに入れる。 16) 看護師 C は「ちよつとごめんなさいね。」と患者に声をかけ、 17) 両膝を軽く押さえている。 18) 医師が挿管チューブ・胃管の固定テープを除去し 19) 閉鎖式で気管吸引を施行 20) 看護師 D が「痰をとりますよ。」と患者に声をかけ 21) 口腔吸引を実施 22) 医師は 20cc の注射器で口腔内の洗浄を 23) 看護師 D が吸引 24) 看護師 D は医師の行動を確認 25) 洗浄液が少なくなるとコップに入った</p>

<p>いる。31) <u>ブラッシングが終わると歯ブラシを医師から受け取り、32) トレイに入れている。</u> 33) <u>看護師 D は「髭をそりますね。」と患者に声をかけ、34) ベッドの頭元側の棚から患者の髭剃りを出し 35) 髭を剃っている。</u> 36) <u>髭を剃った後は洗面用タオルで拭いている。</u> 37) <u>看護師 C は挿管チューブを持ち把持し、38) 医師が固定テープで固定している。</u> 39) <u>バイトブロックを挿入後医師はベッドから離れ、40) 手袋と処置用エプロンを MC ボックスに破棄している。</u> 41) <u>看護師 C と D がテープの固定をしようとする、42) 集中ケア認定の看護師が患者のベッドサイドの左側に立つ。</u> 43) <u>認定看護師は 1 度自分が実際に挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方のモデルを示し、44) 次に看護師 C が実施する。</u> 終了後は、45) <u>看護師 D は手袋とエプロンを外し、46) MC ボックスに破棄する。</u> 47) <u>看護師 C は「終わりましたよ」と患者に声をかけ、48) 寝衣や毛布の皺を直して 49) トレイを持ち離れ、50) 必要物品を片付けた後、51) 洗浄した歯ブラシを定位置に戻す。</u></p>	<p>洗浄液を医師の手の近くに渡して 26) 吸引後はチューブに蒸留水を通した 27) MC ボックスに廃棄 28) 吸引器の圧を下げている。 29) 洗浄が終了すると看護師 C は歯ブラシを医師に渡して 30) 口腔洗浄の進行に併せて、患者の表情や動きを観察 31) ブラッシングが終わると歯ブラシを医師から受け取り、 32) トレイに入れている。 33) 看護師 D は「髭をそりますね。」と患者に声をかけ、 34) ベッドの頭元側の棚から患者の髭剃りを出し 35) 髭を剃っている。 36) 髭を剃った後は洗面用タオルで拭いている。 37) 看護師 C は挿管チューブを持ち把持し、 38) 医師が固定テープで固定 39) バイトブロックを挿入後医師はベッドから離れ、 40) 手袋と処置用エプロンを MC ボックスに破棄 41) 看護師 C と D がテープの固定 42) 集中ケア認定の看護師が患者のベッドサイドの左側に立つ。 43) 認定看護師は 1 度自分が実際に挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方のモデルを示し 44) 次に看護師 C が実施 45) 看護師 D は手袋とエプロンを外し、 46) MC ボックスに破棄 47) 看護師 C は「終わりましたよ」と患者に声をかけ、 48) 寝衣や毛布の皺を直して</p>
---	---

	49) トレイを持ち離れ、 50) 必要物品を片付け 51) 洗浄した歯ブラシを定位置に戻す。
--	---

表 8 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重 要 文 脈	サブカテゴリー
2)必要物品をトレイに入れワゴンに準備 3)ICU 内にいた医師に口腔内の洗浄の依頼 4)医師は「じゃあ、しょうか。」と返事 8)医師に手袋を渡す。 9)看護師 D も手袋を装着	1)口腔内洗浄実施のための必要物品の準備と口腔内洗浄実施者である医師との連絡調整
1)看護師 C は看護師 D に口腔ケアをすることを伝え 47)看護師 C は「終わりましたよ」と患者に声をかけ、 20)看護師 D が「痰をとりますよ。」と患者に声をかけ	2)口腔内洗浄実施前中後の患者への声掛け
6)プロポフォールを 2ml フラッシュ 30)口腔洗浄の進行に併せて、患者の表情や動きを観察	3)口腔内洗浄実施のための鎮痛・鎮静剤の投与と口腔内実施中の効果の確認
10)口腔用の吸引チューブを取り出し 11)吸引器の圧を上げて準備 13)吸引物品が準備してあるワゴンの上に、必要物品の入ったトレイを置く。 14)コップの中に蒸留水とイソジンガーグルを 3 滴たらして洗浄液を作り、 15)注射器を袋から出してコップに入れる。	4)口腔ケア・洗浄実施のための吸引と必要物品の準備
5)処置用のエプロンを着け患者の頭側に立ち、 7)看護師 D は患者の頭の右横に立ち 12)看護師 C は患者のベッドサイド右側の下半身側に立ち、 16)看護師 C は「ちよつとごめんなさいね。」と患者に声をかけ、 17)両膝を軽く押さえている。 18)医師が挿管チューブ・胃管の固定テープを除去し 19)閉鎖式で気管吸引を施行 21)口腔吸引を実施	5)口腔内洗浄実施中の医師への円滑な介助技術

<p>22)医師は 20cc の注射器で口腔内の洗浄を 23)看護師 D が吸引 24)看護師 D は医師の行動を確認 25)洗浄液が少なくなるとコップに入った洗浄液を医師の手の近くに渡して 26)吸引後はチューブに蒸留水を通した 28)吸引器の圧を下げています。 29)洗浄が終了すると看護師 C は歯ブラシを医師に渡して 31)ブラッシングが終わると歯ブラシを医師から受け取り、 32)トレイに入れている。 42)集中ケア認定の看護師が患者のベッドサイドの左側に立つ。</p>	
<p>40)手袋と処置用エプロンを MC ボックスに破棄 27)MC ボックスに廃棄 45)看護師 D は手袋とエプロンを外し、 46)MC ボックスに破棄</p>	<p>6)口腔内洗浄に使用した物品の MC ボックスへの破棄</p>
<p>37)看護師 C は挿管チューブを持ち把持し、 38)医師が固定テープで固定 39)バイトブロックを挿入後医師はベッドから離れ、 41)看護師 C と D がテープの固定</p>	<p>7)口腔内洗浄実施後の安全・安楽な挿管チューブとバイトブロックの固定</p>
<p>33)看護師 D は「髭をそりますね。」と患者に声をかけ、 34)ベッドの頭元側の棚から患者の髭剃りを出し 35)髭を剃っている。 36)髭を剃った後は洗面用タオルで拭いている。</p>	<p>8)口腔内洗浄時の髭剃りの実施</p>
<p>43)認定看護師は 1 度自分が実際に挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方のモデルを示し 44)次に看護師 C が実施</p>	<p>9)認定看護師による看護師に対する挿管チューブとバイトブロックの固定テープの貼り方モデルの提示</p>
<p>48)寝衣や毛布の皺を直して</p>	<p>10)口腔内洗浄施行後の寝具・寝衣の調整</p>

49)トレイを持ち離れ、 50)必要物品を片付け 51)洗淨した歯ブラシを定位置に戻す	と必要物品の後片付け
---	------------

表9 場面5 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>1)レントゲン技師が来棟し、患者の右側に立つ。2)受け持ち看護師Eが左側に3)看護師Fが患者右側に立つ。4)看護師Eは「〇〇さん、わかりますか?」と患者に声をかけるが、5)患者の反応はない。6)「背中のクッションを取りますね。」と声をかけるが、7)患者の反応はなく、8)看護師Eがクッションを取ろうと右手をのばした時、9)看護師Fが「ガバッと取ったら痛いからゆっくりとね。」と注意している。10)看護師Eは「〇〇さんごめんなさいね。」と声をかけるが11)患者の反応はない。12)(看護師Eは)「レントゲンですよ。」と声をかけるが、13)患者の反応はない。14)右手でゆっくりとクッションを外した。15)看護師Fが「〇〇さんちょっとごめんなさいね。」と患者に声をかけると、16)患者は眉間に皺を少し寄せた。17)看護師Fは「レントゲンを撮りますね。」と患者に再度声をかけて、18)(看護師Fは)患者の心電図モニターを外している。19)患者の両上肢が僅かに動く20)看護師Fは「ごめんなさいね。」と声をかけた。21)両手でモニターを外しているが、22)患者の反応はない。23)患者の左の頭元にコードを置いている。24)看護師Eは、チューブ類にゆとりを持たせてゆっくりとベッドに近づけている。25)看護師Fは点滴ルートを安全な場所に置く。26)レントゲン技師と看護師EFはバスタオルの端を持ち、27)レントゲン技師の「入れますよ。」の声で28)患者の上半身の下にレントゲンキャストを入れる。29)看護師EFは、患者から4~5m離れるが、30)患者が見える位置に立っている。レントゲ</p>	<p>1)レントゲン技師が来棟し、患者の右側に立つ。 2)受け持ち看護師Eが左側 3)看護師Fが患者右側に立つ。 4)看護師Eは「〇〇さん、わかりますか?」と患者に声をかける 5)患者の反応はない。 6)「背中のクッションを取りますね。」と声をかける 7)患者の反応はなく、 8)看護師Eがクッションを取ろうと右手をのばした時、 9)看護師Fが「ガバッと取ったら痛いからゆっくりとね。」と注意 10)看護師Eは「〇〇さんごめんなさいね。」と声をかける 11)患者の反応はない。 12)(看護師Eは)「レントゲンですよ。」と声をかける 13)患者の反応はない。 14)右手でゆっくりとクッションを外した。 15)看護師Fが「〇〇さんちょっとごめんなさいね。」と患者に声をかける 16)患者は眉間に皺を少し寄せた。 17)看護師Fは「レントゲンを撮りますね。」と患者に再度声をかけ 18)(看護師Fは)患者の心電図モニターを外している。 19)患者の両上肢が僅かに動く 20)看護師Fは「ごめんなさいね。」と声をかけた。 21)両手でモニターを外しているが、</p>

<p>ンが終了すると、31) <u>看護師 F が「終わりましたよ。」と声をかけると</u> 32) <u>眉間に皺をよせ、</u> 33) <u>(患者の)右手が少し動いている。</u> 34) <u>(看護師 F が)「ごめんなさいね。」と声をかけると、</u> 35) <u>患者は右手を少し動かす。</u> 36) <u>レントゲン技師が「取りますよ。」と声をかけ</u> 37) <u>3人でバスタオルの端を持ち患者を抱え上げ、</u> 38) <u>レントゲン技師がレントゲンのカストを左手で取出すと、</u> 39) <u>患者の体をゆっくりとベッドにおろす。</u> 40) <u>看護師 F は「今日、管が取れるかもしれませんよ。」と患者に声をかけると、</u> 41) <u>患者はわずかに頭を振っている。</u> 42) <u>(看護師 F は)「頑張りましょうね。」と患者の顔を見ながら声をかけ</u> 43) <u>(看護師 F は)挿管チューブの位置を直している。</u> 44) <u>看護師 E は点滴ルートの滴下速度の確認・胸腔ドレーンの確認を行っている。</u> 45) <u>左右の下肢に装着しているフロートロンを外し、</u> 46) <u>左右のストキネットを外し</u> 47) <u>皮膚の状態を観察した。</u> 48) <u>観察後はストキネットとフロートロンを再装着した。</u> 49) <u>次にベッド柵から両手の抑制帯を外し、</u> 50) <u>皮膚の状態を観察した。</u> 51) <u>この時、患者は首と頭を動かして左側を向いている。</u> 52) <u>看護師 F は「ちょっとごめんなさいね。胸のテープをはがしますよ。」と声をかけると</u> 53) <u>患者は僅かに顔をしかめる。</u> 54) <u>患者の額にはうっすらと汗が浮かんでいる。</u> 55) <u>(看護師 F が)「暑いですか?」と患者に声をかけると、</u> 56) <u>患者は閉眼したまま目を動かしている。</u> 57) <u>寝衣を腰のあたりまで下げ、</u> 58) <u>バスタバンドとタオルを外し</u> 59) <u>胸部の観察を行った。</u> 60) <u>看護師 F は観察後胸部のタオルとバスタバンドを再装着した。</u> 61) <u>看護師 E は患者の方に体を近づけ</u> 62) <u>「暑いですか?」と声をかけると</u> 63)</p>	<p>22) <u>患者の反応はない。</u> 23) <u>患者の左の頭元にコードを置いている。</u> 24) <u>看護師 E は、チューブ類にゆとりを持たせてゆっくりとベッドに近づけている。</u> 25) <u>看護師 F は点滴ルートを安全な場所に置く。</u> 26) <u>レントゲン技師と看護師 EF はバスタオルの端を持ち、</u> 27) <u>レントゲン技師の「入れますよ。」の声で</u> 28) <u>患者の上半身の下にレントゲンカストを入れる。</u> 29) <u>看護師 EF は、(レントゲンのため)患者から 4~5m 離れる</u> 30) <u>患者が見える位置に立っている。</u> 31) <u>看護師 F が「終わりましたよ。」と声をかける</u> 32) <u>眉間に皺をよせ、</u> 33) <u>(患者の)右手が少し動いている。</u> 34) <u>(看護師 F が)「ごめんなさいね。」と声をかける</u> 35) <u>患者は右手を少し動かす。</u> 36) <u>レントゲン技師が「取りますよ。」と声をかけ</u> 37) <u>3人でバスタオルの端を持ち患者を抱え上げ</u> 38) <u>レントゲン技師がレントゲンのカストを左手で取出す</u> 39) <u>患者の体をゆっくりとベッドにおろす。</u> 40) <u>看護師 F は「今日、管が取れるかもしれませんよ。」と患者に声をかける</u> 41) <u>患者はわずかに頭を振っている。</u> 42) <u>(看護師 F は)「頑張りましょうね。」と患者の顔を見ながら声をかけ</u> 43) <u>(看護師</u></p>
---	---

