

2020年1月30日

2019年度 聖路加国際大学大学院修士課程 課題研究

ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策の検討
Nurse's Ambivalence in Caring for Sleeping ICU Patients
and How to Deal with It

18MN-005

岡田 和之

目次

第1章 序章.....	4
I. 研究の背景.....	4
II. 研究の目的.....	6
III. 研究の意義.....	6
IV. 用語の定義.....	6
1. 睡眠中.....	6
2. 看護ケア.....	6
3. 看護師の迷い.....	6
4. 対策.....	6
第2章 文献検討.....	6
I. 睡眠の重要性.....	6
II. 睡眠障害の影響.....	7
III. ICUでの睡眠障害.....	7
IV. ICUでの看護ケアによる睡眠分断.....	7
V. ICUでの睡眠障害予防への取り組み.....	8
VI. ICU入室患者の睡眠に関わるガイドラインの動向.....	8
第3章 研究方法.....	8
I. 研究のデザイン.....	8
II. 研究の対象.....	8
1. 研究の対象施設.....	8
2. 研究の対象者選択基準・対象者数.....	9
III. 研究の依頼方法.....	9
1. 研究対象施設の選定方法.....	9
2. 選定した施設・研究対象者への研究依頼方法.....	9
IV. データの収集.....	10
1. データの収集方法.....	10
2. データの収集期間.....	11
V. データの分析方法.....	11
VI. 倫理的配慮.....	11
1. 自由意志の尊重.....	11

2. 研究参加の利益と不利益	12
3. 精神的・身体的負担への対応	12
4. 個人情報の保護	12
第4章 結果.....	13
I. 研究対象者.....	13
II. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策.....	14
1. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い.....	14
2. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策.....	20
第5章 考察.....	26
I. 患者要因からもたらされる迷いと対策の特徴.....	26
II. 看護師の過去の経験や他者によってもたらされる迷いと対策の特徴.....	28
III. 日常業務や環境によってもたらされる迷いと対策の特徴	30
IV. 専門看護師としての支援.....	32
V. 看護への示唆	34
VI. 研究の限界と今後の課題.....	34
第6章 結論.....	36
引用文献.....	37
資料1 研究へのご協力のお願ひ（看護最高責任者用）	40
資料2 研究へのご協力のお願ひ（ICU看護責任者用）	43
資料3 研究へのご協力のお願ひ（研究対象候補者用）	46
資料4 研究同意書	49
資料5 研究同意撤回書	50
資料6 インタビューガイド.....	51
資料7 基本属性情報用紙	53
謝辞.....	54

第1章 序章

I. 研究の背景

疾病からの回復過程にある ICU 入室患者にとって良い睡眠を得ることは非常に重要である。しかし、ICU 入室患者の多くが睡眠障害を発症し (Fontana & Pittiglio, 2010)、睡眠障害により組織修復や細胞性免疫機能が障害されるため、治癒反応に影響が出る可能性がある (Krachman, D'Alonzo & Criner, 1995)。また、睡眠障害は、ICU 入室患者の QOL やアウトカムが悪化、特にせん妄発症と関連があることは以前より指摘されている (Schwab, 1994)。睡眠障害はせん妄を誘発させ、せん妄が人工呼吸期間の延長、ICU 在室期間の延長、医療費の増大、死亡率の上昇、ICU 退室後の認知機能低下など独立した危険因子であることから (大藤, 2015)、睡眠障害は ICU 入室患者の予後不良因子となり得る。

ICU 入室患者の睡眠障害の特徴は、ICU の環境因子 (夜間の騒音、昼夜を問わない照明、自然光の欠如、夜間の看護ケアや処置など)、患者因子 (敗血症などの重症疾患、全身性の炎症反応、慢性閉塞性肺疾患、心不全、睡眠時無呼吸症候群など患者固有の基礎疾患、手術創部などの疼痛、ベッド上での不動化によるストレスなど)、薬物による影響 (循環作動薬、鎮痛鎮静薬、向精神薬、ステロイドなど) など、多様な因子が関与すると考えられる (大藤, 2015)。これらに対して、ガイドラインでは音や照明を調整し、積極的にケアを日中に集中させるなど、複数の介入を組み合わせた夜間の睡眠環境を整える多角的な取り組みが推奨され (Barr et al., 2013; 布宮 伸 et al., 2014; Devlin et al., 2018)、睡眠促進のための多角的なプロトコルを使用することが推奨されている (Devlin et al., 2018)。しかしながら、これまでに広く広まった睡眠促進のための多角的なプロトコルは見当たらない (Hofhuysa et al., 2018)。また、多角的な取り組みの多くは看護師の判断で行う介入であり、看護師の判断が介入の内容や回数に大きく影響すると考えられる。例えば、ICU での夜間の看護ケアは 1.74 回/時間 (Elliott et al., 2013)、医療処置も併せると 7.8 ± 4.2 回/時間 (Gabor et al., 2003) にもなり、頻回な睡眠の分断の原因となっていることは明らかである。これは夜間に限ったことではなく、概日リズム睡眠障害によって患者が昼寝をしている場合には、昼間であっても起こっていると考えられる。

一方、研究者のこれまでの ICU での看護師経験から、この睡眠中の ICU 入室患者に行う看護ケアの全てが不要だとは言えないと考える。しかし、睡眠の重要性がガイドラインによって看護師に周知されることで、看護師が ICU 入室患者の睡眠中に行う看護ケアに迷いを生じさせている可能性があると考えられる。これは看護師にとって大きな迷いになると考えられるが、この迷いをこれまでに明らかにした研究はない。そこで本研究では、ICU 入室患者

の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いを明らかにすると共に、その迷いを軽減するために既に ICU 看護師が行っている工夫や取り組みなどの対策も明らかにしようと考えた。これらを明らかにすることで、看護ケアによる ICU 入室患者の睡眠の分断を減少できる可能性があると考ええる。

II. 研究の目的

本研究は、ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその迷いを軽減するための対策を明らかにすることである。

III. 研究の意義

本研究は、ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその迷いを軽減するための対策を明らかにすることにより、看護ケアによる ICU 入室患者の睡眠の分断を減少できる可能性があると考ええる。

IV. 用語の定義

1. 睡眠中

ICU 看護師が、ICU 入室患者が目を瞑っているや寝息が聞こえる、心拍数や血圧の低下などから ICU 入室患者が眠っていると認識している状態のことを指す。

2. 看護ケア

ICU 看護師が自律して必要性を判断し、ICU 入室患者に行う全ての行為のことを指す。

3. 看護師の迷い

ICU 看護師が睡眠中の ICU 入室患者に対して、看護ケアを行うか行わないかの中で感じる心情のことを指す。

4. 対策

ICU 看護師が、過去に ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う際に感じた迷いから、同じような迷いが起こらないように既に行っている工夫や取り組みのことを指す。

第2章 文献検討

I. 睡眠の重要性

ヒトは眠ることによって脳を休息させ、睡眠中に記憶を整理すると考えられている (Paller & Voss, 2004)。また、睡眠は身体を休息させる役割を持ち、睡眠時に分泌される成長ホルモンはタンパク質合成促進作用を持つことから、損傷した組織の回復にも関与しているともいえる (谷田 & 木村, 2009)。さらに、睡眠中には副腎皮質ホルモンやコルチゾールなどのストレスホルモンの分泌が低下するため、過度のストレスが身体に掛かることや免疫機能の低下を防いでいるとも考えられている (小林, 2003)。

II. 睡眠障害の影響

睡眠障害の影響には、主に生理的機能(呼吸、循環、その他)への影響と精神神経機能への影響に大別される (大藤, 2015)。呼吸機能への影響としては、低酸素血症や高炭酸ガス血症への換気応答の低下、上気道開存機能低下、呼吸筋易疲労性などに関連し、人工呼吸器からの離脱に悪影響を与える可能性がある (Friese, 2008)。循環への影響としては、交感神経系の過緊張およびカテコラミン分泌上昇により高血圧、頻脈、心拍出量増加から心筋虚血の危険性が増加する (Friese, 2008)。その他の影響としては、組織修復や細胞性免疫機能が障害されるため、治癒反応に影響が出る可能性がある (Krachman, D' Alonzo & Criner, 1995)。精神神経機能への影響としては、せん妄発症と関連があることは以前より指摘されている (Schwab, 1994)。睡眠障害がせん妄を誘発させることで、人工呼吸期間の延長、ICU在室期間の延長、医療費の増大、死亡率の上昇、ICU退室後の認知機能低下など独立した危険因子であることから (大藤, 2015)、睡眠障害はICU入室患者の予後不良因子となり得る。

III. ICUでの睡眠障害

ICU入室患者の多くが睡眠障害を発症する (Fontana & Pittiglio, 2010)。ICU入室患者の睡眠障害の特徴は、ICUの環境因子(夜間の騒音、昼夜を問わない照明、自然光の欠如、夜間の看護ケアや処置など)、患者因子(敗血症などの重症疾患、全身性の炎症反応、慢性閉塞性肺疾患、心不全、睡眠時無呼吸症候群など患者固有の基礎疾患、手術創部などの疼痛、ベッド上での不動化によるストレスなど)、薬物による影響(循環作動薬、鎮痛鎮静薬、向精神薬、ステロイドなど)など、多様な因子が関与すると考えられている (大藤, 2015)。

