

急性期看護における日常生活ケアモデルの構築

Development of a Daily Living Care Model
in Acute Nursing

高橋 智子
Takahashi, Tomoko

2018年度 博士（看護学）論文

指導教員：高田 早苗

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科

抄録

I. 研究の背景

生活は生きる全ての営みが含まれる広い概念である。看護は食事や排泄など日常的で習慣的な行動である生活行動に焦点を当て、健康という側面から人々の生活を捉えてきた。人々の生活を整える日常生活ケアは看護の核となる実践であり、Henderson（1969/2016）によって看護独自の機能とされ、日本では保健師助産師看護師法によって看護の二大業務の一つである「療養上の世話」に位置づけられてきた。近年、看護を取り巻く状況は大きく変化し、医療技術の高度化や効率化が進む一方で、患者の高齢化などにより、健康問題は重症化かつ複雑化している。急性期看護にはこれまで以上に診療の補助の役割を果たしつつ、個々の患者の状況に応じたより専門性の高い日常生活ケアの実践が求められている。しかしながら、このような急性期看護の現状をふまえ、日常生活ケアの実践を明らかにした研究は少なく、実践の効果は十分に示されていない。

II. 研究目的

本研究の目的は、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することである。理論的な検討を通して日常生活ケアの概念を明確にし、実践事例とその分析を統合して急性期看護における日常生活ケアとその効果との関連性について説明するモデルを構築する。

III. 研究の意義

急性期看護における日常生活ケアの実践場면을統合し、経験的基盤を得て構築された日常生活ケアモデルは看護師の実践を導くモデルとして活用され得る。このモデルが看護師に活用されることを通じて、個々の患者の生活を尊重し、健康の回復をもたらすケアの提供につながる。また、機能分化や効率化の進行に伴うケアの断片化などが懸念される現在の急性期医療の状況の中で看護における日常生活ケアの専門性と価値を示すものとなる。

IV. 研究方法

本研究におけるモデル構築の方法は Walker & Avant（2014）の理論統合および Schwartz-Barcott & Kim（1986; 2000）が概念分析の方法として提唱する、Hybrid Model を参考とし、理論の相、フィールドワークの相、統合の相の3つの相で構成した。

1. 理論の相：生活や日常生活ケアに関する文献検討および看護の経験、看護の専門家の意見をもとにこれまでの看護における生活および日常生活ケアの視点を明らかにして急性期看護における日常生活ケアの初期モデルを作成し、図式化した。

2. フィールドワークの相：理論の相で作成した初期モデルの経験的基盤を得ることを目

的に、2つの急性期病院でフィールドワークを行った。研究参加者は急性期看護の経験が5年以上ある看護師9名であり、日常生活ケア場面の参加観察とインタビューを通してデータを収集した。データ収集期間は2017年5月～2018年3月であった。参加観察した日常生活ケア場面は、食事援助、歩行援助、排泄ケア、清潔ケアなどの25場面であった。これらの場面について急性期にある患者の状況、看護師のかかわりやその意図、患者の反応や効果を抽出してカテゴリ化し、初期モデルと比較、検討した。

3. 統合の相：理論の相およびフィールドワークの相の結果を統合させ、初期モデルを精緻化し、日常生活ケアモデルを作成した。

V. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（予備研究承認番号:2016-105、本研究承認番号:2017-056）および対象施設の倫理審査会の承認（承認番号:201722）、研究施設の承諾、病棟の承諾を得て実施した。

VI. 結果

1. 理論の相：急性期にある患者の「生活」を統合的に捉えて実践する日常生活ケアの初期モデルを作成した。このモデルは、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの概念で構成される重層構造で示した。「生命活動」とは、人が生命を維持するために欠かせない細胞レベルの営みであり、「生活行動」とは食事や排泄などの人間に共通する営み、「暮らし」とは、個人と個人の関係や社会との関係性など関係性を重視した営みである。これらの3つの概念は、看護師が急性期にある患者の「生活」を捉える視点を示している。このモデルにおいて生命活動の安定化や活性化を図るケアは機能の維持を、生活行動を支えるケアはその人の能力に応じた自立と依存のバランスの維持を、暮らしを見据えたケアはその人の生活の豊かさや多様性のある社会の実現を目標とすると考えた。

2. フィールドワークの相：日常生活ケア25場面を分析した結果、急性期にある患者の状況を示す5つのカテゴリ、急性期看護における日常生活ケアの具体的方法を示す8つのカテゴリ、急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果を示す5つのカテゴリが見出された。以下、〈 〉、【 】、《 》はそれぞれ見出されたカテゴリを示す。

〈急性期にある患者の状況〉は、看護師が捉えた患者の状況であり〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉〈身体と気持ちがついていかず自身を氣遣う余裕がない〉〈一進一退で先行きが見えない〉〈自分のこととして病気に向き合うようになる〉の5つから構成された。【急性期看護における日常生活ケアの具体的方法】は看護

師が何に着目し、どのように日常生活ケアを実践しているのかを示したものあり、【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】の8つから構成された。《急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果》は、日常生活ケアが患者にもたらす反応や効果であり、《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》の5つから構成された。

3. 統合の相：理論の相とフィールドワークの相の結果を統合した後、急性期看護における日常生活ケアは、「生命活動そのものが不安定あるいは安定しつつある患者に対し、生命活動の回復や活性化を図ったり暮らしを見据えたりしながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えることを通じて、その人の全体性の回復に働きかけるアートである。このアートは、その人のもつ日常的な感覚や動きを蘇らせて人間らしさや自己を取り戻す、生きた心地を味わう、活力が湧き出る、自身に関心が向くなどその人の全体性の回復をもたらす、その人の暮らしの豊かさにまで波及する」と定義された。

このモデルでは、フィールドワークで明らかになった〈急性期にある患者の状況〉が示す5つのカテゴリは、看護師がその人の状況に応じたケアを生み出す文脈となる。【急性期看護における日常生活ケアの具体的方法】が示す8つのカテゴリは、看護師が個々の患者の生命の回復度合いを見極めながら、安静にしてエネルギーを保持させたり、あるいは動かしながら働きかけ具合をその場で判断し、回復の段階を進めたりすることを示すものであった。ここでは看護師は熟練した技能を駆使してケアを創造し、それを通じて患者との関係性を築き、患者の回復にとって意味ある変化を生み出すなどの看護のアートの要素が含まれていると考え、【急性期看護における日常生活ケアのアート】と命名した。《急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果》が示す5つのカテゴリは、急性期看護における日常生活ケアの効果が患者のある生活上のニーズを満たす、あるいは特定の生活行動の自立を促すというだけではなく、その人の感覚や動きが蘇って表情が一変する、そ

の日をやり過ごすことで精一杯であった人の活力が湧き上がるなど、全体としてのその人の回復が表現されていると考え、《その人の全体性の回復》と命名した。

またフィールドワークの相を通して明らかになったのは、初期モデルで想定していたように、看護師はまず「生命活動」を安定させ、次いで「生活行動」を自立させ、最後に「暮らし」の豊かさを実現するという順序で、段階的に日常生活ケアを実践するわけではないことであった。看護師は「生活行動」に焦点を当てながらも常に「生命活動」と「暮らし」を視野に入れて同時にかかわり、その影響や効果を見ていたことが明らかになった。したがって、このモデルでは看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」という重層的視点のもと、〈急性期にある患者の状況〉を捉え、いくつかの【急性期看護における日常生活ケアのアート】を同時に組み合わせて、《その人の全体性の回復》を導くといったダイナミックな日常生活ケアを実践しているものとして構造化した。この重層構造と概念間の関連性について図式ならびに事例を用いて説明した。

VII. 考察

本研究の結果、急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴は3点にあると考える。

第一に、日常生活ケアを看護独自の役割とするこれまでの看護理論を継承発展させ、急性期看護領域における日常生活ケアの「how（どのように）」を示す中範囲理論を構築したことである。本研究は、「生活」を人間のニーズに基づき分類する従来の理論に加え、実践事例を用いて日常生活ケアをどのように実践するのかを示すものとなった。第二に、急性期において看護が日常生活ケアを重層的な視点で行うことによる効果として、個々の患者の生活行動にかかわるニーズを充足し、自立を促すだけでなく、その人の人間らしさやその人らしさまで回復させることを明らかにした。これにより、急性期看護の専門性や価値を示すものとなった。第三に、今日の急性期医療の場における看護実践という経験的基盤に基づき、このモデルが構築された。急性期看護における日常生活ケアの実践のありようについてフィールドワークを通して描き出すことにより、あるべき理論ではなく実践での有用性を示せるモデルとなった。

本研究は医療の高度化や効率化が進んでいる急性期医療の場においても日常生活ケアが専門性のもとに行われ、人間の回復にとって重要な価値をもつことを示した。本研究で提示した日常生活ケアモデルを理論として発展させるためには、実践の場におけるモデルの活用を検証し、その効果を評価することが課題である。

Development of a Daily Living Care Model in Acute Nursing

Background

Care is important for patients in the acute phase when their life is being threatened. Although daily living care has been shown to help promote the patient's recovery process, no middle-range theory has been devised to clarify the concept of daily living care or explain the relationship between daily living care and its effects in the current acute setting in Japan.

Objectives

The purpose of the present study was to develop a theoretical model of daily living care in acute nursing.

Methods

This study consisted of three phases—theoretical, fieldwork, and integration—in accordance with Theory Synthesis (Walker & Avant, 2014) and the Hybrid Model (Schwartz-Barcott & Kim, 1986; 2000). In the theoretical phase, a tentative model was constructed based on a literature review, professional opinions, and experiences. In the fieldwork phase, a fieldwork study on daily living care was conducted by observation and semi-structured interviews with nurses who had more than 5 years of experience in the acute setting at two hospitals. In the integration phase, a theoretical model was constructed by integrating the results of the theorizing and fieldwork phases. This study was approved by the ethics committees of the participating college and hospitals.

Results

In the theoretical phase, a tentative model was constructed; this model focused on the “activities of daily life” as a primary nursing concern and had a three-layered structure in regard to perceiving human life: “vital activities of living”, “activities of daily living”, and “personal and social living” (*kurashi* in Japanese). In the fieldwork phase, the situations of the patients (five categories), processes of daily living care (eight categories), and its outcomes (five categories) were identified.

In the integration phase, daily living care was defined as an “art” that promotes the integrity of person who is unstable or is being stable through the support of a person that can help them regain their daily living behaviors, recovering and activating vital living activities and foreseeing their personal quality of life (*kurashi*). This model explains that nurses grasp the properties of the <Situation of patients in the acute phase> from a three-layered perspective, while simultaneously practicing several 【Arts of daily living care in acute nursing】 and promoting <<Recovery of the integrity of the person>>. This three-layered structure and associated relational statements were described using diagrams and case examples.

Discussion

The daily living care model in acute nursing is characterized as a middle-range theory that inherits and develops traditional nursing theories of basic care for daily living to explain “how” daily living care is conducted in the acute setting. This model highlights the importance of daily living care using a multi-layered perspective for the recovery of patients and has a strong empirical basis in the realm of nursing practice. This model is expected to add value to daily life care in acute nursing. Future studies should evaluate the use of the model in practice and verify its effects.

目次

I. 序論	1
A. 研究の動機と背景.....	1
1. 看護における日常生活ケアの歴史的背景とその重要性.....	1
2. 今日における日常生活ケアを取り巻く状況.....	2
3. 急性期看護における日常生活ケアモデルを構築する必要性.....	3
B. 研究目的.....	5
C. 研究の意義.....	5
II. 文献検討	7
A. 生活を捉える視点.....	7
1. 生活を捉える視点.....	7
2. 生活を捉える看護学の視点.....	8
B. 日常生活ケアの定義と理論.....	10
1. 日常生活ケアに関する理論.....	10
2. 基礎看護学のテキストにみる日常生活ケア.....	12
C. 急性期看護における日常生活ケア.....	13
1. 急性期にある患者とその状況.....	13
2. 急性期看護における日常生活ケアの実践.....	14
3. 急性期看護における日常生活ケアの効果.....	16
III. 研究方法	18
A. 本研究の前提とモデル構築の方法.....	18
1. 本研究の前提.....	18
2. モデル構築の方法に関する検討.....	18
3. 本研究におけるモデル構築.....	20
a. Walker & Avant (2014) の理論構築.....	21
b. Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model.....	21
B. 理論の相.....	22
1. 関係資料の選定.....	22
2. 日常生活ケアの初期モデルの作成手順と分析方法.....	22

a.	中心的な概念の特定	22
b.	中心的な概念の定義、用法の検討	22
c.	日常生活ケアの初期モデルの作成	23
C.	フィールドワークの相	23
1.	研究フィールド	23
2.	研究参加者および研究施設への研究協力依頼	23
3.	データ収集期間	23
4.	データ収集方法	24
a.	参加観察	24
b.	インタビュー	24
5.	分析方法	24
6.	倫理的配慮	25
D.	統合の相	26
IV.	結果	27
A.	理論の相	27
1.	急性期看護における日常生活ケアの初期モデル	27
2.	日常生活ケアの初期モデルの構造と構成概念	28
a.	日常生活ケアの初期モデルの構造	28
b.	日常生活ケアの初期モデルの構成概念	29
(1)	日常生活ケア	29
(2)	生命活動・生活行動・暮らし	31
c.	生命活動・生活行動・暮らしの関連性	32
3.	理論の相のまとめ	34
B.	フィールドワークの相	34
1.	研究参加者および患者の背景	34
2.	急性期看護における日常生活ケア	35
a.	急性期にある患者の状況	35
(1)	心身が不安定で変化しやすい	36
(2)	自己のコントロールを失いやすい	37
(3)	身体と気持ちがついていかずに自身を気遣う余裕がない	37

(4)	一進一退で先行きが見えない	38
(5)	自分のこととして病気に向き合うようになる	38
b.	急性期看護における日常生活ケアの具体的方法	39
(1)	心身の回復度合いを見て無理をさせない	41
(2)	動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する	43
(3)	身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める	45
(4)	苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる	46
(5)	よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける	47
(6)	馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す	49
(7)	自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる	50
(8)	患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く	52
c.	急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果	52
(1)	回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む	54
(2)	日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す	55
(3)	苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう	56
(4)	生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る	57
(5)	自分の状況を理解し自身に関心を向ける	58
C.	統合の相	59
1.	急性期看護における日常生活ケアモデル	59
2.	日常生活ケアモデルの構造と構成概念の説明	61
a.	日常生活ケアモデルの構造	61
b.	日常生活ケアモデルの構成概念	63
3.	事例を用いた日常生活ケアモデルの概念間の関連性の説明	66
a.	馴染みある髭剃りを促すことがその人自身を取り戻すことにつながった事例	66
b.	その人のもつ感覚に働きかけることがその人らしさを回復させた事例	68
c.	その人となりを理解してかかわることがその人を暮らしへと向かわせた事例	71
V.	考察	74
A.	急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴	74

1. 日常生活ケアの「how (どのように)」を概念化したモデル	74
2. その人の全体性の回復をもたらす重層的な視点をもったケア	76
3. 今日の急性期看護の実践を基盤として構築したモデル	79
B. 急性期看護における日常生活ケアが人間の回復にもたらす価値	79
C. 看護学への示唆	81
D. 研究の限界と今後の課題	83
VI. 結論	84
謝辞	86
文献	88

表目次

表 1 研究参加者および患者の背景	35
表 2 急性期にある患者の状況	36
表 3 急性期看護における日常生活ケアの具体的方法	40
表 4 急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果	54

図目次

図 1 研究デザイン	18
図 2 研究方法の比較	20
図 3 急性期看護における日常生活ケアの初期モデル	27
図 4 急性期看護における日常生活ケアモデル	60

資料目次

資料 1 看護部長宛ての研究協力依頼書	92
資料 2 病棟師長宛ての研究依頼協力書	94
資料 3 研究の概要 カンファレンス・申し送り用	96
資料 4 研究参加依頼のチラシ	98
資料 5 研究参加協力依頼書・同意書	99
資料 6 患者・家族用の研究協力依頼書・承諾書	104
資料 7 インタビューガイド	106

I. 序論

A. 研究の動機と背景

1. 看護における日常生活ケアの歴史的背景とその重要性

古代ギリシャでは、健康や病気は自然の力によるものという考えのもと、健康でよく生きるための知恵として養生法（デアイタ）が用いられていた。養生法は、自然にならって人間の生活を整えることにより、自然治癒の働きを助長することを目的とするものであった（川喜田, 1977, p. 67）。養生法では、人が環境の中でバランスを保ち、統制すべき6つの要件として、①光と空気、②食物と飲物、③運動と安静、④睡眠と覚醒、⑤排泄と分泌、⑥情念がある（Schipperges, 1985/1988, pp. 268-288）。これら6つの要件を統制することで人は健康を保つことができ、また病気の人に対してはこれらの要件を整えることが、自然治癒力を促す治療となると考えられていた。

これら古代ギリシャの養生法の6つの要件は、その後の時代のなかでも引き続き、人々が健康を保ち、病気から回復する上で重要な要件として認められてきた。病気や治療の影響により、食事や排泄、清潔などの日常生活に支障をきたし、自らのケアが十分に行えなくなった人々を助け、その人の環境を整えることは、家族や知人、なかでも母親や妻、修道女などの女性の役目であり、その営みが近代になって Nightingale (1860/2011) によってあらためて看護と名付けられた。

Nightingale は、病気を回復過程と捉え、患者の苦痛の原因は病気そのものよりも、食事の世話や清潔さのケアなどが不足していることから来ていることが多いと指摘し、「看護とは、新鮮な空気とか陽光、暖かさ、静けさを適切に保ち、食事を適切に選択し、管理すること—こういったすべてを、患者の生命力の消耗を最小に整えることを意味すべきである」（pp. 14-15）と述べた。患者の自然の回復過程を促すよう、食事や清潔、排泄などの生活と、そのための環境を整えることを看護と呼んだのである。

20世紀になり、Henderson (1969/2016) は日常生活の中で生じる人間の基本的ニードを14項目にまとめ、これら日常生活のニードに対して援助することを看護独自の機能と位置づけた。Henderson は、「看護師の第一義的な責任は、患者が日常の生活パターンを保つのを助けること、すなわち、ふつうは他者に助けってもらわなくともできる呼吸、食事、排泄、休息、睡眠や活動、身体の清潔、体温の保持、適切に衣服を着ける、などの行動を助けること」（p. 16）であると述べている。加えて、患者の活力を欠く無為な状態から抜け出さ

せるような活動を与えることも看護の重要な役割であり、患者が“生活の流れ”を持ち続けるのを助けるには、看護師こそ最もふさわしい立場にあると述べた (pp. 16-17)。

このように Henderson が日常生活ケアこそが看護の独自の機能であると位置づけて以降、看護は日常生活ケアを主たる役割と認識し、取り組んできた経緯がある。今日では、看護における日常生活ケアは単に患者の基本的ニーズを満たすだけでなく、より多義的な意図のもとに行われている。看護師は日常生活ケアを通じて、患者の状態の観察と予測を行って生命活動の安定を図ったり、安全の確保や危険の防止を行ったりしている。またコミュニケーションの機会として患者との関係性を築き、あるいは患者に闘病の合間に安心できる時間や心地よさを提供し、気分転換を図るなどの活動を行っている。

日本では戦後、保健師助産師看護師法により看護師の業務が「療養上の世話」および「診療の補助」と定義され、病者に対する日常生活ケアは、看護の二大業務の一つである「療養上の世話」に位置づけられた。この療養上の世話は、正確には健康人は含まず、病人の日常生活ケアを指したが、その後の時代の中で、看護職には疾病の予防や健康増進の役割も期待されるようになった。現在では看護における日常生活ケアは、療養中の患者のみを対象とするものではなく、病気を抱えながら生活している人や健康を維持しながら生活している人もその対象に含むケアと考えられている (日本看護協会, 2007)。

2. 今日における日常生活ケアを取り巻く状況

今日、日常生活ケアを取り巻く状況は、かつての Nightingale や Henderson の時代とは大きく異なっている。日本では世界に例のない状況で高齢化が進んでおり、2025年には3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上の超高齢化社会を迎える (厚生労働省, 2014)。

一般的に高齢者は予備能力が低く、認知症をはじめとする複数の疾患を抱えていることが多いことから、重症化しやすい特性がある。また、いったん罹患すると食事や排泄などの生活行動の問題を生じやすく、個人差も大きいことから、個々の状態に合わせて生活を整えることが必要とされる。さらに医療技術の高度化に伴って、患者の重症化も進んでいる。急性期医療の現場では、従来であれば集中治療室 (Intensive Care Unit; 以下 ICU) や冠疾患集中治療室 (Coronary Care Unit; CCU) で管理されていた患者が一般病棟で管理されるようになってきている (日本看護協会, 2011)。加えて疾病構造の変化により、急性期を経た後にも慢性疾患を抱え、治療後の生を生きるにあたって支援を必要とする場合も多い。

このように、医療を受ける患者の状況としては高齢化とともに、重症化や複雑化が進ん

であり、個々の状況に合わせた日常生活ケアが必要とされる。一方で、医療技術の高度化および高齢化に伴う医療費抑制策として病院の機能分化が図られており、在院日数の短縮化や医療の効率化が推進されている（厚生労働省, 2015）。看護はこれまでも限られた時間の中で多くの業務を担ってきたが、医療技術の高度化や効率化はますます日常生活ケアよりも、検査や治療を優先せざるを得ない状況を生みだし、これらの時間的な制約から、一人ひとりのペースに合わせた日常生活ケアの提供が困難になっている（川嶋, 2012, p. 97）。このような状況は、在院日数が短い急性期医療の場では特に著しいことが推察される。

また一部の日常生活ケアに関しては、医療に関する知識をもたない看護補助者に業務委譲されつつあることも、看護にとっての日常生活ケアを問い直す事態を招いている。日本病院会（2016）が行った急性期病院を含む 947 施設における看護業務の役割分担に関する調査では、5 年前よりも看護補助者が日常生活ケアを行っている実態が明らかになっている。例えば、「環境整備」や「ベッドメイキング」は看護職よりも看護補助者が実施する割合が高く、「清潔ケア」や「排泄ケア」に関しても、看護師と同程度の割合となっていた。診療報酬において一般病棟 7:1 の比較的看護配置が高い急性期病院に対する看護補助者の配置を評価するようになったこともあり、今後は急性期にある患者に対しても、看護師の指導や指示のもとに看護補助者が実施する日常生活ケアが増加することが予測される。

日常生活ケアの分業化や断片化は、かつての機能別看護のように、1 人の患者に対して看護師が部分的にかかわる状況を生みだし、看護師が直接患者へかかわる機会を減少させる。特に、個々の患者の状態やその人の生活を全体的に見て日常生活ケアを行う上で必要な、全体的な把握を難しくする可能性がある。

3. 急性期看護における日常生活ケアモデルを構築する必要性

これまでの急性期看護に関する研究は、患者が高度医療機器に装着されている場合や痛みが強い場合など、主に状態が変化しやすい時期にある患者の苦痛を軽減させ、生命活動そのものを安定化させる看護師の専門的判断に焦点が当てられてきた（朝倉・籠, 2013 ; Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012; 井上・佐々木・川本他, 2010; 矢富, 2012）。

日常生活ケアを主題として行われた研究が少ない中、看護師が専門性の高い日常生活ケアを提供しているという研究知見もいくつかある。例えば、高度医療を受ける患者に対して、看護師が専門的な判断を行いながら日常生活ケアを実施していることを明らかにした研究（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012; 矢富, 2012）や多忙な中でも時間を

つくり患者に必要な日常生活ケアを行っていることを示した研究などである(上田・亀岡・舟島他, 2005)。

Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard (2011/2012) は、ICU の看護師が高度な機器を管理しながらその時、その場の状況に応じて判断し、重症患者の生命活動の安定を図っていることを明らかにしている。また、矢富 (2012) は ICU の看護師が治療や管理が優先され、非日常的な状況にある患者に対しても日常性が維持できるように、援助と治療のタイミングのバランスを図って回復を促したり、神経を研ぎ澄まして体位変換を行ったりしていることなどを明らかにしている。これらの研究は、専門的な判断を行いながらその人の生活に合わせた日常生活ケアを提供できるのは看護師であることを示すものと考えられる。このような実践とそれがもたらす効果について理論化することができれば、急性期看護における日常生活ケアの専門性を示すことにつながるのではないだろうか。

日常生活ケアは、これまでも看護理論の主要な概念であり、それ自体は目新しいものではなく、時代を経てもその重要性は変わらない。しかしながら、Henderson (1969/2016) や Abdellah, Beland, Martin, et al. (1961/1963) によって、それぞれ基本的ニードや看護問題として概念化された日常生活ケアは、現代とは違って日常生活ケアが病気からの回復に寄与することが見えやすく、日常生活ケアが看護の中心的業務であった時代の文脈のもとにつくられている。そのため、これまでの看護理論は、機能分化や効率化が進んでいる現在の急性期の医療状況のもとで実践される専門的な日常生活ケアのありようを考慮にいれたものとはなっていない。また、日常生活ケアに含まれる下位の内容を明らかにしてきたが、日常生活ケアがもたらす効果との関連については十分に明示してこなかった。

本研究では急性期看護における日常生活ケアの概念を明確にし、その効果や関連性を示す日常生活ケアモデルを構築する。急性期にある患者は、治療そのものが生活に及ぼす影響が大きく、生命の危機的な状況を脱した後も痛みや呼吸困難感などの苦痛な症状を呈することが多い。また、呼吸や循環などが不安定な状態であることから治療や体位の制約が続くなど、その人の以前の生活とは大きく異なる状況が続く。このような状況にある患者への看護は、生命活動そのものが不安定であることから、生命活動の安定化を図る治療に注目されがちである。しかしながら前述の研究知見で明らかにされているように、日常生活ケアは生命活動の安定性を図りながらも、患者の回復過程を促すことに貢献し、清潔ケアなどのケアを通して心地よい感覚が得られることで人間性を取り戻せるようなかわりであることから、その重要性は高いといえる。

急性期看護における日常生活ケアの実践とそれがもたらす効果を含めたモデルを示すことができれば、今日の急性期の医療状況における日常生活ケアの価値を明確化するとともに、看護師がケアの方向性を共有しながら実践することを可能にし、看護として貢献できる範囲も広がるものと考えられる。

なお、本研究が目指す理論開発のレベルは中範囲理論である。これは本研究が急性期看護における日常生活ケアに限定し、実践を導くモデルを構築することを目的としているからである。中範囲理論は、看護実践の限られた局面に焦点を当てたいくつかの関連概念から成り立っているため、大理論と比較すると実践に適用されやすく、実践のガイダンスにもなる (Smith & Liehr, 2008)。当然のことながら理論は構築するだけでは十分ではなく、実践での有用性を検証する必要がある。その点において、本研究は急性期における日常生活ケアの中範囲理論の構築に向け、今後検証していくための基礎的段階に位置づけられる。

本研究において理論とは、ある現象についての記述や説明、予測に役立つような一連の関連立言という意味で用いる (Walker & Avant, 2014, p. 60)。すなわち、概念と概念の間の何らかの関係から成り立つものであり、実践で活用され検証されたものを示す。これに加えて中範囲理論では、ある局面に焦点を当てることから、文脈も重要となる。また、モデルという用語は理論を図示したものであり (Walker & Avant, 2014, p. 61)、概念間の相互作用を表すものである (桑野, 2014) という意味で用いられることが多いが、本研究では理論の初期段階として、モデルという言葉を用いることにした。

また、本研究において急性期とは、病気が突発発症あるいは急性増悪して患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとした。

B. 研究目的

本研究の目的は、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することである。理論的な検討を通して日常生活ケアの概念を明確にし、実践事例とその分析を統合して急性期看護における日常生活ケアとその効果との関連性について説明するモデルを構築する。

C. 研究の意義

急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することの意義は以下の3点である。

第一に、看護師の実践を導くモデルがあることにより、個々の患者の生活を尊重し、健康の回復をもたらすケアの提供につながることである。本研究は、急性期看護における日

常生活ケアの実践場面を統合し、経験的基盤を得てモデル構築することによって、看護師の実践を導くモデルとして活用され得る。個々の患者の生活を尊重した、より専門性のある日常生活ケアが提供されることは、患者に安心感をもたらすだけでなく、看護としての質を高めることにもつながる。

第二に、看護師の実践する日常生活ケアとその効果との関連性を説明することにより、機能分化や効率化の進行に伴うケアの断片化や分業化が懸念される現在の急性期医療の状況の中で看護における日常生活ケアの専門性と価値を示すものとなる。

これまで、看護師の実践する日常生活ケアとその効果との関連性は十分に示されておらず、看護における日常生活ケアの価値は十分に示されていない（川嶋, 2015）。特に、治療が優先されがちな急性期にある患者へのかかわりでは、診療の補助業務が肥大化し、看護師自身も日常生活ケアを行う意味やその価値を見失いがちになりやすい。実際、日常生活ケアに関する看護師の認識を明らかにした研究では、看護師が日常生活ケアに多様性や独自性を感じている（秋葉・石津, 2014; 鈴木・米澤・石綿他, 2010）にもかかわらず、業務が多忙なため日常生活ケアができなくても仕方がない、実施したケアのフィードバックを受ける機会がなく、ケアの効果や価値を感じられない（鈴木他, 2010）など、日常生活ケアの価値を十分に理解しているとは言えない現状が明らかにされている。

急性期看護において看護師が実践する日常生活ケアとその効果との関連性を含めて、そのケアの価値を示すモデルを構築することにより、急性期における日常生活ケアの専門性を社会に示すことができ、専門職としての社会的な責任を果たすことにもつながる。

第三に、本研究が日常生活ケアモデルの構築を目的とした理論開発を試み、看護学の発展に寄与する可能性があることである。これまでの日本の看護教育においては、理論を知ることや使うことに重点が置かれている一方で、理論を構築することには十分に力を注いでいなかったことが指摘されている（坂下, 2017a）。理論を構築することは、看護特有の知識開発の土台をつくることであり、看護学の学問の発展に寄与する。しかしながら理論は、発見と証明という2つの過程を通して、螺旋的かつ継続的に発展しその機能を高めていくことが必要であると言われている（Walker & Avant, 2005/2008）。本研究は今後、日常生活ケアモデルを検証し、急性期看護における日常生活ケア理論を構築するための基盤となる。Chinn & Kramer（2004/2007; 2015）は、実践の場で理論を再現し、検証するプロセスは看護の科学的な有能性を高めることに役立ち、これにより看護の質が向上すると述べている。

II. 文献検討

ここでは急性期看護における日常生活ケアモデルの構築に向けて、生活に関する文献、日常生活ケアに関する文献、急性期における日常生活ケアに関する文献を概観する。

生活に関する文献の選定は、CiNii を用いた。「生活」、「概念」、「レビュー」のキーワードを掛け合わせて検索し得られた文献の中から生活の概念やその捉え方を検討している文献（本多，1998）とその参考文献を対象とした。また、生活について取りあげてきた学問には、生理学、人類学、社会学、経済学、生活学、家政学などがある。これらの学問において生活について言及している書籍も対象とした。

看護学における生活に関する文献および日常生活ケアに関する国内文献の選定は医学中央雑誌 WEB 版 Ver, 5 を用いた。生活に関する文献は「生活」、「概念分析」のキーワードを掛け合わせて検索し、生活の概念を検討している文献とその参考文献を対象とした。日常生活ケアに関する文献は「日常生活ケア、日常生活行動援助、生活行動援助、日常生活援助、生活援助、療養上の世話」と「看護師」のキーワードを掛け合わせ、原著に限定して得られた文献の中から、急性期看護における日常生活ケアについて言及している文献を対象とした。急性期の患者の状況については「急性期」「クリティカルケア」と「患者特性」「患者」をそれぞれ掛け合わせ、原著・総説に限定し得られた文献を対象とした。国外文献の選定は CINAHL with Full Text を用いて「basic care、fundamentals nursing、daily care」と「nurse」、「acute care」のキーワードを掛け合わせて得られた文献を対象とした。

日常生活ケアは基礎看護学や基礎看護技術のテキストおよび看護理論でも取りあげられていることから、基礎看護学のテキストや看護理論も対象とした。基礎看護学のテキストは、NDL Search で検索された主要なテキストを対象とした。看護理論については、日常生活ケアが基本的ニードに深く関わっていることから、ニードに着目し、ケアの分類をしている Nightingale (1860/2011)、Henderson (1969/2016)、Abdellah et al. (1961/1963)、Orem (2001/2005)、Roper, Logan, & Tierney (2002/2006) の理論を概観した。

A. 生活を捉える視点

1. 生活を捉える視点

「生活」は広義には生きる全ての営みを指す広い概念である（今，1969）。ここには、生命そのものである生物学的側面や食事・排泄などの習慣的な営み、労働・家庭のなど社会

的な活動や生き方など様々な側面が含まれる。その捉え方は学問によって異なり、生活のどのような側面に焦点を当てるのかによって、生活主体である人間の捉え方も変わる。

生命そのものの働きは「生命活動」であり、人が生命を維持するために営む細胞レベルの活動である。生活のうち「生命活動」の部分は主に医学や生物学などによって明らかにされてきた。例えば、医学は治療や予防という観点から生命活動を追究し、生理学は細胞レベルで生命の本質を明らかにした (Cannon, 1932/1981)。

