

St. Luke's International University Repository

Aspects of Anraku (comfort) Care Practiced by Nurses: Groping of Anraku (comfort) Care Based on Anraku (comfort) Elements

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 佐居, 由美, Sakyo, Yumi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00015046

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



看護師の実践する「安楽」なケアの様相 ～安楽要素による「安楽なケア」のグループ化～

佐居由美¹⁾

抄 録

【目的】看護では、「安楽」は、一般的に重要な概念として認められている。看護師が患者に「安楽」なケアを提供することは、患者の入院生活の質を高めると考えられる。だが、安楽という概念は抽象的であり、看護師の実践する安楽なケアの実際も明らかになっていない。そこで、本研究では、看護師の安楽なケア実践の様相を、安楽な実践内容の差からグループ分けし、明らかにすることとした。

【方法】31名の病棟看護師を対象に、患者に実践している「安楽なケア」についての半構成的インタビューを実施した。先行研究で作成した「看護実践における安楽の構造モデル」を構成する29の要素（以下、安楽要素）を、枠組みとして使用し分析を行った。

【結果】看護師の語りの分析の結果、それぞれ、2～13（平均5.7）の安楽要素が確認された。多くみられた要素は、「苦痛がない」（25名：86.0%）、「安楽な体位」（19名：66.0%）であった。安楽なケア実践は、その内容から、4つのグループに分けることが可能であった。

【考察】看護師の実践する安楽なケアは、その要素の数に幅がみられ、看護師によって、患者に提供する安楽なケア内容が異なることが確認された。多くみられた要素である「苦痛がない」「安楽な体位」は、多くの看護師が安楽なケアとして実践している内容であり、それ以外の安楽要素について働きかけていくことで、患者への安楽なケア提供が促進されると考えられる。

キーワード：安楽，看護実践，半構成的インタビュー，看護ケア

I. はじめに

看護において、「安楽」という用語は「安全」とともに看護の目的（佐藤，1998）として多用され、基本的で重要な概念として一般に求められているが、その定義は曖昧であった。

看護師の実践する安楽を明らかにするため、その意味についての構造化の試みがなされている（佐居，2004b）。これは、「安楽」に先行する看護師の要素を、患者に近い要素、「苦痛を与えない」「患者理解」「患者優先のケア」「看護師の態度」「基本的ニーズの充足」「環境整備」「患者とのコミュニケーションの成立」「患者自身の意思決定のサポート」と、患者に直接的でない要素、「専門的援助」「システムの確立」「安全」「家族へのケア」に大別し、安楽の定義を中心とした3つの同心円上に患者

との距離を示して構造化されている。

この構造化された図は、普遍化をめざし、新たな研究対象において検証し、モデルの精練、再構築が行われ、29の要素（以下、安楽要素）から成る“看護実践における「安楽」の構造モデル”が作成されている（佐居，2008）。

本研究では、個々の看護師の安楽なケア実践に着目し、その内容を分類することで、安楽なケアの様相を明らかにしたいと考える。本研究により、“看護実践における「安楽」の構造モデル”が洗練され、看護師の患者への「安楽なケア」提供促進への示唆が得られるものと考えられる。

II. 研究方法

本研究では、『看護師が実践している「安楽」モデル

受付日 2008年8月31日 受理日 2009年1月18日

1) 聖路加看護大学

検証』(佐居, 2008)において対象とした研究データを、看護師一人ひとりの「安楽」なケアの実践に着目し、新たな視点から分析を行うものである。

1. 研究対象

一般病棟（内科系・外科系病棟）に勤務する看護師。

2. リクルート方法

関東近郊にある総合病院看護部に調査協力を依頼し、看護部を通じて研究協力依頼を行った。その結果、31名の看護師から同意を得た。

3. データ収集

インタビューガイドを用いた半構成的面接法にて、データ収集を行った（2004年3月実施）。インタビューガイドは、a) 患者の「安楽」を考えて行ったケア場面、b) 「(患者の)安楽」とは(安楽の定義とは)、c) 患者の「安楽」の判断基準、d) 患者の「安楽」の条件、e) 患者に「安楽」なケアを実践することの意義、などの項目で構成され、研究者が作成した。加えて、対象の属性(年齢、勤務病棟、経験年数、看護基礎教育機関、性別)、実践において「安楽」を考えている頻度についても情報収集を行った。インタビューは、プライバシーが確保できる院内の個室で行い、対象者の同意を得て録音を行った。面接時間は平均約20分であった。

