

ICUにおける看護師の「触れること」:
触れることはいかに生み出され、ケアに繋がるのか

Touching by Nurses in Intensive Care Unit:
How Touching Is Created and What It Means for Nursing Care

牛尾 陽子
Ushio, Yoko

2019年度 博士（看護学）論文

指導教員：守田 美奈子

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科

抄録

I. 研究の背景と意義

医療が高度化・複雑化する現代において、テクノロジーの進歩やモニタリングによる観察技術が変化し、「手を出さない看護」がもたらされたとされている (Sandelowski, 2000/2004, p.244)。クリティカルケア領域は、患者の生命を維持・回復させるために様々なテクノロジーが用いられており (江川, 2007, p.28)、患者の苦痛や重症度が高く、言語的コミュニケーションが円滑に取れないからこそ、看護師の触れるという行為が重要になると考える。一方で、患者の状態が不安定であるため、触れることには細心の注意を必要とし、どのように触れるのかという判断は難しいと考える。これまでの触れることの研究は、看護師が意図的に触れることによって、癒しの効果をもたらすかどうかを検証するデザインのものも多く、日々の看護実践の中で触れるという現象が、どのように生じ、それによって何がもたらされているのかは明らかになっていない。本研究では、Intensive Care Unit (以下 ICU と記す) における看護師の「触れること」を記述し、その意味を明らかにすることによって、看護実践における看護師の触れることについて再考する一助になると考える。

II. 研究目的

クリティカルケア領域の看護場面における看護師－患者間の「触れる」現象に着目し、看護師がどのような場面で、どのように患者に触れ、触れることが次の行為にどのように繋がり、看護ケアとしての意味を持つのかを明らかにする。

III. 研究方法

本研究は質的記述的研究である。研究参加者はクリティカルケア領域の看護師とその受け持ち患者であり、フィールドワーク (参加観察) とインタビュー (フォーマルとインフォーマルの両方) を用いてデータを収集した。データ収集期間は 2018 年 5 月から 2019 年 3 月である。データ分析は Uwe Flick のテーマ的コード化を参照し、看護師が患者に触れた場面を触れた状況と触れたことによる帰結に着目して比較し、分析した。本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認 (研倫審委第 2016-107、2018-006) と、研究対象施設の協力を得て実施した。

IV. 結果

研究参加者は2施設のICU看護師10名（男性3名、女性7名）とその受け持ち患者13名だった。看護師はICUのみの臨床経験者が6名（ICU経験年数は6年目1名、7年目2名、9年目3名）、他領域経験者が4名（ICU経験年数は2年目3名、4年目1名）であった。分析の結果、ICUにおける看護師の触れることの特徴として7つの大テーマが明らかになった。

1. 患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる

【患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる】は、《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》と《患者の身体に負担をかけずに動かす》から成り、医療機器や薬剤による補助が必要な循環・呼吸が不安定な状態の患者との関わりの場面でみられた。C看護師は、ケアの際に触れることが循環動態を変動させ、酸素消費を亢進させる要因となると考え、触れるタイミングを見計らって体位変換や清拭などを行い、実際に触れる際にはモニターを常に確認しながら循環変動を見たり、浮腫のある皮膚を損傷させないように触れ方を工夫したりして、身体への侵襲を与えないように触れていた。

2. 触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる

【触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる】は、《患者の身体に触れて、今後の推移を予測する》と《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》から成り、状態が急激に変化する可能性が高い状態の患者との関わりの場面でみられた。A看護師は循環動態の安定していた血管手術後の患者の初回離床で、起きあがりや清拭などの活動負荷による循環動態への影響を考慮し、転ばぬ先の杖として常に患者の身体に手を添えていた。そして同時にモニター変動を確認し、血圧の推移などみて触れ方を変えていた。

3. 手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる

【手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる】は、《触れて身体の振動や動きを感知する》から成り、人工呼吸器を装着している状態や、痰の貯留で呼吸変動を生じやすい状態の患者との関わりの場面にみられた。I看護師は目に見えない痰の貯留状態を、手を介して伝わってくる振動で予測し、触れることと聴診やモニタリング数値などを組み合わせながら、吸引の頻度や程度を考えケアに繋げていた。また呼吸状態の変化やモニタリング数値の変動として表れる前の痰の貯留状態を予測したり、胸郭の動きを感じ取ることで吸引前後の換気量の変化を把握していた。

