

原 著

医療看護研究29 P.15-24 (2022)

集中治療室入室中の患者に対する看護のマイクロエスノグラフィー：
精神的ケアの可能性に焦点をあてて

A Micro-Ethnographic Study of Nursing Care for Patient in Intensive Care
Units and Its Feasibility of Mental Health Care

上野 恭子¹⁾
UENO Kyoko

栗原 加代²⁾
KURIHARA Kayo

宇留野 由紀子²⁾
URUNO Yukiko

長津 貴子²⁾
NAGATSU Takako

長谷川 隆一³⁾
HASEGAWA Ryuichi

要 旨

目的：本研究は、集中治療室（ICU）で治療中の患者に対して行う看護師の処置やケアの場面の観察を通し、ICU看護師の精神的ケアの可能性について考察することを目的とした。

方法：マイクロエスノグラフィーを用いた。2か所のICUでの参与観察によるフィールドノートと4名のICU看護師のインタビューからデータを収集し、患者への処置やケア時の行動パターンや思考の基盤となる考えの記述に文書による情報を加えて分析した。

結果：フィールドノートから27の観察場面を特定した。ICU看護師の看護行為のあり様は、患者の意識レベルと会話が成り立つか否かによって異なった。意識が清明な状態の患者とは会話を通して、説明や指示を行い、患者の気持ちを確認し、患者の不安に対応しようとしていた。一方、意識が混濁し、会話が成立しない患者に対して、看護師は、患者から発せられることばより、正確で安全を重んじた医療処置やケアを迅速に行うことに集中した。この時、患者の不安への対応は行われなかった。

考察：意識が混濁しているが故に歪んだ認知世界で不安になっている患者に対し、安心であると感じさせる看護師の言動が精神的なケアの一つに繋がるであろう。

キーワード：ICU、看護、精神的ケア、マイクロエスノグラフィー

Key words：ICU, nursing, mental health care, micro-ethnography

I. 緒言

クリティカルの医療現場では、主に心肺機能をはじめとする臓器の機能が低下した状態にある重症患

者に対して治療と看護を行う。その中で集中治療室（Intensive Care Unit：以下、ICU）に所属する看護師は、重篤で生命の危機状況にある患者のケアや治療上の管理に携わっている。ICUでの治療効果は高度医療の発展とともに目覚ましいものがあるが、一方でICU入室中の患者の精神状態の悪化が懸念され続け、ICU症候群として不眠や幻覚が問題視され、2010年以降にはICUを退室した患者の認知機能障害と精神機能障害を伴った集中治療後症候群（PICS）が注

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 茨城キリスト教大学看護学部
College of Nursing, Ibaraki Christian University

3) 獨協医科大学医学部
School of Medicine, Dokkyo Medical University
(Oct. 4, 2021 原稿受付) (Dec. 22, 2021 原稿受領)

目された。PICSとなった患者は、心的外傷後ストレス障害（PTSD）だけでなく、抑うつ症状や不安、睡眠障害が退院後数か月から数年間続き、QOLに影響を受けていることが報告された（Desai et al., 2011; Needham et al., 2021）。また、岩谷ら（2016）は、患者のICU滞在中の記憶の曖昧さが不安や抑うつ症状を引き起こす要因になっていると論じた。

先行研究によりICUでの治療の過程で患者の精神的健康に何等かの影響があることは間違いないであろう。しかし、看護師によって患者の精神面の健康を維持あるいは回復させるための援助、すなわち精神的ケアについて報告された研究は少なかった。栗原ら（2019）の研究では、過去10年間の国内外の研究論文を対象に救急医療現場における看護師による精神的ケアに焦点を当てた先行研究を調べたところ、家族や自殺未遂者以外のICU入室患者に対する精神的介入に関する研究は稀有であった。大山ら（2019, 2020）はクリティカルケアにおいて、精神的ケアに関連するcomfortを「適切な医療者の介入を受けることで『痛みの緩和（Relief of pain）』、『自立性（Independence）』、『平静（Calm）』、『満足（Satisfaction）』を知覚する経験」と定義づけ、急性・重症患者看護専門看護師を対象にcomfortを目指したケアの質的分析を行った。その結果、看護師は「サイコスピリットの」な側面である「平静」や「満足」を満たすことができていないことを明らかにした。さらに具体的な精神的ケア方法に関する研究では、Wadeら（2019）のランダム化比較試験による効果検証がある。この研究においてもICU看護師が主導となって実施した環境調整とリラクゼーション、リハビリプログラムといった心理学的介入ではPTSDを予防することを証明することはできなかった。これらのことから現状ではまだ、ICUでの精神的ケアに関して効果的な方法は確立していないと考えてよいであろう。