4. 分析方法

本研究の分析にあたっては、“看護実践における「安楽」の構造モデル”(佐居, 2008)を構成する枠組みとその構成要素を使用した。このモデルは、看護師を対象とした看護実践における「安楽」なケアについてのインタビューデータをもとに、看護実践における「安楽」の構造を現したものであり、先行研究(佐居, 2004b; 佐居, 2008)によって検証し修正されている。このモデルには、その具体的内容として、29の要素を有する。すなわち、「安楽の定義」において4要素（「1. 精神的身体的に苦痛がない」「2. 楽」「3. 快適」「4. 日常生活をすごせる」）、「安楽のための条件」で23要素、「帰結」の2要素である。

個々の看護師の安楽実践に着目し、看護師の実践する安楽なケア内容の差を明確にすることで、安楽なケア実践の様相を明らかにするため、それぞれの看護師の語りのなかにある「安楽要素」の数に着目し、その数ごとにグループ化を行った。

看護師の語りのなかから安楽要素を抽出する作業は、10年の臨床経験を有する看護師と複数で行い、妥当性・信頼性の確保に努めた。また、データの解釈のプロセスにおいては、看護研究者の指導を受けた。

III. 倫理的配慮

本研究実施においては、研究者の所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得た。また、インタビュー実施前には、研究目的（実践現場で使われている「安楽」という用語の意味および、看護師の実践している「安楽」なケアを明らかにし、「安楽」なケアの構造化をはかることである）・方法・倫理的配慮を、協力者に口頭と書面にて説明し、同意書に署名を得た。倫理的配慮の具体的内容は、個人の匿名性が保持されること、インタビュー内容が職場の上司など第三者には漏洩されないこと、途中での研究中止が可能であることなど、である。

IV. 結果

1. 対象の概要

対象は、全員女性で、平均年齢31(22～45)歳、臨床経験年数平均8.7(1～22)年であり、看護教育を終了した教育機関は、准看護師専門学校2名(6.5%)、専門学校卒26名(83.9%)、看護短期大学卒2名(6.5%)、その他(専攻科)1名(3.2%)であった。

2. 看護師別「安楽要素」数

インタビューガイド項目ごとに、各看護師の語りの内容を分析した結果、安楽要素数は、2～13(平均5.7, SD 2.63)確認された。表1に、それぞれの看護師の語りのなかで確認された安楽要素を示す。安楽要素の多い順に、看護師を左から配列し、安楽要素の数により看護師の群分けを行った。群は、安楽要素の数の多い順に4群にわけた。帰結の安楽要素を含む群を「グループI(安楽要素数 ≥ 9):看護師A～E(n=5)」とし、順に「グループII(安楽要素数8～6):看護師F～M(n=8)」「グループIII(安楽要素数5～4):看護師N～X(n=11)」「グループIV(安楽要素数3 \leq):看護師Y～AE(n=7)」とした。

「定義」では、4つのすべての安楽要素を語った看護師は1名(K)で、「条件〔看護師関連〕」では、9要素中5つがあった看護師が2名(A, G)、「条件〔患者関連〕」では、5名の看護師(D, E, F, J, M)が9要素中4つの要素を有し、「条件〔環境・家族関連〕」では、看護師Cが5要素中4つの要素を有し、それぞれで最大の数であった。「帰結」では、2要素すべてが3名の看護師(A, B, E)のみにおいて確認された。「条件」すべてで、一番多くの要素が確認できたのは23要素中10要素であった看護師Aであった。