IV. ICUでの看護ケアによる睡眠分断

夜間に行われる看護ケアが、患者の睡眠に環境因子として影響を与えている。夜間の看護ケアは1.74回/時間 (Elliott et al., 2013)、医療処置も併せると7.8±4.2回/時間 (Gabor et al., 2003) にもなり、頻回な睡眠の分断の原因となっていることは明らかである。また、ICU入室患者の睡眠の分断となっている医療処置や看護ケアの種類は、質問紙調査を用いた結果では、看護ケアや検査、バイタルサイン測定、採血など (Bihari et al., 2012)、ポリソムノグラフィーを用いた結果では、体位変換、吸引、口腔ケア、バイタルサインの測定 (血圧測定、体温測定) など (山口ら, 2017) がICU患者の睡眠を分断させる可能性が示唆されている。

V. ICUでの睡眠障害予防への取り組み

これまでにICUの環境因子による頻回な睡眠分断を減らし、睡眠を促進する様々な取り組みが行われている。夜間の騒音や昼夜を問わない照明に対しては、耳栓やアイマスクを用いることを実践した結果、睡眠を促進したという報告がある (Van-Rompaey et al., 2012; Rong-fang et al., 2010)。また、夜間の看護ケアに対しても、静穏な時間を設け、患者ケアを一括して行うことを実践した結果、睡眠を促進したという報告もある (Li et al., 2011; Dennis et al., 2010)。一方、ガイドラインでは音や照明を調整し、積極的にケアを日中に集中させるなど、夜間の睡眠環境を整える多角的な取り組みが推奨され (Barr et al., 2013; 布宮 伸 et al., 2014; Devlin et al., 2018)、睡眠促進のための多角的なプロトコルを使用することが推奨されている (Devlin et al., 2018)。しかしながら、広く広まった睡眠促進のための多角的なプロトコルは見当たらない (Hofhuisa et al., 2018)。

VI. ICU入室患者の睡眠に関わるガイドラインの動向

ICU入室患者の睡眠に関連するガイドラインには、2013年に公表された「成人ICU患者の疼痛、不穏およびせん妄管理に関する臨床ガイドライン (PADガイドライン)」 (Barr et al., 2013) や2014年に公表された「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン (J-PADガイドライン)」 (布宮 伸 et al., 2014) があるが、睡眠という項目はなく、また内容も主に鎮静について書かれていた。しかしながら、2018年に公表された「集中治療室における成人患者の痛み、不穏/鎮静、せん妄、不動、睡眠障害の予防および管理のための臨床ガイドライン (PADISガイドライン)」 (Devlin et al., 2018) には、睡眠に関する項目が新たに追加され、ICU入室患者の睡眠の重要性が広く浸透している。

第3章 研究方法

I. 研究のデザイン

半構造化面接法（インタビュー）による質的記述的研究デザインである。

II. 研究の対象

1. 研究の対象施設

ICUの病室タイプには、隣室とカーテンまたはパーテーションで仕切るオープン病室タイプと壁で仕切る個室タイプがある。オープン病室タイプの場合、睡眠中のICU入室患者に対して看護ケア以外にも、隣室からの音や光などの要因によって睡眠の分断が起こる可能性がある。本研究においては、睡眠中のICU入室患者にそれらの要因による睡眠の分断が起こらず、睡眠の分断が看護ケアのみである場面を具体的に想起してもらえよう、ICUの病室タイプが個室タイプである施設を研究対象施設とした。

2. 研究の対象者選択基準・対象者数

研究対象施設のICUに勤務する以下の選択基準（1）、（2）、（3）を満たし、研究同意が得られた看護師5名とした。

1) 選択基準

- （1）睡眠中のICU入室患者に看護ケアを行うか行わないか迷った経験がある看護師
- （2）ICU入室患者に昼間・夜間問わず、日常的に看護ケアを提供している看護師
- （3）研究対象施設のICUで3年以上の看護経験がある看護師

2) 除外基準

- （1）日勤専従または夜勤専従で勤務する看護師

研究対象者の数は、対象者へのアクセスの困難さ、逐語録の作成およびデータ分析に要する作業量と研究期間を勘案し設定した。

研究対象者の選択基準で、看護師経験ではなく研究対象施設のICUで3年以上の看護経験がある看護師としたのは、パトリシア・ベナーの「同様の環境で2～3年働いたことのある看護師の多くは一人前レベル」(Benner, 2000) に従い、データの質の確保のためである。

Ⅲ. 研究の依頼方法

1. 研究対象施設の選定方法

日本集中治療医学会の専門医研修施設に登録された、関東圏内の ICU 病室タイプが個室タイプの施設を機縁法で1施設選定した。

2. 選定した施設・研究対象者への研究依頼方法

選定した施設の看護最高責任者宛に、研究説明を行うことが可能か電話で確認した。研究説明を行うことが可能であったため、研究説明の日時と場所を相談して決定した。研究説明当日は、研究の目的や研究の意義、研究協力の具体的な依頼内容、研究実施に伴う倫理的配慮についての研究説明書（資料1）を用いて説明を行い、研究協力の同意を口頭で得た。その際、選定した施設の研究倫理委員会への申請の必要性を確認し、必要がないことを確認した。また、ICU看護責任者の紹介を依頼した。看護最高責任者に紹介されたICU看護責任者に対して、研究説明書（資料2）を用いて説明を行った。また、研究対象者の条件を満たした看護師に研究説明書（資料3）の配付を依頼し、研究協力の意向がある場合は、研究対象候補者から研究者へ直接 E-mail で連絡をもらった。研究対象候補者から連絡を受けた後、研究説明の日時と場所を相談して決定した。研究説明当日は、研究説明書（資料3）を用いて説明を行い、研究協力の同意が得られた場合は、研究同意書（資料4）に署名を依頼した。同意が得られた場合は、研究同意書に署名を依頼し、研究対象候補者と研究者で1部ずつ保管した。また、研究同意撤回書（資料5）と研究者の宛名を書いた封筒を渡し、同意後に同意撤回の意向がある場合には、同意撤回書の郵送をもっていつでも参加を辞退できることについても説明を行った。研究の同意が得られた研究対象候補者を本研究の研究対象者とし、研究対象者の勤務時間外でインタビューの日時と場所を相談して決定した。

Ⅳ. データの収集

1. データの収集方法

1) インタビューの日時

研究対象者の勤務時間外の日時を相談した上で決定した。

2) インタビューの場所

研究対象者と相談した上で、研究対象者が勤務する施設内のプライバシーの確保できる個室で行った。

3) インタビューガイドの作成

インタビューガイドの作成は、まず研究テーマである「ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策」に関連する研究対象者に尋ねたい質問を思いつく限り全て書き出した。書き出した質問で類似するものをまとめ、それらを網羅する質問を考えた。また、質問は特定の方向に誘導せず、短く、的確に現象を明らかにする言葉を用いて、研究対象者がどんな迷いを経験したのか、その迷いに対してどんな対策をしているのかを、できるだけ詳細に尋ねられるように留意し作成した（資料6）。

4) インタビューの方法

研究者が作成したインタビューガイド（資料6）に従い、研究対象者に口頭で許可が得られた場合はICレコーダーに録音し、半構造化面接法（インタビュー）により音声データを収集した。また、研究者はインタビュー内容を研究用ノートにメモとして残し記録した。

研究対象者の属性は、基本属性情報用紙（資料7）を用いて、研究者が聴取し記載した。インタビューの回数は1人1回、1回40～50分程度とし、途中で中止することが可能であることを伝えた。研究対象者の精神的・身体的負担を確認しながら実施した。

2. データの収集期間

2019年9月4日～2019年9月9日

V. データの分析方法

インタビューで収集した音声データを研究者が逐語録化し、内容を精読して全体の意味を捉えた。「ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い」と「ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策」に関連する内容のまとまりに沿って区切り、区切った文の内容を最も表す表現をコードとした。各研究対象者が語る内容の意味の関連を考察しながら、類似したコードの意味を結びつけてサブカテゴリーとし、さらに抽象度を上げてカテゴリーへと統合した。抽象度を上げる際は研究協力者の語る内容のリアリティが失われないように、研究協力者の言葉を引用し詳細な記述に努めた。データ分析結果の信用性と信憑性を確保するために、インタビュー中に研究対象者が用いた言葉の意味や意図を確認しながら行った。また、研究の全過程において、質的研究に精通した研究指導者にスーパービジョンを受けながら実施し、分析時は各々の過程で繰り返し検討した。

VI. 倫理的配慮

本研究は、人を対象として行う探索的研究であるため、「ヘルシンキ宣言」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮した。

1. 自由意志の尊重

研究の目的や方法、発生し得る利益と不利益について説明し、同意は自由意思であること、研究同意撤回の自由があること、決して同意を強制するものではないことを説明した。また、同意の拒否や撤回は研究対象者の不利益にならないことを説明した。

研究対象候補者が紹介者から研究協力を強制されないよう、研究協力の意向は研究者に直接 E-mail で示すものとし、実際に研究協力をしたかどうかは紹介者に伝えなかった。

2. 研究参加の利益と不利益

研究参加に伴う研究対象者への直接的な利益は想定しなかった。一方、不利益として、インタビューの回答に際し、40～50 分程度の拘束時間が生じた。また、インタビュー回答中または終了後に、研究対象者の精神的・身体的負担が生じる場合を想定した。インタビュー日時は、研究対象者の日常業務および生活に支障のない範囲で行えるよう、研究対象者と相談し決定した。

3. 精神的・身体的負担への対応

研究対象者がインタビューに伴う精神的・身体的負担を訴えた場合や研究者が感じた場合には、インタビューを即時中止し、速やかに ICU 看護責任者に報告し、適切な対応を迅速に受けられるように努めた。インタビューの中止もしくは継続の判断は、研究対象者および ICU 看護責任者と相談の上、決定することになっていた。

