

## ICU看護の機能と構造に関する研究

### A study on the functions and the structure of ICU nursing

大川百合子<sup>\*1</sup>

Yuriko Ohkawa<sup>\*1</sup>

#### Abstract

The purpose of this study is to clarify the functions and the structure of ICU nursing. Participant observation at ICU nursing and the interviews with nursing individuals were analyzed by Grounded Theory Approach. Consequently, six functions were extracted: Function A “survival ability support”, Function B “independence support”, Function C “family support”, Function D “individuality support”, Function E “life support” and F “nursing base build-up”.

A “survival ability support”, B “independence support”, C “family support” and D “individuality support” are regarded as ‘assistance for higher quality of life and living’, and E “life support” as ‘life saving assistance’. ICU nursing consists of these two major aiding purposes, and in its structure F “nursing base build-up” has an influence over the qualities of all the other functions.

The result of the study shows that ICU nursing, which is conducted with various medical appliances and cutting edge medical expertise, is not only to provide appropriate treatment support but also to support patients with its characteristic functions and structure.

**キーワード** : ICU看護, 看護の機能と構造, 看護モデル

ICU nursing, The functions and the structure of nursing, Nursing model

#### I. 緒言

集中治療室 (Intensive Care Unit 以下 ICU と略す) は, 米国において1950年代より設置され始め, 世界的にも普及していった<sup>1)</sup>。さらに科学技術の急速な高度化を背景に, ICUは医療の先端を担う部門として発展していった。現在では医学の専門領域の分化に伴い, CCU (Coronary Care Unit)・RCU (Respiratory Care Unit)・Burn UnitなどICU医療は専門分化の傾向を見せている。

一方, ICUに配属された看護師は, 必然的に医学の専門的知識の習得を要求され, 機器の管理も看護業務として取り込んでいった。その結果, ICUにおける看護は, 「医学的知識偏重の看護婦

像を周囲に与えがちで, 看護独自のケアの貢献が見えにくい<sup>2)</sup>」と指摘されるようになった。

著者はICUに勤務する中で「ICUの看護とは何か」について考えてきた。これまでICU特有の病態に関連した看護研究は多数あるが<sup>3)</sup>, ICU看護を包括的に捉えた研究は少ない。そこで本研究では, ICU看護を構成するカテゴリーを抽出し, その概念化を図ることで, ICU看護の機能と構造はどのようなものか明らかにしていく。

#### II. 研究の背景

ここでは, ICU看護がどのように捉えられ変遷してきたか検討する。

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 基礎看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

欧米でのICU発足当初は、救急蘇生法、主要器官の病態生理学などの医学知識の習得と、生命危機に対する技術の習得が院内教育として行われており<sup>4)</sup>、医学モデルに基づく看護を実践していたと考えられる。

1970年代、アメリカでは、患者を心と身体をもった人間として捉え、それぞれの医療の専門家が各領域を超えて、生命危機にある患者の救命治療に専念するという、クリティカル・ケア・メディスンの概念が登場してきた<sup>5)</sup>。

1980年代には、Hudakらが、Lifesaving（救命）を目的とした「Crisis Care」を、Life-maintaining（生の維持）を目的とした「Critical Care」として、医学的介入にとどまらない、看護モデルに拡大している<sup>6)</sup>。Hudakは「ICUでは患者は身体と同様、個人の尊厳もクリティカルな状況に陥ってしまう。看護師はその両方の援助者である」と述べ、「ICU看護のための人間のニーズ段階と看護の関係」モデルを作った<sup>7)</sup>。

1970年～1980年までの日本におけるICU看護は、治療の環境作りに力を注ぎ、治療効果を期待する急性の重症患者の救命に重点を置くものであった。その後、高度なMedical Electronics（以下MEと略す）の導入や入室患者の増加で、ICU看護の焦点はME機器管理・感染予防へと変化し、1980年以降、看護体制が軌道に乗った後は、主に