食事や排泄などの日々習慣的な営みは「生活行動」である。「生活行動」という概念は、人類学の中で用いられており、生きる活動の中の個体レベル以上の活動を指すときに用いられる (富田, 1977)。生活行動はその構成面から分類すると2つの側面がある。1つは、生物的側面や身体と密接に関連した行動であり、もう1つは後天的に学習され文化的性格が強く、生活と密接に関連した行動であるといわれている (富田, 1977, p. 10)。このうち、生物的側面の行動は生命活動と重なる部分である。人類学は人間の生活行動に焦点を当て、人間独自の身体的行動やそれを土台にして豊かな生活行動や文化が生まれるかといった生活行動の特性や発現機構について解明している。

生活の中でも家庭生活や社会的な活動、生き方などはその人の「暮らし」である。この部分は、社会学や経済学、生活学、家政学などにより明らかにされてきた。経済学は、生産と消費という側面から社会的な生活を捉えるとともに、労働・消費・余暇の時間軸で生活を分類することによって個人としての生活を把握する視点を明らかにした (籠山, 1943)。社会学は集団としての社会を対象とし、消費と生産の循環や再生産という側面に着目して、生活の構造や機能を捉えてきた (青井, 1971; 副田, 1971; 松原, 1971)。生活の文化的な面に着目したのは生活学である。生活学は、社会学の捉える生活のように個人としての生活を把握するということは同様であるが、生活を労働だけではなく休養、娯楽、教養を含むものとして捉えた (今, 1969)。さらに、家政学は衣食住、家族関係、生計などの家庭生活を中心とした人と環境の相互作用の側面から生活を捉えた (日本家政学会, 1984)。

このように全ての学問は生活に関係しているといえる。しかしながらこれらの学問は、生活主体そのものに焦点を当てているというよりも、生活主体を取り巻く環境やそこでの生活の仕方に焦点を当て生活を捉えようとしているといえる。

2. 生活を捉える看護学の視点

看護学は生活の中でも、食事や排泄など日常的で習慣的な行動である「生活行動」に焦

点を当て、生活を人々の健康という側面から捉えてきた（川島, 2003; 小坂橋, 1990）。それは、対象とする人の多くが、疾患や治療の影響によりこれまで習慣的に行っていた食事や排泄などの営みさえも自身で行うことが困難な状況となるからである。この点が他の隣接する学問との違いであり（小坂橋, 1990）、看護学の生活主体に対する見方は社会全体というよりも個人を主体としたものである。

看護は人々の健康な生活状態を目指し、生活過程を整えることがその役割とされている（日本看護協会, 2007）。「生活」という言葉は、看護の独自性を示す重要な「かぎ」である（下村・河口・林他, 2003）にもかかわらず、看護の立場から生活の概念の検討や要素の蓄積は十分にされてこなかった（岩井, 1985; 小坂橋, 1980）。日本において看護の生活の概念について言及されたのは 1980 年代であり、1985 年の日本看護科学学会において看護における生活の概念の検討がされ、概念の明確化を図る動きが見られた。日本看護科学学会において検討された生活の概念として、生活には人としての共通性と個別性があるという共通の見解が示されている（嘉手苺, 1985; 川島, 1985; 薄井, 1985）。また、看護は患者の個別の状況を把握するときに生活の概念を活用しており、生活の要素を把握することで個別性を浮きぼりにできると述べられている（薄井, 1985）。しかしながら生活は断片的な要素のみで捉えるだけでは十分ではなく、全体的に捉えることの重要性も述べられている（岩井, 1985）。川島（1985）は、生命を維持する日常的習慣的な営みを生活と捉え、それは単なる生命維持ではなく、人間らしく豊かに生きたいという欲求を実現させる過程として捉えている。

1985 年以降、生活に関する概念の検討はされていなかったが、下村他（2003）は患者教育のための看護実践モデルを開発する試みの中で看護における生活の概念を検討し、生活には①生命、生存、②生活習慣、社会的活動、生計、暮らしむき、③価値観、信条、生き方の側面があると定義している。また、生活は多面体で様々な側面があるが、看護はその人にとっての生活の意味を健康との関連から捉えることとし、その人を理解するためには生活者として見る重要性を述べている。さらに、看護ではこれまで生計や暮らしむきという側面はあまり意識されてこなかったが、雇用や勤務形態が療養に影響することから、それらの側面を見てかかわることが患者教育に効果をもたらすことを事例の中で示している。

この後、中木・谷津・神谷（2007）は看護における生活に関する概念について分析し、その属性として食事や排泄などの基本的ニードを満たすための習慣化された行動を意味する「日常生活活動」や「日常的な姿勢や動きを規定するもの」の他、生命・生存など、自

らの生命過程を営む過程で生じる出来事とその意味付け、自分が価値をおく行動とその行動様式など包含する「生きる営み」という特性が見出されたことを示している。この「日常生活活動」は先に述べた「生活行動」と同様の意味で用いられているが、ADL (Activity of Daily Living; 以下 ADL) とは異なり、ADL よりも幅広い概念で捉えられている。

日常生活行動の概念分析 (中西, 2004) によると、ADL は身の回りの基本動作であり、狭義には生活関連動作は含まず、万人に共通という共通性の部分の意味合いが強いのに対して、日常生活行動は、基本的ニードとの関連で概念化されており、①生命維持のための生理的欲求に基づく行動から社会生活維持のための行動、②習慣化し、自動化している行動、③その人らしさを反映する行動を含む概念であることが示されている。すなわち、看護における日常生活行動は、生命維持にかかわる側面から社会的側面を含む概念であり、人間の共通性だけではなく個別性を含む概念として ADL とは異なる。看護における生活は、このような側面を含む生活行動に焦点が当てられているといえる。

このような生活の捉え方は日本看護科学学会 (2011) の示す日常生活行動の定義にも反映されている。日本看護科学学会 (2011) は、日常生活行動を「人間が成長・発達し、社会活動を営むための行動の総称。これらの行動は、生命維持に関わる側面から、人間的成熟に関する側面、社会的関係を形成・発展させる側面へと交互に関連しあって表れるものであり、個別的特徴をもつ」と定義しており、生命活動に関わる行動から、暮らしにかかわる行動であることを示している。

以上の検討の結果は、看護における生活が生活主体である個人を中心とし、その人の健康の回復や維持という視点で捉えることができることを示している。また、生活には複数の次元の要素が含まれるが、その根底には生命維持があり、生活行動や社会面、関係性を含む暮らしへと拡がりがあると捉えることができ、看護はそれらを含んで生活を見ることが必要であることを示している。したがって、看護における生活は、人々の健康という側面から捉え、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの重層構造で捉えることができるのではないかと考えた。

B. 日常生活ケアの定義と理論

1. 日常生活ケアに関する理論

序論で述べたように、日常生活ケアの源流は古代ギリシャの養生法にあると考えられ、これらは 1860 年代に Nightingale によって看護と名づけられ、1960 年代に Henderson によ

って看護の独自機能とされてきた背景がある。初期の看護理論において日常生活ケアは看護そのものであり、基本的ニードとの関連の中で捉えられてきた。それぞれの理論家が述べる日常生活ケアの表現は異なるが、そこには呼吸や食事、排泄など生命に直結する活動だけではなく、コミュニケーションや仕事などの社会的な活動を整えることも含まれていた。これらは、対象とする人のニードを把握し、ケアするための枠組みとして用いられていた。

Nightingale (1860/2011) は自然が患者に働きかけるのに最もよい状態に患者を置くことを重視し、清潔や食事、環境を整えるかわりを看護と名づけ、日常生活ケアを看護そのものとして捉えた。このケアには、換気や気温、病室や病棟の清潔、患者の清潔、食事の管理などの環境を整え患者の自然治癒力を支えることが含まれていた。日常生活ケアの目標は、患者の生命力の消耗を最小限に整え、患者の回復を促すことであった。

Henderson (1969/2016) は日常生活の中で生じる人間の基本的ニードと関連づけて、14の「基本的看護の要素」として日常生活ケアを捉えた。そこには、呼吸、食事、排泄、姿勢の保持、睡眠と休息、衣服の着脱、体温の保持、身体の清潔、危険を避ける、コミュニケーション、信仰、仕事、レクリエーション、学習のニードに対して援助することが含まれていた。日常生活ケアの目標は、患者の自立を促すことであり、健康回復から自立に向かうことに焦点が当てられた。この自立は個人の体力や意思力、知識の程度により異なることから、その人にとっての自立の状態に近づけることであった。

Abdellah et al. (1961/1963) も、Henderson (1969/2016) と同様にニードと関連づけて、日常生活ケアを捉えた。Abdellah et al.は、清潔と身体的安楽、活動と休息、安全、酸素供給の維持、栄養供給の維持、排泄機能の維持、疾患に対する生理学的反応の理解、対人関係、自己認識など、人間のニードを21に分類し、それらの援助をすることを日常生活ケアとして捉えた。この目標は、ニードを充足させ問題解決を図ることであった。

一方、Orem (2001/2005) はセルフケアという視点で、Roper, Logan, & Tierney (2002/2006) は生活モデルの視点で日常生活ケアを捉え、基本的なニードを満たすことだけではなく、健康増進のために患者自身が主体的に行うケアとして位置づけた。Orem は、慢性疾患患者の増加や高齢化の影響による疾病構造の変化を受けて、患者は疾患が単に治ればよいというのではなく、退院後も生活できることを目指す必要があるとし、Henderson のニード理論を発展させて患者主体としたセルフケア理論を提唱した。この理論では、人間にある基本的なニードは、8つの普遍的セルフケア要素と定義されている。そこには、空気、水、食物、排泄、活動と休息のバランス、孤独と社会的相互作用のバランス、生命・機能・

安寧に対する危険の予防、正常性が含まれている。Orem は主体的に自分自身のケアを与えるように支えることを目標として捉えた。

Roper, Logan, & Tierney (2002/2006) は個別的なケアを行うためには、生活の個別性を理解する必要があると考え、生活モデルを基盤にした看護モデルで日常生活ケアを捉えた。Roper らは生活を 12 の生活行為に分類した。それらは、安全な環境を維持する、コミュニケーション、呼吸する、食べる・飲む、排泄する、清潔と身支度する、体温を調整する、動作する、働く・遊ぶ、性を表現する、眠る、死にゆくことである。これらの生活行為に合わせて個別的な看護を実践し、健康増進につなげることをその目標とした。

これらの理論において日常生活ケアの目的が、不足するニーズの充足により健康回復や自立を促すこと (Abdellah et al., 1961/1963; Henderson, 1969/2016) から健康増進のため主体的なケアすることにまで広がっている (Orem, 2001/2005; Roper, Logan, & Tierney, 2002/2006) ことが読み取れるが、日常生活ケアがもたらす効果については十分に明示されていない。

2. 基礎看護学のテキストにみる日常生活ケア

基礎看護学のテキストでは、日常生活ケアについて日常生活の援助 (深井・前田, 2015; 深井, 2017; 杉野, 2003)、日常生活行動の援助技術 (志自岐・松尾・習田, 2017)、療養上の世話 (茂野, 2016) など様々に表現されているが、その定義は明確に記載されていないことも多い。深井 (2017) は、日常生活ケアを「食べる、排泄する、活動する、眠る、清潔に保つなど、私たちが日常生活を送るうえで通常自立して行っている様々な行為を、自立して行えなくなった患者の程度に応じて援助するための技術」と定義している。また「患者がその人らしく生きるために欠かせない」、「人間らしい生を支える技術」(p.2) と述べている。茂野 (2016) は、日常生活ケアについて、療養上の世話という表現を用い、患者の観察、環境整備、食事、排泄、清潔、姿勢保持、移動、生活指導など対象者の日常生活行動に全般にかかわる援助 (pp. 10-11) としている。これらのテキストにおいて日常生活ケアは類似する意味で用いられおり、共通する内容は環境調整や食事、活動・休息、清潔、衣生活、排泄の援助を行い、その人の日常生活を支えることであった。

諸外国においても、このような傾向は同様である。食事や排泄などを支える日常生活ケアは「basic care」、「fundamentals of care」といった看護の基本として位置づけられている (Barbara, 2017 ; Potter & Perry, 2012) が明確な定義はない。看護技術のテキストや主要な文献を対象に fundamentals of care を分析した研究 (Kitson, Conroy, Wengstrom, et al., 2010)

によると、基本的ケアとして取りあげられている内容には、共通性の高いケアとそうでないケアに分類されることが示されている。例えば、安全や栄養、排泄ケアは共通性の高いケアであり、睡眠と休息、活動、清潔ケアは共通性がやや高いケア、コミュニケーションや呼吸ケアはどちらともいえないケア、体温調整や意思の尊重は共通性がやや低いケア、共通性が低いケアには安楽や疼痛管理、プライバシーや尊厳を保つケアであるというように分類される。また、その内容には生物学的要素、セルフケア要素、環境要素の3つの要素が含まれることが明らかになっている。この結果は、基本的なケアとされる日常生活ケアの内容には共通性の高いものとそうでないものが含まれ、それらは生活に含まれる複数の次元の要素が重なり合って成り立つケアであることを示している。

以上は、日本や諸外国において日常生活ケアの定義は明確にされていないことを示しているが、日常生活ケアに共通することは、食事や清潔などの「生活」を整える基本的ケアの中に位置づけられており、複数の次元の要素を含んでいるということである。

C. 急性期看護における日常生活ケア

1. 急性期にある患者とその状況

人間の身体機能は物質の代謝や内部環境の恒常性が維持されることによってほぼ一定に保たれている。しかしながら、病気が突発的に発症したり、急激に悪化したりするなどによって身体機能のバランスが崩れることがある。このように病気が突発発症あるいは急性増悪して比較的強い症状を示し、その病気や症状の進行・変動が急激な状態は一般的に急性期といわれる（森, 2010）。厚生労働省は「急性期は患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」と定義しており、急性期にある患者を「病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでの患者」としている（中央社会保険医療協議会, 2007）。

急性期にある患者は症状が急激に出現したり、状態が急速に悪化したりすることから、生命活動そのものが脅かされる状態にある。また、1つの疾患によって引き起こされた身体の変調が引き金となり、重篤な状況を引き起こす可能性もある（大川, 2017, p. 12）。そのため、急性期の患者には迅速で適切な管理が必要とされ、医学的な管理のもとで治療が優先される。全身状態がある程度安定に向かい、医学的な管理下を脱しつつある場合であってもなお、患者は治療による制限や多様な苦痛は続くことが多く、入院前に過ごしていた日常とは大きく異なる状況に置かれる。

このような状況にある急性期の患者の特性については、患者の重症度、看護必要度という観点で、医学的な治療の必要性や ADL の程度から評価されることが多く(久松, 2018; 梶原・小嶋・古賀他, 2011; 筒井, 2002)、看護がかかわる患者の状況を示したものは少ない。しかしながら、急性期にある患者の体験を明らかにした研究の中でその状況がいくつか明らかになっている(井上, 2005; 矢富, 2012)。

井上(2005)はケアや治療の場、疾病・病期を問わず、急激な生命の危機状態に対して専門性の高い看護ケアを「クリティカルケア看護」と表現し、クリティカルケア領域の患者・家族の体験として8つを示している。その中で患者は命を落とすかもしれないという【生命の危機に対する激しい不安】や治療によって【多様で強度の苦痛】を生じており、【見通しの立たない不確実さ】が脅威になっていることを示しており、急性期にある患者が心身ともに不安定な状況であることを示している。

矢富(2012)は、ICUにおいて日常生活ケアを受ける患者の体験について10名の患者へのインタビューにより明らかにしている。その中で患者が過酷な状態で【生きているだけで精一杯】な中で自分なりに【なんと耐え忍ぶ】経験をしていることが示されている。これは井上(2005)の示す結果と同様であり、急性期にある患者が強い苦痛の中に身を置いている状況であることを示している。

2. 急性期看護における日常生活ケアの実践

看護師の日常生活ケアに関する研究は、ある特定の疾患に対する報告やせん妄ケア、食事援助などの日常生活ケアの一部分に着目した報告が多い。なかでも、急性期にある患者は生命活動そのものが脅かされる状況にあることから、急性期看護における日常生活ケアに関する研究は、特に侵襲的な治療を受ける患者の生命活動の安定化を図る看護師の臨床判断やケアの実態を明らかにする視点のことが多い(Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012; 井上他, 2010; 矢富, 2012)。日常生活ケアを主題とした研究は少ない中、高度な医療を受ける患者に対して看護師が専門的な判断を行い、日常生活ケアを実施していることを示す知見もある。

井上他(2010)は、ICUの看護師が侵襲的医療処置下で実践する日常生活ケアの判断状況に関する全国調査を実施し、看護師が高度医療機器装着時の清潔ケアや体位の調整、食事摂取、嚥下訓練など、状態が不安定にある患者に対しても主体的に判断して、日常生活ケアを実施している実態を明らかにしている。

また、朝倉・籠（2013）は急性期の一般病棟に勤務する中堅看護師の実践する主体的な判断について明らかにし、看護師が痛みを緩和しながら清潔ケアの可否や方法を総合的に判断して患者の生活を整えていることを示している。さらに、ICUに入室している患者の場合など、特に生命活動が不安定な患者の生活を整える際には、看護師が血圧やモニターなどの変化を観察しながら体位を変換するなど、神経を研ぎ澄まして日常生活ケアを実践していることも示されている（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard 2011/2012; 矢富, 2012）。

Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard（2011/2012）は、ICUの看護師がその時、その場の状況に応じてタイミングを見極めながら日常生活ケアを実践し、重症患者を安楽にする様相を明らかにしており、看護師が行動しつつ考えるという実践を行っていることを示している。例えば、看護師は重症患者にかかわる中でケアを一つにまとめて時々省略したり、バイタルサイン測定時間を少しずらしたり、ルーチンの処置を後回しにしたりする工夫をして休息をとり、患者の安楽を図っていることが示されている（p. 392）。

これらの研究結果は、急性期看護において看護師が複雑な状況下で行動しつつ考えながら日常生活ケアを実施している現状があることを示しており、看護師が専門的な判断をして、患者の生命活動の安定性を見極めている実態を明らかにしている。しかしながら、看護師は生命活動の安定化を図ることだけを目的にかかわっているわけではない。生命活動が安定しつつある場合には、生活行動の拡大を図れるようにかかわっていることが明らかになっている。例えば、看護師は侵襲的な処置が多い状況にある患者に対し、清拭時に呼吸のリハビリになる要素を取り入れるなど、治療の中にケアを組み込み、日常性を取り戻すようにして生活行動が拡大できるように働きかけている（矢富, 2012）。また、治療とケアのタイミングを見極めたり、治療とケアのバランスを図ったりして、患者の回復を促すように働きかけている（矢富, 2012）。さらに、患者の状態が不安定であることから安静度に医師の判断が必要とされる場合であっても、医師の指示を待つのではなく、看護師自ら安静度を拡大できるように医師に提案していることも示されている（朝倉・籠, 2013）。このように、看護師は日常生活ケアを行う際に、治療とケアのバランス図り、生命活動の安定化を図りながら生活行動が拡大できるように支えていることが示唆される。

看護師が人間としての尊厳を大事にしながら日常生活ケアを実施していることも報告されている。それは例えば、日常生活ケアを行う際に、意識レベルが低い患者であっても声をかけながら実施する（上田他, 2005）、話ができない患者のモニターの脈の変化や手の動きなどちょっとしたサインを受け取り、患者の思いを代弁する（矢富, 2012）などである。

看護師は血圧を巻く際の手の触れ方などで患者の回復の度合いが異なると考えており、常に援助が誠実であるか考え、人としての尊厳を守り、丁寧な技術を提供していることも報告されている（矢富, 2012）。

また、治療が優先されがちな急性期にある患者であっても看護師は患者を生活者として捉え、その人の生活習慣や癖、こだわりといったその人の生き方、暮らしに着目し、それをケアに活かそうとしていることがいくつかの研究によって示されている（荒川・井上, 2015; Ohashi, 2014 ; 徳原・山村・小西, 2017; 上田他, 2005）。

例えば、専門看護師の実践を示した研究（荒川・井上, 2015）では、看護師が治療の先々のことを見据え、患者の暮らしに合わせた視点で治療を調節するなど、退院した後も治療が継続できるように支援するかかわりをしていることが示されている。また、中堅看護師の実践する日常生活ケアを明らかにした研究（徳原・山村・小西, 2017）では、看護師が患者の日常の習慣を重視して、日々のケアを実践していることが示されている。

このように看護師は急性期にある患者であっても、その人の好みや価値、生き方など大事にして、暮らしを見据えながら日常生活ケアを行っていると考えられる。

3. 急性期看護における日常生活ケアの効果

日常生活ケアは食事や排泄などのニーズを満たし、生活行動を支えるだけでなく、患者に闘病の合間のほっとする時間や心地よさを提供し、気分転換を図れるケアでもある（縄, 2016; 矢富, 2012）。このような快の感覚が得られることは副交感神経が優位にさせ、免疫力や自己再生力を高める（川島, 2007, pp. 52-77）。

矢富（2012）は日常生活ケアを受ける ICU の患者の体験を明らかにしており、その中で日常生活ケアの効果を示している。この研究において患者は看護師の言葉かけや創部を保護することで痛みが和らぎ「つかの間の苦痛からの解放」を感じていることや、援助を受けることによって患者は、辛い状況の中でも、「周囲のことを感じ取る」、「状況を知り前に進みたい」など周囲に目を向けようとするのが明らかになっている。また、清拭や食事の援助を受けることで患者は「しみわたる心地よさ」を感じたり、危篤の状態から脱すると看護師の細やかな配慮や観察によって「見守りと気遣いを感じ」たりして肯定的な感情を抱くことが明らかになっている。これらの結果は、心身ともに不安定な状況にある急性期の患者にとって、日常生活ケアが人間としての温かみを感じられ、心身の回復にとって重要な意味をもつケアであることを示唆している。

日常生活ケアは患者に触れ、身体を介して行われるケアでもある。整形外科の患者を対象に触れるケアの効果を日常生活ケアの観点から明らかにした研究（川西，2005）では、看護師が行動に手を添えるというかわりによって患者は行動を移す覚悟ができることが明らかにされている。また、看護師の触れ方により、患者は大事に扱われている感覚を得られたり、痛みを緩和する癒しの効果が得られたりすることも示されている。

日常生活ケアが急性期にある患者の回復に寄与していることを示す研究もいくつかある。例えば、手術を受けた患者に対して実施した背部温罨法が患者の気分を有意に高め、痛みを有意に軽減させることが示されており、自律神経活動のバランスを整える作用がある可能性が報告されている（縄，2002）。また、腰部温罨法など患者に心地よさをもたらすケアが症状緩和や自己効力感に効果をもたらすことが示されている（縄，2006）。

Ohashi（2014）は、日常生活ケアの一部であるモーニングケアに着目し、その効果を明らかにしている。この研究では、看護師が単におしぼりを配るといった現在の医療状況において行われるモーニングケアを実施した群と患者の意向や生活習慣を確認しながらその人の日課を考慮したモーニングケアを行った群を比較している。その結果、後者の方が気分の改善や生活行動が拡大したこと、食事摂取率も有意に増加していたことが示されており、その人の意向や生活の流れに合わせたモーニングケアが術後の身体回復に寄与している可能性が示唆されている。

これらの研究結果は、日常生活ケアが痛みを軽減し、心地よさをもたらす生命活動の安定化を図れるケアであることを示している。また、その人の生活習慣である暮らしを考慮し、ケアすることが心身を活性化させ回復を促すことに寄与することを示唆するものである。しかしながら、このような効果は日常生活ケアのある一部のケアに着目されており、日常生活ケアがその人の全体にもたらす効果については十分に明らかにされていない。

以上の急性期看護における日常生活ケアの文献検討の結果は、看護師が患者の生命活動の安定性を判断しながら日常生活ケアを実践していることやその人の習慣や価値観など暮らしを考慮してかかわっていることを示している。いくつかの先行研究により、日常生活ケアが患者の生命活動の安定化や活性化が図れ、回復に寄与していることが示唆される。また、暮らしを考慮した日常生活ケアが患者の肯定的な感情に影響することから患者の生活の豊かに寄与している可能性も示唆される。しかしながら、このような日常生活ケアがもたらす効果については十分に示されておらず、それらの効果を含めてモデル化することが課題といえる。

III. 研究方法

A. 本研究の前提とモデル構築の方法

1. 本研究の前提

本研究は、日常生活ケアモデルを構築することを目的としており、急性期看護における日常生活ケアの実践を導くことをそのねらいとしている。

看護師の役割は時代とともに変化するとされているように（Henderson, 1969/2016, p. 12）、看護師の実践する日常生活ケアの内容やその意味は、看護を取り巻く環境やその時代によって少しずつ変化する。前述したように、今日における日常生活ケアを取り巻く状況は、医療の機能分化や高度化に伴い変化してきている。そのため、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築するためには、現在の急性期の医療状況において実践される日常生活ケアとその効果との関連性を含めて日常生活ケアの概念を明確にし、現状に即した形での理論開発をすることが重要である。

また、看護師の実践を導くモデルを構築するためには、これまでに明らかにされてきた知見を統合する方法のみでは不十分であることから、本研究では実践の場における概念の用いられ方を知ることが可能であるフィールドワークを取り入れ、日常生活ケアモデルの構築を試みた。

2. モデル構築の方法に関する検討

本研究におけるモデル構築の方法は、図1に示したように、文献検討を中心とした理論の相と質的データであるフィールドワークの相、それらを分析して統合する統合の相からなるデザインを用いた。この方法は、Walker & Avant（2014）の理論統合の方法およびSchwartz-Barcott & Kim（1986; 2000）が概念分析の方法として提唱する、Hybrid Modelを参考とした。その具体的な方法は次の項（B～D）に述べる。

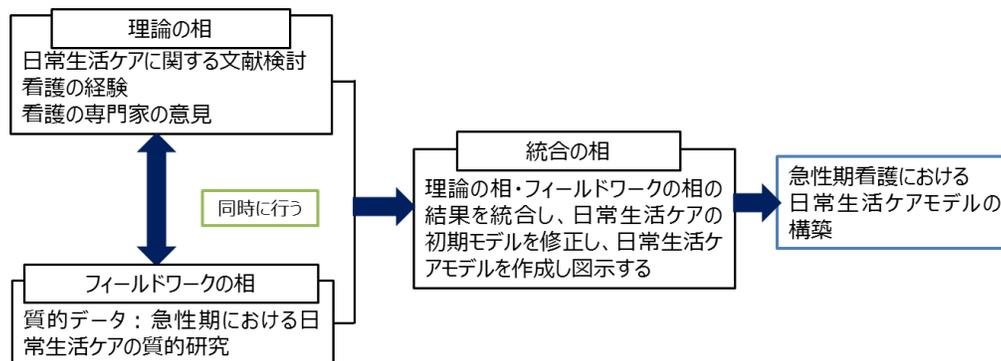


図1.研究デザイン

看護における理論開発の方法は Meleis (2018)、Chinn & Kramer (2015) など、他の研究者も示している。例えば、Meleis (2018) は理論開発の方法として、4つの方法があると述べている。その方法は、①実践から理論を構築する、②研究から理論を構築する、③既存の理論を実践に適用し、新たな理論を構築する、④既存の理論を研究に適用し、新たな理論を構築する、である (pp. 362-371)。Meleis は中範囲理論の開発がダイナミックなプロセスであり、1つの方法に限られないことを強調した上で、統合的な方法での中範囲理論の開発方法についても示している (pp. 378-386)。このプロセスには、臨床的な観察や看護介入に基づく概念開発、臨床介入、文献レビューなどが含まれる (pp. 378-380)。

また、Chinn & Kramer (2015) は、理論開発の方法として4つのプロセスがあることを示している。それらは、①概念を明らかにし、定義する、②前提を明らかにする、③理論が置かれている文脈を明確にする、④関係性についての言明をつくる、である (pp.177-184)。

一方、Walker & Avant (2014) は、理論構築の方法を系統的に示している。Walker & Avant によると理論構築の基本的な要素には概念、立言、理論があり、理論構築の基本的アプローチには統合、導出、分析がある。Walker & Avant はこれらの理論の基本的な3つの要素と理論構築の基本的アプローチの3つを交差させた9つの方法で理論構築の方法を提唱している (p. 65)。これらのうち、古くからある概念について、新たな見方で概念と概念との関連を結びつける方法として、理論統合を用いることが可能であることを述べている。

Meleis (2018)、Chinn & Kramer (2015)、Walker & Avant (2014) のそれぞれが示す理論開発の方法は表現方法が異なるものの、類似するプロセスをたどる。しかしながら、Meleis (2018) や Chinn & Kramer (2015) の示す理論開発の方法は個々の戦略について具体的な手順を記載したものではない。また、本研究では、古くからある日常生活ケアの概念について、食事や排泄などの下位概念に細分化せずに新たな見方でその効果を示すことを目指している。したがって、臨床の観察をもとに新たな着想をみる Meleis の中範囲理論の開発方法とは目的が異なることから、Walker & Avant (2014) の示す理論統合の方法でのモデル構築が適していると考えた。

さらに、本研究が主題とする日常生活ケアは、看護においてこれまで当たり前のように行われており、言語化されてこなかった背景がある (Sandelowski, 2000/2004)。そのため、食事援助や清潔ケアなどの個々の技術に関する研究知見はあるが、日常生活ケアが生命活動や暮らしへもたらす効果やその影響については理論化されていない。加えて、前提で述べたように、本研究が目的とする実践の指針となるモデルとするためには、今日の医療状

況における日常生活ケアに即した形での理論化を図ることが重要である。したがって、既存の研究知見のみを統合する方法での理論構築ではなく、フィールドワークを用いて実践における概念の用いられ方を明らかにする概念分析の方法を提唱している Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model も参考とすることが有効であると考えた。

以上をふまえ、本研究は、古くからある日常生活ケアの概念に着目し、その刷新を目指す上で Walker & Avant (2014) の理論統合と Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model の2つの方法を参考とし、それらを統合するデザインでのモデル構築とした。

3. 本研究におけるモデル構築

図2は本研究が参考とする Walker & Avant (2014) の理論統合、Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model による概念分析および本研究のモデル構築の方法を比較し、示したものである。以下に、本研究が参考にする Walker & Avant (2014) の理論統合の方法、Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model の具体的方法と本研究のモデル構築の位置づけについて述べる。

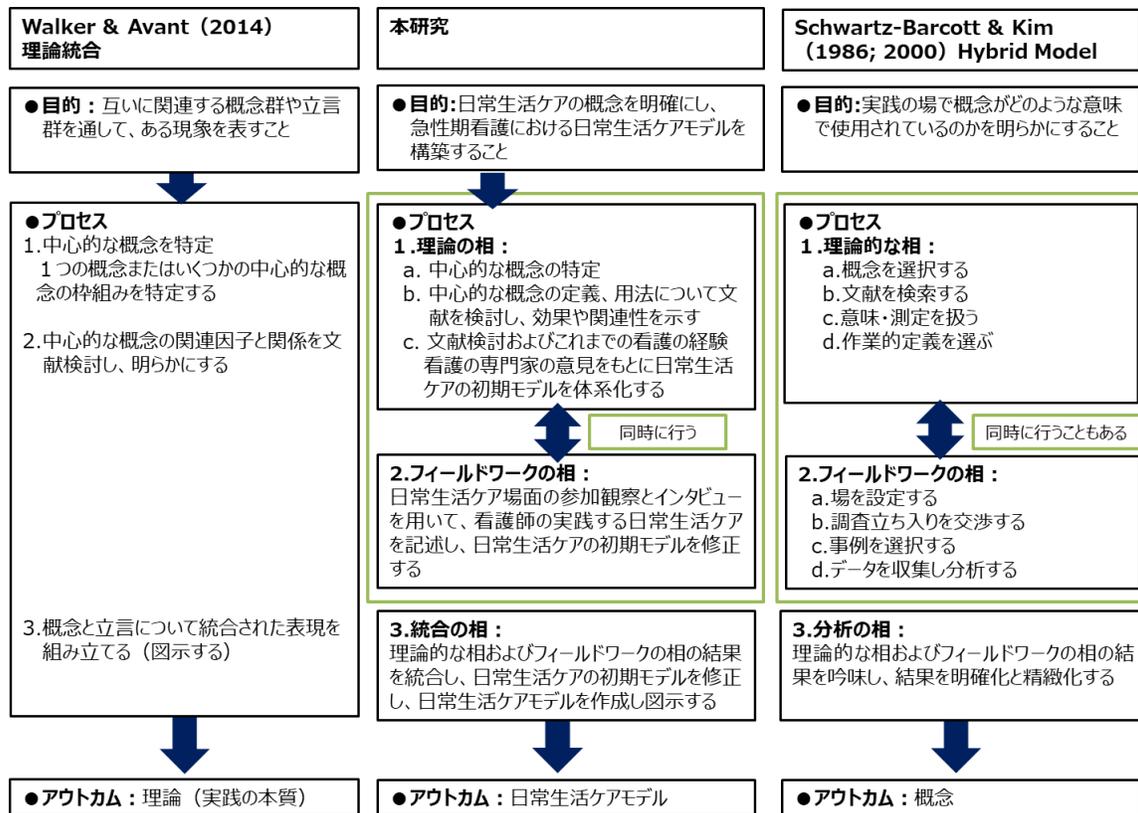


図2. 研究方法の比較

a. Walker & Avant (2014) の理論構築

理論統合 (pp.146-160) は、互いに関連する概念群や立言群を通してある現象を表すことである。理論統合の目的はいくつあるが、その一つには、ある看護介入で生じる結果など、出来事後に生じる効果を示すことが含まれる (p. 149)。