4. 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに配慮するため、インタビューはプライバシーの確保できる個室を使用した。研究対象者の了解のもと、IC レコーダーに音声データを録音、また研究者は内容を研究用ノートにメモとして残し記録した。研究対象者の基本情報やインタビューで得られたデータは、第三者に漏れることのないように研究者が責任を持って厳重に管理し、研究目的以外には一切使用しないことを説明した。それらは、両者とも匿名性とプライバシーを保持するために研究対象者に ID 番号を付け、個人が特定できる情報（氏名など）と連結可能な状態にした。ID 対応表、基本属性情報用紙・研究用ノートは聖路加国際大学 2 号館

の研究者が管理する鍵のかかる保管庫で管理した。また、データ管理で使用するパソコンは、研究者のみがアクセスできるよう ID とパスワードの管理を徹底し、盗難・データの漏洩等に十分注意して取り扱った。インタビューの途中で研究対象者から同意撤回の申し出があった場合には、同意撤回書に基づきその時点までに収集したデータは全て破棄することになっていた。個人情報を匿名化したデータは一定期間（3 年）、研究の結果の再現性を保つため厳重に管理し、その後は一切のデータを復元不可能な状態に消去、またはシュレッターなどで細かく裁断し破棄する。

尚、本研究は 2019 年 8 月の聖路加国際大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た上で実施した（承認番号：19-A037）。

第4章 結果

I. 研究対象者

関東圏内1施設のICUに勤務する看護師5名（男性1名、女性4名）から研究協力が得られた。看護師経験年数は平均11.0年（SD: 5.93）、クリティカルケア領域看護師経験年数は平均6.6年（SD: 2.73）、当該ICU看護師経験年数は平均4.8年（SD: 0.98）、職位は全研究対象者スタッフ看護師、専門看護師・認定看護師資格は全研究対象者なし、面接時間は平均38.7分（SD: 3.25）であった（表1）。

表1 研究対象者

n=5

	看護師経験年数	クリティカルケア領域看護師経験年数	当該ICU看護師経験年数	職位	専門看護師認定看護師資格	面接時間
A	9年	6年	6年	スタッフ	なし	41分05秒
B	12年	12年	3年	スタッフ	なし	35分20秒
C	6年	5年	5年	スタッフ	なし	36分08秒
D	22年	5年	5年	スタッフ	なし	36分56秒
E	6年	5年	5年	スタッフ	なし	43分48秒

II. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策

「ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い」と「ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策」に分けて結果を示す。

なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, コードを< >で表す。また、コードの文頭には、日勤帯での迷いまたは対策を示す（日勤）、夜勤帯での迷いまたは対策を示す（夜勤）、両勤務帯での迷いまたは対策を示す（日勤・夜勤）を付記した。

1. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い

ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いは、35個のコード（日勤：3個、日勤・夜勤：8個、夜勤：24個）に集約され、これらのコードから17個のサブカテゴリーが抽出された。さらに、これらのサブカテゴリーは10個のカテゴリーに統合された（表2）。

この10個のカテゴリーは、【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】【鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者を覚醒させてしまう】【睡眠が十分ではない患者を覚醒させてしまう】【ライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者を覚醒させてしまう】【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】【看護ケアを行ったことで患者から咎められないか不安を感じる】【看護ケアは看護計画通

りに行わなくてはならない】【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】であった。以下、カテゴリーごとに結果を示す。

1) 【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】

このカテゴリーには、《鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと》《鎮静薬を投与しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対して、看護ケアを行うことで覚醒させてしまうこと》《僅かな刺激で覚醒してしまうが鎮静をこれ以上深めることができない患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと》の3個のサブカテゴリーが含まれ、<（夜勤）鎮静薬は投与しているが薬効が得られにくく、僅かな刺激で起きてしまう挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う><（夜勤）デクスメドミジンによる鎮静中は僅かな刺激で起きてしまうので、看護ケアを行うことに迷うことが多い>などと語られた。

2) 【鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者を覚醒させてしまう】

このカテゴリーには、《鎮静・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対して、体位変換やバイタルサイン測定、動脈ラインからの血糖測定、胸部・腹部の聴診を行うことで覚醒させてしまうこと》の1個のサブカテゴリーが含まれ、<（夜勤）鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く眠った挿管・非挿管患者に、体位変換やバイタルサイン測定、動脈ラインからの血糖測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまうと考え迷う>などと語られた。

3) 【睡眠が十分ではない患者を覚醒させてしまう】

このカテゴリーには、《昨夜の睡眠が十分ではない患者に対して、起床時の口腔ケアや午前中に清拭を行うことで覚醒させてしまうこと》《連日睡眠が十分ではない患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと》の2個のサブカテゴリーが含まれ、<（夜勤）睡眠薬を投与し夜中（午前3時頃）漸く眠った非挿管患者は睡眠が不足しているため、起床時の口腔ケアを行うことで起こしてしまうと考え迷う><（夜勤）連日眠れていないと話した非挿管患者は睡眠が不足しているため、体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う>などと語られた。

4) 【ライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者を覚醒させてしまう】

このカテゴリーには、《覚醒に伴いライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対して、体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで覚醒させてしまうこと》の

1個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類の誤抜去に繋がるかもしれないと考え迷う＞と語られた。

5) 【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】

このカテゴリーには、《創部痛が落ち着き入眠した患者に対して、体位変換を行うことで創部痛が増強し覚醒させてしまうこと》の1個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）創部が痛くて眠れないと鎮痛薬を希望した挿管・非挿管患者に鎮痛薬を投与し、痛みが落ち着き眠った後に体位変換を行うタイミングになってしまったため、体位変換を行うことで痛みが増強し起こしてしまおうと考え迷う＞などと語られた。

6) 【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】

このカテゴリーには、《看護ケアを行ったことで患者を覚醒させてしまった看護師自身の過去の経験から、また同様に覚醒させてしまおうと不安を感じること》《看護ケアを行ったことで他の看護師に迷惑を掛けてしまった看護師自身の過去の経験から、また同様に迷惑を掛けてしまおうと不安を感じること》の2個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、動脈ラインからの血糖測定を行ったことで起こしてしまったことがあったため不安になって迷う＞＜（日勤・夜勤）看護師自身の休憩時間直前に危険行動のある挿管・非挿管患者に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることで休憩時間中に他の看護師に迷惑を掛けてしまったことがあったため不安になって迷う＞などと語られた。

7) 【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】

このカテゴリーには、《患者が睡眠中だからと体位変換を行わないことで、先輩看護師から咎められないか不安を感じること》《患者が睡眠中だからと体位変換を行わないことで、他の看護師から咎められないか不安を感じること》の2個のサブカテゴリーが含まれ、＜（日勤・夜勤）先輩看護師から体位変換を行わなかったことを責められると考え不安になって迷う＞＜（夜勤）患者が寝ているからと体位変換を行わないことで、他の看護師になぜ行わないのかと言われると考え不安になって迷う＞などと語られた。

8) 【看護ケアを行ったことで患者から咎められないか不安を感じる】

このカテゴリーには、《睡眠薬を投与して漸く眠った患者に体位変換を行うことで覚醒さ

せてしまい、患者から咎められないか不安を感じること》の 1 個のサブカテゴリーが含まれ、〈（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまい、何で起こすんだと言われたり怒った表情をされたりすると考え不安になって迷う〉と語られた。

9) 【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】

このカテゴリーには、《患者が入眠中のため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、看護計画通りに行わなくてはならない組織文化があること》《体位変換や起床時の口腔ケアを看護計画通りに行わなくてはならないこと》《電子カルテ上に体位変換を看護計画通りに行ったことが記録できないこと》の 3 個のサブカテゴリーが含まれ、〈（日勤・夜勤）非挿管患者が眠っているため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、必ず看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならない環境があるため迷う〉〈（夜勤）体位変換は、患者が眠っていても看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないが、夜勤帯の方が圧倒的に迷う機会が多い〉〈（日勤・夜勤）患者が眠っていたため体位変換のタイミングを窺っていたが、電子カルテ上に看護計画で定められている 2 時間毎に体位変換を行い記録しなければならないができないため迷う〉などと語られた。

10) 【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】

このカテゴリーには、《体位変換を行うタイミングを先輩看護師に相談できる環境がないこと》の 1 個のサブカテゴリーが含まれ、〈（日勤・夜勤）体位変換を行うタイミングに迷った際に、先輩看護師に相談しても良い環境がないため迷う〉と語られた。

このように、「ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い」は、10 個のカテゴリーに統合されたが、これらは【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】【鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者を覚醒させてしまう】【睡眠が十分ではない患者を覚醒させてしまう】【ライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者を覚醒させてしまう】【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】という、患者要因によってもたらされる迷い、【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】【看護ケアを行ったことで患者から咎められないか不安を感じる】という、看護師の過去の経験や他者によってもたらされる迷い、【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】という、日常業務や環境によってもたらされる迷い、の 3 つに分類された。

表2 ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷い [カテゴリー：10個、サブカテゴリー：17個、コード：35個(日勤：3個、日勤・夜勤：8個、夜勤：24個)]