4. 患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる

【患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる】は、《患者の覚醒の兆しをみながら触れる》から成り、覚醒状態や意識レベルを確認する必要がある状態の患者との関わりの場面でみられた。C 看護師は鎮静が中止された患者の意識レベルを確認する際、患者の覚醒の兆しをわずかな動きやモニタリング数値が示す血圧や心拍数の変動等でみながら（視覚）、次に声をかけ（聴覚）、その反応をみて触れ（触覚）、侵襲を最小限しながら行っていた。そして触れたことによる患者の反応から、覚醒状態を把握していた。

5. 安寧の提供と危険回避のために触れる

【安寧の提供と危険回避のために触れる】は、《身体症状と訴えの一致や原因を探るために触れる》、《精神的安定と安寧のために触れる》、《危険回避のために触れる》、《予測される危険回避のために手を添える》、《脅威を与えないように触れる》という複数の小テーマから成り、せん妄状態・興奮や失見当識のある状態・精神的に不安定な状態の患者との関わりの場面でみられた。E 看護師は精神的に不安定な患者が侵襲的な処置を受ける際、興奮させないように触れながら、危険を回避するために手に触れたり、危険回避のために触れた手でそのまま労いを伝えたりして、精神的安定をはかっていた。

6. 距離をはかりながら触れて関係性をつくる

【距離感をはかりながら触れて関係性をつくる】は、《見たり聞いたりしただけでは捉えきれない状態を把握する》と《患者の身体の動きを尊重しつつ手を添える》と《心理的な負担をかけないように触れる》から成り、意識レベルが清明であり、集中治療を必要とする状態の患者との関わりの場面でみられた。B 看護師は血圧測定などのケアを機に試行的に患者に触れ、患者の反応をみて徐々に身体の端から中心に触れていった。また J 看護師はベッドサイドから距離をとりつつも常に患者に意識を向け、患者の出すサインにすぐに対応できるようにし、心理的負担をかけないようにしながら関係性を作っていた。

7. 言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える

【言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える】は、《触れられた合図に対する患者の反応をみる》と《患者の動きを促すために触れて合図を送る》から成り、疾患や治療などにより言語的指示が伝わりにくい状態の患者との関わりの場面にみられた。J 看護師は医療機器の装着によって視覚が届かない部分や言語で伝わりにくい部分には、触れて合図を送り、患者の動きを助けていた。

V. 考察

7つの大テーマ（特徴）には、ICUにおける看護師の「触れること」が、患者の身体面や精神面の状態を把握するために不可欠であり、患者に侵襲を与えず、かつ安寧を提供するために不可欠であるということが通底していると考えられた。ICUにおける看護師の触れる行為は、意思疎通が困難な患者の状態を感じ取り、目では見えないものや微細な変化に気づくために重要な役目を果たしていた。また短時間で患者との関係性を構築しなくてはならない場合の距離感をはかる上でも重要であった。しかし触れる行為は重症患者にとっては生体侵襲を生じさせるものであるため、看護師は触れて行う看護ケアの重要性と触れることによる侵襲性を捉えながら、触れるタイミングや触れ方を工夫し、侵襲を最小限にするという考えが看護師の中に生まれていた。

そしてICUにおける看護師の触れる行為には、動的で、みる・触れるの同時性という特徴があると考えられた。看護師は単なる表面の感覚だけでなく、筋肉や関節などを通して伝わってくる深部感覚を用いたダイナミック・タッチによって患者の状態を把握し、それを清拭や体位変換といった看護ケアの中で行なっており、みるという行為と同時的・相補的に触れる行為がみられ、それらは医療機器（テクノロジー）との相補性を持っていると考えられた。さらに触れる行為は、出会う場面によって不断に変化し、看護師は触れて患者の反応などを知覚し、知覚した情報を元に次にどのように触れるかを瞬時に判断し、次の触れる行為を生み出していた。ICUにおける看護師の触れることは、意図と計画をもって行われるだけではなく、その場の看護場面に存在する情報（アフォーダンス）を受け取り、それに応答するような形で生じており、その時その場で対応できるような、気がついたときには働いていたというような中で働く知（フロネーシス）として、専門的な技術と絡み合いながら、実践の基盤として働いていると考えられた。

このようにして行われる触れる行為は、看護師自身が意識化しづらく、他者からも見えにくい。「触れること」の意味や価値を看護師自身が再認識し、身体に意識を向けて言語化することが重要である。また「触れること」が、実践の中で行為を通して伝えることが可能な知であることを認識し、研究および実践、教育を通じて伝えていくことが重要であると考えられる。

本研究は今後、看護師と患者の相互作用の観点から、患者側のデータを反映することや、より多くの文脈、他領域との比較によって、触れることの卓越性をより深く探求することが課題であると言える。

Abstract

Objective

The aim of this study is to describe the touching of patients by nurses in critical care units. This study shows when and how nurses touch patients, how it helps the nurses to determine the next level of care for the patients, and the significance of touching patients in nursing care.