危機理論をモデルとした精神看護へと変遷していった<sup>8), 9)</sup>。

1990年代に入ると、加藤がICUでの多数の事例を分析し「患者の生命の危機」「生命の危機より離脱」「生理機能の維持」の3つの段階に分けてICU・CCU看護のモデルを示している<sup>10)</sup>。また上泉がICU入室患者の行動を5つのシステムとして抽出し、そのシステムに対して機能する看護ケアの構造を見出した<sup>11)</sup>。

以上のようにICU看護は、医学モデルに基づくものから、時間をかけながら看護モデルが提示できるようになった。しかし、いずれも患者と看護師の相互関係に限定したものや、患者の病態別に作られたもので、ICU看護の包括的な構造化には至っていないと考える。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. データ収集と対象

##### 1) 対象の背景

##### (1) 対象施設

対象としたのはA大学附属病院のジェネラルICUである。この病院では昭和57年に集中治療部を設置し、平成元年に特定集中治療室管理加算認可となった。看護方式はプライマリーナーシング方式である。

表1 患者の背景

対象	性別	年齢	疾患名	手術	挿管期間 (日)	入室期間 (日)
1	男	62	不安定狭心症	CABG 5 枝	2	4
2	女	80	急性心筋梗塞	CABG 4 枝	7	14
3	女	69	大動脈弁狭窄症	AVR	1	3
4	男	79	弓部大動脈瘤冠動脈狭窄	弓部大動脈人工血管置換術, CABG 2 枝	2	3
5	女	70	狭心症	CABG 3 枝	2	3
6	女	76	急性心筋梗塞, 心室中隔穿孔	CABG 1 枝, 心室中隔パッチ閉鎖術	7	11
7	女	75	狭心症	CABG	2	3
平均年齢		73			3.3	5.9

CABG—coronary artery bypass grafting

AVR—aortic valve replacement

表2 対象看護師の背景

No.	年齢	看護師 経験年数	ICU配属 年数	他科の配属	他科の 配属年数
1	22	0.5	0.5	なし	なし
2	22	0.5	0.5	なし	なし
3	22	0.5	0.5	なし	なし
4	22	0.5	0.5	なし	なし
5	23	1.5	1.5	なし	なし
6	23	2	2	なし	なし
7	24	3	3	なし	なし
8	27	7	3	脳外科・ 泌尿器科	4
9	30	10	10	なし	なし
10	32	10	7	整形外科	3
11	34	8	8	なし	なし
12	37	17	5	手術室・精神科・ 混合病棟	10
13	38	16	1.5	NICU	14
14	41	15	5	記載なし	記載なし

## (2) 対象患者

参加観察中に入室した患者は25名で、そのうち承諾の得られた7名であった(表1)。

## (3) 対象看護師

対象となった看護師は19名であった。看護師のプロフィールをアンケート調査し、14名(74%)から回答を得た(表2)。

## 2) 参加観察の方法と期間

ICUで行なわれる簡単なケアに参加し看護師達と面識を持った後、参加観察を開始した。参加観察では、研究者は「観察者としての参加者」という立場をとった<sup>12)</sup>。

1999年5月27日～6月30日までの期間に、合計17日間参加観察を実施した。日勤帯(8:30～17:00)14日、準夜勤帯(16:30～24:00)3日で、状況により時間を延長するなどの調整を行った。

## 3) 看護師への面接

看護師への面接は6回、延べ8人に行い、時間は合計230分で1回平均38分であった。面接は録音し逐語録に起こした。面接では、観察データとその解釈が日頃の実践を述べているかの確認を行い、この解釈に関連するこれまで経験した例も話してもらった。その結果、不適切と思われる解釈

はなかった。

## 2. 分析方法

フィールドノートには「看護師が患者に働きかけを行っている場面」「看護師が患者に関わる人とコンタクトをとっている場面」を記載した。また、データ記載の他に、コード化の過程を記したコード・ノート、カテゴリーの特性・関係を解釈する過程を記した理論ノート、調査の方向性に関することを記した操作ノートの3つを作成し、グラウンデッドセオリーアプローチ(以下GT法とする)にて分析した。