ICU入室中の患者は、生命の危うさに直面しているにも拘わらず、自分自身で対応できず、混乱し、過度な動揺、不安に陥っている危機状態（Caplan, 1968）と想定できる。精神的ケアは危機状態からの回復を促進し、あるいは危機状況を回避する予防的意義がある。そこで、本研究では、ICUの看護師は、患者に対してどのような精神的ケアを実施することができるかという問題をエスノグラフィックな方法によって明らかにすることを目的とした。これにより、ICUでの現実的な精神的ケアの実践に関する基礎的な知見が得られ、

具体的な方法を開発するための示唆が得られるところに本研究の意義があると考えられる。

II. 研究方法

本研究の方法は、エスノグラフィーの一種であるマイクロエスノグラフィーを用いた。エスノグラフィーは、人々が実際に活動や仕事をしている現場の具体的な事象を他の事象との関係のなかで文脈的に捉え、現場を内側から理解するための調査方法である（小田, 2010a）。

ICUは閉鎖的空間で常に緊迫感がある場であり、看護師の行動パターンやルールなど一般病棟とは異なる部分が多いと推察される。エスノグラフィーは、研究者が慣れ親しんだ文化規範で説明する枠組みが通用せず、未知の事象を理解するのに適している（小田, 2010b）ことから、本研究において、この手法を用いるのは妥当と考えられた。また、一般的なエスノグラフィーに比べると、観察する時間が短く、場所もICUと限定していることから、本研究ではマイクロエスノグラフィーとした（波平, 2016a）。

1. フィールドおよび情報提供者

研究対象となったフィールドは関東圏内にある三次救急医療を担う地域中核病院（X）と大学病院（Y）に設置された2か所のICUとした。

XのICUは、長方形のスペースであり、隣り合った壁の2辺に沿ってL字型に7床のベッドと3つの個室が設置され、合計10床であった。ベッドと個室を一望できるように中央に医療者用の大きなテーブルと処置台、セントラルモニターが設置されている。

YのICUも長方形である。向かい合う2辺の壁沿いに個室が3部屋ずつ計6床と、その間にある1辺の壁沿いにはオープンベッドが4床の合計10床が設置されている。これら3辺の壁とそれぞれ平行して薬品棚と複数の長机が並べられ、その上に複数のパソコンが設置されていた。

X、YのICUの看護師配置は患者2名に対して看護師1名であり、看護師数はそれぞれスタッフ31名と管理職1名であった。

2. 文書調査の方法

文書調査を参与観察の実施に先んじて行った。わが国にICUが初めて開設された1960年代に遡り、ICUでの看護の目的や看護師の役割、およびICU看護教育

に関する情報を得るために日本看護協会図書館に保管されている文献や資料を閲覧した。これらは、観察データを多角的に理解するための資料とした。

3. 参与観察の方法

1) 参与観察の調査期間は、各ICUにつき2019年6月の平日の日勤帯にあたる3日間とし、延べ日数6日間とした。

2) 観察データ収集は、調査協力の同意が得られたICU看護師が対象であった。その看護師らの世界の流れを周りの人々の動きや雰囲気の中でとらえるために、医師とコメディカル全員にも研究の概要の説明と目的、方法などを記したリーフレットをとおして、観察の対象になり得ることを伝え、協力を求めた。

3) 観察者の立場は「参与観察としての観察者」(波平, 2016b)とした。観察場面を看護師が患者の傍にいたるところとし、看護師の言動、表情、振る舞い、雰囲気といった世界の流れが妨げられないように、観察者はその場面から距離を置いて、さりげなく観察するように心がけた。また1回のケアにかかる時間を考慮し、観察時間は数分から20分程度とし、1日の合計観察時間は3時間程度を目安にした。観察後に看護師の言動の意味を明らかにする必要があるときは、その看護師の時間的余裕を見計らい、短い質問を行った。

4) 観察対象である看護師と相対している患者に対しては、患者への治療、療養を妨げないように患者の視野に観察者が入らない場所を立ち位置とした。患者への直接的な声掛けや接触はせず、看護師が傍にいる時の患者の意識レベル、訴え、表情等を可能な範囲で観察し、疾患名や術式などは診療録を参照した。

5) 観察内容や看護師に質問した返答内容はできるだけ早く、かつ詳細にフィールドノートに記録した。記録は研究者のパソコンを用い、ICU外の一室で行った。

6) 参与観察調査終了後にインタビュー調査に同意が得られた看護師を対象に1時間程度の半構造的面接を実施した。面接では、具体的な患者への精神的な援助に関する思いを語ってもらい、観察内容の補助的データとした。

7) 今回の参与観察は、ICUでの臨床経験があり、質的研究の経験がある研究者1名で行った。しかし、ICUでの場面を観察する際、観察者に臨床経験があるが故の歪曲が否定できず、是正する必要がある。そのため観察の厳密性を確保するために初回の観察を複数の研究者で行い、記録内容を照らし合わせて確認し、

認知内容や記録傾向の是正を行った。また、実施に当たり、研究者全員はエスノグラフィーの研修会に参加し、かつスペシャリストからの研究デザインと方法について相談と指導を得た。