理論統合は経験的な根拠をもとに構築される。その情報源は、質的観察や量的観察、利用可能なデータバンク、公表されている研究知見など様々あるが、どのようなデータを用いるかはその目的に合わせて選択すればよいとされる (p. 147)。本研究では、文献や専門家の意見とともに質的データを用いた。

Walker & Avant の理論統合の具体的な方法は、図 2 に示した、3 つの段階がある (pp. 149-153)。第一段階は、統合された理論のための支柱の役割をする中心的な概念を特定することである。第二段階は、中心的な概念に関連する因子を同定し、様々な関係の性質を特定するために文献を検討することである。第三段階は、概念と立言を興味の対象である現象の統合された表現に体系化することである。

本研究では、図 2 に示すように、Walker & Avant の理論統合のプロセスである第一段階、第二段階を理論の相に、第三段階を統合の相に位置づけた。

b. Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) の Hybrid Model

Schwartz-Barcott & Kim は実践の場で概念がどのような意味で使用されているのかを明らかにする概念分析の方法として Hybrid Model を提唱している (pp. 129-159)。このモデルは、図 2 に示したように、理論の相・フィールドワークの相・分析の相の 3 つの相から成り立つ。このモデルの特徴は、理論の相とフィールドワークの相は段階的に行われるのではなくかかわり、同時に行われる場合があることである (pp. 131-132)。

理論の相は、他の 2 つの相の基礎となる。理論の相には、概念を選択する、文献を検索する、意味と測定を扱う、作業的定義を選ぶことが含まれる。

フィールドワークの相は、実践における概念の現れ方を知るため、実践の観察を通して分析する。ここには、場を設定する、調査立ち入りを交渉する、事例を選択する、データを収集し分析することが含まれる。分析の相は、理論の相とフィールドワークの相を振り返り、再度結果を吟味し、結果の明確化と精緻化を目指して知見を重みづけ、結果を記述することが含まれる。

本研究は、この Hybrid Model のプロセスを参考とし、理論の相とフィールドワークの相

を同時に行い、行ったり来たりしながらそれらの結果をもとに統合し、日常生活ケアモデルを構築する方法とした。しかしながら、Hybrid Model は概念分析の手法であることから、その目的は概念の意味を示すことであり、そのアウトカムも概念を示すことに留まるため、その点が本研究とは異なる。

また、本研究では理論の相では、研究知見だけではなく、これまでの看護の経験や看護の専門家の意見もふまえて、理論生成を試みる方法を用いた。その理由は、Walker & Avant (2005/2008) が Rudner (1996) の言葉を用い、理論生成の過程では、発見の文脈と正当化の文脈を区別することを提唱していることによる。理論評価で使用される基準や方法を理論生成の初期段階で適応することは理論生成の独自性を失うことにつながりかねないことが危惧される (Walker & Avant, 2005/2008, pp. 24-25)。

B. 理論の相

理論の相では、文献検討および看護の経験、看護の専門家の意見をもとに日常生活ケアの初期モデルを作成した。以下にその具体的な方法を述べる。

1. 関係資料の選定

日常生活ケアの概念を明確にするため、「生活」の概念を検討した。生活について取りあげてきた学問には家政学、社会学、経済学などがある。それらの学問において生活について言及している代表的論者の文献を対象とした。

2. 日常生活ケアの初期モデルの作成手順と分析方法

a. 中心的な概念の特定

本研究は日常生活ケアモデルの構築を目指していることから日常生活ケアモデルの中心的な概念は日常生活ケアとした。

b. 中心的な概念の定義、用法の検討

文献検討の結果をもとに、中心的な概念の定義、用法、現れ方などについて検討し、効果や関連性を示した。日常生活ケアモデルは、生活を中心とした見方であることから、生活の概念について検討し、生活の捉え方やその用法について整理し、看護における生活および日常生活ケアの視点を明確にした。

c. 日常生活ケアの初期モデルの作成

a、b の結果をもとに日常生活ケアモデルの中心的概念について作業的な定義を行い、これまでの看護の経験や専門家の意見をふまえてその妥当性を検討し、日常生活ケアの初期モデルを作成し、体系化した。

C. フィールドワークの相

フィールドワークの相では、看護師の日常生活ケア場面の参加観察とインタビューを用いて、急性期看護における日常生活ケアの実践を記述し、分析した。以下にその具体的な方法を述べる。

1. 研究フィールド

研究フィールドは、急性期看護における日常生活ケアの現象を多く見ることが可能な施設として、首都圏内の 7:1 の看護体制をとっている急性期病院で、研究協力に同意が得られた 2 施設とした。

A 施設は病床数 700 床程度の急性期病院であり、B 施設は病床数 300 床程度の急性期病院であった。A 施設は循環器内科・泌尿器科・整形外科など 7 科の混合病棟であり、心不全の患者や高齢患者が多く入院していた。平均在院日数は 8.6 日であった。B 施設は、外科・泌尿器科・整形外科・脳外科・糖尿病内科など 7 科の混合病棟であり、急性期から終末期の患者が多く入院していた。平均在院日数は 11.5 日であった。

2. 研究参加者および研究施設への研究協力依頼

研究参加者は、急性期看護に熟達した看護師とした。この条件として、急性期看護の臨床経験が 5 年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師とした。

研究施設への協力依頼は各施設の看護部長および病棟師長に文書を用いて研究の趣旨や方法について説明し、許可を得た上で行った。

3. データ収集期間

データ収集期間は、予備研究期間を含め 2017 年 5 月～2018 年 3 月であった。データ収集は、データの信用性を保つため施設ごとに実施時期をずらして行った。

4. データ収集方法

a. 参加観察

研究者が研究参加者に同行し、患者、家族に実践する日常生活ケア場面を観察した。ケア場面を観察することへの影響を最小限に留めるために、研究者は患者のケアを補助的に参加しながらその状況でのやりとりを観察する「参加者としての観察者」(佐藤, 2002, p. 70)の立場をとった。参加観察は隔週 1~2 日程度の頻度で、研究参加者 1 名につき 1~4 回程度行った。参加観察した場面は、研究参加者が実践する日常生活ケアの場面の他、患者への関わりについて理解を深めるために、研究参加者が患者にかかわる前後や申し送り、カンファレンスなどであった。参加観察では看護師が患者の何に着目し、どのように日常生活ケアを行っているのか、その結果、患者にどのような反応や効果があったのかということに注目した。観察した内容は研究者の記録の偏りを最小限にするために、できる限り観察直後にメモを取り、速やかに記録しフィールドノーツを作成した。

b. インタビュー

研究参加者の看護師に対して、参加観察した場面で生じた研究者の疑問点や詳細を知りたい点を中心に半構成的インタビューを実施した。

インタビューは承諾が得られた場合、参加観察を行った日に実施した。看護師の実践は言語化されにくい性質をもつことから、研究参加者の記憶が鮮明なうちに観察した場面の意図を振り返ってもらった。インタビューでは、患者の状況をどのように捉えているか、また参加観察した内容について、その意図を確認した。参加観察を行った日にインタビューができなかった場合やインタビュー内容の確認が必要な場合は参加観察した日とは別の日にインタビューを実施した。インタビューは業務に支障がないように配慮して行い、時間は 15~40 分程度であった。インタビュー内容は、研究参加者の了承が得られた場合は IC レコーダーに録音し、それ以外の場合はメモで対応した。

5. 分析方法

日常生活ケアの初期モデルと比較し、実践事例を分析した。具体的には以下とした。

- (1) インタビューの録音内容から研究参加者ごとに逐語録を作成し、フィールドノーツと逐語録をデータとした。
- (2) 研究参加者の実践する日常生活ケア場面ごとのフィールドノーツと逐語録を合わせて

場面を再構成し、1つの事例とした。場面を再構成する際には、看護師が捉えた患者の状況や看護師が何に着目し、どのように日常生活ケアを行っているか、またその意味、そのことが患者にどのような反応や効果をもたらしているか、について記載されている部分に注目した。

- (3) (2)で研究参加者ごとに再構成した場面の事例について、急性期にある患者の状況、日常生活ケアの具体的方法、患者の反応や効果について記述されている部分を抽出した。
- (4) (3)で事例ごとに抽出した内容を比較し、内容の類似性に合わせて分類し、それぞれをカテゴリ化した。
- (5) (4)でカテゴリ化した急性期にある患者の状況、日常生活ケアの具体的方法、患者の反応や効果について日常生活ケアの初期モデルと比較し、説明可能な部分と加筆修正が必要な部分を検討した。
- (6) データの分析過程では複数の研究指導教員より定期的にスーパービジョンを受け、質的研究の評価基準（Lincoln & Guba, 1985）である信憑性（trustworthiness）を高めるため、信用性（credibility）、転移可能性（transferability）、確認可能性（confirmability）、明解性（dependability）の確保に努め、データの解釈は必要に応じて研究参加者に確認した。

6. 倫理的配慮

本研究は、予備研究、本研究ともに日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（予備研究承認番号 2016-105、本研究承認番号 2017-056）および対象施設の倫理審査会の承認（承認番号：201722）、研究施設の承諾、病棟の承諾を得て実施した。

研究参加者への研究参加依頼は強制力が働かないように段階を踏んで行った。研究参加者の条件を満たす看護師は病棟師長の紹介を受けたが、研究参加依頼は研究者が直接依頼した。その際、研究参加依頼のチラシを配布し自発的な参加を促した。研究協力への意向を示した看護師に対して、研究の趣旨と方法、研究同意の撤回がいつでも可能であることを文書および口頭で説明し、同意を得た。

研究参加者に対し、参加観察は看護ケア内容を評価する視点のものではないこと、観察されて困る場合や負担に感じる場合は遠慮なく申し出て構わないことを説明した。また参加観察を行うため、研究参加者であることが病棟内の看護師に特定されることを説明し承諾を得た。参加観察を行う際は、研究参加者および患者・家族にその都度口頭で承諾を得

てから行った。

インタビューは研究参加者の希望に合わせてプライバシーが確保できる場所をその都度選択し実施した。インタビューでは参加観察した場面の内容を中心に語ってもらうが、話したくないことは話さなくてもよいこと、逐語録からのデータ削除することが可能であること、インタビューを中断・中止できることを説明した。インタビュー中は、研究参加者の表情や言動に注意し、研究参加者の心的負担や苦痛になっていないか常に配慮した。

患者・家族への研究参加への協力依頼は、研究参加者が受け持つ急性期の患者のうち、病状が安定しつつあり、日常生活ケアを必要とする者に対して行った。患者・家族は研究参加者を通じて紹介を受けたが参加観察への依頼は研究者が直接文書を用いて研究の趣旨と方法、参加観察の拒否権および承諾の撤回の権利、参加観察の依頼を拒否した場合でも不利益は被らないことを十分に説明した。参加観察の承諾は、承諾書の署名をもって行うことを基本とし、文書での承諾が負担となる場合のみ施設の指示に基づいて口頭同意とした。看護ケアは研究参加者の判断、指導のもとで補助的に行った。

研究期間中に得られたデータおよび個人情報厳重に保管した。またデータは匿名化し、研究結果を公表する際にも匿名性を保持し、個人や対象施設の特定につながる情報の記載はしないことを研究参加者および患者・家族に説明した。患者の個人情報は、あくまでも参加観察した場面での情報と研究参加者から得られた情報の範囲とした。

研究参加者および患者・家族には本研究は博士論文とする旨および全文をインターネットの利用により公表する可能性がある旨を説明し、同意を得た。また、看護系の学会や学術誌への論文投稿などで発表する可能性があることについて説明した。希望する研究参加者には、研究結果の概要を後日郵送し、研究結果の公表・還元に努めることを約束した。本研究に関して、開示すべき利益相反はない。

D. 統合の相

統合の相では、理論の相およびフィールドワークの相の分析結果をもとに、次の手順で日常生活ケアモデルを構築した。

- (1) 理論の相およびフィールドワークの相の結果をふまえて日常生活ケアの初期モデルを統合して精緻化し、日常生活ケアモデルを作成した。
- (2) 日常生活ケアを構成する概念や関係性について図示し、実践事例を用いて説明した。

IV. 結果

A. 理論の相

理論の相では、生活や日常生活ケアに関する文献検討および看護の経験、看護の専門家の意見をもとに急性期看護における日常生活ケアの初期モデルを作成した（図3）。

1. 急性期看護における日常生活ケアの初期モデル

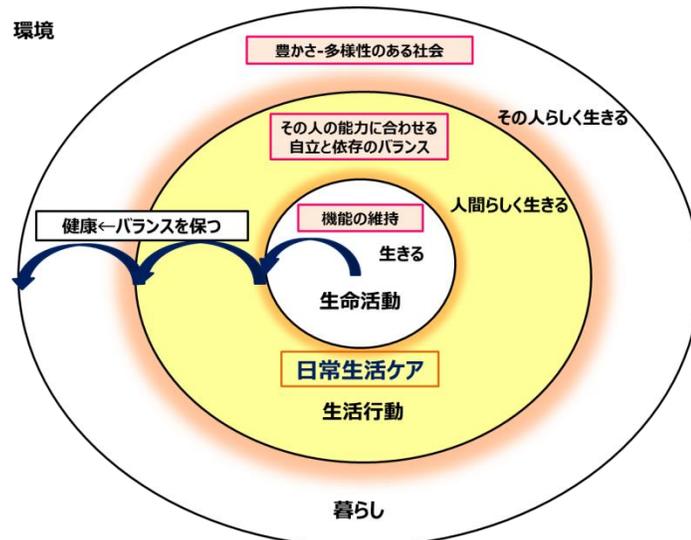


図3. 急性期看護における日常ケアの初期モデル

日常生活ケアの初期モデルの前提は次の4つである。

- (1) 人間は個別的で多様な価値をもつ存在であるとともに共通する側面をもつ存在である。
- (2) 人間にはニーズがある。ニーズは人間の営みを生み出す原動力となるものである。ニーズには生命活動に不可欠なニーズと社会生活を営む上で欠かせないニーズがある。生命活動に不可欠なニーズは多くの方がそれを満たす営みをとる共通性の高いものであり、呼吸、循環、食事、睡眠、排泄、活動、苦痛回避などである。暮らしを営む上で欠かせないニーズはコミュニケーションや仕事などである。これらのニーズは疾患や治療、環境、個人の特性などにより影響を受けるとともに、個人によってそのニーズの優先度や満たし方が異なる。
- (3) 人間の生活は多面的に捉えることができるが、看護が主にかかわるのはその人の生活行動を支えることである。
- (4) 日常生活ケアは Henderson（1969/2016）の述べる看護独自の機能の1つである。

2. 日常生活ケアの初期モデルの構造と構成概念

a. 日常生活ケアの初期モデルの構造

日常生活ケアの初期モデルは、急性期にある患者の「生活」を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するモデルである。このモデルは大きさの異なる3つの同心円で構成される。これらの円は、看護師が捉える急性期にある患者の「生活」の視点を示しており、円の内側から「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」で構成される。

「生活」は広義には生きる全ての営みが含まれ、そこには代謝や消化など生命を維持する営み、食べる・休息をとるなどの人間に共通する営み、仕事や家庭など経済・社会的な営みなど多様な側面が含まれる。

医学は生命そのものに直接アプローチすることによって、その機能が保てるように生命活動を支えている。また、介護や福祉は食事や排泄などの生活行動を支えることもあるが、家事や経済面などの支援を行い、その人の暮らしそのものを支えている。看護は必要に応じて、その2つの一部分の役割を担うことがある。しかしながら、看護が焦点とするのはあくまでも対象である人々の生活行動を支えることである。しかも、対象である人の生活を生活行動に限ることなく、生命活動と暮らしを含む幅広い視点から捉えながら生活行動を支えるのである。

急性期にある患者は生命活動が不安定な状態であることから、点滴やドレーンなどのチューブ類、心電図モニターなどの医療機器などに囲まれ、医学的な管理のもとで生活しなければならないことも多く、これまでの生活とはかけ離れた非日常的な状況に置かれる。このような状況は長く続くわけではないが、患者は心身の急激な機能低下や治療上の制約などにより食事や排泄などの生活行動でさえ行うことができない状況になる。また、仮に生活行動を行うことができたとしても、症状の出現によって辛さを伴ったり、心身に負担をかけたりする可能性がある。さらに完全な医学的な管理を脱した後も、それまでの生活行動を取り戻すのは容易ではない状況となる。

このような状況から、急性期看護における日常生活ケアは生活行動を支えることを中心的に位置づけながらも生命活動の安定化や活性化とともに暮らしを視野に入れ、統合的な視点で捉えて実践する必要がある。

看護における日常生活ケアの中心的なかわりは生活行動を支えることであることから、図に示した3つの円のうち、真ん中の円に生活行動を位置づけ、黄色とオレンジ色で囲み強調した。これらの3つの円の境界が不鮮明であるのは生命活動・生活行動・暮らしの境

界を明確に区別することが困難であることによる。生命活動の状態が生活行動に影響を及ぼしたり、その人の暮らしが生活行動に影響を及ぼしたりことは誰も経験することである。例えば、病気になると身体的な辛さから食事や休息がとれないなどの影響を及ぼし、仕事が上手くいかない食事や睡眠などに影響を及ぼすというのは言うまでもない。

以上より、急性期看護における日常生活ケアの初期モデルでは、急性期にある患者の生活の視点を「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの概念で表し、それらを重層構造で示した。

紺色のアーチ型の矢印は、日常生活ケアのかかわりを示すとともに「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの概念の関連性を示している。看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの視点で統合的に患者の生活を捉えて日常生活ケアを実践するが、そこには段階があり、生命活動の安定化や活性化を図ることによって、生活行動を支えることにつながり、それが一定のレベルで満たされると暮らしに戻ることに繋がるといいうようにそのバランスが整うことによって健康に向かうことを示している。

図の各円に配置されているピンク色の四角は、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」のそれぞれの視点としたかかわりが目指す中心的な目標を示している。生命活動の安定化や活性化を図るケアはその機能の維持を中心的な目標としており、日常生活ケアはその人の能力に合わせて、自立と依存のバランスを保てるように支えることをその中心に位置づける。暮らしを見据えてケアすることは、その人の生活の豊かさや多様性のある社会を中心的な目標としている。

人は環境とのかかわり合いの中で生活していることから、円の外側に環境を配置した。

b. 日常生活ケアの初期モデルの構成概念

(1) 日常生活ケア

「日常生活ケア」は日常生活ケアモデルの中心的な概念である。患者の食事や排泄などの日常生活を支えるかかわりについては「basic care」、「fundamentals of care」、「療養上の世話」、「生活行動援助」、「日常生活援助」など様々な言葉が用いられているが、本研究では「日常生活ケア」という言葉を用いた。

「日常生活ケア」は「日常生活」と「ケア」から成る複合語である。看護において「日常生活」は「生活」と同様の意味で用いられていることも多く、両者の明確な区別はされていない。しかしながら、「日常生活」は生活の中でも日常性や習慣を示すときに用いられ

ている。先に述べたように、急性期看護ではこれまでの習慣的な営みである生活行動を可能な限り苦痛なく継続し、日常性を取り戻すことが必要であることから「日常生活」という言葉を用いた。

一方、看護における「ケア」という概念は看護行為の本質を捉えるときに用いられる（日本看護科学学会，1994；日本看護協会，2007）。本研究では看護師の実践について、食事介助、清拭などの単なる行為に結びつきやすい「支援」や「援助」として表現するだけではなく、看護師の行為の意図やその思い、患者との相互作用や関係性も含めて包括的にモデル化したいと考え、「ケア」という言葉を用いた。

序論で述べたように、日常生活ケアは看護そのものであり人間のもつニードとの関連で捉えられてきた。そこには呼吸や食事、排泄など生命に直結する営みを支えることが含まれるだけではなく、コミュニケーションや仕事など社会的な営みを支えることも含まれる。

日常生活ケアの目的は、不足するニードの充足により健康回復や自立を促すこと（Abdellah et al., 1961/1963; Henderson, 1969/2016）から健康増進のために主体的にケアすることにまで広がりがある（Orem, 2001/2005; Roper, Logan, & Tierney, 2002/2006）が、その効果については十分に明らかになっていない。その理由としては、看護における日常生活ケアがニードの充足や観察、関係性の構築など複数の意図や目的で行われる多義性があるケアであり、その効果も生命活動の安定化や生活行動の自立、満足感など多様性があることを反映していると考えられる。

日常生活ケアは安楽をもたらしたり、人間としての尊厳を取り戻せたりすることにその価値がある。生活行動は日常的・習慣的に行われている営みであるがゆえに、普段はあまり意識されることはない。人は、病気や治療によってそれらの営みができなくなったときにはじめて、それらがどれだけ自分の暮らしにとって安楽をもたらしているのか、また人間らしく生きることができるのかに気がつく。

矢富（2012）は、ICUで過ごす患者が看護師の治療の中にケアを取り入れ日常性を取り戻せるような働きかけや清潔ケアや食事援助に対して「しみわたる心地よさ」や「見守りと気遣いを感じる」などの肯定的な感情を抱いたり、「状況を知り前に進みたい」など前向きな気持ちになる体験をしたりしていることを明らかにしている。この結果は、心身ともに不安定な状況にある急性期の患者にとって、日常生活ケアが人間としての温かみを感じられ、心身の回復にとって重要な意味をもつケアであることを示唆している。

このように、生命活動の安定化や活性化を図り、暮らしを見据えて生活行動を支える日

常生活ケアは、急性期の患者にとって心地よさをもたらしたり、人としての尊厳を保ったりすることにつながる。それは、生命活動の安定化や活性化につながって患者の回復過程を促し、暮らしを豊かにすることにもつながるのではないかと考えられる。そこで、急性期看護における日常生活ケアを以下のように定義した。

「急性期看護における日常生活ケアは生命活動そのものが不安定な状態にある患者に対し、生命活動の安定化や活性化を図り、暮らしを見据えて、日々その人が行っていた生活行動をその人の能力に応じて行えるように支えるかかわりである。このかかわりは、患者に心地よさをもたらすとともに、人間としての尊厳を保つことを可能にする。また、このかかわりは患者の健康回復を促し、その人の暮らしの豊かさにまで波及する効果をもたらす。」

(2) 生命活動・生活行動・暮らし

「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」は急性期の患者の生活を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するための視点である。また、看護師が日常生活ケアを実践する際に、ケアの目標や方向性を定めたり、ケアの効果を確認したりする視点となる。

「生命活動」とは、人が生命を維持するために欠かせない細胞レベルの営みである。人は、生命を維持するために、物質の代謝を行ったり、内部環境の恒常性を保ったりしていることから、ここには、物質の代謝や調整、内部環境の恒常性の維持、反射や調整などの活動が含まれる。内部環境の恒常性には、体液の量、体液の電解質組成、体液の PH、体液の温度、ブドウ糖値の恒常性などがある (Cannon, 1932/1981)。内部環境の恒常性の維持には自律神経系が重要な働きを担っている。この自律神経系とは、呼吸、循環、消化・吸収、代謝、分泌、排泄、生殖機能など生命維持の機能を調節している神経系である。

看護において生命活動の安定化や活性化を図ることは、これらの生命維持に必要な機能が維持できるように調整をし、生きることを支えるかかわりである。ここにはバイタルサインの測定やモニタリングなどの観察、輸液管理などを行いながら日常生活ケアを実践することを通じて生命活動の安定化や活性化を図り、機能維持することが含まれる。

「生活行動」は、食事をとることや排泄すること、睡眠をとることなどの人間に共通する営みである。人はこれらの営みを行うことで、人間らしく生きていることから、生活行動は人間らしく生きる営みともいえる。人間として共通する営みには食事や排泄、睡眠などの生命活動に欠かせない営みや、コミュニケーションをとること、身だしなみを整えることなど社会生活に欠かせない営みなどが含まれる。これらの営みは日々の生活の中で繰

り返し生じる基本的ニーズに基づいており、1日に必要とされる回数が多いほど、生命活動に直結した活動である。

生活行動を支えることは、日常生活ケアの核である。日常生活ケアは、その人の能力に合わせて自立と依存のバランスを図りながら生活行動を支援することを通じて、その人が人間らしく生きることを支えるかかわりである。ここには、食事援助や排泄ケア、移動や移送、歩行援助などが含まれる。

「暮らし」とは、衣食住の手段や価値観、周囲との関係性、ライフスタイルなど、その人の生き方そのものを示す営みである。また、個人と個人の関係や、個人と社会の関係など関係性を重視した営みである。これらの営みは、その人らしく生きることに基づいており、その人らしさは人と人との関係性や文化、社会の影響を受ける。

暮らしは、その人の生き方や関係性が重視されることから、暮らしを見据えることはその人らしく生きることを尊重するかかわりである。ここには、これまでの生活習慣や嗜好、家族背景ふまえてケアしたり、退院後の役割やライフスタイルをふまえて治療やケアを調整したりすることが含まれる。このように暮らしを見据えて日常生活ケアを実践することを通じて、その人の生活を豊かにすることが含まれる。

前述したように「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの概念は、互いに重なり合う部分も多く、明確に区別できるものではない。一方、それぞれの視点の違いもある。円の中心である「生命活動」に向かうほど人間として共通する営みが多く含まれ、円の外側の「暮らし」に向かうほど、人や社会との関係性が重視される営みとなる。また、円の外側の「暮らし」に向かうほど、個人や文化、価値観の影響を受け、独自性や個別性、多様な価値が重視される営みである。

さらに、3つの円で示される営みは、どれも周期があるがその周期は異なる。生命活動は細胞レベルの活動が中心であるため日単位よりも短い周期であり、生活行動は基本的には24時間の日単位で繰り返される営みが中心である。一方、暮らしは、月単位や季節、年単位など、日単位よりも長い営みが多く含まれる。

c. 生命活動・生活行動・暮らしの関連性

「生命活動」と「生活行動」は互いに関連し、影響し合っている。例えば、息をすることや食べることなどの生活行動は生命活動に直結している。

人は息をすることによって、細胞に必要な酸素を取り入れて細胞内でエネルギーを作り

出し、その結果できた二酸化炭素を体外へ排出させ、身体の恒常性を図っている。また、食べるという営みによって個体を維持するのに必要なエネルギー源を供給している。

一方、肺や肺胞など呼吸器官や機能の一部に障害があると上手く息をすることが困難となる。同様に、嚥下機能に問題が生じると食べることも困難となるというのは言うまでもない。このように、細胞の機能に何らかの問題が生じることによって、それまで意識することなくスムーズに行えていた生活行動でさえも十分に行えなくなる。それゆえ、生命活動と生活行動のバランスを図ることが重要となる。生命活動が不安定な急性期にある患者の場合、看護師は神経を研ぎ澄まして日常生活ケアを実施しており（Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011/2012; 矢富, 2012）、生命活動の安定化を図りながら生活を整えている。

日常生活ケアは患者の闘病の合間にほっとする時間や心地よさを患者に提供し（繩, 2016; 矢富, 2012）、副交感神経を優位にさせて、免疫力や自己再生力を向上させる（川島, 2007, pp. 52-77）。これは、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化に寄与する可能性を示している。

「生命活動」と「生活行動」が互いに影響し合っているのと同様に「生活行動」と「暮らし」もまた互いに影響し合っている。生活行動は、暮らしの影響を大きく受けており、その人の生活行動のあり様はその人の暮らしにも大きく影響を及ぼす。

例えば、食べるという営みは同じであっても、何を使って食べるか、どのように食べるかなどは人それぞれであり、それらは文化や社会、日々の習慣に影響を受ける。また、普段は特に意識していない息をすることや排泄することなどの行為であっても、病気や怪我によってそれらが困難となると、習慣化された行為を変更せざるをえない状況となり、暮らしそのものに影響を与える。

患者は入院により、それまでの暮らしとは異なる状況に置かれる。看護師は、治療が優先されがちな急性期の状況であっても、その人の生活習慣や癖、こだわりといったその人の生き方、暮らしに着目し、それを日常生活ケアに活かそうとしている（大橋, 2012; 徳原・山村・小西, 2017; 上田他, 2005）。また、退院後の暮らしを見据えて治療を調整するなどして日常生活ケアを実践している（荒川・井上, 2015）。

患者の好みや価値、生き方など暮らしを考慮したかわりは、これまで、個別性のある看護、individualized care、patient-centred care、person-centred care などの視点で示されている。その効果の指標として主に患者や看護師の満足度が用いられ、肯定的な反応が得られ

ていることが示されている (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008)。しかしながら、看護師が患者の暮らしを考慮して生活行動を支えることは、患者や看護師の満足感を高めるといっただけではなく、生活の質そのものに関係し、生活の豊かさに寄与するのではないかと考えられる。また、いくつかの文献では暮らしを考慮した日常生活ケアを提供することによって患者の身体回復に影響していたことが示されている (大橋, 2012; Ohashi, 2014) ことから、生命活動の活性化にも影響する可能性も示唆される。

3. 理論の相のまとめ

理論の相では看護独自の日常生活ケアの視点を明確にして日常生活ケアの初期モデルを作成した。しかしながら、急性期にある患者の状況性、日常生活ケアの具体的なかかわりやその効果について明らかにすることは課題とされた。特に、急性期にある患者に対し、生命活動の安定化や暮らしを見据えた日常生活ケアがどのように行われているか、またそれらが患者の回復過程を促し、暮らしの豊かさを含めた生活全体にどのように影響しているのかについてフィールドワークの相で明らかにすることが課題となった。

B. フィールドワークの相

フィールドワークの相では現在の急性期の医療状況のもと実践される日常生活ケアを通じて初期モデルの経験的な基盤を得ることを目的に、急性期看護に熟達した看護師の参加観察とインタビューを行い、看護師が患者の状況をどのように捉え、何に着眼し、どのように実践していたのか、また、どのような効果や反応につながったのか分析した。

1. 研究参加者および患者の背景

研究参加者は9名の女性であり、平均年齢は35.7歳、看護師経験の平均年数は13.8年(7年-22年)であった。研究参加者がかかわった患者は17名であり、平均年齢は70.8歳であった。研究参加者および患者の背景を表1に示した。研究参加者(以下、看護師とする)および患者の氏名は全て仮名である。

表1. 研究参加者および患者の背景

研究参加者	年齢	性別	看護師経験	患者	年齢	性別	患者の疾患および状態
相川看護師	30歳代後半	女	10-15年	黒沢さん	40歳代	男	糖尿病ケトアシドーシスで緊急入院し4日目 症状は改善傾向だが両目が見えづらい
				川村さん	70歳代	男	胃がん術後2日目 洞不全症候群あり 前日離床が進んでいない
				須崎さん	70歳代	男	大腸がん穿孔にてストーマ造設術後5日目 胸水・腹水貯留し倦怠感が強い
				山中さん	80歳代	男	胃がん術後4日目 前日同室者のいびきで眠れず離床が進んでいない
井上看護師	30歳代前半	女	10-15年	富永さん	60歳代	男	肝臓がん再手術後5日目 呼吸や血圧が変動しやすく、全身状態が不安定
				山崎さん	70歳代	男	大腿骨頸部骨折 術後13日目 腹水貯留 倦怠感が強い
上原看護師	30歳代前半	女	10年未満	原口さん	80歳代	男	頸椎脱臼骨折 術後20日目 創部痛が強く、固定用カラーで身動きが取りにくい
太田看護師	30歳代前半	女	10年未満	木島さん	30歳代	男	小児麻痺 水頭症にてシャント感染 脳槽ドレーン管理 入院7日目 ベッド上で過ごす
				志田さん	80歳代	男	背部・右足皮膚の腫瘍 術後10日目 軽度の認知症、創部の状態は改善傾向にある
香川看護師	40歳代前半	女	20-25年	木島さん	30歳代	男	小児麻痺 水頭症にてシャント感染髄膜炎 脳槽ドレーン管理 入院14日目 前日痙攣を起こし不安定
				志田さん	80歳代	男	背部・右足皮膚の腫瘍 術後7日目 軽度の認知症あり 疼痛が強かったが軽減しつつある
				本木さん	80歳代	男	腎盂癌からの出血によるショック状態で入院4日目 不安と倦怠感があり臥床して過ごす
渡辺看護師	40歳代前半	女	20-25年	中田さん	70歳代	男	膵臓がん術後5日目 疼痛と腹部の張りが強く離床が進んでいない
崎山看護師	30歳代後半	女	15-20年	大塚さん	70歳代	男	急性心不全・腎不全・狭心症 ICUで集中管理後6日目 せん妄があり意識レベルに変動がある
				村野さん	80歳代	女	右足第2指変形症 プレート埋め込み術後1日目 疼痛が強く身動きが取れない
				木川さん	70歳代	女	閉塞性動脈硬化症 人工血管バイパス術後1日目 昨晩全く眠れず疼痛・疲労感が強い
中谷看護師	30歳代後半	女	10-15年	石川さん	70歳代	男	心筋梗塞で入院しICUで集中管理後7日目 腎不全あり透析をしている 倦怠感が強い
廣瀬看護師	30歳代前半	女	10年未満	森さん	90歳代	男	胸水 CO2ナルコースにて入院14日目 在宅用の人工呼吸器使用中 ベッド上で過ごす
				安井さん	60歳代	女	心不全 下肢静脈血栓 蜂窩織炎 緊急入院し4日目 倦怠感が強くベッド上で過ごす