妥当性の維持のため、対象となったICU看護師4名と、5年～20年の臨床経験をもつ看護の有識者4名と研究結果を検討した。さらに、データ分析の信頼性を高めるため、GT法の研究経験者にスーパーバイズを受けた。

## 3. 倫理的配慮

病棟会で看護スタッフに説明、研究参加および方法の承諾を得た。対象となる患者は師長と相談して選び、意思疎通が可能な患者には研究参加の承諾を得た。意思疎通が不可能な患者に対しては、家族の承諾を得た。記録物は個人名が特定されないように処理した。

表3 6つのカテゴリーとデータの一部

カテゴリー名	サブカテゴリー名	場面数	データ (一部)
A 生きる力を支える	①身体の痛みの緩和 ②合併症の予防 ③心の消耗の緩和 「安心感を与える」 「目標を与える」 「そばにいる」 「患者の代弁をする」	41	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんが創部痛、挿管チューブの違和感を訴え、ボルタレン坐薬を使用するが効果が現れない。○さんは全身に力を入れ緊張し発汗している。看護師は2番目の疼痛指示であるペンタジンを筋注した。看護師はしばらくそばにいて、○さんの腕をさすりながら話をしている。○さんはやっと落ち着いてきた。</li> <li>もうすぐ抜管予定の○さんに、看護師は機会があるごとに「もうすぐ管が抜けますからね」と伝えている。清拭を始める時にも「もうすぐ管が抜けて、自分で息ができるようになりますからね」と言い、○さんはうんうんとうなづいている。「まだゆっくりと力を抜いてくださいね。まだお薬とか管が入っています。徐々に減ってきています。それまでがんばってくださいね」と続ける。</li> <li>医師が○さんが病棟に転棟する前にドレン抜去、スワンガンツカテーテル入れ替えの処置をしようとしたが、看護師が「朝食後すぐなのでしばらく後にしてください」と申し出る。その後1時間して処置が開始される。ドレン抜去時、○さんが痛みで足をゆすると、看護師は足を押さえながら「いたい、いたい」と○さんの代わりのように言う。</li> </ul>
B 自立を支える	④日常生活行動の援助 ⑤教育的な支援 「生理的機能維持の支援」 「日常性の提供」 「選択権の提示」 「自発性の促進」	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんPO<sub>2</sub>85を保っている。主治医が麻酔科医に連絡し抜管が開始される。看護師は○さんに「がんばらんといかんよ、管を抜くから」と励ます。もう一人の看護師は気管内吸引をする。医師が抜管し始めると、看護師はお腹を押さえて「管抜くのよ、がんばって。力抜いて、落ち着いて聞いて、口の中のものを飲み込んだらだめよ、ゆっくり深呼吸」と言い、抜管が終了する。○さんは口をあーと開けている。弱い咳をして痰を出そうとし、看護師はティッシュを口に当てる。「そうそうぺっと出して。力が入らん？自分でお腹押さえて。いっぺんに出すと痛いから何回かに分けて、ゆっくりね、大丈夫ね」と看護師が言うと○さんは自分でお腹に手を置いて弱く咳をする。</li> <li>状態が安定し転棟する○さんとの会話：看護師がベッドサイドに行き「そんなに太っているようには見えないですよ」と○さんに話し掛ける。○さんは指で“7”を作って「70kgある」と言う。看護師は「えー、そうですか。ここに（腹部）肉がついているのかな」というと恥ずかしそうな感じで笑っている。</li> <li>12時○さん入室して初めての食事：看護師はベッドUPしている○さんの呼吸音を聴診する。看護師は枕をはずし、オーバーテーブルを持ってきて食事をおく。「食べれそうですか？お茶とお水どちらがいいですか」と聞くと○さんが「水がいい」と言い、吸いのにみに水を入れてくる。酸素カニューレを持ってきて「食事の時はお鼻の酸素に替えますね」と言う。看護師はおしほりを渡し、ごはんの蓋を取る。○さんは食べ始めるが、看護師はモニターを時々見ながらそばにいる。</li> <li>抜管して間もない○さん：時々咳をして痰を出している。痰を取ったティッシュを入れるかごは手の届くところにおいてある。○さんは自分で痰を取ったティッシュをかごの中に入れる。</li> </ul>
C 家族を支える	⑥家族と患者の橋渡し ⑦家族の心の支援 「家族を安心させる」 「家族に希望を持たせる」	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんは挿管されたままだが、意識はしっかり回復し、看護師の言葉にうなづく。看護師の“足を曲げてみせて”と言う言葉に、○さんが足を曲げて見せると、家族は本当にうれしそうに喜ぶ。</li> <li>手術後の○さんが多数の医師、看護師とともに入室した。医師がアンビュー加圧を続ける中、看護師は混乱したルートを引っ張らないように注意しながらICUベッドに○さんを移送する。引き続きルートの整理、各種モニター接続、動脈の触知など複数の看護師が、○さんの周辺を整えている。その後、看護師は○さんの顔面をタオルで拭く。家族に面会の連絡。家族が面会に入るときには、ICU全体が静かになり主治医と看護師が家族を迎えた。</li> </ul>