Method

This study was conducted from May 2018 to March 2019. Data were collected using fieldworks and semi-structured interviews. A qualitative descriptive research design was employed by referring to the Uwe Flick thematic coding for data analysis. The participants were ten nurses who worked at the intensive care unit and 13 patients. This study was approved by the Research Ethics Review Board of the Japanese Red Cross College of Nursing and the Nursing Research Ethics Review Board of the institution of the participants.

Results

The following seven themes were extracted regarding the touch of the nurses in the intensive care unit (ICU):

[1] Touching while taking care not to invade the patient's body

When a patient's circulatory dynamics and respiratory condition were unstable, the nurse would touch the patient to understand the patient's condition and to move the body without burdening the patient.

[2] Touch to identify the risk of a sudden change in the patient's condition

When a patient's condition was likely to change suddenly, the nurse would touch the patient to understand the patient's condition in order to identify the burden and the danger.

[3] Feel the vibrations and movements by hand and provide respiratory care

When a patient was on a ventilator or when the respiratory status was likely to change because of sputum production, the nurse would touch and sense the body vibration and movement of the patient in order to consider providing respiratory care.

[4] Call and touch while observing the signs of patient awakening

In order to check the patient's arousal state and level of consciousness, the nurse would touch the patient while observing the signs of awakening and grasp the patient's arousal state based on the touched reaction.

[5] Touch to provide well-being and avoid danger

When a patient was delirious or in other words, in an excited or mentally unstable state, it was difficult to judge the level of consciousness clearly even if the patient was awake. Therefore, the nurse would touch the patient in order to understand the mental stability and the well-being of the patient. In addition, the nurse would touch the patient to avoid dangers and to simultaneously calm the patient.

[6] Develop relationships by touching while measuring the sense of distance

When a patient's consciousness level was clear and the patient needed intensive care, the nurse would touch the patient in order to grasp the condition that would not be understood without touching. The nurse would approach the patient carefully to avoid straining the patient and to build a relationship with the patient.

[7] Touch and convey thoughts that are difficult to communicate in words

When it was difficult to communicate with a patient using verbal instructions, the nurse would touch the patient's body and send a motion signal to help the patient move.

Discussion

The act of touching patients by nurses in an ICU is indispensable to grasp the patients' conditions, and the nurses could perceive how to touch to minimize invading the patient's privacy and how to provide for the well-being of the patient. The nurses touched the patients by using deep body sensations such as muscles and joints. The nurses took care of the patients by simultaneously observing and touching them. The type of touch depended on the situation, and it was not intentional from the beginning. Nurses were aware of the situation, and they perceived the patients' responses by touching the patients, thereby determining how to touch the patients. The touching is a meaningful form of care and leads to the next level of care in clinical settings.

Key words: touch, ICU, critical care, qualitative research

目次

I. 序論	1
A. 研究の動機	1
B. 研究の背景	2
1. 看護における「触れること」の現状	2
2. クリティカルケア領域における「触れること」の現状	3
II. 文献検討	4
A. 看護場面における「触れる」現象	5
B. 看護における「触れること」の重要性と課題	6
C. 「触れること」の多様な概念や定義	8
D. 「触れること」に関するこれまでの研究	9
1. 「触れること」の多様な分類	9
2. 「触れること」の生理学的・心理学的効果	11
3. 「触れること」に影響を及ぼす要因	12
4. 「触れること」が持つ時間的・空間的要素	15
E. 看護師や患者による「触れること」の経験	16
F. クリティカルケア領域における「触れること」	19
G. 文献検討からのまとめ	20
III. 研究目的と研究の意義	21
A. 目的	21
B. 意義	21
IV. 研究期間	22
V. 研究方法	22
A. 看護場面で起こる「触れる」現象の捉え方	22

B. 研究デザイン.....	23
C. 研究参加者.....	25
D. 研究場所.....	26
E. 研究参加者への依頼方法.....	26
F. データ収集方法.....	27
G. 分析方法.....	30
H. 倫理的配慮.....	32
VI. 結果.....	33
A. 結果の概要.....	33
1. 研究参加者の概要.....	33
2. データ収集場所とデータ収集の概要.....	34
B. 結果.....	35
1. 大テーマ1：患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる.....	36
2. 大テーマ2：触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる.....	45
3. 大テーマ3：手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる.....	50
4. 大テーマ4：患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる.....	54
5. 大テーマ5：安寧の提供と危険の回避のために触れる.....	57
6. 大テーマ6：距離感をはかりながら触れて関係性をつくる.....	62
7. 大テーマ7：言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える.....	68
VII. 考察.....	70
A. クリティカルケアの看護実践に不可欠な「触れること」.....	70
1. 患者の状態を把握するために不可欠な「触れること」.....	70
2. 侵襲を与えず、かつ安寧を提供することが不可欠な「触れること」.....	72
B. 動的で、みる・触れるが同時的に起こる「触れること」.....	74