<p>(患者は)うなづく。64)看護師Eは掛物を調整した。65)看護師Eは「手を見せてくださいね。」と患者に声をかけると66)眉間に皺を寄せている。67)看護師Eは右手を握り、「手を握れますか?」と患者に声をかけると、68)(患者は)眉間に皺を寄せている。69)(看護師Eは)「痛い?痛いですね。」と患者に声をかけた。70)患者は開眼する。71)看護師Eは、かがみこみ72)「触っているのわかりますか?」と患者に話しかけた。73)患者は開眼しており、74)(患者は)軽度バックキングした。75)(看護師Eは)軽く胸部をゆっくりとさすっている。76)看護師Fは看護師Eの行動をずっと見守っている。77)看護師Eは患者の頭から足元まで丁寧に観察しながら78)「これは内出血なんですか。」と右上肢の黄色に変色している部分を確認している。79)看護師Fは頷いている。80)看護師Eは看護師Fにバストバンドを外してもいいのかと確認をしている。81)看護師Fは、患者にとってのバストバンドの目的について説明をしている。</p>	<p>Fは)挿管チューブの位置を直している。 44)看護師Eは点滴ルートの滴下速度の確認・胸腔ドレーンの確認 45)左右の下肢に装着しているフロートロンを外し、 46)左右のストキネットを外し 47)皮膚の状態を観察 48)観察後はストキネットとフロートロンを再装着した。 49)次にベッド柵から両手の抑制帯を外し、 50)皮膚の状態を観察 51)患者は首と頭を動かして左側を向いている。 52)看護師Fは「ちょっとごめんなさいね。胸のテープをはがしますよ。」と声をかけると 53)患者は僅かに顔をしかめる。 54)患者の額にはうっすらと汗が浮かんでいる。 55)(看護師Fが)「暑いですか?」と患者に声をかける 56)患者は閉眼したまま目を動かしている。 57)寝衣を腰のあたりまで下げ、 58)バストバンドとタオルを外し 59)胸部の観察を行った。 60)看護師Fは観察後胸部のタオルとバストバンドを再装着 61)看護師Eは患者の方に体を近づけ 62)(看護師Eは)「暑いですか?」と声をかけると 63)(患者は)うなづく。 64)看護師Eは掛物を調整 65)看護師Eは「手を見せてくださいね。」と患者に声をかける</p>
---	---

	<p>66) 眉間に皺を寄せている。</p> <p>67) 看護師 E は右手を握り、「手を握れますか?」と患者に声をかける 68) (患者は) 眉間に皺を寄せている。</p> <p>69) (看護師 E は) 「痛い?痛いですね。」と患者に声をかけた。</p> <p>70) 患者は開眼する。</p> <p>71) 看護師 E は、かがみこみ</p> <p>72) 「触っているのがわかりますか?」と患者に話しかけた。</p> <p>73) 患者は開眼しており、</p> <p>74) (患者は) 軽度バッキングした。</p> <p>75) (看護師 E は) 軽く胸部をゆっくりとさすっている。</p> <p>76) 看護師 F は看護師 E の行動をずっと見守っている。</p> <p>77) 看護師 E は患者の頭から足元まで丁寧に観察しながら</p> <p>78) 「これは内出血なんですか。」と右上肢の黄色に変色している部分を確認</p> <p>79) 看護師 F は頷いている。</p> <p>80) 看護師 E は看護師 F にバストバンドを外してもいいのかと確認をしている。</p> <p>81) 看護師 F は、患者にとってのバストバンドの目的について説明をしている。</p>
--	--

表 10 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重要文脈	サブカテゴリー
<p>1)レントゲン技師が来棟し、患者の右側に立つ。</p> <p>2)受け持ち看護師 E が左側</p> <p>3)看護師 F が患者右側に立つ。</p>	1)レントゲン撮影のための立ち位置
<p>4)看護師 E は「〇〇さん、わかりますか?」と患者に声をかける</p> <p>5)患者の反応はない。</p> <p>11)患者の反応はない。</p> <p>12)(看護師 E は)「レントゲンですよ。」と声をかける</p> <p>13)患者の反応はない。</p> <p>17)看護師 F は「レントゲンを撮りますね。」と患者に再度声をかけ</p>	2)レントゲン撮影の前の患者の意識レベルの確認と説明
<p>8)看護師 E がクッションを取ろうと右手をのぼした時、</p> <p>9)看護師 F が「ガバッと取ったら痛いからゆっくりとね。」と注意</p> <p>14)右手でゆっくりとクッションを外した。</p> <p>18)(看護師 F は)患者の心電図モニターを外している。</p> <p>21)両手でモニターを外しているが、</p>	3)レントゲン撮影のための患者の準備
<p>23)患者の左の頭元にコードを置いている。</p> <p>24)看護師 E は、チューブ類にゆとりを持たせてゆっくりとベッドに近づけている。</p> <p>25)看護師 F は点滴ルートを安全な場所に置く。</p> <p>43)(看護師 F は)挿管チューブの位置を直している。</p>	4)レントゲン撮影前後のチューブ類の安全確認
<p>29)看護師 EF は、(レントゲンのため)患者から4～5m 離れる</p> <p>30)患者が見える位置に立っている。</p>	5)看護師の被ばく予防と患者の安全への配慮
<p>7)患者の反応はなく</p> <p>22) 患者の反応はない。</p>	6)患者は仰臥位だと反応がない

<p>26)レントゲン技師と看護師 EF はバスタオルの端を持ち、</p> <p>27)レントゲン技師の「入れますよ。」の声で</p> <p>28)患者の上半身の下にレントゲンキャストを入れる。</p> <p>36)レントゲン技師が「取りますよ。」と声をかけ</p> <p>37)3人でバスタオルの端を持ち患者を抱え上げ</p> <p>38) レントゲン技師がレントゲンのキャストを左手で取出す</p> <p>39)患者の体をゆっくりとベッドにおろす。</p>	<p>7)レントゲン撮影を適切に行うためのレントゲン技師と看護師の協働</p>
<p>40)看護師 F は「今日、管が取れるかもしれませんよ。」と患者に声をかける</p> <p>42)(看護師 F は)「頑張りましょうね。」と患者の顔を見ながら声をかけた</p>	<p>8)患者の結果によっては挿管チューブが抜けるかもしれないという今後の見通しの説明と励ましの言葉</p>
<p>45) 左右の下肢に装着しているフロートロンを外し、</p> <p>46)左右のストキネットを外し</p> <p>48)観察後はストキネットとフロートロンを再装着した。</p> <p>49)次にベッド柵から両手の抑制帯を外し、</p> <p>58)バスタバンドとタオルを外し</p>	<p>9)合併症予防に使用しているストキネットとフロートロン装着部位の皮膚の観察</p>
<p>44)看護師 E は点滴ルートの滴下速度の確認・胸腔ドレーンの確認</p>	<p>10) レントゲン撮影終了後の点滴ルートの滴下速度の調整と胸腔ドレーンの確認</p>
<p>61)看護師 E は患者の方に体を近づけ</p> <p>71)看護師 E は、かがみこみ</p>	<p>11) 意識のない患者に対しての接近アプローチ</p>
<p>54)患者の額にはうっすらと汗が浮かんでいる。</p> <p>55)(看護師 F が)「暑いですか?」と患者に声をかける</p> <p>57)寝衣を腰のあたりまで下げ、</p> <p>62)(看護師 E は)「暑いですか?」と声をかけると</p> <p>63)(患者は)うなづく。</p> <p>64)看護師 E は掛物を調整</p>	<p>12) 患者の額の汗に気づき患者の暑さの確認と掛物の調整</p>
<p>74)(患者は)軽度バッキングした。</p> <p>75)(看護師 E は)軽く胸部をゆっくりとさすっている。</p>	<p>13) 患者のバッキングに対して、胸を触るタッチング</p>

<p>10)看護師 E は「〇〇さんごめんなさいね。」と声をかける</p> <p>15)看護師 F が「〇〇さんちよつとごめんなさいね。」と患者に声をかけ</p> <p>20)看護師 F は「ごめんなさいね。」と声をかけた。</p> <p>34)(看護師 F が)「ごめんなさいね。」と声をかける</p>	<p>14) 患者に苦痛を与えているかもしれないと感じている看護師の謝罪の感情</p>
<p>6)「背中の中のクッションを取りますね。」と声をかける</p> <p>31)看護師 F が「終わりましたよ。」と声をかける</p> <p>52)看護師 F は「ちよつとごめんなさいね。胸のテープをはがしますよ。」と声をかけると</p>	<p>15) 患者へのレントゲン撮影実施前後の声掛け</p>
<p>65)看護師 E は「手を見せてくださいね。」と患者に声をかける</p> <p>66)眉間に皺を寄せている。</p> <p>67) 看護師 E は右手を握り、「手を握れますか?」と患者に声をかける</p> <p>69)(看護師 E は)「痛い?痛いですね。」と患者に声をかけた。</p> <p>72)「触っているのがわかりますか?」と患者に話しかけた。</p>	<p>16) 患者の触覚・痛覚の把握のための観察と声掛け</p>
<p>60)看護師 F は観察後胸部のタオルとバストバンドを再装着</p> <p>76)看護師 F は看護師 E の行動をずっと見守っている。</p> <p>80)看護師 E は看護師 F にバストバンドを外してもいいのかと確認をしている。</p> <p>81)看護師 F は、患者にとってのバストバンドの目的について説明をしている。</p>	<p>17) 患者に使用しているバストバンドの装着の目的を後輩に指導する</p>
<p>47)皮膚の状態を観察</p> <p>50)皮膚の状態を観察</p> <p>59)胸部の観察を行った。</p> <p>77)看護師 E は患者の頭から足元まで丁寧に観察しながら</p> <p>78)「これは内出血なんですか。」と右上肢の黄</p>	<p>18) 看護師の直視下での頭から足元までの丁寧な観察</p>

<p>色に変色している部分を確認 79)看護師 F は頷いている。</p>	
<p>16)患者は眉間に皺を少し寄せた。 19)患者の両上肢が僅かに動く 32)眉間に皺をよせ、 33)(患者の)右手が少し動いている。 35)患者は右手を少し動かす。 41)患者はわずかに頭を振っている。 51)患者は首と頭を動かして左側を向いている。 53)患者は僅かに顔をしかめる。 56)患者は閉眼したまま目を動かしている。 68)(患者は)眉間に皺を寄せている。 70)患者は開眼する。 73)患者は開眼しており、</p>	<p>19) レントゲン撮影の刺激による苦痛の誘発と実施後の移乗動作刺激に伴う苦痛様顔貌</p>