2. 急性期看護における日常生活ケア

参加観察した日常生活ケア場面は、歩行援助、食事援助、洗髪・清拭・足浴・髭剃りなどの清潔ケア、排泄ケアなどの25場面であった。これらの場面における個々の事例を再構成し、急性期にある患者の状況、看護師のかかわりやその意図、患者の反応や効果に着目して抽出した。個々の事例から抽出した内容について全体の事例を通して比較し、内容の類似性に基づき分類した。その結果、急性期にある患者の状況を示す5つのカテゴリ（表2）、急性期看護における日常生活ケアの具体的方法を示す8つのカテゴリ（表3）、急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果を示す5つのカテゴリ（表4）が見出された。以下にそれぞれのカテゴリについて具体例をあげ説明する。〈 〉は急性期にある患者の状況、【 】は日常生活ケアの具体的方法、《 》は患者の反応や効果を示す。

a. 急性期にある患者の状況

急性期にある患者の状況として示された5つのカテゴリ（表2）は看護師が捉えた患者の状況である。看護師が患者の状況をどのように捉えるかが、個々の患者のかかわりにつながる文脈となりケアが生み出されていた。この状況は動脈ラインがある、ドレーンがあるというような特定の身体的な状況ではなく、急性期にある患者が個々にもつ苦痛や不安定さなどの状況であった。急性期にある患者の状況を示す5つのカテゴリは、すべての急

性期にある患者に当てはまるものではないが、看護師はこれらの状況を気にかけて、その状況に引き込まれることで個々の患者の個別的な意味合いをもつケアを生み出していた。

これらのカテゴリは重層構造になっており、〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉は急性期にある患者の中でも状態がより不安定な状況であり、〈身体と気持ちがついていかず自身を気遣う余裕がない〉〈一進一退で先行きが見えない〉〈自分のこととして病気に向き合うようになる〉は状態が回復に向かいつつある状況であった。

表2. 急性期にある患者の状況

カテゴリ	具体的状況
心身が不安定で変化しやすい	急激に症状が出現したり、状態が急激に悪化したりする 呼吸や血圧が変動しやすい 痛みが強く、身の置き所がない 急激な身体変化や環境の変化があり不安や戸惑い、恐怖を抱く
自己のコントロールを失いやすい	自分の状況がつかめず、時間の感覚を失う 思うように動けず、自身の身体ではないような感覚になる どの程度動いてよいのか判断がつかなく、選択できない 治療や症状によって安静が強いられ、これまでの1日の過ごし方とは異なる
身体と気持ちがついていかず自身を気遣う余裕がない	馴染みある行為でさえ不快になったり、ストレスになる 意欲が削がれやすい状況で自ら何かをしようという気にさえならない 身体的な苦痛があり自身への気遣いができない
一進一退で先行きが見えない	治療が長期に渡ったり、一進一退の状態が続き回復までに時間を要する場合がある 回復への不安や焦りがある 動かないことがさらなる悪循環を生む
自分のこととして病気に向き合うようになる	病気を自覚せざるを得なく、病気に向き合うようになる

(1) 心身が不安定で変化しやすい

〈心身が不安定で変化しやすい〉とは、呼吸困難や出血など急激な症状が現れたり、状態が急激に悪化したりして生命活動そのものが脅かされる可能性のある不安定な状態を表す。また、身の置き所のない痛みといったこれまで経験したことのない急激な身体変化や環境の変化に不安や戸惑いを感じるといった心理的にも不安定な状況を意味する。患者は、ICUなどでの完全な医学的管理下の治療を経て回復に向かいつつあってもなお、動くだけでも血圧が低下したり、呼吸が乱れたりするなど不安定な状態が続き、それに伴う苦痛や不安を抱いていた。

例えば、患者の須崎さんは大腸がんによる腸穿孔で手術を受けたが、全身状態が悪化した状態での手術であり、術後も胸水や腹水が貯留し、呼吸が変動しやすい状況であった。彼は倦怠感も強く、起き上がるだけでも息が切れ、身体を動かすだけでもしんどさが増す不安定な状況であった。また、木島さんは髄膜炎になって痙攣がいつ起こるかわからず、

身体を動かすだけでも頭痛がしたり、血圧が変動したりしやすい状態であった。彼自身も苦しくなるのではないかと、痛みが強くなるのではないかとという恐怖に駆られ、動くことさえ不安に感じており心身ともに不安定な状況であった。

(2) 自己のコントロールを失いやすい

〈自己のコントロールを失いやすい〉とは、自分の身体にもかかわらず、自分の思うようには動かせずに主体性を失いやすい状況を意味する。患者は予期せぬ入院で、それまでの暮らしとは異なる環境に身を置かなければならず、自分の身に何が起きているのかさえわからないというように自分の状況がつかめずにいた。また、患者は集中的な治療を経た後もなお、身体機能を安定化させることが優先され、昼夜問わずに行われる治療や検査に時間の感覚を失うこともあれば、チューブ類でつながれた身体をどのように扱えばよいのかわからずに戸惑い、身動きをとれなくなることもあった。それは自身の身体にもかかわらず主体性を奪われ、人間性を失うような状況であった。

例えば、患者の木川さんは、右大腿腋窩動脈人工血管バイパス術後に ICU で過ごした後に病棟に帰室したが、十分な休息がとれない苦痛の中で意識が朦朧とし、昼と夜の区別もつかず、食事の時間になっても「え？もうお昼？」と驚いた表情を見せ時間感覚を失う体験をしていた。また安井さんは、下肢静脈血栓と蜂窩織炎を起こして治療中であったが、心電図モニターやドレーンなどにつながれて身動きがとれなくなっており、「何がなんだか分からない」と表現し、自己の身体の扱い方に戸惑っていた。さらに、自分ではどの程度動いてよいのか判断できずに、看護師に言われてはじめて動いてもよいということや着替えができるということを認識し、主体性を失っている状況であった。

(3) 身体と気持ちがついていかずに自身を気遣う余裕がない

〈身体と気持ちがついていかずに自身を気遣う余裕がない〉とは、今日の前で起こっていることに目を向けることが精一杯で、身体と気持ちが病状変化についていかずに自身への気遣いができない状況を意味する。患者は生命の危機的な状況を乗り越え、身体の機能的には回復に向かっているにもかかわらず、痛みや倦怠感などの苦痛が強く食事や髭剃りなど馴染みある行為や自分らしさを保つ行為でさえも、自らしようという気にはなれないことがあった。このような状況は急性期にある患者に多くみられる状況であった。

例えば、患者の中田さんは、膵臓がんの術後で身体機能は回復に向かいつつあったが、

創部の痛みと腹部の張りが強いことから、身体を動かそうという気力が湧かず、離床が思うように進まない状況であった。彼はよくなりたいたいという気持ちはあったが、身体がついていかずに何かを積極的に食べる気にはなれず自分を気遣う余裕はなかった。

また、石川さんはもともと腎不全がある上に心筋梗塞を起こして入院した。生命の危機的な状態は脱しつつあったが倦怠感が強く、自ら食事を食べようという気になれずにベッド上で寝てやり過ごす日々を送っていた。彼は入院前にはきれいに剃っていた髭が伸びたままになっていても、その日1日を過ごすのが精一杯でそこに気が回らない状況であった。

(4) 一進一退で先行きが見えない

〈一進一退で先行きが見えない〉とは、状態が思うように回復せずに治療が長期に渡ったり、一進一退の状態が続いたりして、もとある暮らしにいつ戻れるのかという不安や焦りが生じる状況を意味する。また、安静や痛みなどで動けない状態が続くことで、身体機能が低下したり、褥瘡ができたりするなどの悪循環を生む状況も含んでいる。患者は複数の疾患を患い予備能力が低く、全身状態が悪化していることも多いことから、症状が順調に回復せずに長期に渡り安静を強いられることもあった。また、単調な日々が続いて回復への焦りや不安を生じる状況であり、ときには投げやりになる場合さえあった。

例えば、患者の山崎さんはもともと糖尿病や肝機能障害のある状況で大腿骨頸部骨折の手術を受け、その後も腹水や胸水を生じ、息切れや倦怠感が続く状況があった。彼は手術を受けたにもかかわらず倦怠感が強い状況に回復を実感できず、「どうにでもしてくれよ」と投げやりともとれる状況であった。

一方、富永さんは肝臓がんの再手術で血圧が変動しやすいにもかかわらず、経営している店のことが気になり、早く退院して仕事復帰したいという思いから、無理してでも頑張っ

て歩こうとしていた。彼は自分がどこに向かっているのか、先行きの見えない状況にあり、不安や焦りをもっていた。

(5) 自分のこととして病気に向き合うようになる

〈自分のこととして病気に向き合うようになる〉とは、入院を機にこれまでは気にかけるしななかったあるいは先送りにしてきた病気を自分のこととして自覚し、病気に向き合うようになる状況を意味する。患者の病状や状況によっても異なるが、多くの場合、入院前と同じ様に過ごせるわけではなく、痛みや症状、障害などと付き合いながら暮らしていく必要

がある。人によって病気の捉え方は様々であるが、その人が危機的な状況をどのように受け止めるかによって、その後の病気への向き合い方が変わっていた。

例えば、患者の黒沢さんは自己判断で治療を中断し、糖尿病のケトアシドーシスの状態で入院した。高血糖の自覚症状がないことから自分の身体に関心に向けようとしていなかったが、入院を機に病気と向き合うことを余儀なくされ、向き合おうとしていた。また、安井さんも同様に、心不全で呼吸困難になり、訳もわからず緊急入院をして初めて、それまで先送りにしていた労作時の息切れや下肢の浮腫などの症状が病気によるものだと自覚し、自分のこととして向き合うようになっていた。

b. 急性期看護における日常生活ケアの具体的方法

急性期看護における日常生活ケアの具体的方法（以下、日常生活ケアの具体的方法）として示された 8 つのカテゴリ（表 3）は、看護師が何に注目し、どのように日常生活ケアを実践していたのか、その具体的なかかわりを示している。看護師は先に述べた個々の患者の状況に合わせて、8 つのカテゴリとして示された日常生活ケアの具体的方法を複数同時に組み合わせながら患者を回復へと導いていた。

これら 8 つのカテゴリは「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の 3 つの視点をもつ重層構造になっている。「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」は互いに影響し、重なり合っていることから、明確に分類できるわけではないが、【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】は急性期にある患者の中でも状態がより不安定な場合に実施されることが多く、生命活動の回復や活性化を図ることに重点を置いている。【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】は生活行動を支えること、【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】【患者という枠組みではなくその人となりをつかんで像を描く】は暮らしを見据えたケアに重点を置いたかかわりである。

以下に事例を用いて、それぞれのカテゴリを説明する。なお、メイリオの字体は参加観察した場面を示す。

表3. 急性期看護における日常生活ケアの具体的方法

カテゴリ	具体的なかかわり
心身の回復度合いを見て無理をさせない	患者の回復の度合いを見て動くことよりも休息をとることを優先してエネルギーを蓄えられるよう働きかける 血圧が維持しにくい状況で本人の頑張りたい気持ちを汲みつつ頑張らせすぎないようにする 倦怠感が強い中での清拭において患者の応答性を確認しながら押し具合を判断し無理をさせない 身体状況と本人のためらいを見ながら無理しない範囲でパルーン抜去を勧める 栄養状態がよくない中で消化・吸収の妨げにならない時間を考慮し清拭する
動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する	せん妄があっても応答を見ながら動かし呼吸や意識レベルの安定性を見る 段階をふみ慎重に動くことを進める中で心身の安定性を見る 患者の着替えたい思いや身体状況を汲み、清潔ケアの中で心身の安定性を見る 清拭をしながら皮膚の状態や痛みの状態を確認し安定性を見る メニューを見て蓋に手を伸ばさずから自発性を感じとり、やりとりの中で働きかけ具合を判断する
身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める	高齢で厳しい状態であってもやりとりができる人として捉え相談しながら段階を進める 動くことのリスクをある程度伝えつつも本人と相談しながら段階を進める その人にとってよい時間を考慮して清潔ケアを促す 1日の流れとその人にとってよい時間を考慮して清潔ケアを提案する
苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる	思うように動けない身体への戸惑いや辛さを汲み、安心できる環境を整える 制約を受けている心情を汲み、普段と同様に食事できることを大事にする 相反する効果やリスクを複合的に判断し、自らあまり訴えない患者の動きたいという思いを尊重する 清潔ケアが時にリスクや苦痛を伴うことへの理解を示しつつ毅然とした態度で先を読んだり、気を紛らわしたりする 眠れずにイライラする心情を察し、足浴を通して快刺激を取り入れる 清潔ケアを通して辛い中でもユーモアを取り入れにっこりできるような機会をつくる 術後の痛みを気遣い丁寧に身体を扱い清拭する 患者の動きたい思いを大事にして段階をふんで動けるように環境を整える 髭剃りを促すやりとりの中で本人の手伝ってもらいたい心情を汲む 痛みなく座って食事ができる時間を見計らう 失禁した患者の気持ちを押し測り、ダメージを拡げないようにする
よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける	髭剃りを通じて重症というイメージを持たせすぎずに回復に向かっていることを伝える よくなっていることを伝え、今の状況の中でも楽しむことを大事にして力をつける よくなっている状況を伝え、少しずつ段階を上げて動かす方向へと導く 傷ついている身体を丁寧に扱ったり、身体に触れながらよくなっていることを伝えたりする 一方的ではなく歩いて大丈夫なんだと思える促し方で気持ちを乗せる
馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す	日常のリズムを取り戻すきっかけとして洗髪する 食べることをきっかけにその人が時間の感覚を取り戻せるように働きかける 馴染みある髭剃りをきっかけに単調な日々によりハリをつける 動くきっかけとして髭剃りを提案して気持ちを乗せる 言葉に頼らずにさりげない動作で食べるきっかけをつくる 術後の腹満感が強く動く気になれない状況の中で動くきっかけとして洗髪を取り入れる 停滞している状況の中、歯磨きや歩行のタイミングを見計らい、気持ちを乗せるように促す せん妄のある状態でも馴染みのある髭剃りを促す 回復の度合いを見ながらその人が日常的に行っていた髭剃りや歯磨きを試しに促す 気持ちが向いたらという思いでその人の馴染みある食べ物を探り当てる 彩りや見た目により左右される感覚に働きかけ食べさせることを促す
自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる	最初の一步を踏み出すきっかけとして手を出さずに待つ 今の身体状況の中で動くこと理由を伝える 触っている感覚を確かめたり習慣を確認したりして自身に関心をもてるような促しをする 清拭の中でできることをさりげなく促し、自身でケアする大事さをメッセージににじませる その人が今できることを簡単な言葉で説明し、協力するメッセージを伝えて気持ちを鼓舞する 足浴を通じて生命の危機は今後の人生を豊かにするひとつのチャンスであることを伝える
患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く	患者という枠組みではなくその人を知る場として清潔ケアを活用する 髭剃りや歯磨きのケアをきっかけにその人となりを知るきっかけになる 髭剃りを通じてその人の像を描ききっかけになり、痛みがあったときのその人の辛さを理解する 足浴を通してその人の人となりを掴み、何をどこまで説明するかを判断する

(1) 心身の回復度合いを見て無理をさせない

【心身の回復度合いを見て無理をさせない】とは、患者の身体的な状態と気持ちの両側面から回復の程度を判断し、患者に無理をさせないようにして回復へ向けて十分なエネルギーを蓄えられるように働きかけることである。

急性期の患者は状態が変化しやすく、不安定であることから日常生活ケアでさえ負担になることがある。また、心身の苦痛が強い場合には、清潔ケアなどの日常生活ケアであっても、いつのタイミングで行うのか、またどのように行うのかなどケアをデザインしないと患者にも受け入れてもらえない場合がある。このような場合、患者を無理に動かしてケアすることは患者に余計なエネルギーを使わせることになり、回復の妨げになる。それゆえ、急性期にある患者の中でも状態が不安定で変動しやすい場合、看護師は患者に無理をさせないように、また少しでも治癒に役立てられるように活動と休息のバランスをとり、エネルギーを保存して回復を促せるようにしていた。その方法として、看護師は必要なケアをまとめて実施したり、省略したり、時間を調整したりしていた。これは単に必要なケアをしないことを意味するのではなく、必要なケアを治癒に役立つタイミングで無理をせずに行うことを意味している。

看護師が無理をさせないよう配慮するのは、日常生活ケアがその日1日だけで終わるものではなく、次の日も続くという特徴による。日常生活ケアに対して、患者が「させられている感」を抱いてしまうと、そのときはよくても長期的な視点で見るとよい影響を与えないからであった。このようなかかわりは後述する《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》といった反応や効果をもたらし、患者の生命活動の回復や活性化につながっていた。

このカテゴリの例として相川看護師と須崎さんのかかわりをあげる。須崎さんはもともと狭心症や糖尿病、腎障害があり生命の危機的な状態で手術を受けていた。手術後も腹水や胸水が貯留しており、倦怠感が強い状態であった。相川看護師は前日に車椅子で過ごせていた須崎さんがベッドで横になりぐったりしていることを気にかけていた。

相川看護師は清拭する前に呼吸や脈圧、冷感などの身体的な状況を観察したり、他の看護師に朝の様子を確認したりして清拭が可能な状態かを慎重に見極めていた。また、消化・吸収の妨げにならずに少しでも治癒に役立つようにと考え、清拭実施のタイミングを肝底護が図れる午後にした。

訪室すると須崎さんはだるそうにしながら目を閉じて仰向けになっていた。看護師は無理に起こそうとはせず、仰臥位のまま清拭した。清拭中、看護師は須崎さんの反応を知るために言葉をかけたが彼は「うん」と気のない返事をする程度であった。

次に示すのは相川看護師が須崎さんに無理させないようにしながら気持ちを乗せ清潔ケアを実施した場面である。

相川看護師：「背中、こすってもいいですかね？」

須崎さん：目を開き眉間にしわを寄せる。「起きるのは面倒臭いからいいよ……。」

相川看護師：「横を向いてもらうだけで、すみませけど……。」一旦提案する。

須崎さん：「(やらなくて) いいよ。」面倒臭そうに眉間にしわを深く寄せる。

相川看護師：「そっか。じゃあ、今日はやめておきましょうね。」腕や腹部、仰臥位のまま拭ける範囲の部分を素早く拭く。

須崎さん：目を閉じたまま、表情はやや硬いが眉間のしわは薄くなっていく。

相川看護師：上半身の清拭を終え「この管（バルーン）のところ汚れているみたいなので洗いますね。」

須崎さん：「うん。」先程とは違い眉間にしわを寄せることはなく穏やかな口調になる。

相川看護師：「こっちの洗う用のオムツで洗っちゃいましょう。」

須崎さん：「洗う用のなんてあるの？」洗う用のオムツという言葉に少し関心を示した様子で目を開き、寝たまま頭を挙げて確認する。陰部洗浄中、少し冗談っぽく軽い感じで「まな板の鯉だな……」つぶやきながらも一瞬笑みがこぼれる。

この場面において看護師は汗で汚れた背中をしっかりと拭こうと一旦は横向きになることを勧めた。しかし、須崎さんの反応が肯定的ではなかったことから、辛い中で無理に押し進めるべきではないと判断し、背中拭かず別日に実施することにした。相川看護師が無理をさせず自分の辛さを汲んでくれたことや素早い清拭で心地よさも得られたことが須崎さんの心に少しの余裕をもたせ、陰部洗浄の提案に応じることにつながっていた。このような看護師の働きかけは、清潔ケアでさえも面倒で目を閉じてやり過ごしていた患者の気持ちを和まし、最後には笑みをもたらしていた。

(2) 動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する

【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】とは、患者の状態が不安定な場合であっても、生活行動のもつ自然な行為の流れで患者の身体を動かし、動かしながら心身の安定性を見て、何をどこまで本人に行ってもらおうか、その働きかけ具合を判断するかかわりを意味する。この安定性とは患者の動きに伴う意識レベルや呼吸状態、痛みの程度、心情の変化などが含まれていた。

急性期にある患者は、生命活動の状態そのものが不安定であることから、着替えなどの生活行動でさえも状態を悪化させるリスクが伴う。このような場合、看護師によってはリスクを懸念し、安静に保って安全面を優先する場合もあるだろう。しかし急性期にある患者の場合、1日の中でも状態の変動があり、その変化に応じて段階を進めていくことは回復を促す上で必要である。看護師は安易に患者を動かすのではなく、患者の動きを見て、その時、その場で働きかけ具合を判断していた。また、看護師は患者がこれ以上辛い思いをしなくてすむように、患者のペースを考慮し、患者にとっての安らかさも重視しながらかかわっていた。このようなかかわりは後述する《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》という反応や効果につながっていた。

看護師がリスクを背負って綱渡り的ともいえるかかわりをするのは、患者の中には治療のため不快に思っていることさえも訴えられずに、耐えながら過ごしている人もいることを理解していたからであった。しかし、どこまで本人に行ってもらおうか、その線引きは難しく、専門的な判断が必要であった。

このカテゴリの例として廣瀬看護師と森さんのかかわりをあげる。森さんはCO₂ナルコーシスで在宅用の人工呼吸器を使用し治療していた。換気機能の低下や胸水貯留により呼吸状態や循環状態が不安定になりやすく、ベッド上で安静に過ごしていた。看護師が食事援助していたが、彼にとって食事の時間は苦痛であり、食事が配膳されるといつも眉間にしわを寄せていた。看護師はいつも通り全介助で森さんの食事援助しようと考えた。しかし、この日の彼の動きから自発性や潜在的な力を感じとり、呼吸状態や嚥下状態を確認しながら患者自身で食事をとることを見守るようにかかわり方を変えた。

次に示すのは廣瀬看護師が森さんに自身で食事をとることを進めながら心身の安定性を見てその都度判断してかかわった場面である。

森さん : 看護師がお茶の準備をしている間に自らメニューを見て、食事の蓋に手を伸ばして蓋を開ける。(これまで自ら蓋に手を伸ばすことはなかった。)

廣瀬看護師 : 「おっ」森さんが自ら蓋に手を伸ばしたことに驚く。彼の動きに合わせて湯のみを支え手元に近づけ彼が持てるか確認する。

森さん : 自分で湯のみを持とうとして手にぐっと力を入れる。

廣瀬看護師 : 森さんの手をサポートしながらお茶を飲むのを手伝う。(嚥下する様子を確認する。) 湯飲みを支える手から森さんの握る力を感じ取り、2口目からは手を離してスプーンを手渡す。

森さん : お粥のお椀に手を伸ばしてスプーンを口元に運び「ん…」と声を漏らしてお粥をスプーン 2~3口摂取する。

廣瀬看護師 : 森さんがごくりと飲み込んでいる様子と苦しんでいないかを確認しながら、静かにその様子を見守っている。

森さん : 「それは何？」と関心をみせる。(森さんの位置からは食器の中が見えづらい。)

廣瀬看護師 : 「メロンですよ、食べますか。」メロンが入っている小鉢を森さんに見せる。

森さん : 頷き、手を伸ばしてメロンをスプーンにのせようとする。

廣瀬看護師 : 器を傾けてスプーンにのせやすくする。「野菜は…? 青梗菜はどうですか? 野菜…嫌いです?」と他のおかずのことも聞く。

森さん : 首を横に振るだけで返答はせずメロンを摂取している。

廣瀬看護師 : 小さな声で独り言のように「後にするか…」とつぶやく。

森さん : メロンを摂取した後、ヨーグルトを 5~6口で摂取し「ん、もういい…」にっこりすることはなかったが、どこか誇らしげな表情を見せる。

この場面において、森さんの微妙な動きや手からは彼自身の意欲が伝わってきて、看護師はその動きに合わせて働きかけ具合を判断して変えていた。結果として森さんは思っていた以上に状態が安定し、そのまま自力で摂取することができた。彼と家族が退院を望んでいることを知っていた看護師はもっと食事の調整ができれば退院につながると考え、好

みを聞いて押し進めようとした。しかし、森さんの反応から看護師の都合で横から色々話しかけるのはその人のペースを守る食事とは異なると考え直し、見守ることにした。

このように、動かしながら安定性を判断し、その時、その場で判断しながらかわり方を変えることがこれまで自ら食べようという気にはなれなかった森さんの食べてみようという思いを引き立てていた。この活力は食事を終えた彼の誇らしげな表情に表れていた。

(3) 身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める

【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】とは、呼吸や血圧などが安定せず不安定な状態であっても、自分の意思を伝えることができる人として患者を捉え、本人の思いを大事にして相談しながら活動レベルの段階を上げたり、その人にとって良い時間を考慮してケアを提案したりすることを意味する。

身体的に厳しい状況の場合、医療者側の判断で段階を進めることがある。しかし、このような場合であっても看護師は患者を自分の意思を表出できる人として捉え、ケアの時間やケア内容について患者の身体状況と意向を汲みながらかかわっていた。また、看護師は懸念されるリスクについてもある程度患者に伝え、人生の主体はあなたであり、その責任も伴うということ伝えていた。

このようなかわり方は、患者の主体性や人間性を尊重することにつながり、後述する《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》という反応や効果につながっていた。

例えば、井上看護師は大腿部頸部骨折で手術をした山崎さんに清拭をする際、彼の1日の予定や彼の都合を考慮して相談していた。山崎さんはもともと糖尿病や肝機能障害を患っており、肺炎も併発して状態が不安定であり、倦怠感が強く、何かしようという気になれない状況であった。この日、山崎さんには腹水の検査や褥瘡の処置など多くの予定が入っていた。井上看護師はこれらの予定を考慮するとともに「食後の肝庇護は図っていきたくないというのと、結構ダラダラするのが好きなんですよね。なので、少し休憩する時間も作って」と語り、山崎さんがある程度まとまった時間休めるように配慮した。看護師は「今日は、創の処置とか、お腹にお水がたまっているのを少し抜くみたいなんですよね。なので、いろんな人がくるから、少し休めるように、着替えは今しましょうか」と提案し

た。このような看護師の配慮が伝わり、普段は倦怠感が強くあまり乗り気にならない山崎さんが「うん」と明るい声色で返答していた。

このように看護師は急性期であっても主体は患者であるため、治療をどのように組み込んでいくかを患者とともに相談し、段階を進めるようにしていた。それが「しましょうか」と気持ちを乗せるようなケアの提案の仕方に表れていた。看護師は不安定な状態の患者であっても単に治療やケアをされるがままではなく、1つ1つ患者と相談しながら進めていた。このようなかかわりは看護師が患者を人として尊重していることを示していた。

(4) 苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる

【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】とは、苦痛が強く安静を強いられる環境に身を置かなければならない患者の心情を汲み、苦痛や不安を和らげるように看護師が日常生活ケアを実践することを意味する。

その方法は多岐に渡っており、多くの事例に見られていた。それは例えば、環境を整えたり、心地よさが感じられるケアを取り入れたりすることであった。また、身体を丁寧に扱うこと、陰部洗浄など苦痛が伴うケアを実施する際にはその苦痛を受け止めながらも毅然とした態度で素早く行い苦痛を最小限にすることであった。

生命活動が不安定な場合、動かすことのリスクに注目しがちである。しかしながら、看護師は安静を強いられることによるストレスが身体にもたらすリスクについても考えていた。看護師は、治療の制約を受けている中でも、普段の状態と近い状態で過ごせるように気遣い、その人のペースに合わせるように働きかけていた。

このようなかかわりは後述の《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》という反応や効果につながっていた。

このカテゴリを示す例として崎山看護師と村野さんのかかわりをあげる。患者の村野さんは80歳代の女性で、心不全の治療後に右足の変形症の手術を受けた。村野さんは手術翌日の朝より離床が可能となったが、創部痛が強く、どのように身体を扱ったらよいのかわからず歩く気にもなれず離床ができなかった。看護師は村野さんの「手術したから動けないわね」と話した一言を気にかけていた。崎山看護師は村野さんが家では家事をしていること、心不全の治療の際も病室にいることはほとんどなかったことを知っており、思う

ように動けないことが彼女にとってどれだけストレスになっているかを感じとっていた。

崎山看護師は鎮痛剤を使用して痛みを緩和した後、心波形に乱れがないことを確認して端座位で清拭した。このとき看護師は「足を下ろしてしまうと、循環がよくなってかえって痛みがでることもあるんですよね。なので、足を拭くときは膝（大腿部）に乗せて、できるだけそうならないようにという配慮はしたんです」と、痛みが強く出ないように気遣っていた。次に示すのは崎山看護師が思うように動けない村野さんのストレスを汲みとり、清潔ケアを通して痛みを気遣い、苦痛を和らげている場面である。

崎山看護師：「村野さんゆっくりと足を下ろして座れますか？」

村野さん：ゆっくりと柵につかまりながら起き上がり、足を恐る恐るベッドの端に下ろす。「下ろすと少し（足が）びりっとするわね。」苦痛表情ではない。

崎山看護師：動きに合わせてながら背中を支え、足側に腰を落とす。下ろした足がぶつからないように気を配る。

研究者：看護師の手伝いで背部にタオルを当て拭く。

村野さん：「ああ、気持ちいい。」顔がほころび、頬はやや紅潮する。

崎山看護師：自分の大腿部に右足を乗せてもらい、足の状態を確認しながら丁寧に拭く。術部は包帯でくるまれていたため、その周囲と脹ら脛の皮膚の色、腫脹の有無を優しく触りながら確認する。足部を拭いた後、ゆっくりと手で足を持ちあげながら支えズボンに通す。村野さんの息づかいや表情を確認する。

村野さん：息切れや苦痛表情はない。術衣からパジャマに着替えると、「やっと人間らしくなった。」思わず言葉が出て笑みがこぼれる。

この場面において看護師は患者の動きたいという思いと痛みを気遣い、身体を丁寧に扱うようにして苦痛や不安を和らげるようにかかわっていた。このかかわりが患者の顔と心を緩ませ心地よさやほっとした時間をもたらしていた。

(5) よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける

【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】とは、

患者が病気の自分に対して悪いイメージを持ちすぎずに、回復を実感できるように、よくなっていることを言葉にして伝えて励ます働きかけを意味する。

急性期にある患者は急激な症状の出現や状態が不安定なことから自分が重症であるという悪いイメージを持つことがある。また、治療が長期に渡り一進一退の状況が続くことに回復の実感が得られずに不安や焦りを抱いたり、場合によっては投げやりになったりすることがある。患者が回復への意欲を失うことは、回復過程に影響するだけでなくその人の生きる糧までを奪うなどその後の暮らしにも影響する可能性がある。看護師は、患者によくなっていることを言葉で伝えることで患者の意欲が低下しないように働きかけていた。このようなかかわりは後述の《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》という反応や効果につながっていた。

このカテゴリを示す例として井上看護師と山崎さんのかかわりをあげる。患者の山崎さんは70歳代の男性で、大腿部頸部骨折で寝たきりの生活を送った後に手術を受け13日程が経過していた。彼はもともと糖尿病や肝機能障害を患っており、肺炎も併発していた。術前から倦怠感が強く、何かしようとする気にさえなれずに「どうにでもしてくれよ」というような投げやりな状況であった。井上看護師は山崎さんの休息をとれる時間を考慮して清拭をしながら、ケアの中で彼の進歩を認める働きかけをしていた。次はその場面である。

井上看護師：「少し肩を回せますか？そう、ちょっと回して・・・。」

山崎さん：井上看護師の言葉かけに合わせ肩を上げ回す。しっかり回すことができる。

井上看護師：「寝ていると、腕の筋力落ちたりするのでね。」パジャマの上着を渡して山崎さん自身に着てもらおう。「よくなっていますね。腕も少し動かしたからあがりますね。」笑顔を交えて励ますように言葉をかける。

山崎さん：「そう？」笑みはないが、自ら身体を拭いた後に腕を回してパジャマの袖に手を通す。

井上看護師：「うん、自分でできることも増えましたね。お腹、苦しくはないですか？」軽度ふっくらしたお腹を見て確認する。

山崎さん：「うん、苦しくないよ。」呼吸数の増加は見られない。

井上看護師：「山崎さん、おしりの処置（褥瘡）があるので、ベッドに横になれま
すかね？」

山崎さん：「はぁ・・・。」小さなため息をつく。（移動することはかなりの重労働
のよう。）

井上看護師：「ため息もでるよね」優しい口調で話す。山崎さんが「ふうー」と一
呼吸を置くのを待ち、車椅子をベッドのそばまで運んで、彼の脇を
少しかかえ、殿部を支えながら移動を手伝う。