4. データ分析

フィールドノートの記述を看護師が患者に対している場面の文脈に注目し、まとまりのある内容をリーフにまとめ、データベースとした。リーフのフォーマットには場面の「見出し」、整理番号、看護師の属性、患者の基本属性、症状または疾患/術式名、装着している医療機器やライン、身体拘束状態、観察内容や聞き取った内容の概要、さらに観察者が気づいたことを記載した。「見出し」とは、ICU看護師はどんな精神的ケアができるかという設問に関連している内容を吟味して導かれた概念を表したものである。同じ「見出し」があてられた複数のデータとの比較(小田, 2010c)や、別の概念間の関係性の追究を通し、鍵となる理論的テーマを同定した。

インタビューは、観察内容の文脈を分析する際、観察データの裏付けとなる点や相違がある点に着目して事象理解の補助として用いた。同様に文書調査として得られた資料や文献も観察データの補助として用い、分析を深めた。

5. 倫理的配慮

観察対象である看護師に対する倫理的配慮として、調査に先立ち研究の概要と調査協力は任意であり、撤回はいつでも可能であること、それによって何ら不利益を被らないことを保障した。また、データ処理にあたっては、2か所の病院管理者にICUに関連する職員が特定されないようにすることを伝え承諾を得た。患者についてはその重篤な容態と状況を鑑み、個人が特定されないように留意し、必要最小限の情報の入手にとどめた。本調査は、研究者の所属する機関の研究等倫理審査の承認(順看倫第30-29号)を得て実施された。

Ⅲ. 結果

調査期間に観察対象となった看護師は、施設XのICUが12名、YのICUが7名の合計19名であった。また、観察データから27の場面が得られた。表1は、27の各場面で観察された状況とその状況に関わった看護師と患者の属性を示したものである。27の看護師と患

表1 調査協力者属性と27場面

調査協力者	看護師経験年数	クリニカルラダー	性別	観察場面	患者	
					年代	性 観察時のJCS
A氏	10年	Ⅳ	女	01：輸液ポンプの点滴交換	60歳代	男 Ⅲ-300
B氏	3年	Ⅱ	女	02：閉塞式気管吸引で痰を吸引	70歳代	男 Ⅰ-2~3
C氏	2か月	Ⅰ	女	03：心臓リハビリテーション前後のECG確認	80歳代	女 0
D氏	2か月	Ⅰ	女			
E氏	2か月	Ⅰ	男	04：含嗽介助	70歳代	男 0
				05：術後の創部痛確認		
				06：ナースコール対応		
				07：血糖値測定		
F氏	2年	Ⅱ	女	08：清拭（Eと一緒に）		
G氏	2年	Ⅱ	女	09：透析室転棟の準備（Eと一緒に）		
H氏	8年	Ⅲ	女	10：患者の足元にあるPCで記録	50歳代	男 Ⅰ-2~3
				11：点滴表示票の確認		
				12：尿道留置カテーテルの尿量確認		
				13：点滴刺入部の確認		
I氏	4年	Ⅲ	女	14：検温		
J氏	6年	Ⅲ	女	15：頭部CT検査の搬送準備（Jと一緒に）		
K氏	4年	Ⅲ	女	16：頭部CT検査から帰室受け入れ（Jと一緒に）		
				17：ベッドサイドでMMT**評価		
				18：（動脈）ライン抜去		
				19：検温		
L氏	30歳後半*	Ⅳ	女	20：胸部・腹部の観察	20歳代	男 0
				21：尿量測定		
				22：ポータブルレントゲン介助		
M氏	8年	Ⅲ	女	23：口腔ケア	50歳代	男 Ⅰ-2~3
N氏	10か月	Ⅰ	女	24：頭部CT検査の準備（Nと一緒に）	60歳代	男 Ⅱ-30~ Ⅲ-100
O氏	6年	Ⅲ	女	25：輸液ポンプのアラーム対応（Pと一緒に）	80歳代	男 0
Q氏	10年	Ⅳ	女	26：褥瘡処置（Qに引き続きRが様子を見に来る）	80歳代	男 Ⅰ~0
R氏	20年	Ⅳ	女	27：看護師4人が褥瘡処置、点滴差し替え、サ		
S氏	6年	Ⅲ	女	クションを同時に実施（M、Q、S）		

*：経験年数不明 **：Manual Muscle Test徒手筋力テスト

者の相互作用の場面に焦点を合わせて看護師の行動から何を論じることができるかを検討したところ、患者の「意識」が理論的テーマとして導かれた。患者の「意識」に視座をおいて、看護師の言動の特徴を関連付けた場面を抽出し、その解釈をおこなった。以下に代表的な場面を記述した。看護師や患者のことばを「」、観察者による補足説明を（）、…はその文脈には関係のない省略部分を示した。