表 11 場面 6 参加観察内容から重要文脈の抽出

観 察 内 容	重要文脈の抽出
<p>1)看護師 F は「〇〇さん、ごめんなさいね。」と患者に声をかけるが、2)患者の反応はない。3)看護師 F が「寝ている間に体を拭かせてくださいね。」と声をかけるが 4)患者の反応はない。5)看護師 E は清拭と陰部洗浄の必要物品をワゴンに準備して、6)患者のベッドの左側に立つ。7)看護師 EF は処置用のエプロンをつけ、7) (看護師 EF) 手袋を装着した。8)看護師 E は手袋を二重にはめている。次に 9) 看護師 EF で同時に左右の抑制帯を外し、10)両足のフロートロンとストキネットを外した。11)看護師 F は「胸を拭きますね。」と声をかけるが、12)患者の反応はない。13)看護師 F はバストバンドとタオルを外している。14) (看護師 F) 清拭用のタオルを広げ、自分の右前腕で温度を確認後、患者の胸に当てた。15)看護師 F はモニターを観察した後、16)胸部を拭いた。17)看護師 F は患者に「痛かったらごめんなさいね。」と患者に声を掛けるが、18)患者の反応はない。19)胸のタオルとバストバンドを再装着した。20)看護師 E は清拭用のタオルを広げて、21)両下肢を清拭し、22)右ひざの汚れを皮膚をのぼしながら丁寧に綺麗に拭いている。23)看護師 E はオムツの前を開け、24)右手に持っているガーゼに左手で石鹸を付け、25)微温湯をかけてから、軽く泡立てた。26)右手で陰茎を持ち、27)左手のガーゼで洗った。28)洗い終わるとガーゼをごみ袋に破棄し、29)両手の手袋も外してごみ袋に破棄している。30)看護師 F は陰洗ボトルで微温湯を石鹸のついた陰部に流した。31)看護師 E は両手で洗浄し 32) (看護</p>	<p>1)看護師 F は「〇〇さん、ごめんなさいね。」と患者に声をかける、2)患者の反応はない。 3)看護師 F が「寝ている間に体を拭かせてくださいね。」と声をかけ 4)患者の反応はない。 5)看護師 E は清拭と陰部洗浄の必要物品をワゴンに準備 6)患者のベッドの左側に立つ。 7)看護師 EF は処置用のエプロンをつけ 8) (看護師 EF) 手袋を装着した。 9)看護師 E は手袋を二重にはめている。 10) 看護師 EF で同時に左右の抑制帯を外し、 11)両足のフロートロンとストキネットを外した。 12)看護師 F は「胸を拭きますね。」と声をかける 13)患者の反応はない。 14)看護師 F はバストバンドとタオルを外している。 15) (看護師 F) 清拭用のタオルを広げ、自分の右前腕で温度を確認後、患者の胸に当てた。 16)看護師 F はモニターを観察した後、 17)胸部を拭いた。 18)看護師 F は患者に「痛かったらごめんなさいね。」と患者に声を掛ける 19)患者の反応はない。 20)胸のタオルとバストバンドを再装着 21)看護師 E は清拭用のタオルを広げて 22)両下肢を清拭 23)右ひざの汚れを皮膚をのぼしながら丁</p>

<p>師 E は)乾いたガーゼで水分を拭き取る。</p> <p>33)オムツの下側の汚染部位をおり、34)お尻側に軽く押し込んでいます。35)看護師 F はフロアの看護師 2 人に応援を頼んだ。36)看護師 EF は手袋を外し MC ボックスに破棄する。37)看護師 2 人は左右に立ち 4 人でバスタオルの端を持つ。38)看護師 F が「横を向きますよ。」と患者に声を掛け、39)左側臥位にしたが、40)患者の反応はない。41)看護師 E が呼吸器の蛇管の調整をした。42)看護師 F が古いバスタオルとオムツを患者の身体の下に丸めて折り込み、43)新しいバスタオルとオムツも入れ込んでいます。44)看護師 F は「上を向きますね。」と患者に声を掛けると、45)患者はわずかに眉間に皺を寄せている。46)看護師 E は呼吸器をベッドに少し近づけ蛇管にゆとりを持たせている。47)看護師 F は「今度はこっちを向きますね。」と患者に声を掛けるが 54)反応はない。48)看護師 F は「無理に引っ張りたくない。」と言い、49)看護師 4 人でバスタオルの端を持ちしっかりと右側臥位にし、50)看護師 E は、蛇管の調整もしている。51)2 人の看護師で古いバスタオルとオムツを外し、52)無理に引っ張らない様に新しいバスタオルとオムツを広げ皺を延ばしている。53)看護師 E は清拭用のタオルを広げて背中に当て蒸らした後に 54)清拭を実施する。55)看護師 F は「ゴロゴロしますよ。戻りますね。」と患者に声を掛けると、56)仰臥位時にした。57)(患者は)閉眼しているがわずかに眼球が動いている。58)「ごめんね。痛いよね。痛いと言えないだけで。」と声をかけると、59)患者は眉間に皺を寄せている。60)看護師 F は「どっちに向きますか?」と患者に声をかけたが反応はない。61)看護師 F は右側</p>	<p>寧に綺麗に拭いている。</p> <p>24)看護師 E はオムツの前を開け、</p> <p>25)右手に持っているガーゼに左手で石鹸を付け、</p> <p>26)微温湯をかけてから、軽く泡立てた。</p> <p>27)右手で陰茎を持ち、</p> <p>28)左手のガーゼで洗った。</p> <p>29)洗い終わるとガーゼをごみ袋に破棄し、</p> <p>30)両手の手袋も外してごみ袋に破棄</p> <p>31)看護師 F は陰洗ボトルで微温湯を石鹸のついた陰部に流した。</p> <p>32)看護師 E は両手で洗浄</p> <p>33)(看護師 E は)乾いたガーゼで水分を拭き取る。</p> <p>34)オムツの下側の汚染部位をおり、</p> <p>35)お尻側に軽く押し込んでいます。</p> <p>36)看護師 F はフロアの看護師 2 人に応援を頼んだ。</p> <p>37)看護師 EF は手袋を外し MC ボックスに破棄</p> <p>38)看護師 2 人は左右に立ち 4 人でバスタオルの端を持つ。</p> <p>39)看護師 F が「横を向きますよ。」と患者に声を掛け、</p> <p>40)左側臥位にしたが、</p> <p>41)患者の反応はない。</p> <p>42)看護師 E が呼吸器の蛇管の調整</p> <p>43)看護師 F が古いバスタオルとオムツを患者の身体の下に丸めて折り込み、</p> <p>44)新しいバスタオルとオムツも入れ込んでいます。</p> <p>45)看護師 F は「上を向きますね。」と患者に声を掛ける</p> <p>46)患者はわずかに眉間に皺を寄せている。</p>
---	--

<p>臥位にすることにし「左に寄りますね。」と声をかけるが、62)患者の反応はない。63)看護師Fが「こっちに向きますよ。」と患者に声をかけながら 64)4人でバスタオルの端を持ち、65)患者を持ち上げて左側に移動させ、右側臥位とするが66)患者の反応はない。67)看護師Eは患者の背中に大枕を入れて、安楽な体位に固定した。68)両下肢は軽く屈曲させ膝の間に小枕を入れ、69)左下腿にスポンジを入れて踝を浮かせた。70)看護師Fは「頭を触りますね。」と患者に声をかけているが71)患者の反応はない。72)頭の下に入れた枕の調整のためにロールタオルを入れた。73)看護師Fは右手に抑制帯を着けベッド柵に固定し、74)処置用エプロンを外しMCボックスに破棄し、75)手を擦式消毒薬で消毒している。76)看護師Eは左手に抑制帯を着け、77)ベッド柵に固定した。78)左肘の下にスポンジを入れて、79)安楽な肢位に調整している。80)看護師Eは両足のフロートロンとストキネットを装着しながら81)時々患者に目を向けて観察し、82)終了後は処置用エプロンを外し、83)ゴミ袋に入れた。84)手を擦式消毒薬で消毒している。85)看護師Fが看護師Eに「離れる前に全部見た?」と声をかけていた。86)看護師EFで点滴とドレーン、モニター類の屈曲の点検と呼吸器や低圧持続吸引の作動状況、抑制の再確認を行う。</p>	<p>47)看護師Eは呼吸器をベッドに少し近づけ蛇管にゆとりを持たせている。 48)看護師Fは「今度はこっちに向きますね。」と患者に声を掛ける 49)(患者の)反応はない。 50)看護師Fは「無理に引っ張りたくない。」と言い、 51)看護師4人でバスタオルの端を持ちしっかりと右側臥位にし、 52)看護師Eは、蛇管の調整もしている。 53)2人の看護師で古いバスタオルとオムツを外し、 54)無理に引っ張らない様に新しいバスタオルとオムツを広げ皺を延ばしている。 55)看護師Eは清拭用のタオルを広げて背中に当て蒸らした後に 56)清拭を実施する。 57)看護師Fは「ゴロゴロしますよ。戻りますね。」と患者に声を掛ける 58)仰臥位時にした。 59)(患者は)閉眼しているがわずかに眼球が動いている。 60)「ごめんね。痛いよね。痛いと言えないだけで。」と声をかけると61)患者は眉間に皺を寄せている。 62)看護師Fは「どっちに向きますか?」と患者に声をかけたが反応はない。 63)看護師Fは右側臥位にすることにし「左に寄りますね。」と声をかける 64)患者の反応はない。 65)看護師Fが「こっちに向きますよ。」と患者に声をかけ 66)4人でバスタオルの端を持ち、 67)患者を持ち上げて左側に移動させ、右側臥位とするが 68)患者の反応はない</p>
--	---

	<p>69) 看護師 E は患者の背中に大枕を入れて、安楽な体位に固定した。70) 両下肢は軽く屈曲させ膝の間に小枕を入れ、</p> <p>71) 左下腿にスポンジを入れて踝を浮かせた。</p> <p>72) 看護師 F は「頭を触りますね。」と患者に声をかけている</p> <p>73) 患者の反応はない。</p> <p>74) 頭の下に入れた枕の調整のためにロールタオルを入れた。</p> <p>75) 看護師 F は右手に抑制帯を着けベッド柵に固定</p> <p>76) 処置用エプロンを外し MC ボックスに破棄</p> <p>77) 手を擦式消毒薬で消毒している。</p> <p>78) 看護師 E は左手に抑制帯を着け、</p> <p>79) ベッド柵に固定</p> <p>80) 左肘の下にスポンジを入れて、</p> <p>81) 安楽な肢位に調整している。</p> <p>82) 看護師 E は両足のフロートロンとストキネットを装着しながら</p> <p>83) 時々患者に目を向けて観察し、</p> <p>84) 終了後は処置用エプロンを外し、</p> <p>85) ごみ袋に入れた。</p> <p>86) 手を擦式消毒薬で消毒している。</p> <p>87) 看護師 F が看護師 E に「離れる前に全部見た?」と声をかけて</p> <p>88) 看護師 EF で点滴とドレーン、モニター類の屈曲の点検と呼吸器や低圧持続吸引の作動状況、抑制の再確認を行う。</p>
--	--