山崎さん：動作は緩慢であるが、腰を上げ重たそうなお腹を抱えて一歩、二歩
と歩くことができベッドの端にゆっくりと腰を下ろす。

井上看護師：「すごい、すごい。これくらい動ければ大丈夫ですね。」

山崎さん：笑顔はないが、ほっとした様子で表情の緊張がほぐれ、力が抜ける。

このように、看護師はその人の痛みを引き受けつつ、よくなっていることを言葉にして
伝えていた。その結果、患者は肩を回すなど身体を動かしてみようとしたり、自身で身体
を拭き着替えたりしていた。また、肩を回したあとに「そう？」と言いながら自ら袖に通
していた姿からは何かしようという意欲が引き出されていたようだった。

(6) 馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す

【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】とは、髭剃
りや食事などその人の馴染みある行為をきっかけにして、その人が持っている時間の感覚
や1日のリズム、習慣的になっている身体の動きや何かしようとする思いなどの潜在的な
力を引き出そうと働きかけることを意味する。

急性期にある患者の中には、自己の置かれている状況がわからず時間感覚や身体の感覚
を失いやすかったり、自身の身体を気遣えなかったりする状況がある。このような患者に
対して、看護師は食事や髭剃りなどその人の馴染みある行為をきっかけに、時間感覚やそ
の人の日々のリズム、身体の感覚を引き出したり、何かをしようという思いを引き出した
りするようにかかわっていた。このかかわりは患者の意識レベルがかなり不安定な段階で
あっても行われていた。

看護師は日常的な感覚や潜在的な力を引き出す際に、看護師はその人に合った刺激の仕
方について患者とのかかわりの中で手探りの状態で探し、それをもとに患者をリードし気

持ちを乗せていた。この働きかけは例えば、看護師が患者の彩りや見た目に左右される感覚など暮らしで培ってきたことを手がかりに働きかけることであり、何も食べたくないという思いから食べてみようという思いを引き出すことであった。また、洗髪や足浴など普段人にはされないケアを通して特別感を味わってもらい、歩いてみようという思いを引き立てることであった。このようなかわりには多くの事例で見られ、後述の《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》といった反応や効果につながっていた。

看護師のリードの仕方は必ずしも言葉に頼るものではなく、ときにはさりげない動作で行う場合もあった。例えば、頸椎骨折で手術を受けた患者の原口さんは創部の痛みと頸部が固定されている動きにくさから食欲も湧かず、蓋がされた食器を目の前に置かれても食事になかなか手をつけようとしなかった。上原看護師は原口さんの彼の動きを少しの間見守っていたが、そっと手を出して食器の蓋をあけた。その結果、原口さんは箸を持ち、器を手にとって食べ始めた。上原看護師は、「ゆっくり召し上がってください。また食事終わったころお薬お持ちしますね」とナースコールを車椅子から届くところに近づけ、一旦退室した。看護師が退室した後も原口さんは自ら箸を進めていた。

このように、看護師は言葉で無理に勧めるのではなく、自分では食べる気になれない彼の辛さを受け止めて、そっと蓋をあけることによってその辛さを理解していることを示し、彼が食べてみようと思えるきっかけをつくって、食べる気力を引き立てていた。

(7) 自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる

【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】とは、看護師が日常生活ケアを通して患者が自らケアしていくことの大事さを言葉あるいは態度で伝えることを意味する。

急性期にある患者は生命の危機的な状況にあるが、その捉え方は人によって様々である。患者の病状や状況によっても異なるが、病気を1つのチャンスとして捉え、悪化させずに今後の人生が豊かになるかどうかは、患者自身が病気とどう向き合っていくかにかかっている。そのため看護師はまず、その人がどのように病気を受けとめているかを知ろうとしていた。次に生命を脅かす状況をどのように本人につかんでもらうかを探り、本人が嫌にならないような方法でその人のできることをさりげなく促していた。

看護師は促す中でやるのはあなたというメッセージをにじませ、大変だけど自身でケアしていかなければならないという思いを引き出していった。その方法は例えば、術後の痛みが和らいだ後の最初の一步に手を出さずに待つことや動くことの原因を簡単な言葉でわかりやすく伝えること、身体に触れたり習慣を確認したりして身体に関心をもってもらうことなどであった。また自身でケアしていくことの大事さを伝えながらも、その人の大変さや辛さをわかっていることや、いざというときは側にいて協力するというメッセージを伝えることであった。このようなかわりは専門性のないケアと捉えがちである。しかしながら患者自身がこれならできるかもしれないという感覚を損なわないように支えるためには専門的な知識と配慮が必要とされる。看護師の知識に裏付けされた配慮あるかわりが後述の《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》という反応や効果につながっていた。

例えば、患者の志田さんは皮膚がんで皮膚移植術を受けて10日程経過していた。志田さんは軽度の認知障害を患っているが、もともと日中は1人で過ごせていた。手術後は右足の皮膚の定着が悪く、下肢の痛みが強かったが最近では自ら動けることも多くなっていた。バルーンが抜けて自由に歩くことができるようになった志田さんが靴を履こうとした際、「なんか足、上手く履けない。痛いな・・・。」となかなか履けずにいた。このとき太田看護師は、あえて言葉をかけずに志田さんの履く様子を1mくらい離れたところから見守っており、手を貸さずに彼が靴を履くのを待っていた。1分くらいしてやっと靴が履けた際に「靴、履けました？」と看護師が声をかけると彼は「うん」と口元を緩ませて誇らしげな表情になっていた。

この場面において太田看護師は「こっちでやるのは簡単なんですけど、自分でやって帰れるようにしないとイケないので。お家で困っちゃうのは彼なので」と一歩引いた状態で彼のことを見守る姿勢を貫き、自身でケアしてもらうことにこだわっていた。それは、志田さんがもともと日中は1人で過ごしており、退院後も入院前と同様に暮らせるようにすることを考慮していたからであった。また、太田看護師がこれまでの経験から最初の一步に手を出さずに待つことが、次に上手くいくことにつながることを感じとっていたからであった。このように、看護師は最初の一步に手を出さずに待つように自身でケアしていくことの大事さを伝えることで、志田さん自身の潜在的な力が引き出されていた。

(8) 患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く

【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】とは、看護師が日常生活ケアの場を活用して患者にかかわる中で、病気に焦点を当てた患者ではなく、その人の人となりをつかもうとしていることを意味する。

急性期にある患者は予期せずに入院し、状態が不安定であることも多いことから、その人のもともとの暮らしが見えづらいこともある。看護師の中には「その人の像がつかめない」と言って自ら患者にかかわり、その人の「人となり」を知る場として清拭や足浴などの日常生活ケアを活用している人もいた。看護師は患者を「心不全の患者」、「糖尿病の患者」などといった病気をもった「患者」として見るのではなく、1人の人間としてのその人の「人となり」を知ろうとしていた。このようなかかわりは、患者とのコミュニケーションを深め、痛みが生じやすいケアであっても痛み集中させずにすみ《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》ことにつながっていた。また、その人の馴染みある行為を知ることにつながり、前述の【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】というケアへと発展し、結果として《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》ことにつながっていた。

例えば、心不全を悪化させて入院した石川さんは、血圧が不安定で持続的な薬が切れず、ベッド上安静の日々を過ごしていた。また倦怠感が強く、自ら何かしようとは思えない状況で多くの時間を寝て過ごしていた。中谷看護師は石川さんの伸びきった髭を見て、このような姿は「本来の石川さんではないだろう」と捉え、髭剃りを実施した。髭を剃った後に石川さんの口の周りのみタオルで拭くと、それまで看護師に任せがちであった石川さんが、「あれ、顔拭くタオルは？」と顔まわりのタオルを自ら欲し、自ら顔を拭いて「ふうー」と声をあげた。この反応を見て、中谷看護師は髭剃りをする中で石川さんがきれいになりたいと思ったり、何かしたいという思いを伝えられたりする人なのだと知り、彼の状態を見ながら歯磨きを自身で行うように促し方を変えていた。このように、看護師は日常生活ケアをきっかけに患者という枠組みではなく、その人となりつかむようにかかわり、つかんだその人となりの特徴を次のケアに活かしていた。

c. 急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果

急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果（以下、日常生活ケアがもたらす反応や効果）として示された5つのカテゴリ（表4）は前述した看護師の日常生活ケア

が患者にもたらす反応や効果である。ここには日常生活ケア自体がもつ効果とケアを通じた看護師と患者との相互行為の中で生まれる効果との複合的なものが含まれていた。また、この反応や効果は患者のバイタルサインなどの生理的な指標、患者の動きやしぐさ、表情、言葉として表れており、日常生活ケア中やケア直後に現れるものもあれば、その後の関係性やかかわりに影響する可能性があるものまで含まれていた。

日常生活ケアがもたらす反応や効果として示された5つのカテゴリは、日常生活ケアの具体的方法が示すカテゴリと同様に重層構造になっている。その分類は明確にできるわけではないが、《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》は無理をせずに安静を保つあるいは適切に動いてもらうことが生命活動の回復や活性化を図ることにつながることを示している。また、《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》は、感覚を取り戻したり、心地よさが得られたりすることがエネルギーとなり、生活行動への意欲が活性化され生活行動を取り戻すことにつながることを示している。また、《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》は今後のことに気持ちが向かい暮らしへとつながっていくことを示している。

ケアには相互作用があることから、日常生活ケアの反応や効果の中には気持ちよさがもたらす効果を示した研究（縄，2016）と同様に看護師へもたらす変化や反応も含まれていた。例えば、看護師が日常生活ケアを行うことで、患者が抱えている身体感覚を理解したり、患者の自発性を感じて嬉しさを感じたりすることなどであった。しかし、本研究のモデルは日常生活ケアが患者にもたらすに反応や効果に焦点を当ててモデル化したため、この内容は結果に反映させていない。

表4. 急性期看護における日常生活ケアがもたらす患者の反応や効果

カテゴリ	具体的な反応や効果
回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む ⇒回復状況に合わせて段階を進む	休める時間を確保することでしんどそうな表情が穏やかになりとうとうと休む 回復状況に合わせバルーン抜去を見合わせるにより、状態が不安定にならず悪化しない 血圧低下や症状が出現することなく段階をあげて歩行できる せん妄が悪化せずに呼吸状態を整えながら髭剃りを終える 申し訳なさそうにしながらも失禁は仕方のないこととして心身を休める
日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す ⇒人間らしさや自己を取り戻す	せん妄でうつろだった目をぱつちりと開いて焦点を合わせて応答する 看護師の提案に応答を示し受け入れようとする 看護師に委ねるように髭剃りを協力する姿勢を見せる 支えられながら髭剃りを手に握ると自ら手を動かして髭を剃る 食事をきっかけに失っていた時間感覚を意識するようになる バルーンで機械的に排泄するのではなく自力で排泄できることに安堵する 術衣から解放され「やっと人間らしくなった」と思わず言葉が出て笑みがこぼれる 制限の中でも選択できることに声のトーンを明るくさせ表情を緩ませる 自らバルーンを抜去することを選択する
苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう ⇒生き返った心地を味わう	温かいタオルで拭くことで顔周りの循環がよくなる 温熱刺激により手がピンク色になり循環がよくなる 足浴を通じて心地よさが得られ表情が和らぐ 心身ともに休める時間が得られほっとした様子で顔の力がふっと抜ける 清潔ケアを通して苦しくなく心地よさが得られ、心身がほころび肩が一つ下がる 目を閉じやりすごしていた状態からケアに関心をよせ笑みをこぼす 長く歩くことができないことに必要以上に気落ちせず辛さが和らぐ 痛みが伴うケアでも不安にならず苦痛に集中しなくてすむ 笑顔があふれ普段と同じように安心して食事がとれる 痛みがなく心地よさが得られ顔がほころび笑顔になる 動けることにほっとした様子で表情の緊張がほぐれ力が抜ける 動けることに安堵し、心地よさと楽になった身体に感極まって涙ぐむ 気遣いを感じて声を漏らして表情が緩みほっとする いつまでも術衣で過ごさなければならぬ不安から解放され着替えられることに安堵する 身体的なしんどさが残る中での食事援助に人心地を感じ生きている喜びを言葉にする
生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る ⇒活力が湧き出る	食べたくないという思いから食べてみようという気持ちが引き立てられる 食べたくないという思いから食事に興味を向け食べようという思いが引き立てられる 自ら食べる気になれなかった食事を食べてみようという思いが引き立てられ箸をすすめる 不安げで自信のない様子から動いてみようという思いが後押しされる 普段人にはされない洗髪が爽快感や特別感をもち、何もする気にならなかつた状態から動きを取り戻す原動力になる 痛みがあり状態が停滞している中でも歯磨きや歩行をしてみようという思いが引き立てられる 看護師の促しにより不安にならずに歩いてみようという気持ちが引き立てられる 心地よさと特別感を感じ、すっきりとした表情になり歩いてみようと思っかけになる 身体的なしんどさが残る中でも自ら顔を拭いたり、歯磨きをしようという思いが呼び起こされる 髭剃りをきっかけに「このような姿は自分ではない」という気持ちがかきたえられる 自ら食べてみようという気が引き立てられ食事がすすむことで達成感をもち、誇らしげな表情になる 自身で靴を履くことができ、そのことに口元を緩ませ達成感を得る 髭を剃り普段と同じような姿が保てたことに笑顔になる 看護師の行う髭剃りに協力動作をみせ、鏡に映る自分の姿にっこりする
自分の状況を理解し自身に関心を向ける ⇒自身に関心が向く	これまで注意を向けていなかった自らの身体に関心をもつ 投げやりだった状態から看護師の促しに乗せられ自ら身体を動かす 今の身体状況を理解し、動いてみようという思いになる 今の身体状況に理解を示して自ら離床を行おうという気持ちが引き出される

注) カテゴリ内にある矢印(⇒)以降の表記は日常生活ケアモデルを図示した際の表記である。

(1) 回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む

《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》とは、心身が不安定で変化しや

すい状況の患者であっても、看護師がその回復状況を見極めて日常生活ケアを実施することにより、回復に向けてエネルギーを保存できたり、活動レベルをあげたりすることを意味する。看護師は患者の心身の安定性や回復度合いを見て、無理させないように働きかけ具合を判断するという専門的なかわりをしていた。これにより、患者は休息が図れ、穏やかな表情になったり、血圧低下や症状が出現することなく歩行できたり、せん妄や呼吸状態が悪化することなく髭を自ら剃ることにつながっていた。

例えば、森さんはCO₂ナルコーシスの状態で呼吸が不安定で酸素投与が必要な状況であったが、医師は活動量を増やすことや感染を予防する目的でバルーンを抜去することを伝えていた。森さんは前日車椅子でトイレに行き苦しくなり恐怖を感じたことからバルーンを抜去することに不安な様子を見せ、ためらっていた。看護師は彼のためらう気持ちと、血圧が変動しやすい状況をふまえてバルーンの抜去を見合わせた。それは、無理にバルーンを抜いて身体的な負荷をかけることが、森さんの不安や恐怖を増大させ、心身の回復にとってよくないと判断したからであった。彼はこの判断にほっとした表情を見せており、状態も急激に悪化せずにすんでいた。

富永さんは肝臓がんの再手術後で呼吸や血圧が変動しやすく、下肢の浮腫もあり不安定な状態であった。看護師は医師から離床を促す目的でバルーンを抜去するように依頼を受けたが、彼に負荷がかかることを懸念し、バルーンの抜去を躊躇していた。しかしながら、看護師は、富永さんは理由がわかればそれに向かえる人と捉えており、彼にバルーンを抜くことのリスクを伝えた上で、彼の思いも確認した。富永さんがバルーンを抜いて動きたいと思っていることを知った看護師は、少しずつ段階を上げて様子を見ながらバルーンを抜去した。そのことで彼はつながれている感じがなくなり、すっきりとした表情になって、血圧も変動せずに過ごせていた。

この2つ事例はどちらも看護師が回復状況を適切に判断したことが患者の状態を不安定にさせずに適切なタイミングで回復を進めたことを示していた。看護師が段階を進める際に、身体にもたらず負担を予測した専門的な判断をすることによって、患者は活動レベルの段階を上げられ、回復に向かうことができていた。

(2) 日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す

《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》とは、患者が看護師の働きかけに対して応答したり、時間的な感覚や習慣化された身体感覚が呼び起こされたり

して動きを取り戻すことを意味する。また、自分の意思で何かを選択できることなど人間らしさや自分らしさを取り戻すことを意味している。

前述したように、急性期にある患者は馴染みある感覚や時間の感覚、自ら何かを選択する自由が奪われがちで人間性さえも失われやすい状況にある。このような状況の患者に対し、看護師が日常生活ケアを行うことによって患者は応答性、時間の感覚、習慣的な身体の動き、自らの意思で選択するといった日常的な感覚や動きが呼び起こされていた。それは、患者が主体性を取り戻すことであり、人間性や自己を取り戻すことにつながっていた。

例えば、患者の村野さんは、前日足の変形性でプレート埋め込み術を行ったが、痛みが強く思うように動けず苦痛表情を見せて術衣のまま過ごしていた。このとき崎山看護師が痛みを気遣った清拭と更衣を行うと、村野さんは恐る恐る足の動きを取り戻すことができ、パジャマに着替えた後には「やっと人間らしくなった」と言葉が出て笑みをこぼした。このかわりがきっかけとなり、彼女はこの後もすっきりとした表情で食事をとれていた。

また、患者の黒沢さんは、糖尿病でケトアシドーシスになり目が見えづらく、安静が強いられていた。彼は散歩に行きたいと思っていたが、それが叶えられずにいた。ある日、患者の飲み物がなくなっていることに気づいた崎山看護師は、患者の制限を受けるストレスを考慮して検査の帰りに車椅子で売店に寄って自分で好きな飲み物を選んではどうかと提案した。黒沢さんはその提案を聞いたとき、「いいですかね」と少し明るいトーンで答え、自身で選択できることに口元を緩ませていた。

これらの例は看護師の働きかけが患者の感覚や動きを取り戻したり、制限のある中でも選択する自由が得られたりして人間らしさや自己を取り戻すきっかけになることを示している。自己のコントロールを失いやすい状況にある患者にとって、日常的な感覚や動きが戻ってくる感覚を得られることは、人間らしさや自己を取り戻すことにつながっていた。

(3) 苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう

《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》とは、それまで苦痛が強い状態にあった患者が苦痛から解放されほっとしたり、心地よさが得られて回復を感じたりすることによって生き返った心地を得ることを意味する。

急性期にある患者は様々な苦痛を抱えている状況の中で、日常生活ケアを通してほっとする時間を過ごせたり、心地よさが得られたりしていた。このようなとき、患者は生きていることを実感し、顔がほころんだり、涙ぐんだりしていた。それは緊張状態に置かれて

いた身体や心がほぐれてリラックスしている状態であった。本研究では患者が心地よさを得られるだけではなく、自身で生活行動を取り戻せたことに安堵感をもたらし、生きていくことを実感することが示されていた。

例えば、本研究で看護師がかかわったある安井さんは、原因不明の心不全と深部静脈血栓と診断され緊急入院をした。息苦しさや右下肢の浮腫による動きにくさがあり、排泄や食事の時間以外はベッド上で臥床して過ごしていた。彼女は治療のため入院してから術衣と紙パンツを着せられて過ごしており、着替えをしてよいのかさえわからずに不快な気持ちで過ごしていた。看護師が更衣できること、紙パンツでなくてよいことを伝えると「着替えてもいいんですか？」と声のトーンをあげて下着を交換できることにほっとした表情を見せていた。彼女は清拭中に苦しくなることはなく動けることに安堵し、清拭後には「あー、さっぱりした。本当、昨日より楽になった。…なんか涙出てきた…」と涙ぐみ、穏やかな表情になっていた。

このように、苦痛の強い中でも看護師の行う日常生活ケアによって患者は苦痛から解放され生き返った心地を実感していた。本研究において、このような反応や効果は清潔ケア場面の他、食事援助や休息を図る援助の場面など多くの事例で見られていた。苦痛のある中で生き返った心地を得ることがその人の回復にとって持つ意味は大きく、このことが次の活力につながっていた。

(4) 生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る

《生活行動への意欲が引き立てられたり自身を取り戻したりして活力が湧き出る》とは、患者の状態が回復に向かいつつも身体的な辛さが残る中で、自ら食事や清潔などの行為をする気力が湧かなかった患者が、食べてみよう、動いてみようなど何かしようという思いを引き立てられることを意味する。

前述したように急性期にある患者はその日をやり過ごすのが精一杯で自分が何をしたいのかさえわからなかったり、自ら何かしようとまでは思えなかったりすることがある。また、苦痛が強く意欲が削がれやすかったり、自身のことを気遣う余裕すらなかったりする場合がある。このような状況であっても看護師の働きかけによって、患者が食べてみよう、動いてみようなど何かしようという思いが引き立てられていたことは注目に値する。

例えば、本研究で看護師がかかわった木川さんは、右大腿腋窩動脈人工血管バイパス術を受けた。彼女は術後眠れず、麻酔の影響により喉を痛め食事を食べる気になれなかった。

昼食の時間になっても「ご飯？食べられない、食べたくない」と食べることに否定的であった。しかし、看護師が食べられそうなものを予測し「喉越しいいものをつけましょうか。ヨーグルトとか、プリントか・・・ご飯もお粥に変えられますよ」と具体的に伝えると木川さんは「え？何つけられるの？ヨーグルトは普段食べているけど・・・」と関心を示し「食べてみようかな」という思いに変化していた。

また、本木さんは腎がんからの出血があり、危機的な状態で入院した。保存的な治療によって出血は止まっていたがいつ出血するかわからない恐怖から、患者は自らあまり動こうとはしていなかった。看護師は少しでも動こうという思いを引き立てようとあえて髭剃りを促し、車椅子で鏡の前に連れていった。鏡を見ると彼は開口一番「ひどい顔だな・・・」とつぶやき、「よし、やってみるか」と気合いを入れるように髭を剃った。また髭を剃った後には「これでちょっとはマシになったかな」と普段と同じような姿を取り戻せたことに誇らしげな表情を見せ笑顔になった。

これらは日常生活ケアが患者の思いを変容させ、生きる力を引き出すパワーがあることを示す例である。このような変化は他の事例でも多くみることができた。前述の《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》のように苦痛から解放されることで生活行動の意欲が引き立てられることもある。しかし、2つの例が示すように、心地よいケアだけではなく、看護師の気遣いや配慮のある働きかけによっても患者は何かしよう、何かしたいという思いが引き立てられ、活力が湧いていた。

(5) 自分の状況を理解し自身に関心を向ける

《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》とは、患者が自分の身体がどのような状況であるかを理解して、自分の身体に関心が向けるようになることを意味する。

急性期にある患者は、自分の状態がわからなかったり、どの程度動いてよいのかさえわからなかったりして、自己のコントロールを失いやすい状況に置かれる。また、予期せぬ入院により突然病気を自覚せざるを得ない状況の場合もある。しかし、看護師が自身でケアしていくことの大事さを患者にも理解しやすい簡単な言葉で伝えることよって、これまで目の前のことで精一杯であった患者が自身のこれまでの習慣を振り返るなどその人自身の身体に関心を向けられるようになっていた。それは必ずしもケア直後だけではなく、後から生じるものもあった。

例えば、本研究で看護師がかかわった山中さんは胃がんの手術を受け4日目であり、身

体状態は回復に向かいつつあったが、前日眠れずにイライラしてしまい離床があまりできていない状況であった。看護師は、山中さんの辛さを汲んで足浴を実施しながら歩く必要性や、今後気をつけていかなければならないイレウスについて、彼が理解しやすいような言葉で伝えた。山中さんは「気持ちいい」と表情を和らげ、頷きながらその話を聞いており、「あーそうか」と発言して納得したような表情を見せていた。彼は足浴を終えて食事をとった後、自ら病棟を何周か歩いていた。それは次の日以降も継続されていた。

この場面において、看護師が足浴を通して山中さんの気持ちをほぐし、わかりやすい言葉で身体の状態を伝えることで、彼は自分の身体に関心をもち、主体性のある活動が引き出されていたことから、看護師の働きかけはセルフケアの動機づけとなっていた。

C. 統合の相

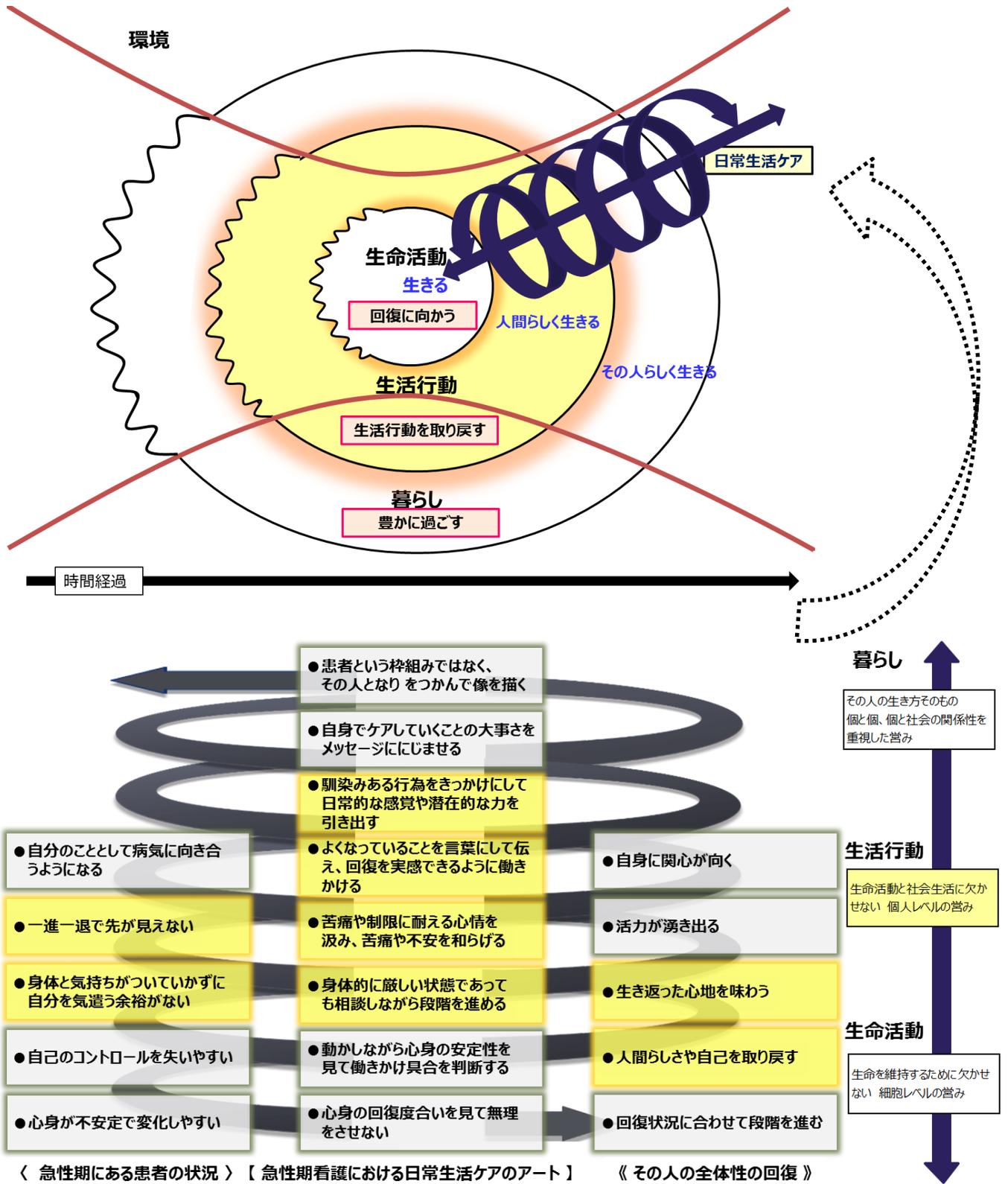
ここでは、フィールドワークの相で経験的基盤となるデータを分析し見出された結果と理論の相で示した日常生活ケアの初期モデル（以下、初期モデルとする）を統合して精緻化し、作成した日常生活ケアモデルを示す。以下に、初期モデルから修正した点を中心に日常生活ケアモデルの構造および構成概念、概念と概念の関連性について述べる。

1. 急性期看護における日常生活ケアモデル

理論の相で示した初期モデルとフィールドワークの相の結果を統合・一部修正し、急性期看護における日常生活ケアモデルを作成した（図4）。

日常生活ケアモデルの前提は次の4つである。このうち、理論の相では人間の営みを生み出す原動力として「ニード」があると述べたが、フィールドワークの相では看護師が患者のもつ「ニード」や優先度をもとに日常生活ケアをするというよりも、急性期にある患者の状況性や「意思」、「意欲」を大事にしてかかわっている様相が明らかになった。したがって、この前提を見直し変更した。

- (1) 人間は個別的で多様な価値をもつ存在であるとともに共通する側面をもつ存在である。
- (2) 人間には営みを生み出す原動力となる意思や意欲がある。これらは状況や個人の特性によって影響を受ける。また、看護師とのかかわりの中で引き出されることがある。
- (3) 人間の生活は多面的に捉えることができるが、看護が主にかかわるのはその人の生活行動を支えることである。
- (4) 日常生活ケアは Henderson（1969/2016）の述べる看護独自の機能の1つである。



注) 日常生活ケアモデルではフィールドワークの相の結果の表3・4で示した上下の順序を入れ替えている。

図4. 急性期看護における日常生活ケアモデル

2. 日常生活ケアモデルの構造と構成概念の説明

a. 日常生活ケアモデルの構造

日常生活ケアモデルは、急性期にある患者の「生活」を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するモデルである。このモデルは上段と下段に描いた図の組み合わせで構造化される。

上段の図に示した異なる3つの大きさの円は、看護師が捉える急性期にある患者の「生活」の視点を示しており、円の内側から「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」で構成される。初期モデルで示したように、フィールドワークの相でも看護師が「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重層的な視点で生活を統合的に捉え日常生活ケアを実践していることが示されたことから、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの概念で示す重層構造のモデルとした。看護における日常生活ケアの中心的なかわりは生活行動を支えることから、3つの円のうち真ん中の円に「生活行動」を位置づけ、黄色とオレンジ色で囲み強調した。一方、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」は互いに影響し合い、明確に区別することが困難であるため、境界も不鮮明のままとした。

初期モデルでは看護が「生活行動」を支えることが中心であることから、黄色の円の中に「日常生活ケア」を配置していた。また、日常生活ケアのかかわりを紺色のアーチ型の矢印で示し、ある一定のレベルが満たされると次の段階に進み、そのバランスが保たれると健康につながるとしていた。しかしながら、フィールドワークの相の結果は看護師がまず「生命活動」の安定化を図り、次いで「生活行動」の自立を支え、最後に「暮らし」を見据えるというように段階的にケアを進めるのではないことを示していた。看護師は「生活行動」を支え人間らしく生きることに焦点を当てながらも、「生命活動」の生きることや「暮らし」のその人らしく生きることの両方を視野に入れたかかわりを同時に行い、その影響や効果を見ていた。したがって、日常生活ケアを紺色の双方向の螺旋の矢印で示した。この双方向の螺旋の矢印は、看護師の実践する日常生活ケアが必ずしも一方向ではなく、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の全てに渡るとともに、患者の病状に応じて、それぞれを行き来し戻りつつ進むことを示している。

上段に示す「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の3つの円の上下にかかっている赤色の曲線は、急性期にある患者の状況を示している。この上下の曲線は左側から右側に向かうほど患者の状態が回復に向かい、暮らしへと戻っていくことを示している。急性期にある患者は何らかの健康問題を生じて生命活動そのものが脅かされている場合もあれば、生活行動が困難となる場合、暮らしに変化が見られる場合もある。このように生活に何らか

の変化が見られ、ケアを受ける前の患者の状況を上下の曲線内の左側部分にある3つの円の波線で示した。急性期にある患者は、病状が予断を許さないなど「生命活動」が脅かされる状況であったり、病気やその治療によって「生活行動」を自身で行うのが難しい状況であったり、「暮らし」を継続させるのが難しい状況であったりする。このような患者の状況から、赤色の曲線の幅は一旦狭くなるが、日常生活ケアによって生命活動が活性化され、生活行動を取り戻し、暮らしへと戻っていくにつれ、再びその線は広がりを取り戻す。

上下の赤色の曲線の中央部分が特に狭まっているのは、急性期にある患者は突発的に発症したり、症状が急性増悪したりして「生命活動」に影響することから、その人の生活そのものが維持されにくいことを意味する。この赤色の曲線の狭まりはその人の状況によって異なり、「生命活動」がより脅かされている場合は、よりこの幅が狭くなる。このような急性期にある患者の状況を具体的に示したのが、下段の図の〈急性期にある患者の状況〉である。この〈急性期にある患者の状況〉は看護師が捉えた患者の状況を示している。看護師が個々の患者の状況をどのように捉えるかが個別的な日常生活ケアのかかわりを生み出す文脈を作り出している。

上段の3つの各円に配置されているピンク色の四角は、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の視点でのケアが目指す中心的な目標を示す。初期モデルでは生命活動の回復や活性化を図るケアの目標を「機能の維持」としていた。しかしながら、フィールドワークの相の結果は【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】など看護師はその人の「機能の維持」ではなく、生命活動が「回復」に向かうことを目指していることを示していたことから、「回復に向かう」とした。

