

<学位論文>

クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科

保健学専攻 博士後期課程

高度侵襲医療看護学分野

大山 祐介

クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築

第1章 序章	クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築 の動機と方法.....	1
I.	モデル構築の動機.....	1
II.	モデル構築の方法	2
III.	本論分の構成.....	4
第2章	クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析.....	8
I.	研究の背景.....	8
II.	目的	10
III.	方法.....	10
1.	データ収集方法	10
2.	概念分析の方法・手順	11
3.	倫理的配慮.....	12
IV.	結果.....	12
1.	概念構築の背景	12
2.	関連概念との相違	14

3. 概念の属性 (attributes)	15
4. モデル例の提示	19
5. 先行要件と帰結	21
6. 概念の定義	25
V. 考察	27
1. クリティカルケア看護領域における comfort の定義について	27
2. クリティカルケア看護領域におけるアセスメントの視点について	27
3. クリティカルケア看護領域における介入の能力について	28
4. アウトカムの視点について	29
5. 今後の課題	31
VI. 結論	32
文献	33
第3章 質的統合 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	38
I. 研究の背景	38
II. 研究目的	39
III. 用語の理論的定義	39
IV. 研究方法	39

1. 研究デザイン	39
2. 研究参加者	40
3. 調査期間	40
4. データ収集方法および調査内容	40
5. 分析方法	41
6. 倫理的配慮	42
V. 結果	43
1. 研究参加者の概要	43
2. CCNS が患者の comfort に向けたケアにかかわる体験	45
VI. 考察	56
1. クリティカルケア看護領域における comfort に対する看護師の構え	57
2. クリティカルケア看護領域における comfort に向けたケア	59
3. クリティカルケア看護領域における comfort に向けたケアの評価	60
VII. 研究の限界と今後の課題	61
VIII. 結語	61
資料 1	62
資料 2	63
文献	65

第4章 量的統合 重症患者の comfort の構成概念妥当性検証.....	68
I. 研究の背景.....	68
II. 目的	70
1. 研究デザイン	70
2. 研究対象者	70
3. 概念枠組み	70
4. 倫理的配慮	74
5. データ収集	74
6. 調査項目	74
7. 分析方法	76
IV. 結果.....	77
1. 研究対象者の属性	77
2. CICC スコア、IT 関連、因子分析モデルの検定	80
3. 各カテゴリーの平均値と信頼性	80
4. 確認的因子分析	84
V. 考察.....	86
1. 患者の主観により評価する comfort.....	87
2. 看護師の観察により評価する comfort.....	88
3. 研究の限界	89

VI. 結語.....	89
資料 1.....	91
文献.....	94
第 5 章 終章.....	98
I. 3つの研究結果のまとめ.....	98
II. 研究成果の臨床における意義	102
III. クリティカルケア看護における研究への示唆と状況特定理論構築の可能性....	103
IV. 研究の限界と今後の課題.....	104
文献.....	105
謝辞.....	106
利益相反.....	106

第1章 序章 クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築の動機と方法

I. モデル構築の動機

安楽は人間の基本的な欲求であり、看護の基本原則として、安全・自立とともに重視される要素である¹⁾。安楽は安全・安楽として、安全とともにセットで用いられることも多い²⁾³⁾。また、英語では comfort に置き換えられ、安楽や comfort は看護の目標であり、看護と医療における回復のための戦略とされ、重要な概念とされてきた⁴⁾⁵⁾。特にクリティカルケア看護の対象となる患者は、生命に直接かかわるような健康問題を抱えた重症患者である⁶⁾ことから、患者は多様な comfort ニーズがある状態、または状況であると考えられる。実際にクリティカルケアな状況の患者は生理学的な状態の悪化が著しく、人工呼吸器の装着や意識障害などによってコミュニケーションが難しい場合も多いと思われる。そのため、comfort からほど遠い状態にあると考えられる。

そのなかで、江川⁷⁾はクリティカルケア看護における comfort について、患者がストレスフルな状況であったとしても、看護師（医療者）による comfort ケアによって励まされ、力づけられ、その結果としてたとえ苦痛があったとしても、それに耐える力を持てるようにすることは可能であると述べている。

これまでのクリティカルケア看護領域における患者の comfort に関する研究を概観すると、国内では大動脈バルンパンピング装着患者への回復促進を目指す清拭規準および Comfort 質問表の作成に関する研究⁸⁾が報告されていた。Kolcaba の comfort 理論⁹⁾を適用し、大動脈バルンパンピング装着患者の清拭規準を作成している。Comfort の規準をもとに清拭

を行うことで、重症患者を comfort にする視点となることが述べられていた。また、海外の文献では、救急外来で治療を受けた患者に対してインタビュー調査を行い、comfort するためのケア戦略を示していた。しかし、クリティカルケア看護領域における安楽や comfort について、明確に定義し、モデルにつながるような研究はみられなかった。そこで、クリティカルケア看護領域における comfort を明示するために、comfort の概念モデル構築に向けた研究を計画した。

II. モデル構築の方法

Walker と Avant¹⁰⁾によると理論の図示をモデルといい、理論は概念、立言、理論の3つの要素があると記述している。そして、統合、導出、分析が、理論構築のための3つの基本アプローチとされている。加えて理論構築する場合、この3つのアプローチのあいだを行き来することになると記述している。統合は、新しい概念、新しい立言、あるいは新しい理論を構築するために、観察に基づく知識が使用される。統合によって、まだ理論的に結びつけられていない独立した知識の断片を結合させることができる。導出は、類似性または隠喩が基礎である。導出によって、ひとつの文脈や場面から別の文脈や場面へ概念や立言、または理論を置き換えたり、再定義することができる。そして分析は、全体を構成要素の各部分に分けて詳細に調べることができ、その結果、個々の要素をよりよく理解できる。また、分析はすでに理論的な文献の体系が存在している領域ではとくに有用である。

本研究で用いる安楽や comfort という概念は前述したように看護の基本原則であり、看護学において長きにわたって使用されてきた言葉である。現在の看護学において Kolcaba の comfort 理論⁹⁾が広く認知されている。しかしながら、Kolcaba が開発した一般 comfort 質問

表について、長期に治療が及ぶ患者や病気の経過が慢性的な患者の場合には有用であるが、急性期の患者を対象とした場合の適応は困難であることが指摘されている¹¹⁾。クリティカルケア看護領域が対象とする患者に焦点をあてると、患者の生理学的状態は重症であり、生命の危機状態にあることから、クリティカルケア看護領域における **comfort** の特徴があるのではないかと考えられた。したがって、クリティカルケア看護領域における **comfort** の機能や構造を明らかにし洗練させるために、文献的なアプローチとして概念分析を行なった¹²⁾。この概念分析の結果は、研究を始めるのに先立って研究のための測定用具やインタビューガイドを作成する際にも非常に有用であると述べられている。そのため、概念分析の結果は以降の研究におけるインタビューガイド作成、調査項目を検討する際の材料とした。次に、概念統合のアプローチとして、質的統合を行った。質的統合では、聞いたり観察したりすることによって情報が得られる感覚データを必要とする。そこで、クリティカルな状況の患者の **comfort** に向けたケアにかかわる体験を明示するために質的記述的研究を行った¹³⁾。研究参加者は急性・重症患者看護専門看護師であった。インタビューで得られたデータの類似性と相違性に関して検証した。その後、概念分析の結果に質的記述的研究の結果を統合した。そして、量的統合を行った。量的統合には数値データ、あるいは統計的データが必要である。Qソート法、因子分析、デルファイ法などの測定法が有用である。そこで、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師を対象にした質問紙調査を行った。調査項目は、概念分析と質的記述的研究の結果をもとに見出された「クリティカルケア看護における **comfort** 項目」37項目を使用した。分析は構造方程式モデリングを用いた確認的因子分析を行った¹⁴⁾。

クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築の過程で実施した研究の目的を以下に示す。1) クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析を行い、基礎となる要素を明らかにし、クリティカルケア看護領域における comfort を定義する。2) 急性・重症患者看護専門看護師の comfort に向けたケアにかかわる体験を明らかにする。3) クリティカルケア看護の専門知識と経験が豊富な看護師を調査することで、クリティカルケア看護における comfort の構成概念妥当性を検討する。本論文では概念分析、質的統合、量的統合の3つのアプローチの結果に基づき、クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル構築プロセスを説明する。

Ⅲ. 本論分の構成

本章では、クリティカルケア看護領域における安楽や comfort の概念について述べたのちに、モデル構築の方法について論じた。

第2章では、クリティカルケア看護領域において、comfort という概念がどのような構造と機能を有しているかについて論じた。その結果、クリティカルケア看護領域における comfort という概念は、クリティカルな状況において、適切な医療者の介入を受けることで、患者が「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できた。概念分析をすることによって、クリティカルケア看護領域における comfort の特徴を明らかにした。

第3章では、半構造化インタビューから得られたデータをもとに急性・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について論じた。

第4章では、クリティカルケア看護における comfort の妥当性を検討した。調査項目の内

容妥当性、および構造方程式モデリングによる確認的因子分析の結果について述べた。

第 5 章では、クリティカルケア看護領域における **comfort** の概念モデルの活用方法を論じ、今後の課題や実施すべき研究について検討した。

文献

1. 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第9・10期委員会. 平成23年6月24日. 看護学を構成する重要な用語集.
<https://www.jans.or.jp/uploads/files/committee/yogoshu.pdf> (参照 2020-09-17)
2. 金井一薫. 患者にとっての「安楽」とは、その本質と概念—comfort という言葉をめぐって—. 総合看護 1996; 2: 17-28.
3. 土肥加津子. 安楽とは (1) . クリニカルスタディ 1997; 18(2): 28-34.
4. 佐藤紀子. 安楽: comfort について. 看護技術 1998; 44(15): 15-19.
5. McIlveen KH, Morse J, The role of comfort in nursing care: 1900-1980. Clin Nurs Res 1995; 4: 127-148.
6. 山勢博彰. 序章 実践的クリティカルケア看護とは. 山勢博彰編, クリティカルケアアドバンス看護実践. 南江堂. 東京, 2013; 2-5.
7. 江川幸二. クリティカルケア看護に活かす Comfort の概念と Comfort ケア. 日本クリティカルケア看護学会誌 2014; 10(1): 1-10.
8. Sakurai F, Inoue T. Determining Patient Comfort in the CCU: Development of Criteria and a Assessment Tool of Comfort that Promoting Their Recovery for Bed Bathing for Patients with Intra-aortic Balloon Pumps. J Japan Acad Crit Care Nurs 2011; 7: 1-15.
9. Kolcaba. K. コンフォート理論. 医学書院. 東京, 2003/2008; 1-284.
10. Walker LO, Avant KC. 概念分析. 看護における理論構築の方法. 医学書院, 東京, 2008; 1-318.
11. 縄秀志. 看護実践における“comfort”の概念分析. 聖路加看会誌 2006; 10(1): 11-22.
12. 大山祐介, 永田明, 山勢博彰. 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 2019; 15: 19-32.
13. 大山祐介, 永田明, 山勢博彰. 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 2020; 16: 54-64.
14. Oyama Y, Nagata A, Yamase H. Verification of construct validity for comfort indicators of critically ill patients. J Japan Acad Crit Care Nurs 2021; in press.

第2章 クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析

I. 研究の背景

クリティカルケア看護は外傷や手術などのような生命を脅かす健康問題に対する人間の反応について取り扱うと定義されている¹⁾。また、道又²⁾はクリティカルケアを必要とする患者は全身の臓器・組織・細胞が、疾患または治療による影響を大きく受け、さまざまな苦痛をかかえていると述べている。具体的には、医療介入なしには、生命が維持できない、生理機能が著しく低下しており、生命を失うような事態に陥る危険性が高い、疾患や侵襲的治療のために肉体的苦痛を生じている、言語的コミュニケーションの障害や手段に制限があつて、自己を表現できない場合がある、心理的危機状態にある、家族や一般社会から隔絶されているなどの特徴²⁾がある。そのため、クリティカルケア看護領域の患者は多様なcomfortニーズがある状態、または状況であると考える。

これまで comfort は看護の中心的な目標であり、看護と医療における患者の回復のための戦略とされ³⁾、クリティカルケア看護領域においても重要な概念である。Comfort について既存の概念分析を概観すると、海外では Kolcaba⁴⁾、Morse^{5,6)}、Siefert⁷⁾のものがあつて、comfort は対象となる人との関係性の中で変化し、幅広い状態で、多くの側面を含めた概念であることが示されている。そのなかで Kolcaba の comfort 理論は、NANDA-I 看護診断に採択された安楽障害⁸⁾の定義でも使用されている。そして、看護学用語としての安楽は comfort の定義に置き換えられ⁹⁾、説明されるようになった。このことから、現在の国内の看護学において使用される安楽は、comfort と同一概念として捉えることができる。

また、日本における comfort や安楽についての既存の概念分析は、佐居¹⁰⁾、縄¹¹⁾、金正

12)、出貝¹³⁾、谷地¹⁴⁾のものがある。佐居¹⁰⁾、縄¹¹⁾、金正¹²⁾は、ケアを提供する側である看護師と受ける側である患者からの視点で捉え、「気持ちいい」や「心地よさ」などの身体的・心理的・社会的な側面から comfort や安楽を示しており、患者の主観である comfort において広く適用されると考える。しかし、前述したクリティカルケア看護の対象となる患者の特徴をふまえて、それぞれの定義や属性をみると、「楽である」^{10, 12)}、「今が楽しい」¹²⁾などの言葉は、医療介入なしでは生命の維持ができないクリティカルケア看護領域の患者の comfort としてはそぐわないと考える。一方、出貝¹³⁾は認知症ケアにおける comfort について、縄¹¹⁾による概念分析と比較し、状態である comfort の表出方法、介入における医学的治療と環境調整、結果である周囲にもたらす効果において、相違点があったことを示している。谷地¹⁴⁾は乳がん患者の comfort (安楽) の特徴として、女性らしさ、女性性に対する自信の回復、自分らしさの回復の実感があることを示している。それぞれ異なる対象における comfort の特徴を明らかにしている。このように既存の概念分析をみると、comfort の概念は幅広い側面を含み、普遍的な要素もみられるが、領域や対象の違いによる特徴があり、変化する可能性があることがわかった。また、縄¹¹⁾が、Kolcaba が開発した comfort 理論の質問票について言及し、長期に治療が及ぶ患者や病気の経過が慢性的な患者の場合には有用であるが、急性期の患者を対象とした介入研究への適用は対象の状況をふまえると困難であること、急性期看護における comfort 理論および comfort ケアの介入研究は、課題であると述べている。そこで、クリティカルケア看護領域における患者の comfort に関する研究をみると大動脈バルンポンピング装着患者の清拭規準を作成した調査¹⁵⁾や心臓疾患患者の事例研究¹⁶⁾などがあり、Kolcaba¹⁷⁾の comfort 理論を用いて論じている。また、救急外来で

治療を受けた患者の質的調査¹⁸⁾では、comfort にするためのケア戦略を示していた。しかし、いずれもクリティカルケア看護領域における comfort についての定義はなかった。そのため、クリティカルケア看護の対象となる患者の comfort についても検討し、特徴を明らかにする必要がある。さらに、江川¹⁹⁾はクリティカルケア看護の中に comfort の考え方もっと取り入れる必要があること、クリティカルケア看護における comfort について、ストレスフルな状況であったとしても comfort ケアによって励まされ、力づけられ、その結果として、たとえ苦痛があったとしても、それに耐える力を持てるようにすることは可能であると述べている。したがって、クリティカルケア看護領域に特化した患者の comfort を明らかにし、そのことにもとづいて comfort ケアモデルを構築し、看護実践につなげる必要があると考える。

II. 目的

本研究はクリティカルケア看護領域における comfort の概念分析を行い、基礎となる要素を明らかにし、クリティカルケア看護領域における comfort を定義する。

III. 方法

1. データ収集方法

国内外の辞典、書籍、先行研究論文などの文献を対象とした。緒言で述べたように 2011 年に看護用語としての安楽は comfort に置き換えられ⁹⁾使用されていることから、国内文献のうち安楽に関する研究論文は、2011 年以降のものを対象とした。それに伴い、海外文献

についても Kolcaba が comfort の概念分析を発表した 1991 年以降の研究論文を対象とした。

海外文献は、データベース Scopus で 1991～2018 年の期間で “critical care” + comfort をキーワードとする学術専門誌に掲載された抄録のある文献は 443 編で、“emergency nursing” + comfort では 45 編であった。抄録の内容から、論説・記事などを削除し 13 編を抽出した。

国内文献は、医中誌 Web で 2011～2018 年の期間で「クリティカルケア看護+安楽」をキーワードとする原著論文で抄録のある文献は 30 編、「救急看護+安楽」では 13 編であった。抄録の内容から、論説・記事などを削除した 5 編を抽出した。さらに、上記の検索過程でハンドサーチにより入手した研究目的に合う文献 11 編を対象に加えた。以上より、最終的には、海外文献 19 編、国内文献 10 編の合計 29 編を概念分析の対象とした。

2. 概念分析の方法・手順

本研究では、クリティカルケア看護における comfort の先行要件、属性、帰結という概念の基礎となる要素を明らかにし、定義することを目的としたため、概念の内部構造を明らかにし、概念間の類似点や相違点を説明することのできる Walker・Avant²⁰⁾ の概念分析方法を用いて分析を行った。国内外の辞典、書籍、先行研究論文などの文献を研究対象として、概念構築の背景を検討したのち、概念の構造を明らかにするために、①関連概念の相違、②概念の属性、③モデル例の提示、④先行要件と帰結を明らかにし、概念の定義を検討した。分析を通して、対象の文献をもとに研究テーマ、研究対象、研究目的、研究方法、属性、先行要件、帰結について、マトリックス表を作成し整理した。①関連概念の相違の検討では、辞書、シソーラスなど、利用可能な文献を使用し、概念のできるだけ多くの用法を明らかにした。分析対象の論文以外にも comfort や安楽に関する成書と解説書も加えて検討を行った。

次に、②概念の属性では、対象文献から概念を定義づける属性を明らかにするために **comfort** についての説明や意味が提示されているか確認した。その後、③モデル例については、典型例、相反例、境界例の検討を行った。④マトリックス表をもとに先行要件、帰結を明らかにした。