表3 6つのカテゴリーとデータの一部(続き)

カテゴリー名	サブカテゴリー名	場面数	データ(一部)
D その人らしさを支える	⑧プライバシーの保護 ⑨その人の大切なものの尊重	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>昨夜緊急入院してきた〇さんに、入室時その〇さんを受け持った看護師が話しかけている。看護師：「眠れた？やっぱり床が変わると眠れんもんね」。〇さん：「眠られんかった。昼眠る。」と苦笑い。看護師：「昼寝たらいかん」と笑う。「今は人に迷惑を掛けるとか考えないで、余計に心臓に悪いけん。歯はいれとったほうがいい？しゃべらん？おしゃべり大好きやろ？私と似とる。楽しい方がよかもんね。ゆっくり、ゆっくり治していきましょう」〇さん：「ありがとう、はい」と答える。</li> <li>〇さんのカテーテル挿入の準備をしていた新人看護師に、看護師が「この方は女性だしちゃんと掛けてください」といいながら、処置に必要な部位以外には寝衣をかける。</li> </ul>
E 予測し回避する 生命の危機を	⑩モニターとしての役割 ⑪チームワークの維持	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>〇さんのSpO<sub>2</sub>(酸素飽和度)が急に下がり、主治医と担当看護師がアンビュー加圧開始。それでも上がらず、その間もう一人の看護師は動脈血ガスを測定し麻酔科の医師にも連絡する。麻酔科の医師は、病棟で処置中のため電話で看護師は指示を受ける。(2回ほど)。その後もう一人の麻酔科医に依頼するように指示があり連絡する。麻酔科医が来るまで、2人の看護師で検体採取や連絡を行い、担当看護師は主治医と吸引やアンビュー加圧などを行い、急変に対応している。</li> </ul>
F 看護の基盤を作る	⑫看護・治療の「場」作り 「機器管理」 「事故防止」 「入室前の患者の情報を取る」 ⑬看護力の育成・向上	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>深夜勤の申し送り後、受持ち看護師は大動脈内バルーンパンピングの加圧バックの圧をチェックする。シリンジポンプの微量持続点滴を更新する前に、シリンジに薬品の量の印と薬品名を書いている。シリンジのエアを抜いてポンプに接続し再開させる。</li> <li>先輩看護師が新人看護師に引継ぎの時の確認の仕方を教えている。「呼吸器の設定だけを見るのではなく、加湿器の水、温度を確認してね、痰がでなくなったりするからね。挿管チューブの固定の位置とかウォータートラップに水がたまっていないかとかもね。点滴ルートの確認だけでなく、外れていることもあるから、掛け物をはぐって見てね」といいながら、次に先輩看護師は下肢末梢を触り、動脈触知をしてみせる。</li> </ul>
合計： 6カテゴリー	合計： 13サブカテゴリー	合計 150 場面	