また初期モデルでは、生活行動を支えるケアの目標を「その人の能力に合わせる、自立と依存のバランス」を図るとしていた。しかしながら、フィールドワークの相の結果は「その人の能力に合わせる」というよりもその人の心身の回復をどう捉えるかを大事にし【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】かかわりをしていくこと、自立や依存というよりも【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】が示すように、その人自身が「生活行動を取り戻す」ようにかかわっていることであった。したがって、生活行動を支えるケアの目標を「生活行動を取り戻す」とした。

暮らしを見据えるケアの目標は、初期モデルではその人の生活の豊かさや多様性のある

社会とし、「豊かさー多様性のある社会」としていた。フィールドワークの相の結果では日常生活ケアが家族やその人の文化などその人の多様性のある社会にまで拡がることは見られなかったが、【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】のように看護師が危機をチャンスと捉えて、その人の人生の豊かさを考慮していることは示されていた。初期モデルでは暮らしを見据えることについて「社会」を主体とした表現にしていた。しかしながら、日常生活ケアモデルは患者の「個」を主体とした見方であるため表現を見直し、暮らしを見据えたケアの目標を「豊かに過ごす」とした。

人は環境とのかかわり合いの中で生活していることから、初期モデルと同様に3つの円の外側には環境を配置した。

下段の図は、上段に描かれている双方向の螺旋の矢印で示した日常生活ケアを拡大したものである。この図はフィールドワークの相で見出されたカテゴリに基づいている。急性期にある患者の中でも生命活動が脅かされ、より不安定な状況におけるかかわりを図の下側に配置し、患者の状態が回復に向かい、その人が生活行動を取り戻したり、暮らしを見据えたりするかかわりを図の上側に配置した。この部分に関する理論の相とフィールドワークの相の統合については次の項で説明する。

b. 日常生活ケアモデルの構成概念

日常生活ケアモデルの構成概念について、初期モデルの修正点を中心に説明する。

「日常生活ケア」は日常生活ケアモデルの中心的な概念である。このモデルのもと看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重点的な視点を持ち〈急性期にある患者の状況〉において【急性期看護における日常生活ケアのアート】を通じて《その人の全体性の回復》を促す。

「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」は急性期の患者の生活を統合的に捉えて日常生活ケアを実践するための視点である。理論の相とフィールドワークの相の結果はこれら3つの概念は相互に関連し合って重層構造になっていることを示している。

「生命活動」は細胞レベルの営みである。看護において生命活動の回復や活性化を図ることは、生命の状態を回復できるように調整をし、生きることを支えるかかわりである。ここには、バイタルサイン測定やモニタリングをしながら日常生活ケアを実践することだけでなく、フィールドワークの相で明らかになった【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】が示すような患者の心情や動きに伴う覚醒状態を確認するなど

の動きに伴うダイナミックなことも含む。

「生活行動」は食事をとるや排泄するなどの人間らしく生きる営みである。生活行動を支えることは日常生活ケアの核である。理論の相では、生活行動を支えることは「その人の能力に合わせて自立と依存のバランスを図る生活行動を支援すること」としていた。しかしながら、フィールドワークの相では「その人自身で生活行動を取り戻せるように働きかけること」であることが明らかになったことから、生活行動を支えることは、「その人自身で生活行動を取り戻せるような働きかけを通じて、その人が人間らしく生きることを支えるかかわり」とした。

「暮らし」とはライフスタイルなど、その人の生き方そのものを示す営みである。また、個人と個人の関係や、個人と社会の関係など関係性を重視した営みである。看護において暮らしを見据えることはその人らしく生きることを尊重するかかわりである。ここには、フィールドワークの相で明らかになった、その人となりをつかむことや早い段階から自身でケアすることを促すことなどを含む。

〈急性期にある患者の状況〉・【急性期看護における日常生活ケアのアート】・《その人の全体性の回復》はフィールドワークの相の結果から示された日常生活ケアモデルの経験的基盤となる概念である。このうち【急性期看護における日常生活ケアのアート】・《その人の全体性の回復》は、フィールドワークの結果と理論の相の結果を統合し、概念ラベルを修正したものである。

〈急性期にある患者の状況〉は看護師が捉えた患者の状況であり、個々の患者のケアを生み出す文脈となる。この状況は〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉〈身体と気持ちがついていかず自身を気遣う余裕がない〉〈一進一退で先行きが見えない〉〈自分のこととして病気に向き合うようになる〉の5つから構成される。

【急性期看護における日常生活ケアのアート】は看護師がどのように日常生活ケアを実践しているのかを示したもので、【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】【患者という枠組みではなく、その人となりをつかんで像を描く】の8つから構成される。8つのカテゴリは、看護師が個々の患者の生命の回復度合いを見

極めながら、安静にしてエネルギーを保持させたり、あるいは動かしながら働きかけ具合をその場で判断し、回復の段階を進めたりするなど思考と行為が同時に行われる即応性を示すものであった。ここでは看護師は熟練した技能を駆使してケアを創造し、それを通じて患者との関係性を築き、患者の回復にとって意味ある変化を生み出すなどの看護のアーートの要素が含まれていると考え、【急性期看護における日常生活ケアのアーート】と命名した。

《その人の全体性の回復》は日常生活ケアがもたらす反応や効果であり、個々の患者の人間としての回復を示す。この全体性の回復は《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》の5つから構成される。これらの5つのカテゴリは、急性期看護における日常生活ケアの効果が、患者のある生活上のニーズが満たす、あるいは特定の生活行動の自立を促すというだけでなく、その人の感覚や動きが蘇って表情が一変する、その日をやり過ごすことで精一杯であった人の活力が湧き上がるなど、全体としてのその人の回復が表現されていると考え、《その人の全体性の回復》と命名した。

初期モデルとフィールドワークの相の結果を統合した結果、看護師の実践する日常生活ケアは「生命活動」の回復や活性化を図ったり、「暮らし」を見据えたりしながら「生活行動」を支える重層的な視点で〈急性期にある患者の状況〉に合わせ、その人のもつ潜在的な力を引き出し、その人自身が生活行動を取り戻すことを支える【急性期看護における日常生活ケアのアーート】であった。この働きかけは、その人の日常的な感覚や動きを蘇らせて人間らしさや自己を取り戻す、生き返った心地を味わう、活力が湧き出る、自身に関心が向くなど《その人の全体性の回復》を導いていた。この結果をふまえ、日常生活ケアを以下のように定義した。

「急性期看護における日常生活ケアは生命活動そのものが不安定あるいは安定しつつある患者に対し、生命活動の回復や活性化を図ったり暮らしを見据えたりしながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えることを通じて、その人の全体性の回復に働きかけるアーートである。このアーートは、その人のもつ日常的な感覚や動きを蘇らせて人間らしさや自己を取り戻す、生き返った心地を味わう、活力が湧き出る、自身に関心が向くなどその人の全体性の回復をもたらす、その人の暮らしの豊かさにまで波及する。」

3. 事例を用いた日常生活ケアモデルの概念間の関連性の説明

フィールドワークの相を通して明らかになったのは、初期モデルで想定していたように、看護師はまず「生命活動」の回復を図り、次いで「生活行動」を自立させ、退院が近づくにつれ「暮らし」の豊かさを実現するという順序で、段階的に日常生活ケアを実践するわけではないことであった。看護師は「生活行動」に焦点を当てながらも常に「生命活動」と「暮らし」を視野に入れて同時にかかわり、その影響や効果を見ていたことが明らかになった。したがって、このモデルでは看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」という重層的視点のもと、〈急性期にある患者の状況〉を捉え、いくつかの【急性期看護における日常生活ケアのアート】を同時に組み合わせて、《その人の全体性の回復》を導くといったダイナミックな日常生活ケアを実践しているものとして構造化した。以下に日常生活ケアの実践事例を示し、日常生活ケアモデルを構成する概念間の関連性について説明する。

なお、「 」は看護師や患者の語った言葉、メイリオの字体は参加観察した場面、ゴシックの字体は日常生活ケアモデルの構成概念を示す。

a. 馴染みある髭剃りを促すことがその人自身を取り戻すことにつながった事例

事例は崎山看護師が大塚さんの髭剃りを実施した場面である。大塚さんは70歳代の男性で急性心不全と腎不全を併発して入院し、透析を開始した。彼はICUで治療を受け6日前に病棟に戻ったが、心機能はかなり低下していた。また、動くときチアノーゼが出現するなど呼吸状態や循環状態が不安定で酸素を投与されていた。入院時よりせん妄があり、ベッドをギャッジアップすると身動きが激しく暴れることもあった。ある夜は突発的に起き上がり、呼吸状態が不安定になることから四肢抑制されていた。このように大塚さんの状況は〈心身が不安定で変化しやすく〉、大塚さん自身も自らの置かれている状況を理解しにくく〈自己のコントロールを失いやすい〉状況であった。崎山看護師は大塚さんの呼吸が不安定なことや日中傾眠になっていることを気にかけていた。

崎山看護師が優しく肩を叩いて呼びかけると大塚さんは目を開け、焦点を合わせてその声に反応した。看護師が「声を聞かせてください」と声をかけると彼は声を出すことはできなかったが穏やかな表情で口をパクパクさせ宙をつかもうとした。

この反応を見たとき、看護師によっては危険な状態と捉え、安全のため抑制したまま様子をみる場合や看護師が代行してケアする場合もあるだろう。しかしながら崎山看護師は自分の話すことを理解している、今は大丈夫と直観的に捉えて抑制を外し、ベッドをギャ

ッジアップさせ【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断し】ていた。このとき看護師は呼吸が不安定な状態であるからといって抑制を続けて無理に安静を図ることよりも、むしろ起こして動かしリズムをつけることが状態を回復させると判断してかかわっていた。

ギャッジアップすると大塚さんは目をぱっと見開いた。この様子を見て、崎山看護師は「もしかしたら、髭も剃れるんじゃないかって思って」と大塚さんの【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出】すように、大塚さんの日々の「暮らし」を見ながらそれを「生活行動」に取り入れ、彼自身に髭を剃ってもらうことにこだわった。この働きかけは、崎山看護師が大塚さんをせん妄でわからない人と捉えるのではなく、潜在的な可能性をもっている人として捉えて、大塚さんの《日常的な感覚や動きが蘇えらせ、人間らしさや自己を取り戻そう》としていたことの表れであった。次の場面はこのような崎山看護師のかかわりを示している。

崎山看護師：「ご自分で剃ってみてください。」優しい口調で話しかけ、電動の髭剃りを握るように促す。

大塚さん：右手で髭剃りを握る。力強くはないが握れている。

崎山看護師：持たせた手を上から支え、顎の近くに手を支えながら持っていく。
大塚さんが自分の力で髭剃りを握り、顎に手を近づけるのを確認し手をそっと離す。

大塚さん：手をゆっくりと動かし剃り始める。

崎山看護師：剃り始めたのを確認し彼から目を離して周囲の環境を整える。

大塚さん：しばらく髭を剃っていたが無呼吸になり始める。

崎山看護師：無呼吸になっていることに気づき、大塚さんの動きと SpO₂ 値が 91%まで低下しているのを確認し「ゆっくり呼吸してください」と肩に手を添えながら促す。

大塚さん：呼吸が規則的になり、SpO₂ 値も回復する。再び髭を剃りはじめ、一通り剃り終えた様子で手の動きが鈍くなる。右頬の上部や鼻下など剃り残しがある。

崎山看護師：「少し私が剃りますね。」大塚さんの手の動きがとまったことに気づき、大塚さんから髭剃りを受け取り剃り残し部分を剃る。

大塚さん：鼻下を少し伸ばすように口をつぐんで協力している。

この場面において、崎山看護師は髭剃りを促しながらも意識レベルや呼吸状態、SpO₂ 値の変化に細心の注意を払っていた。大塚さんが無呼吸になって SpO₂ 値が低下していた際には看護師は「ゆっくり呼吸してください」と呼吸を整えるようにして「生命活動」の回復を図るように働きかけた。その後、大塚さんの呼吸状態は回復し、再び髭を剃るといように《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進め》ていた。

看護師は同時に、まだ呼吸状態が不安定であっても、髭を剃るという「生活行動」を促し、彼の【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出そ】うとしていた。彼の髭剃りを握る感覚や髭を剃る動作、看護師の言葉かけに反応し、ゆっくりと呼吸することができる姿、看護師に委ねるように協力する姿からは彼の持つ力が引き出されており、「生命活動」が活性化されていると解釈できる。また、大塚さんの鼻下を少し伸ばすように口をつぐんで協力している姿は、単にケアを受ける存在ではなく、大塚さん自身の意思が表れはじめていたことから、大塚さんの《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》ことにつながっていたと言える。このことは、大塚さんという人そのものが引き出されて「暮らし」を取り戻しつつあることを示していた。

このように不安定な呼吸状態である大塚さんの「生命活動」の状態を見極め、回復を図るような働きかけと、彼が日常的に行っていた「暮らし」を見据えながら「生活行動」に取り入れ、「生命活動」の活性化を促すことは同時に行われていた。大塚さんのように、意識や呼吸状態が不安定な状況であっても、彼の焦点が合うことや穏やかな表情から今起こしたら髭を剃れるかもしれないというタイミングを見極める看護師の即応的な思考と行為の一連が、大塚さんの潜在的な感覚を呼び起こし、その人自身を取り戻すことにつながっていた。また、看護師が呼吸状態など生命活動の安定具合に注目してかかわると同時に馴染みある行為を通して生命活動を活性化させるかかわりは、結果的に大塚さんの状況を回復に向かわせていた。このように看護師はその時、その場で最善な行為を選択するだけでなく、選択した行為が最終的に患者の回復につながるかという配慮を継続して行っていた。

b. その人のもつ感覚に働きかけることがその人らしさを回復させた事例

事例は、中谷看護師が石川さんの食事援助をした場面である。石川さんは70歳代の男性でもともと透析をしながら過ごしており、今回心筋梗塞で入院した。ICUで集中的な全身

状態の管理を行った後、病棟に戻って1週間程度経っていたが、血圧のコントロールが上手いかずに持続投与の薬が切れず、ベッド上安静の日々を過ごしていた。石川さんは倦怠感が強く、食思もない状況で自ら何かしようとは思えなく〈身体と気持ちがついていかに自身を気遣う余裕がない〉状況であった。中谷看護師は石川さんについて「何かしたいと訴えることはあまりなくても、やりたくないことは嫌と言える人」と言い、意思表示ができる人と捉えていた。

ある朝、石川さんは透析の治療があったが、食思が湧かず看護師に食事を促されても「食べたくない」「後で…」と言って横になっていた。中谷看護師は少しでも食べて体力を回復してもらいたいと思い、彼の気持ちが食事に向かうようにかかわっていた。次の場面はこのような中谷看護師のかかわりを示している。

中谷看護師：「今日透析の日ですよ？ゼリーだけでも食べられないかなあ。」

石川さん：「ん…」一旦目を開けるが気のない返事をして目を閉じる。

中谷看護師：「口乾いているみたいだから、ちょっとお茶飲んで潤しましょうか？」

石川さんが頷いたのと同時にベッドをギャッジアップさせ、吸飲みを口元に運ぶ。

石川さん：一口ごくりと飲み、目が開く。

中谷看護師：「目、開きました？今日透析だから少しでも何か召し上がりませんか？ゼリーどうですか？」ゼリーをスプーンにのせて口元に運ぶ。

石川さん：言葉に乗せられるように口をしっかりと開けゼリーを摂取する。3口目には、「はい」と自分から口の中が空になったのを伝えて、積極的に口を開ける。そのやりとりを続けてゼリーを完食する。

中谷看護師：「石川さん、シチューもありますよ。彩りいいからどうですか？」シチューをスプーンですくって見せる。

石川さん：“彩りがいい”という言葉に反応するようにずっと首元を伸ばして、口を開け摂取する。「うん、美味しくない。味がない。(数口摂取する。)(腎臓の障害があることから塩分制限がされており、味がしない様子。)

中谷看護師：「もういいですか？…さつまいももありますよ。」

石川さん：「さつまいも？何色？」口調もしっかりとして食器をのぞき込むよ

うな姿勢で首が前にすっと伸び、関心を示す。

中谷看護師：「黄色ですよ、食べてみます？」と言いながら、スプーンにのせて再び口元へ運ぶ。

石川さん：「ボソボソしているね。」口にはあまり合わなかった様子だが「ありがとう」と言って笑顔になる。「…辛いときはそれどころじゃないんだけど…、少しよくなるとさ、本当に人のありがたみがわかるよね。それまでは訳がわからなくてさ。なんか朦朧としていた感じだったからさ」涙ぐみながら伝える。

この場面において中谷看護師は、「食べたくない」と言い、気のない返事した石川さんの口元の乾きを見ていた。看護師は口を潤したら「何か変わるかもしれない」という感覚を頼りに、試しに起こして水分を促し、彼の反応を見るというように【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断した】。それが彼の目覚めのきっかけになっていた。

中谷看護師は石川さんがゼリーなら食べられるということを知っていたことから、食べる順序を工夫してゼリーから口に運ぶようにした。このことはその人の嗜好に合わせるといった「暮らし」を考慮し、「生活行動」を支えることであり、看護師は少ししでも食べようと思えるように気持ちを乗せて「生命活動」を活性化させるよう働きかけた。また、看護師は石川さんが見た目食べる気持ちが左右されることを知っており、メニューと彩りを伝え、彼のもともとの「暮らし」に近づけ食事を勧めることで、【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出】そうと働きかけていた。

その結果、石川さんは食べたくないという思いから、首元を伸ばして食事を見たり、「何色？」と確認したりするなど食への関心を持ち、食べてみようという感覚が呼び起こされて食べることにつながっていた。これは石川さんの「生命活動」が活性化されていたことを示しており、《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》という変化をもたらしていた。

また、石川さんは自身を気遣う余裕すらなく、生きているだけで精一杯というような状況であったにもかかわらず、「人のありがたみがわかる」と看護師への感謝や感情を表現していた。このことは、看護師の少しでも食べてもらいたいという思いと石川さんの気持ちを大事にする思いが彼に伝わり、《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》ことで石川さんらしさが回復していたことを表していた。

このように石川さんの心情も大事にしつつ、動かしながら「生命活動」の状態を見極め、回復を図るように働きかけと、彼のももとの嗜好や関心の寄せ方など「暮らし」を見据えながら「生活行動」に取り入れ、「生命活動」の活性化を促すことは同時に行われていた。石川さんのように苦痛が強く、自らを気遣えない状況であっても、少しでも回復につなげたいという看護師の思いやその人のももともと持っている感覚に働きかける看護師の即応的な判断と適切なタイミングでのかかわりが彼の生きる力を引き立てるとともに、人のありがたみを言葉で表現する石川さんという人の全体性の回復にまで波及していた。

c. その人となりを理解してかかわることがその人を暮らしへと向かわせた事例

事例は相川看護師が黒沢さんの足浴を実施した場面である。黒沢さんは40歳代のやせ型の男性であった。糖尿病を指摘されていたが4年前に薬を自己中断し、糖尿病ケトアシドーシスの状態で緊急入院した。彼の両眼はぼんやりとしか見えていない状態であり、安静を強いられ自由に動けるのはベッド周囲のみであった。黒沢さんは自覚のないまま入院となった。相川看護師は黒沢さんのことを「気になる、どんな人なのかなって」と語り、彼自身が今の状況をどのように受けとめているのかわからず、彼がこれまでどのように生きてきたのか、病気をどう受けとめているのか知ろうとした。

黒沢さんのケトアシドーシスの状態は治療によって改善し、回復に向かいつつあった。しかしながら、相川看護師は黒沢さんの状態を「全身の血管がボロボロ」と考えており、胸痛などの症状が起きても本人が自覚できずに見過ごされてしまう可能性があることから「生命活動」の安定具合を気にかけていた。また、黒沢さんがこの先自身でケアしていかなければ足の感染や切断することになりかねない状態であることも懸念していた。看護師は黒沢さんの退院後の「暮らし」を見据えており、「まだまだ働き盛りだから・・・、ここから彼がどうするかによって分かれるかなって。病気が悪化していくのか、病気を少しでも改善して、いい人生を歩んでいくのかは。今、ちょうどいい起点・・・。」と先々のことまで考えていた。そこで足浴を通して「生活行動」を支えることを通じて自ら彼にかかわり、**【患者という枠組みではなくその人となりをつかんで像を描こ】**うと黒沢さん自身の「暮らし」を知ろうとかかわった。次の場面はこのような相川看護師のかかわりを示している。

相川看護師 : シャワー室で黒沢さんの足下に腰を下ろし、黒沢さんの片足を触る。「触っている感覚ってわかりますか？」足の指を一本ずつ広げ丁寧に洗う。

黒沢さん : 「わかります。」相川看護師の洗う様子をじっと見ていたが、足が見えづらいため、首を 20cm 足の方に伸ばして前屈みになって足を見て答える。

相川看護師 : 黒沢さんの顔を見上げながら「糖尿病だと、足を毎日きれいにすることが大事で…。水虫とかそういうのから菌が広がる場合もあるんですよ。糖尿病の方で、最悪傷ついても気づかなくて、気づいたときには最悪足を切断するっていう人もいるのでね。」足を清潔にする必要性を伝える。

黒沢さん : 頷きながら、自分の足を見ている。

相川看護師 : 「靴下と違って家族が今度来たときに頼めますかね？」

黒沢さん : 「はい。靴下…やっぱり履いた方がいいんですかね？」

相川看護師 : 「そうですね、やっぱり素足だとすれちゃったり、傷ついちゃったりするから。」

黒沢さん : 言葉は発しないが頷き、納得したような表情を見せる。

相川看護師 : 黒沢さんが関心をもっていたことから質問を加える。「毎日、自分の足の裏と違って見ます？…私は見ないんですけど（笑いながら）。」足底を洗いながら足の裏まで関心を寄せて見てほしいというメッセージを伝える。

黒沢さん : 「白内障で見えなくなってからは、そういうの気にもしてなかったな。」表情は柔らかく、穏やかな口調で返答し、嫌がることなく受け入れている様子を見せる。

この場面において看護師は足浴中の黒沢さんの話の聞き方や自ら質問をしてくる姿勢から「実際やって、関わってみたら、なんか意欲がないわけではないんだなっていうのがわかった」と語り、彼が病気に対して投げやりになっているわけではないことを受け止めていた。そこで、入院をひとつのチャンスとして捉え、【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませ】ていた。

一方で、相川看護師は「あまり難しいこと言ってもしょうがないので。ただでさえ目がはっきり見えないので…。これで足って、アンプタになっちゃったら大変でしょ。それで興味持てればっていう形で聞いていました」と語り、生命の危機を脱したばかりの状態の人にあまり細かく多くのことを説明しても意欲を低下させてしまう可能性があるため、まずは関心を向けてもらえるような説明の仕方にとどめていた。

このように看護師は、黒沢さんの「**生命活動**」の安定具合を気かけながら「**生活行動**」を支えることと同時に、彼の病気への向き合い方やもともとの習慣を知り、「**暮らし**」を見据えながら、自身でケアできるように促すことを行っていた。看護師は足浴を実施しながら彼自身の意欲を瞬時に読み取り、その時、その場でもかかわり方を変え、彼の意欲が低下しないように言葉を選びながら自身でケアできるように働きかけていた。

このようなかかわりによって黒沢さんはこれまで関心を向けていなかった自身の身体に関心をもち質問するなど「**自分のこととして病気に向き合うようになった**」ていた。その後も彼は毎日自身で足浴をしていた。足浴を通した看護師の働きかけにより、彼は治療を受けるだけの存在ではなく《**自分の状況を理解し自身に関心を向け**》、病気を自分のこととして受け止めていた。また、彼自身の気持ちをこれからの「**暮らし**」へと向かわせ、セルフケアの動機づけとなっていた。このことは、急性期にある患者であっても日常生活ケアを通してセルフケアを促すことができることを示していた。

V. 考察

本研究は文献検討を中心とした理論の相と質的データであるフィールドワークの相の結果を統合し、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築した。ここでは、A. 急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴および B. 日常生活ケアが人間の回復にもたらす価値について考察し、それらをふまえて C. 看護学への示唆および D. 研究の限界と今後の課題を述べる。

A. 急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴

本研究において構築した日常生活ケアモデルは、急性期にある患者の「生活」を重層的な視点で捉えて日常生活ケアを実践するモデルである。このモデルのもと看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重層的な視点を持ち、〈急性期にある患者の状況〉において【急性期看護における日常生活ケアのアート】を通じて、《その人の全体性の回復》を促す。以下に本モデルの特徴について述べる。

1. 日常生活ケアの「how（どのように）」を概念化したモデル

急性期看護における日常生活ケアモデルの特徴の1つは、看護師が日常生活ケアを「どのように」実践しているかについて概念化した中範囲理論を構築したことである。

日常生活ケアはこれまでの看護理論でも主要な概念として取りあげられており、その中で「生活」を捉えることの重要性も述べられている。しかしながら、これまでの看護理論では「生活」を人間のニーズに基づき生活行動に分類した枠組みで捉えたり、その人の能力の過不足という視点で捉えたりして必要なケアを行うことに焦点が当てられていた。

例えば、Henderson（1969/2016）は基本的ニーズと関連づけ生活行動を14の「基本的看護の要素」に分けて日常生活ケア捉えている。Abdellah et al.（1961/1963）の捉える日常生活ケアも Henderson と同様に、人間のニーズに基づき生活行動を21に分類し、そこでの問題点を明確にしてケアをすることであった。

生活を捉えることを重視した理論家は Orem（2001/2005）である。Orem は生活行動を8つの普遍的セルフケア要素として示し、人間が本来もつ力に注目し、セルフケアという視点でのかかわりを示している。Orem はその人のセルフケア能力に合わせて不足するセルフケアを全代償システム、一部代償システムとかかわり方を変えて補うことを示している。

また、Roper, Logan, & Tierney (2002/2006) も生活を重視した理論を展開している。Roper, Logan, & Tierney は生活モデルの視点で、単に基本的なニーズを満たすだけでなく、健康増進のために患者自身が主体的に行うケアとして日常生活ケアを捉えている。しかしながら、Roper, Logan, & Tierney も生活を生活行動の複合体として 12 の生活行為に分類しており、その視点で個別的な看護を実践し、健康増進につなげることに焦点を当てている。

このように食事や排泄などの生活行動を分類したり、その人のもつ能力に着目したりして分析的に捉えることは、どのようなケアが必要かということのアセスメントし、判断するためには重要である。しかしながら、生活をある部分に分けて分析的に捉える場合、何のケアをするか、どの範囲を援助するのかという部分が注目されやすくなる。

Meleis (2018) は看護理論をそれぞれの焦点別にニーズ指向 (school of thought) の理論、相互作用指向の理論、アウトカム指向の理論、ケアリング指向の理論と 4 つに分類している (pp. 156-171)。ニーズ指向の理論は「what」に焦点が当てられており、看護師が何をするかという問題や看護の機能や役割は何かということに答えることで発展してきた。このニーズに焦点を当てた看護理論家は先に述べた Henderson, Abdellah, Orem であり (p. 158)、Roper, Logan, & Tierney もこの分類に該当すると考えられる。

本モデルが示す【急性期看護における日常生活ケアのアート】はニーズ指向の理論のように何をするかを重視するのではなく、どのようにするかということを示している。これは、Meleis (2018) の分類によれば「what」ではなく「how」に焦点を当てている。

Meleis (2018) によると「how」に焦点を当てた理論は相互作用指向の理論に分類される。相互作用に焦点を当てた看護理論家は Peplau や Wiedenbach などである (p. 160)。これらの理論は看護師と患者の関係性に焦点を当てている。また、「what」と「how」双方に焦点を当てた理論はケアリング指向の理論に分類される。ケアリングに焦点を当てた看護理論家は Watson や Parse などである (p. 166)。これらの理論は相互作用理論と重なる点も多くあるが、人間性や尊厳などの価値に基づく対人関係のケアリングを重視している。

相互作用やケアリングに焦点を当てた理論は関係性の視点で「how」を示したものであるため、当然のことながら日常生活ケアという視点で「how」を示したものではない。またこれらの理論はある特定の領域に焦点を当てたものではない。本研究は医学的な視点ではなく、日常生活ケアという視点に着目し、急性期看護の領域における「how (どのように)」である【急性期看護における日常生活ケアのアート】を概念化して示した。これにより、看護が本来持つ回復を促す力のありようを実践レベルで示すことができ、日常生活ケ

アを看護独自の役割とするこれまでの理論を継承しながら急性期看護の日常生活ケアに特徴的な中範囲理論として発展させることにつながった。

例えば【急性期看護における日常生活ケアのアート】の1つである【心身の回復度合いを見て無理をさせない】かかわりは、患者の心身の回復状況を判断し、無理をさせずに回復に必要なエネルギーを蓄えることを意味している。この内容は、Nightingale (1860/2011) が重視していた「患者の生命力の消耗を最小に整えること」と類似する。本研究の結果は、このようなかかわりに加えて、患者の回復過程を促すには【動かしながら心身の安定具合を見て働きかけ具合を判断する】という積極的な働きかけも重要であることを示していた。

また、【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【自身でケアすることの大事さをメッセージににじませる】など、その人自身が生活行動を取り戻せるようなかかわりを早い段階から実施する必要があることを示していた。これは例えば、統合の相で示した3つめの事例で看護師が「生命活動」の安定具合を気かけながら足浴を通してその人の病気の受け止め方を知り、入院を1つのチャンスとして捉え【自身でケアしていくことの大さをメッセージににじませる】などその人の「暮らし」を見据えてケアを進めていることに表れている。

Orem (2001/2005) はその人の状況は絶えず変化しており、その変化に合わせてかかわり方を変えていく必要があると述べる。それは看護師が患者の代わり全面的にセルフケアを代行する全代償システムから一部分を代行して援助する部分代償システム、患者のセルフケアを促す支持・教育的システムへの移行である。本モデルは、看護師がその人自身が「生活行動」を取り戻し、人間らしく生きることを支えることを中心に働きかけながらも、生きることやその人らしく生きることを目指し、「生命活動」や「暮らし」の両方を視野に入れたかかわりを同時に行っていることを実践レベルで示した。これにより、Orem の述べる、移行のかかわりをより具体的に示し、実践に役立つ内容にしたといえる。

2. その人の全体性の回復をもたらす重層的な視点をもったケア

本モデルの特徴のもう1つは、急性期にある患者の「生活」を「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重層的な視点で捉えることの効果を示したことである。本モデルは日常生活ケアを重層的な視点をもって行うことで、日常生活ケアの効果が不足しているニードの充足や自立に向かわせるということだけではなく、その人のもつ活力を引き出したり、その人らしさを引き出したりするなど《その人の全体性の回復》にまで波及することを示した。

生活には、生命体としての生命活動や食事や排泄などの生活行動、その人の価値観や文化など暮らしが含まれ、次元の異なる幾つもの層がある。重層的な視点で捉えてケアすることはこのような生活に含まれる層を段階的にみるのではなく、統合してその人を理解することである。本研究の結果は、看護師が患者を捉える際、「生命活動」の回復を図り、安定したら「生活行動」を拡大し、退院前に「暮らし」を意識してかかわるといように段階的に見るのではなく、「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重層的な視点で患者を統合的に捉えて日常生活ケアを実践していることを示していた。

例えば統合の相で示した2つめの事例のように、患者の血圧に変動があり、身体的に辛い状況で「食べたくない」と表現した場合であっても、看護師は血圧を安定させ、必要な栄養を点滴などで補い「生命活動」を回復させてから次の段階へと進めるわけではなかった。看護師は患者の身体を起こして動かしながら「生命活動」の回復を支え、心身の安定性を図ると同時にその人の「暮らし」を見据えて、見た目や彩りを気にする感覚に働きかけることで食べるという「生活行動」を支えていた。その結果、患者は食べてみようという意欲が引き立てられて、辛い状況の中でも感謝を言葉にして伝えるなどその人のもつ人間性も引き出されていた。このように看護実践は患者の生活の一部を見て段階的に進めていくというよりはむしろ、その人の生活全体を捉えたかかわりであることを示している。

これまでの看護における人間理解に役立つ理論の多くは、人間の状況を階層構造として捉えている。例えば、マズローの欲求段階説 (Maslow, 1971/1987) は人間の基本的なニードを生理的なニード、安全のニード、所属と愛のニード、承認のニード、自己実現のニードの5つに分類し、低次なものから高次なものへと段階を進んでいくという階層構造を示している。また、患者の健康上の問題を見極め、問題解決を図るアプローチの仕方である看護過程や優先度の考え方も段階を進んでいくという階層構造に基づいている。

このような階層構造は、患者の心的状態やその人の問題を分析的に理解しやすい考え方として受け入れられている。しかしながら、それは必ずしもその人の全体性を捉えているわけではなく、実践の本質的な特徴を示しているわけでもない。Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard (2011/2012) が、熟練看護師が分析的な患者の全体的な変化を認識し状況の最善の解釈をしていると述べるように、熟練看護師の看護実践の本質的な特徴は患者を統合的な視点で全体的に捉えるという見方である。