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう	鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) 鎮静薬は投与しているが薬効が得られにくく、僅かな刺激で起きてしまう挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
		(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
	鎮静薬を投与しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対して、看護ケアを行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) デクスメデトミジンによる鎮静中は僅かな刺激で起きてしまうので、看護ケアを行うことに迷うことが多い
		(夜勤) プロポフォールよりもデクスメデトミジンによる鎮静中の方が僅かな刺激で起きてしまうので、看護ケアを行うことに迷うことが多い
	僅かな刺激で覚醒してしまうが鎮静をこれ以上深めることができない患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) 現在のデクスメデトミジンの投与量では僅かな刺激で起きてしまい、更に増量したいが副作用によりこれ以上増量できないため、このまま挿管・非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
		(夜勤) 現在のデクスメデトミジンによる鎮静では僅かな刺激で起きてしまい、別の鎮静薬を併用したいが肝機能障害によりできないため、このまま挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者を覚醒させてしまう	鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対して、体位変換やバイタルサイン測定、動脈ラインからの血糖測定、胸部・腹部の聴診を行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) 鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く眠った挿管・非挿管患者に、体位変換やバイタルサイン測定、動脈ラインからの血糖測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまうと考え迷う
		(夜勤) デクスメデトミジンを医師から指示のあった最大投与量まで増量し、照明とかを調整したことで漸く眠った挿管患者に、体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
睡眠が十分ではない患者を覚醒させてしまう	昨夜の睡眠が十分ではない患者に対して、起床時の口腔ケアや午前中に清拭を行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し夜中(午前3時頃)漸く眠った非挿管患者は睡眠が不足しているため、起床時の口腔ケアを行うことで起こしてしまうと考え迷う
		(日勤) 手術後に朝方(午前4時頃以降)入室してきた挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う
	(日勤) 夜間眠れなかったと話した挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う	
ライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者を覚醒させてしまう	連日睡眠が十分ではない患者に対して、体位変換を行うことで覚醒させてしまうこと	(夜勤) 連日眠れていないと話した非挿管患者は睡眠が不足しているため、体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う
		(夜勤) せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類の誤抜去に繋がるかもしれないと考え迷う
創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう	創部痛が落ち着き入眠した患者に対して、体位変換を行うことで創部痛が増強し覚醒させてしまうこと	(夜勤) 創部が痛くて眠れないと鎮痛薬を希望した挿管・非挿管患者に鎮痛薬を投与し、痛みが落ち着き眠った後に体位変換を行うタイミングになってしまったため、体位変換を行うことで痛みが増強し起こしてしまうと考え迷う
		(夜勤) 創部の痛みに対する鎮痛薬の事前指示では痛みが消失しない挿管・非挿管患者に、医師からの鎮痛薬の追加指示をもらい、痛みが落ち着き眠った後に体位変換を行うタイミングになってしまったため、体位変換を行うことで痛みが増強し起こしてしまうと考え迷う
看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる	看護ケアを行ったことで患者を覚醒させてしまった看護師自身の過去の経験から、また同様に覚醒させてしまうと不安を感じる	(夜勤) 創部の痛みが落ち着き眠った挿管・非挿管患者に、体位変換を行うことで再度痛みが増強し起こしてしまったことがあったため不安になって迷う
		(夜勤) 鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、動脈ラインからの血糖測定を行ったことで起こってしまったことがあったため不安になって迷う
		(夜勤) 非挿管患者にとっては、動脈ラインから血糖測定するだけでも起きてしまうので迷う
		(夜勤) 挿管・非挿管患者が眠っていたため体位変換のタイミングを窺っていたが、看護師自身の休憩時間になってしまい、急いで行い起こしたことがあったため不安になって迷う

		(夜勤) 鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、看護ケアを行ったことで起こしてしまい、患者にごめんねと思ったことがあったため迷う (日勤) 清拭やリハビリテーションは身体を動かすため、確実に毎回起こしてしまうので迷う
	看護ケアを行ったことで他の看護師に迷惑を掛けてしまった看護師自身の過去の経験から、また同様に迷惑を掛けてしまうと不安を感じる	(日勤・夜勤) 看護師自身の休憩時間直前に危険行動のある挿管・非挿管患者に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることで休憩時間中に他の看護師に迷惑を掛けてしまったことがあったため不安になって迷う
看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる	患者が睡眠中だからと体位変換を行わないことで、先輩看護師から咎められないか不安を感じる	(日勤・夜勤) 先輩看護から体位変換を行わなかった理由を聞かれると考え不安になって迷う (日勤・夜勤) 先輩看護師から体位変換を行わなかったことを責められると考え不安になって迷う
	患者が睡眠中だからと体位変換を行わないことで、他の看護師から咎められないか不安を感じる	(夜勤) 睡眠薬を投与して漸く眠った非挿管患者に体位変換を行わないことで、他の看護師になぜ行わないのかと思われたり言われたりすると考え不安になって迷う (夜勤) 患者が寝ているからと体位変換を行わないことで、他の看護師になぜ行わないのかと言われると考え不安になって迷う (日勤・夜勤) 他の看護師に体位変換をやっていないと思われたり言われたりするのが嫌
看護ケアを行ったことで患者から咎められないか不安を感じる	睡眠薬を投与して漸く眠った患者に体位変換を行うことで覚醒させてしまい、患者から咎められないか不安を感じる	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまい、何で起こすんだと言われたり怒った表情をされたりすると考え不安になって迷う
看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない	患者が入眠中のため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、看護計画通りに行わなくてはならない組織文化がある	(日勤・夜勤) 非挿管患者が眠っているため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならない環境であるため迷う (日勤・夜勤) 非挿管患者が眠っているため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、2時間毎に体位変換が行われているのか確認している看護師がいるため、看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないため迷う
	体位変換や起床時の口腔ケアを看護計画通りに行わなくてはならない	(夜勤) 体位変換は、患者が眠っていても看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないが、夜勤帯の方が圧倒的に迷う機会が多い (夜勤) 鎮静薬投与終了時間(午前6時)となったため鎮静薬投与は終了したが、薬効が残っている間は挿管・非挿管患者をもう少し寝かせてあげたいと思うが、体位変換や起床時の口腔ケアを看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないため迷う
	電子カルテ上に体位変換を看護計画通りに行ったことが記録できない	(日勤・夜勤) 患者が眠っていたため体位変換のタイミングを窺っていたが、電子カルテ上に看護計画で定められている2時間毎に体位変換を行い、記録しなければならないができないため迷う
看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない	体位変換を行うタイミングを先輩看護師に相談できる環境がない	(日勤・夜勤) 体位変換を行うタイミングに迷った際に、先輩看護師に相談しても良い環境がないため迷う

2. ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策

ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策は、32個のコード（日勤：3個、日勤・夜勤：2個、夜勤：27個）に集約され、これらのコードから28個のサブカテゴリーが抽出された。さらに、これらのサブカテゴリーは8個のカテゴリーに統合された（表3）。

この8個のカテゴリーは、【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】【前倒して看護ケアを行う】【時間帯を変更して看護ケアを行う】【必要性を評価してから看護ケアを行う】【事前に説明してから看護ケアを行う】【覚醒を待って看護ケアを行う】【先輩看護師から学ぶ】【他の看護師に相談する】であった。以下、カテゴリーごとに結果を示す。

1) 【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《睡眠薬を投与し漸く入眠したが僅かな刺激で覚醒してしまう肺合併症のない患者に対する体位変換は、体位変換ではなく除圧を行うこと》《睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、時間指定のある避けられない看護ケアを先に行い覚醒すれば体位変換も行う》《デクスメデトミジンによる鎮静中の患者に対する体位変換は、体位変換の方法を工夫して行うこと》《覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する胸部・腹部の聴診は、手術創の観察が必要なければ着衣のまま行うこと》《ドレーン刺入部からの浸出液が多くガーゼ交換が頻回な患者に対するガーゼ交換は、夜間帯はガーゼを増量してガーゼ交換の回数を減らすこと》《動脈ラインからの血糖測定を行う際は、アラームが鳴らないよう心電図モニターをスリープモードにしてから行うこと》《患者に動脈ラインからの血糖測定を行ったことで覚醒させてしまった看護師の経験から、医師の予定している医療処置に合わせて行うこと》《全身状態が安定している非挿管患者に対するバイタルサイン測定は、必要性が低ければ測定間隔を延長して行うこと》の8個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、肺合併症（無気肺や肺炎）がなければ体位変換ではなく除圧を行う＞＜（夜勤）ドレーン刺入部からの浸出液が多くガーゼ交換が頻回な挿管・非挿管患者の入眠中にガーゼ交換を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、夜間帯はガーゼの枚数を多めに当ててガーゼ交換の回数を減らす＞＜（夜勤）非挿管患者にとっては動脈ラインから血糖測定するだけでも毎回起こしてしまうと考え迷わないように、医師が予定している医療処置（診察や採血）を確認し、極力タイミングを合わせる＞＜（夜勤）全身状態が安定

している非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、急変の危険因子（血圧の低下やドレーンからの出血の有無）を評価し、必要性が低ければ測定間隔を延長して行う＞などと語られた。

2) 【前倒して看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《睡眠薬を希望した患者に対するバイタルサイン測定や動脈ラインからの血糖測定は、睡眠薬投与前に前倒して行うこと》《鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する動脈ラインからの血糖測定は、糖尿病の既往歴がなければ覚醒した際に前倒して行うこと》《患者に動脈ラインからの血糖測定を行ったことで覚醒させてしまった看護師自身の経験から、糖尿病の既往歴がなければ覚醒した際に前倒して行うこと》《睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対するバイタルサイン測定は、覚醒した際に前倒して行うこと》《覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診は、覚醒した際に前倒して行うこと》《眠気を訴えている患者に対する就寝前の口腔ケアは、予定時間を前倒して行うこと》の6個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）眠れないと睡眠薬を希望した非挿管患者に睡眠薬を投与し、眠った後にバイタルサイン測定のタイミングになってしまったため、バイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、睡眠薬投与前にバイタルサイン測定を前倒して行う＞＜（夜勤）非挿管患者にとっては動脈ラインから血糖測定するだけでも毎回起こしてしまうと考え迷わないように、糖尿病の既往歴がなければ起きた時に前倒して行う＞＜（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、起きた時に前倒して行う＞などと語られた。