3. 倫理的配慮

文献を用いた研究であるため、すべて公開後の文献を用いた。また、引用する場合は、出典を明記することで、著作権等の侵害がないように配慮した。

IV. 結果

1. 概念構築の背景

国内の安楽に関する文献を検討すると、日本国語大辞典²¹⁾においては、「心身に苦痛がなく、穏やかで楽なこと。満ちたりて心が平和なこと。また、その様」、「心身の苦痛をのぞき、楽にすること」とある。また、仏教語としての元来の意味は、「極楽浄土」と同義とも示されている。一般社会では「安楽死」や「安楽椅子」のように使用され、シソーラス辞典²²⁾においては、「快適さ」や「心地良さ」、「穏やかさ」を意味している。安楽は英語では **comfort** と訳される。OXFORD 英英辞典²³⁾ での **comfort** は「苦悩、痛み、心配から解放されている、心地よい生活をしている状態である（著者訳）」ことが示されている。しかし、日本における安楽は、日常的に使用されることが少ない言葉であり、北谷・八塚²⁴⁾ の調査で、一般的には安楽死や固有名詞としての人名、地名として使用されていることが多く、安楽独自で使用されることはほとんどないことが明らかにされている。一般的使用頻度は低く、日本で日常的にはあまり使用されなくなった言葉であるのに、看護で多用されているということは、

看護における安楽という言葉には独自の意味がある²⁵⁾とも言われている。

そこで看護における安楽について、看護大辞典²⁶⁾では、「苦痛や不安がない状態。安楽は人間の基本的欲求であり、患者が人間らしく生活するために不可欠である」と定義されている。看護学大辞典²⁷⁾では、「身体的にも精神的にも苦痛や不安のない状態をいう。患者は、安楽を阻害する種々の因子をもっているものであるから、できる限り、個別的に患者に対して安楽を阻害する誘因となるものを探り、それらを避ける、あるいは軽減させるために、あらゆる方法を用いて安楽のニードに対応しなければならない。また、阻害因子をできるだけ除去するよう努めなければならない」と示されている。また、安楽は人間の基本的な欲求であり、看護の基本原則として、安全・自立とともに重視される要素である⁹⁾。

Comfortについても看護の中心的な目標³⁾とされ、Kolcaba⁴⁾が comfort とは、緩和、安心、超越に対するニードが、経験の4つのコンテクスト（身体的、サイコスピリットの、社会文化的、環境的）において満たされることにより、自分が強められているという即時的な経験と定義している。Comfort を全人的に捉え、強化される状態であることを明らかにしている。このことについては縄¹¹⁾も概念分析の中で、comfort は安楽以上に人が他者との関係のなかで力づけられ、主体的によりよく生きようとしている状態と表している。また、縄は、佐居²⁵⁾の安楽の定義と自身の comfort の概念分析の結果を比較し、共通していることは多いが、異なることを述べている。一方で、佐居²⁸⁾は和文献の「安楽」と英文献の「comfort」の比較を行っている。その上で、あえて、相違をあげると comfort より安楽のほうが、より看護技術に密着した用語として使用されているが、看護においては、ほぼ同様の意味を持つていと結論づけている。このように、comfort と安楽の意味の相違について、異なる記述がみ

られるものの、現在では Kolcaba の comfort の定義が安楽の定義として使用されている⁹⁾ことから、同様の意味を示していると考えられる。

2. 関連概念との相違

Comfort や安楽についての文献を検討したところ、「安全」や「安心」という用語が使用されていた。いずれも看護学領域や社会学領域、心理学領域などで使用されている。安全は、「危険のないこと。平穏無事なこと。また、そのさま」²¹⁾とされている。Safe は「危険や危害から保護する、危害がない、危険がない、慎重にする」²³⁾という意味がある。心理学的には、マズロー²⁹⁾の欲求階層論（ニード論）の中に安全のニードがある。その中で、安全性が確かめられると、より高い欲求や衝動を発生させ、優勢にする。安全が脅かされると、とりもなおさず、一段と基本的な基礎に退行すると言われており、生理的なニードに退行する。そのため、安全は人間の根源的なニーズであると言える。また、看護においては「危険のない状態をいい、看護を提供する際の必須条件」⁹⁾とされ、安全を危険と対比して示している。伊藤・佐居³⁰⁾は現象学的存在論の視座からの看護における「安楽」の研究において、看護師は「安楽」の前提要件として「安全」を捉えていること、安全がないと安楽は成り立たないと捉えていることを記述している。

安心について、辞書には「心が安じること。気がかりなことがなくて、心が落ち着くこと」²¹⁾、または、「心配・不安がなくて、心が安らぐこと。また、安らかなこと」³¹⁾とされ、いずれも心理的な状態が記述されている。Ease は「難しくない、リラックスした感覚、心配がない、心地よさ」²³⁾を意味している。社会学においては、安心を主観的な感覚や心理的な要素を含むもの³²⁾と記述している。看護における安心の概念分析では、主観的な状態を示

す概念から、その人の能力そして、他者や社会との関係のなかで獲得・形成されるという広い視野を含めた概念である³³⁾とされている。その中で、「おだやかである」、「不安・苦痛がない」、「楽観的志向である」、「自分を肯定してくれる」、「自分に自信がある」、「自分で安心できる能力がある」、「対人関係の確かさがある」、「社会とつながっている」という8つの属性を明らかにしている。

これらのことから、安全は看護において不可欠なものであり、comfortな看護を考える上でも前提として捉えられていることが明らかになった。安心の概念分析³³⁾にもあるように、安心を構成する要素は心理・社会的なものだけで、身体的なものが含まれていない。そのため、安心よりもcomfortの方が広い概念であると捉えることができる。

また、comfortの対比する言葉は苦痛である。緩和ケアなどにおいて、苦痛は身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的な全人的苦痛³⁴⁾として捉えられ、広く認識されている。

3. 概念の属性 (attributes)

クリティカルケア看護におけるcomfortとして、「痛みの緩和 (Relief of pain) の知覚」、「自立性 (Independence) の知覚」、「平静 (Calm) の知覚」、「満足 (Satisfaction) の知覚」の4つの属性が抽出された (表1)。

1) クリティカルケア看護におけるcomfortの属性

① 「痛みの緩和 (Relief of pain) の知覚」

患者が痛みの緩和を知覚する状態として、以下のことが明らかになった。

- ・痛みがなくなる¹⁶⁾
- ・痛みが和らぐ³⁵⁾

- ・痛みがコントロールされる³⁶⁾

②「自立性 (Independence) の知覚」

患者が自立性を知覚する状態として、以下のことが明らかになった。

- ・コントロール感がある³⁷⁾
- ・痛みを訴えることができる³⁸⁾
- ・抜管により話せるようになる³⁹⁾

③「平静 (Calm) の知覚」

患者が平静を知覚する状態として、以下のことが明らかになった。

- ・落ち着く^{16, 40-42)}
- ・不安の減少^{16, 18)}
- ・やすらぎ⁴⁰⁾
- ・精神的安寧⁴³⁾
- ・ICUの保護的環境が安心⁴⁴⁾
- ・安心^{15, 39, 40, 42, 45, 46)}
- ・大丈夫と感じる^{18, 47)}
- ・精神状態が良くなったと感じる⁴⁷⁾
- ・ナーバス (神経質) ではなくなる¹⁸⁾

④「満足 (Satisfaction) の知覚」

患者が満足を知覚する状態として、以下のことが明らかになった。

- ・リフレッシュする¹⁵⁾

- リラックス 18, 40)
- 気分を良くする 41)
- 爽快感 39, 43)
- 快 42)
- 心地良い 39, 43)
- 生き返った 39)
- 素晴らしい 39)

表1 クリティカルケア看護領域における comfort の属性

クリティカルケア看護における comfort		
痛みの緩和の知覚	・痛みがなくなる 16)	・痛みがコントロールされる 36)
Relief of pain	・痛みが和らぐ 35)	
自立性の知覚	・コントロール感がある 37)	・抜管により話せるようになる 39)
Independence	・痛みを訴えることができる 38)	
平静の知覚	・落ち着く 16) 40) 41) 42)	・安心 15) 39) 40) 42) 45) 46)
Calm	・不安の減少 18) 16)	・大丈夫と感じる 18) 47)
	・やすらぎ 40)	・精神状態が良くなったと感じる 47)
	・精神的安寧 43)	・ナーバス (神経質) ではなくなる 18)
	・ICU の保護的環境が安心 44)	
満足の知覚	・リフレッシュする 15)	・心地良い 39) 43)
Satisfaction	・リラックス 18) 40)	・生き返った 39)
	・気分を良くする 41)	・素晴らしい 39)
	・爽快感 39) 43)	
	・快 42)	

数字は文献番号

4. モデル例の提示

モデル例として、著者が創作した典型例、相反例、境界例を以下に示す。

1) 典型例

A さん（50 歳代男性）はバイクで走行中に転倒し、病院に救急搬送された。多発外傷、ショック状態であったため、気管挿管、胸腔ドレーン挿入、輸液および輸血の投与、手術を受けた。手術後は身体的痛み、気管挿管による喉の不快感や口渇感、自分で呼吸できない苦しさを感じた。事故の記憶はあいまいで、何が起こったのか分からず、現状を理解できなかった。声を出すこともできず、見知らぬ環境や人に不安を感じた。これからどうなってしまうのか、この痛みが強くなったら死んでしまうのではないかと恐怖、混乱、悲しみ、孤独感など様々な感情があふれていた。看護師は、A さんのベッドサイドを訪れ、痛みはないか訊ねた。看護師は A さんの表情やバイタルサインなどから苦痛を感じていることを察知し、医師に連絡した上で鎮痛剤を増量したため、A さんの痛みは和らいだ。また、入院に至った経緯、病状や手術のこと、家族とも面会ができることなどを聞き、自分の状況が理解できた。そして、いつも視界には看護師の姿があったことや、手をさすりながら穏やかに話をする看護師の態度に親しみと敬意を感じ、安心することができた。気管吸引などの苦痛を伴う処置においても患者の反応を確認しながら実施してくれるため、落ち着いていることができた。また、口腔内の乾燥に対して、清拭してもらい爽快感を感じた。その後、看護師が家族に A さんの状況を説明しているところを確認したこと、家族に励まされたことで回復に向けた希望を持つことができた。

2) 相反例

Bさん（50歳男性）。Bさんは階段から転落し、受傷した。頭部外傷のためICUに入室した。ICUでのBさんは落ち着かない様子やイライラする様子がみられた。時には眉間にしわを寄せた表情で、ベッドから起き上がろうとし、モニターアラームが頻回に鳴っていた。また、気管チューブの方へ手を持っていくような動作がみられた。そのため、看護師は危険な事故につながると判断し、「動いてはいけない」と体動を制止し、体幹部、手関節部の拘束を行った。そのため、Bさんの動作はこれまで以上に制限され身動きが取れなくなった。それでもベッド柵を繰り返し叩き、落ち着かない様子は続いた。さらに、痛み等の意思を訴えることもできず、自分の置かれた状況も分からなくなった。その後、家族が面会に訪れたが、Bさんは家族の存在に気づくことはできず、家族もBさんの状況に驚き、声をかけることや接触することができなかった。Bさんの苦渋の表情やベッドから起き上がろうとしていた行動の意味について、くみ取られることはなかった。

3) 境界例

Cさん（55歳男性）。Cさんは出張中に突然激しい前胸部痛を感じ、救急搬送され、急性心筋梗塞と診断された。急性心不全による呼吸困難や喘鳴があったが、酸素投与や薬剤の投与、そして看護師が体位調整し座位にしたことにより、呼吸困難は軽減した。また、胸部痛の原因となった急性心筋梗塞の状態、今後の治療方針、社会復帰の可能性について医師の説明を受けた。その説明に同席していた看護師は、わかりやすい言葉を用いて、繰り返し同様の説明をした。そのことでCさんは自分の体の状況が分かり、常に看護師がそばにいることを感じ、不安や恐怖は減少した。入院してからは看護師から清拭をしてもらい、初めて心地よいと思うことができた。しかし、出張中であったため、家族へすぐに連絡をできなかった。

たことが気かりで、家族の存在を感じるができなかった。

5. 先行要件と帰結

1) 先行要件 (antecedents)

先行要件としては、comfort に先立って生じる出来事や例として、クリティカルケア看護領域における「患者の comfort ではない状態」(表2)と「医療者の介入」(表3)が明らかになった。「患者の comfort ではない状態」には身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的な comfort ではない状態と comfort を阻害する外的環境があった。また、「医療者の介入」には観察やケアの内容、ケア提供者の能力があった。

表2 クリティカルケア看護領域における comfort の先行要件：患者の comfort ではない状態

身体的な状態	
・痛み(疾病や傷害による痛み、処置やケアにより生じる痛み、体動や咳嗽により生じる痛み、もだえ苦しむような激しい痛み)	16) 38) 39) 44) 46) 47) 48) 49) 50) 51) 52) 53) 54)
・非効果的な睡眠	16) 35) 38) 39) 42) 50)
・自分で呼吸できない苦しさ	39) 40) 42) 46) 48) 49) 50) 55) 56)
・気管チューブの不快感	37) 39) 42) 50) 55) 57) 58) 59)
・喉の渇き	35) 37) 39) 46) 48) 50) 55) 56) 57) 58) 59)
・悪心・嘔吐・下痢	35) 39) 46) 49) 54) 56) 57)
・視界の制限により目が見えにくい	39) 49)
・様々な身体症状	37) 39) 42) 44) 46) 49) 50)
・バイタルサインの悪化	15) 16)
精神的な状態	
・不安・心配・恐怖	15) 18) 39) 40) 42) 46) 47) 48) 50) 58)
・他の患者と比較し不安定になる	42)
・過去の状況と比較し不安定になる	16)
・記憶の欠落	37) 39) 40) 44) 48) 50)
・排泄に関する羞恥心	35) 46)
・せん妄	37) 39) 44) 48) 50)
・混乱	39) 50)
・怒り	18) 39)
・悲しみ	39) 50)
・欲求不満	39) 46)
・苦痛から解放されたいという願望	35) 37) 39) 49)
・ニーズを伝えることができない	15) 35) 36) 37) 38) 39) 46) 48) 49) 50) 57) 58) 59)
スピリチュアル的な状態	
・死を意識する	18) 39) 42) 44) 47) 50)
・自分自身で何もできない	15) 37) 39) 49) 50) 54) 57) 58)
・行動が制限される	15) 35) 37) 39) 42) 57) 58) 59)
・現状の不確かさ	15) 18) 16) 35) 37) 39) 42) 44) 45) 49) 54) 56)
・将来の不確かさ	16) 45) 49) 50)
社会的な状態	
・孤独感の知覚	16) 39) 42) 44) 49) 50) 54)

クリティカル状況における comfort を阻害する外的環境	
・アラーム、デバイス、人の声による騒音	15) 16) 35) 39) 46) 56) 48) 49) 50)
・光、臭い、暑さ/寒さ	15) 39) 46) 49)
・治療上必要なメディカルデバイス	15) 37) 38) 39) 40) 42) 43) 46) 48) 49) 54) 55) 58) 59) 60)
・見知らぬ環境や人	39) 42) 46) 52) 57)
・不快な医療者の介入	35) 37) 39) 42) 46) 48) 55) 57) 58)
・身体拘束をうける	50)

数字は文献番号

表3 クリティカルケア看護領域における comfort の先行要件：医療者の介入

医療者の介入（観察やケアの内容）	
・苦痛のモニタリング	35) 36) 54)
・身体的苦痛を与えない配慮	16) 39) 60)
・薬剤などを使用した対応	18) 36) 38) 39) 40) 41) 43) 45) 46) 52) 53) 54) 60)
・心地よさをもたらすケア	40)
・リハビリテーション	18) 36) 60)
・日常生活の援助	15) 41) 43) 46)
・共在とタッチング	15) 18) 38) 39) 45) 46) 49) 53) 55) 56) 59)
・今の状況が分かるように説明する	18) 35) 37) 39) 40) 45) 56) 51)
・何を期待した介入なのか説明する	18) 35) 36) 54)
・家族や友人へ患者への関与を促す	18) 38) 45) 46) 52) 53) 54) 60)
・環境の調整（光の調整、音の調整、ベッド環境の調整、現状認識を促す調整）	16) 18) 36) 39) 46) 49) 60)
医療者の介入（ケア提供者の能力）	
・安心感を与える穏やかな声掛け	18) 36) 39) 40) 42) 43) 49) 51) 53) 54) 55) 60)
・親しみと敬意を持った看護師の態度	15) 18) 36) 39) 42) 43) 51) 52) 54) 55) 59)
・思いをくみ取って他者に伝える	40) 49) 52) 53) 55)
・患者と協働する	37) 52) 51)
・多職種と協働する	18) 36)

数字は文献番号

2) 帰結 (consequences)

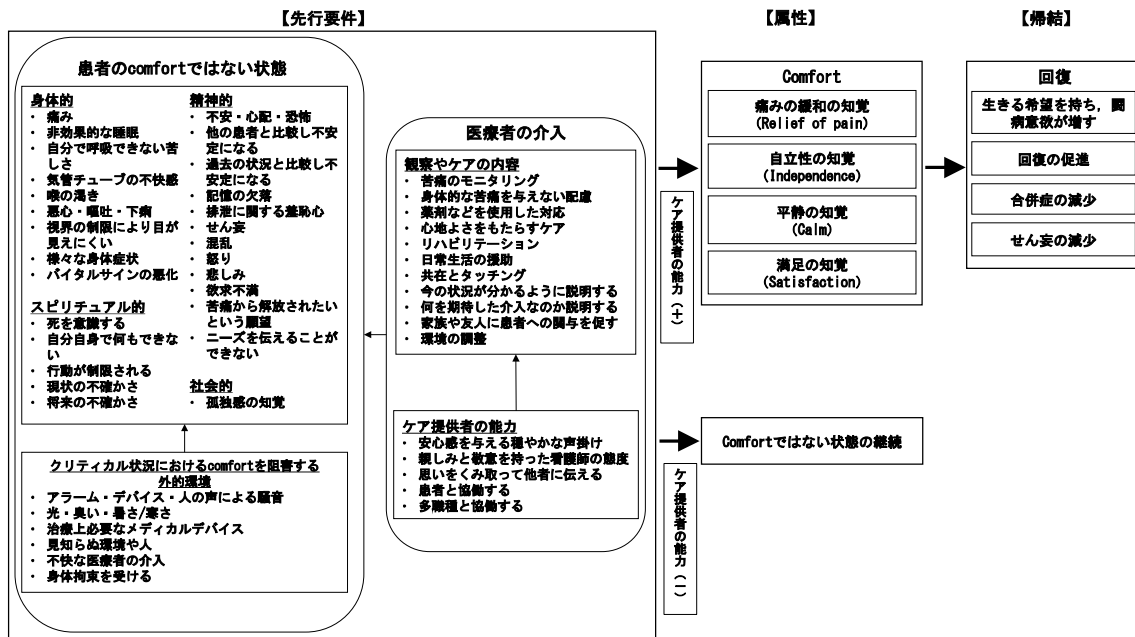
帰結は身体的、精神的、もしくはスピリチュアル的な「回復」につながるものがみられた。