急性期にある患者の日常生活ケアを「生活」という重層構造で捉えてケアすることは患者という人間を統合的に理解し、全体性を捉えることに役立つ。本研究の結果が示してい

たように、患者の全体性を捉えることは、看護のアプローチ方法が変わることを意味し、それによって見えてくる反応や効果も違ってくる。例えば、本研究の結果の《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》などは、急性期にある患者にとって日常生活ケアがいかに人間性を保ち、患者の回復過程を促すかを示し、日常生活ケアがその人の全体性の回復に波及する効果を示している。

坂下 (2017b) は、看護師が排泄・食事など、患者の困りごとに細切れに対応しているわけではないため、その仕事は分解することができず、音楽のように1つ1つが調和されたときに患者が回復に向かうことができると述べる。これは日常生活ケアが全体として捉えることで意味を為すことを示しており、日常生活ケアが食事や排泄などの生活行動を分類し、それに対応することの寄せ集めではないことを伝えている。

これまでの看護理論において日常生活ケアは基本的ニードとの関連で捉えられており、その目標や効果は不足するニードの満たすことにより健康回復や自立を促すこと (Abdellah et al., 1961/1963; Henderson, 1969/2016) および主体的にケアすること (Orem, 2001/2005; Roper, Logan, & Tierney, 2002/2006) に焦点が当てられていた。

また、急性期看護に関する研究は、症状や治療に伴う苦痛を軽減する看護師の専門的判断に焦点が当てられており (朝倉・籠, 2013; 矢富, 2012)、日常生活ケアは副次的なものとして扱われてきた。日常生活ケアに焦点が当てられていても、食事や清潔などある一つの生活行動を支えるケアに特化して探求しているものが多く (大橋, 2012; Ohashi, 2014)、その効果も心地よさをもたらす、食事量が増加するなどそれぞれの目的に対するものであり、限定的であった。これまでも、清潔ケアなどがその人全体にもたらす効果は知られていたが、日常生活ケアが複数の意図をもって行われることから日常生活ケア全体として捉えることが難しく、その効果は明確にされていなかった。本研究の結果は日常生活ケアを重層構造で捉えることによってその効果も全体へと波及することを示したといえる。

川嶋 (2012) は「看護の力」は、注射や薬のような外部からの力ではなく、その人本来備わっている治る力を上手に引き出すことにあると述べる (p. 48)。本モデルで示した【急性期看護における日常生活ケアのアート】は川嶋の述べる「看護の力」を活かしたかかわりであり、このようなかかわりによって日常生活ケアの反応や効果が《その人の全体性の回復》に波及することを明示したことは、急性期看護における日常生活ケアの価値を示すものとなった。

3. 今日の急性期看護の実践を基盤として構築したモデル

序論や研究方法の項でも述べたように、日常生活ケアは古くから行われているケアであり、看護理論でも主要な概念とされていることからこれまでの知見や看護の経験をもとにモデル構築する方法もある。しかしながら、本研究は Walker & Avant (2014) の理論統合および Schwartz-Barcott & Kim (1986; 2000) が提唱する Hybrid Model を参考に、文献検討を中心とした理論の相と質的データであるフィールドワークの相を設け、それらを統合してモデルを構築する方法を試みた。

この方法により、理論の相でこれまでの知見や経験をもとに作成した初期モデルの内実についてフィールドワークの相で確認しながらモデルを洗練させ構築することができた。これは今日の急性期の医療状況において看護師の実践する日常生活ケアをもとに、日常生活ケアモデルの経験的基盤を築いたことを意味する。このことは、日常生活ケアモデルが「あるべき理論」ではなく、「現にある状態」(Barnum, 1998, pp. 34-35) を示し、実践での有用性が示せるモデルであるといえる。

理論は、発見と証明という2つの過程を通して、螺旋的かつ継続的に発展し、その機能を高めていく (Walker & Avant, 2014)。この発見とは理論開発であり、証明とは理論検証を意味する。当然のことながら理論は、発見と証明の過程を経てはじめて有用な理論になることから、理論を検証することが必要である。しかしながら本研究のように理論の相で作成した初期モデルの枠組みをもとに実践での内実を見ながらモデル構築する方法をとることによって、実践での有用性を示す理論開発につながる。

B. 急性期看護における日常生活ケアが人間の回復にもたらす価値

今日の急性期の医療は高度複雑化を極め、医学だけではなく看護も専門分化の道をたどりつつある。日常生活ケアは機能別に実施されたり、医療に関する知識をもたない者に業務委譲されたりしている現状がある。このように専門分化された医療では患者はときに機械の部品ように非人間的に扱われ、部分的に回復することができても個を失いやすい状況になる。本モデルの〈急性期にある患者の状況〉はこのような患者の状況を示していた。

しかしながら、本研究の結果はこのような状況に置かれている患者であっても看護師がその人の「生活」を重層構造で捉えて【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【患者という枠組みではなくその人となりをつかんで像を描く】など、その人の個を尊重した

【急性期看護における日常生活ケアのアート】を複数組み合わせながら実践していることを示していた。また、このようなかかわりにより《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》など人間としての尊厳を取り戻し、生きる力が引き出され、《その人の全体性の回復》をもたらすことを示していた。

例えば統合の相で示した1つめの事例では、患者は心身の状態が不安定で自身の置かれている状況が理解しづらく、自己のコントロールを失いやすい状況であった。このような状況であっても、看護師は動かしながら「生命活動」の安定具合を見るとともに、動かしただきの反応から患者の力を直観的に読み取り、その人の馴染みある「暮らし」を見据えて髭剃りを促すという「生活行動」を支えるように働きかけた。これにより、彼の髭剃りを握る感覚や髭を剃る動作、応答性などが蘇り、彼自身を取り戻すことにつながっていた。

このように日常生活ケアを重層的な視点で捉えてケアすることは、「生活行動」だけではなく「生命活動」や「暮らし」も視野に入れ、その影響や効果を見ながらかかわることを意味する。また、その効果もある部分だけではなく、その人の全体にまで波及し、その人自身の回復につながる重要な意味をもつ。特に急性期にある患者は主体性を奪われやすく自己を失いやすい状況であることから、人間性を保てたり、取り戻せたりすることがもつ意味は大きい。この重要性について社会学者の Frank (1991/1996) は自らの病の苦痛体験をもとに、急性期には自己が客体化され、人間性を失いやすい苦痛があることを「植民地化され、ドラマの観客となることで患者は自分を失っていく」(p. 80) と表現する。彼はまた、「患者の人間性が病いと回復の過程をとおして十分に認識されていたならば、この回復はじつにスムーズにすすむ」(p. 81) と述べ、人間性を保てるように働きかけることがどれだけ患者の回復にとって重要であるかということを主張している。

本研究の結果で示した事例は、看護師が患者を人間として尊重しながら、日常生活ケアを実践することでその人の回復が促されるありようを示していた。このことは Frank (1991/1996) の述べる人間性を保てるケアが日常生活ケアであることを示している。

多くの病は生活のありようから発されている。それにもかかわらず医療の専門家は投薬や処置で病的状態を治そうとし、生活のありようそのものもつ力を忘れがちであることが指摘されている(竹内, 1995, p. 23)。本研究の結果のいくつかの事例が示すように、その人の潜在的な力を引き出す手がかりはその人の暮らしにある場合も多い。

日常生活ケアは、生活を重層的な視点をもって行うことで、その人の人間性を保ち、その人の全体としての回復を促す重要な意味をもつ。したがって本研究で構築したモデルは急性期看護における日常生活ケアの価値をあらためて高めるものと考えられる。

C. 看護学への示唆

本研究は急性期看護における日常生活ケアモデルの構築を試みた。本研究の成果が看護学の実践・教育・研究に示唆する点について3点述べる。

第一に、本研究は急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的に、日常生活ケアの概念を明確にして急性期看護における日常生活ケアの実践を構造化した。これにより急性期にある患者への日常生活ケアという複雑な実践を表し、具体化した。

急性期看護における日常生活ケアは専門性のあるケアというよりも、むしろ当たり前のケアとして副次的に扱われていることが多かった。本研究は、急性期看護における日常生活ケアに焦点を当て、その実践を示した。これにより、急性期看護における日常生活ケアの「how（どのように）」である【急性期看護における日常生活ケアのアート】を示し、日常生活ケアの反応や効果が《その人の全体性の回復》に波及することを明らかにした。今後、このモデルを検証していくことが前提であるが、【急性期看護における日常生活ケアのアート】や《その人の全体性の回復》を明確にしたことは、急性期看護において日常生活ケアの効果的な実践を導くための指針となり、看護の質向上につながる可能性を示唆する。

また、《その人の全体性の回復》は、急性期にある患者の日常生活ケアが人間の回復にとっていかに重要であるかを示していた。このことは、急性期看護における日常生活ケアの専門性を示し、看護の価値を高めることにつながると考えられる。同時に、このような価値ある日常生活ケアについて、医療の知識がない人々の手に手放しつつある看護の現状を問い直す必要性を示唆し、あらためて看護の役割は何か、看護の専門性とは何かを議論していくための一つの資料となるだろう。

第二に、これまでの日常生活ケアは清潔ケアや排泄ケアなど生活行動を分断して、1つ1つの技術として捉えられることが多かった。しかしながら本研究の結果は、看護師が急性期にある患者の「生活」を重層的な視点で捉えて日常生活ケアを実践することにより、その反応や効果が、その人の全体性の回復をもたらしていることを示していた。この結果は、看護教育や看護実践において、これまでのように分断して日常生活ケアを捉えるのではなく、「生活」という視点で重層的に捉える必要性を示唆している。

看護教育では日常生活ケアは技術項目の1つとして取りあげられ、食事援助や排泄ケアなど分断した内容で教育されている。言うまでもなく、1つ1つの看護技術を習得することは重要なことである。しかしながら、日常生活ケアの反応や効果は患者の食事や清潔などのあるニードを満たして問題を解決することや、食行動や清潔行動の自立を促すということだけにとどまらないことから、患者の「生活」という視点で重層的に日常生活ケアを捉える価値を示すことが必要である。

看護実践においても、日常生活ケアの評価は何のケアをするかに焦点が当てられており、日常生活ケアの価値を十分に反映させたものにはなっていない。急性期にある患者は状態が不安定であることから「生命活動」の回復に焦点が当てられがちであるが、重層的な視点で捉えてケアすることでその人の全体性の回復を促すことが示唆されたことから、急性期看護における日常生活ケアの価値を評価できる枠組みを検討し、看護における日常生活ケアの価値を示していくことも必要である。

第三に、本研究は文献検討を中心とした理論の相と質的データであるフィールドワークの相を同時に行い、それらを分析して統合しモデル構築する独自の方法を試みた。このような理論構築の方法を用いたことにより、理論の相だけでは十分に明らかにされなかった今日の医療状況における日常生活ケアのありようを概念化することが可能となった。また、理論の相で作成した初期モデルの内実を確認しながらモデルを洗練させ構築したことから、実践での有用性が示され、実践に役立つモデルとなることが示唆される。

Walker & Avant (2014) は理論構築とは実践の本質において鍵となる考えを明らかにし、表現する方法を提供することであると述べる (p. 1)。また、理論構築は、看護師がより複雑で洞察力のある方法で実践を理解するのを助けることが目的であるとも述べ (p. 2)、理論が実践に役立つことを示している。しかしながら、日本の看護基礎教育において、大理論について教育しているにもかかわらず、実践でその理論が十分に活用されているとは言えない状況があり (城ヶ端・大川・井上, 2016)、理論と実践の間には距離があることも確かである。本研究は、これまでの知見や看護理論をもとにモデル案を作成し、研究を通して実践でのモデルの内実を確かめながら理論構築するという方法論を試みたことにより、看護学の理論・実践・研究が相互に関連し合っていることのありようを示したといえる。このことは、今後、看護学の発展に向け、理論と実践の距離の取り方を議論していく1つの糸口になるのではないだろうか。

D. 研究の限界と今後の課題

本研究で提示した急性期看護における日常生活ケアモデルは、あくまでも理論の初期段階であり、今後さらに洗練していくことが前提である。

本研究は、これまでの知見だけではなくフィールドワークを通して、急性期看護における日常生活ケアの実践を示してモデル構築したことが特徴である。しかしながら、このモデルを理論としてさらに発展させるためには、実践の場においてこのモデルがどのように活用できるのかを検証し、その効果を評価することが課題である。

また、フィールドワークを通じて明らかになった〈急性期にある患者の状況〉・【急性期看護における日常生活ケアのアート】・《その人の全体性の回復》はこれまで十分に明らかになっていない日常生活ケアの概念を明確にし、具体化したという点で実践に役立つモデルとなる可能性がある。しかしながら、本研究は急性期病院2施設に勤務する熟達した看護師の実践する日常生活ケア場面から得られたデータに限定されている。また参加観察した日常生活ケア場面は時間や内容が限られており、全ての日常生活ケアを反映できているとは限らない。したがって今回明らかにした概念に含まれる内容の1つ1つを概念化するためには、多様な施設と多様な場面での検証を行い、概念のさらなる検討が必要である。

特に急性期にある患者への日常生活ケアとして、家族へのかかわりも重要であるが、今回の参加観察では家族のかかわりの実際を見ることができなかった。これは、参加観察した患者の状態が不安定な状態であったことに加え、急性期にある患者への面会時間が限られていることや日常生活ケアを行う時間が限れていることなど、現在の急性期医療の状況を反映しているものと考えられる。

また、日常生活ケアの反応や効果に関しても、ケア直後のものは多く見られたが、その後どのように影響したかなど、長期的な効果との関連は十分に明らかにできていない。さらに、本モデルは急性期にある日常生活ケアと環境との関係性については明らかにできていない。いくつかの事例で看護師の働きかけによって患者の環境の捉え方が変化していることが垣間見られたが、この点については焦点を当てていなかったため不足している点である。今後は家族へのかかわりや時間軸を追った変化や効果、環境との関係性などを含めて急性期看護における日常生活ケアの概念をより洗練させることが必要である。加えて、急性期にある患者への日常生活ケアとそれ以外の病期にある患者への日常生活ケアのあり方の違いを検討し、急性期看護における日常生活ケアの特徴を活かしたモデル構築することも課題である。

VI. 結論

本研究は、急性期看護における日常生活ケアモデルの構築を目的とした。本研究におけるモデル構築の方法は、文献検討を中心とした理論の相と質的データであるフィールドワークの相、それらを分析して統合する統合の相からなるデザインを用いた。

理論の相では、生活や日常生活ケアに関する文献検討および看護の経験、看護の専門家の意見をもとに生活の捉え方や日常生活ケアの用法を検討し、急性期にある患者の「生活」を「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」の重層構造で捉えた初期モデルを作成した。

フィールドワークの相では、理論の相で作成した初期モデルの経験的基盤を得ることを目的に、急性期看護の経験が5年以上ある看護師9名の日常生活ケア場面の参加観察およびインタビューを通して、看護師の日常生活ケアの実践を明らかにした。その結果、急性期にある患者の状況を示す5カテゴリ、日常生活ケアの具体的方法を示す8カテゴリ、日常生活ケアがもたらす反応や効果を示す5カテゴリが示された。

〈急性期にある患者の状況〉は看護師が捉えた患者の状況であり、〈心身が不安定で変化しやすい〉〈自己のコントロールを失いやすい〉〈身体と気持ちがついていかず自身を気遣う余裕がない〉〈一進一退で先行きが見えない〉〈自分のこととして病気に向き合うようになる〉の5つから構成された。【急性期看護における日常生活ケアの具体的方法】は看護師がどのように日常生活ケアを実践しているのかを示したもので、【心身の回復度合いを見て無理をさせない】【動かしながら心身の安定性を見て働きかけ具合を判断する】【身体的に厳しい状態であっても相談しながら段階を進める】【苦痛や制限に耐える心情を汲み、苦痛や不安を和らげる】【よくなっていることを言葉にして伝え、回復を実感できるように働きかける】【馴染みある行為をきっかけにして日常的な感覚や潜在的な力を引き出す】【自身でケアしていくことの大事さをメッセージににじませる】【患者という枠組みではなくその人となりをつかんで像を描く】の8つから構成された。《その人の全体性の回復》は日常生活ケアがもたらす反応や効果であり、《回復状況に合わせた適切なタイミングで段階を進む》《日常的な感覚や動きが蘇り、人間らしさや自己を取り戻す》《苦痛からの解放や回復の実感により生き返った心地を味わう》《生活行動への意欲が引き立てられたり、自身を取り戻したりして活力が湧き出る》《自分の状況を理解し自身に関心を向ける》の5つから構成された。

これらをもとに統合の相では、理論の相で示した初期モデルとフィールドワークの相の

結果を統合して精緻化し、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築した。このモデルにおいて日常生活ケアは「生命活動そのものが不安定あるいは安定しつつある患者に対し、生命活動の回復や活性化を図ったり暮らしを見据えたりしながらその人自身が生活行動を取り戻せるように支えることを通じて、その人の全体性の回復に働きかけるアートである。このアートは、その人のもつ日常的な感覚や動きを蘇らせて人間らしさや自己を取り戻す、生きた心地を味わう、活力が湧き出る、自身に関心が向くなどその人の全体性の回復をもたらす、その人の暮らしの豊かさにまで波及する」と定義された。

このモデルでは、フィールドワークで明らかになった〈急性期にある患者の状況〉は、ケアを生み出す文脈となる。**【急性期看護における日常生活ケアの具体的方法】**は看護のアートの要素が含まれていると考え、**【急性期看護における日常生活ケアのアート】**と命名した。**《急性期看護における日常生活ケアがもたらす反応や効果》**は、急性期看護における日常生活ケアの効果が全体としてのその人の回復が表現されていると考え、**《その人の全体性の回復》**と命名した。

このモデルにおいて看護師は「生命活動」・「生活行動」・「暮らし」という重層的視点のもと、〈急性期にある患者の状況〉を捉え、いくつかの**【急性期看護における日常生活ケアのアート】**を同時に組み合わせて、**《その人の全体性の回復》**を導くといったダイナミックな日常生活ケアを実践しているものとして構造化した。この重層構造と概念間の関連性について図式ならびに事例を用いて説明した。

このモデルの特徴は、第一に、日常生活ケアを看護独自の役割とするこれまでの看護理論を継承発展させ、急性期看護領域における日常生活ケアの「how（どのように）」を示す中範囲理論を構築したこと、第二に、急性期看護における日常生活ケアは重層的な視点をもって行うことで、その効果はニードの充足や自立に向かわせることだけにとどまらず、個々の患者の人間としての回復をもたらす重要な意味をもつことを示したこと、第三に、今日の急性期医療の場における看護実践という経験的基盤に基づきモデル構築したことにより、あるべき理論ではなく実践での有用性を示せるモデルとなったことである。

本研究は医療の高度化や効率化が進んでいる急性期医療の場においても日常生活ケアが専門性のもとに行われ、人間の回復にとって重要な価値をもつことを示した。本研究で提示した日常生活ケアモデルを理論として発展させるためには、実践の場におけるモデルの活用を検証し、その効果を評価することが課題である。

謝辞

本研究実施にあたり、ご多忙な中、研究参加者として研究に協力することを快く応じて下さった看護師の皆様、心より感謝申し上げます。また、病状が優れない中、研究にご協力下さった患者様やそのご家族の皆様、フィールドを快く提供して下さった看護部長の皆様、病棟師長の皆様、看護師の皆様、心よりお礼を申し上げます。

本研究の全過程を通し、叱咤激励しつつ見守り支えて下さった、高田早苗教授、川原由佳里先生准教授に深く感謝申し上げます。また、研究計画の段階から貴重なご助言や示唆を賜りました、川嶋みどり名誉教授、筒井真優美名誉教授、本庄恵子教授に深く感謝申し上げます。

文献

- Abdellah, F.G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheny, R. V. (1961) /千野静香訳 (1963) . *患者中心の看護*. 医学書院.
- 秋葉沙織・石津みゑ子 (2014) . 中堅看護師の職業的アイデンティティと「療養上の世話」への認識との関連. *北日本看護学会誌*, 16(2), 11-21.
- 青井和夫 (1971) . 生活体系論の展開. 青井和夫・松原治郎・副田義也編, *生活構造の理論* 所収 (pp.139-180) . 有斐閣双書.
- 朝倉京子・籠玲子 (2013) . 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. *日本看護科学会誌*, 33(4), 43-52.
- 荒川祐貴・井上智子 (2015) . 看護ケア発展に向けたキュアとケアを融合した看護実践の内的構造の分析. *日本看護科学会誌*, 35, 72-81.
- Barbara, K. T. (2017). *Fundamental Nursing Skills and Concepts*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L. & Stannard, D. (2011) /井上智子監訳 (2012) . *看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること*. 医学書院.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing Theory Analysis • Application • Evaluation (5th ed.)* . Philadelphia, PA: Lippincott.
- Cannon, W. B. (1932) /館隣・館澄江訳 (1981) . *からだの知恵*. 講談社学術文庫.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2004) /川原由佳里監訳 (2007) . *看護学の総合的な知の構築に向けて*. エルゼビア・ジャパン.
- Chinn, L. P. & Kramer. K. M. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process (9th ed)* . St.Louis, MO: Elsevier.
- 深井喜代子・前田ひとみ (2015) . *基礎看護学テキスト*. 南江堂.
- 深井喜代子 (2017) . *新体系看護学全書 基礎看護学3*. メヂカルフレンド社.
- 副田義也 (1971) . 生活構造の基礎理論. 青井和夫・松原治郎・副田義也編, *生活構造の理論*所収 (pp.47-93) . 有斐閣双書.
- Frank, A. W. (1991) /井上哲彰訳 (1996) . *からだの知恵に聴く 人間尊重の医療を求めて*. 日本教文社.
- Henderson, V. (1969) /湯楨ます・小玉香津子訳 (2016) . *看護の基本となるもの*. 日本看護協会出版会.

- 久松桂子（2018）．急性期患者の特性に着目した「重症度、医療・看護必要度」に関する研究の系統的レビュー．*国際医療福祉大学学会誌*, 23, (1), 62-73.
- 本多勇（1998）．「生活」概念の検討と整理ー「生活」研究のレビュー．*国際医療福祉大学紀要*, 3, 13-23.
- 井上智子（2005）．蓄積から挑戦へ．*日本クリティカルケア看護学会誌*, 1(1), 15-19.
- 井上智子・佐々木吉子・川本祐子・矢富有見子・内堀真弓・山崎智子・横堀潤子（2010）．クリティカルケア看護師の侵襲的医療処置実施と医療機器装着時の生活行動援助ケアに関する全国調査．*日本クリティカルケア看護学会誌*, 6(3), 26-36.
- 岩井郁子（1985）．臨床実習における生活概念の展開．*日本看護科学会誌*, 5(2), 22-23.
- 城ヶ端初子・大川眞紀子・井上美代江（2016）．看護理論の発展経過と現状および展望．*聖泉看護学研究*, (5), 1-12.
- 嘉手苺英子（1985）．看護実践にみる生活の概念ー看護者のみつめ方に焦点をあててー．*日本看護科学会誌*, 5(2), 6-7.
- 籠山京（1943）．*国民生活の構造*. 長門屋書房.
- 梶原弘平・小嶋昌人・古賀雄二・清田亜紀（2011）．緊急入院した脳神経疾患患者の特性と入院期間との関連．*日本クリティカルケア看護学会誌*, 7(3), 35-42.
- 川喜田愛朗（1977）．*近代医学の史的基盤 上*. 岩波書籍.
- 川西美佐（2005）．看護技術における「触れる」ことの意義 整形外科看護師の生活行動援助技術を身体性の観点から探究して．*日本赤十字広島看護大学紀要*, 5, 11-19.
- 川島みどり（1985）．意識的な条件づけが過去の生活習慣や生活の記憶を再生した事例から．*日本看護科学会誌*, 5(2), 12-15.
- 川島みどり（2003）．*基礎看護学*. 日本看護協会出版会.
- 川島みどり（2007）．*看護を語ることの意味ー“ナラティブ”に生きて*. 看護の科学社.
- 川嶋みどり（2012）．*看護の力*. 岩波新書.
- 川嶋みどり（2015）．今、看護の本流を問う意味．*日本看護技術学会誌*, 14(2), 134-136.
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423-34. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x.
- 小坂橋喜久代（1980）．“対象”の把握-その一側面としての生活をどうとらえるか．*看護教育*, 21(5), 315-320.

- 小坂橋喜久代 (1990) . *病者の生活行動と看護*.メヂカルフレンド社.
- 厚生労働省 (2014) . 厚生労働省における高齢者施策について. 充実した総合法律支援を実施するための方策についての有識者検討会第 2 回会議資料. <http://www.moj.go.jp/content/000123298.pdf> [2018/10/18 閲覧]
- 厚生労働省 (2015) . 平成 27 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_02.pdf [2018/10/6 閲覧]
- 桑野紀子 (2014) . 看護理論の概要. *看護科学研究*, 12, 68-75.
- 今和次郎 (1969) . *生活学 今和次郎集*. ドメス出版.
- Lincoln, S. Y., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. CA: Sage.
- Maslow, A. H. (1971) /小口忠彦訳 (1987) . *人間性の心理学*. 産業能率大学出版部.
- 松原治朗 (1971) . 生活体系論の展開. 青井和夫・松原治朗・副田義也編, *生活構造の理論* 所収, (pp.95-138) . 有斐閣双書.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress (6th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins.
- 森 秀美 (2010) . 対象別にみた患者の心理. 長田久雄編, *新看護学 4 専門基礎 4 看護と倫理 患者の心理*所収 (pp. 117-125) . 医学書院.
- 中木高夫・谷津裕子・神谷桂 (2007) . 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要* , 21, 42-54.
- 中西純子 (2004) . 「日常生活行動」の概念分析. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 1(1), 49-56.
- 縄秀志 (2002) . 婦人科外科患者における術前・術後 1 週間の気分,痛み,自律神経活動の変化. *日本看護技術学会誌*, 1(1), 28-35.
- 縄秀志 (2006) . 術後患者の回復過程における腰背部温罨法ケアモデルの構築. *日本看護技術学会誌*, 5(2), 12-20.
- 縄秀志 (2016) . 「気持ちのいいケア」は, 患者と看護者のその人らしさを支える!. *看護研究*, 57(5), 338-345.
- 日本病院会 (2016) . 平成 27 年度「看護業務の役割分担に関する実態調査」結果報告書 https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20160303_01.pdf [2018/8/1 検索]
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (1995) . *看護学学術用語*. 日本看護科学学会.
- 日本看護科学学会 (2011/6/23) .看護学を構成する重要語集. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf> [2018/10/29 検索]

- 日本看護協会（2007）．看護にかかわる主要な用語について．日本看護協会．
- 日本看護協会（2011/6/11）．日本の医療を救え．<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/pdf/sukue.pdf> [2018/8/5 検索]
- 日本家政学会（1984）．生活の定義 <http://genron.net/> [2018/10/29 検索]
- Nightingale, F. (1860) /薄井坦子・小玉香津子訳（2011）．看護覚え書 改訳第7版.現代社.
- 大橋久美子（2012）．「モーニングケア」の概念分析．日本看護技術学会誌, 11(2), 18-27.
- Ohashi, K. (2014). Effects of early morning care, named “Comfort upon Rising” care, on postoperative orthopedic ambulation and morning activity, *Japan Journal of Nursing Science*, 11, 268-280. doi:10.1111/jjns.12028.
- 大川宣容（2017）．クリティカル看護の対象.明石恵子編，急性期看護：クリティカルケア所収(pp.10-29). メヂカルフレンド社.
- Orem, D. E. (2001) /小野寺杜紀訳（2005）．オレム看護論. 医学書院.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2012). *Fundamental of Nursing (8th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (2002) /久間圭子訳（2006）．ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル 生活行為に基づくイギリスの看護. 日本看護協会出版会.
- Rudner, R. (1966). *Philosophy of Social Science*. NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- 坂下玲子（2017a）．看護の知．看護研究, 50(1), 74-81.
- 坂下玲子（2017b）．看護の力．看護研究, 50(3), 282.
- Sandelowski, M. (2000) /和泉成子訳（2004）．策略と願望 テクノロジーと看護のアイデンティティ. 日本看護協会出版会.
- 佐藤郁也（2002）．フィールドワークの技法. 新曜社.
- Schipperges, H. (1985) /大橋博司・濱中淑彦・波多野和夫・山岸洋訳（1988）．中世の医学治療と養生の文化史. 人文書院.
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, H. S. (1986). A Hybrid Model for Concept Development. Chinn, P. L (Eds.). *Nursing Research Methodology* (pp.91-101) . Rockville, MD: Aspen.
- Schwartz-Barcott, D., & Kim, H. S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. Rodgers In B.L. & Knafl, K.A. (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (pp.129-159) . New York: W.B. Saunders.
- 茂野香おる（2016）．系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護学 [1] 看護学概論 医学書院.
- 志自岐康子・松尾ミヨ子・習田昭裕（2017）．ナーシンググラフィカ 基礎看護技術. メ

- ディカ出版.
- Suhonen, R., Välimäki, M & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing* 17, 843–860.
- 下村裕子・河口てる子・林優子・土方ふじ子・大池美也子（2003）．看護が捉える「生活者」の視点 対象者理解と行動変容の「かぎ」．*看護研究*, 36(3), 199-211.
- Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2008). *Middle range theory for nursing*. New York, NY: Springer Publish Company.
- 杉野佳江（2003）．*標準看護学講座 13 巻 基礎看護学*. 金原出版.
- 鈴木明美・米澤弘恵・石綿啓子・遠藤恭子・錦織正子（2011）．看護師の自己充實的達成動機の強さによる生活行動援助の認識（職務特性）の比較．*獨協医科大学看護学部紀要*, 5(2), 87-101.
- 竹内孝仁（1995）．*医療は「生活」に出会えるか*. 医歯薬出版株式会社.
- 徳原典子・山村文子・小西美和子（2017）．急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題-生活援助に焦点をあてて-. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要* 24, 79-91.
- 富田守（1977）．生活行動の人類学. 人類学講座編纂委員会編, *人類講座 13 生活所収* (pp.7-54) . 雄山閣出版.
- 筒井孝子（2002）．急性期病棟の看護業務の実態と患者の病態. *病院管理*, 39(2), 97-107.
- 中央社会保険医療協議会（2007/11/21）．中医協診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 提案書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1121-9g.pdf> [2018/10/1 閲覧]
- 上田貴子・亀岡智美・舟島なをみ・野本百合子（2005）．病院に就業する看護師が展開する卓越した看護に関する研究. *看護教育学研究*, 14(1), 37-50.
- 薄井坦子（1985）．生活概念を教える立場から一個別な生活の特徴を浮きぼりにする生活概念の形成をー. *日本看護科学会誌*, 5(2), 20-21.
- Walker, L. O. & Avant, K. C. (2005) /中木高夫・川崎修一訳（2008）．*看護における理論構築の方法*. 医学書院.
- Walker, L. O. & Avant, K. C. (2014). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. (5th ed.) Upper Saddle River, NJ: Person Education.
- 矢富有見子（2012）．クリティカルケア看護師における日常生活行動援助の特性に関する研究. *お茶の水看護学雑誌*, 7(1), 1-19.