表 12 重要文脈からサブカテゴリーの抽出

重 要 文 脈	サブカテゴリー
<p>5)看護師 E は清拭と陰部洗浄の必要物品をワゴンに準備</p> <p>10) 看護師 EF で同時に左右の抑制帯を外し、</p> <p>11)両足のフロートロンとストキネットを外した。</p> <p>14)看護師 F はバストバンドとタオルを外している。</p>	1)清拭と陰部洗浄実施のための準備
<p>7)看護師 EF は処置用のエプロンをつけ</p> <p>8)(看護師 EF)手袋を装着した。</p> <p>9)看護師 E は手袋を二重にはめている。</p>	2)清拭と陰部洗浄時の感染防止策の実施
<p>1)看護師 F は「〇〇さん、ごめんなさいね。」と患者に声をかける</p> <p>3)看護師 F が「寝ている間に体を拭かせてくださいね。」と声をかけ</p> <p>12)看護師 F は「胸を拭きますね。」と声をかける</p>	3)清拭と陰部洗浄実施前の患者への説明の声掛け
<p>15)(看護師 F)清拭用のタオルを広げ、自分の右前腕で温度を確認後、患者の胸に当てた。</p> <p>17)胸部を拭いた。</p> <p>20)胸のタオルとバストバンドを再装着</p>	4)安全・安楽な患者の胸部前面への清拭とバストバンドの再装着
<p>21)看護師 E は清拭用のタオルを広げて</p> <p>22)両下肢を清拭</p> <p>23)右ひざの汚れを皮膚をのぼしながら丁寧に綺麗に拭いている。</p>	5)両下肢への丁寧な清拭
<p>6)患者のベッドの左側に立つ。</p> <p>24)看護師 E はオムツの前を開け、</p> <p>25)右手に持っているガーゼに左手で石鹸を付け、</p> <p>26)微温湯をかけてから、軽く泡立てた。</p> <p>27)右手で陰茎を持ち、</p> <p>28)左手のガーゼで洗った。</p>	6)2名の看護師の協働による手慣れた陰部洗浄の実施

<p>29)洗い終わるとガーゼをごみ袋に破棄し、</p> <p>31)看護師 F は陰洗ボトルで微温湯を石鹸のついた陰部に流した。</p> <p>32)看護師 E は両手で洗浄</p> <p>33)(看護師 E は)乾いたガーゼで水分を拭き取る。</p>	
<p>36)看護師 F はフロアの看護師 2 人に応援を頼んだ。</p> <p>38)看護師 2 人は左右に立ち 4 人でバスタオルの端を持つ。</p> <p>39)看護師 F が「横を向きますよ。」と患者に声を掛け、</p> <p>40)左側臥位にしたが</p>	<p>7)安全・安楽に体位変換するための看護師の増員と声掛け</p>
<p>55)看護師 E は清拭用のタオルを広げて背中に当て蒸らした後に</p> <p>56)清拭を実施する。</p>	<p>8)安全・安楽に配慮した左側臥位での背部清拭の実施</p>
<p>34)オムツの下側の汚染部位をおり、</p> <p>35)お尻側に軽く押し込んでいる。</p> <p>43)看護師 F が古いバスタオルとオムツを患者の身体の下に丸めて折り込み、</p> <p>44)新しいバスタオルとオムツも入れ込んでいる。</p> <p>46)患者はわずかに眉間に皺を寄せている。</p> <p>53)2 人の看護師で古いバスタオルとオムツを外し、</p> <p>54)無理に引っ張らない様に新しいバスタオルとオムツを広げ皺を延ばしている。</p>	<p>9)古いオムツとバスタオルを新しいオムツとバスタオルへの手慣れた交換技術</p>
<p>45)看護師 F は「上を向きますね。」と患者に声を掛ける</p> <p>48)看護師 F は「今度はこっちを向きますね。」と患者に声を掛ける</p> <p>50)看護師 F は「無理に引っ張りたくない。」と言い</p> <p>51)看護師 4 人でバスタオルの端を持ちしっかりと右側臥位にし、</p>	<p>10)安全・安楽に右側臥位にするための患者への声掛け</p>

<p>57)看護師 F は「ゴロゴロしますよ。戻りますね。」と患者に声を掛ける</p> <p>58)仰臥位時にした。</p>	<p>11)安全・安楽に仰臥位にするための患者への声掛け</p>
<p>62)看護師 F は「どっちに向きますか?」と患者に声をかけたが反応はない。</p> <p>63)看護師 F は右側臥位にすることにし「左に寄りますね。」と声をかける</p> <p>65)看護師 F が「こっちに向きますよ。」と患者に声をかけ</p> <p>66)4人でバスタオルの端を持ち、</p> <p>67)患者を持ち上げて左側に移動させ、右側臥位とするが</p>	<p>12)安全・安楽な体位変換と患者への声掛け</p>
<p>42)看護師 E が呼吸器の蛇管の調整</p> <p>47)看護師 E は呼吸器をベッドに少し近づけ蛇管にゆとりを持たせている。</p> <p>52)看護師 E は、蛇管の調整もしている。</p>	<p>13)体位変換時の安全に配慮した ME 機器の管理</p>
<p>16)看護師 F はモニターを観察した後、</p> <p>83)時々患者に目を向けて観察し、</p>	<p>14)モニターと直視下による清拭実施中の患者の観察</p>
<p>2)患者の反応はない。</p> <p>4)患者の反応はない。</p> <p>13)患者の反応はない。</p> <p>19)患者の反応はない。</p> <p>41)患者の反応はない。</p> <p>49)(患者の)反応はない。</p> <p>64)患者の反応はない。</p> <p>68)患者の反応はない</p> <p>73)患者の反応はない。</p>	<p>15)清拭と陰部洗浄実施中の患者の反応</p>
<p>75)看護師 F は右手に抑制帯を着けベッド柵に固定</p> <p>78)看護師 E は左手に抑制帯を着け、</p> <p>79)ベッド柵に固定</p> <p>82)看護師 E は両足のフロートロンとストキネットを装着しながら</p>	<p>16)医療事故防止のための抑制帯の装着</p>
<p>18)看護師 F は患者に「痛かったらごめんなさいね。」と患者に声を掛ける</p> <p>59)(患者は)閉眼しているがわずかに眼球が</p>	<p>17)半覚醒状態にあった患者の苦悶様表情と痛みの確認のための看護師の声掛け</p>

<p>動いている。</p> <p>60)「ごめんね。痛いよね。痛いと言えないだけで。」と声をかけると</p> <p>61)患者は眉間に皺を寄せている。</p>	
<p>69)看護師 E は患者の背中に大枕を入れて、安楽な体位に固定した。70)両下肢は軽く屈曲させ膝の間に小枕を入れ、</p> <p>71)左下腿にスポンジを入れて踝を浮かせた。</p> <p>72)看護師 F は「頭を触りますね。」と患者に声をかけている</p> <p>74)頭の下に入れた枕の調整のためにロールタオルを入れた。</p> <p>80)左肘の下にスポンジを入れて、</p> <p>81)安楽な肢位に調整している。</p>	<p>18)清拭実施後の患者の安楽な体位の調整</p>
<p>30)両手の手袋も外してごみ袋に破棄</p> <p>37)看護師 EF は手袋を外し MC ボックスに破棄</p> <p>76)処置用エプロンを外し MC ボックスに破棄</p> <p>77)手を擦式消毒薬で消毒している</p> <p>84)終了後は処置用エプロンを外し、</p> <p>85)ごみ袋に入れた。</p> <p>86)手を擦式消毒薬で消毒している。</p>	<p>19)清拭と陰部洗浄に使用した物品の片づけと看護師の手指消毒</p>
<p>87)看護師 F が看護師 E に「離れる前に全部見た?」と声をかけて</p> <p>88)看護師 EF で点滴とドレーン、モニター類の屈曲の点検と呼吸器や低圧持続吸引の作動状況、抑制の再確認を行う。</p>	<p>20)終了後のチューブ類や ME 機器の作動状況の点検と確認</p>

表 13 看護師Aのインタビュー内容

今、1年目で自分の業務をしないといけないことに追われている感じなんですけど、でもICUに入っている患者さんで、自分でしゃべれない人とか多いじゃないですか、挿管とかしていて、だからその気持ちを分かってあげないと、患者さんから訴えることが出来ないの、なるべく患者さんが今どんなことを思っているのかを考えるようにしています。うーん、権利の尊重、やっぱりなんか、なんて言うんですかね、意識とかがあんまりしっかりしていない人でも、ちゃんと自分が今何をされているか、どういう治療をされるかを知ることだったり、こういった色んなところから見るところなので、プライバシーを守ったりとか、患者さん自身がちゃんと治療方針をみれるというか、選択を決められるとか、なかなか難しいですけども、痛みのコントロールとかは喋れない方でも、こっちが援助の仕方ですることだと思うのでそういう面だと思います。

まず何かいっぱい色んな救急部の先生がいて、主治医の先生がいて、看護師も一杯いて、いろんな職種の人がいて話し合っているけど、その中でというか患者さん一緒にどういう風に進めるというか、どういう風に支えていくのかを考えているけど、まずは患者に説明するのが大事。

何か・・・普通に生活する、ご飯食べたり寝たり何か色々楽しんだりする事が生きるというか、ここにいる患者さんとか見ていたら、色んな治療なしでは生きていけないけれど、このまま転棟とかして、車いすに乗っているのを見かけたりするんですけど、此処にいるときは、本人の希望でこうなっているわけではないし、本当は嫌がっている患者さんもあるかもしれないし、もう上にあがって笑っている姿とかを見たら、本人がここで生きること自体を望んでいなくても、なんて言うんでしょうかね。難しいですね。うーん、なんか混乱してきた。何か本人の生きがいがいたり、誰かのために生きていると思うし、ものすごい、お見舞いもなく家族の方が延命を望まないというか、そういう方を見ていたら、まあ、本人が望んでいたらいいいんですけども、延命治療してて、本人が望んでいないんなら今、生きていうことにはならないと思います。

患者さんの観察は表情とか、後は入院経験がある人とない人だったら、前もこういうことをしたことがあるという人だったら、慣れるということはないと思うんですけども、心の持ちようが違うというか、挿管とかは苦しめるというか、不安そうな人もいるし、抜管したときは違うし、年齢は関係ないと思うんですけども、そういうのははじめてな人とかはなるべく声掛けをするようにしている。4月に比べたらだいぶ患者さんの肩を触ったりとかできるようになった。はじめての時は自分の方が怖かった。

人間にとって大事なことは、周りの人との関わりだと思う。1人じゃ生きていても楽しくないし、楽しくない時でも人がいたら、楽しいから。今までも人に恵まれていると感じていたけど、患者さんを見ていたら、恵まれているなと思う。

表 14 看護師 A：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>今、1年目で自分の業務をしないといけないことに追われている感じなんですけど、でも 1) <u>ICUに入っている患者さんで、自分でしゃべれない人とか多い</u>じゃないですか、2) <u>挿管とかしていて</u>、3) <u>だからその気持ちを分かってあげないと</u>、4) <u>患者さんから訴えることが出来ない</u>ので、5) <u>なるべく患者さんが今どんなことを思っているのかを考えるようにしています</u>。</p>	<p>1) ICUに入っている患者さんで、自分でしゃべれない人とか多い 2) 挿管とかしていて 3) だからその気持ちを分かってあげない(といけない) 4) 患者さんから訴えることが出来ない 5) なるべく患者さんが今どんなことを思っているのかを考える 6) 権利の尊重</p>
<p>うーん、6) <u>権利の尊重</u>、やっぱりなんか、なんて言うんですかね、7) <u>意識とかがあんまりしっかりしていない人でも、ちゃんと自分が今何をされているか、どういう治療をされようかを知ることだったり</u>、こういった 8) <u>色んなところから見るところなので、プライバシーを守ったり</u>だとか、9) <u>患者さん自身がちゃんと治療方針をみれる</u>というか、10) <u>選択を決められる</u>とか、なかなか難しいですけども、11) <u>痛みのコントロール</u>とかは 12) <u>喋れない方でも、こっちが援助の仕方</u>でできることだと思うのでそういう面だと思います。</p>	<p>7) 意識とかがあんまりしっかりしていない人でも、ちゃんと自分が今何をされているか、どういう治療をされるかを知ることだったり、 8) 色んなところから見るところなので、プライバシーを守ったり 9) 患者さん自身がちゃんと治療方針をみれる 10) 選択を決められる 11) 痛みのコントロール 12) 喋れない方でも、こっちが援助の仕方 でできること</p>
<p>まず何かいっぱい 13) <u>色んな救急部の先生がいて、主治医の先生がいて、看護師も一杯いて、いろんな職種の人がいて話し合っている</u>けど、14) <u>その中でというか患者さん一緒にどういう風に進めるというか</u>、15) <u>どういう風に支えていくのかを考えている</u>けど、まずは 16) <u>患者に説明するのが大事</u>。何か・・・17) <u>普通に生活する、ご飯食べたり寝たり何か色々楽しんだりする事が生きる</u>というか、18) <u>ここにいる患者さんとか見ていたら、色んな治療なしでは生きていけな</u></p>	<p>13) 色んな救急部の先生がいて、主治医の先生がいて、看護師も一杯いて、いろんな職種の人がいて話し合っている 14) その中でというか患者さん一緒にどういう風に進める 15) どういう風に支えていくのかを考えている 16) 患者に説明するのが大事。 17) 普通に生活する、ご飯食べたり寝たり何か色々楽しんだりする事が生きる(という事) 18) ここにいる患者さんとか見ていたら、</p>