1. 患者の意識のレベルの違いによる看護師の言動

ICU看護師の行動は、患者の意識のレベルによって異なっていた。そのレベルには3通りあった。まず、健康な人々と同様に普通の会話ができる意識の状態、次にどんな刺激に対しても覚醒しない状態、そして、その中間の意識状態で何らかの刺激に反応する混濁し

た意識の状態であった。患者の意識状態に合わせて看護師のかかわり方に相違がみられた。以下に3つの意識と看護師の言動について述べる。

1) 普通の意識状態の患者と普通の会話

場面03：「今日担当します看護師のCです。よろしくお願ひしますね。気分は大丈夫ですか？」そして、「同じく看護師のDです。よろしくお願ひします。」と二人の新人看護師が自己紹介を行った。患者は「はい、よろしくお願ひします」と看護師の方を向き返事をした。（その後、心臓リハビリテーションをECG測定で確認しながらベッドを挙上させ、座位にまでなった患者に対して）看護師Dが「〇〇さん。力入れないで楽にしてくださいね。らくーにしてー。らくーですよ。」と声をかけた。患者は目をつむったまま看護師の説明に軽く「うん」と頷いて答えた。…医師が「終わりましたよ。…胸は痛まないで

すか?背中が痛くないですか?」と質問すると、患者は「背中痛いですよ。とつても。」と返事をした。医師は「ずっと寝てるからの背中の痛みじゃなくて、入院する前の痛みみたいなのではないですか?」と聞きなおした。患者は、「あの痛みは大丈夫。痛いのは腰と背中だけど寝ているからその痛みよ。」と笑って答えた。看護師Dは「入院してきた痛みとは違うんですね」と質問すると、「あれとは違うよ。あれではないよ。」と返事をしていた。

この場面は、看護師CやDが患者に対して挨拶からかわり始め、心臓リハビリテーションの進行の中で適宜、必要な説明や指示を出し、患者もそれに応えるという滑らかな会話のやり取りとなっていた。その過程で患者の意思も尊重されていた。参与観察の補助データ(表2)である看護師No.1の語りにおいても「せん妄があまりない患者さん、自分が今置かれている状況がわかっている患者さんとかは、だいたい説明すると納得します。…どうしても本当に、今どうしてもっていうのじゃなければ、ちょっと(人工呼吸器の)管抜いてからゆっくりお話ししませんか」というと、だいたい患者さん、納得しますね」という語りがあり、看護師は患者のことを確認したうえで、医療側の説明や指示を伝え、場合によっては患者に協力を求めたり、彼らの意思を尊重するといった過程が展開された。看護師と患者間には相互作用がみられた。

2) 刺激に反応しない患者に対する手際よい管理

場面01:看護師Aは、PC(パソコン)上で指示書を確認後、ベッドサイドに訪室し、患者の点滴ボトルを交換した。輸液ポンプの設定を初期設定に戻し、再設定を行った。Aは、その後、患者の輸液ラインを右手で持ちながら点滴刺入部のCV(中心静脈)の三方活栓の異常がないことを手の感覚と目視で確認した。その際に、左手で毛布をめくり、首周囲の観察ができるように病衣を広げ、確認後は、病衣を戻し毛布をかけた。Aは同時に人工呼吸器の設定と呼吸回数、最大気道内圧を目視で確認していた。Aは、呼吸器の設定に異常がないと判断していた様子であった。その後、モニター上の血圧(血圧50台で変わらず)を見て、「ふー」と肩を落としながらため息をついた。

場面01の患者は、意識がない状態と判断されていた。看護師Aは、患者との間で言葉による交流や意思疎通はできないと確信しているようで、直接身体に触れるときさえ、声をかける姿は見られなかった。二人の間ではAのてきぱきとした行為が観察され、Aにと

表2 インタビュー対象となったICU/救急看護師の属性

No.	年齢	性別	看護師 経験年数 (年)	クリティカル 領域経験 年数(年)	基礎教育
1	30歳前半	女	8	8	専門学校
2	30歳前半	女	11	5	短期大学
3	30歳後半	女	12	12	専門学校
4	40歳後半	女	26	21	専門学校

って、意識のない患者への気遣いより、医療処置の遂行に重きが置かれているようだった。

3) 混濁した意識の患者と現実世界の看護行為

(1) 聞き流される患者のことは

場面15:看護師Iは、何も言わずに患者の右側の足元に立ち、患者の足を軽くたたきながら「検査いくよー。」と声をかけた。そして、患者の右側に立ち患者の点滴ラインの輸液ポンプの整理を始め、点滴を生食でロックした。次に、患者の左側に移動し、患者の左側にある点滴ポンプをはずした。…患者は、看護師の行動を凝視していたが、看護師Iは患者に見向きせず、言葉もかけず黙々と準備していた。患者は看護師Iに向かって「あれね。そうね。だよね。」と声をかけていた。看護師Iはその声掛けには全く反応しなかった。