しかし、分析対象となった文献は帰結について記述しているものは少なかった。

- ・ 生きる希望を持ち、闘病意欲が増す^{18, 35, 38, 40, 45)}
- ・ 回復の促進^{38, 59)}
- ・ 合併症の減少^{38, 51, 52)}
- ・ せん妄の減少⁶⁰⁾

6. 概念の定義

クリティカルケア看護領域における **comfort** という概念は、クリティカルな状況において、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できた。図はクリティカルケア看護領域における **comfort** の概念モデルである。クリティカルな状況では、先行要件として、重篤な疾患や外傷による「患者の **comfort** ではない状態」がある。さらに、「クリティカル状況における **comfort** を阻害する外的環境」により影響を受ける。クリティカル状況では、患者自身で **comfort** になることは困難であり、「医療者の介入」が必要である。その際、「ケア提供者の能力」が発揮された場合は、属性の「**comfort**」となり、発揮されなかった場合は「**comfort** ではない状態」の継続となる。そして、患者が **comfort** になることで、帰結の「回復」につながることを示した。



Comfort

- ・ 痛みの緩和の知覚 (Relief of pain)
- ・ 自立性の知覚 (Independence)
- ・ 平静の知覚 (Calm)
- ・ 満足の知覚 (Satisfaction)

回復

- ・ 生きる希望を持ち、闘病意欲が増す
- ・ 回復の促進
- ・ 合併症の減少
- ・ せん妄の減少

図1 クリティカルケア看護領域における comfort の概念モデル

(日本クリティカルケア看護学会誌より引用し、一部改変)

V. 考察

分析の結果、クリティカルケア看護領域における comfort は属性が患者の状態として 4 項目、先行要件は「患者の comfort ではない状態」33 項目と「医療者の介入」16 項目、帰結は 4 項目が抽出できた。これらの結果からクリティカルケア看護領域の comfort の概念の構造を明らかにし、comfort ケアモデル構築のあしかりにする視点での考察をする。

1. クリティカルケア看護領域における comfort の定義について

クリティカルケア看護領域における患者は、患者自身の力で comfort になることは難しい。そのため、「患者の comfort ではない状態」に対して、適切な「医療者の介入」を行うことで、comfort につながる。つまり、「患者の comfort ではない状態」に対する看護師のケアが重要である。このことは縄¹¹⁾や佐居¹⁰⁾が、患者の安楽に先行するものに、看護師が働きかけることによって、comfort や安楽な状態が生じると示している。

次に本研究の定義を Kolcaba¹⁷⁾ の comfort の定義と比較すると、身体的なものとして「痛みの緩和の知覚」、サイコスピリットの、環境的なものとして「自立性の知覚」、「平静の知覚」、「満足 of 知覚」があった。しかし、社会文化的な側面が含まれなかった。クリティカルな状況では、社会文化的側面の comfort が顕在化しにくいのではないかと考える。

2. クリティカルケア看護領域におけるアセスメントの視点について

先行要件の「患者の comfort ではない状態」はアセスメントの視点を示す。身体的には“自分で呼吸できない苦しさ”や“気管チューブの不快感”、精神的には“不安・心配・恐怖”、社会的には“孤独感の知覚”、スピリチュアル的には“死を意識する”などクリティカルな状況にある「患者の comfort ではない状態」を示すことができた。Kolcaba¹⁷⁾ は comfort の正

反対のものとして苦痛を取り上げている。苦痛は全人的苦痛という概念³⁴⁾をもとに捉える必要がある。患者にみられる苦痛を、身体的苦痛のみとして一面的にとらえるのではなく、精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛も含めて総体としてとらえる⁶¹⁾と述べられている。そのため、クリティカルケア看護領域における comfort ではない状態についてアセスメントする際は全人的に捉える必要があることが示唆された。次に comfort を阻害する外的環境については、感覚過負荷や感覚遮断につながるクリティカルケア看護領域特有のものであった。これらが患者の comfort にどのような影響を与えているのという視点は重要である。結果に示したように、多くの先行要件が抽出されたことは、多様な comfort ニーズがあるというクリティカルケア看護領域の特徴といえるだろう。これらの項目をアセスメントの視点として観察することで、comfort ではない状態を明らかにすることができると思われる。

3. クリティカルケア看護領域における介入の能力について

先行要件の「医療者の介入」は comfort ではない患者に対する介入の方向性を示す。「医療者の介入」の観察やケアの内容の項目は、「患者の comfort ではない状態」に即したクリティカルケア看護領域では日常的に実践される介入が抽出された。ただし、これらの介入をただ行うだけでは患者の comfort にはつながらないと考える。“安心感を与える穏やかな声掛け”、“親しみと敬意を持った看護師の態度”、“思いをくみ取って他者に伝える”、“患者と協働する”、“多職種と協働する”というケア提供者の能力として示したことを、看護師が意図した上で介入することが重要と考える。また、AACN Synergy Model for Patient Care⁶²⁾では、患者の特性と看護師の特性の相互作用により、相乗効果 (Synergy) が生まれ、患者の

適切なアウトカムにつながると示され、患者の特性 8 項目、看護師の特性 8 項目をあげている。今回、抽出された「医療者の介入」のケア提供者の能力には、Synergy Model の看護師の特性うち、コラボレーション、代弁者・道徳的主体者、ケアリングの要素がみられた。このことからクリティカルケア看護領域においては、ケア提供者の能力を発揮した介入が、患者の comfort を導くものとする。

4. アウトカムの視点について

属性は comfort ではない状態から comfort になったことを判断する指標、帰結は comfort によって生じる患者の状態を示す。これまでの comfort や安楽の概念分析のほとんどが身体的痛みや苦痛が緩和されることを属性として示している^{4, 6, 7, 10, 11)}。本研究においても患者が comfort になるためには「痛みの緩和の知覚」が不可欠であることがわかった。しかし、痛み以外の不快症状が緩和されることについての記述はみられなかった。この点については、今後クリティカルケア看護を受けた患者を対象とした調査を行うことで、新たな属性が抽出される可能性があると考えられる。「自立性の知覚」は、“コントロール感がある”や“痛みを看護師に訴えることができる”、“抜管により話せるようになる”であった。健康障害時には日常生活行動が制限されたり心理的依存が生じたりするため、自立のレベルが低下しやすい。また、自立は、健康障害により日常生活に他者の援助を必要とすることとなった人のリハビリテーションや看護の目標となる⁹⁾と言われている。そして、患者がコントロールできているという感覚は不安や抑うつを減少させる⁶³⁾ことが明らかにされている。縄¹¹⁾の概念分析においても、自分自身のコントロール感覚が保たれ、意思決定ができるとあるが、クリティカルケア看護領域での患者に対しての介入では、患者が自立性を持てるような配

慮が必要である。また、Morse・Penrod⁶⁴⁾は病気体験の中で生じるもちこたえ、不確かさ、苦悩、希望という概念の関連を検討し、段階的に知るレベルが高くなっていくことを明らかにしている。「自立性の知覚」の状態は出来事を受容し、希望へ向けた段階にあるのではないかと考える。さらに、その先に予測されることや目標、方略を患者とともに模索することで、帰結にある「生きる希望を持ち、闘病意欲が増す」ことにつながると考える。「平静の知覚」は“安心”、“落ちつく”、“不安の減少”などで精神的に落ちついた状態を示している。こうした精神的な落ち着きを表した属性はこれまでの概念分析^{4, 7, 10, 11)}においても示されていた。クリティカルな状態に置かれた患者は、生命の危機によって精神的にも危機的な状態に陥る⁶⁵⁾が、ケア提供者の能力をふまえた看護師の介入によって平静がもたらされると考える。また、患者は常に家族を主とした重要他者および看護師を主とした医療者との関りを求める存在で、他者との関りの内にあることが患者にとっての安楽である³⁰⁾と述べられている。特に他者との関りが制限されることの多いクリティカルケア看護領域において、看護師が家族や友人に患者への関与を促すことによって、患者は他者とのつながりを感じ、平静を知覚する可能性がある。「満足の知覚」は“リラックス”や“気分を良くする”、“心地よい”などであった。看護の専門性とは、患者の人間性を大切にし、全人的なケアが提供でき、また、患者が満足を得るということに他ならない⁶⁶⁾、comfortが看護の中心的目標である³⁾ことを考えると、「満足の知覚」はcomfortの属性として妥当であると考えられる。これらの属性を認めることが、患者のcomfortな状態の指標となる。

帰結は、これまでに行われている日本におけるcomfortや安楽の概念分析の結果¹⁰⁻¹²⁾と類似していた。しかし、comfortな状態から「回復の促進」、「合併症の減少」、「せん妄の減

少」への因果関係は文献検討だけでは説明ができないため、検討が必要である。

このようにアウトカムの視点として、属性には患者の主観的な **comfort** を示すことができた。しかし、クリティカルケア看護の対象となる患者は、多くの場合病気や治療によって意識が清明ではなくなり、意思を伝えられないため、患者の主観を読み取ることが難しい。そのことは認知症患者においても同様の状況があり、認知症ケアの **comfort** の概念分析¹³⁾のなかで、患者は主観的表現が困難になっていく可能性があることから、客観的指標が重要であることを述べている。そのため、クリティカルケア看護領域においても **comfort** のアウトカムの視点として、客観的指標が必要になると考える。

5. 今後の課題

今回の概念分析では、先行要件－属性－帰結という一方向に進む直線的モデルで示したが、それを断定することはできない。患者の状況、外的環境が変化すれば、**comfort** ではない状態に戻ってしまうと考えられる。そのため、患者の状況は行きつ戻りつを繰り返しながら進み、一方向の直線的モデルではない可能性がある。また、先行要件、属性、帰結の言葉や内容について妥当性の検証が必要である。特に属性において、社会文化的な側面を確認することができなかった。今後、社会文化的な側面の属性が存在するか否かについて、患者を対象とした調査で明らかにしたい。そして、Kolcaba¹⁷⁾ や Benner et al⁶⁷⁾ が述べる、患者を **comfort** にしているとわかった看護師の **comfort** は、高められていることについて文献から明らかにすることはできなかった。このことについては看護師を対象とした調査により明らかにし、クリティカルケア看護領域における **comfort** ケアモデル構築、**comfort** を測定する尺度の開発につなげ、看護実践での活用を目指していく。

VI. 結論

クリティカルケア看護における comfort の概念分析の結果、構成要素が確認され、以下のことが明らかになった。

1. 属性には、「痛みの緩和 (Relief of pain) の知覚」、「自立性 (Independence) の知覚」、「平静 (Calm) の知覚」、「満足 (Satisfaction) の知覚」の4つがある。
2. 先行要件には、「患者の comfort ではない状態」と comfort を阻害する外的環境がある。
そして、それらに対して能力を発揮した「医療者の介入」が必要である。
3. 帰結には「生きる希望を持ち、闘病意欲が増す」、「回復の促進」、「合併症の減少」、「せん妄の減少」の4つがある。
4. クリティカルケア看護における comfort の定義は、クリティカルな状況において、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)」を知覚する経験である。

文献

1. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. American association of critical care nurses. Scope of practice for nursing care of the critically ill patient and family: Critical care nursing. Mosby, Philadelphia, 1997; 5.
2. 道又元裕. クリティカルケア看護とは. クリティカルケア看護学. 医学書院, 東京, 2011; 2-15.
3. McIlveen KH, Morse J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. Clin Nurs Res 1995; 4: 127-148.
4. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs 1991; 6(11): 1301-1310.
5. Morse JM. An ethnoscientific analysis of comfort: A preliminary investigation. Nurs Pap 1983; 15: 6-19.
6. Morse JM. Comfort The refocusing of nursing care. Clin Nurs Res 1992; 1(1): 91-106.
7. Siefert ML. Concept analysis of comfort. Nurs Forum 2002; 37(4): 16-23.
8. ハードマン HT, 上鶴重見. NANDA-International 看護診断一定義と分類 2018-2020 原書第11版. 医学書院, 東京, 2018; 567.
9. 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第9・10期委員会. 看護学を構成する重要な用語集. 日本看護科学学会. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf> (参照 2019-5-15)
10. 佐居由美. 看護実践場面における「安楽」という用語の意味するもの. 聖路加看会誌 2003; 30: 1-9.
11. 縄秀志. 看護実践における“comfort”の概念分析. 聖路加看会誌 2006; 10(1): 11-22.
12. 金正貴美. Comfort の概念分析. 香川大看学誌 2016; 20(1): 1-14.
13. 出貝裕子. 英文献の認知症ケア研究における comfort の概念分析. 日保健科会誌 2014; 17(2): 76-85.
14. 谷地和加子. 乳がん患者の Comfort (安楽) の概念分析. 日赤看会誌 2018; 18(1): 1-9.
15. Sakurai F, Inoue T. Determining Patient Comfort in the CCU: Development of Criteria and a Assessment Tool of Comfort that Promoting Their Recovery for Bed Bathing for Patients with Intra-aortic Balloon Pumps. J Japan Acad Crit Care Nurs 2011; 7(3): 1-15.
16. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. Appl Nurs Res 2014; 27(2): 147-150.
17. Kolcaba K. コンフォート理論. 医学書院, 東京, 2008; 1-284.
18. Hawley MP. Nurse comforting strategies perceptions of emergency department patients. Clin Nurs Res 2000; 9(4): 441-459.
19. 江川幸二. クリティカルケア看護に活かす Comfort の概念と Comfort ケア. 日クリティカルケア看会誌 2014; 10(1): 1-10.

20. Walker LO, Avant KC. 看護における理論構築の方法. 医学書院, 東京, 2008; 89-122.
21. 北原保雄, 久保田淳, 谷脇理史, 他 (2001). 日本国語大辞典第二版第一巻. 小学館, 東京, 2001; 724-753.
22. Weblio 類語辞典 (2018). <https://thesaurus.webl.io.jp/> (参照 2018-5-20)
23. Hornby, A.S. Oxford advanced learner's dictionary. Oxford University Press, New York, 1995; 226.
24. 北谷幸寛, 八塚美樹. ソーシャルメディアで語られる安楽. 看研 2017; 50(5): 478-484.
25. 佐居由美. 看護における「安楽」の定義と特性. ヒューマン・ケア研 2004, 5: 71-82.
26. 中村美知子. 安楽, 和田攻, 南裕子, 小峰光博, 他, 看護大辞典第 1 版. 医学書院, 東京, 2003; 103.
27. 永井良三, 田村やよひ. 看護学大辞典第 6 版. メヂカルフレンド社, 東京, 2013; 71.
28. 佐居由美. 和文献にみる「安楽」と英文献にみる「comfort」の比較—Rodgers の概念分析の方法を用いている日米 2 つの看護文献レビューから—, 聖路加看会誌 2004; 31: 1-7.
29. マスロー A.H. 完全なる人間 魂のめざすもの. 誠信書房, 東京, 1998; 63.
30. 伊藤和弘, 佐居由美. 現象学的存在論の視座からの看護における「安楽」の研究. 聖路加看会誌 2009; 35: 1-7.
31. 新村出. 広辞苑第 3 版. 岩波書店, 東京, 1998; 95.
32. 吉川肇子, 白戸智, 藤井聡, 他. 技術的安全と社会的安心. 社会技術研究論文集 2003; 1: 1-8.
33. 岩瀬貴子, 野嶋佐由美. 安心の概念分析. 高知女大看会誌 2013; 39(1): 2-16.
34. Saunders C, Baines M, Dunlop R. (1995). Living with dying: A guide to palliative care. Oxford University Press, New York, 1995; 45-56.
35. Jangland E, Kitson A, Muntlin Athlin Å. Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: A multi-stage qualitative case study. J Adv Nurs. 2016; 72(4): 791-801.
36. 前信由美, 佐々木秀美. 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—. 日医看教会誌 2016; 25(2): 47-56.
37. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. Nurs Crit Care. 2017; 22(2): 81-88.
38. Cox CL, Hayes JA. Reducing anxiety: the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention. Complement Ther Nurs Midwifery. 1997; 3(6): 163-167.
39. Samuelson KAM. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. Intensive Crit Care Nurs. 2011; 27(2): 76-84.
40. Clukey BL, Weyant RA. Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. Am J Crit Care. 2014; 23(3): 216-220.

41. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011; 27(5): 273-280.
42. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998; 14(6): 294-307.
43. 平良由香利, 室伏圭子, 大釜徳政. 学生がクリティカルケア看護の独自性を捉えた場面に関する検討. *看教* 2013; 54(8): 732-739.
44. 福田友秀, 井上智子, 佐々木吉子, 他. 集中治療室入室を経験した患者の記憶と体験の実態と看護支援に関する研究. *日クリティカルケア看会誌* 2013; 9(1): 29-38.
45. Jay R. Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: A study of accident and emergency interventions. *Accid Emerg Nurs.* 1996; 4(3): 125-131.
46. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Aust Crit Care.* 2017; 30(2): 59-66.
47. Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, et al. During invasive procedures and resuscitation: Hearing the voice of the patient. *Am J Nurs.* 2001; 101(5): 48-55.
48. Van de Leur JP, Van Der Schans CP, Loeff BG, et al. Discomfort and factual recollection in ICU patients. *Crit Care.* 2004; 8(6): 69-82.
49. 山口亜希子, 江川幸二, 吉永喜久恵. ICU の人工呼吸器装着患者が体験したコミュニケーションの困難さと用いたコミュニケーションの方略. *日クリティカルケア看会誌* 2015; 11(3): 45-55.
50. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002; 30(4): 746-752.
51. Proctor A, Morse JM, Khonsari ES. Sounds of comfort in the trauma center: How nurses talk to patients in pain. *Soc Sci Med.* 1996; 42(12): 1669-1680.
52. 佃雅美, 森下利子. ICU 看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢. *高知女大看会誌* 2016; 42(1): 67-76.
53. 本田可奈子, 三宅千鶴子, 八尾みどり, 他. 三次救急外来において看護師が特に重要と考える看護実践. *人間看研* 2012; 10: 15-24.
54. Godfrey B, Parten C, Buckner EB. Identification of special care needs. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006; 25(6): 275-282.
55. Jenny J, Logan J. Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. *J Nurs Sch.* 1996; 28(4): 349-352.
56. 今野玲子. 術後に集中治療室へ入室した成人患者の認識. *三育学院大紀* 2012; 4(1): 3-17.
57. 野口綾子, 井上智子. Light sedation (浅い鎮静) 中の ICU 人工呼吸器装着患者の体験.