• 患者の氏名は○で表記した

## IV. 結果

### 1. カテゴリーの抽出・命名・概念化

参加観察した150の場면을分析した結果、以下の概念を持つ6つのカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーとデータの一部、カテゴリーごとの看護師のインタビューデータを別表に示す(表3, 4)。

#### <A: 生きる力を支える>

看護師は、患者の回復の過程に訪れる苦痛を、医学的方法を使用したり、看護師自身の身体・知識・技術を使って緩和している。看護師が焦点を当てるのは、身体の痛み、心の消耗、合併症の予防であり、患者に「安心感を与える」「目標を与

える」ことや、「患者のそばにいる」「患者の代弁をする」ことによって患者の生きる力を支えている。

#### <B: 自立を支える>

看護師は、患者の生理的機能の修復と生活の修復を目指して、患者の「生理的機能維持の支援」と「日常生活行動の代行」を行う。回復過程が進んでいくと、日常生活行動の代行から教育的支援に移行し、「日常性の提供」「選択権の提示」「自発性の促進」という方法で患者の自立を支えている。

#### <C: 家族を支える>

看護師は、家族が恐怖心を抱かないように、患

表4 各カテゴリーについての看護師インタビューデータ (一部)

カテゴリー名	
A: 生きる力を支える	*患者さんによっては、鎮静剤を使いながら抜管するとか抜糸する患者さんもいるんですよ。どうしても痛みに弱い患者さんは、前もって坐薬を入れてあげたりする。痛みっていうのは、人にとって一番恐怖心として残るひとつですよ。だからそれは残したくないっていうのがあります。
B: 自立を支える	*ICUというのは1対1、マンツーマンなので、甘やかそうとすれば徹底的に甘やかされるんですよ患者さんが。患者さんも甘えようと思えば、どれだけでも甘えられるんです。それじゃいけないから甘えながら、少しずつ自立の方向に行けるっていうのが、私はひとつの看護婦の役目じゃないかと思うんです。
C: 家族を支える	*自分の家族だったらどうするか考えます。自分の親だったら血が付いていたらいやじゃないですか。あんな元気だった人が何でこんな姿に、って。それだけで家族の人がボロボロって泣いたりしますよね。(家族に接近する時は)治療方針が決まっている時はいいんですけど、原因がわからない時とか、先が見えない時、先生と家族の考えがあまりにも不一致の時とか、あと家族の表情がすごく険しい時とか、暗い時とか、しゃべらない時とか、そういう時に家族はどんなことを望んでいるのかなって、家族に近づいていきます。
D: その人らしさを支える	*患者さんがやりたいことがどうしてもありますよね。それを目標にするのが私は一番いいと思うんです。でも、例えば依存してしまう患者さんがいますよね。そういう時患者さんへの目標の与え方、先に進ませ方がある。何気なくこう、次のステップに進んでいた、あら気がついたら元気になってたという、そういうのがいいなと思ってる。
E: 生命の危機を予測し回避する	*チームワークに関して看護師の役割には、医師と医師との橋渡しもある。医師同士で伝えるにくいことを医師のタイプを見極めながら、看護婦が代わって伝えることもある。でもこれはみんな患者さんのためなんですよ。患者さんが一番痛い目にあうのだから。
F: 看護の基盤を作る	*私はなかなか家族に入っていくことが苦手なのですが、(先輩看護師の)〇〇さんとかは、ずっとNICUにいたから、そういう家族の対応がうまいというかプロなので、どうしたらよいか、アドバイスしてもらったり、任せたりします。 *一番大切なのは、その看護婦が、本当に成長しようだとか、誠実であること、正直であることだと思うんです。本当にICU看護をしたい人は自分に厳しく、やさしさや強さを目指さないよね。

者の外観を整えて「家族を安心させる」ことで患者と家族の交流の橋渡しを行う。また患者の小さな変化を家族とともに喜ぶなど面会時間を演出し、「家族に希望を持たせる」ことで家族の心を支えている。看護師は家族と患者の物理的・心理的な距離を縮め、患者と家族の結びつきを保ち、家族を患者支援の協力者として支えている。