3) 【時間帯を変更して看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《昨夜の睡眠が十分ではない患者に対する午前中の清拭は、午後に行うことも考慮すること》《昨夜の睡眠が十分ではない患者に対する起床時の口腔ケアは、覚醒しなければ日勤帯に任せること》《鎮静薬の薬効が残存している間は入眠させてあげたいと考えた患者の朝のリハビリテーションは、覚醒しなければ日勤帯に任せること》の3個のサブカテゴリーが含まれ、＜（日勤）手術後に朝方（午前4時頃以降）入室してきた挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、前日の入浴状況や皮膚汚染の有無を観察し、清拭を午後に行おうかと考える＞＜（夜勤）睡眠薬を投与したことで夜中（午前3時頃）漸く眠った非挿管患者は睡眠が不足しているため、起床時の口腔ケア

を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きなければ無理に行わず日勤帯に任せる><（夜勤）鎮静薬投与終了時間（午前6時）となったため鎮静薬投与は終了したが、薬効が残っている間は挿管・非挿管患者をもう少し寝かせてあげたいと思い、朝のリハビリテーションを行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きなければ無理に行わず日勤帯に任せる>などと語られた。

4) 【必要性を評価してから看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、褥瘡発生の危険因子にて必要性を評価してから行うこと》《全身状態が安定している患者に対するバイタルサイン測定や胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子にて必要性を判断してから行うこと》《睡眠薬を投与し漸く入眠しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対する体位変換は、呼吸状態から必要性を評価してから行うこと》の3個のサブカテゴリーが含まれ、<（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、褥瘡発生の危険因子（皮膚の状態や年齢、骨突出の有無、栄養状態）を評価し、必要性を評価してから行う><（夜勤）全身状態が安定している非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、急変の危険因子（血圧の低下やドレーンからの出血の有無）を評価し、必要性を評価してから行う><（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、呼吸状態（SpO₂の低下や無気肺の有無）を評価し、必要性を評価してから行う>などと語られた。

5) 【事前に説明してから看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、事前に必要性や患者に協力して欲しいことを説明してから行うこと》の1個のサブカテゴリーが含まれ、<（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、予め体位変換の必要性や夜間も体位変換を行うことや、起きた時や体位変換希望時にナースコールを押してもらえるよう説明を行う>と語られた。

6) 【覚醒を待って看護ケアを行う】

このカテゴリーには、《睡眠薬を投与し漸く入眠したが僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対する体位変換は、覚醒を待って行うこと》《睡眠薬を投与し漸く入眠した

患者に対する体位変換は、覚醒を待って行うこと》《覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診は、覚醒を待って行うこと》《全身状態が安定している非挿管患者に対する胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子がなければ覚醒を待って行うこと》《鎮静薬の薬効が残存している間は入眠させてあげたいと考えた患者の起床時の口腔ケアは、勤務交代直前まで覚醒を待って行うこと》の5個のサブカテゴリーが含まれ、＜（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きるまで待って行う＞＜（夜勤）せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者の入眠中に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類を誤抜去に繋がると考え迷う際は、起きるまで待って行う＞＜（夜勤）全身状態が安定している非挿管患者の胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子（SpO₂の低下やドレーンからの出血の有無）がなければ起きるまで待って行う＞などと語られた。

7) 【先輩看護師から学ぶ】

このカテゴリーには、《先輩看護師の看護ケアを行うタイミングを見て学ぶこと》の1個のサブカテゴリーが含まれ、＜（日勤・夜勤）患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、先輩看護師から咎められないかと考え迷う際は、先輩看護師の看護ケアを行うタイミングを見て少しずつ学ぶ＞と語られた。

8) 【他の看護師に相談する】

このカテゴリーには、《他の看護師に看護ケアを行うタイミングを相談すること》の1個のサブカテゴリーが含まれ、＜（日勤・夜勤）患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、他の看護師から咎められないかと考え迷う際は、他の看護師に看護ケアを行うタイミングを相談する＞と語られた。

表3 ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策 [カテゴリー：8個、サブカテゴリー：28個、コード数：32個（日勤：3個、日勤・夜勤：2個、夜勤：27個）]

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
方法や間隔を変更して看護ケアを行う	睡眠薬を投与し漸く入眠したが僅かな刺激で覚醒してしまう肺合併症のない患者に対する体位変換は、体位変換ではなく除圧を行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、肺合併症(無気肺や肺炎)がなければ体位変換ではなく除圧を行う
	睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、時間指定のある避けられない看護ケアを先に行い覚醒すれば体位変換も行う	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、まず時間指定のある避けられない動脈ラインからの血糖測定を行い、その時に起きれば体位変換も行う
	デクスメドミジンによる鎮静中の患者に対する体位変換は、体位変換の方法を工夫して行うこと	(夜勤) デクスメドミジンにより鎮静中の挿管・非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと迷う際は、側臥位から側臥位(例:左側臥位→右側臥位)にするのではなく、側臥位から仰臥位にし、次に体位変換を行う際に側臥位(例:左側臥位→仰臥位→右側臥位)にする
	覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する胸部・腹部の聴診は、手術創の観察が必要なければ着衣のまま行うこと	(夜勤) せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者の入眠中に胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類を誤抜去に繋がると考え迷う際は、手術創の観察が必要なければ服の上から行う
	ドレーン刺入部からの浸出液が多くガーゼ交換が頻回な患者に対するガーゼ交換は、夜間帯はガーゼを増量してガーゼ交換の回数を減らすこと	(夜勤) ドレーン刺入部からの浸出液が多くガーゼ交換が頻回な挿管・非挿管患者の入眠中にガーゼ交換を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、夜間帯はガーゼの枚数を多めに当ててガーゼ交換の回数を減らす
	動脈ラインからの血糖測定を行う際は、アラームが鳴らないよう心電図モニターをスリープモードにしてから行うこと	(夜勤) 動脈ラインからの血糖測定を行う際にアラームの音で起こしてしまったことがあるため、アラームが鳴らないよう心電図モニターをスリープモードにしてから行う
	患者に動脈ラインからの血糖測定を行ったことで覚醒させてしまった看護師の経験から、医師の予定している医療処置に合わせて行うこと	(夜勤) 非挿管患者にとっては動脈ラインから血糖測定するだけでも毎回起こしてしまうと考え迷わないように、医師が予定している医療処置(診察や採血)を確認し、極力タイミングを合わせる
	全身状態が安定している非挿管患者に対するバイタルサイン測定は、必要性が低ければ測定間隔を延長して行うこと	(夜勤) 全身状態が安定している非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、急変の危険因子(血圧の低下やドレーンからの出血の有無)を評価し、必要性が低ければ測定間隔を延長して行う
前倒して看護ケアを行う	睡眠薬を希望した患者に対するバイタルサイン測定や動脈ラインからの血糖測定は、睡眠薬投与前に前倒して行うこと	(夜勤) 眠れないと睡眠薬を希望した非挿管患者に睡眠薬を投与し、眠った後にバイタルサイン測定のタイミングになってしまったため、バイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、睡眠薬投与前にバイタルサイン測定を前倒して行う (夜勤) 眠れないと睡眠薬を希望した非挿管患者に睡眠薬を投与し、眠った後に動脈ラインからの血糖測定のタイミングになってしまったため、動脈ラインからの血糖測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、睡眠薬投与前に動脈ラインからの血糖測定を前倒して行う
	鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する動脈ラインからの血糖測定は、糖尿病の既往歴がなければ覚醒した際に前倒して行うこと	(夜勤) 鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く眠った挿管・非挿管患者に動脈ラインからの血糖測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、糖尿病の既往歴がない場合は起きた時に前倒して行う
	患者に動脈ラインからの血糖測定を行ったことで覚醒させてしまった看護師自身の経験から、糖尿病の既往歴がなければ覚醒した際に前倒して行うこと	(夜勤) 非挿管患者にとっては動脈ラインから血糖測定するだけでも毎回起こしてしまうと考え迷わないように、糖尿病の既往歴がなければ起きた時に前倒して行う
	睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対するバイタルサイン測定は、覚醒した際に前倒して行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、起きた時に前倒して行う
	覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診は、覚醒した際に前倒して行うこと	(夜勤) せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者の入眠中に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類を誤抜去に繋がると考え迷わないように、起きた時に前倒して行う
	眠気を訴えている患者に対する就寝前の口腔ケアは、予定時間を前倒して行うこと	(夜勤) 消灯前に眠ってしまった挿管・非挿管患者に就寝前の口腔ケアを起こしてまで行う必要があるのかと考え迷わないように、夕方18時頃より眠気を訴えている場合は早めに就寝前の口腔ケアを行う