- 日クリティカルケア看会誌 2016; 12(1): 39-48.
58. 高島尚美, 村田洋章, 西開地由美, 他. 12 時間以上人工呼吸器管理を受けた ICU 入室患者のストレス経験. 日集中医誌, 2017; 24: 399-405.
 59. Grap MJ, Blecha T, Munro C. A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002; 18(4): 244-249.
 60. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Romera-Ortega MÁ, Latorre-Marco I, Rodríguez-Huerta MD. The early diagnosis and management of mixed delirium in a patient placed on ECMO and with difficult sedation: A case report. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 44: 110-114.
 61. 恒藤暁. 患者のいのちを見出す医療を目指して『緩和医療における“Total Pain”の考え方』. http://www.com-info.org/ima/ima_20120215_tunetou.html (参照 2018-5-18)
 62. Curley MAQ. Patient-nurse synergy: Optimizing patients' outcomes. *Am J Crit Care.* 1998; 7(1): 64-72.
 63. Taylor shelly E, Helgeson VS, Reed GM, Skokan LA. Self-Generated Feelings of Control and Adjustment to Physical Illness. *J Soc Issues.* 1991; 47(4): 91-109.
 64. Morse JM, Penrod J. Linking Concepts of Enduring, Uncertainty, Suffering, and Hope. *J Nurs Scholarsh.* 1999; 31(2): 145-150.
 65. 山勢博彰. 第 1 章救急・重症患者と家族の心理状況. 救急重症患者と家族のための心のケア. メディカ出版, 大阪, 2011; 8-19.
 66. 寺町優子. 日本におけるクリティカルケア看護の歴史と現在. 日クリティカルケア看会誌, 2005; 1(1): 7-13.
 67. Benner P, Hooper K P, Stannard D. ベナー看護ケアの臨床知行動しつ考えること第 2 版. 医学書院, 東京, 2012; 357-440.

第3章 質的統合 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

I. 研究の背景

クリティカルケア看護の対象となる患者は生命に直接かかわるような健康問題を抱えたいわゆる重症患者である¹⁾。患者は疾患や外傷によって過大な侵襲を受けるだけでなく、治療や療養する周囲の環境によっても様々な苦痛が生じると考える。これまでの研究では呼吸ができない感覚や口渇感、行動の制限、恐怖、不確かさ²⁾、病気・外傷からの痛みや死を意識する³⁾などの苦痛が明らかにされている。このようなクリティカルな状況において、Morse⁴⁾は、comfort は看護実践を説明するための有用で包括的な枠組みであり、看護ケアの有効性は患者の comfort であることを述べている。そして、最近では重症患者に対する従来の深い鎮静は多くの弊害（筋力低下や肺炎など）が明らかになり、浅い鎮静管理をする重要性が強調されるようになった⁵⁾。患者は浅い鎮静状態のなかで自らの状況を受け止め、侵襲的治療を継続しなければならない。そのため、患者中心の人道的ケアと comfort を目指した非薬物的な介入が求められている⁶⁾。

以上のことから、クリティカルケア看護領域の看護実践において comfort の視点を持つことは不可欠であり、患者の comfort をアウトカムとした看護を行うことは重要である。そのなかで、クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析⁷⁾では、アウトカムとなる comfort について、患者が「痛みの緩和」「自立性」「平静」「満足」を知覚する経験と定義している。この概念分析の結果をもとに看護師が行うアセスメントや介入、評価を明示することによって、comfort をアウトカムとした看護実践が明らかになると考える。また、Morse⁴⁾

は機器の管理やモニタリング、観察を通して身体的状態をアセスメントするなかで、看護師自身がケアとして気づいていない comfort ケアを実践していると述べている。そのため、高度実践看護師である急性・重症患者看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Critical Care Nursing、以下 CCNS）であれば、comfort ケアを意図的に行い、実践知を有していると考えた。CCNS の comfort に関する体験を明らかにすることによって、どのような看護実践が患者の comfort につながるのかを見出すことができるのではないかと考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、CCNS が患者の comfort に向けたケアにかかわる体験を明らかにすることである。そのことで、クリティカルケア看護領域において comfort に対する看護師の構え、comfort に向けたケア、そして comfort に向けたケアの評価という体験の様相を明示し、クリティカルケア看護領域における comfort に向けた看護の資料とする。

III. 用語の理論的定義

クリティカルケア看護領域における comfort：クリティカルな状況において、患者が適切な医療者の介入を受けることで、「痛みの緩和」「自立性」「平静」「満足」を知覚する経験とする⁷⁾。

体験：体験とは身を浸し、感じとるままの出来事⁸⁾である。本研究では、CCNS が自分の身をもって感じた、時々状況のなかにおける考え、感情、行動とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

Sandelowski⁹⁾ が論じる質的記述的研究を用いた。CCNS が患者の comfort に向けたケアに

かかわる体験を明らかにすることが目的であり、看護師たちの日常の言葉を要約することで体験を明示することが可能になると考えた。

2. 研究参加者

CCNS を本研究の研究参加者とし、合目的的サンプリング法¹⁰⁾ で選定した。選定基準は日本看護系大学協議会が認定する大学院の修士課程を修了した CCNS のうち、臨床において看護実践を行っているものとし、大学の教員は除外した。研究者が選定基準に合う CCNS に対して、メールで研究協力の依頼を行った。研究協力の承諾を得た研究参加者の希望に合わせてインタビューの日時や場所を調整した。研究参加者から所属施設の管理者の同意を得るよう指示があった場合には、依頼文書と承諾書を施設管理者宛に郵送し、承諾の旨を返送してもらった。

質的研究における適切なサンプルサイズについて、経験の本質を見極めようとする現象学的研究・質的記述的研究には 6 人程度の参加者が望ましいとされている¹¹⁾。加えて、サンプルサイズを決定する際に、広い範囲の目的をもつ研究は狭い範囲の研究よりも多くの参加者を必要とする¹²⁾ と述べられている。本研究では comfort という広い概念に焦点を当てていることから、研究者は研究参加者の人数について 10 人程度が妥当と考えた。

3. 調査期間

2018 年 8 月から 2019 年 3 月

4. データ収集方法および調査内容

1) データ収集方法

データ収集は半構造化インタビューを行った。インタビュー場所は、①研究参加者が勤務

する病院内の面談室、②研究参加者が所属する施設、または居住する近くの飲食店などとし、話しやすい静かな環境を選択した。

2) 調査内容

インタビューは、クリティカルケア看護領域で10年以上の看護実践の経験と、当該領域の教育・研究に身を置いている研究者が行った。まず、研究参加者の属性について、年代、性別、所属部署、当該領域における経験年数、CCNS認定後の経験年数を聞いた(資料1)。次にクリティカルケア看護領域における **comfort** の概念分析⁷⁾の結果をもとにインタビューガイドを作成した(資料2)。その内容は、①クリティカルケア看護における **comfort** のイメージ、②患者の **comfort** な状態や **comfort** ではない状態に関わった体験、③**comfort** に関する観察や介入を行った体験、④**comfort** になった患者の反応を捉えた体験、⑤患者が **comfort** になることでもたらされる成果を感じた体験である。

インタビュー内容は、研究参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。また、言語では表現されないインタビュー中の参加者の表情や口調、録音している以外の場面で語られた内容についても参加者の了解を得てメモし、逐語録に加えた。

5. 分析方法

分析は Sandelowski⁹⁾ が論じる視点を参考に行った。ただし、Sandelowski がコード化の方法については具体的に述べていない。そこで、質的記述的研究の特徴である“日常の言葉でまとめること”を重視するため、Saldaña¹³⁾ が示す、ある一塊のデータが何について言っているか、何を意味しているかを同定する語句や文章でコード化する、テーマ分析を行った。

分析は以下の手順で行った。①インタビューで得られたデータから逐語録を作成し、②研

究参加者が語った内容を繰り返し読む。③質問の答えや研究参加者の語りから、「患者の comfort に向けたケアにかかわる体験」についての文節を取り出し、コードとした。④取り出されたコードを共通点と相違点を考慮してサブカテゴリーを作った。⑤それぞれのサブカテゴリーに含まれる研究参加者の語りを用いて表現したものを「患者の comfort に向けたケアにかかわる体験」として記述し、カテゴリー名を付けた。

さらに、分析の妥当性を高める手段として、Sandelowski¹⁴⁾が述べる以下の2つを行った。

①同じ出来事を観察したほとんどの人が間違いないと認める、出来事の正確な説明である記述的妥当性は、常に生データやコードについて質的研究を専門とする研究者と共有したうえでディスカッションを行い、検討と修正を重ねた。また、クリティカルケア看護を専門とする研究者のスーパービジョンを受け、妥当性を検討した。②研究参加者が間違いないと認める出来事に、その研究参加者が与えた意味の正確な説明である解釈的妥当性については、研究参加者に確認してもらった。

6. 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（2014年）」にもとづいて実施した。研究者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を得た（管理番号：537）。

研究への参加は研究参加者の自由意思であり、いつでも辞退することが可能で、辞退しても不利益が生じないことを保障した。面接時にインタビュー内容を録音し、逐語録作成段階から匿名処理を施すことを保障した。また、データは研究を目的とする場合以外に使用しないこと、データの保管は厳重に行うこと、公表の際に第三者が個人を特定できないように配慮することを確約した。

以上のすべてに対して了解を得たうえで、同意書を交わした。

V. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は11人で女性7人、男性4人であった(表1)。研究参加者11人に半構造化インタビューを各々1回ずつ実施した。1回の面接時間は45～86分(平均72.4分)で総計796分であった。逐語録の分量は1人約14,000文字～約24,000文字となった。インタビューを実施した場所は研究参加者が所属する施設内7人、大学の研究室3人、学会会場1人であった。

表 1 研究参加者の概要

参加者	性別	クリティカルケア看護領域 経験年数	CCNS 経験年数	面接時間 (分)
A	男	8	5	63
B	男	11	1	70
C	女	19	3	45
D	女	22	3	57
E	女	20	8	86
F	女	13	4	81
G	男	14	2	79
H	女	17	5	78
I	女	15	4	70
J	男	15	6	85
K	女	17	8	82
平均		15.5	4.5	72.4

2. CCNS が患者の comfort に向けたケアにかかわる体験

分析の結果、患者の comfort に向けたケアにかかわる体験を示すコードから 24 個のサブカテゴリを抽出し、5 個のカテゴリが見出された (表 2)。

以下に、明らかになった 5 個のカテゴリについて説明する。文中の《 》はカテゴリ名を、〈 〉はカテゴリに内包されるサブカテゴリ名を示す。また「 」に典型的な研究参加者の語り、() 内には語りの補足を示す。研究参加者の語りのなかで、サブカテゴリのもとになった箇所は下線 (点線) を引いて示す。

なお、クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析⁷⁾のなかで、現在の国内における看護学用語としての安楽は comfort と同様の意味を持つことが示されている。したがって、研究説明書に comfort (安楽) と示したうえで口頭による説明を行い、研究参加者と研究者が comfort と安楽は同様の概念であるという認識でインタビューを開始した。研究参加者の語りや、そのなかから見出されたカテゴリ名については、研究参加者の語りを尊重し安楽と表記した。

表 2 CCNS が患者の comfort に向けたケアにかかわる体験

カテゴリー	サブカテゴリー
そもそも苦痛があるなかで、安楽のための関りが十分にできない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 絶対的な侵襲によってそもそも苦痛が存在する ・ プライバシーがなく不快な刺激がある環境で、時には医療者の介入から苦痛を生み出している ・ 直観的に察知して苦痛の原因を探る ・ 心の内の全てを把握することは難しい ・ 患者の安楽のための術がない ・ 何をもって安楽とするか分からない
人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人としてとことん向き合い安楽を意識する ・ 看護師としてだけではなく人生経験も踏まえて患者を見る ・ 患者が楽になると自分も気分が高まり、患者が苦しいと自分も辛さを感じる
患者の過去や将来を踏まえて現在の状態を見る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の背景を踏まえておもんばかる ・ 患者が選択して進むべき道へ伴走するイメージを持っている ・ 何も言わない患者には遠慮やがまんが隠れている ・ 患者の言葉を聴いて自分が感じたことを確かめる
一つひとつのケアから安楽を紡ぐ努力をする	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態に応じて一つひとつケアを積み重ねる ・ 薬剤を使用した時には効果を保証し寄り添うことが大切 ・ 不快な環境要因は極力なくす努力をする ・ ここがどんな所で何をしているのかを話して安心につなげる ・ できることは患者自身でもらうことがいい ・ 安楽ケアを通して家族の存在の大きさを実感する ・ 患者にかかわるすべての人々で課題を共有する ・ 苦痛があるなかでも耐えられる状態を目指す
患者が発する反応の変化から安楽を感知する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表情、態度、行動、日常的な活動から変化を感じ取る ・ バイタルサインの変化や客観的スケールをすり合わせる ・ 生きる意欲や希望が出てくると良かったと思う

1) 《そもそも苦痛があるなかで、安楽のための関りが十分にできない》

CCNS は、生命の危機状態にある患者は、〈絶対的な侵襲によってそもそも苦痛が存在する〉と考えていた。それは、J 氏や K 氏の語りにあるように痛みや呼吸の苦しきなどの身体的なものだけではなく、心理社会的な苦痛も生じると捉えていた。そのうえ、患者が療養する環境は“目が届く”という意味で医療者には都合が良いが、患者にとっては、〈プライバシーがなく不快な刺激がある環境で、時には医療者の介入から苦痛を生み出している〉と捉えていた。そのなかで、I 氏が「患者が手を上げたらなんでなのかなと思う」と語るように、行動などの患者の反応を見て何かおかしいと〈直観的に察知して苦痛の原因を探る〉ことが明らかになった。一方で、C 氏や K 氏は患者の想いを読み取れなかった体験を語っており、患者が抱く無力感や辛さなどの〈心の内の全てを把握することは難しい〉と感じていた。特に症状が劇的に悪化した〈患者の安楽のための術がない〉と、病気や治療によって苦境に直面する患者を前にして為す術がないと感じていた。加えて、〈何をもって安楽とするか分からない〉と、アウトカムとしての **comfort** を評価することに難しさを感じていた。これは F 氏が「安楽が何かはっきりは言えない」と語っていた。クリティカルケア看護領域における **comfort** が明確でないことも理由の一つであった。

(1) 〈絶対的な侵襲によってそもそも苦痛が存在する〉

「絶対的に侵襲があつて、苦痛のなかにいる、そもそも安楽じゃない (中略)、どこがゴールかは最初わからない、とにかく安楽がない。」【F 氏】

「救急は苦痛始まりみたいな、皆さん苦しんでらっしゃるっていうイメージが強い。」【G 氏】

「誰かと過ごしたいというのが遮断されるところは大きい。」【J 氏】

「自分でできたことがいきなりできなくなったりとか、人の手を借りないとダメだったりとか、周囲の人の目にさらされてるとかいうこととかが、普段では想像もしなかったことがいきなり自分の身に降りかかる。」【K氏】

(2) 〈プライバシーがなく不快な刺激がある環境で、時には医療者の介入から苦痛を生み出している〉

「羞恥心とかプライバシーには気を付けてはいるけど、(中略) 見られてるっていう環境にはあるんで(安楽を) 阻害する要因だろう。」【B氏】

「体位変換だって、(中略) 苦痛を与えてる可能性はあると思います。」【J氏】

(3) 〈直観的に察知して苦痛の原因を探る〉

「感覚の部分もけっこう多いですね。あからさまにわかるような状況であれば、(中略) 分かるんですけど、そわそわしてたりとか、家族がいつもと違うんですっていうような情報も踏まえて何が違うのかなっていうようなところは観察してみたりします。」【B氏】

「理由がないことがないんじゃないかって思うんですよね。患者さんが動くというか、(中略) 手を上げたらなんでなのかなとか。」【I氏】

(4) 〈心の内の全てを把握することは難しい〉

「熱傷の患者さんで、痛みを表現しない人がいたんですよ。(中略) 抜管された後に聴いたら、自分の気持ちを分かってくれる人達が傍にいる感じがしなかったから、伝えても仕方がないから、伝えたくなかったって言われた。」【C氏】

「患者さんは子供のもとに帰りたいらしいですね。それが抜管してから分かって、分かってあげられなかったっていうのが、(K氏にとって) すごい苦痛だった。」【K氏】

(5) 〈患者の安楽のための術がない〉

「本当にジレンマを感じるというか、戦うためにはこれしか手段がなかった。(中略) 血内(血液内科)の(骨髄移植後に拒絶反応が起こった)患者さん一人一人やっぱり、印象に残ってますね。症状も劇的だし、心も身体も何もかもどうしてあげたら良いか分からない状況。」【E氏】

「ICUにいるのは苦痛で、そもそも安楽なんてなるの？方略あるの？って感じだった。全部が整わないと、楽ってあるかなあ。あまりにも全部が崩れだした人はそれを見出すことが難しく、こっちも見出せる術をもっていない。」【F氏】

(6) 〈何をもって安楽とするか分からない〉

「ケアがみんなで良かったのかなって話したけど、実際はどうかは難しいです。客観的な評価ってというか、患者さんに聴けなかった。」【D氏】

「本当に安楽(という言葉)をよく使うんですよ、私。スタッフにも。安楽って何て思ってますかって言われたら、はっきりは言えない。」【F氏】

2) 《人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する》

CCNSは、〈人としてとことん向き合い安楽を意識する〉ことが明らかになった。C氏が患者ととことん付き合っただけで苦痛をどうにかしてあげたいという感情を持つことや、E氏が患者と向き合う体験に表れている。またC氏が「とことん付き合う」の意味について「絶えず考える」と語っており、常にcomfortを意識していることがわかった。そして、〈看護師としてだけではなく人生経験も踏まえて患者を看る〉ことが明らかになった。A氏が「大切な人を亡くすなどの経験が看護師にとって大事」と語っていた。そのなかで、CCNSは〈患者が