1. 動的な特徴を持つ「触れること」	74
2. みる・触れるが同時に起こるとい特徴を持つ「触れること」	75
3. 「触れること」と医療機器（テクノロジー）の相補性	77
C. 出会う場面によって不断に変化する「触れること」	78
D. フロネーシスとしての「触れること」	80
E. 看護実践への示唆	82
F. 研究の限界と今後の課題	84
VIII. 結論	84
文献	85
付録	91

表目次

表 1. 研究参加者の概要	34
---------------------	----

図目次

図 1. 触れる一連のプロセス	22
図 2. データ収集の流れ	27
図 3. ICU フロアと患者エリアの概略図	35

付録目次

表 2. 事例の要約	91
表 3. 場面の詳細	93
表 4. 触れることの特徴	98
資料 1. 研究協力依頼書	99

I. 序論

A. 研究の動機

日々の看護場面において、ふと触れた看護師の手によって患者がホッとしたような顔を見せたり、身体の緊張を緩めたりすることがある。また触れることによって患者の状態を把握することが異常の早期発見に繋がったり、適切な援助選択を可能にすることもある。このような臨床での経験を通して、私は看護における触れることの重要性を実感してきた。しかし実感とは裏腹に、なぜ重要なのか、なぜ不可欠なのかといった理由を明確に説明することができず、看護以外の専門分野の人達から「触れることは誰にでもできること」、「効果の実感が主観的」、「再現性やエビデンスがない」と言われるたびに、看護として触れることの価値や意味が認められにくいことを実感した。

そんな中、入院中だった母から「神様の手が降りてきた」というエピソードを聞いた。脳腫瘍の手術後、高熱と頭痛で朦朧としていた母の前胸部に、看護師の掌が優しく降りてきて、トントントンとゆっくりと触れて離れていったそうだ。そのときの思いを、母は「大丈夫って言われている様で安堵感で涙が出るかと思った」、「その手に救われた気持ちになった」と語った。高熱と頭痛は続いており、その行為によって症状改善があったわけではなかったが、母は「真っ暗な世界に一筋の光が指したように感じた」、「苦しみの中に一瞬でもホッとできる時間があることが、いかに助けになるか」ということを語ってくれた。この看護師がどのような意図をもって母に触れたのかはわからない。しかしこのエピソードを聞いて、看護師の触れるという行為が、患者に安心感や安寧を与えているということを改めて強く実感した。

一方、クリティカルケア領域での実習指導の際、患者に触れることに躊躇したり、戸惑ったりする学生を度々目の当たりにした。実習初日に患者の脈拍を測定する場面で、学生は「患者に触れることが怖い」と語った。自分が触れることによってバイタルサインが変動するのではないかと、鎮静が覚めて暴れてしまうのではないかと考えると、近くに寄ることさえ躊躇すると語った。反対に、新人看護師が不用意に患者の身体に触れて患者を興奮させ、血圧や脈拍が上昇する場面も目の当たりにした。患者を起こす際に必要以上に患者の身体に触れて、患者の動きを妨げてしまう場面にも遭遇した。これらのことから、状況に合わせて触れなければ、患者の安全や安楽を守ることに繋がらないということを改めて実感した。

日々の看護場面において、触れることは患者の安心・安寧・安全・安楽につながってい

る。既存の看護研究でも、患者に触れることが不安軽減や疼痛緩和といった効果をもたらすことが研究されているが、不適切に触れたり必要な時に触れなかったりすることは、患者に不要な不安や苦痛を与えることになる。また日々の看護場面は、看護師と患者の関係性やその場の状況が複雑に絡み合う中で、看護師の「触れる」行為が生じている。このような複雑性の高い看護場面において、「触れる」という現象は、その時々によって、患者の状況も看護師の状況も異なるものであり、触れることはマニュアル化できるわけではない。しかし触れ方によって患者の安寧につながることもあれば、つながらないこともある。その違いがなぜ、どのように生じているのかについては、解明されていない。看護師はいつ、どのように、患者に触れているのだろうか。また何を考えて患者に触れ、触れることによって何を感じているのだろうか。触れることがいかに生み出されケアに繋がっていくのかを、看護師の行動と認識の側面から探究したいと考える。