<p><u>いけれど、このまま 19) 転棟とかして、車いすに乗っているのを見かけたりするんですけど、此処にいるときは、20) 本人の希望でこうなっているわけではないし、21) 本当は嫌がっている患者さんもいるかもしれないし、もう上にあがって笑っている姿とかを見たら、22) 本人がここで生きることを望んでいなくても、なんて言うんでしょうかね。難しいですね。うーん、なんか混乱してきた。23) 何か本人の生きがいだったり、誰かのために生きていると思うし、ものすごい、24) お見舞いもなく家族の方が延命を望まないというか、そういう方を見ていたら、25) まあ、本人が望んでいたらいいんですけれども、26) 延命治療してて、本人が望んでいないんなら今、生きているということにはならないと思います。</u></p>	<p>色んな治療なしでは生きていけない 19) 転棟とかして、車いすに乗っているのを見かけたりする 20) 本人の希望でこうなっているわけではない 21) 本当は嫌がっている患者さんもいるかもしれない 22) 本人がここで生きることを望んでいなくても 23) 何か本人の生きがいだったり、誰かのために生きていると思う 24) お見舞いもなく家族の方が延命を望まないというか、そういう方を見ていたら 25) まあ、本人が望んでいたらいいんですけれども 26) 延命治療してて、本人が望んでいないんなら今、生きているということにはならないと思います。</p>
<p><u>27) 患者さんの観察は表情とか、後は 28) 入院経験がある人となない人だったら、29) 前もこういうことをしたことがあるという人だったら、慣れるということはないと思うんですけれども、心の持ちようが違うとか、30) 挿管とかは苦しめるというか、31) 不安そうな人もいるし、32) 抜管したときは違うし、33) 年齢は関係ないと思うんですけれども、34) そういうのがはじめてな人とかはなるべく声掛けをするようにしている。</u></p>	<p>27) 患者さんの観察は表情 28) 入院経験がある人となない人 29) 前もこういうことをしたことがあるという人だったら、慣れるということはないと思う 30) 挿管とかは苦しめる 31) 不安そうな人もいる 32) 抜管したときは違う 33) 年齢は関係ないと思う 34) そういうのがはじめてな人とかはなるべく声掛けをするようにしている。</p>
<p><u>35) 4月に比べたらだいぶ患者さんの肩を触ったりとかできるようになった。36) はじめての時は自分の方が怖かった。</u></p>	<p>35) 4月に比べたらだいぶ患者さんの肩を触ったりとかできるようになった。 36) はじめての時は自分の方が怖かった。</p>
<p><u>37) 人間にとって大事なことは、周りの人との関わりだと思う。38) 1人じゃ生きていても楽しくないし、39) 楽しくない時でも人がいたら、楽しいから。40) 今までも人に恵まれていると感じていたけど、41) 患者さんを見ていたら、恵まれているなど思う。</u></p>	<p>37) 人間にとって大事なことは、周りの人との関わりだと思う。 38) 1人じゃ生きていても楽しくない 39) 楽しくない時でも人がいたら、楽しい</p>

	から。 40) 今までも人に恵まれていると感じていた 41) 患者さんを見ていたら、恵まれている など思う。
--	---

表 15 看護師Bのインタビュー内容

患者さんが何をしてほしいかを考えて、なるべく患者さんに寄り添えるようにして、考えながらやっています。

患者さんの権利は、治療を受けるのと、拒むこともできるという事と、病院を選ぶことももちろんできるし、看護に関してもそれを受けるかどうかは患者さん自身が決定できる。もちろんこちらからも指導してするかどうかの問題でもありますけれど。

治療がもちろんその人にとって最適になされるように援助していくことなので、していかないといけないと思うので、説明とできるだけ本当に患者さんが治療を受けれるように周りの環境とかを整えてあげるとか、外からの資源とかも活用しながら、提供してあげないといけないと思う。提供したことを患者さんが受け入れるかどうかは、患者しだいなんですけれども、私たちはこういうものがあるよという事はちゃんと教えてあげないといけないと思う。こういうことをやっていくんだという事を表示しないといけない。

生命維持をしていることが生きるなのか、自分が本当にやれることをやって満足した生活を送れることなのか、わからない。その人の感情でしょうね。自分が満足していれば、どちらであろうとも生きている事なんでしょうね。私は今の生活ができれば生きている事だと思う。悲嘆なく生活できていけば、生きていると思うけれどもね。

できるだけ患者さんの反応、たとえば体を拭いていて手が嫌がっていたりとか、注入したら眉を顰めたりとか、何かしていて何かの反応があるとか、反応があればこれは嫌なのかなという判断材料になる。違う方法を考えてみるかですね。反応がなければやるだけやって見る。見て触ってですね。

衣食住が大事。満たされないといけないと思うし、生活も満たされないといけないし、本人の欲求ですね。すべてがそうではないかもしれないけれど。

表 16 看護師 B：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>1) <u>患者さんが何をしてほしがっているかを考えて</u>、2) <u>なるべく患者さんに寄り添えるようにして</u>、3) <u>考えながらやっています</u>。</p> <p>4) <u>患者さんの権利は、治療を受けるのと</u>、5) <u>拒むこともできるという事</u>と、6) <u>病院を選ぶことももちろんできるし</u>、7) <u>看護に関してそれを受けるかどうかは患者さん自身が決定できる</u>。もちろん 8) <u>こちらからも指導してするかどうかの問題でもあります</u>けれど。</p> <p>9) <u>治療がもちろんその人にとって最適になされるように援助していくこと</u>なので、10) <u>していかないといけないと思う(治療が最適に受けられる)</u>ので、11) <u>説明とできるだけ</u> 12) <u>本当に患者さんが治療を受けれるように周りの環境とかを整えてあげるとか</u>、13) <u>外からの資源とかも活用しながら</u>、14) <u>提供してあげないといけない(援助)</u>と思う。15) <u>提供したことを患者さんが受け入れるかどうかは、患者さん</u>が受け入れるかどうかは、患者さんですけれども、16) <u>私たちはこういうものがあるよという事はちゃんと教えてあげないといけない</u>と思う。17) <u>こういうことをやっていくんだという事を表示しないと</u>いけない。</p> <p>18) <u>生命維持をしていることが生きる事なのか</u>、19) <u>自分が本当にやれることをやって</u> 20) <u>満足した生活を送れることなのか</u>わからない。21) <u>その人の感情でしょうね</u>。22) <u>自分が満足していれば、どちらであろうとも生きてる事</u>なんでしょうね。23) <u>私は今の生活ができれば生きてる事だ</u></p>	<p>1) 患者さんが何をしてほしがっているかを考え</p> <p>2) なるべく患者さんに寄り添えるようにし</p> <p>3) 考えながらやっています。</p> <p>4) 患者さんの権利は、治療を受けるのと、</p> <p>5) 拒むこともできるという事</p> <p>6) 病院を選ぶことももちろんできる</p> <p>7) 看護に関してそれを受けるかどうかは患者さん自身が決定できる。</p> <p>8) こちらからも指導してするかどうかの問題でもあります</p> <p>9) 治療がもちろんその人にとって最適になされるように援助していくこと</p> <p>10) していかないといけないと思う(治療が最適に受けられる)</p> <p>11) (治療の) 説明</p> <p>12) 本当に患者さんが治療を受けれるように周りの環境とかを整えてあげる</p> <p>13) 外からの資源とかも活用しながら</p> <p>14) 提供してあげないといけない(援助)</p> <p>15) 提供したことを患者さんが受け入れるかどうかは、患者さん</p> <p>16) 私たちはこういうものがあるよという事はちゃんと教えてあげないといけない</p> <p>17) こういうことをやっていくんだという事を表示しないといけない。</p> <p>18) 生命維持をしていることが生きる事なのか</p> <p>19) 自分が本当にやれることをやって</p> <p>20) 満足した生活を送れることなのかわからない。21) その人の感情でしょうね。</p> <p>22) 自分が満足していれば、どちらであろうとも生きてる事</p>

<p>と思う。24) <u>悲嘆なく生活できていれば、生きている</u>と思うけれどもね。</p> <p>25) <u>できるだけ患者さんの反応</u>、26) <u>たとえば体を拭いていて手が嫌がっていたり</u>とか、27) <u>注入したら眉を顰めたり</u>とか、28) <u>何かしていて何かの反応がある</u>とか、29) <u>反応があればこれは嫌なのかな</u>という判断材料になる。30) <u>違う方法を考えてみる</u>かですね。31) <u>反応がなければやるだけ</u>やってみる。32) <u>見て触って(観察)</u>ですね。</p> <p>33) <u>衣食住が大事</u>。34) <u>満たされない</u>といけないと思うし、35) <u>生活も満たされない</u>といけないし、36) <u>本人の欲求</u>ですね。すべてがそうではないかもしれないけれど。</p>	<p>23) 私は今の生活ができれば生きている事</p> <p>24) 悲嘆なく生活できていれば、生きていると思う</p> <p>25) できるだけ患者さんの反応 (観る)</p> <p>26) たとえば体を拭いていて手が嫌がっていたりとか</p> <p>27) 注入したら眉を顰めたりとか、</p> <p>28) 何かしていて何かの反応があるとか、</p> <p>29) 反応があればこれは嫌なのかなという判断材料になる。</p> <p>30) (嫌がったら) 違う方法を考えてみる</p> <p>31) 反応がなければやるだけやってみる</p> <p>32) 見て触って(観察)ですね。</p> <p>33) 衣食住が大事。</p> <p>34) 満たされないといけないと思う</p> <p>35) 生活も満たされないといけない</p> <p>36) 本人の欲求ですね。</p>
--	---

表 17 看護師Cのインタビュー内容

大事にしていること、前病棟にいたんですけど以前、2月の途中からこっちに降りてきて、病棟にいた時よりこっちの方が生命の危機に瀕している患者さんが多いので、意識がない方が多いんですけど、声掛けとか、しっかり行うように心がけてます。病態が複雑だったりするんですけど、治療方針が病態で決まっているのをすごい感じるの、上(病棟)にいた時より病態の理解を意識しています。まえ、病棟にいたときは、なんか業務に追われる感じで、検査はマニュアル通りに出して、なんか残務も多くって、病態の理解は取りあえずは、何となく掴んでいるんで、だからいいかって感じだったんですけど、今は一日一日で治療が変わるので、理解していないと何でこうなったんかとか、今どんなのが分からなくなるので。

患者さんの権利の尊重は患者さんの権利の尊重、患者さん本人が喋れないのもあって、家族の訴えとかが上と比べて多いし、強いし、ただの希望じゃない、ただこうしてほしいというだけの希望じゃなくて、助けてほしいという思いなので家族の訴えは重要なので、先生とかと共有していく。

やらなければいけないことは、私たちのミスで患者さんの状態を悪化させたりすることがあるので、インシデントとか起こしたら、カンファレンスをするのが重要だと思う。まあ、体をふくだけだと免許がなくてもできるけど、免許を持ってやるということは、ちゃんと違いに気づかないといけない。免許のない人と同じじゃない。

生きるっていうのは、自分が生きたいと思うのもそうですけど、周りの人に生きてほしいとか、死なないでほしいとか思われている事。

観察するのは、バイタルはもちろんだけど、呼吸器をつけたら喋れないので呼吸器の波形とか、息の仕方とか、表情とか、喋る人だったら、聞きます。目と耳と匂いとかも使います。

人間にとって一番大事なものは、お金も大事、お金がないと受けたい治療ももしかして受けられないかもしれないし、お金があっても自分が生きたいと思わなければしょうがないし、生きてほしいと家族が思わなければしょうがないし、人と人との関わりがないとしょうがないし、人と人との関わりあいが大事。病棟はターミナルの人が多かったの、十分頑張ったとか抗がん剤とかの治療を頑張ったから、もういいよとか、VTがあっても様子観察とか、ここでVTが起きたら大変じゃないですか。だから最初は戸惑った。病棟とはだいぶ違った。