楽になると自分も気分が高まり、患者が苦しいと自分も辛さを感じる」という患者の状態の変化に自分自身の感情が同調する体験をしていた。

(1) 〈人としてとことん向き合い安楽を意識する〉

「その人が何がしたいのかっていったところを、聞けるまでとことん付き合うって感じじゃないですかね。時間をかけて何時間もやっぱりできないので、絶えずそのこと（コンフォート）を考える。」【C氏】

「なかなか死ねんなあって言うから、なかなか死ねませんねって、死に急ぎますかって聴くと、まあその気持ちもあるけど、ほんとは生きたいんやろなあって、そういう言葉は、発せられるように問いかける。」【E氏】

(2) 〈看護師としてだけではなく人生経験も踏まえて患者を見る〉

「（看護師には）誰か大切な人が困ったりとか、亡くなったりとかっていう経験ていうのは圧倒的に大事なのかなと。」【A氏】

「経験年数が少なかったりしたら、目の前の仕事に一生懸命で、見えないじゃないですか。

（中略）経験を積んでいかないといけない。」【H氏】

(3) 〈患者が楽になると自分も気分が高まり、患者が苦しいと自分も辛さを感じる〉

「患者もこっちも相乗効果というか、良かったなあと思うし、気持ち良かったなあと思ってもらえる。良いものではありますよね、コンフォートケアというのは。」【B氏】

「毎症例、悩みながら考えていて、ただ難しいっていうことをみんなで共有する、血内の患者さんって厳しいので、みんながストレスになる。」【E氏】

3) 《患者の過去や将来を踏まえて現在の状態を見る》

CCNS は、〈患者の背景を踏まえておもんばかる〉ことが明らかになった。現在の患者が comfort かどうかについて、家族から得られる入院前の状況や病状などの過去から現在につながる患者の情報をもとに、思いを巡らせていた。加えて、〈患者が選択して進むべき道へ伴走するイメージを持っている〉ことが明らかになった。これは E 氏が「伴走していく」と語るように、将来に進んでいくために患者の意思を尊重した comfort が大切であると捉えていた。このように CCNS は患者の comfort を捉える際に過去や将来を踏まえたうえで、現在の状態を看ていることが明らかになった。さらに現在の患者については、患者が自分の気持ちを表に出さずに過ごしているなどの理由から〈何も言わない患者には遠慮やがまんが隠れている〉と感じていた。そして、患者の真意を捉えるために〈患者の言葉を聴いて自分が感じたことを確かめる〉ことが明らかになった。

(1) 〈患者の背景を踏まえておもんばかる〉

「なんか変だねって思ったら、自分のご主人さんのことを気にしていたりとか、家族のことを気にしているっていうケースを時々、奥さんが多いんですね。」【A 氏】

「患者さんは今どうあるのか、どう思ってるのか、直接聞けばいいことでしょうけれど、そんな簡単なものではないから、読み取ったりってことを考え始めた。」【F 氏】

「元気な時にどういう生活してましたかとか、(中略) 患者さんの元々あった信念が曲がらないようにするには家族に聞くしかない。」【G 氏】

(2) 〈患者が選択して進むべき道へ伴走するイメージを持っている〉

「自分達が生かすなんて、おこがましいじゃないですか。本来、自分で決めていいものなので、ただそこをサポートしてるだけ。」【C 氏】

「支援するのではなく患者さんが進んでいくなかを伴走していくようなイメージで思っている。」【E氏】

(3) 〈何も言わない患者には遠慮やがまんが隠れている〉

「術後で緊張したまま気をつけしてずっと寝てらっしゃる患者がいて、(中略) 動いちゃいけないと思ってって言って。ずっとそのままで2、3時間平気で過ごしてる。」【A氏】

「患者さんは何も言えないじゃないですか。ここにお世話になってるしって。侵襲が大きいからこそいところなので、もう嫌でも言っちゃいかんと思ってる部分もある。」【K氏】

(4) 〈患者の言葉を聴いて自分が感じたことを確かめる〉

「今日は少し表情が和らいだように私には見えるんだけどもどうですかって、自分の感じた感覚があってるかどうかっていうのは聴く。」【E氏】

「ぼろって出てきたりする言葉とかをすごい大事にしてて、(中略) 言葉にできるものならしてもらった方がお互い理解できる。」【F氏】

4) 《一つひとつのケアから安楽を紡ぐ努力をする》

CCNSは、〈患者の状態に応じて一つひとつケアを積み重ねる〉ことで、comfortを紡ぐことができると考えていた。これはC氏が「全人的に苦痛が取り除かれることが安楽」、H氏が「苦痛と思われてることを一つひとつ丁寧に除去する」と語っていた。痛みに対しては〈薬剤を使用した時には効果を保証し寄り添うことが大切〉と捉えていた。そして、クリティカルな状況における特徴的な音、光など患者自身では解決するのが難しい〈不快な環境要因は極力なくす努力をする〉ことが明らかになった。さらに、患者に現状や今後の見通しをわかってもらふ必要性を感じ、〈ここがどんな所で何をしているのかを話して安心につなげる〉。

食事や吸引の場面において患者が自立性を知覚できるように〈できることは患者自身でもらうことがいい〉と考えていた。また、J氏が語るように家族がいる時には患者が落ち着く様子から〈安楽ケアを通して家族の存在の大きさを実感する〉ことや、C氏のチーム全体の共通理解の必要性についての語りから〈患者にかかわるすべての人々で課題を共有する〉ことが明らかになった。一方、K氏が語るように患者は苦痛が強いことから、comfortによって〈苦痛があるなかでも耐えられる状態を目指す〉ことが明らかになった。

(1) 〈患者の状態に応じて一つひとつケアを積み重ねる〉

「一番は身体的な苦痛がないということが前提です。全人的に苦痛が取り除かれるっていうのが、安楽のような気がします。」【C氏】

「患者さんが苦痛と思われていることを一つひとつ丁寧に除去してあげて、そういった状態にしてあげるっていうのが大事。」【H氏】

(2) 〈薬剤を使用した時には効果を保証し寄り添うことが大切〉

「痛みがあるようだったら、鎮痛剤を投与してもらって、それを軽減していくまで見ていく。」【H氏】

「(薬剤の)後は保証してあげることですよね。絶対痛みとれるよって、とれるまで離さないからとか、とれるまで次の手があることとかを約束する。」【K氏】

(3) 〈不快な環境要因は極力なくす努力をする〉

「環境的な安楽、なかなか患者自身が解決するのは難しいと思うんで、(中略)極力、不快に思わせるものはなくしてあげるっていうのは、これはこっちの仕事なのかなあと思う。」

【B氏】

「ちょっとベッドの向きを窓のほうに変えることぐらいはできるけど、やっぱり呼吸器の場所の問題とか、モニターの場所の問題があって難しい、できる範囲やるようにはしてま
す。」【D氏】

(4) 〈ここがどんな所で何をしているのかを話して安心につなげる〉

「ここはどんな所で、何をしてるんだと。どんなものが身の回りにあるんだとか、看護師は
どんなやつがいるんだっていうのをわかってもらう。」【A氏】

「今この状態なんですけどね、呼吸を助けるために呼吸器着けてるからって、先生も呼んで、
説明もしてもらって、現状と今後の経過を話してあげて安心してもらって。」【H氏】

(5) 〈できることは患者自身でもらうことがいい〉

「自分でできることってあると思いますよ。自分でこうやって食べることができると楽
と思う。」【F氏】

「挿管はされてるけど、吸引は自分でやってもらったりしてるので、身体動かしたりも注意
するところだけはこっちがやって。」【I氏】

(6) 〈安楽ケアを通して家族の存在の大きさを実感する〉

「不安を解消するのに旦那さんがいる時に一緒に何かをする。」【I氏】

「家族の存在がかなり大きいと感じることはあって、家族がいる時には精神的にも落ち着
くとか、身体的な痛みも。」【J氏】

(7) 〈患者にかかわるすべての人々で課題を共有する〉

「いかに看護あるいはメディカルに共通理解を図って、(中略)何を問題として、提起し
たら一番この人の問題解決、あるいは課題というかコンフォートに近い形になるかなって

「というのは、意識して提案する。」【C氏】

(8) 〈苦痛があるなかでも耐えられる状態を目指す〉

「不快さはあるんだけど、それでもこの状況、人間として起きた病気とかで、これはもう仕方がないかなあみたいぐらい。 (中略) そういう状況にもっていく術を早く習得しないとって思います。」【F氏】

「(コンフォートがなかったら) 耐えられなくなるかもしれないですね。 (中略) 気持ち良いだけではなくって、耐えるためには医療者は全面的に応援しているよっていうのを体現できないとだめだと思う。」【K氏】

5) 《患者が発する反応の変化から安楽を感知する》

CCNS は、〈表情、態度、行動、日常的な活動から変化を感じ取る〉ことが明らかになった。日々患者にかかわるなかで客観的に観察した患者の変化に気づき、患者が comfort かどうかを感じ取っていた。具体的には表情の穏やかさや行動の落ち着いた様、睡眠状態などから comfort を感じ取っていた。そして、H氏が「普通にテレビを見てるとか、バイタルサインを見る」と語るように、表情や行動の変化に合わせて生理学的パラメータも観察しており、〈バイタルサインの変化や客観的スケールをすり合わせる〉ことで確認していた。さらに、患者から発せられる“生”を感じる言葉によって、〈生きる意欲や希望が出てくると良かったと思う〉ことが明らかになった。

(1) 〈表情、態度、行動、日常的な活動から変化を感じ取る〉

「表情穏やかに目を閉じておられる状態、これが安楽かな。」【A氏】

「朝すっきり目覚められて、快が高まっていったら、それはもう安楽な部分だったのか

な。」【B氏】

「自分で髭も剃らんって言ってたのに、家族面会前に剃ろうかって言ってみたりとか、ちょっとした日常のこと、身の回りのことを自分でしようとされたりする。」【D氏】

(2) 〈バイタルサインの変化や客観的スケールをすり合わせる〉

「疼痛だったら、スケールで評価をして、点数が下がってきているということはもちろん確認をします。」【E氏】

「普通にテレビを見てるとか、普段のことをしている状態とかそういうことかな。バイタルサインだとか、レートがどうかとか、血圧上がってないか、呼吸見てみたら、呼吸様式大丈夫かなとか。」【H氏】

(3) 〈生きる意欲や希望がでてくると良かったと思う〉

「水を飲ましてくれとか、文句を言いだしたときに、生きる意欲をすごい感じて。」【A氏】

「精神的な部分も感情をうまく出せるようになったりとか、それだけでも良かったかなあと思う時もあるし。言葉として出てきたら、しっかり聴いてあげて良かったなあと思う。」

【B氏】

VI. 考察

はじめに《そもそも苦痛があるなかで、安楽のための関りが十分にできない》、《人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する》という体験から、クリティカルケア看護領域における comfort に対する看護師の構えについて述べる。次に、《患者の過去や将来を踏まえて現在の状態を見る》、《一つひとつのケアから安楽を紡ぐ努力をする》という体験から、comfort に向けたケアについて述べる。そして、最後に《患者が発す

る反応の変化から安楽を感知する》という体験から、comfort に向けたケアの評価について述べる。これらの comfort に向けたケアにかかわる体験の様相について考察する。

1. クリティカルケア看護領域における comfort に対する看護師の構え

《そもそも苦痛があるなかで、安楽のための関りが十分にできない》体験の“そもそも苦痛がある”ということと、《人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する》体験の“人としてとことん向き合い安楽を意識する”ということに CCNS の構えが生じていた。構えとは、ある状況下で特定のやり方で行動する傾向と定義されている¹⁵⁾。CCNS は構えとして常に患者には苦痛があり、その苦痛を極力減らすという意識が備えられているのではないかと考える。そして、その構えは CCNS の対応を方向付けるものである。具体的には、CCNS は〈絶対的な侵襲によってそもそも苦痛が存在する〉と、患者が comfort とは正反対のところにいることを前提とし構えていた。そのことについて G 氏が「救急は苦痛始まり…」と語っており、“そもそも苦痛がある”という構えは、クリティカルケア看護領域における特徴と考える。救急搬送される患者は突発的な外傷、急性疾患、慢性疾患の急性増悪などの様々な状況によって、救急処置が必要な対象¹⁶⁾である。また、集中治療を受ける患者は侵襲的治療や処置が継続される。CCNS はこのような患者に最初の時点からかかわるため、《そもそも苦痛があるなかで、安楽のための関りが十分にできない》と捉えるのではないかと考える。

さらに、CCNS は〈プライバシーがなく不快な刺激がある環境で、時には医療者の介入から苦痛を生み出している〉と、comfort を阻害する外的環境として、看護師を含めた医療者のケアも苦痛をもたらすことがあると捉えていた。このことも“そもそも苦痛がある”“人

としてとことん向き合い安楽を意識する”という構えが生じる要因になっていると考える。そのなかで、〈直観的に察知して苦痛の原因を探る〉ことがわかった。直観はエキスパートナースが探索的に問題状況に近づき、全体的で包括的に理解すること、丸ごとの見取り図を描くことを助ける¹⁷⁾と述べられている。CCNSは大学院における学び、臨床看護実践で蓄積された経験によって構えが獲得されることで、患者のいつもとの違いや変化の前兆に気づくことができ、comfortを阻害する原因を探っていたと考える。

一方で、〈心の内の全てを把握することは難しい〉〈患者の安楽のための術がない〉と、苦痛そのものを明確にすることの難しさやcomfortにするための術を見出せないという体験をしていた。このことはMortensen et al¹⁸⁾の研究においても同様に、コミュニケーションの問題によって、専門看護師であっても患者に対して十分comfortを提供できないことを体験していたと報告している。病気や外傷、治療によって患者の意識が清明ではないこと、意識があっても気管挿管などによってコミュニケーションが容易ではないこと、治療が優先される状況のなかで患者との時間を十分確保できないことなどが要因として考えられる。患者とのコミュニケーションにおいて、声を聴くことには注意深さと関係性の構築が要求される¹⁹⁾ため、患者との治療的パートナーシップの形成が難しさを克服する手立てになる。この関係性構築のためには看護師の構えが必要であり、《人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する》という体験が重要と考える。

Comfortの要素はタッチング、話すこと、聴くこと、あるいはそれらの行動の様々な組み合わせである²⁰⁾ことから、患者と向き合うCCNSの構えは、comfortのために不可欠なものであると考える。近年、重症患者に対して浅い鎮静による管理が推奨される²¹⁾なかで、

痛み、不安、不穏、せん妄、不動を管理・予防し患者中心のケアを促進するための優先事項として、早期に comfort にすること、最大限の人道的なケアをすることがあげられている⁶⁾。

このことから〈人としてとことん向き合い安楽を意識する〉という CCNS の構えは重要と言える。

2. クリティカルケア看護領域における comfort に向けたケア

《患者の過去や将来を踏まえて現在の状態を見る》や《一つひとつのケアから安楽を紡ぐ努力をする》という体験からは、comfort に向けたケアのなかでも、患者の主観を確認することや自立性を重視したケアが表れていた。そのなかで、〈患者の背景を踏まえておもんばかり〉〈患者が選択して進むべき道へ伴走するイメージを持っている〉〈何も言わない患者には遠慮やがまんが隠れている〉〈患者の言葉を聴いて自分が感じたことを確かめる〉という体験からは、患者の背景として過去、クリティカルな状況にある現在、そして将来を捉えようとしており、過去－現在－将来という時制のなかで生じる周辺状況も含めた患者の状態の変化を捉えていることが明らかになった。患者の背景を知るという行為によって、癒やしをもたらす看護師－患者関係を形成し、患者の真の懸念に向き合い、置かれた状況のなかで患者が意味を見出すことができるように力づける²²⁾ と考える。患者が自立性を知覚することとは comfort の要素である⁷⁾。そのため、患者の主観を捉え、患者が自立性を知覚できるように支援することは comfort につながると考える。

ここまで CCNS が患者の comfort に向けたケアにかかわる体験を示した。そのなかで多様な側面を含むケアを縦の糸、時間の経過とともに変化する患者の状態に即したケアを横の糸と例えると、それら 1 本 1 本の糸を組み合わせるように家族やその他の医療者とともに

ケアを積み重ねていた。それは Kolcaba²³⁾が comfort 理論に示す分類的構造のようであった。

患者は一つのケアから様々な comfort の側面を知覚しており、自立性を知覚するだけでも安心や満足を感じることもあると考える。そのため、縦の糸と横の糸で織り成すように、CCNS は一つひとつのケアを組み合わせ、comfort を紡ぐ努力をしていたと考える。

3. クリティカルケア看護領域における comfort に向けたケアの評価

最後に《患者が発する反応の変化から安楽を感知する》という体験からは、comfort に向けたケアの評価が表れていた。CCNS はバイタルサインのような生理学的パラメータの安定や表情の穏やかさ、行動の落ち着き、睡眠状態など、患者が発するサインから変化を感じ取り、comfort に向けたケアを評価していた。ただし、2018年に改訂された成人ICU患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理（Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep : 以下 PADIS）ガイドライン²¹⁾のなかで、血圧や心拍数、呼吸数、酸素飽和度などの生理学的パラメータは痛みの有効な評価指標ではなく、評価をするための手がかりとして使用することを推奨している。そのため、comfort に向けたケアの評価をする場合も生理学的パラメータの変化を手がかりにその他の客観的指標も含めて評価する必要がある。また、その客観的指標のうち睡眠は新たに PADIS ガイドラインにおいて取り上げられている。そのなかで示されている患者が睡眠障害を報告する要因は、大山ら⁷⁾が明らかにした comfort ではない状態と類似している。そのため、睡眠状態を確認することは comfort に向けたケアの評価指標になると考える。しかし、集中治療において睡眠に関する患者の自己評価と看護師の評価には差がある²⁴⁾ことから、comfort は睡眠状態のみで評価するのではなく、身体活動やナーズスコアの増減のような行動の変化など、多面的な評価が必要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

今回、CCNS を研究参加者としたが、本来 comfort は患者の主観であるため、今後はクリティカルな状況にある患者が療養中にどのような体験をしているのか、看護師のケアをどのように受け止めているのかについて、焦点を絞り確認する必要がある。