時間帯を変更して看護ケアを行う	昨夜の睡眠が十分ではない患者に対する午前中の清拭は、午後に行うことも考慮すること	(日勤) 手術後に朝方(午前4時頃以降)入室してきた挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、前日の入浴状況や皮膚汚染の有無を観察し、清拭を午後に行おうかと考える
		(日勤) 手術後に朝方(午前4時頃以降)入室してきた挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、午前中にICUから転床予定がなければ午後に行おうかと考える
		(日勤) 夜間眠れなかったと訴えのあった挿管・非挿管患者は睡眠が不足しているため、午前中に清拭を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、午前中にICUから転床予定がなければ午後に行おうかと考える
昨夜の睡眠が十分ではない患者に対する起床時の口腔ケアは、覚醒しなければ日勤帯に任せること	鎮静薬の薬効が残存している間は入眠させてあげたいと考えた患者の朝のリハビリテーションは、覚醒しなければ日勤帯に任せること	(夜勤) 睡眠薬を投与したことで夜中(午前3時頃)漸く眠った非挿管患者は睡眠が不足しているため、起床時の口腔ケアを行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きなければ無理に行わず日勤帯に任せる
		(夜勤) 鎮静薬投与終了時間(午前6時)となったため鎮静薬投与は終了したが、薬効が残っている間は挿管・非挿管患者をもう少し寝かせてあげたいと思い、朝のリハビリテーションを行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きなければ無理に行わず日勤帯に任せる
		(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、褥瘡発生の危険因子(皮膚の状態や年齢、骨突出の有無、栄養状態)を評価し、必要性を評価してから行う
必要性を評価してから看護ケアを行う	睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、褥瘡発生の危険因子にて必要性を評価してから行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、褥瘡発生の危険因子(皮膚の状態や年齢、骨突出の有無、栄養状態)を評価し、必要性を評価してから行う
	全身状態が安定している患者に対するバイタルサイン測定や胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子にて必要性を判断してから行うこと	(夜勤) 全身状態が安定している非挿管患者にバイタルサイン測定を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、急変の危険因子(血圧の低下やドレーンからの出血の有無)を評価し、必要性を評価してから行う
	睡眠薬を投与し漸く入眠しても僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対する体位変換は、呼吸状態から必要性を評価してから行うこと	(夜勤) 全身状態が安定している非挿管患者を起こしてまで胸部・腹部の聴診を行う必要があるのか考え迷う際は、急変の危険因子(SpO ₂ の低下やドレーンからの出血の有無)を評価し、必要性を評価してから行う
事前に説明してから看護ケアを行う	睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、事前に必要性や患者に協力して欲しいことを説明してから行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷わないように、予め体位変換の必要性や夜間も体位変換を行うことや、起きた時や体位変換希望時にナースコールを押してもらえよう説明を行う
		(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、呼吸状態(SpO ₂ の低下や無気肺の有無)を評価し、必要性を評価してから行う
覚醒を待って看護ケアを行う	睡眠薬を投与し漸く入眠したが僅かな刺激で覚醒してしまう患者に対する体位変換は、覚醒を待って行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きるまで待って行う
	睡眠薬を投与し漸く入眠した患者に対する体位変換は、覚醒を待って行うこと	(夜勤) 睡眠薬を投与し漸く眠った非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、起きるまで待って行う
	覚醒することでライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者に対する体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診は、覚醒を待って行うこと	(夜勤) せん妄や意識障害のある挿管・非挿管患者の入眠中に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることでライン類を誤抜去に繋がると考え迷う際は、起きるまで待って行う
	全身状態が安定している非挿管患者に対する胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子がなければ覚醒を待って行うこと	(夜勤) 全身状態が安定している非挿管患者の胸部・腹部の聴診は、急変の危険因子(SpO ₂ の低下やドレーンからの出血の有無)がなければ起きるまで待って行う
	鎮静薬の薬効が残存している間は入眠させてあげたいと考えた患者の起床時の口腔ケアは、勤務交代直前まで覚醒を待って行うこと	(夜勤) 鎮静薬投与終了時間(午前6時)となったため鎮静薬投与は終了したが、薬効が残っている間は挿管・非挿管患者をもう少し寝かせてあげたいと思い、起床時の口腔ケアを行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、日勤帯との勤務交代直前まで起きるのを待って行う
先輩看護師から学ぶ	先輩看護師の看護ケアを行うタイミングを見て学ぶこと	(日勤・夜勤) 患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、先輩看護師から咎められないかと考え迷う際は、先輩看護師の看護ケアを行うタイミングを見て少しずつ学ぶ
他の看護師に相談する	他の看護師に看護ケアを行うタイミングを相談すること	(日勤・夜勤) 患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、他の看護師から咎められないかと考え迷う際は、他の看護師に看護ケアを行うタイミングを相談する

第5章 考察

本研究における研究目的は、ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその迷いを軽減するための対策を明らかにすることである。前章の結果から、ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いは、【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】【鎮静薬・睡眠薬を投与し漸く入眠した患者を覚醒させてしまう】【睡眠が十分ではない患者を覚醒させてしまう】【ライン類の誤抜去に繋がる可能性のある患者を覚醒させてしまう】【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】【看護ケアを行ったことで患者から咎められないか不安を感じる】【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】という10個のカテゴリーに統合され、これらのカテゴリーは「患者要因によってもたらされる迷い」「看護師の過去の経験や他者によってもたらされる迷い」「日常業務や環境によってもたらされる迷い」の3つに分類された。また、ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策は、【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】【前倒して看護ケアを行う】【時間帯を変更して看護ケアを行う】【必要性を評価してから看護ケアを行う】【事前に説明してから看護ケアを行う】【覚醒を待って看護ケアを行う】【先輩看護師から学ぶ】【他の看護師に相談する】という8個のカテゴリーに統合された。そこで、本章では3つに分類された迷いを軸に、迷いと対策の特徴について考察する。また、専門看護師としての支援について考察する。

I. 患者要因によってもたらされる迷いと対策の特徴

前章の結果から、<（夜勤）デクスメデトミジンによる鎮静中は僅かな刺激で起きてしまうので、看護ケアを行うことに迷うことが多い>や<（夜勤）プロポフォールよりもデクスメデトミジンによる鎮静中の方が僅かな刺激で起きてしまうので、看護ケアを行うことに迷うことが多い>などのコードを含む【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】の迷いは、コードの多くがデクスメデトミジンを鎮静薬として投与している患者であったことから、浅い鎮静管理の患者という要因によって迷いが生じていたと考えられた。デクスメデトミジンは、軽い刺激で容易に覚醒し、意思の疎通が良好であり、呼吸抑制がほとんどないという、他の鎮静薬にない利点（布宮 伸 et al., 2014）があるため、浅い鎮静管理に最適な鎮静薬である。一昔前の鎮静管理は、看護ケアを行っても覚醒することが少ない程の深い鎮静管理が一般的であった。しかしながら、現在の鎮静管理は、浅い鎮

静深度を維持することにより、人工呼吸器間や ICU 入室期間の短縮など、患者アウトカムが改善する（布宮 伸 et al., 2014）とガイドラインで示されたことで、浅い鎮静管理が一般的となっている。また、最新のガイドラインにおいても、抜管までの時間の短縮や気管切開率の減少との関連があることから浅い鎮静を用いることを提案する（Devlin et al., 2018）とされている。そのため、今後も浅い鎮静管理の患者という要因によって生じる迷いの頻度が高いことも考えられた。このように、ガイドラインからも浅い鎮静管理が一般的になったことで迷いが生じていたと考えられた。一方、【鎮静薬・睡眠薬を投与しても僅かな刺激で患者が覚醒してしまう】の対策は、＜（夜勤）デクスメドミジンにより鎮静中の挿管・非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと迷う際は、側臥位から側臥位（例：左側臥位→右側臥位）にするのではなく、側臥位から仰臥位にし、次に体位変換を行う際に側臥位（例：左側臥位→仰臥位→右側臥位）にする＞などのコードを含む【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】や＜（夜勤）睡眠薬を投与し漸く眠ったが、僅かな刺激で起きてしまう非挿管患者に体位変換を行うことで起こしてしまうと考え迷う際は、呼吸状態（SpO₂の低下や無気肺の有無）を評価し、必要性を評価してから行う＞などのコードを含む【必要性を評価してから看護ケアを行う】などであり、本研究においては深い鎮静管理に変更するといった対策がなかったことから、ICU 看護師は浅い鎮静管理の必要性を理解した上で、できるだけ入眠中の ICU 入室患者を覚醒させないよう対策を講じていたことが示唆された。

次に、＜（夜勤）創部の痛みに対する鎮痛薬の事前指示では痛みが消失しない挿管・非挿管患者に、医師からの鎮痛薬の追加指示をもらい、痛みが落ち着き眠った後に体位変換を行うタイミングになってしまったため、体位変換を行うことで痛みが増強し起こしてしまうと考え迷う＞などのコードを含む【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】の迷いは、コードに創部の痛みとあるように術後患者であると考えられ、看護ケアを行うことで術後疼痛が増強することは避けたい、また鎮痛薬の事前指示では鎮痛効果が得られなかったことから、看護ケアを行った後の術後疼痛管理に難しさのある患者という要因によって迷いが生じていたと考えられた。術後疼痛緩和に対する看護師の認識を検討した研究では、術後疼痛は軽減されるべきものとの認識が ICU 看護師には徹底している（江原ら、2001）という報告や、外科系病棟看護師の術後疼痛管理の問題を検討した研究では、鎮痛薬の使用において、鎮痛薬使用制限・無効時の痛み対応の難しさ（山本、遠藤 & 井川、2014）が報告されている。このように、研究からも疼痛の増強を避けたいや、術後鎮痛管理の難しさによって迷いが生じていたと考えられた。一方、【創部痛が増強し患者を覚醒させてしまう】の対策は、本研究においては対策が示されなかった。これは、鎮痛管理は看護師だけで行う非薬学的な対策だけでは限界があり、またインタビューの際に看護師だけで行っている対策を