この患者は、JCS(Japan Coma Scale)がI-2から3レベルで意識混濁の状態であった。看護師は、この患者は現実を正確に認識できないと判断しているのか、患者に今から何が行われるのかについて説明せず、また、患者の意思を確認せずに一方的に看護行為を開始する合図をした。そして患者から発せられることは、看護師にとって意味をもっていないようだった。実際に研究者が客観的視点に立ち、患者の「あれね。そうね。だよね。」の発言を解釈しようとしても、この場面の文脈からは了解できなかった。看護師Iにとってこの患者とのかかわりでは、医療事故をおこさず移送が無事に進むことが重要事項であり、無言の処置はその表れのようなようだった。むしろ現実をしっかりと認識できない状態の患者であるから特に注意している行動がとられているようだった。

(2) 看護師に引き起こされる不安

ICUのほとんどの患者は、自分の意思でベッドから自由に動くことができず、また身体を抑制されていると、ベッド上で自分の意のまま、自由に横を向くことすらできない。そのため患者の目にする光景は医療機

器や壁、ベッドサイドにいるスタッフの姿に限られている。聴覚的刺激も日常生活で聞きなれない音やことばであり、患者が自身の周りで何が行われているのかを知るために入手できる情報には限界があり、状況を判断し、正確に理解することが難しくなるだろう。特に意識混濁時には、認知機能の低下により、なおさら現実の理解は困難になると思われる。

場面11：看護師Hは、点滴指示票と実際の点滴を確認する作業に移った。患者の左側にある点滴ポンプ、シリンジポンプの薬剤の種類、残量、指示量を確認していると患者は看護師の姿をじっと見つめ、看護師が動くと同時に目で追っていた。しかし、Hは、患者の視線には気づいていないのか点滴ポンプに繋がっている薬剤の薬品名と残量を指差ししながら確認していた。途中、シリンジポンプの薬剤（降圧剤）を確認中に、再度PCの所に戻り画面で再確認をした。患者は、看護師の姿をずっと目で追っていた。HがPC画面で確認が終わると、再度シリンジポンプの所に立ち、シリンジポンプを一時停止させた。その時にピーッとアラームが鳴り、患者はシリンジポンプの方を見た。Hは、再度電源ボタンを押した。すると開始のアナウンスとアラームが同時になり、患者はびっくりした様子で首をかじげながら看護師の方を見るが、Hは患者の視線には全く気づかない様子で、黙々とシリンジポンプの設定をしていた。

看護師にとって、輸液の多くは患者の生命維持に直接影響をもたらすため、その管理に慎重になり、細心の注意を払って集中している。看護師Hも確認に集中し、患者に注意を向けることはなかった。一方、患者の意識はJCS I-2~3と混濁している状態であり、看護師の行動の理由が理解できないようで、看護師の動きを目で追っている。さらにアラームという音の刺激が加わり、一層不可解だと思わせる仕草を見せた。患者の周りの刺激は否応なしに五感を通して患者に入力されるが、患者にはその状況判断や理解はできていないようだった。

(3) 混濁した意識と交錯する現実

意識が混濁している患者は、前述のように現実世界でのさまざまな情報が知覚を通してインプットされるが、それを自分自身で適切に処理できず理解できないまま、不確かで混沌とした世界の中で治療や療養生活をしている。

場面15：看護師Iが（移動のために）患者（JCS：I-2~3）の両上肢の抑制をはずしたため、患者は両上肢で抵抗をしたが、看護師IとJは2人で無理矢理にラクラックス（移動するマット）に乗せ、患者をスライドさせた。患者は動いたことにびっくりしたように四肢を上に向かってビクッと驚くような反応をみせていた。ラクラックスで移動後に、（看護師は）すぐ両上肢を抑制するが、（患者は）両上肢を動かし抵抗していた。看護師Iは、「暴れると落ちちゃうからね、このベッド狭いから、危ないよ」と患者に声をかけた。患者は「何すんだよ。イテーよ。あー。やめろよ。」と発した。

対象となった患者は、意識が混濁、すなわち、現実をしっかりと受け止め、理解するための精神諸機能が健全に機能しない状態であった。そのため患者はICUでの治療やケアに必要な医療者の言動という刺激に対しても、その処理が上手くできていないようだ。看護師は、患者に説明なく抑制帯を取り除き、移動させようとしたが患者には自分に何が起きているのかわからなかったのだろう。むしろ、患者は自分に向けられた刺激を不快や危険なものだと感じ、押さえつけられたとき「何すんだよ。…」の言葉が発せられた。この言葉は、論理的な思考というより瞬時的であり、怒りや恐怖という感情から瞬間的に発せられたことばと解釈された。

2. 看護師の患者ケアに対するジレンマ

本研究では、参与観察対象とは別に4名の看護師に半構成的面接を行った。参与観察した内容は、観察者の客観的な事象であるため、看護師の行動の意味を補完するには、インタビューによる看護師の語りを分析に加える必要があった。