#### <D: その人らしさを支える>

看護師は、患者自身が守ることができなくなったプライバシーを、患者の代行者として守る。さらに、患者が培ってきた価値観やその人のあり様をくみ取り、それらを維持するように支えている。

#### <E: 生命の危機を予測し回避する>

看護師は、患者の身体・精神の状態を観察や生理的機能のデータにより継続的に把握し、看護師

間・医師・コメディカルに伝え、協同して患者の生命の危機的な状況を予測し回避する。

#### <F: 看護の基盤を作る>

看護師は、患者に必要な生活空間を確保し、「機器の管理」「事故防止」「入室前の患者の情報を取る」という方法により看護・治療の場を作っていく。患者が入室すると看護師の知識・経験・技術・情報を使って患者を支援する。看護師は、患者支援の過程で得た経験をチームで共有・蓄積・発展させ、看護力の育成・向上につなげていく。看護師は、看護・治療の場作り、看護力の育成・向上をはかり、常に看護の基盤を作っている。

## V. 考 察

### 1. ICU看護を構成する各カテゴリーについて

#### <A: 生きる力を支える>

このカテゴリーでは、身体の痛みだけでなく、精神的な痛みにおいても「疼痛緩和」を図っている看護師の行動が観察された。ICUに入室する患者は、身体的な痛みや精神的緊張を抱えて入室してくる。痛みは心身の統合を困難にし、生きる意欲を喪失させるものである。したがって疼痛の緩和は、様々な不快感から患者を解放し、身体・精神ともに生へ向かう力を引き出し高次の欲求の持てる状態にする、つまり<生きる力>を発揮できるように患者を支えることである。このことから<A: 生きる力を支える>は、他のカテゴリーが機能するための基軸になると考えられる。

#### <B: 自立を支える>

大久保は、生活は時間、空間、他者、行動の4つの要素（変数）の組み合わせによる構造があると述べている<sup>13)</sup>。看護師は患者のこの4つの要素の鍵をにぎることになる。看護師は、睡眠や日常生活行動の援助を行い生活のリズムを作ることで「時間」を、清拭時にプライバシーを守るためスクリーンを置くことで「空間」を、さりげない日常的な会話を持つことで「他者」を、自分でごみを捨てられるように患者の手の届くところにくずかごを置くことで「行動」を患者に提供している。看護師は、入院によって一旦崩れた生活の再構築に関わり、患者の自立を支えていると言える。

また大久保は、生活を構造化するこの4つの要素を結び付ける力は「身体のリズム」「自分の意思」「社会の要請」である<sup>14)</sup>と述べている。これは看護師が行う「生理的機能維持の支援」は「身体のリズム」を作ることに、「選択権の提示」「自発性の促進」は「自分の意思」を持つことに、「日常性の提供」は「社会の要請」を示すことになり、生活の構造化を結びつける4つの要素と対応していると言える。このことから看護師は、患者の生活に深く関わっていることがわかる。

#### <C: 家族を支える>

ICUでは、治療のため多くの患者は身体だけでなく顔面にもチューブ類が挿入される。看護師は

患者のチューブの固定テープをきれいに貼り替えたり、ひげをそるなどの整容後に、家族の面会時間を設けていた。これは、患者の苦痛を家族に想像させるものは取り除き、患者に対する家族の心の距離を縮めるという、家族の心の支援を意味する。

また、家族は、価値観や文化を共有する人たちの集まりであり、患者の<その人らしさ>の形成に関与すると言える。整容をこまめに行ない、患者の<D: その人らしさを支える>ことは、家族の価値観や文化を保つ支援でもある。

#### <D: その人らしさを支える>

ICUでの患者は、プライバシーや個人の習慣までも看護師に委ねる場合がある。「患者の好きなテレビ番組に合わせる」「〇〇さんはおしゃべりが好きなんですね。私も好きですよ」とその人の存在を認め、その人が大切にしてきたものを無視せずに接するという、重要な役割を看護師は担っていた。