B. 研究の背景

1. 看護における「触れること」の現状

看護の仕事は文字通り昔も今も、目で見て、手で触れることで成り立っていると言われている（小島・武田・井上, 2009, p.236）。ゆえに、手を当てることから看護がはじまり、その手は看護の原点である（川島, 2010, p.172）とされ、その重要性が説かれてきた。しかし医療が高度化・複雑化する現代において、医療の機械化は合理化を促進させ手間にかかる手仕事（手の効用）を削ぎ落とし（近森, 1997, p.5）、テクノロジーの進歩は直接患者に触れるベッドサイド看護にかかる時間を少なくしたと言われる（Sandelowski, 2000/2004, p.195）。モニタリング技術などの観察技術の変化は、五感を使用したり、直接身体に触れる伝統的な看護とは対照的な「手を出さない看護」をもたらした（Sandelowski, p.244）、科学的思考の強い看護師たちは、見たところ科学的でない業務（例えば清拭や排泄介助等）が下位の看護職に譲渡されてもその事を心配しなかったと言われている（Sandelowski, p.193）。今日の臨床は、以前にも増して効率性重視の思想が浸透しており、科学的根拠よりも看護師の経験に基づいて行われてきた触れるケアの位置づけは、相対的に変化しつつあるのではないかという危惧も示唆されている（川原・守田・田中他, 2009, p.47）。加えて、在院日数の短縮（厚生労働省, 2014）による過密な医療現場は忙しく、触れる機会だけでなく触れることの価値も減少する可能性があり、看護における触れることの重要性を改めて見直す必要があると考える。

一方で、触れることは、個人の私的空間への侵入を意味する親密な行動であり (Routasalo & Isora, 1996, p.55)、通常このような空間への侵入は、親密な者でなければ許されない。無神経なタッチは、困惑や敵意を引き起こし、患者の不安や不快を緩和するよりもむしろ増強させてしまう (Abraham & Shanley, 1992/2001, p.135)。触れることすべてが歓迎されるわけではなく、やり方や状況によっては倫理的観点からも十分な考慮が必要であると考えられる。教育の必要性についても言及されているが (五十嵐, 2000, p.11; 渋谷, 2011, p.72)、効果的かつ適切なタッチング行為を教育することは、容易な課題ではない (五十嵐, p.11)。

2. クリティカルケア領域における「触れること」の現状

クリティカルケア領域では、患者の生命を維持・回復させるために様々な医療機器や医療技術といったテクノロジーが用いられており (江川, 2007, p.28)、高度化・複雑化した先端医療の多くは、人体にとって攻撃的かつ破壊的なものも多く、患者に大きな侵襲や苦痛をもたらすことも稀ではない (中川, 2010, p.4)。患者には数多くのチューブ類が挿入され、自分の意思表示をすることが困難な状態に置かれる (江川, 2007, p.30)。鎮静剤や鎮痛剤が頻繁に用いられているが、完全に苦痛を緩和することは困難であり、気管吸引などの看護ケアによっても苦痛をもたらす場合が数多くある (江川, 2014, p.7)。ゆえにクリティカルケア領域における看護は、病態生理学的なエビデンスに基づく安全・安楽な日常生活援助の実施が求められるとともに、心理的に不安定な患者・家族との関わりを通して、患者のQOLを支え、満足のいく丁寧なケアを提供しなくてはならない (寺町, 2006, p.3)。Benner (1999/2005) は、身体に触れる、手を握ること等が安楽を提供する看護実践の1つの方法であり、看護師の手によって提供される身体的ケアが安楽の源であると述べている (P.334)。井上 (2006) も、患者の意識レベルが低く、攻撃的で強力な治療が行われている時こそ、生活体としての身体機能と日常生活リズムを取り戻すための積極的支援を行う必要があり、これらのケアは何も特別で複雑な器具を要するものではなく、看護師が日頃、自らの手で、語りで、気配りで行なっている基本的日常生活援助そのものなのであると述べている (p.28-29)。

以上のことから、クリティカルケア領域において看護師の「触れる」という行為は、心理的な安楽を提供するとともに、安楽の源であるとされる身体的ケアを患者に提供するという意味でも重要な役目を持っていると考える。侵襲的な場において身体的・精神的安楽や安寧がもたらされることは、患者の心身の回復を促進し、看護ケアの質にも直結するか