多くの看護師が実践していた安楽要素は、順に、「19. 苦痛がない(看護師31名中の出現割合86.0%)」「20. 安楽な体位(66.0%)」「1. 精神的身体的に苦痛がない(59.0%)」「8. 看護師の能力, 16. 患者の精神的安定,

表1 看護師別「安楽要素」数

看護実践における「安楽」ケアの枠組み	看護師 No.	安楽要素																										出現割合*											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z		A	A	A	A	A	E					
定義	1	精神的・身体的に苦痛がない																																17	59				
	2	楽																																6	21				
	3	快適																																	9	3			
	4	日常生活をすごせる																																	5	17			
〔看護師関連〕	5	安全（の確保）																																	3	10			
	6	コミュニケーションの成立																																	1	3			
	7	苦痛を与えない																																		3	10		
	8	看護師の能力																																		11	38		
	9	患者優先のケア																																		1	3		
	10	家族と看護師との信頼関係																																		3	10		
	11	十分な看護職員数																																		6	21		
	12	看護師の時間的余裕																																			2	7	
	13	チーム医療																																			3	10	
	〔患者関連〕	14	患者自身の意思決定が可能																																		1	3	
		15	患者に希望があること																																			1	3
		16	患者の精神的安定																																			11	38
		17	患者の納得																																			2	7
18		基本的ニーズの充足																																			4	14	
19		苦痛がない																																			25	86	
20		安楽な体位																																			19	66	
21		患者の日常に近い生活																																			6	21	
22		経済面の安定																																			2	7	
〔環境関連〕		23	整った環境																																			11	38
	24	人的環境の充実																																				6	21
	25	体位保持関係物品の充足																																			6	21	
	26	十分な物品																																			1	3	
〔家族関連〕	27	家族のサポート																																			5	17	
	28	自然治癒力の増加																																			8	28	
帰結	29	前向きな気持ち																																			4	14	
	看護師別「安楽要素」数（平均5.7, SD2.63）		13	11	11	9	9	8	8	7	7	7	7	6	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2						
安楽要素グループ（安楽要素数）		グループⅠ（≥9）					グループⅡ（8～6）					グループⅢ（5～4）					グループⅣ（≤3）																						

■：確認された要素、*：「安楽要素」出現の割合（%）

表2 安楽要素数別 看護師の背景

安楽要素 グループ	グループⅠ（≥9）	グループⅡ（8～6）	グループⅢ（5～4）	グループⅣ（≤3）
対象者	5名	8名	11名	7名
年齢	平均31.6歳 (29～35)	平均31.1歳 (22～40)	平均31.3歳 (25～42)	平均30.1歳 (24～45)
臨床経験年数	平均7.8年 (4～11)	平均8.6年 (1～18)	平均9.4年 (3～20)	平均8.1年 (2～22)
経験年数分類（経験年数）				
Novice (student nurse)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
Advanced beginner (< 1y)	0名 (0%)	1名 (12.5%)	0名 (0%)	0名 (0%)
Competent (2-3y)	0名 (0%)	1名 (12.5%)	1名 (9.1%)	2名 (28.6%)
Proficient (4-6y)	1名 (20%)	2名 (25%)	3名 (27.3%)	2名 (28.6%)
Expert (> 7y)	4名 (80%)	4名 (50%)	7名 (63.6%)	3名 (42.8%)
安楽を考えている頻度	(n=4) * 1名未回答	(n=8)	(n=10) * 1名未回答	(n=7)
いつも考えている	3名 (75%)	3名 (37.5%)	5名 (50.0%)	1名 (14.3%)
ときどき考えている	1名 (25%)	5名 (62.5%)	3名 (30.0%)	6名 (85.7%)
たまに考える	0名 (0%)	0名 (0%)	2名 (20.0%)	0名 (0%)
あまり考えない	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
全く考えない	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)

23. 整った環境 (38.0%)」であった。少なかった要素は、「6. コミュニケーションの成立, 9. 患者優先のケア, 14. 患者自身の意思決定が可能, 15. 患者に希望があること, 26. 十分な物品 (3.0%)」であった。