想像していた可能性があった。ガイドラインでは、処置に伴う痛みを軽減するための薬理的介入（先行性鎮痛）として、[ICUにおけるベッドサイドの処置には、日常的な処置（例えば、体位変換）と個別の処置（例えば、動脈カテーテル挿入）がある。処置中のより激しい痛みを防ぐために、処置前に痛みを評価し、適切に治療する必要がある]（Devlin et al., 2018）と示されているため、看護ケア（日常的な処置）を行う前に疼痛スケールを用いて痛みを評価し、医師と先行性鎮痛や鎮静薬の増量・変更といった薬理的な対策を講じる必要があったと考えられた。

II. 看護師の過去の経験や他者によってもたらされる迷いと対策の特徴

前章の結果から、<（夜勤）鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、動脈ラインからの血糖測定を行ったことで起こしてしまったことがあったため不安になって迷う>や<（夜勤）鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、看護ケアを行ったことで起こしてしまい、患者にごめんねと思ったことがあったため迷う>などのコードを含む【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】の迷いは、コードの多くが看護ケアを行ったことで患者を覚醒させてしまった経験や謝罪の言葉があったことから、患者に対して看護ケアを行った過去の経験によって迷いを生じていたと考えられた。また、【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】の迷いは、<（日勤・夜勤）看護師自身の休憩時間直前に危険行動のある挿管・非挿管患者に体位変換やバイタルサイン測定、胸部・腹部の聴診を行うことで起こしてしまい、体動が激しくなることで休憩時間中に他の看護師に迷惑を掛けてしまったことがあったため不安になって迷う>のコードも含み、他の看護師に対する過去の経験によっても迷いを生じていたと考えられた。身体抑制に関する研究では、[ICUでは自己抜去されれば生命に関わるルート、チューブ類が多く看護師はそのリスクを常に感じながら業務を行っており、自己抜去が起きた時には、自責の念、罪悪感、心理的ストレスなどが経験として強く脳裏にやきつき、似たような状況に置かれると予防策を講じようとし、予防的に抑制は行われていく]（伊藤， 工藤 & 出島， 2008）や[看護師としての経験を積むうちに、抑制を行わなかったことによる事故を経験しており、その<過去の経験から来る事故への恐怖>が、看護師の患者の安全を守らなくてはという思いや【自分自身を守りたいという潜在意識】によって、より安全な手段としての抑制に繋がるという背景があると推察する]（今村， 八木， 2019）と報告されている。このように、研究からも過去の経験から看護師の判断が変化することで迷いを生じていたと考えられた。一方、【看護ケアを患者に行った過去の経験から不安を感じる】の迷いの対策は、<（夜勤）非挿管患者にとっては動脈ラインから血糖測定するだけでも毎回起こしてしまうと考え迷わないように、糖尿病の既往歴がなけ

れば起きた時に前倒して行う>のコードを含む【前倒して看護ケアを行う】や<(夜勤)動脈ラインからの血糖測定を行う際にアラームの音で起こしてしまったことがあるため、アラームが鳴らないよう心電図モニターをスリープモードにしてから行う>などのコードを含む【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】であり、過去の経験を看護師自身が振り返ることで迷いの対策を見出し、過去の経験と同じような迷いが起こらないように対策を講じていたことが考えられた。これは、デービッド・コルブが提唱した「経験する→内省する→教訓を引き出す→新しい状況に適応する」という経験学習サイクル(松尾, 2011)に従っていたと考えられた。このように、看護師自身が経験学習サイクルに従って対策を講じることも重要であるが、[内省を自分一人で実践すると、どうしても自分の枠組みを超えられないことが多い。自分の固定概念が内省の邪魔をするのである。「語るべき他者」「応答してくれる他者」に自分の経験を語るという客観化する行為を通したほうが、人は自分を見つめ直すことが容易になる。自分のあり方や行動について自己開示し、誰かと経験を共有するほど内省は深化する](河野, 2012)といわれているように、過去の経験を看護師同士で話す機会を持つことで、さらにさまざまな迷いの対策を講じることができたことも示唆された。

次に、<(日勤・夜勤)先輩看護から体位変換を行わなかった理由を聞かれると考え不安になって迷う>や<(夜勤)患者が寝ているからと体位変換を行わないことで、他の看護師になぜ行わないのかと言われると考え不安になって迷う>などのコードを含む【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】の迷いは、看護師自身が患者の睡眠状況から今すぐに看護ケアを行わなくても良いと判断したが、他の看護師から看護ケアを行わないことに対して咎められるのではないかと不安を感じたことによって迷いを生じていたと考えられた。看護師の医療機器使用の迷いと対策に関する研究では、[他の看護師の判断と違っているまたは違っていたことを知った時に生じる疑問や不安で、再び同じような場面に遭遇したときに、また他の看護師と違った判断をしてしまうのではないかと、自分の判断が正しいのかどうかと、看護的判断を鈍らせてしまう可能性がある](津田, 栗原 & 越野, 2014)と報告されている。また、看護師の臨床判断に関する研究では、[臨床判断の影響要因のなかで、「看護行為遂行による自己防衛の心理」は、看護師が周囲からの非難を避けるため不必要な看護行為でも遂行することで責任を果たしたと考えたり、自己満足のためにケアしたり、看護師の心理状態により患者にとって適切な看護行為に結びつかないことが示唆される](藤内, 宮腰, 2005)と報告されている。このように、看護ケアの必要性を判断しても、他の看護師から咎められることで判断を鈍らせたり、不必要と判断した看護ケアでも他の看護師から咎められないよう行ったりすることで、睡眠の分断が起こっていたことが示唆された。一方、【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められ

ないか不安を感じる】の対策は、＜（日勤・夜勤）患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、先輩看護師から咎められないかと考え迷う際は、先輩看護師の看護ケアを行うタイミングを見て少しずつ学ぶ＞のコードを含む【先輩看護師から学ぶ】や＜（日勤・夜勤）患者が眠っているからと看護ケアを行わないことで、他の看護師から咎められないかと考え迷う際は、他の看護師に看護ケアを行うタイミングを相談する＞のコードを含む【他の看護師に相談する】であった。松尾（2011）は、〔経験から学習する要素を高める原動力として「つながり」を挙げ、同僚、上司、先輩といった他者との関係を通して成長する〕として、他の看護師や先輩看護師との「つながり」を通じた対策を講じていたことが考えられた。

Ⅲ. 日常業務や環境によってもたらされる迷いと対策の特徴

前章の結果から、＜（日勤・夜勤）非挿管患者が眠っているため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、2時間ごとに体位変換が行われているのか確認している看護師がいるため、看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないため迷う＞や＜（日勤・夜勤）患者が眠っていたため体位変換のタイミングを窺っていたが、電子カルテ上に看護計画で定められている2時間ごとに体位変換を行い、記録しなければならないができないため迷う＞のコードも含む【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】の迷いは、看護師自身が患者の睡眠状況から今すぐに看護ケアを行わなくても良いと判断しても、他の看護師が看護ケアを看護計画通りに行っているか確認していることや、電子カルテ上に看護計画通りに看護ケアを行ったことが記録できないことに不安を感じたことによって迷いを生じていたと考えられた。このように、看護ケアを行っていないことで他の看護師に非難されないよう、患者の睡眠状況に関係なく必ず看護計画通りに看護ケアを行うことや、患者の睡眠状況に関係なく電子カルテ上に看護ケアを看護計画通りに行ったことを記録するために看護ケアを行うことは、〔臨床判断の影響要因のなかで、「看護行為遂行による自己防衛の心理」〕（藤内，宮腰，2005）によって、睡眠の分断が起こっていたことが示唆された。また、看護計画で実施時間・間隔が定められた看護ケア、言い換えるとルーチン化された看護ケアには、体位変換やバイタルサイン測定、清拭などが挙げられる。このルーチン化された看護ケアとして挙げられた看護ケアは、本研究において ICU 入室患者が睡眠中のため、看護ケアを行うことに迷った際に行おうとしていた看護ケアと一致していた。つまり、看護ケアがルーチン化されていることで、【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】という迷いを生じていたと考えられた。〔ルーチン化の目的は、考える時間を節約し、その他の作業に十分な時間を費やすことで、全体の質を高める、維持する、効率を上げる、

無駄を省く、などを目的としている。また、ルーチン化は一つ一つ選択するストレスを減らし、慣れた作業を繰り返すことで、精神的・肉体的疲労を最小限に留めることができ、人間の行動に都合が良いことが多い] (長谷川, 2014) とされ、ICU 看護師のストレスが高いことが指摘されている (尾崎, 池上, 奥野, 2013) 点からも、ICU にとってルーチン化された看護ケアは適していたと考えられる。しかしながら、ルーチン化された看護ケアによって【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】という迷いを生じていたと考えられるだけでなく、患者に睡眠の分断といった不利益を与えていたことも示唆された。本研究においては、ルーチン化された看護ケアの中でも、特に体位変換を行おうとした際の迷いの頻度が多かった。これは、ルーチン化された看護ケアの中で、最も頻繁に行われているだけでなく、実施間隔や実施間隔通りに行わなかったことで褥瘡発生という合併症が起こることが広く浸透しているためと考えられた。一方、ICU で体位変換と同様に頻回に行われている気管吸引を行う際の迷いは、本研究において全くコードになかった。これは、気管吸引が生命に直結する看護ケアであるため迷わなかっただけでなく、一昔前のルーチン化された看護ケアから必要性を判断して行う看護ケアに変わったからであると考えられる。実際、ガイドラインでは、[1~2 時間毎というように時間を決めてルーチンに行うべきではなく、必要と判断された状況においてのみ気管吸引を行うことを推奨する] (中根ら., 2013) と示されている。しかし、ルーチン化されている看護ケアであっても、患者の状況によって実施時間・間隔や方法などを変更させることができれば、ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いを軽減させるだけでなく、より質の高い看護ケアを提供できるようになると考えられた。