らである。しかし循環動態や呼吸状態が不安定な患者に触れることや、精神的に不安定な患者に触れることは簡単なことではなく、循環動態の変動や精神的興奮を引き起こす可能性を常に孕んでいる。そのような中でクリティカルケア領域の看護師は、患者にどのように触れているのだろうか。クリティカルケアにおける日々の看護実践の中で起こる「触れる」という行為は、十分に明らかにされていない現状がある。

Ⅱ. 文献検討

看護場面における看護師の触れる行為がどのように研究されているのかを明らかにするため、文献検討を行った。

日本文献の検索には、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を用いた。検索対象となる期間は全年度（1986～2016 年）で、キーワードとして「タッチ」、「タッチング」、「触れる」を or で結び、「看護」と掛け合わせて検索を行った（2140 件）。さらに「原著論文」かつ「抄録あり」に絞り込んだ（706 件）。これら 706 件の文献のタイトルと抄録を総覧し、以下①～③の手順で文献を選定した。①まったく関係のないもの（タッチパネル、ワンタッチ、触れることでの感染等）と母子関係、愛着形成に関連するもの（ベビーマッサージや愛着形成等）、母性・小児看護学分野（アタッチメント、インファントマッサージ、カンガルーケア、タッチケア、ホールディング、ベビーマッサージ、ベビーボックス等）を除外した（299 件）。②専門技術化されたタッチ（セラピューティックタッチ、タクティールタッチ、タッピングタッチ、ヒーリングタッチ、ユマニチュード、バリデーション等）を除外した（159 件）。③学術誌別に分類（A は学会誌、B は大学紀要、C は専門学校紀要、D は病院誌、E は日本看護学会論文集、F は雑誌と分類）し、C～E を除外（65 件）した。

海外論文の検索には、CINHAL を用いた。検索対象となる期間は全年度（1986-2015）で、キーワードとして「touch（タイトル検索 TI）」、「Nursing」を掛け合わせ、「抄録あり」で検索し（318 件）、言語を「English」に限定した（291 件）。これら 291 件の文献のタイトルと抄録を総覧し、以下の①、②手順で文献を選定した（71 件）。①専門技術化されたタッチ（Therapeutic Touch, Tactile touch, Healing touch 等）を除外した。②産婦や新生児、幼児を対象としたタッチを除外した。

上記の検索で得られた文献に使用されている引用文献で、本研究のテーマに関連すると考えられた文献は追加した。

A. 看護場面における「触れる」現象

日々の看護場面において、看護師が患者に「触れる」という行為は、さまざまな場面で用いられている。例えば、患者の身体を移動すること、患者を支えること、清拭をしたり、更衣を助けたりすること等に用いられている。日常生活の中で患者が支援を必要とすればするほど、看護師は触れるという手段を使って支援を試みることになる (Routasalo, 1999, p.843)。触れることは、全ての看護ケアの重要な側面であり、特に日常生活動作に対処するために身体的援助を必要とする患者をケアする場面では不可欠なものである (Routasalo & Lauri, 1998, p.19)。また触れることは、コミュニケーションや関係構築の際にも用いられる (Burnett, 1972/1974, p.379; McCann & McKenna, 1993, p.838)、安心や心地よさを提供するためにも用いられる (Ching, 1993, p.4)。さらに触れることは、観察すること、時には拘束する場合にも用いられる (Abraham & Shanley, 1992/2001, p.134)。看護場面において触れることは避けられない態度であり (Chang, 2001, p.826)、日々の看護と触れるという現象には密接な関係がある。

また、触れるという行為には、看護師の手や身体が用いられる。看護師は自己の身体を用いることによってはじめて行為することができ、身体がなくては、行為はありえない (池川, 1991, p.167)。触れるという行為の土台には接触感覚に関連する生理学的システム (触覚システム) が関係しており (Weiss, 1979, p.76)、神経系を通しての触覚の信号の伝達や受信が関与している (Schoenhofer, 1989, p.147)。このことから、触れる現象を考える上で、人間の生理学的側面は無視できないと考える。しかし看護における身体は、行為者も受け手も共に意識的存在であり、単なる道具や物とはなり得ない (池川, 1991, p.98)。看護師の手 (身体) は、相手に向かっていくと同時に、相手の状況を感じ取ることに於いて、看護師の一方的な決めつけではなく、相手の状況に寄り添うような仕方で相手を把握する、相互身体的な関わりを持つ (池川, p.99)。また触れるという感覚は、全ての感覚の中では独自の感覚であり、私たちは見られることや聞かれることなく、見たり聞いたりすることができるが、自身に触れられることなしに他者に触れることはできない (Jackson & Latini, 2013, p.418)。触れるという感覚は、他のすべての感覚とは全く異なる二重性の特徴を有している (Green, 2013, p.245)。触れることは、生理学的側面を含んだ、看護師と患者の互いの身体を通しての関わり合いであると言える。