また、整容や清拭などで患者の外観を美しく保つことは、看護師が患者の尊厳を守っていることを家族に示す手段の一つであると思われる。<D: その人らしさを支える>のカテゴリーは<C: 家族を支える>と連動していると考えられる。

#### <E: 生命の危機を予測し回避する>

看護師は生命の危機につながるその瞬間を発見したり、あるいは患者の身体・精神状態の変化を看護師の五感を使って予測し、チームメンバーとすばやく救命に取り組んでいた。患者は疼痛緩和の処置でさえも、過剰な身体反応を呈する場合がある。治療や看護ケアは患者の生命に直接影響してくる。<A: 生きる力を支える>には<E: 生命の危機を予測し回避する>の要素が不可欠で、この機能は看護のもう一つの大きな柱になると考える。

看護師は医学的な処置や看護ケアに対し、患者の身体的、精神的な側面をアセスメントし、さらにこれまでの経験を生かして、患者に起こりうる様々な状況を予測する。<E: 生命の危機を予測し回避する>は医師による処置の介助だけでなく、看護師の積極的な活動であることを示している。

### <F: 看護の基盤を作る>

治療や看護ケア実施の際、看護師は状況を経験的な予測も用いて判断し、なおかつ患者の個別に即した活動をしていた。これは、看護力つまり看護師の経験の中にある「知識・技術・情報」の「共有・蓄積・発展」の働きの上に成り立っていると考える。

看護師からのインタビューでは、看護力は「成長」「誠実」「正直」という言葉でも表現されていた。メイヤロフは「他者をケアする中で、あるがままの相手を見つめなければならないのであって、私がそうであってほしいとか、そうあらねばならないと感じる気持ちで見つめることではないのである<sup>15)</sup>」と述べている。ICUの看護師たちは例えば、家族から隔離され、意識の低下した患者が目の前に存在する時、「誠実」「正直」であることの大切さを痛切に感じるのかもしれない。

また、看護師は「ICUでは患者との関わりが一方的になる恐れがある。だからこそ看護師同士で経験を共有したり、患者との相互作用において「看護の実感」を経験することが必要」と自分自身の経験を例にして話していた。「看護の実感」は看護師自身を「成長」させ、看護の基盤作りをより深めていくと考える。

しかし、「成長」「誠実」「正直」そして「看護の実感」の重要さは、ICUに限らずすべての看護師に求められることであると考えられる。

## 2. ICU看護の構造について

以上の6つのカテゴリーは<A>~<D>は『生活・生の質を拡大する援助』、<E>は『救命のための援助』と分類できる。これらは生活者としての患者を支える、ICU看護の2つの大きな柱であると考えた。<F: 看護の基盤を作る>は、他の5つの機能の質に影響を及ぼすものと考えられる。

井上はクリティカルな状況にある患者のアウトカムのゴールは、①自己同一性の混乱の防止、②日常性を取り戻す、③生活機能の上昇、④苦痛緩和、⑤コミュニケーションがとれる、⑥その人の価値観に添う、の6点である、と述べている<sup>16)</sup>。

この6つのゴールは、今回得られた結果に共通すると思われる。これらアウトカムの質を上げていくのが、本研究で見出した<F: 看護の基盤を作る>と考える。

ICU看護は『生活・生の質を拡大する援助』と『救命のための援助』の2大機能を持つ構造であると考えるが、これは看護全般に共通する構造ではないだろうか。保健婦助産婦看護婦法に看護業務<sup>17)</sup>として定められている「療養上の世話」は『生活・生の質を拡大する援助』、「診療の補助」は『救命のための援助』に共通するといえる。

宮本は「医療行為は人間の自然（生物的自然）に働きかけ病的状態を健康状態に戻そうとする医師という人間の行為である<sup>18)</sup>」と定義している。ICUにおいて医師は、診断・治療を中心軸に、その周辺に医療技術などの専門的知識・技術と、麻酔科などの専門医・コメディカルなどの協同により、病態の修復を目指すと考えられる。ICU看護の『救命のための援助』は医師の病態の修復過程の構造と類似している。これが、ICU看護が「医学的知識偏重の看護婦像を周囲に与えがちになる。また看護独自のケアの貢献が見えにくい<sup>19)</sup>」ゆえんであり、ICUの特殊性でもある。しかし、「生活者」としての患者を支える機能が常に働いている。