VIII. 結語

クリティカルケア看護が対象とする患者は生命の危機状態にある重症患者であることから、身体的な治療が優先され、comfort になるためには他者に依存しなければならない状況にある。CCNS が捉えていたように、患者は comfort とは正反対の状態であり、たとえ CCNS であっても患者を comfort にすることは容易ではないことがわかった。そのなかで、患者に関心を持ち、患者の反応を確認したうえで自立性を持てるようにかかわることは重要である。

資料 1

フェイスシート

インタビュー実施年月日	年 月 日
インタビュー場所	
研究参加者 NO	
年代	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属部署（現在だけでなくこれまでも含めて）	<input type="checkbox"/> 救命救急センター病棟 <input type="checkbox"/> 救命救急センター外来 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> その他 （ ）
クリティカルケア看護領域での経験年数	年
急性・重症患者看護専門看護師認定後の経験年数	年

資料 2

インタビューガイド

インタビュー項目	
① 患者の comfort のイメージについて	<ul style="list-style-type: none"> ・あなたはクリティカルケア看護領域における comfort に対し、どのようなイメージをお持ちですか？① ・そのイメージは何によって形成されましたか？①
患者の comfort 〈属性〉 ② comfort な状態 ③ 看護師が知覚する comfort のサイン	<ul style="list-style-type: none"> ・クリティカルケア看護領域における患者の comfort はどのような状況／状態ですか？（身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的）② ・患者のどのような反応（状態）から comfort になったと判断しますか？② ・患者が comfort になったと感じたときに、あなたはどのような感情を抱きましたか？③
患者の comfort 〈帰結〉 ④ comfort になったことによる成果	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が comfort になった後にどのようなことがもたらされると思いますか？どのような効果があると思いますか？④ ・患者が comfort になった後の患者の反応（状態）はどうでしたか？④ ・患者が comfort になった後にどのような観察やケアを行いますか？④
患者の comfort 〈先行要件〉 ⑤ 患者の comfort ではない状態/状況 ⑥ クリティカルな状況における comfort を阻害する要因 ⑦ 医療者の介入観察やケアの内容とケア提供者の能力	<ul style="list-style-type: none"> ・クリティカルケア看護領域における患者の comfort ではない（苦痛や不快）のは、どのような状況/状態ですか？（身体的、精神的、社会的、スピリチュアル的）⑤ ・患者自身の力で comfort になることができますか？それはどのような場合ですか？⑤ ・クリティカルな状況において、患者の comfort を阻害する要因はどんなことが考えられますか？⑥ ・患者の comfort ではない状況/状態では、どのような観察を行いますか？⑦ ・患者の comfort ではない状況/状態に対して、どのようなケアを行いますか？⑦ ・患者に comfort ケアを行う中で、何か印象的なことはありますか？その際にあなたはどのような感情を抱きましたか？⑦ ・観察やケアを行う際、意識していることはありますか？⑦ ・クリティカルな状況にある患者を comfort にするために必要な看護師の能力（特性）にはどのようなことが考えられますか？

	か？⑦
⑧ Comfort の概念分析の内容が適切であるか確認する	・ 文献による概念分析結果の内容を提示し，先行要件，属性，帰結の内容が妥当であるかを問う。⑧

- ・ インタビューは，インタビューイの自由な表現を重要視するために，抽象的な質問から行う。
例) あなたは comfort に対し，どのようなイメージをお持ちですか？
 - ・ インタビューイが具体的なエピソードを語れないようであれば，具体的な状況を提供する。
例) 患者が comfort ではない状況／状態についてのエピソードをお話ください。その際にあなたはどのような感情を抱きましたか？
 - ・ 上記のような，エピソードの際にインタビューイが，どのような感情を抱き，その感情を吐露したり，その感情に対して，どのような行動をとったのかを中心に聞いていく。
 - ・ 抱いた感情や，行動の背景となるもので，考えられることは何か聞いてみる。
- ※参加者が伝えようとしている体験について，捉えた内容を参加者に確認し，体験をより理解するために文脈に合わせた質問を行う。

文献

1. 山勢博彰. 序章 実践的クリティカルケア看護とは. 山勢博彰編, クリティカルケアアドバンス看護実践, 南江堂, 東京, 2013; 2-5.
2. Samuelson KAM. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-Findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27(2): 76-84.
3. Hawley MP. Nurse Comforting strategies perceptions of emergency department patients. *Clin Nurs Res* 2000; 9(4): 441-459.
4. Morse JM. Comfort the refocusing of nursing care. *Clin Nurs Res* 1992; 1(1): 91-106.
5. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013; 41(1): 263-306.
6. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med* 2016; 42(6): 962-971.
7. 大山祐介, 永田明, 山勢博彰. クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析. *日クリティカルケア看会誌* 2019; 15: 19-32.
8. 早坂泰次郎. 現場からの現象学 本質学から現実学へ. 川島書店, 東京, 1999; 98-116.
9. Sandelowski M. One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Res Nurs Health* 1996; 19(6): 525-529.
10. Grove SK, Burns N, Gray JR. バーンズ&グローブ看護研究入門原著, 第7版 評価・統合・エビデンスの生成. エルゼビア・ジャパン, 東京, 2013; 316-344.
11. Morse J M. (1994). Designing funded qualitative research. In N.K. Denzin & Lincoln(Eds.), *Handbook of qualitative research.*, 220-235.
12. Morse JM. Determining sample size. *Qual Health Res* 2000; 10(1): 3-5.
13. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers.* SAGE, British, 2009; 175-183.
14. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23: 334-340.
15. Benner P. ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ. 医学書院, 東京, 2001; 1-10.
16. 山勢博彰. 救急看護. 和田攻, 南裕子, 小峰光博編, 看護大辞典, 第2版. 医学書院, 東京, 2010; 718.
17. Watkins MP. Decision-making phenomena described by expert nurses working in urban community health settings. *J Prof Nurs* 1998; 14(1): 22-33.
18. Mortensen CB, Kjær MBN, Egerod I. Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 52: 35-41.
19. Hamric A B, Hanson C M, & Tracy M F et al. 高度実践看護統合的アプローチ原書, 第5版. へるす出版, 東京, 2014; 146-181.

20. Morse JM. An ethnoscientific analysis of comfort: A preliminary investigation. *Nurs Pap* 1983; 15(1): 6-19.
21. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit. Care Med* 2018; 46: e825-e873.
22. Bulechek M G, Butcher H K, & Dochterman J M. 看護介入分類 (NIC) 原書, 第 5 版. 南江堂, 東京, 2008; 48-76.
23. Kolcaba K. コンフォート理論. 医学書院, 東京, 2003; 1-284.
24. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Aust Crit Care* 2017; 30(2): 59-66.

第4章 量的統合 重症患者の comfort の構成概念妥当性検証

I. 研究の背景

Comfort は看護の主要な目標であり、回復のための戦略でもある¹⁾。最近では、comfort の意味は、身体的、サイコスピリットの、環境的、社会文化的な側面から認識されている²⁾。そして、2012年には、comfort は良好な患者体験の7つの成果の1つにあげられた³⁾。特に重症患者は、内的または外的要因により、痛みを含む様々な苦痛を経験する。そのため、看護師が comfort の視点を持ち患者と対話し、観察することが重要である⁴⁻⁷⁾。

重症患者に対する浅い鎮静が推奨されるようになり⁸⁾、最小限の鎮静のうえで早期の comfort を目指すことは、早期の蘇生、早期の敗血症管理、早期の肺保護換気戦略と同等の臨床的優先事項として提供されるべきである⁹⁾。Comfort は蘇生、敗血症管理、肺保護換気戦略などの治療と同等に重要であるため、患者の回復には comfort が不可欠と言える。

重症患者は、看護師が常に傍にいてコントロールしてくれることを知ることで安心することができる¹⁰⁾。また、重症患者のあらゆるニーズに対応し、最善のサポートと comfort を提供する看護師の存在は、患者が自分自身の人間性を感じ（患者が人としてかかわってもらっていると感じることにつながり）、前に進むのに役立つことが示されている。具体的には、重症患者は、穏やかで心強い声を聞いたり、誰かの手の温もりを感じたりすることで感情的な安らぎを感じていた⁶⁾。

一方、看護師を対象とした研究のなかで、集中治療室での5人の看護師の経験を記述した現象学的研究では、看護師は身体的なケアと comfort が重症患者へのケアを提供する上で最も重要な側面の1つと考えている¹¹⁾。しかし、看護師のなかには、患者に comfort を提供す

るための選択肢がない¹²⁾、または目標となる comfort が明確ではないと感じたときに苦悩を経験したと報告されている¹³⁾。Morse¹⁴⁾によると、看護師は反射的に患者に手を差し伸べるため、自分が患者に comfort を提供していることに気づいていない可能性がある。したがって、重症患者の comfort を量的、質的な調査をもとに明確化することができれば、意図的な comfort ケアが可能になり、苦悩する看護師の助けになると考えられる。これまでクリティカルケア看護領域における comfort の概念分析¹⁵⁾において、comfort の属性は「痛みの緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」が明らかになった。また、看護師は重症患者の comfort について、患者の言葉だけでなく、表情、態度、行動、活動、そして、バイタルサインから捉えていた¹³⁾。この2つの先行研究の結果を統合し、意味内容が重複する項目を整理し、クリティカルケア看護の comfort 項目として6つのカテゴリー37項目を特定した。Comfort は患者の主観的なものであるが、クリティカルな状況の患者は、自分自身のニーズに気づくことができないことがある。また、患者が自分自身のニーズを認識しても、自分の意思を伝えることができない場合がある。そのため、常に患者のベッドサイドにいる看護師の認識にもとづいて患者の comfort を確認することが重要と考える。特に患者が浅い鎮静状態にある場合、看護師は患者とコミュニケーションをとり、関係を築き、個別のケアを提供する必要があり、そのためには専門知識と忍耐力が必要である¹⁶⁾。

そこで、本研究では、クリティカルケア看護の専門知識や経験が豊富な看護師の認識を調査することで、先行研究の結果から得られた comfort37項目の構成概念妥当性を検証することを目的とした。

II. 目的

本研究の目的は、クリティカルケア看護の専門知識と経験が豊富な看護師を対象に調査することで、クリティカルケア看護における comfort の構成概念妥当性を検討することである。

III. 方法

1. 研究デザイン

構成概念妥当性研究を実施した。

2. 研究対象者

研究対象者は、国内の急性重症患者看護専門看護師（Certified nurse specialists in critical care nursing : CCNS）、集中ケア認定看護師（Certified nurses in intensive care : ICN）、救急看護認定看護師（Certified nurses in emergency nursing : ECN）であった。CCNS は、日本看護系大学協議会が認定する看護学または保健学の修士課程を修了した者を対象とした専門職資格である。ICN と ECN は、認定教育機関での研修を修了した後、日本看護協会が認定する専門職資格である。2020 年 3 月現在、日本看護協会に登録されている CCNS は 271 人、ICN は 1,197 人、ECN は 1,316 人であった。このうち、各専門団体のメーリングリストに登録されている看護師は 1,473 人（CNNSC195 人、CNIC501 人、CNEN777 人）であった。メーリングリストに登録された 1,473 人を研究対象とした。

3. 概念枠組み

本研究の概念枠組みは、クリティカルケア看護における comfort の概念分析¹⁶⁾ と CCNS に関する質的記述的研究¹³⁾ から派生して作成された。概念分析では、クリティカルケア看

護における **comfort** の構造と機能を検討するために、Walker と Avant¹⁷⁾ のアプローチを用いた概念分析を行った。その際、日本語と英語の辞書や文献を利用した。概念分析の結果、クリティカルケア看護における **comfort** とは、クリティカルな状況において、適切な医療者の介入によって、患者が「痛みの緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」を知覚する経験と定義した。質的記述的研究では、重症患者の **comfort** に向けたケアにかかわる CCNS の体験を明らかにした。CCNS は、患者の身体的状態、侵襲的治療、療養環境に応じて、様々な苦痛を抱えていると認識していた。CCNS は、重症患者は痛み以外にも様々な苦痛を抱えており、それらを和らげることが **comfort** につながると認識していた。そのため、「痛みの緩和」は「症状の緩和」に修正された。さらに、CCNS は患者と一人の人間として接しながら、患者の訴えを聴くだけでなく、表情や態度、行動、活動、バイタルサインの変化を観察することで、患者の **comfort** を感じ取っていることがわかった。そこで、「生理的反応の安定」と「落ち着いた行動・睡眠」を加えた。概念分析と質的記述研究の結果に基づいて、**comfort** は6つのカテゴリーに分類された。「症状の緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」、「生理的反応の安定」、「落ち着いた行動・睡眠」である。図1は、重症患者は病気や外傷、治療によって様々な苦痛を経験するが、医療者の介入によって **comfort** になることを示している。**Comfort** のうち「症状の緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」の4つは主観的なものであり、患者が感じていることを表現することで私たちは捉えることができる。そこで、これらの4つのカテゴリーは「患者の主観により評価する **comfort**」とした。また、前述したように、質的記述的研究によって重症患者の **comfort** は2つのカテゴリーが追加された。「生理的反応の安定」と「落ち着いた行動・睡眠」である。看護師は患者が感じていることを聴くだけでなく、医療機器

を通してモニターされた生理学的パラメータや患者の行動、活動からも **comfort** を捉えていた。そこで、この2つを「看護師の観察により評価する **comfort**」とした。この研究では、身体的侵襲や環境に起因する患者の苦痛を看護師の介入によって改善し、その結果もたらされた **comfort** は、「患者の主観により評価する **comfort**」と「看護師の観察により評価する **comfort**」という両方から判断しているという仮説を立てた。

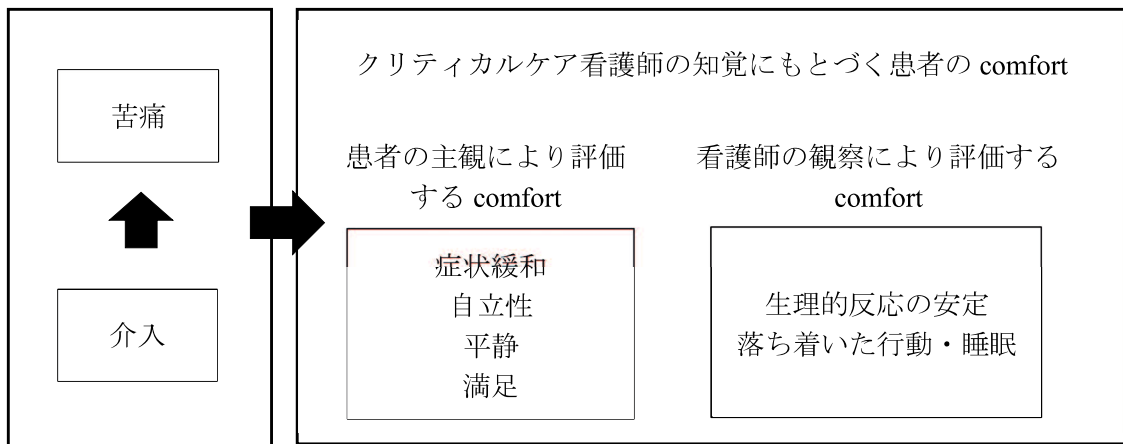


図1 クリティカルケアの看護師が知覚する重症患者の comfort の概念枠組み

4. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言¹⁸⁾の規定に従って実施された。データ収集の際に対象者には倫理的配慮を記載した説明文書を送付した。本研究は、無記名の質問紙調査である。そのため、提出後に回答を撤回することはできないことを説明書に記載した。対象者には最初の質問項目で研究に参加するかどうかを尋ねた。データへのアクセスは、情報漏洩を防ぐため、筆頭著者のみが行った。この研究プロトコルは、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻の倫理審査委員会によって承認された（参照番号：607）。

5. データ収集

データは、2020年2月から3月の期間でオンライン質問紙調査により収集した。対象者が所属する専門団体のメーリングリストを通じて調査を依頼した。具体的には、各専門機関の事務局を通じてオンライン質問紙調査への同意を得た。対象者には、各専門機関の事務局を通じて、研究説明書と調査サイトへのリンクを送付した。対象者には調査サイトにアクセスしてもらい、質問項目に回答してもらった。データ収集期間終了時に全データをダウンロードした。その後、すべてのオンラインデータを削除した。

6. 調査項目

対象者の属性は、年齢、性別、所属部署、専門資格、専門資格認定後の経験年数、クリティカルケア看護の経験年数であった。

看護師の認識にもとづきクリティカルケア看護における comfort 項目（Comfort Items in Critical Care : CICC）を評価した。CICCについては、上記の概念的枠組みに沿って開発し、37項目を特定した（資料1）。CICCについては、研究者の間で表面的妥当性を検討した。そ

の後、CICC はクリティカルケア看護の専門家により内容妥当性が評価され、34 項目となった。その詳細について以下に記述する。

当初、CICC は、クリティカルケア看護における comfort の属性に含まれる要素から 20 項目を特定した。続いて、質的記述研究において看護師が捉える患者の comfort に関する記述から 17 項目を特定した。したがって、CICC は合計 37 項目となり、6 つのカテゴリーで構成された。「症状の緩和」というカテゴリーは「痛みがなくなる」、「痛みが和らぐ」、「身体症状が和らぐ」、「耐えられると感じる」の 4 項目から構成された。「自立性」は、「コントロール感がある」、「痛みを訴えることができる」、「自分の置かれた状況が分かる」、「自分の身体状況が分かる」、「抜管により話せる」の 5 項目で構成された。「平静」は、「気分が落ち着く」、「不安が和らぐ」、「保護的環境によって安心する」、「大丈夫と感じる」、「神経質ではなくなる」の 5 項目で構成された。「満足」は、「リフレッシュする」、「リラックスする」、「爽快感がある」、「心地よさを感じる」、「生き返ったと感じる」、「素晴らしいと感じる」の 6 項目で構成された。また、「生理的反応の安定」は、「血圧が安定する」、「脈拍数が安定する」、「呼吸数が安定する」、「呼吸パターンが安定する」、「酸素飽和度が安定する」、「発汗がない」の 6 項目で構成された。「落ち着いた行動・睡眠」は「心情を表出する」、「感謝の言葉がある」、「笑顔がある」、「表情が穏やかになる」、「行動が落ち着く」、「声の調子が穏やかである」、「ナースコールが減少する」、「手足に力が入っていない」、「協力的である」、「睡眠パターンが安定する」、「寝ている」11 項目で構成された。