表 18 看護師 C：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>大事にしていること、前病棟にいたんですけど以前、2月の途中からこっちに降りてきて、病棟にいた時よりこっちの方が1) <u>生命の危機に瀕している患者さんが多い</u>ので、2) <u>意識がない方が多い</u>んですけど、3) <u>声掛けとか、しっかり行うように心がけてます</u>。4) <u>病態が複雑だったりする</u>んですけど、5) <u>治療方針が病態で決まっているのを</u>すごい感じるので、上(病棟)にいた時より6) <u>病態の理解を意識しています</u>。まえ、7) <u>病棟にいたときは、なんか業務に追われる</u>感じで、8) <u>検査はマニュアル通りに出して</u>、9) <u>なんか残務も多くって</u>、10) <u>病態の理解は</u>取りあえずは、何となく掴んでいるんでだからいいかって感じだったんですけど、11) <u>今は一日一日で治療が変わる</u>ので、12) <u>理解していないと何でこうなったんか</u>とか、今どんなのかが分からなくなるので。</p> <p>13) <u>患者さんの権利の尊重</u>は、患者さんの権利の尊重、14) <u>患者さん本人が喋れない</u>のもあって、15) <u>家族の訴えとかが上と比べて</u>多いし、16) <u>強いし</u>、17) <u>ただの希望</u>じゃない、18) <u>ただこうしてほしいというだけの希望</u>じゃなくて19) <u>助けてほしいという</u>思いなので20) <u>家族の訴えは重要な</u>ので、21) <u>先生とかと共有して</u>いく。</p> <p>やらなければいけないことは、22) <u>私たちのミスで患者さんの状態を悪化させたり</u>することがあるので、23) <u>インシデントとか起こしたら、カンファレンスをするのが重要</u>だと思う。まあ、24) <u>体をふくだけだと免許</u>がなくてもできるけど、25) <u>免許を持ってや</u>るということは、ちゃんと違いに気づかな</p>	<p>1) 生命の危機に瀕している患者さんが多い (ICU)</p> <p>2) 意識がない方が多い</p> <p>3) 声掛けとか、しっかり行うように心がけてます。4) 病態が複雑だったりする</p> <p>5) 治療方針が病態で決まっているのをすごい感じる</p> <p>6) 病態の理解を意識しています。</p> <p>7) 病棟にいたときは、なんか業務に追われる感じで、</p> <p>8) 検査はマニュアル通りに出して、</p> <p>9) なんか残務も多くって、</p> <p>10) 病態の理解は取りあえずは、何となく掴んでいるんでだからいいかって感じだった</p> <p>11) 今は一日一日で治療が変わる</p> <p>12) 理解していないと何でこうなったんかとか、今どんなのかが分からなくなる</p> <p>13) 患者さんの権利の尊重</p> <p>14) 患者さん本人が喋れないのもあって、</p> <p>15) 家族の訴えとかが上と比べて多いし、</p> <p>16) 強いし、(家族の要求)</p> <p>17) ただの希望じゃない</p> <p>18) ただこうしてほしいというだけの希望じゃなくて</p> <p>19) 助けてほしいという思い</p> <p>20) 家族の訴えは重要</p> <p>21) 先生とかと共有していく(家族の希望)。</p> <p>22) 私たちのミスで患者さんの状態を悪化させたりすることがある</p> <p>23) インシデントとか起こしたら、カンファレンスをするのが重要</p> <p>24) 体をふくだけだと免許がなくてもできる</p>

<p><u>いといけない。26)免許のない人と同じじゃいけない。</u></p> <p><u>27)生きるっていうのは、自分が生きたいと思うのもそうですけど、28)周りの人に生きていてほしいとか、29)死なないでほしいとか思われている事。</u></p> <p><u>30)観察するのは、バイタルはもちろんだけど、31)呼吸器をつけたら喋れないので呼吸器の波形とか、32)息の仕方とか、33)表情とか、34)喋る人だったら、聞きます。35)目と耳と匂いとかも使います。</u></p> <p><u>36)人間にとって一番大事なものは、お金も大事、37)お金がないと受けない治療ももしかして受けられないかもしれないし、38)お金があっても自分が生きたいと思わなければしょうがないし、39)生きていてほしいと家族が思わなければしょうがないし、40)人と人との関わりがないとしょうがないし、41)人と人との関わりあいが大事。42)病棟はターミナルの人が多かったので、43)十分頑張ったとか44)抗がん剤とかの治療を頑張ったから、もういいよとか、45)VTがあっても様子観察とか、46)ここでVTが起きたら大変じゃないですか。だから47)最初は戸惑った。48)病棟とはだいぶ違った。(ICU)</u></p>	<p>25)免許を持ってやるということは、ちゃんと違いに気づかないといけない。</p> <p>26)免許のない人と同じじゃいけない。</p> <p>27)生きるっていうのは、自分が生きたいと思う</p> <p>28)周りの人に生きていてほしいとか</p> <p>29)死なないでほしいとか思われている事。</p> <p>30)観察するのは、バイタルはもちろん</p> <p>31)呼吸器をつけたら喋れないので呼吸器の波形とか</p> <p>32)息の仕方とか</p> <p>33) (顔の)表情とか</p> <p>34)喋る人だったら、聞きます。</p> <p>35)目と耳と匂いとかも使います。</p> <p>36)人間にとって一番大事なものは、お金も大事、</p> <p>37)お金がないと受けない治療ももしかして受けられないかもしれない</p> <p>38)お金があっても自分が生きたいと思わなければしょうがない</p> <p>39)生きていてほしいと家族が思わなければしょうがない</p> <p>40)人と人との関わりがないとしょうがない</p> <p>41)人と人との関わりあいが大事。</p> <p>42)病棟はターミナルの人が多かった</p> <p>43) 十分頑張ったとか</p> <p>44) 抗がん剤とかの治療を頑張ったから、もういいよとか、</p> <p>45) VTがあっても様子観察とか、</p> <p>46) ここでVTが起きたら大変じゃないですか。</p> <p>47)最初は戸惑った。</p> <p>48)病棟とはだいぶ違った。(ICU)</p>
--	---

表 19 看護師Dのインタビュー内容

やっぱり本人に納得してもらおう事ですね。声掛けとかして。話せなくても目が明いていたりするんで。やっぱり話せなくても、やろうと思っていることは必ず声かけて納得してもらってからやっています。反応がなくても突然やられたら、自分でも嫌なので、声掛けを必ずするようにしています。自分がされて嫌なことはしないです。でも、嫌なこともやらなければいけない時もあるのでしっかり説明してからですね。

説明をしてから同意を得ることですかね。権利、後は意見、患者さんがこうしてほしいとかいうことも、出来ないこともあると思うんですけども、患者さんの意見とか要望もかなえてあげたいなと思っています。

責任は、先生から言われたことをそのままやるのではなくて、本当に言われたことをやっているのかという事を考えて、何をするのかなという所まで考えてからすることです。やっぱり知識とか、大切です。まだ全然わからないんですけども勉強しています。

私の中では、ご飯を食べてトイレに行ったりとか、日常生活が行えることが生きているなと思います。病気とかでそうならない人もいるので、生きているというのはその人による、感じ方はその人によるんじゃないかなって思います。

観察は、受け持つ人の病気を病態と照らし合わせて、何を見ないといけないのかを、前の日に受持ち人が決まっていたら事前に勉強してから観察ポイントとかを見て、関わるようにしています。モニターだけでなく、手で触ったりとか、冷感とかは触ったりとかじゃないと見れないので触ったりとか、脈の左右差とかも触らないとわからないし、痰の匂いとか色とか。

大事なことは、一人では生きていけないから、周りの人が助けてくれたりとかですね、人との関わりが大事だと思います。私は福岡出身で大学が徳島で徳島に行った時が誰も友達がいなくて、それですごい寂しかったんですけど、色んな人が助けてくれたりだとか、就職で広島に来てまた友達がいなくて、今の同期がいろいろと助けてくれたりとかして。学生の時に家庭の事とかも色々あったりして誰かに相談とかしたら、色々アドバイスとかもらえたりとかして、患者さんとか家族の人とかも辛いこととかあると思うんですけど、入院のオリエンテーションの時に家族の人の想いとか結構聞いてあげるようにして、時間かかってしまうんですけどもしっかり思いを聞いてあげるようにしてます。

表 20 看護師 D：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>1) <u>やっぱり本人に納得してもらおう事</u>ですね。2) <u>声掛けとかして</u>。3) <u>話せなくても目が明いていたりするんで</u>。やっぱり 4) <u>話せなくても、やろうと思っていることは必ず声かけて納得してもらってからやっています</u>。5) <u>反応がなくても突然やられたら、自分でも嫌なので</u>、6) <u>声掛けを必ずするようにしています</u>。7) <u>自分がされて嫌なことはしないです</u>。でも、8) <u>嫌なこともやらなければいけない時もあるのでしっかり説明してからですね</u>。</p> <p>9) <u>説明をしてから同意を得ること</u>ですかね。10) <u>権利</u>、11) <u>後は意見</u>、12) <u>患者さんがこうしてほしいとかいうことも、出来ないこともあると思うんですけども</u>、13) <u>患者さんの意見とか要望もかなえてあげたいなと思っています</u>。</p> <p>14) <u>責任は、先生から言われたことをそのままやるのではなくて</u>、15) <u>本当に言われたことをやっていいのかという事を考えて</u>、16) <u>何ですのかなという所まで考えてからすること</u>です。17) <u>やっぱり知識とか、大切です</u>。まだ 18) <u>全然わからないんですけども勉強しています</u>。</p> <p>私の中では、19) <u>ご飯を食べてトイレに行っ</u>てとか、20) <u>日常生活が行えることが生きているな</u>と思います。21) <u>病気とかでそうならない人もいます</u>、22) <u>生きているというのはその人による</u>、23) <u>感じ方はその人によるんじゃないかなって</u>思います。</p> <p>24) <u>観察は、受け持つ人の病気を病態と照らし合わせて</u>、25) <u>何を見ないといけないのかを、前の日に受持ち人が決まっていたら</u></p>	<p>1) やっぱり本人に納得してもらおう事 2) 声掛けとかして。 3) 話せなくても目が明いていたりする 4) 話せなくても、やろうと思っていることは必ず声かけて納得してもらってからやっています。 5) 反応がなくても突然やられたら、自分でも嫌なの 6) 声掛けを必ずするようにしています。 7) 自分がされて嫌なことはしない 8) 嫌なこともやらなければいけない時もあるのでしっかり説明してからですね。 9) 説明をしてから同意を得ること 10) 権利、 11) 後は意見、 12) 患者さんがこうしてほしいとかいうことも、出来ないこともあると思う 13) 患者さんの意見とか要望もかなえてあげたいな 14) 責任は、先生から言われたことをそのままやるのではなくて、 15) 本当に言われたことをやっていいのかという事を考えて、 16) 何ですのかなという所まで考えてからすること 17) やっぱり知識とか、大切です。 18) 全然わからないんですけども勉強しています。 19) ご飯を食べてトイレに行っ 20) 日常生活が行えることが生きているな 21) 病気とかでそうならない人もいます、 22) 生きているというのはその人による、</p>