看護師No.1の語り：つらいに、決まってるんですね。あの、呼吸器着いてて、声出せないし、しかも、やっぱ抑制させていただいていることが多いんですよ。あの一、やっぱ安全管理の時に、声出せなくて、手、縛られてるって、もう拷問に近いじゃないですか。なんで、まあでも、安全管理上、もう、そこはもう致し方ないところもあるので、そういった状態の中で、患者さんにいかに安楽に思ってもらえるか、いかに安心してもらえるかっていうのは、やっぱり看護師の声掛けだったり、あと、痛みとか、鎮静の度合いとかのアセスメントにかかっているんじゃないかなと思うので。…分かってあげられないのが、本当、

一番つらい。つらい、向こう、患者さんもつらいだろうけど、つらい、一番患者さんがつらいんですけど、こっちもこっちで、分かってあげられないっていう罪悪感はもう常に付きまとう。

看護師No.2の語り：ICUだと、ちょっとモノではないんですけど、モノではなく、モノっていうとちょっとあれなんですけど、モノではないけど、モノに近い扱いに見えてしまう時があるので、私、それが一番嫌いなので、よく怒ったりとかもしちゃうんですけど、そういう場面を見た時に。うーん。見えちゃってるだけかもしれないけど、でも、何だろう。自分の思いどおりにしたいから、の対応に見えたら、やっぱりスタッフ同士では話したりします。

この2名から、看護師の患者に対する同情と自身の罪悪感について語られた。観察では、ICU看護師としての役割と目的に基づく専門的な行動が顕著に表れていたが、インタビューでは、患者に対するときの複雑な感情について語られた。看護師たちは、ICU看護の使命感と患者を人として見たときの憐憫の情との間で揺れ動いていた。

IV. 考察

本研究の目的は、ICUの看護師は、患者に対してどのような精神的ケアができるかを明らかにすることであった。エスノグラフィックな分析として、患者の意識状態を視座にすることで、看護師の患者に対する行為の特徴を示すことができた。ここでは、その結果とICUの医療の場の特徴を踏まえて精神的ケアに関する考察を行う。

1. 精神的ケアの志向性

意識レベルの評価に用いられるJCSは、患者の意識状態を刺激の内容と覚醒の程度との関係性によって分類する指標である。ICUではこの指標を用いて患者の状態を判断することが多い。しかし、これは、客観的指標であるため、日々変化する意識の中で患者がどのような思いで過ごしているのか、主観的世界の中でどんな経験しているのかを把握することはできない。

意識清明に至るまでの混濁した状態の患者は、原疾患や治療的侵襲、薬物等の影響を受け、精神機能を正常に保持できていない状態と考えられる。そのため、認知機能や思考能力などが正常に働かず、患者は、自

身の身体に起こった出来事や環境の状況を正確に処理することができない。また、思考を介さずに生じる情動面の不安や恐怖感に対しても、適切な防衛手段をとることができなくなっている可能性がある。このような患者は現実の把握が困難であり、自分の身の安全を守ることにすらできず、一層混乱し、苦痛や恐怖感に曝されるであろう。今回の参与観察による場面11、15はその裏付けとなるデータとなった。これらの場面の患者は、理解できず不可解な状況を患者なりに理解しようとし、何かを看護師に訴えたいと思っていたのかもしれない。彼らは明らかに看護師を意識していた。しかし、発することばや仕草の意味は看護師にうまく伝わっていない。看護師側は、意味不明の言動を呈する患者だからこそ、転倒や抜管という医療事故を防止することが援助行為時の重要な視点として、医療処置や管理を正確かつ安全に行うことを優先したと考えられた。

この状況にある患者の主観的世界では、患者は自身に起こっている出来事を理解できず、苦痛を強いられ、孤立無援感があると推察され、危機的状況になっていると捉えることができる。この状況が放置されることで、患者はトラウマの体験を蓄積させることに繋がると推測された。この時の精神的ケアとしては、対処能力が低下している患者に代わり、歪んだ世界の中で生ずる不安や恐怖感を抑止させて、安全で安心だと感じさせる手立てがこの時期求められるであろう。それは、言語による論理的に理解を促すかわりより、患者の情動に働きかける方法、たとえば落ち着いた声で話かけたり、穏やかな表情を示し、直接働きかけて安全だと感じさせる方法、すなわち情動的志向のかかわりが適していると考えられる。

一方、看護師と患者間で普通に会話が成り立つ場合は、患者の意思や気持ちを言語で確認することができ、ICUでのストレスを患者の対処能力に合わせて軽減させる方法を考えることが可能になる。この場合、看護師は患者のストレスへの対処能力の程度についてアセスメントを行うことが重要になる。たとえば、患者が今の状況を耐える能力があると判断できれば、今の苦痛はいつまで続くのかという見通しを強調したり、質問に答えることで効果が得られるのかもしれない。このような方法は論理的志向によるかわりといえる。