〇〇〇〇病院
看護部長 〇〇〇〇 様

日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 基礎看護学領域 高橋智子

「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」に関する研究へのご協力のお願い

拝啓

〇〇の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍しております高橋智子と申します。私は、看護師の実践する日常生活ケアについて関心をもち、上記テーマとした研究に取り組んでおります。

日常生活ケアは、Nightingale や Henderson によって看護独自の機能として看護の重要な役割とされてきました。今日では医療の機能分化が図られ、効率化が進められる中で、日常生活ケアが十分に行えない状況も指摘されています。しかしながら、患者の状況としては高齢化が進み、複数の疾患を抱えて生活する人々が増加したり、従来よりも高度な医療を受けたりしていることから、より専門性の高い日常生活ケアが必要とされるとともに、これまで以上にその人の生活を重視したケアの提供が求められています。特に、急性期看護においては、看護師は在院日数の短い中で患者が速やかに社会で生活できるように支援していく必要があることから、日常生活ケアをどのように充実させていくかという課題があると考えます。

そこで、日常生活ケアの充実のために、急性期にある患者に対し看護師が日常生活ケアをどのように実践しているのか、その実践を記述し、日常生活ケアモデルを構築したいと考えております。このモデルでは、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化、その人の暮らしの豊かさへもたらす効果や関連性を含めて説明することによって、日常生活ケアの方向性を示し、実践の指針となることを目指します。このモデルが実践で活用されることによって、患者への一貫した日常生活ケアの提供が可能となり、看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、貴院に研究のご協力を賜りたく、お願いの手紙を差し上げた次第でございます。研究の概要は下記の通りですが、詳細は別添の研究計画書をご確認下さい。お忙しい中、誠に恐れ入りますが、研究についてご理解頂きご協力をお願いできれば幸いに存じます。

敬具

記

- 1. 研究目的：**急性期にある患者に対して看護師が実践している日常生活ケアの概念について明確にし、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的としております。この目的を達成するために、看護師の実践する日常生活ケアを記述し、日常生活ケアモデル（案）について検討・修正することを課題としております。
- 2. 調査期間：**平成〇年〇月～〇月（3カ月程度）、隔週1～2回程度を予定しております。
- 3. 研究方法の概要：**急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師10名程度を対象に次の2つのことをお願いしたいと存じます。
 - (1) 参加観察：**看護師に同行させて頂き、病状が安定しつつある患者に対して実践している日常生活ケアの様子を参加観察させて頂くこと。
 - (2) インタビュー：**参加観察させて頂きインタビューに同意が得られた方に対し、以下の2種類のインタビューをお願いさせていただきます。このインタビューでは参加観察させて頂いた場面や日々実践している日常生活ケアに関することを自由に語って頂きます。

- ① インフォーマル・インタビュー：参加観察させて頂いた日に負担のない範囲で10～15分程度。
- ② フォーマル・インタビュー：研究参加者の都合のよい日に1回40～60分程度。

4. 倫理的配慮：本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（〇〇〇〇）および貴院の倫理審査委員会の承認または施設の承諾を得た上で実施いたします。その他、倫理的配慮等の詳しい研究内容につきましては、別添の研究計画書をご参照下さい。

5. 看護部長 〇〇様へご協力いただきたい内容

- (1) 貴院での研究実施にご許可を頂くこと。
- (2) 研究にご協力いただける場で、研究倫理審査委員会が必要な場合は、提出する書類、手順についてご教示頂くこと。
- (3) 貴院における研究倫理審査委員会の承認が得られた後に、以下の条件の病棟のうち、研究者に紹介することに承諾が得られている病棟師長を紹介して頂くこと。
 - ① 7：1の看護体制で急性期看護の臨床経験が5年以上ある看護師が多く所属している病棟。
 - ② 研究協力が可能である病棟。

6. 同封させていただいた書類

研究計画書

資料2 病棟師長宛ての研究依頼協力書

資料3 研究の概要 カンファレンス・申し送り用

資料4 研究参加依頼のチラシ

資料5 研究参加協力依頼書・同意書

資料6 患者・家族用の研究協力依頼書・承諾書

資料7 同意撤回書（看護師用）

資料8 承諾撤回書（患者用）

資料9 インタビューガイド

ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

7. 連絡先

研究者：高橋智子（日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学領域）

E-mail：

住所：

研究指導教員：高田早苗（日本赤十字看護大学 基礎看護学教授）

E-mail：

連絡先：

平成〇年〇月〇日

〇〇〇〇

看護部 看護師長 〇〇〇〇 様

日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 基礎看護学領域 高橋智子

「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」に関する研究へのご協力をお願い

秋色の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍しております高橋智子と申します。私は、看護師の実践する日常生活ケアについて関心をもち、上記テーマとした研究に取り組んでおります。

日常生活ケアは、Nightingale や Henderson によって看護独自の機能として看護の重要な役割とされてきました。今日では医療の機能分化が図られ、効率化が進められる中で、日常生活ケアが十分に行えない状況も指摘されています。しかしながら、患者の状況としては高齢化が進み、複数の疾患を抱えて生活する人々が増加したり、従来よりも高度な医療を受けたりしていることから、より専門性の高い日常生活ケアが必要とされるとともに、これまで以上にその人の生活を重視したケアの提供が求められています。特に、急性期看護においては、看護師は在院日数の短い中で患者が速やかに社会で生活できるように支援していく必要があることから、日常生活ケアをどのように充実させていくかという課題があると考えます。

そこで、日常生活ケアの充実のために、急性期にある患者に対し看護師が日常生活ケアをどのように実践しているのか、その実践を記述し、日常生活ケアモデルを構築したいと考えております。このモデルでは、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化、その人の暮らしの豊かさへもたらす効果や関連性を含めて説明することによって、日常生活ケアの方向性を示し、実践の指針となることを目指します。このモデルが実践で活用されることによって、患者への一貫した日常生活ケアの提供が可能となり、看護の質の向上につながると考えております。

つきましては、貴院に研究のご協力を賜りたく、お願いの手紙を差し上げた次第でございます。研究の概要は下記の通りですが、詳細は別添の研究計画書をご確認下さい。お忙しい中、誠に恐れ入りますが、研究についてご理解頂きご協力をお願いできれば幸いに存じます。

敬具

記

- 1. 研究目的：**急性期にある患者に対して看護師が実践している日常生活ケアの概念について明確にし、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的としております。この目的を達成するために、看護師の実践する日常生活ケアを記述し、日常生活ケアモデル（案）について検討・修正することを課題としております。
- 2. 調査期間：**平成〇年〇月～〇月（3カ月程度）、隔週1～2回程度を予定しております。
- 3. 研究方法の概要：**急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師10名程度を対象に次の2つのことをお願いしたいと存じます。
 - (1) 参加観察：**看護師に同行させて頂き、病状が安定しつつある患者に対して実践している日常生活ケアの様子を参加観察させて頂くこと。
 - (2) インタビュー：**参加観察させて頂きインタビューに同意が得られた方に対し、以下の2種類のインタビューをお願いさせていただきます。このインタビューでは参加観察させて頂いた場面や日々実践している日常生活ケアに関することを自由に語って頂きます。

【資料2】病棟師長宛ての研究協力依頼書

- ① **インフォーマル・インタビュー**：参加観察させて頂いた日に負担のない範囲で10～15分程度。
- ② **フォーマル・インタビュー**：研究参加者の都合のよい日に1回40～60分程度。

4. **倫理的配慮**：本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（2017-056）および貴院の倫理審査委員会の承認または施設の承諾を得た上で実施します。その他、倫理的配慮等の詳しい研究内容につきましては、別添の研究計画書をご参照下さい。

5. 看護師長 ○○ 様へご協力いただきたい内容

看護師長 ○○様には、以下の7点の内容についてご協力をお願いしたいと存じます。

調 査 前	<ul style="list-style-type: none"> ① 病棟の看護師の皆様に対し、カンファレンスで本研究の概要について説明する時間を調整して頂くこと。 (○月) ② カンファレンスに参加できなかった看護師に対し、研究の概要についての文書【資料3】申し送りにて看護師に伝達して頂くこと。 (○月) ③ 研究参加者となりうる急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期の患者に携わっている看護師をご紹介頂くこと。 (○月) ④ ご紹介頂いた看護師に対して研究者が直接、研究参加依頼のチラシ【資料4】を配布することに許可頂くこと。 (○月)
調 査 中	<ul style="list-style-type: none"> ⑤ 患者、家族への参加観察への依頼を行う際に、患者、家族が参加観察可能な状態であるかをご判断頂くこと。 (参加観察予定日の朝) ⑥ 研究参加者の看護師から参加観察への中断・中止、研究参加への同意の撤回の申し出があった場合や患者、家族から研究に関する質問、参加観察への依頼を断る申し出があった場合に研究者にお伝えして頂くこと。 (調査中随時) ⑦ 研究参加者の看護師へのインタビューを実施する際に、病棟内の個室を希望する場合は病棟内の個室を使用させて頂くこと。

6. 同封させていただいた書類

研究計画書

資料3 研究の概要 カンファレンス・申し送り用

資料4 研究参加依頼のチラシ

資料5 研究参加協力依頼書・同意書

資料6 患者・家族用の研究協力依頼書・承諾書

資料7 同意撤回書（看護師用）

資料8 承諾撤回書（患者用）

資料9 インタビューガイド

ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

7. 連絡先

研究者：高橋智子(日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学領域)

E-mail：

住所：〒

研究指導教員：高田早苗(日本赤十字看護大学 基礎看護学教授)

E-mail：

連絡先：

平成〇年〇月〇日

〇〇病棟看護師の皆様

日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 基礎看護学領域 高橋智子

「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」に関する研究へのご協力をお願い

私は、日本赤十字大学大学院博士後期課程に在籍している高橋智子と申します。この度、上記テーマとした博士論文の調査実施にあたり、貴病棟の看護師の皆様にご協力頂きたくお願い申し上げます。この研究は、下記の目的で行うものです。お忙しい中、誠に恐れ入りますが、研究の趣旨をご理解の上、何卒ご協力下さいますよう、お願い申し上げます。

記

1. 研究の動機・意義

日常生活ケアは、Nightingale や Henderson によって看護独自の機能として看護の重要な役割とされてきました。今日では医療の機能分化が図られ、効率化が進められる中で、日常生活ケアが十分に行えない状況も指摘されています。しかしながら、患者の状況としては高齢化が進み、複数の疾患を抱えて生活する人々が増加したり、従来よりも高度な医療を受けたりしていることから、より専門性の高い日常生活ケアが必要とされるとともに、これまで以上にその人の生活を重視したケアの提供が求められています。特に、急性期看護において看護師は、在院日数の短い中で患者が速やかに社会で生活できるように支援していく必要があることから、日常生活ケアをどのように充実させていくかという課題があると考えます。

そこで、日常生活ケアの充実のために、急性期にある患者に対して看護師が日常生活ケアをどのように実践しているのか、その実践を記述し、日常生活ケアモデルを構築したいと考えています。このモデルでは、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化、その人の暮らしの豊かさへもたらす効果や関連性を含めて説明することによって、日常生活ケアの方向性を示し、実践の指針となることを目指します。このモデルが実践で活用されることによって、患者への一貫した日常生活ケアの提供が可能となり、看護の質の向上につながると考えています。

2. 研究の目的

急性期にある患者に対して看護師が実践している日常生活ケアの概念について明確にし、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的としています。この目的を達成するために、看護師の実践する日常生活ケアを記述し、日常生活ケアモデル（案）について検討・修正することを課題としています。

3. 研究方法の概要

- 1) **研究期間**：平成〇年〇月～〇月（3カ月程度）、隔週1～2回程度を予定しています。
- 2) **研究参加者**：急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師10名程度をお願いをしたいと思います。
- 3) **データ収集方法**：研究参加への同意が得られた看護師を対象に、ケア場面の参加観察とインタビューを行うことを予定しています。
 - (1) **参加観察**：看護師に同行させて頂き、病状が安定しつつある患者に対して実践している日常生活ケアの様子を参加観察させて頂きます。参加観察での具体的な観察内容は、看護師の提供するケアや患者、家族の反応およびそれらが観察された時間や場所、状況などです。観察した内容はフ

【資料3】研究の概要 カンファレンス・申し送り用

フィールドノートに記録しますが、この参加観察は看護師の行っている看護ケア内容を評価する視点のものではありません。参加観察は1名につき2～3回程度を予定しています。

(2) **インタビュー**：参加観察させて頂きインタビューに同意が得られた方に対し、以下の2種類のインタビューをお願いします。このインタビューでは参加観察させて頂いた場面や日々実践している日常生活ケアに関することを自由に語って頂きます。

① **インフォーマル・インタビュー**：参加観察させて頂いた日に負担のない範囲で10～15分程度。

② **フォーマル・インタビュー**：研究参加者の都合のよい日に1回40～60分程度。このインタビューは1名につき1回を予定しています。

4. **倫理的配慮**：本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認および貴院の倫理審査委員会の承認または承認を得た上で実施します。その他、倫理的配慮等の詳しい研究内容につきましては、別添の研究計画書をご参照下さい。

5. ご協力いただきたい内容

(1) **研究者が研究活動をする事へのご承諾**：

① 平成〇年〇月～〇月の期間、研究者が病棟内で研究活動を行うこと。

② 看護師の患者への関わりについて理解を深めるために、研究参加者の看護師が患者に関わる前後や申し送り、カンファレンスなどの場면을参加観察させて頂くこと。これらの場面の参加観察は研究参加者を中心に行いますが、皆様と研究参加者のやりとりがデータとなる可能性もあります。参加観察はその都度承諾を得て行いますが、自分の発言についてデータにしてほしくない場合は研究者にお申し出下さい。

(2) **研究参加への協力**：研究参加者の条件を満たす皆様に別紙のチラシを配布させて頂きます。チラシには、具体的な研究参加方法について記載させて頂いています。

6. データ収集期間中の具体的な行動計画

予定としては以下の表の通りになっておりますが、日程はご相談させて頂きたいと考えています。

	予定	内容
〇月上旬	研究の概要説明 研究参加者募集	・研究の概要について説明し、研究者が病棟内で研究活動を行うことに承諾を得る。 ・研究参加者の募集を行う。
〇月下旬	参加観察	<隔週1～2回、日勤帯での参加観察> ・看護師に同行させて頂き参加観察を行う。
〇月	参加観察とインタビュー	<隔週1～2回、日勤帯での参加観察、インタビュー> ・看護師に同行させて頂き参加観察を行う。 ・参加観察させて頂きインタビューを行う。

◆本研究に関する質問がありましたら、下記の研究者にいつでもご連絡下さい。

連絡先

研究者：高橋智子(日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学領域)

E-mail：

住所：〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

研究指導教員：高田早苗(日本赤十字看護大学 基礎看護学教授)

E-mail：

連絡先：

○○病棟看護師 ○○○○様

「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」に関する研究へのご協力をお願い

私は、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍しております高橋智子と申します。この度、上記テーマとした研究の実施にあたり、研究参加へのご協力を賜りたくお願い申し上げます。

今日、医療の機能分化や効率化が進められる中で、看護の重要な役割である日常生活ケアが十分に行えない状況が指摘されています。しかしながら、患者の状況としては高齢化が進み、複数の疾患を抱えて生活する人々が増えたり、従来よりも高度な医療を受けたりしていることから、より専門性の高い日常生活ケアが必要とされるとともに、これまで以上にその人の生活を重視したケアの提供が求められています。特に、急性期看護においては在院日数の短い中で患者が速やかに社会で生活できるように支援していく必要があることから、日常生活ケアをどのように充実させていくかという課題があると考えます。

そこで今回、日常生活ケアの充実のため**急性期にある患者に対し看護師が実践する日常生活を支えるケアについて記述し、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的**として研究に取り組むことに致しました。この研究結果が実践で活用されることにより、患者への一貫した日常生活ケアの提供が可能となり、看護の質向上につながると考えております。お忙しい中、誠に恐れ入りますが、下記の内容についてご参照いただき、研究参加へのご理解とご協力頂ければ幸いです。

- 1. 研究参加者：**急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師10名程度。
- 2. 調査期間：**平成○年○月～○月（3カ月程度）、隔週1～2回程度
- 3. ご協力いただきたい内容：参加観察とインタビュー**
 - (1) 参加観察：**研究参加者の条件を満たし、研究参加に同意が得られた看護師に同行させて頂き、病状が安定しつつある患者の日常生活ケアの様子を参加観察させて頂きたいと存じます。参加観察は1名につき2～3回程度行う予定です。
 - (2) インタビュー：**参加観察させて頂きインタビューに同意が得られた方に対し、以下の2種類のインタビューをお願いしたいと存じます。
 - ① インフォーマル・インタビュー：**参加観察させて頂いた日に、負担にならない範囲で参加観察させて頂いた内容に関して10～15分程度のインタビューを行わせて頂くこと。
 - ② フォーマル・インタビュー：**参加観察させて頂いた場面の内容や普段実践している日常生活ケアについて40分～60分程度のインタビューを行わせて頂くこと。このインタビューは1名につき1回行うことを予定しております。
- 4. 倫理的配慮：**研究への参加は、自由意思です。また、個人を評価するものでもございません。研究参加の途中で研究参加をお断り頂くことも可能です。その際、皆様に不利益が被ることは一切ございません。皆様のプライバシーを厳守し、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを約束致します。なお、本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認と施設の承諾を得て行います。
- 5. 具体的な研究参加協力方法：**研究への参加協力頂ける方、詳しい説明を聞きたいとお考えの方は、お手数ですが、下記の研究者の連絡先にメールでご連絡をお願い致します。その際、改めて研究方法や倫理的配慮について研究者から皆様にご説明させて頂き、研究参加へのご協力をお願いしたいと考えております。

連絡先：高橋智子(日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学領域)

E-mail：

平成〇年〇月〇日
日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 基礎看護学領域 高橋智子

「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」に関する研究へのご協力をお願い

この度、急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者の日常生活ケアに携わっている看護師の皆様を対象にした研究へのご協力を賜りたくお願い申し上げます。この研究は、下記の目的で行うものあり、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承諾および貴院の倫理委員会の承認または承諾を得ています。研究主旨をご理解の上、研究参加に同意いただける場合は、同意書にご署名下さるようお願い致します。

記

1. 研究の動機・意義

日常生活ケアは、Nightingale や Henderson の時代から看護独自の機能として看護の重要な役割であるといわれています。今日では医療の機能分化が図られ、効率化が進められる中で、日常生活ケアが十分に行えない状況も指摘されています。しかしながら、患者の状況としては高齢化が進み、複数の疾患を抱えて生活する人々が増加したり、従来よりも高度な医療を受けたりしていることから、より専門性の高い日常生活ケアが必要とされるとともに、これまで以上にその人の生活を重視したケアの提供が求められています。特に、急性期看護では、看護師は在院日数の短い中で患者が速やかに社会で生活できるように支援していく必要があることから、日常生活ケアをどのように充実させていくかという課題があると考えます。

そこで、日常生活ケアの充実のために、急性期にある患者に対し、看護師がどのように日常生活ケアを実践しているのか、その実践を記述し、日常生活ケアモデルを構築したいと考えています。このモデルでは、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化、その人の暮らしの豊かさへもたらす効果や関連性を含めて説明することによって、日常生活ケアの方向性を示し、実践の指針となることを目指します。このモデルが実践で活用されることによって、患者への一貫した日常生活ケアの提供が可能となり、看護の質の向上につながると考えています。

2. 研究の目的

本研究は、急性期看護における日常生活ケアモデルを構築することを目的としています。このモデルでは、急性期にある患者に対し、看護師が実践する日常生活ケアの実践事例を示して概念を明確にし、日常生活ケアが生命活動の安定化や活性化、その人の暮らしの豊かさにもたらす効果や関連性を含めて説明しようと考えています。この目的を達成するために、看護師の実践する日常生活ケアを記述し、日常生活ケアモデル（案）について検討・修正することを課題としています。

3. 研究方法

- 4) **研究期間**：平成〇年〇月～〇月（3カ月程度）、隔週1～2回程度を予定しております。
- 5) **研究方法**：急性期看護の臨床経験が5年以上あり、急性期にある患者への日常生活ケアに携わっている看護師のうち、研究参加に同意が得られた10名の看護師に対して参加観察とインタビューをお願いしたいと考えています。

(3) 参加観察について

- ① 研究参加に同意が得られた看護師に同行させて頂き、病状が安定しつつある患者のうち、日常生

【資料5】研究参加協力依頼書・同意書

活ケアを必要とする患者に対し看護師が実践している日常生活ケアの場面に立ち合わせて頂きます。その際、その場での観察がより自然な状況となるように、看護師の指示のもと補助的に患者のケアに参加しながらその状況でのやりとりを観察させて頂きたいと思っております。

- ② 参加観察は1日につき1名の看護師とし隔週1~2日程度、原則として朝の申し送り開始時刻から勤務終了時間に行わせて頂きます。参加観察は1名につき2~3回程度行わせて頂くことを予定しています。また、看護師の実践する日常生活ケアについて理解を深めるために、看護師が患者に関わる前後や申し送り、カンファレンスなどの場面にも同行させて頂きたいと考えています。
- ③ ケア場面に参加観察させて頂く患者、家族にはその都度承諾を得て行います。研究者が患者、家族への参加観察の協力を依頼する際に、患者、家族が参加観察可能な状態であるかについて病棟師長と相談しご判断頂くことをお願いしたいと考えています。
- ④ 参加観察での具体的な観察内容は、看護師の提供するケアや患者、家族の反応およびそれらが観察された時間や場所、状況などです。観察した内容はフィールドノートに記録しますが、この参加観察は看護師の行っているケア内容を評価する視点のものではありません。
- ⑤ ケア場面に参加観察させて頂く際には、その都度、承諾を得た上で行いますが、観察されて困る場合は遠慮なく研究者もしくは病棟師長にお伝え下さい。

(4) **インタビューについて**：参加観察させて頂いた看護師のうちインタビューに同意が得られた方を対象に以下の2種類のインタビューをさせて頂きます。

① インフォーマル・インタビュー

業務に支障のないよう配慮した上で参加観察した内容についての質問をさせて頂きます。インタビューは参加観察させて頂いた日に5分~10分程度行うことを予定しておりますが、業務の支障となる場合はお断り頂いても構いません。このインタビューでは、観察したケア場面について生じた研究者の疑問点や詳細を知りたい点を中心に質問をさせて頂き、それに対して自由に語って頂きます。

② フォーマル・インタビュー

参加観察させて頂いた場面の内容に加えて、普段実践している日常生活ケアについてのインタビューをさせて頂きます。インタビューの時間は1回40分~60分程度を予定しておりますが、看護師の皆様のご都合に合わせて時間を短縮したり、延長したりすることが可能です。インタビューは、看護師1名につき1回を予定していますが、内容の確認が必要な場合、2回インタビューをお願いする可能性があります。インタビューの具体的な内容は、参加観察した場면을振り返りながらその場面での行動や言葉かけの意図などを中心に自由に語って頂きます。

③ インタビューの録音について

インタビュー内容を正確に記録するために、看護師から同意が得られた場合は、会話をICレコーダーに録音させて頂きたいと考えています。

(5) 分析方法について

参加観察した場면을記録したフィールドノートとインタビューをデータとして、作成した日常生活ケアモデル(案)の観点から、急性期にある患者への日常生活ケアをどのように考慮しているのかという視点で分析します。

4. 研究参加の自由意思、拒否権および同意撤回について

この研究への参加・協力は自由意思です。また、個人を評価するものでもありません。研究への参加・協力を同意した場合であっても、いつでも同意を撤回することができます。また、参加観察の中断や中止、インタビュー中の録音の中断、中止、逐語録からのデータ削除することが可能です。これらにより皆様に不利益が被ることは一切ありません。

同意を撤回されたい場合は、同封の同意撤回書に2部にご記入、ご署名いただき、研究者までお申

【資料5】研究参加協力依頼書・同意書

し出下さい。ただし、同意撤回を受領した時点で研究論文として公表していた場合やデータが完全に匿名化され個人が特定できない等の場合はデータを破棄できない場合もあることをご了承下さい。

5. プライバシーおよび個人情報の保護方法

この研究にご協力頂ける場合、プライバシーを確保するためにインタビューの場所は個室としますが、皆様の希望を確認し決定します。また、研究の過程で得られた皆様の情報は研究以外の目的に使用することはありません。インタビュー内容を録音した IC レコーダーは、研究が終了するまで研究者の属する研究室の鍵のかかる場所に保管し、インタビューの録音内容は研究終了後に消去します。

参加観察をすることにより、研究参加協力したことが病棟内の看護師に特定されてしまうことにご了承頂きますが、参加観察して得られたデータおよび研究結果は、個人が特定されないよう匿名性を確保し、個人や対象集団の特定につながる情報は記載しないこと、研究終了後5年経過した段階でデータを消去することをお約束します。また、研究参加への同意撤回に応じることができるよう、匿名化したデータと個人の対応が可能な対応表は別にして、研究者の属する研究室の鍵のかかる場所に保管し、研究終了後1年を経過した後に対応表を消去します。

研究者との連絡を取る際に知り得た電話番号、メールアドレス等の情報については厳重管理し、連絡をとる目的以外には使用することはありません。研究参加者の皆様の氏名、連絡先等が書かれた同意書は調査から5年経過した段階で、シュレッダーで粉砕し破棄します。

6. 研究参加・協力により期待される利益

研究者が看護師の皆様への参加観察とインタビューを行うことにより、普段行っている患者への日常生活ケアについて見つめる機会となり、皆様ご自身のケアの影響について知るきっかけになると考えられます。また、この研究結果は、日常生活ケアモデルを構築する基礎的な資料となり、看護における日常生活ケアの価値を示す一資料となると考えます。

7. 研究参加・協力により起こりうる危険・不快な状態とそれが生じた場合の対処

参加観察中に患者の状態が急激に変化し、患者の苦痛が強い場合など研究よりも医療行為やケアが優先されると判断した場合は参加観察を中止させて頂きます。また、参加観察することに対し皆様自身が負担に感じる場合は、参加観察の中断・中止、研究参加へ同意の撤回が可能ですので遠慮なく研究者にお伝え下さい。参加観察の中断・中止について、研究者に直接言いにくい場合は病棟師長に直接伝えてもらって構いません。

インタビューでは、観察させていただいた場面のことを中心に話していただきますが、皆様自身が普段意識していないことを意識化させることとなり、辛く感じる可能性があることが考えられます。また、日常生活を支えるケアに影響していると思われる経験や価値観などについてお聞きすることにより、過去の辛い体験を思い出すことが考えられます。このような場合、無理に話そうとせず、語りたくないことだけをお話下さい。インタビュー中にご気分や体調に変化が生じた場合は皆様と相談の上、インタビューを中断、中止させて頂きますので遠慮なく研究者にお伝え下さい。

8. 研究結果の公表の方法

本研究は、博士論文の研究結果として用いらさせて頂くため、皆様のプライバシーに配慮した上で、博士論文の全文をインターネットの利用により公表させて頂きます。また、看護系の学会や学術誌への論文投稿等で発表する可能性があります。研究にご協力いただいた皆様の中で、研究抄録の送付を希望される方には、研究抄録を送付いたします。研究結果送付のために知り得た住所などの情報は厳重に管理し、結果の郵送以外の目的では一切使用致しません。

【資料5】研究参加協力依頼書・同意書

9. 研究資金および利益相反について

臨床研究における利益相反とは、研究者が企業から経済的な利益（謝金、研究費、株式等）の提供を受け、その研究の存在により臨床研究の結果に影響を及ぼす可能性がある状況のことを言います。この研究に関して研究組織全体に関して起こりうる利益相反はありません。また、本研究は外部機関からの研究資金は受けていません。

10. 研究参加への同意方法

研究への参加にご協力いただける方は、お手数ですが、お渡ししている同意書2枚に署名し、研究者との連絡のとり方、メールアドレス、電話番号を記載し、研究者に直接渡すもしくは研究者宛ての返信用封筒に入れ、ポストに投函して頂きますようお願い致します。後日1部は研究参加者の控えとしてお渡しいたします。なお、**お返事は2週間後(平成 年 月 日)**までに頂ければ幸いです。

11. 研究中・終了後の対応

研究中および研究終了後でも本研究に関する質問がありましたら、下記の研究者にいつでもご連絡下さい。

連絡先

研究者：高橋智子(日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 基礎看護学領域)

E-mail：

住所：

研究指導教員：高田早苗(日本赤十字看護大学 基礎看護学教授)

E-mail：

連絡先：

研究参加への同意書

●「急性期看護における日常生活ケアモデルの構築」

私（研究参加者）は、上記の研究について、研究者より説明文書を用いて研究の目的、研究方法、倫理的配慮、研究結果の公表方法等について十分に説明を受けその内容を理解し、自ら本研究に参加することに同意いたします。

⊗ 同意する項目にご自身で☑ご記入下さい。

- 参加観察（私に同行し、患者のケア場面を観察したり、補助的にケアを行ったりすること）に協力します。
- インタビューに協力します。
- インタビュー時の録音を許可します。
- インタビュー時のメモを許可します。

同意日： 年 月 日 研究参加者(署名)_____

研究者（高橋）は研究について十分に説明し、同意が得られたことを確認いたします。

説明日： 年 月 日 研究者(署名)_____

⊗ 【研究者との連絡の取り方】ご希望される連絡方法をご記入下さい。

- メールアドレス：_____
- 電話番号 : _____
- その他 : _____

⊗ 研究結果の郵送を希望される方はこちらに郵送先をご記入下さい。

〒 _____

- ⊗ お手数ですが、2枚の同意書にご記入願います。後日1部をお渡しいたします。
平成〇年〇月〇日までに、研究者（高橋）に直接渡して頂く（〇月〇日・〇日に来ています）または、ポストに投函して下さい。

〇〇病棟へご入院中の患者、ご家族の皆様へ

看護師の実践する日常生活ケアに関する研究へのご協力をお願い

私は、大学院で研究について学んでおります高橋智子と申します。この度、平成〇年〇月～〇月の約3カ月の間、看護師が実践する日常生活ケアをテーマとした研究を行わせて頂きます。

この研究は、看護師が皆様の日々のケアをどのように実践しているかを明らかにし、ケアモデルをつくることを目的としており、皆様の状態や言動を評価するものではありません。

この研究により、皆様への今後の看護の在り方を検討するための資料として役立てたいと考えています。そこで以下の点についてご理解とご協力を頂きたく、お願い申し上げます。

なお、この研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認および〇〇病院の倫理委員会の承認または承諾を得て行います。

◆ご協力いただきたい内容

- ⊗ 私(高橋)が、看護師と共に皆様のお部屋に伺い、看護師のケア場面(例えば、お食事の介助や歯磨きの介助)を見学させて頂いたり、お手伝いさせて頂いたりすること。なお、私は看護師の資格をもち、急性期病院での勤務経験がございます。
- ⊗ 療養生活の場でケアを提供されている場面、病名や症状、ケアに対する希望などの情報をデータとして用いさせて頂くこと。

◆研究協力の依頼の許否、承諾の撤回について

- ⊗ 私が看護師と共に皆様の部屋に伺い、看護ケアを見学・お手伝いさせて頂くことに抵抗がある場合は、この依頼をお断り頂くことができます。またこの依頼を承諾された後も、いつでも承諾を撤回することができます。
- ⊗ 研究協力への依頼の承諾を撤回される場合は、お渡しした承諾撤回書に2部にご記入、ご署名いただき、研究者までお申し出下さい。ただし、承諾の撤回を受領した時点で研究論文として公表していた場合はデータを破棄できない場合もあることをご了承下さい。
- ⊗ この依頼をお断り頂いたり、承諾を撤回したりした場合でも皆様の受ける看護には影響なく、不利益が被ることは一切ございません。

◆プライバシーと個人情報の保護について

- ⊗ 私が看護師と共に皆様のお部屋に伺い、ケアを見学させて頂いたりお手伝いさせて頂いたりする場合は、皆様に毎回承諾を得た上で行います。
- ⊗ 研究者が皆様のカルテなどの情報を見ることはありません。
- ⊗ 皆様と関わる中で知り得た情報に関しては、個人が特定されないよう仮称等を用いて匿名化して鍵のかかる場所に厳重に管理し、研究終了から5年経過後にデータを消去します。
- ⊗ 皆様のお名前が書かれた同意書はデータとは別管理とし、研究者の属する研究室内の鍵のかかる場所に保管し、5年経過後に研究者が責任を持って破棄します。
- ⊗ 皆様と関わる中で知り得た情報は本研究目的以外には使用しません。本研究は博士論文の研究結果として用いらさせていただきます。博士論文の全文は皆様のプライバシーに配慮した上で、インターネットにより公表させていただきます。また、看護系の学会や学術誌への論文投稿等で発表する可能性があります。

※看護ケア場面の見学に際して、皆様のご負担にならないように十分配慮いたしますが、皆様のご負担になっている場合には、私もしくは担当看護師、病棟師長まで遠慮なくお申し出下さい。

◆連絡先：この調査に関してご不明な点、ご質問などございましたら、研究者または病棟師長まで遠慮なくお申し出ください。

研究者：高橋智子（日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程） E-mail：

研究指導教員：高田早苗（日本赤十字看護大学 基礎看護学教授）連絡先：

研究協力への承諾書

●看護師の実践する日常生活ケアに関する研究

私は、研究者より上記の研究についての説明を受け、研究の目的、協力する内容、研究依頼の許否・承諾の撤回、プライバシーと個人情報の保護について理解し、研究に協力することに承諾いたします。

☞ 同意する項目にご自身でご記入をお願いします。

研究者（高橋）が、看護師と共に皆様のお部屋に伺い、看護師のケア場面を見学させて頂いたり、お手伝いさせて頂いたりすること。

ケアが行われている状況の一部として皆様の情報をデータとして用いさせて頂くこと。

承諾日： 年 月 日

承諾者(署名) _____

研究者（高橋）は、研究について十分に説明し、研究協力への同意が得られたことを確認いたします。

説明日： 年 月 日

研究者(署名) _____

◆インタビューガイド◆

時間は、○分程度を予定していますが、面接は中断または中止することができます。時間も、短くすることや延長することも可能です。遠慮なくおっしゃって下さい。

いくつか質問をさせていただきますが、話したくないことは話さなくて結構です。

1. 先日、参加観察させて頂いたときの○さん(研究参加者)の状況について思い出して下さい。
受け持っていた患者の状況(重症度など)について覚えていますか。

2. 参加観察させて頂いた△さん(患者)のことについて思い出しながら話して下さい。
 - 1) 参加観察させて頂いた時の△さんの状況(病状や看護方針)を教えてくださいませんか。

 - 2) 参加観察させて頂いた△さん(患者)についてどのような人だと捉えていますか(いましたか)。

3. 参加観察させて頂いた時の△さん(患者)の関わりについて思い出して下さい。
 - 1) ○○の場面で、□□のような関わりをしていましたが、どのような思いや考えで、□□のような関わりをしていたか話していただけますか。

4. 普段、日常生活ケアを通じた関わりで大切にしたり心掛けたりしていることはありますか。