3. 安楽要素数別 看護師の背景

安楽要素グループ別に、看護師の背景を示した (表2)。経験年数は、技能習得に関するドレファスモデルを看護への適応させたベナーが提唱した、看護師が実践のなかで初心者からエキスパートにケアが熟達するという「Benner's Model」(Benner 1984) を参考に、Novice (student nurse), Advanced beginner (< 1y), Competent (2-3ys), Proficient (4-6ys), Expert (> 7ys) に分類して示した。

対象者の経験年数は、安楽要素の多い順に「グループ I」7.8年、「グループ II」8.6年、「グループ III」9.4年、「グループ IV」8.1年であった。「Benner's Model」による経験年数分類では、Expert(> 7ys)に分類された看護師は、「グループ I」4名 (80.0%),「グループ II」4名 (50.0%),「グループ III」7名 (63.6%),「グループ IV」3名 (42.8%)であった。看護実践において「安楽」を考えている頻度では、「いつも考えている」が、「グループ I」3名 (75.0%),「グループ II」3名 (37.5%),「グループ III」5名 (50.0%),「グループ IV」1名 (14.3%)であった。

V. 考察

1. 看護師が実践している安楽なケアの様相～安楽要素による「安楽なケア」のグループ化～

一人ひとりの看護師の看護実践の具体的内容を、“看護実践における「安楽」の構造モデル”(佐居, 2008)の構成要素 (安楽要素) の数に着目して、分析を行った。その結果、確認された安楽要素の数は2～13 (平均5.7, SD 2.63)であり、看護師による安楽なケア実践が多様であることが再確認された。さらに、看護師の安楽なケア実践の様相を明らかにするため、安楽要素の数によって、看護師の安楽なケア実践内容をグループ化した。

安楽要素の数が一番多い群である「グループ I」は、すべての看護師に「帰結」の要素が確認されており、「帰結」の2要素すべてが確認できた看護師は、この群に固まっていた。また、「定義」の要素も半分以上の看護師が有しており、安楽なケア実践においては、患者にとっての安楽な状態 (定義) が意識化され、その結果、具体的に患者がどうなることを期待 (帰結) しているのか、目的意識的な安楽な看護実践の様相がみてとれる。また、5名中4名の看護師が、「8. 看護師の能力」が患者の安楽の条件であるとしてとらえている一方、患者の安楽な条件として「11. 十分な看護職員数」「12. 看護師の時間的余裕」はみられず、患者が安楽であるためには、マン

パワーや時間的ゆとりは関係なく、「8. 看護師の能力」や「10. 家族と看護師の信頼関係 (5名中3名)」「23. 整った環境 (5名中4名)」である環境整備など、看護師自身の力量が、患者が安楽であるために必要だと認識している。患者への安楽なケア不足を人的環境などを理由にすることなく、日々の自身の看護実践により患者への安楽なケアの提供がなしうるのだととらえて、日々の看護実践を行っている熟達した看護師の様相がみてとれる。

次に安楽要素の多い群である「グループ II」は、「帰結」について語っている看護師はおらず、「条件」「定義」における安楽要素も分散している。また、患者が安楽であるための「条件」として、「11. 十分な看護職員数」が5名にみられ、「グループ I」に比して、患者が安楽であるためには看護管理的側面の整備が必要であると比較的多くが認識している様が見られる。

「グループ III」では、「定義」の「1. 精神的身体的に苦痛がない」を11名中6名が語っており、安楽要素は、「条件」の患者関連・環境関連で確認され、看護師関連ではほとんどない。この群は、患者の安楽を「精神的身体的に苦痛がない」といった多くの教科書に記述されている定義 (佐居, 2004a) と同様にとらえ、患者が安楽であるための条件として看護師に関連することは認識しておらず、患者が安楽であるためには、看護師自身が提供する看護ケアより、患者自身や環境に関する条件が必要であるとしてとらえている。この群では、教科書的な型にはまった安楽の定義の範疇で、看護師自身のあり様が意識されずに安楽なケアが実践されている様相がみられる。