そして、触れるという行為は、看護師と患者の相互作用の上に成り立つ。前述したように、看護師が触れるのは意識的存在である患者である。したがってその関係性も無視でき

ない。Leonard & Kalman (2005) は、触れることが患者にどのように受け取られるかというのは2番目であり、それは患者と医療者の間に確立された関係性によって導かれると述べている (p.517)。また看護業務の実践で用いられる触れる行為 (タッチ) は患者に受け入れられやすいが、感情的な理由によって用いられる場合には、看護師と患者の良い人間関係が前提としてあるとも言われる (Routasalo & Isora, 1996, p.174)。事実上、すべての看護場面において、触れることは看護師と患者の相互作用の重要な形態である (Routasalo, 1999, p.843)。触れることは、一方通行の関わり合いではない。触れることは、触れるという相互身体的な関わりを通して、看護師と患者がお互いに影響を及ぼしあい、それぞれの運動状態を変えていく行為である。

B. 看護における「触れること」の重要性と課題

触れることは看護実践において重要かつ普遍的なものであり (Weiss, 1979, p.76; Fisher & Joseph, 1989, p.5; Bottroff, 1993, p.1531)、ケアリングの態度 (caring perspective) を内包している (McCann & McKenna, 1993, p.838; Chang, 2001, p.820)。触れることは、すべての看護ケア場面で重要で (Routasalo & Lauri, 1998, p.95)、目で見て、手で触れることで成り立っており (小島・武田・井上, 2009, p.236)、手を当てることから看護がはじまり、その手は看護の原点である (川島, 2010, p.172) とされる。日本の看護師 773 名を対象とした質問紙調査 (森下・池田・長尾, 1998) では、87.2%の看護師がタッチを重要だと認識しているとの結果が出ている (p.83)。

重要視の背景には、触れることに対するポジティブな認識が存在している。治療的に用いられるタッチは、病気を癒したり心地よくさせたり、若者の成長や発達を促したり、健康や個人の幸福を促進したり維持したりするために、何世紀にもわたって異なる国々で用いられてきた強力な癒しのツールである (Ching, 1993, p.4)。一般的にタッチには、癒しの効果、慰めや励まし、共感を伝達する力があり (見藤・小玉・菱沼, 2011, p.632)、リラクゼーション・ストレス緩和、疼痛緩和、不安や恐れからの解放を身体にもたらすとされる (堀内, 2010, p.15)。看護師ら 400 名を対象とした質問紙調査 (森下・池田・長尾, 1999) では、看護師がタッチを使用する目的は、不安軽減、コミュニケーション、緊張緩和、疼痛緩和の順に頻度が高かった (p.100)。終末期がん看護に携わる看護師 300 名を対象とした質問紙調査 (藤野・橋本, 1998) では、気持ちを落ち着けたり穏やかな気持ちにさせる、相手の苦しみに共感していることを伝える、孤独感を癒すために使用するという認識が順

に高かった (p.78)。看護師は概して、触れることに対してポジティブな認識を持っている。

しかし触れることは個人の私的空間への侵入を意味する親密な行動であり (Routasalo & Isora, 1996, p.55)、通常、このような空間への侵入は、親密な者でなければ許されない。無神経なタッチは、困惑や敵意を引き起こし、患者の不安や不快を緩和するよりもむしろ増強させてしまう (Abraham & Shanley, 1992/2001, p.135)。看護大学3年生 66人 (女性 65人、男性 1人) を対象とした演習と実習を組み合わせさせたタッチング教育の研究 (五十嵐, 2000) では、タッチングするのもされるのも嫌いである人が 8%、タッチングするのは好きだが、されるのは嫌いであるが 17%、タッチングするのは嫌いだが、されるのは好きであるが 8% で、41% はタッチングに対するネガティブな感情があることが明らかにされ、この看護師の個別的思考は、日常的に行われる触れる行為を考える上で過小評価できないと述べている (p.11)。また看護大学3年生 5人 (性別記載なし) を対象に臨地実習におけるタッチの活用状況を面接調査した研究 (澁谷, 2011) では、触れることに抵抗や戸惑いを感じる学生がいたことから、タッチを活用する場面や方法についてより具体的な説明や注意を説明し、判断できるようにするための教育の必要性が示唆されている (p.72)。