これらの CICC については、内容妥当性指標 (content validity index : CVI) を確認した¹⁹⁾。

内容妥当性は、クリティカルケア看護の研究・教育の専門家 7 人が、構成要素、文言、その

他の表現上の問題点（理解度、明瞭度など）について評価した。CVIは、尺度の各項目と尺度全体について評価することができる。項目レベルの内容妥当性指標（item-level content validity index : I-CVI）は、各項目について comfort と関連性があると評価した専門家の割合である。専門家の人数が7人の場合、I-CVIは.86以上を基準とした。CICC37項目のI-CVIを計算した結果、「ナースコールが減少する（I-CVI=.57）」、「手足に力が入っていない（I-CVI=.57）」、「協力的である（I-CVI=.71）」の3項目が基準を満たさなかったため削除された。そのため、I-CVIは.86～1.00となった。尺度レベルCVI（scale-level content validity index : S-CVI）は、普遍的一致度（universal agreement method CVI : S-CVI/UA）と項目間の平均値（averaging method CVI across items : S-CVI/Ave）を評価した。S-CVIの許容範囲の下限は.8を基準とした。S-CVI/UAは、全項目のうち comfort と関連性があると評価された項目の割合であり、CICC37項目中34項目は関連性があると評価された。このため、S-CVI/UAは.92となった。S-CVI/Aveは、全項目のI-CVIの平均で.94であった。内容妥当性検証の結果、CICCは全部で34項目となった。

クリティカルケアの看護師にはCICCの各項目について、重症患者の comfort の指標としての適切性を評価してもらった。4段階のリッカート尺度を用いて、4点は「とても適切である」、3点は「やや適切である」、2点は「あまり適切ではない」、1点は「まったく適切ではない」ことを意味した。

7. 分析方法

データは、IBM SPSS Statistics for Windows Version 25.0 と AMOS graphics Version 25.0 を用いて分析した。はじめにCICCの各項目について記述統計量を算出した。項目-全相関（Item-

Total 相関：IT 相関) は、スピアマンの順位相関係数²⁰⁾を用いて推定した。 $\rho < .3$ の項目は削除した²¹⁾。次に各項目の得点を観測変数とし、各カテゴリーを潜在変数とした因子分析モデルから標準化パス係数を推定した。相関係数と標準化パス係数に基づいて削除すべき項目を検討した。CICCの全項目と各カテゴリーの信頼性を評価するために、Cronbach α を算出した。 $p < .05$ を有意とした。

次に「患者の主観により評価する comfort」と「看護師の観察により評価する comfort」という2つの潜在変数の因子分析モデルを検定するため、構造方程式モデリングを用いて、確認的因子分析(confirmatory factor analysis : CFA)を行った。CFAでは、各カテゴリー「症状の緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」、「生理的反応の安定」、「落ち着いた行動・睡眠」に属する項目の平均値を観測変数、「患者の主観により評価する comfort」と「看護師の観察により評価する comfort」を潜在変数とした。カイ二乗適合度(chi-square goodness-of-fit : CMIN/DF) < 3 、適合度指数(goodness-of-fit index : GFI) $> .90$ 、調整済み GFI (adjusted GFI : AGFI) $> .90$ 、近似平方根平均誤差(root-mean-square error of approximation : RMSEA) $< .08$ 、比較適合度指数(comparative fit index : CFI) $> .90$ の範囲²²⁾で評価した。

IV. 結果

1. 研究対象者の属性

オンライン質問紙調査は合計 120 人(回答率 8.1%)の対象者から回答があった。回答率向上のため、各専門団体を通じてフォローアップメールを 1 回行った。CFAでは、少なくとも 100 人、可能であれば 200 人以上の対象者を含めることが推奨されている^{23, 24)}。本研

究では、データ分析に十分なサンプルサイズであった。対象者の一般的な特徴を表 1 に示した。対象者の半数以上が 40 代 (n=64、53.4%) で、3 分の 2 以上が女性 (n=82、68.3%) であった。所属部署は、ICU (n=41、34.1%)、救急外来 (n=23、19.2%) が最も多かった。専門資格は、ECN (n=52、43.4%)、ICN (n=44、36.7%)、CCNS (n=22、18.3%) であった。対象者の多くは、クリティカルケア看護における 6 年以上の看護経験 (n=116、96.7%) を有していた。

表1 対象者の属性 (N = 120)

属性	N	(%)
年齢		
20代	1	(0.8)
30代	33	(27.5)
40代	64	(53.4)
50代	22	(18.3)
性別		
女性	82	(68.3)
男性	38	(31.7)
所属		
救急外来	23	(19.2)
集中治療室	41	(34.1)
救急病棟	11	(9.2)
ハイケアユニット	12	(10.0)
一般病棟	20	(16.7)
その他	13	(10.8)
専門資格		
CCNS	22	(18.3)
ICN	44	(36.7)
ECN	52	(43.4)
CCNS & ICN	1	(0.8)
CCNS & ECN	1	(0.8)
専門資格取得後の経験 (年数)		
0~5	47	(39.2)
6~10	54	(45.0)
11以上	19	(15.8)
クリティカルケア看護経験 (年数)		
0~5	4	(3.3)
6~10	27	(22.5)
11~15	44	(36.7)
16~20	30	(25.0)
21以上	15	(12.5)

CCNS : Certified Nurse Specialists in Critical Care Nursing (急性重症患者看護専門看護師)

ICN : Certified Nurses in Intensive Care (集中ケア認定看護師)

ECN : Certified Nurses in Emergency Nursing (救急看護認定看護師)

2. CICC スコア、IT 相関、因子分析モデルの検定

CICC の平均値は 3.10～3.93 であった。IT 相関係数は $\rho=.300\sim.636$ で、 $\rho=.30$ 未満の項目はなかった。「耐えられると感じる」の標準化パス係数 ($\beta=.15$ 、 $p=.103$) は推定値が低く、有意ではなかったため削除した。この項目を削除後の標準化パス係数は $\beta=.33\sim.94$ ($p<.001$) であった (表 2)。したがって、以降の分析は 33 項目で行った。

3. 各カテゴリーの平均値と信頼性

各カテゴリーの平均値は 3.59～3.79 であった。CICC 全体 (33 項目) の Cronbach α 係数は .923 であり、各カテゴリーの α 係数は .684～.895 であった (表 3)。

表2 CICC 得点、IT 相関、因子分析モデルの検定

カテゴリーおよび項目	CICC 得点		相関係数 ρ	標準化パス係数	
	M	SD		β	
				34 項目	33 項目
症状の緩和					
痛みがない	3.73	.55	.403	.49	.47
痛みが和らぐ	3.92	.28	.396	.80	.89
身体症状が和らぐ	3.93	.26	.415	1.03	.94
耐えられると感じる	3.36	.75	.372	.15	—
自立性					
コントロール感がある	3.61	.61	.300		.34
痛みを訴えることができる	3.93	.26	.442		.65
自分の置かれた状況が分かる	3.83	.40	.501		.82
自分の身体の状況が分かる	3.82	.39	.557		.81
抜管により話せる	3.78	.45	.353		.55
平静					
気分が落ち着く	3.88	.36	.532		.88
不安が和らぐ	3.88	.35	.557		.94
保護的環境によって安心する	3.74	.51	.596		.72
大丈夫と感じる	3.81	.40	.527		.62
神経質ではなくなる	3.45	.67	.461		.36
満足					
リフレッシュする	3.60	.60	.578		.82
リラックスする	3.83	.44	.515		.78
爽快感がある	3.66	.56	.636		.86
心地良さを感じる	3.80	.46	.550		.78
生き返ったと感じる	3.63	.62	.623		.63
素晴らしいと感じる	3.47	.72	.624		.60

生理的反応の安定

血圧が安定する	3.51	.59	.753	.87
脈拍数が安定する	3.66	.54	.756	.88
呼吸数が安定する	3.78	.46	.668	.73
呼吸パターンが安定する	3.76	.45	.664	.74
酸素飽和度が安定する	3.45	.67	.747	.79
発汗がない	3.37	.65	.604	.60

落ち着いた行動・睡眠

心情を表出する	3.67	.56	.434	.60
感謝の言葉がある	3.10	.78	.605	.61
笑顔がある	3.68	.55	.581	.74
表情が穏やかである	3.87	.41	.461	.85
行動が落ち着く	3.81	.47	.505	.85
声の調子が穏やかである	3.78	.41	.577	.64
睡眠パターンが安定する	3.87	.37	.407	.64
寝ている	3.38	.72	.522	.57

M : 平均値 SD : 標準偏差 ρ : Spearman の順位相関係数 β : 標準化パス係数

網掛けは因子分析モデルの検定で削除された項目

表3 各カテゴリーの平均値と信頼性

カテゴリー	<i>M</i>	<i>SD</i>	最小値-最大値	α	項目数
症状の緩和	3.73	.34	2.5-4.0	.684	3
自立性	3.79	.30	2.8-4.0	.702	5
平静	3.75	.35	2.4-4.0	.801	5
満足	3.67	.45	1.7-4.0	.876	6
生理的反応の安定	3.59	.46	2.0-4.0	.895	6
落ち着いた行動・睡眠	3.64	.38	1.5-4.0	.843	8
全項目				.923	33

M : 平均値 *SD* : 標準偏差 α : Cronbach α 係数

4. 確認的因子分析

本研究では概念的枠組みに基づき、クリティカルケア看護師が捉える患者の comfort は、「患者の主観により評価する comfort」と「看護師の観察により評価する comfort」を潜在変数とした2因子構造で、相互に関連しているという仮説を立てた。適合度指標は、 $\chi^2 = 24.478$ ($df = 8, p = .002$)、 $CMIN/DF = 3.060$ 、 $GFI = .937$ 、 $AGFI = .836$ 、 $RMSEA = .132$ (90%CI=.074, .193)、 $CFI = .941$ で、基準値を満たさなかった。そこで、修正指数に基づいて、「症状の緩和」と「自立性」の誤差変数との間に共分散を追加した。図2に修正した2因子の構造方程式モデルと標準化パス係数を示した。修正後の適合度指標は、 $\chi^2 = 11.578$ ($df = 7, p = .115$)、 $CMIN/DF = 1.654$ 、 $GFI = .971$ 、 $AGFI = .914$ 、 $RMSEA = .074$ (90%CI=.00, .147)、 $CFI = .984$ で、基準値を満たした。潜在変数の「患者の主観により評価する comfort」と「看護師の観察により評価する comfort」の間のパス係数は.61であった。

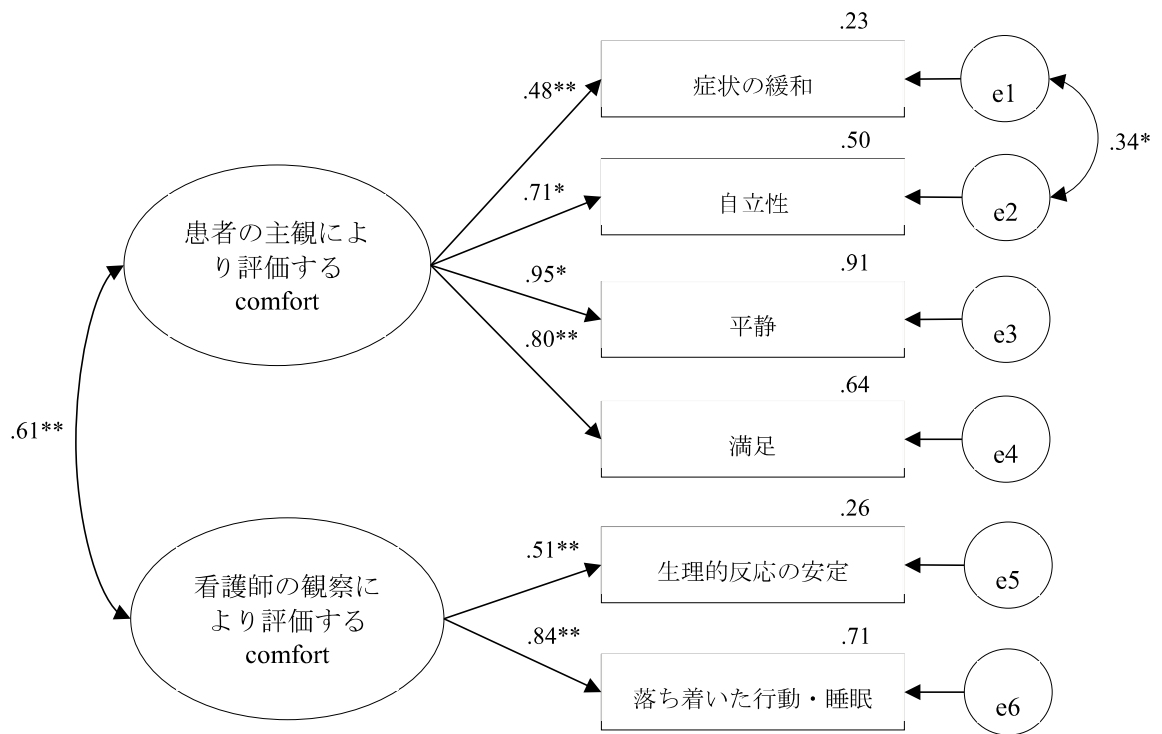


図2 CICC の確認的因子分析

* $P < .01$, ** $P < .001$.

V. 考察

クリティカルケア看護の **comfort** の構成概念妥当性を検証するために、CICC に関する質問紙調査を実施した。その結果、CICC の各項目の平均値は 3.10~3.93 であり、ほとんどの看護師が適切であると回答した。CICC の IT 相関係数は満足のいくものであった。しかし、標準化パス係数に基づいて「耐えられると感じる」は除外された。Morse と Carter²⁵⁾によれば、看護師のケアは患者が **comfort** を知覚することを助け、患者のもちこたえる力を高め、苦痛を軽減することから、患者が「耐えられると感じる」ことは **comfort** の視点になると考えていた。しかし、最近の研究において、重症患者のなかには病気の一部として痛みを経験しながらも、それを我慢している可能性があると示唆されており²⁶⁾、協調性があり、わがままを言わないことを美德と考える日本人は、特にその傾向が強い可能性がある。そのため、患者は苦痛を感じている場合であっても何も言わないことがある¹³⁾。これは看護師の認識にも影響を与えていると考えられる。

CICC33 項目の Cronbach α 係数は.90 を超えており、満足のいく内的整合性であった。しかし、「症状の緩和」の Cronbach α 係数は.684 とやや低かった。この点については時間をかけて調査を実施し、再テスト信頼性を用いて検討する必要がある。

CFA の結果、「患者の主観により評価する **comfort**」と「看護師の観察により評価する **comfort**」の 2 つの因子を潜在変数とした修正モデルの適合度は、統計的基準を満たしていた。また、「患者の主観により評価する **comfort**」と「看護師の観察により評価する **comfort**」の間のパス係数は.61 と中程度の相関を示した。これらの結果は仮説を支持し、クリティカルケア看護における **comfort** の構成概念妥当性を確認するものであった。このことから、

CICC は重症患者が **comfort** であるかを評価する視点として活用できると考える。重症患者はコミュニケーションを維持することが難しく^{12, 15)}、感じていることを表現できない可能性がある。そのため、看護師はバイタルサインや表情、行動、活動を含めて **comfort** を捉えていると考える。さらに、重症患者は痛みの緩和が良好であっても様々な身体的・心理的苦痛を経験するため²⁶⁾、CICC の各項目を一つひとつ注意深く観察する必要がある。

1. 患者の主観により評価する **comfort**

本研究で述べる「患者の主観により評価する **comfort**」とは、患者が感じたことを表現することで、看護師が捉えることができるものである。「患者の主観により評価する **comfort**」は、「平静」、「満足」、「自立性」、「症状の緩和」の順に標準化パス係数が高かった。特に、「患者の主観により評価する **comfort**」は、「平静」と「満足」に対して大きく影響していた。つまり、「患者の主観により評価する **comfort**」は、「平静」や「満足」の内容をより反映していると解釈できる。看護師は **comfort** という概念の特徴から、精神的、あるいはスピリチュアル的な反応を重視しているのではないかと考える。Carpenito²⁷⁾ が提唱する看護診断「Altered comfort (安楽の変調)」では、疼痛、悪心／嘔吐、搔痒感が **comfort** を阻害する要因として示されていた²⁾。以前の日本においてもその影響があったため²⁸⁾、**comfort** は疼痛を含む身体的な側面から捉えられる傾向があった。しかし、現在では、**comfort** は身体的なものだけではなく、心理的、情緒的、霊的な要素も含まれていることが強調されており²⁾、そのことが結果に表れたと考える。加えて、クリティカルケア看護の看護師は、不穏やせん妄がある患者に日常的に関わっている。その中で、看護師が落ち着きのない患者や不穏患者を落ち着かせ安心させることはいつも可能ではない²⁹⁾ ことが、「平静」や「満足」を重視す

ることに影響したのではないかと考える。

次に「患者の主観により評価する comfort」は「自立性」に対する影響が大きかった。重症患者は、身体的状態や治療環境によって行動や活動が制限され、自分自身のことができない状態である^{11, 30)}。そして、患者は依存的でありながらも、人として認められること、ケアに参加している感覚を持つことを望んでおり、そうでない場合には comfort が低下する^{10, 31)}。そのため、看護師は「自立性」を comfort の要素として捉えていたと考えられる。しかし、本研究の結果は、看護師が捉えた患者の comfort に関するものである。Comfort はそれぞれの患者の主観であるため、これらの comfort の要素を看護師が捉えるためには、患者の声に耳を傾ける必要がある。これにより、看護師が感じたことが適切であったかどうかを確認することができる。このことは患者の治療やケアへの参加意識をもたらすことにもなる¹⁰⁾。

2. 看護師の観察により評価する comfort

本研究で述べている「看護師の観察により評価する comfort」は、医療機器を通してモニターされた生理学的なパラメータや、患者の行動や活動から感じられるものである。「看護師の観察により評価する comfort」は、「生理的反応の安定」よりも「落ち着いた行動・睡眠」の標準化パス係数が高かった。「看護師の観察により評価する comfort」は「落ち着いた行動・睡眠」に対する影響が大きかった。つまり、「看護師の観察により評価する comfort」は「落ち着いた行動・睡眠」の内容をより反映しており、看護師が生理的パラメータよりも患者の表情や動作、活動に注目して comfort を捉えていると解釈することができる。先行研究では、看護師が重症患者に対して患者と機器の両方に注意を向ける必要性が述べられている^{27, 32)}。