次に、< (夜勤) 体位変換は、患者が眠っていても看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないが、夜勤帯の方が圧倒的に迷う機会が多い > などのコードも含む【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】の迷いは、患者の睡眠状況に関わらず看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならないが、夜勤帯という夜間に看護ケアを行うことによって迷いを生じていたと考えられた。本研究において、意図的に昼間・夜間を規定せず「睡眠中」という言葉を用いた。しかしながら、全ての迷いのコードで夜勤帯が最も多かった。これは、一般的にヒトの睡眠といえば夜間を想像するが、ICU 看護師にとっての睡眠も夜間を想像していたと推察できた。一方、ICU へ入室する成人重症患者の睡眠の特徴として、日中の睡眠時間が総睡眠時間の 57% まで及ぶことがある (Córdoba-Izquierdo et al., 2013) と報告されている。つまり、ICU 入室患者は日中も入眠しているが、ICU 看護師にとっては、それを睡眠とは認識しておらず、迷いなく覚醒させ看護ケアを行っていたことが示唆された。

そして、＜（日勤・夜勤）体位変換を行うタイミングに迷った際に、先輩看護師に相談しても良い環境がないため迷う＞のコードを含む【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】の迷いは、患者の睡眠状況から看護ケアを行うタイミングに迷った際に、相談できる環境がないことによって迷いを生じていたと考えられた。ICU 看護師のストレスの特徴に関する研究では、[強い緊張感を強いられる ICU という職場で、よりよい看護を実施していくためには、共に働く看護師間の人間関係、そのための良質なコミュニケーションが重要である]（尾崎，池上 & 奥野，2013）と報告され、[信頼できる他者との「つながり」を持っているかどうかは、人の成長を大きく左右する]（松尾，2011）とされている。しかしながら、看護ケアを行うタイミングの相談だけでなく、迷いを感じている気持ちを他の看護師と共有することや信頼できる他の看護師との「つながり」もない中で迷いを感じていたと推察された。一方、日常業務や環境によってもたらされる迷いに分類された【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】や【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】の迷いには、本研究において迷いの対策が示されなかった。これは、今回の研究対象者全員が、職位や専門看護師・認定看護師資格のないスタッフ看護師であったことで、看護計画通りに看護ケアを行わなくてはならない環境や、迷いを相談できない環境を変えることが困難であったことが考えられた。

IV. 専門看護師としての支援

日本看護協会は、[専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的]とし、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の 6 つの役割を果たすとしている。また、急性・重症患者看護専門看護師は、[緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援する]としている。

これを踏まえて、本研究における迷いと対策について、経験学習に対するコーチング、看護チームで統一した看護ケアの提供を軸に、専門看護師としての支援について考察する。

経験学習に対するコーチングは、専門看護師の 6 つの役割の中で、主に教育に関わることであると考えられる。日本看護協会は、専門看護師の教育の役割を[看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす]と定義している。本研究においては、＜（夜勤）鎮静薬を投与し漸く眠った挿管患者に、動脈ラインからの血糖測定を行ったことで起こしてしまったことがあったため不安になって迷う＞といった【看護ケアを患者に行った過去の経験から

不安を感じる】の迷いに対して、＜（夜勤）動脈ラインからの血糖測定を行う際にアラームの音で起こしてしまったことがあるため、アラームが鳴らないよう心電図モニターをスリープモードにしてから行う＞といった【方法や間隔を変更して看護ケアを行う】という対策が行われていた。これは前述したように、デービッド・コルブが提唱した「経験する→内省する→教訓を引き出す→新しい状況に適応する」という経験学習サイクル（松尾，2011）に従い、過去の経験を看護師自身が振り返ることで迷いの対策を見出し、過去の経験と同じような迷いが起こらないように対策を講じていたことが考えられた。一方、[内省を自分一人で実践すると、どうしても自分の枠組みを超えられないことが多い。自分の固定概念が内省の邪魔をするのである。「語るべき他者」「応答してくれる他者」に自分の経験を語るという客観化する行為を通したほうが、人は自分を見つめ直すことが容易になる。自分のあり方や行動について自己開示し、誰かと経験を共有するほど内省は深化する]（河野，2012）といわれている。さらに、[モーガン・マッコールは、社会人の学習について「経験だけで成長するということではない。経験と成長を結びつける触媒が必要である。成長の主な触媒は、他者の成長を支援しようと思っている人が存在する環境」]（河野，2012）であるといっている。つまり、経験学習の際に内省をコーチングする他者の存在や他者の成長を支援しようとする他者のいる環境の両方が必要であると考えられる。しかしながら、本研究においては、＜（日勤・夜勤）体位変換を行うタイミングに迷った際に、先輩看護師に相談しても良い環境がないため迷う＞といった【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】という迷いがあるように、この両方が十分ではないことが考えられた。そのため、専門看護師が教育の役割を担い、経験学習の内省の際のコーチングする他者になるだけでなく、コーチングを受けた看護師自身が他の看護師をコーチングする他者になれるよう教育的に関わることで、専門看護師が不在であっても他者の成長を支援しようとする他者のいる環境を作ることができる考える。

次に、看護チームで統一した看護ケアの提供は、専門看護師の6つの役割の中で、主に調整・教育・研究に関わることであると考える。日本看護協会は、専門看護師の調整の役割を[必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々とのコーディネーションを行う]と定義し、教育の役割は前述したように定義し、研究の役割を[専門知識及び技術の向上並びに開発を図るために実践の場における研究活動を行う]と定義している。本研究においては、＜（夜勤）患者が寝ているからと体位変換を行わないことで、他の看護師になぜ行わないのかと言われると考え不安になって迷う＞といった【看護ケアを行わないことで他の看護師から咎められないか不安を感じる】の迷いや、＜（日勤・夜勤）非挿管患者が眠っているため体位変換を行うタイミングを窺っていたが、2時間ごとに体位変換が行われ

ているのか確認している看護師がいるため、看護計画で定められている実施時間・間隔で行わなくてはならないため迷う」といった【看護ケアは看護計画通りに行わなくてはならない】の迷いは、看護チームで睡眠中の患者に対する看護ケアの必要性や提供方法を統一できていないことによる迷いであると考えられる。また、<（日勤・夜勤）体位変換を行うタイミングに迷った際に、先輩看護師に相談しても良い環境がないため迷う」といった【看護ケアを行うタイミングを相談できる環境がない】の迷いは、看護チームで睡眠中の患者に対する看護ケアの必要性や提供方法を全く話し合われていないことによる迷いであると考えられる。つまり、看護チームで睡眠中の患者に対する看護ケアの必要性や提供方法を話し合い統一することが必要であると考えられる。そのため、専門看護師が調整の役割として、看護チームで睡眠中の患者に対する看護ケアの必要性や提供方法を話し合う場を調整し、研究の役割としてルーチン化されている看護ケアの必要性を関連研究からエビデンスを収集し、教育の役割として一連の過程を教育的に関わることで、専門看護師が不在であっても同様に看護チームで話し合える環境を作ることができるように考える。CNS が看護実践にもたらした効果として、[CNS の介入によって、チーム内で統一したケアを継続して提供できるようになり、その結果、チーム内に良好なコミュニケーションが生まれ、チームを活性化した]（高橋，2009）と報告されている。このように看護チームが活性化することで、看護ケアが適正に行われつつ、患者の睡眠の分断を最小限に抑えた、質の高い看護ケアを提供できるようになると考えられる。

V. 看護への示唆

本研究は、ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策について明らかにした初めての研究である。ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いは、患者要因によってもたらされる迷いだけでなく、ガイドラインに従った管理を行うことやルーチン化された看護ケア、看護師同士で話し合える環境が十分でないことによっても迷いを生じていたことが考えられた。また、ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策は、看護師自身の過去の経験から看護ケアを行う方法やタイミングを考え行っていたが、看護チームで看護ケアの必要性や方法を話し合い、統一することも必要であることが考えられた。

そのため、日頃から迷いや不安などを看護師同士で話し合える環境を作っていくことが非常に重要であるということ、本研究を通して改めて明らかとなった。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究対象者を 1 施設の当該 ICU で 3 年以上の看護師経験を持つ 5 名の看護師としたため、施設状況や医療体制等が反映されている可能性がある。

今後は、複数の施設での調査を行い、より精度を高めることが課題である。また、看護師同士で ICU 入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策について話し合う機会を設け、看護チーム全体で睡眠促進のための多角的なプロトコルの作成へと繋げていく必要がある。

第6章 結論

本研究では、ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策が明らかになった。ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いは、患者要因によってもたらされる迷いだけでなく、ガイドラインに従った浅い鎮静管理を行うことやルーチン化された看護ケア、看護師同士で迷いや不安などを話し合える環境が十分でないことによっても迷いを生じていたことが考えられた。また、ICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いの対策は、看護師自身の過去の経験から看護ケアを行う方法やタイミングを考え行っていたが、看護チームで看護ケアの必要性や方法を話し合い、統一することも必要であることが考えられた。今後は、看護師同士でICU入室患者の睡眠中に看護ケアを行う看護師の迷いとその対策について話し合う機会を設け、看護チーム全体で睡眠促進のための多角的なプロトコルの作成へと繋げていく必要がある。