安楽要素が一番少ない群である「グループ IV」は、3～2の安楽要素が確認された群である。「グループ III」と同様、安楽の条件としての看護師に関連する部分がほとんどなく、定義と患者に関連した条件でそのほとんどが確認されている。また、定義についての安楽要素では、グループ IIIと同様に「1. 精神的身体的に苦痛がない」という教科書に記述されている定義を5名中4名の看護師が語っており、定例的な安楽なケア実践がみてとれる。

このように、各グループの安楽の様相を概観すると、看護師による安楽なケア実践は、患者の安楽をどのようにとらえ (定義)、患者のどのような状況を期待して (帰結)、どのような看護実践を行うか (安楽な条件) という、一連の看護実践のプロセスが、看護師によって異なることがわかる。厚生労働省「看護基礎教育におけるあり方に関する検討会」の論点整理にあるように、“いかなる状況に対しても、知識、思考、行動というステップを踏み最善な看護提供できる人材”(看護基礎教育におけるあり方に関する懇談会, 2008) 育成に向けても、患者にとっての安楽な状態 (定義) や向かうべき方向 (帰結) をもったうえで目的意識的な看護が実践されるような看護職の育成の意義がここでも確認されたといえるのではないだろうか。

2. 安楽なケア内容の差の要因

上述のように確認された看護師による安楽なケア実践の様相の差の要因を探るため、グループ別にその背景(表2)を示したが、臨床経験年数の各群の平均は、7.8～9.4年と大きな差はなかった。「Benner's Model」を参考に分類した経験年数分類においても、同様であった。ただ、エキスパートに属する看護師は、グループIでは全体の80.0%を占め、他のグループの63.6～42.8%より多い傾向は認められ、Benner (Benner, 1984) のいう看護師が実践のなかで初心者からエキスパートにケアが熟達するプロセスに、安楽なケア実践も準じていることが示唆される。

また、安楽を考えている頻度は、グループIは、日々の看護実践のなかで安楽を「いつも考えている」と75.0%の看護師が回答しており、これは、グループのなかで一番高い割合である。一方、安楽要素が一番少ない群であるグループIVでは、「いつも」考えている看護師は群の14.3%と低い割合であり、看護実践のなかで安楽を常に意識していると、患者への安楽なケアが充実する傾向がみられるのではないだろうか。

3. 安楽なケア提供促進に向けて

看護師の実践する安楽なケアの様相を明らかにするため、看護師一人ひとりが実践している安楽なケア内容を、安楽要素数にてグループ化した。看護師による患者への安楽なケア実践の促進に向けては、各グループの特性に応じた、他者による看護師個人への適切な介入が必要であると思われる。

また、患者への安楽なケア提供のためには、日々の目的意識的な看護実践が望まれる。Benner (Benner, 1984) も、「看護師が重症患者の苦痛に対する技術的な処置や緩和について考え行動することで、患者や家族は安楽(Comfort)になる」と指摘しているように、患者の安楽な状態(安楽の定義)、そのために必要なこと(安楽の条件)とその結果で、患者がどのような方向に向かうのか(安楽の帰結)、を看護師一人ひとりが認識し、目的意識的な看護を行うことで、患者の安楽度が高まり看護ケアの質の向上がはかられるのではないだろうか。本研究で枠組みとして使用した安楽モデルの提示は、その一助となるとも考えられる。

次に、より実践的な側面では、多くの看護師に確認された安楽要素である「19. 苦痛がない」「20. 安楽な体位」「1. 精神的身体的に苦痛がない」「8. 看護師の能力」「16. 患者の精神的安定」「23. 整った環境」はもとより、それ以外の安楽のための条件についても、看護実践のなかで意識化し、患者の安楽のための看護実践が促進されるよう具体的に提示する必要もあろう。

本研究では、看護師自身による語りを分析対象としており、本研究における安楽なケア実践の様相は看護師

の認識上でのものである。今後は、看護師の患者への実際の安楽なケア実践の様相を、ケアの受け手である患者に焦点をあてて明らかにすることを通し、繩によるcomfort(ケア)概念モデル(繩, 2006)など他の関連するモデルを参考にし、看護師による患者への安楽なケア促進のためのプログラム開発につなげていきたいと考えている。