<p><u>事前に勉強してから</u> 26) <u>観察ポイントとかを見て関わるようにしています。</u> 27) <u>モニターだけでなく、</u> 28) <u>手で触ったりとか</u> 29)、<u>冷感とかは触ったりとかじゃないと見れないので触ったりとか、</u> 30) <u>脈の左右差とかも触らないとわからないし、</u> 31) <u>痰の匂いとか色とか。</u></p> <p>32) <u>大事なことは、一人では生きていけないから、</u> 33) <u>周りの人が助けてくれたりとかです</u>ね、 34) <u>人との関わりが大事だと思います。</u> 私は福岡出身で大学が徳島で徳島に行った時が誰も友達がいなくて、それですごい寂しかったんですけど、色んな人が助けてくれたりだとか、就職で広島に来てまた友達がいなくて、今の同期がいろいろと助けてくれたりとかして。学生の人に家庭の事とかも色々あったりして誰かに相談とかしたら、色々アドバイスとかもらえたりとかして 35) <u>患者さんとか家族の人とかも辛いこととかあると思うんですけど、</u> 36) <u>入院のオリエンテーションの時に家族の人の想いとか結構聞いてあげるようにして、時間かかってしまうんですけども</u> 37) <u>しっかり思いを聞いてあげるようにしています。</u></p>	<p>23) 感じ方はその人によるんじゃないかなって思います。</p> <p>24) 観察は、受け持つ人の病気を病態と照らし合わせて、</p> <p>25) 何を見ないといけないのかを、前の日に受持ち人が決まっていたら事前に勉強してから</p> <p>26) 観察ポイントとかを見て、関わるようにしています。</p> <p>27) モニターだけでなく</p> <p>28) 手で触ったりとか</p> <p>29) 冷感とかは触ったりとかじゃないと見れないので触ったりとか、</p> <p>30) 脈の左右差とかも触らないとわからないし、</p> <p>31) 痰の匂いとか色とか。</p> <p>32) 大事なことは、一人では生きていけないから、33) 周りの人が助けてくれたりとかですね、</p> <p>34) 人との関わりが大事だと思います。</p> <p>35)、患者さんとか家族の人とかも辛いこととかあると思う</p> <p>36) 入院のオリエンテーションの時に家族の人の想いとか結構聞いてあげるようにして、</p> <p>37) しっかり(家族の)思いを聞いてあげるようにしています。</p>
--	--

表 21 看護師Eのインタビュー内容

大事にしている事、常に患者さんの立場に立って今どう思っとるんかとか、意識がない状態でもそれは一番気にして接するようにしています。吸引とかする時にも一言声をかけて、何かケアをする前には、一応、何々するよと分からなくても、何か分かると思うんですよ。なんで、一応、伝えて、もし自分が患者さんの立場だったと考えて、私なら声をかけてほしいと思うし、意識がない状態でも一人の患者さんとしては、一人の人として接するようにしています。

救急とかだったらDNRとかそういうのも本人には取れなくても家族の方とかに取ったりとかするんで、よくわからないんですけど、同意書とか、輸血するにしても造影するのも、MRIを撮るにしても同意書がないとできないじゃないですか。本当にしたいのか、するのかですね。

医師の指示通りに薬剤とか投与することは大切だと思うし、後は患者さんに一番接するのは看護師なんで、その分医師よりも病態とかは医師の方が詳しいと思うんですけども、患者さんがどうしたいかというのは私たちの方が知っておくべきことなのかなと思います。

人工呼吸をつけ取ったら、一応器械では息をしているんだと思うんですけど、人工呼吸が外れて自分で息をして、自分の意思をはっきりと言えるというか。人工呼吸をしても生きてるといえるんですが、自分の意思をいう事が出来ないし、もういいと思う人もいるかもしれないじゃないですか。でもその意思も言えないし、家族の人は生きていてほしいと思うから続けるし、でもそれは患者さん本人の思いはわからないし。自分がどうしたいかを言えること。

観察は、一通りは全身は見るようには気をつけています。先輩の看護師さんにも聞いた分、意識のある患者さんはちょっと変なかったりしたら、訴えられるじゃないですか。ICUに入院している人は薬とかで自分が痛いとか何も言えないし、何か体調が悪いと思っても訴えることができないし、そのぶん観察力ってすごい大切って言われたので、なるべく気を付けるようにしています。目で見て触って、匂い、聴診器で聞いて、前日もっていたら、何か違うってことはないんですけど、実習でも何か違うっていう感覚を大事にしないとされたので、照らし合わせている。

人間にとって大事なことは人との関わりだと思います。私自身が一人が好きじゃなくて、家族でもいいし、誰かにいつも助けられて今まで色々なことを乗り越えられたし、今まででもそうだったし、自分がそうだったし、自分一人ではここまで来れなかったと思うし、人との関わりは大事。

表 22 看護師 E：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>大事にしている事、<u>1)常に患者さんの立場に立って</u> <u>2)今どう思っとるんかとか</u>、<u>3)意識がない状態でもそれは一番気にして接するようにしています。</u> <u>4)吸引とかする時にも一言声をかけて、</u> <u>5)何かケアをする前には、一応、何々するよと、</u> <u>6)分からなくても、何か分かると思うんですよ。なんで</u> <u>7)一応、伝えて、</u> <u>8)もし自分が患者さんの立場だったと考えて、</u> <u>9)私なら声をかけてほしいと思うし、</u> <u>10)意識がない状態でも一人の患者さんとしては、一人の人として接するようにしています。</u></p> <p><u>11)救急とかだったらDNRとかそういうのも本人には取れなくても</u> <u>12)家族の方とかに取ったりとかするんで、よくわからないんですけど、</u> <u>13)同意書とか、輸血するにしても造影するのにも、MRIを撮るにしても同意書がないとできないじゃないですか。</u> <u>14)本当にしたいのか、するのかわさね。</u></p> <p><u>15)医師の指示通りに薬剤とか投与することは大切だと思うし、後は</u> <u>16)患者さんに一番接するのは看護師なんで、その分医師よりも</u> <u>17)病態とかは医師の方が詳しいと思うんですけれども、</u> <u>18)患者さんがどうしたいかというのは私たちの方が知っておくべきことなのかなと思います。</u></p> <p><u>19)人工呼吸をつけとったら、一応器械では息をしているんだと思うんですけど、</u> <u>20)人工呼吸が外れて自分で息をして、自分の意思をはっきりと言えるというか。</u> <u>21)人工呼吸をしていても生きていけるといえるんですけど</u> <u>22)、自分の意思をいう事が出来ない</u></p>	<p>1)常に患者さんの立場に立って 2)今どう思っとるんかとか、 3)意識がない状態でもそれは一番気にして接するようにしています。 4)吸引とかする時にも一言声をかけて、 5)何かケアをする前には、一応、何々するよと、 6)分からなくても、何か分かると思う 7)一応、伝えて、 8)もし自分が患者さんの立場だったと考えて、 9)私なら声をかけてほしいと思う 10)意識がない状態でも一人の患者さんとしては、一人の人として接するようにしています。 11)救急とかだったらDNRとかそういうのも本人には取れない 12)家族の方とかに取ったりとかする 13)同意書とか、輸血するにしても造影するのにも、MRIを撮るにしても同意書がないとできない 14)本当にしたいのか、するのかわさね。 15)医師の指示通りに薬剤とか投与することは大切だと思う 16)患者さんに一番接するのは看護師 17)病態とかは医師の方が詳しいと思う 18)患者さんがどうしたいかというのは私たちの方が知っておくべきこと 19)人工呼吸をつけとったら、一応器械では息をしているんだと思う 20)人工呼吸が外れて自分で息をして、自分の意思をはっきりと言える 21)人工呼吸をしていても生きているとい</p>

<p>し、23)もういいと思う人もいるかもしれないじゃないですか。でも 24)その意思も言えないし、25)家族の人は生きていてほしいと思うから続けるし、でもそれは 26)患者さん本人の思いはわからないし。27)自分がどうしたいかを言えること。</p> <p>28)観察は、一通りは全身は見るようには気をつけています。29)先輩の看護師さんにも聞いた分、30)意識のある患者さんはちょっと変なかつたりしたら、訴えられるじゃないですか。31)ICUに入院している人は薬とかで自分が痛いとか何も言えないし、32)何か体調が悪いと思っても訴えることができないし、33)そのぶん観察力ってすごい大切って言われたので、34)なるべく気を付けるようにしています。35)目で見て触って、匂い、聴診器で聞いて、36)前日もっていたら、何か違うってことはないんですけど、37)実習でも何か違うっていう感覚を大事にしなさいと言われたので、38)照らし合わせている。</p> <p>39)人間にとって大事なことは人との関わりだと思います。40)私自身が一人が好きじゃなくて、41)家族でもいいし 42)誰かにいつも助けられて今まで色んなことを乗り越えられたし、43)今までもそうだったし、44)自分がそうだったし、45)自分一人ではここまで来れなかったと思うし、46)人との関わりは大事。</p>	<p>える</p> <p>22)自分の意思をいう事が出来ない</p> <p>23)もういいと思う人もいるかもしれないじゃない</p> <p>24)その意思も言えない</p> <p>25)家族の人は生きていてほしいと思うから続ける</p> <p>26)患者さん本人の思いはわからない。</p> <p>27)自分がどうしたいかを言えること。</p> <p>28)観察は、一通りは全身は見るようには気をつけています。</p> <p>29)(観察は大事)先輩の看護師さんにも聞いた</p> <p>30)意識のある患者さんはちょっと変なかつたりしたら、訴えられる</p> <p>31)ICUに入院している人は薬とかで自分が痛いとか何も言えない</p> <p>32)何か体調が悪いと思っても訴えることができない</p> <p>33)そのぶん観察力ってすごい大切って言われた</p> <p>34)なるべく気を付けるようにしています。</p> <p>35)目で見て触って、匂い、聴診器で聞いて、</p> <p>36)前日もっていたら、何か違うってことはない</p> <p>37)実習でも何か違うっていう感覚を大事にしなさいと言われた</p> <p>38)照らし合わせている。</p> <p>39)人間にとって大事なことは人との関わりだ</p> <p>40)私自身が一人が好きじゃなくて、</p> <p>41)家族でもいいし</p> <p>42)誰かにいつも助けられて今まで色んなことを乗り越えられたし、</p> <p>43)今までもそうだったし、</p> <p>44)自分がそうだったし、</p>
--	--

	45) 自分一人ではここまで来れなかったと思う 46) 人との関わりは大事。
--	---

表 23 看護師Fのインタビュー内容

やっぱり人対人なんで、まあお互いの思いがこう分かり合えるような、だから向こうの患者さんの言いたいこと全て、あのう、鵜呑みにするのが看護ではないと思うし、かといってこっちからのこうしなければならぬと言う事を押し付けるだけでもダメで、お互いがうまく噛み合って、お互いが妥協できるか、理解できる所が大事なんじゃないかと思えますけど。基本的な事なんですけど安全第一という所、いくら要望があったとしても、理解が得られなかったとしてもやっぱり安全が第一、優先というか曲げられない。命に対してですね。

自分が受けたい医療が受けられるという事とプライバシーが守られるという事と。自分が入院したとしてもそこが大事かなと思うので。この人がどうしたいかという意思表示カードみたいなものを持っていない場合は命を助けるということをも最優先として動いてしまうという所があるので、後からそんなつもりはなかったのと言われても、でも助けてしまいましたという事が多いので、そういう事には多々出会うので。

医師だったら自分は循環器ですよとか、脳外科ですよというように細分化されていて、先生たちはそれを極めていこうというようなんですけれど、看護師はそういうようなのが難しいけれど、全然今は専門性を高めるような資格が出来てきているんで、まあ、もちろんそのエキスパートにはなれないかもしれないけれど、自分のいる部署で一番ベストの状態を力を発揮できるようなトレーニングとか、あの学習とかをやっていかないという意識はあります。意識はあるけれども現実には出来ていないことが多くってちょっとこういう時はどうしたらいいんだろうって。環境的にはICUだから先生がいらして、何かあったらすぐに先生に返せる恵まれた環境だなんて思えますけど。そこは自分でもある程度判断して、ここは急いで報告するべきだろうとか、これはもう少し様子を見てからでいいだろうと、ある程度の判断は必要だし、いるとは思いますが。経験上知りえたことを裏付けをとっていくような後付けをしたうえで学習することも多いし、こういうことだったんだとか後から知って行って、結局その時はわからなかったりして本末転倒の所はあるんですけども。知識にしているつもりにはなっていますけど。

色々考え方はあると思うんですけども、本人主体でいえば自分の考えがあって自分の発言ができるとか表現できるとかが大事なことだと思います。で、家族にとって見たら、そこに存在としていて息をしてくれているだけでと言われる方もいるし、本当にお年寄りとかだったら、苦しくないようにおじいちゃんありがとうねっていう感じで、お別れしていくっていう状況もあるし、生きる上で何が大事かっていうのは、その人その人かなというのはあるんですけど、自分が倒れた時はある程度コンタクトが取れるような状況とかあるといいなと思うんですけど。うーん、難しいです。