さらに、血圧や心拍数、呼吸数、酸素飽和度などの生理学的パラメータは、痛みの有効な評価指標ではなく、評価をするための手がかりとして使用することが推奨されている³³⁾。そのため、患者の生理的な反応だけではなく、患者の落ち着いた様子から **comfort** を捉える看護師の視点は重要である。

3. 研究の限界

本研究のいくつかの限界を指摘する。対象者が日本の一部の看護師であったため、世界の他の地域への一般化が制限される可能性がある。したがって、異文化間の研究が必要である。さらに、本研究は看護師が患者の **comfort** を捉えた結果である。今後の研究では、患者がどのように **comfort** を知覚しているか、クリティカルな状況の患者の反応や感情に焦点をあてる必要がある。加えて、33 項目の CICC は、クリティカルケア看護における患者の **comfort** を評価しているが、アウトカム指標を明らかにすることができなかった。そのため、クリティカルな状況で苦痛を経験する患者が、医療者の介入によってどのように **comfort** を知覚しているか明らかにする必要がある。今後の研究では、看護師が捉える **comfort** と患者が知覚する **comfort** の相違が明らかになると考える。また、これまでの研究をもとに、スケールなどのアウトカム指標を検討する必要がある。

VI. 結語

本研究では、クリティカルケア看護の看護師が 33 項目の CICC を適切と捉えていることを明らかにした。本研究の新規性は、CICC を開発し、看護師の認識にもとづいて妥当性を評価したことである。そのなかで、「平静」、「満足」、「落ち着いた行動・睡眠」を重視して

いた。これらの CICC に含まれる視点は、看護師が重症患者とのかかわる際の目標になり得ると考える。さらに、これらの視点は、患者を観察するときやケアを提供する際に、患者を評価する上で有用であると考えられる。したがって、33 項目の CICC は重症患者の comfort を総合的に分析するために使用することができる。また、33 項目 CICC は、看護師が重症患者に患者中心のケアを提供するのに役立つかもしれない。

資料 1

調査票

研究参加の同意について

1	本アンケートへの回答に同意していただける場合には、「同意する」を選択して、次のページに進みください。	<input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない（調査は終了します）
---	--	---

属性について（6項目）

以下の質問にお答えください

1	年齢を選択してください	<input type="radio"/> 20 歳代 <input type="radio"/> 30 歳代 <input type="radio"/> 40 歳代 <input type="radio"/> 50 歳代 <input type="radio"/> 60 歳以上
2	性別を選択してください	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
3	現在の所属を選択してください	<input type="radio"/> 初療室 <input type="radio"/> 集中治療室 <input type="radio"/> 救急病棟 <input type="radio"/> ハイケアユニット <input type="radio"/> 一般病棟 <input type="radio"/> 教育機関 <input type="radio"/> その他（ ）
4	取得資格を選択してください	<input type="radio"/> 救急看護認定看護師 <input type="radio"/> 集中ケア認定看護師 <input type="radio"/> 急性・重症患者看護専門看護師 （複数回答可）
5	資格取得後の年数を入力してください	<input type="radio"/> 0～5 年 <input type="radio"/> 6～10 年 <input type="radio"/> 11 年以上
6	クリティカルケア看護経験年数を入力してください	<input type="radio"/> 0～5 年 <input type="radio"/> 6～10 年 <input type="radio"/> 11～15 年 <input type="radio"/> 16～20 年 <input type="radio"/> 21 年以上

患者のコンフォート（安楽）について（20項目）

クリティカルな状況にある患者のコンフォート（安楽）として適切であるか、4段階で回答してください。

1 まったく適切ではない 2 あまり適切ではない 3 やや適切である 4 とても適切である

1	痛みがなくなる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
2	痛みが和らぐ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
3	身体症状が和らぐ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
4	耐えられると感じる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
5	コントロール感がある	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
6	痛みを訴えることができる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
7	自分の置かれた状況が分かる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
8	自分の体の状況が分かる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
9	抜管により話せるようになる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
10	気分が落ち着く	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
11	不安が和らぐ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
12	保護的環境によって安心する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
13	大丈夫と感じる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
14	神経質ではなくなる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
15	リフレッシュする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
16	リラックスする	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
17	爽快感がある	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
18	心地よさを感じる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
19	生き返ったと感じる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
20	素晴らしいと感じる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

コンフォート（安楽）の客観的指標について（14項目）

クリティカルな状況にある患者のコンフォート（安楽）の客観的指標として適切であるか、4段階で回答してください。

1 まったく適切ではない 2 あまり適切ではない 3 やや適切である 4 とても適切である

1	血圧が安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
2	脈拍数が安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
3	呼吸数が安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
4	呼吸パターンが安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
5	酸素飽和度が安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
6	発汗がない	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
7	心情を表出する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
8	感謝の言葉がある	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
9	笑顔がある	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
10	表情が穏やかになる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
11	行動が落ち着く	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
12	声の調子が穏やかになる	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
13	睡眠パターンが安定する	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
14	寝ている	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

文献

1. McIlveen KH, Morse J. The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clin Nurs Res* 1995; 4: 127-148.
2. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. 1st ed. Springer Publishing Company, New York, 2003; 1-18.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services clinical guidance. 2012. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/evidence/full-guideline-pdf-185142637> (参照 2020-10-20)
4. Hawley MP. Nurse comforting strategies perceptions of emergency department patients. *Clin Nurs Res* 2000; 9: 441-459.
5. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care* 2017; 22: 81-88.
6. Samuelson KAM. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients - findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27: 76-84.
7. Takashima N, Yosihno Y, Sakaki K. Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr. *Japan J Nurs Sci* 2019; 16: 468-480.
8. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013; 41: 263-306.
9. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med* 2016; 42: 962-971.
10. Lindberg C, Sivberg B, Willman A, et al. A trajectory towards partnership in care - patient experiences of autonomy in intensive care: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2015; 31: 294-302.
11. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: a phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27: 273-280.
12. Mortensen CB, Kjær MBN, Egerod I. Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: a qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 52: 35-41.
13. 大山祐介, 永田明, 山勢博彰, 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. *日クリティカルケア看会誌* 2020; 16: 54-64.
14. Morse JM. Comfort the refocusing of nursing care. *Clin Nurs Res* 1992; 1: 91-106.
15. 大山祐介, 永田明, 山勢博彰, クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析.

- 日クリティカルケア看会誌 2019; 15: 19-32.
16. Tingsvik C, Bexell E, Andersson AC, et al. Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Aust Crit Care* 2013; 26: 124-129.
 17. Walker LO, Avant KC. 概念分析. 看護における理論構築の方法. 医学書院, 東京, 2008; 89-122.
 18. World Medical Association. Declaration of Helsinki 2000. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2000/> (参照 2020-10-20)
 19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
 20. Spearman C. The Proof and Measurement of Association between Two Things. *Am J Psychol* 1987; 100: 441-471.
 21. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? *Res Nurs Health* 2007; 30: 459-467.
 22. Schmitt TA. Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *J Psychoeduc Assess* 2011; 29: 304-321.
 23. Boomsma A. Nonconvergence, improper solutions, and starting values in LISREL maximum likelihood estimation. *Psychometrika* 1985; 50: 229-242.
 24. Tanaka JS. "How big is big enough?": Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. *Child Dev* 1987; 58: 134-146.
 25. Morse JM, Carter BJ. Strategies of enduring and the suffering of loss: modes of comfort used by a resilient survivor. *Holist Nurs Pract* 1995; 9: 38-52.
 26. Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *J Clin Nurs* 2018; 27: e223-e234.
 27. Carpenito L. *Handbook of nursing diagnosis*. 4th edn. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. 1991.
 28. 梶原明子, 前田しのぶ, 「安楽の変調」「不安」に対する看護婦の認識 その傾向と問題点. *看研* 1993; 26, 88-90.
 29. Laerkner E, Egerod I, Hansen HP. Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2015; 31: 196-204.
 30. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, et al. Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care* 2007; 12: 151-158.
 31. Wensley C, Botti M, McKillop A, et al. Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open* 2020; 10: 1-18.

32. Gjengedal E, Ekra EM, Hol H, et al. Vulnerability in health care-reflections on encounters in every day practice. *Nurs Philos* 2013; 14: 127-138.
33. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018; 46: e825-e873.

第5章 終章

I. 3つの研究結果のまとめ

クリティカルケア看護における comfort の概念モデル構築に向けて、①クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析、②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、そして、③重症患者の comfort の構成概念妥当性検証というテーマで概念分析、質的統合、量的統合の3段階の研究を行った。

まず、クリティカルケア看護領域における comfort の概念分析を行い、概念を定義づける comfort の属性は、患者の状態として「痛みの緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」の4つが明らかになった。そして、クリティカルケア看護における comfort は、クリティカルな状況において、適切な医療者の介入を受けることで患者が「痛みの緩和」、「自立性」、「平静」、「満足」を知覚する経験と定義できた。この概念分析の結果を利用してインタビューガイドを作成し、急性・重症患者看護専門看護師を対象に質的記述的研究を行い、帰納的に分析した。その結果、《そもそも苦痛があるなかで、安楽のためのかかわりが十分にできない》《人としてとことん向き合い安楽を意識することで、患者の状態と同調する》《患者の過去や将来を踏まえて現在の状態を看る》《一つひとつのケアから安楽を紡ぐ努力をする》、そして《患者が発する反応の変化から安楽を感知する》の5つのカテゴリーが見出された。看護師は病気や外傷、治療によって意識が清明ではないクリティカルな状況の患者には、かかわりはじめた時点ですでに痛みだけではなく様々な苦痛があると捉えていた。このことは概念分析で作成した初期の概念モデルにおいて、先行要件に様々な comfort ではない状態が示されたことを強化することにつながった。そして、患者は苦痛を感じていても自由に言葉で

伝えることができない場合も多いため、看護師は意図的に患者に聴くことや患者の表情、行動、活動、バイタルサインのような客観的な反応も捉えていた。そのため、概念分析の属性と質的研究の結果から見出された **comfort** の要素を統合し、クリティカルケア看護の **comfort** は「痛みの緩和」が「症状の緩和」に修正され、「自立性」、「平静」、「満足」を含めた4つとなった。さらにクリティカルケア看護の看護師が捉える **comfort** は「生理的反応の安定」と「落ち着いた行動・睡眠」の2つが明らかになった。

これらの6つのカテゴリーに含まれる37項目について、クリティカルケア看護の教育・研究に携わる専門家を対象に内容妥当性を確認したところ3項目が削除され、34項目が妥当であると判断された。その後、全国の急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師を対象にオンライン質問紙調査を実施した。確認的因子分析を行った結果、1項目が削除され33項目となった。以上より、クリティカルケア看護における **comfort** に含まれる33項目について構成概念妥当性が確認された。看護師は患者の **comfort** について主観的な側面と客観的な側面から捉えていることが明らかになった。これまでに論じてきた概念分析、質的統合、量的統合という3段階の研究によって構築されたクリティカルケア看護領域における **comfort** の概念モデルを示す（図1）。

クリティカルケア看護領域における **comfort** の属性は、「患者の主観により評価する **comfort**」と「看護師の観察により評価する **comfort**」が示された。「患者の主観により評価する **comfort**」は「症状の緩和」「自立性」「平静」「満足」の4つで構成された。「症状の緩和」は、「痛みがなくなる」「痛みが和らぐ」「身体症状が和らぐ」の3項目、「自立性」は、「コントロール感がある」「痛みを訴えることができる」「自分の置かれた状況が分かる」「自分

の身体状況が分かる」「抜管により話せる」の5項目、「平静」は、「気分が落ち着く」「不安が和らぐ」「保護的環境によって安心する」「大丈夫と感じる」「神経質ではなくなる」の5項目、「満足」は、「リフレッシュする」「リラックスする」「爽快感がある」「心地よさを感じる」「生き返ったと感じる」「素晴らしいと感じる」の6項目であった。患者の表情、行動、活動、バイタルサインなどを「看護師の観察により評価する comfort」は、「生理的反応の安定」と「落ち着いた行動・睡眠」の2つで構成された。「生理的反応の安定」は、「血圧が安定する」「脈拍数が安定する」「呼吸数が安定する」「呼吸パターンが安定する」「酸素飽和度が安定する」「発汗がない」の6項目、「落ち着いた行動・睡眠」は、「心情を表出する」「感謝の言葉がある」「笑顔がある」「表情が穏やかになる」「行動が落ち着く」「声の調子が穏やかである」「睡眠パターンが安定する」「寝ている」の8項目であった。

II. 研究成果の臨床における意義

このようにクリティカルケア看護における **comfort** を明らかにする過程で、クリティカルな状況の患者の特徴が明らかになった。その特徴は、看護師がかかわる時点で、すでに患者には苦痛が存在し、**comfort** とは正反対の状態にあることである。このことは概念分析の先行要件に多くの **comfort** ではない状態、いわゆる身体的、精神的、スピリチュアル的、社会的、環境的な苦痛が示されたことから明らかである。加えて、質的記述的研究において《そもそも苦痛があるなかで、安楽のためのかかわりが十分にできない》というカテゴリーが見出され、そのことを参加者たちは「苦痛始まり」「苦痛のなかにいる」という表現を使用し、語っていた。このように、患者に苦痛があるという前提のうえで **comfort** を目指す必要があることは、クリティカルケア看護以外の領域とは異なる。クリティカルケア看護は、病気の発症や外傷の受傷直後、手術直後、病状が急激に悪化した状況など、極めて死に近い状態にある患者に対して行われるケアである¹⁾。そのため、クリティカルケア看護が対象とする患者は身体的状態が変化しやすく、**comfort** になったとしても即時的に変化する可能性がある。さらに、質的記述的研究において、患者は病状や治療に関連して意識が清明ではないことや人工呼吸器を装着されている場合もあるため、看護師が患者の思いを理解できないことに苦悩する経験をしていることもわかった。このようなクリティカルケア看護の特徴があるなかで、本研究で明らかにしたクリティカルケア看護における **comfort** の属性の 33 項目は臨床における看護実践の一助になる。**Comfort** の属性の 33 項目を観察の視点として用いて、苦痛のなかにいる患者を捉えることによって、患者の **comfort** のありようを知ることができる。また、処置やケアが実施された患者に **comfort** がもたらされたかなど、患者の状況や状

態の変化に合わせて確認することができる。しかしながら、これらのクリティカルケア看護における comfort の項目を含む概念モデルは、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師というクリティカルケア看護の専門性が高い看護実践者を対象に調査したことによって見出された結果である。クリティカルケア看護では看護行為の中でも治療や処置の介助といった診療の補助業務が大きな割合を占める。また、人工呼吸器を装着している場合など、患者とのコミュニケーションの問題が生じやすい^{2)~5)}。その中で、一般の看護師が診療の補助業務を行いつつも、患者のニーズや反応を捉え、時間を調整しながら comfort ケアを実践することに難しさを感じる可能性がある。そのため、クリティカルケア看護における comfort の概念モデルを臨床看護実践において広く活用してもらうためには、構築された概念モデルを用いて、患者の comfort ニーズや介入の方法、その際に必要な看護師の態度、comfort の概念の意味、そして患者にもたらす効果について教育を行う必要があるだろう。

Ⅲ. クリティカルケア看護における研究への示唆と状況特定理論構築の可能性

クリティカルケア看護における comfort という概念を明確化し、質的統合、量的統合という3つのアプローチを用いた研究プロセスを経てきた⁶⁾。このことによって、クリティカルケア看護における comfort が定義され、属性が明らかになった。これまでの研究成果を足がかりとして、クリティカルケア看護における comfort ケアモデル構築へ発展させることができると考える。今後はクリティカルな状況において治療を受ける患者が comfort にかかわる体験に焦点を当て、患者がどのようなケアによって comfort を知覚しているか明らかにし、

クリティカルケア看護における **comfort** を精緻化していく必要がある。

近年、具体的で臨床での看護実践に近い状況特定理論が注目されている。特定の領域の特定の看護実践に焦点を当て、具体的な枠組みを提供することが可能という特性がある⁷⁾。状況特定理論の構築プロセスでは、既存の理論を用いて研究を行い、その後、研究結果にもとづいて看護実践に適用させて、理論を構築するなどのように、行きつ戻りつを繰り返しながら、進化的・発展的に研究を進めることが強調されている⁷⁾。今後もこれまでの研究成果をふまえた研究に取り組み、将来的にはクリティカルケア看護という特定の領域における **comfort** に関する状況特定理論構築を目指したい。

IV. 研究の限界と今後の課題

3 段階の研究のうち概念分析以降の研究は、ケアの実施者である看護師が対象であった。**Comfort** は患者の主観であることから、クリティカルな状況においてケアを受ける患者が **comfort** をどのように知覚しているか明らかにする必要がある。また、クリティカルケア看護が対象とする患者には脳死患者のように、患者の主観を聴くことができないだけでなく、行動や活動による反応もなく、**comfort** であるかの判断が難しい状態の患者や回復を見込めない患者も存在する。このような状態の患者における **comfort** とは何かについても検討する必要がある。

文献

1. 井上智子, 蓄積から挑戦へ. 日クリティカルケア看会誌 2005; 1(1): 15-19.
2. Mortensen CB, Kjær MBN, Egerod I. Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 52: 35-41.
3. Carruthers H, Gomersall T, Astin F. The work undertaken by mechanically ventilated patients in Intensive Care: A qualitative meta-ethnography of survivors' experiences. *Int J Nurs Stud* 2018; 86: 60-73.
4. Baumgarten M, Poulsen I. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scand J Caring Sci* 2015; 29(2): 205-214.
5. Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *J Clin Nurs* 2018; 27(1-2), e223-e234.
6. Walker LO, Avant KC. 概念分析. 看護における理論構築の方法. 医学書院, 東京, 2008; 1-318.
7. 濱上亜希子, Im EO, 状況特定理論とは何か. 看護研究 2019; 52: 414-420.

謝辞

本研究を実施するにあたり、研究計画書作成の段階から、実施、分析、論文作成に至る過程においてご指導賜りました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻の山勢博彰教授に深く感謝いたします。また、本研究の実施に際して、ご協力くださいました急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師の皆様には心より感謝申し上げます。

本研究の一部は、独立行政法人日本学術振興会科学研究費助成金基盤研究 C (JP 20K10786) の助成を受けて実施した。

利益相反

本研究の全てにおいて利益相反は存在しない。