本研究により、ICU看護は様々な機器に囲まれた特殊な医療空間の中で、患者となったその人の生活・生を最後まで支える構造を見出した。このことは、ICU以外の領域の看護と共通する部分をもつことを示唆している。つまり、医療の場、患者の身体・精神的な状況により異なった機能をもって見える看護実践の中にも、普遍的な看護の構造があると思われる。今回は1施設で観察時間も限定した研究結果であり、さらなる検証が必要である。今後、ICU看護や他領域における看護を比較・検討していき、看護の機能と構造について追究していきたい。

## VI. 結語

ICU看護は<A: 生きる力を支える><B: 自立を支える><C: 家族を支える><D: その人



らしさを支える>の4つの機能を持つ『生活・生の質を拡大する援助』と、<E:生命の危機を予測し回避する>の機能を持つ『救命のための援助』の2大機能を統合した構造である。それらの質は<F:看護の基盤を作る>機能によって影響される。

ICUという種々の医療機器を駆使する特殊な空間にあっても、生活者としての患者を支える、ICU看護の機能と構造を見出した。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、御指導頂きました佐賀医科大学医学部看護学科の井上悦子教授、御協力頂きましたICU看護師長、看護師の皆様、患者の皆様へ深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 鶴田早苗: ICUの発生と発展, 鶴田早苗, 高橋美智(編): ICU看護ガイドライン1-5, 医学書院, 1994
- 2) 井上智子: クリティカルケア領域に生かす看護診断, 日本集中治療医学会雑誌 6 第26回日本集中治療医学会総会プログラム・抄録集, 92, 1999
- 3) 小川典彦, 岩波昭子, 大倉早苗他: 日本集中治療医学会における, 過去10年間の看護研究の動向とICU看護の変遷, ICUとCCU 臨時増刊 第14回日本集中治療医学会収録号, 326, 1987
- 4) 山崎慶子: 欧米におけるICU専門看護婦, ICUとCCU, 15(2), 113-121, 1991
- 5) 高屋尚子: クリティカル・ケアにおける看護の専門性とは, インターナショナルナーシング

レビュー, 22(4), 28-32, 1999

- 6) Thelma "Skip" Lohr: Crisis Care Versus Critical Care: Hudak C.M. et al(Eds): Critical Care Nursing Third Edition, XV, Lippincott Company. Philadelphia, 1982
- 7) Carolyn M. Hudak, Thelma L. Lohr, Barbara M. Gallo: Critical Care Nursing: What Makes It Special? 2: Hudak C.M. et al (Eds): Critical Care Nursing Third Edition, 5-8, Lippincott Company. Philadelphia, 1982
- 8) 前掲書5), 29
- 9) 前掲書3), 326
- 10) 加藤万利子: ICU・CCU患者の適切なケアとは, 加藤万利子(編): 事例に学ぶICU・CCUの看護, 1-6, 医学書院, 1989
- 11) 上泉和子: 集中治療室における看護ケアの分析とその構造化, 看護研究 27(1), 2-19, 1994
- 12) ファーガハフ, S. Y.: 参加観察法とはどんな研究方法か, 看護研究 15(3), 50-63, 1982
- 13) 大久保孝治: 生活学入門, 大久保孝治, 嶋崎尚子(編): 21, 放送大学教育振興会, 1994
- 14) 前掲書13), 23
- 15) Mayeroff M. (田村真, 向野宣之訳): ケアの本質, 46-49, ゆみる出版, 1996
- 16) 前掲書2), 92
- 17) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子編集: 看護法令要覧, 12, 平成9年版, 日本看護協会出版会, 1997
- 18) 宮本忍: 医学とは何か—新しい医学論の提唱—, 211, 南江堂, 1984
- 19) 前掲書2), 92