しかし、患者の精神機能が正常で現実検討能力が維持されているが、ICUでのストレスがあまりに大きく、患者の対処能力では対応しきれないために恐怖感を煽

っている場合がある。たとえば、複数の薬剤やラインで自分の生命が維持されているという現実を患者自身が正確に認識でき、加えて、周囲の他患者の呻き声や医療者の緊迫した声なども認知してしまうことで過度の緊張や不安、恐怖を増大させてしまう場合である。このような患者は、不安や恐怖を抱えているにも拘らず、身動きができず、適切な対処行動がとれないことから危機状況に直面していることは危機理論を基盤にすると想像に難くない。この時の精神的ケアでは、論理的志向のかかわりと情動的志向のかかわりの両方が必要と考えられる。論理的なかわりとして、患者が理解し難い医療者の言動をできるだけ減らし、わかりやすい説明を加えることで不可解さによる不安を減じることが可能となる。また、情動的なかわりをして、患者の孤立無援感を軽減させ、安全な環境にいることを感じさせる試みなどである。

今まで、患者の意識を視座にして意識が清明から混濁状況の患者に対する精神的ケアについて論じた。しかしまだ、JCS得点が300に近く、外界のどんな刺激にも反応を示さない状態の患者の場合の精神的ケアの考察が残されている。このような患者も精神内界において何等かの経験をしているという報告はあるが(Owen, 2017)、この領域の研究は進んでおらず、本研究でもデータの乏しさから言及することはできない。

2. ICU看護師が行う精神的ケアの限界

集中治療医療は、1950年代のデンマークで創始され、本邦へ導入された。わが国の看護教育において「ICU看護」と独立して示されたのは、昭和48年度(1973)の日本看護協会卒後教育の基本方針のなかであり(日本看護協会卒後教育部, 1986)、ICU看護の歴史はまだ浅い。

現在、ICU看護師の役割や活動の方向性について、厚生労働省の集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会(2007)は、ICU看護師を「重症患者看護の専門職としての知識・技術、例えば、重症集中ケア、救急看護に対する知識・技術を磨く機会を与え、病態生理の理解と患者の綿密な観察を行い、異常を早期発見して早期対応に努める」ものと明記し、主な機能として重症患者の救命に特化した。当初「ICU・CCUでの特殊看護」について山崎(1975)は、その特殊性の一側面に「情緒的、精神的支持」を併記していた。それは、「1. 患者が自分の感情を表現できる

ように勇気づけること、2. 患者の質問に対して正確に答えて安心させること、3. 説明を常に行いながら処置、看護をしてゆくこと」であり、ICU看護に身体面と精神面両方のケア能力が要求されていた。しかし、現在では精神的側面のケアはあまり浸透しているとは言いがたい。その理由の一つに生命の危機状況にある重症患者に対して、近年、ますます高度になる医療とそれに伴う集中治療の方法の進展に起因しており、看護が身体面を重んじる方向へと必然的に移っていったためと考えられる。

また、精神的ケアを活発に実施することが困難な理由にICUの在室期間が短いことも影響していると言えよう。日本集中治療医学会(2021)の報告では、2019年度の成人重症例のICU在室日数は平均2.7日(IQR1.5-5.1)であり、短期間に看護師は正確で安全、かつ迅速な処置や援助を行うことになる。この状況下で精神的ケアだけのための特別の時間を使って専門的な精神看護技法を用いることには限界があると思われる。今回の看護師No.1とNo.2の語りにおいても治療中の患者に対して、人として温かいケアができない苦しさが表現されていた。

さらに、ICU看護師の目的や役割を照らし合わせると彼女らの活動の知識的基盤は、病態生理学に基づく知識や観察が強く支持されていることも影響している。ICU看護師の身体面を重視せざるを得ない実践の方向性やその実践を支持する教育のあり方は、精神的ケアの実施を躊躇させる一因となるだろう。

ICU看護師の機能や現在求められている役割や目的から考えると実施可能な精神的ケア方法とは、重症患者の異常を早期発見、早期対応のための日頃の治療の補助や管理するときを利用すること、また、生活の援助と並行して、あるいは、同時に行えるような方法を工夫し考案することが現実的だと考えられた。

V. 結論

本研究では、ICUの看護師は、患者に対してどのような精神的ケアをすることができるかという問題をマイクロエスノグラフィーにより明らかにすることを目的とした。参与観察した27場面を患者の意識の視座で分析した結果、意識の状態と看護師の言動との間に特徴がみられた。また、ICU看護の歴史的背景から、現在のICU看護師の機能とそれを支える考えや状況を確認し、現状に適した精神的ケアのあり様を検討し、次のケア方法が導かれた。

現実検討能力が維持され、現実を理解できている患者と、意識が混濁している患者双方ともに不安や恐怖感を生み出す可能性があった。両者の不安や恐怖感の発生メカニズムは異なるが、意識が清明な患者の場合、患者のストレスへの対処能力を判断したうえで論理的志向と情動的志向のかかわりを併用することが必要であろう。一方、意識混濁の患者には、論理的な説明というより、患者の孤立無援感や恐怖感に対し、患者の感情に働きかけ、安心安全を感じさせる情動的かかわりが重要と考えられた。