見たり聞いたり触ったり、その人の反応とかっていう感じなのかな。表情を見たり、声をかけたり、会話が出来る人だったら声をかけたり、表情を見たり、この人の反応はこう

じゃあないとか、こうかなとか、ちょっという事を変えてみたり、ちょっと自分が喋りすぎたなと思ったら、ちょっと聞く方向に持っていこうかなとか、変えていったりとか気切とか挿管して声が出せない人だったら、なるべくこうなづいて答えてもらったり、首を振ってこたえてもらったりとか、それができない人だったらOKできる人だったらしてもらったりだとか、そのへんはその時々なんですけれど、そういった反応を見たりだとか。反応がない人だったら、こうされたら自分が嫌だろうって思うことはしない、一番気になるのは体位変換とかする時に、パッと持ってあげるとか、あれが一番気になる、後はベッドに話しかけるときにベッドにぐっと近寄る時に柵によっかかるようにするとベッドがすごい揺れるんですよね。あれが嫌なんです。私が入院しているときに柵に寄り掛かったり、ベッドに手をつかれた時にすごい揺れたんですよね。自分自身もすごい気になってたんで、私ちょっと気をつけようって思ったりしてて、こういうのは言ってもなかなか難しいから、自分はせめてすまいとしています。Aラインをとる時にも、気をつけたり、患者さんはエアーマットじゃないですか。余計に揺れるんですよね。自分がベッドに寝て看護してもらった時に気付いたんで、自分がやっているときには気づいてなかったんで。普通のベッドで低床のベッドでしたけど、揺れたんで。

一番大事なことは、安心できることですかね。全部ひっくるめたところで自分が安心できるか、環境面とかも含めて、居心地がいい状況というか。スタッフ同士でも言いたいことが言えなかったりとか、いう人はどんどんいうし、言えない人は言わないしとか、そういう状況はお互いが居心地が悪いというか。

表 24 看護師 F：インタビューの内容からの重要文脈の抽出

インタビューの内容	重要文脈
<p>1)やっぱり人対人なんで、まあ 2)お互いの思いがこう分かり合えるような、だから向こうの 3)患者さんの言いたいこと全て、あのう、鵜呑みにするのが看護ではないと思うし、かといって 4)こっちからのこうしなければならぬと言う事を押し付けるだけでもダメで、5)お互いがうまく噛み合って、お互いが妥協できるか、6)理解できる所が大事なんじゃないかと思えますけど。7)基本的な事なんですけど安全第一という所、8)いくら要望があったとしても、理解が得られなかったとしてもやっぱり安全が第一、9)優先というか曲げられない。10)命に対してですね。</p> <p>11)自分が受けた医療が受けられるという事と 12)プライバシーが守られるという事と。13)自分が入院したとしてもそこが大事かなと思うので。14)この人がどうしたいかという意味表示カードみたいなものを持っていない場合は命を助けるということを最優先として動いてしまうという所があるので、15)後からそんなつもりはなかったのと言われても、でも助けてしまいましたという事が多いので、16)そういう事には多々出会うので。</p> <p>17)医師だったら自分は循環器ですよとか、脳外科ですよというように細分化されていて、18)先生たちはそれを極めていこうというようなんですけれど、19)看護師はそういうようなのが難しいけれど、全然 20)今は専門性を高めるような資格が出来きているんで、まあ、もちろんその 21)エキスパートにはなれないかもしれないけれど、</p>	<p>1)(看護)やっぱり人対人 2)お互いの思いがこう分かり合えるような、 3)患者さんの言いたいこと全て、あのう、鵜呑みにするのが看護ではないと思う 4)こっちからのこうしなければならぬと言う事を押し付けるだけでもダメ 5)お互いがうまく噛み合って、お互いが妥協できるか、 6)理解できる所が大事なんじゃないかと思えます 7)基本的な事なんですけど安全第一 8)いくら要望があったとしても、理解が得られなかったとしてもやっぱり安全が第一、 9)優先というか曲げられない。 10)命に対してですね。(安全第一) 11)自分が受けた医療が受けられるという事 12)プライバシーが守られるという事 13)自分が入院したとしてもそこが大事かなと思う 14)この人がどうしたいかという意味表示カードみたいなものを持っていない場合は命を助けるということを最優先として動いてしまうという所がある 15)(家族から)後からそんなつもりはなかったのと言われても、でも助けてしまいましたという事が多い 16)そういう事には多々出会う。 17)医師だったら自分は循環器ですよとか、脳外科ですよというように細分化されていて、</p>

<p>22) <u>自分のいる部署で一番ベストの状態</u>で力を発揮できるようなトレーニングとか、あの学習とかをやっていないという意識はあります。23) <u>意識はあるけれども現実</u>は出来ていないことが多くってちょっとこういう時はどうしたらいいんだろうって。24) <u>環境的にはICUだから先生がいらして</u>、25) <u>何かあったらすぐに先生に返せる恵まれた環境</u>だなんて思いますけど。26) <u>そこは自分でもある程度判断して</u>、27) <u>ここは急いで報告すべきだろうとか</u>、28) <u>これはもう少し様子を見てからでいいだろうと</u>、29) <u>ある程度の判断は必要だし、いるとは思いますが</u>。30) <u>経験上知りえたことを裏付けをとっていくような</u> 31) <u>後付けをしたうえで学習することも多いし</u>、32) <u>こういうことだったんだとか後から知って行って、結局その時はわからなかったりして本末転倒の所はあるんですけども</u>。33) <u>知識にしているつもりにはなっていますけど</u>。</p> <p>34) <u>色々考え方はあると思うんですけども</u>、35) <u>本人主体でいえば自分の考えがあって自分の発言ができるとか</u> 35) <u>表現できるとかが大事なことだと思います</u>。で、36) <u>家族にとって見たら、そこに存在としていて</u> 37) <u>息をしてくれているだけでと言われる方もいるし</u>、38) <u>本当にお年寄りとかだったら、苦しくないようにおじいちゃんありがとうねっていう感じで、お別れして行っていう状況もあるし</u>、39) <u>生きる上で何が大事かっていうのは、その人その人かなというのはあるんですけど</u>、40) <u>自分が倒れた時はある程度コンタクトが取れるような状況とかあるといいなと思うんですけど</u>。</p> <p>41) <u>うーん、難しいです。(生きるという事について)</u></p>	<p>18) <u>先生たちはそれを極めていこうという</u>ようなんですけど、</p> <p>19) <u>看護師はそういうようなのが難しい</u></p> <p>20) <u>今は専門性を高めるような資格が出来てきている</u></p> <p>21) <u>エキスパートにはなれないかもしれない</u></p> <p>22) <u>自分のいる部署で一番ベストの状態</u>で力を発揮できるようなトレーニング</p> <p>23) <u>あの学習とかをやっていないという</u>意識はあります。</p> <p>24) (学習) <u>意識はあるけれども現実</u>は出来ていないことが多くって</p> <p>25) <u>環境的にはICUだから先生がいらして</u>、</p> <p>26) <u>何かあったらすぐに先生に返せる恵まれた環境</u>だなんて思います</p> <p>27) <u>そこは自分でもある程度判断して</u>、</p> <p>28) <u>ここは急いで報告すべきだろうとか</u>、</p> <p>29) <u>これはもう少し様子を見てからでいい</u>だろうと</p> <p>30) <u>ある程度の判断は必要だし、(判断は)いるとは思いますが</u>。</p> <p>31) <u>経験上知りえたことを裏付けをとっていくような</u></p> <p>32) <u>後付けをしたうえで学習することも多い</u></p> <p>33) <u>こういうことだったんだとか後から知って行って、結局その時はわからなかったりして本末転倒の所はある</u></p> <p>34) <u>知識にしているつもりにはなっています</u></p> <p>35) <u>色々考え方はあると思うんですけども</u>、</p> <p>36) <u>本人主体でいえば自分の考えがあって自分の発言ができる</u></p>
---	---

<p>42)見たり聞いたり触ったり、43)その人の反応とかっていう感じなのかな。44)表情を見たり、45)声をかけたり、46)会話ができる人だったら声をかけたり、表情を見たり、47)この人の反応はこうじゃあないとか、こうかなとか、48)ちょっとこの事を変えてみたり、49)ちょっと自分が喋りすぎたなどと思ったら、ちょっと聞く方向に持っていこうかなとか、変えていったりとか 50)気切とか挿管して声が出せない人だったら、なるべくこうなづいて答えてもらったり、51)首を振ってこたえてもらったりとか、52)それができない人だったらOKできる人だったらしてもらったりだとか、53)そのへんはその時々なんですけれど、54)そういった反応を見たりだとか。55)反応がない人だったら、こうされたら自分が嫌だろうって思うことはしない、56)一番気になるのは体位変換とかする時に、パッと持ってあげるとか、あれが一番気になる、57)後はベッドに話しかけるときにベッドにぐっと近寄る時に柵によっかかるようにするとベッドがすごい揺れるんですよ。あれが嫌なんです。58)私が入院しているときに柵に寄り掛かったり、ベッドに手をつかれた時にすごい揺れたんですよ。59)自分自身もすごい気になってたんで、私ちょっと気をつけようって思ったりしてて、60)こういうのは言ってもなかなか難しいから、自分はせめてすまいとしています。61)Aラインをとる時にも、気をつけたり、62)患者さんはエアーマットじゃないですか。余計に揺れるんですよ。63)自分がベッドに寝て看護してもらった時に気付いたんで、64)自分がやっているときには気づいてなかったんで。65)普通のベッドで低床のベッドでしたけ</p>	<p>37)表現できるとかが大事なことだと思います。 38)家族にとって見たら、そこに存在としていて (いてほしい) 39)息をしてくれているだけでと言われる方もいるし、 40)本当にお年寄りとかだったら、苦しくないようにおじいちゃんありがとうねっていう感じで、お別れしていくっていう状況もある 41)生きる上で何が大事かっていうのは、その人その人かなというものはある 42)自分が倒れた時はある程度コンタクトが取れるような状況とかあるといいと思う 43)うーん、難しいです。(生きるという事について) 44)見たり聞いたり触ったり、 45)その人の反応とかっていう感じなのかな。 46)表情を見たり、 47)声をかけたり、 48)会話ができる人だったら声をかけたり、 49)この人の反応はこうじゃあないとか、こうかなとか、(肯定か否定か) 50)ちょっとこの事を変えてみたり、 51)ちょっと自分が喋りすぎたなどと思ったら、ちょっと聞く方向に持っていこうかなとか、変えていったりとか 52)気切とか挿管して声が出せない人だったら、なるべくこうなづいて答えてもらったり、 53)首を振ってこたえてもらったりとか、 54)それができない人だったらOKできる人だったらしてもらったりだとか、 55)そのへんはその時々なんですけれど、</p>
--	--

ど、揺れたんで。

66)一番大事なことは、安心できることですかね。67)全部ひっくるめたところで自分が安心できるか 68)環境面とかも含めて、69)居心地がいい状況というか。スタッフ同士でも言いたいことが言えなかったりとか、いう人はどんどんいうし、言えない人は言わないしとか、そういう状況はお互いが居心地が悪いというか。

56)そういった反応を見たりだとか。

57)反応がない人だったら、こうされたら自分が嫌だろうって思うことはしない、

58)一番気になるのは体位変換とかする時に、パッと持ってあげるとか、あれが一番気になる、

59)後はベッドに話しかけるときにベッドにぐっと近寄る時に柵によっかかるようにするとベッドがすごい揺れるんですよね。あれが嫌なんです。

60)私が入院しているときに柵に寄り掛かったり、ベッドに手をつかれた時にすごい揺れた

61)自分自身もすごい気になってたんで、私ちょっと気をつけようって思った

62)こういうのは言ってもなかなか難しいから、自分はせめてすまいとしています。

63)Aラインをとる時にも、気をつけたり、

64)患者さんはエアーマットじゃないですか。余計に揺れるんですよね。

65)自分がベッドに寝て看護してもらった時に気付いたんで、

66)自分がやっているときには気づいてなかったんで。

67)普通のベッドで低床のベッドでしたけど、揺れたんで。

68)一番大事なことは、安心できることですかね。69)全部ひっくるめたところで自分が安心できるか 70)環境面とかも含めて、71)居心地がいい状況というか。