謝辞

ご多忙にもかかわらず、本研究に快くご協力くださった看護師の皆様は心より御礼申し上げます。また、分析作業への協力、適切で鋭いご指導を賜りました方々に深く感謝いたします。

本研究は、平成15～17年度文部科学省研究補助金(若手B)「看護師が実践する安楽の構造化(課題番号15791286)」平成18～20年度文部科学省研究補助金(若手B)「看護師の「安楽なケア」実践を促進するためのプログラムの開発と評価(課題番号18791646)」の助成により実施した。

引用文献

- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. 井部俊子監訳(2005). ベナー看護論 新訳版-初心者から達人へ. 東京:医学書院.
- 看護基礎教育のあり方に関する懇談会(2008). 厚生労働省 看護基礎教育のあり方に関する懇談会 論点整理. 9.
- 繩秀志(2006). 看護実践における“comfort”の概念分析. 聖路加看護学会誌, 10(1), 11-21.
- 佐居由美(2004a). 看護における「安楽」の定義と特性. ヒューマン・ケア研究, 第5号, 71-82.
- 佐居由美(2004b). 看護実践場面における「安楽」という用語の意味するもの. 聖路加看護大学紀要, 30, 1-9.
- 佐居由美(2008). 看護師が実践している「安楽」モデルの検証. ヒューマン・ケア研究, 9, 30-42.
- 佐藤紀子(1998). 患者への苦痛の看護 安楽: Comfort について. 看護技術, 44(15), 1606.

参考文献

- Benner, P., et al. (1999). *Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care A Thinking=In-Action Approach*. 井上智子監訳(2005). ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 東京:医学書院.
- 日本看護科学学会第4期学術用語検討委員会(1995). 看護学学術用語 - NURSING TERMINOLOGY, 6.

Rodgers, B. L. (2000). Chapter6 : Concept Analysis : An Evolutionary View. Rodgers, B.L., Knaf, K.A., *Concept Development in Nursing Foundations. Techniques and Applications* (2nd ed). (77-102). Philadelphia : Saunders Company.

佐居由美 (2005). 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. *聖路加看護大学紀要*, 31, 1-7.

Aspects of *Anraku* (comfort) Care Practiced by Nurses

— Groping of *Anraku* (comfort) Care Based on *Anraku* (comfort) Elements —

Yumi Sakyo
(St. Luke's College of Nursing)

Introduction : The concept of *anraku* (meaning comfort) is recognized as an important concept in the field of nursing and having nurses provide *anraku* care to patients is thought to enhance patients' quality of life during their period of admission. The idea of *anraku* is an abstract one, however, and examples of nurses actually practicing such care remain undefined. Now, in this study we set out to elucidate a model for the practice of *anraku* care by groping of *Anraku* (comfort) care based on *anraku* (comfort) elements.

Methods : Semi-constitutive interviews were held with 31 ward nursing staff on the subject of practice of *anraku* care to patients. A total of 29 elements (*anraku* elements) developed through previous research on "A Structuralized Model of *Anraku* in Practical Nursing" made up the framework for use with this analysis.

Results : Based on the outcome of analysis of nurses' interviews, a total of 2 to 13 (average 5.7) elements were identified from each interview. The most common elements were "An absence of pain" (25 responses : 86.0%) and "A comfortable posture" (19 responses : 66.0%). We can category four group of *Anraku* (comfort) care based on *anraku* (comfort) elements.

Discussion : The implementation of *anraku* care by nurses differed based on the number of elements identified, and it was possible to identify differences in the content of such *anraku* care based on individual nurses. The most common *anraku* elements of "An absence of pain" and "A comfortable posture" were both part of *anraku* care being provided by the majority of respondents, and we believe that continuing to work on providing other such elements will promote the provision of *anraku* care to patients.

Keywords : comfort, practical nursing, semi-constitutive interviews, nursing care