今後の研究の示唆として、それぞれの意識状態に応じた精神的ケアについて、ICU内でどの程度のストレスや身体の状態に対応できるのかを確認することが必要となるだろう。その内容を基盤として、特殊で専門的な精神的ケア技法を含んだ方法が開発されることに繋がると思われる。

謝辞

本研究の実施にあたり、多大なるご協力をくださいました2か所の病院の病院長、看護部長ならびにICUの関係者の皆様に深く御礼申し上げます。

本稿は2020年度第40回日本看護科学学会の発表内容に大幅な加筆と修正を行ったものである。

本研究はJPSP科研費17K12225の助成を受けたものです。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

Caplan G. (1961/1968). 山本和郎(訳), 地域精神衛生の理論と実際. pp23-65. 医学書院.

Desai S. V., Law T. J., Needham D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 39 : 371-379.

岩谷美貴子, 伊藤真理, 足羽孝子他(2016). ICUに入室した患者の集中治療体験の類型化と不安・抑うつとの関連. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 12(3), 1-9.

栗原加代, 宇留野由紀子, 長津貴子, 上野恭子(2019). 救急医療現場においてスタッフが行なっている精神的ケア介入の実態に関する文献検討. *日本精神保健看護学会第29回学術集会発表*.

厚生労働省 医療安全対策検討会議 集中治療室

(ICU)における安全管理指針検討作業部会(2007). 集中治療室(ICU)における安全管理について(報告書). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/s0401-1.html> (Sep. 25, 2021).

波平恵美子(2016a). 質的研究Step by Step-すぐれた論文作成をめざして(第2版). 27. 医学書院.

波平恵美子(2016b). 質的研究Step by Step-すぐれた論文作成をめざして(第2版). 31-32. 医学書院.

Needham D. M., Davidson J., Cohen H., et al. (2021). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 40 : 502-509.

日本看護協会卒後教育部(1986). 日本看護協会における継続教育のあゆみ 卒後教育部活動を中心に, 日本看護協会主催中央における教育計画の推移. p27, 28.

日本集中治療医学会 ICU機能評価委員会(2021). JIPAD Annual Report 2019, 18. https://www.jipad.org/images/include/report/report2019/final_report03.pdf (May 4, 2021).

大山祐介, 永田明, 山勢博彰(2019). クリティカルケア看護領域におけるcomfortの概念分析. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 15, 19-32.

大山祐介, 永田明, 山勢博彰(2020). 急性・重症患者看護専門看護師が患者のcomfortに向けたケアにかかわる体験. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 16, 54-64.

小田博志(2010a). エスノグラフィー入門<現場>を質的研究する. pp.7-18. 春秋社.

小田博志(2010b). エスノグラフィー入門<現場>を質的研究する. pp.iii. 春秋社.

小田博志(2010c). エスノグラフィー入門<現場>を質的研究する. pp.184, 185. 春秋社.

Owen, A. (2017/2018). 柴田裕之(訳), 生存する意識植物状態の患者と対話する. みすず書房.

Wade, M. D., Mouncey, P. R., Richards-Belle, A., et al. (2019). Effect of a nurse-led preventive psychological intervention on symptoms of post-traumatic stress disorder among critically ill patients. A randomized clinical trial, *American medical Association*, 321(7), 665-675.

山崎慶子(1975). ICU・CCU看護の概念, *看護*, 27(4), 60-66.

Original Article

Abstract

A Micro-Ethnographic Study of Nursing Care for Patient in Intensive Care Units and Its Feasibility of Mental Health Care

Purpose : The purpose of this study was to examine the feasibility of intensive care unit (ICU) nurses' implementation of mental care through observation of their treatment and care for patients being treated in the ICU.

Methods : Micro-ethnography was used for analysis. We collected data from field notes through participant observation at two intensive care units and interviews with four ICU nurses, and analyzed the descriptions of their behavioral patterns as they treated and cared for patients, and the descriptions of their thoughts underlying their thinking.

Results : A total of 27 observation scenes were identified from the field notes. The nursing behavior of ICU nurses varied depending on the patient's level of consciousness and communication ability. When the patient was in a clear state of consciousness, they tried to respond to his/her anxiety by checking his/her feeling through conversation. On the other hand, when the patient was delirious and unable to communicate, they focused more on providing accurate and safety-oriented medical treatment and care quickly than on responding to what he/she said. At this time, they did not address the patient's anxiety.

Discussion : It will lead to a method of mental care to make patients who are anxious in a distorted cognitive world feel safe because consciousness is turbid.

Key words : ICU, nursing, mental health care, micro-ethnography

UENO Kyoko, KURIHARA Kayo, URUNO Yukiko, NAGATSU Takako, HASEGAWA Ryuichi