ところが、日々の看護行為として、また基礎看護技術としての触れる行為の扱いは小さい。基礎看護技術の主要テキストを概観すると、タッチやタッチングという言葉は、触診の技術の部分に付随して (茂野, 2015, p.76-77)、精神的援助や非言語的コミュニケーションとして (志自岐・松尾・習田他, 2017, p.24, p.357) 説明されているのみである。海外で使用されている基礎看護学のテキスト (Craven, Hirnle, & Jensen, 2013) にも、項目として記載されているのは専門技術化されたセラピューティック・タッチ (Therapeutic Touch) のみであり (p.35)、touch という言葉は、非言語的コミュニケーションの項目の中で、ジェスチャー、表情、態度、空間、外見、身体の動き、声のトーン、声の大きさ、話す速度に並んで列挙されているのみだった (p.76)。看護におけるタッチング教育に関する研究 (五十嵐, 2000) では、看護学生にタッチングの体験学習を実施した結果から、正しいタッチング・スタイルや方法はなく、一人ひとりの学生が自分なりのタッチング・スタイルを開発することが求められると述べられており、画一的な方法では教えられないことを示唆している (p.12)。倫理的な観点からも教育の必要性があるが、触れることの何をどのように教えていけば良いのかは課題であると考えられる。

C. 「触れること」の多様な概念や定義

日本において触れることは、主に「タッチ」や「タッチング」といった言葉で説明されている。看護学辞典（見藤・小玉・菱沼, 2011, p.632）には、「タッチとタッチングは同義として用いられており、タッチは人と人との距離がゼロになって直接身体が触れ合うことである」とある。また日本看護科学学会の看護行為用語定義一覧（2005）によれば、「タッチングは、看護職者の手で患者の身体の一部に触れることである」とされる。手掌で皮膚を軽く撫でたり、さすったりして触れることは「マッサージ」（見藤他, p.929）という言葉が用いられることもあり、「手当て」という言葉が用いられることもある。

海外において触れることは、主に「touch」や「touching」（以下、両者ともタッチとする）という言葉で説明されている。タッチは、2人または複数の個人の間の意図的的身体接触であり（Watson, 1975, p.104）、タッチの伝統的な定義は、皮膚と皮膚の接触という現象が基本的前提にある（Estabrooks & Morse, 1992, p.454）。看護に関するタッチを最初に概念化したとされる Barnett（1972/1974）は、人が欲求を伝達する第一の最も基本的な手段がある種のタッチであり、ヘルsteamは患者の病気の各段階を通しての全欲求を充足する義務があるという仮定の下に、タッチの研究文献をコミュニケーションの視点から研究した。そしてタッチは、看護に欠くことのできぬ要素であり、コミュニケーションのメカニズムとして、肝要な伝達手段として、コミュニケーション確立の基礎として、情動や観念の重要な伝達手段として思慮深く用いるものであると述べた（p.387）。一般的に、触れることには皮膚と皮膚の接触とコミュニケーションの側面が内包されると推察できる。

例外として、30数年前から Kunz と Kringer によって看護領域で発展されてきた Therapeutic Touch（以下、TT と略す）がある。TT は、患者の皮膚表面の2～6インチのところで手を動かし、エネルギーフィールドに働きかける方法であり、皮膚への直接的接触を必ずしも必要としない（Craven, Hirnle, & Jensen, 2013, p.35）。看護研究の中でのタッチの最も一般的な区別は、TT と何らかの皮膚接触がある Physical Touch である（Routasalo, 1999, p.848; Gleeson & Timmins, 2005, P.70）。両者は共に治療的なタッチとして紹介されるが、目的が異なり、TT は特異的な癒しの目的を持つものであり、Physical Touch は看護場面でのタッチの相互作用のすべてを含むもの（Gleeson & Timmins, P.70）、普段の看護活動の経過の中で日々生じるタッチである（Estabrooks & Morse, 1992, p.448）。またタッチの中には、TT をはじめとし、専門的な教育プログラムや資格の認定を必要とする専門技術化された触れる行為（タクティール・ケアにおけるタッチや、ユマニチュードにおけるタッチ等）と

無資格のものが混在している。さらに看護師と患者の間のタッチか、母親と子供（新生児や幼児）の間のタッチかによっても研究領域を分けることができ（Weiss, 1988, p.7; Routasalo, 1999, p.844）、母親と子供のためのタッチにおいては、愛着形成や発達を促す要素が強くなる。このように、触れることを皮膚と皮膚の接触とコミュニケーションの側面として考えると、その概念が包括する範囲は大変広いものとなる。

D. 「触れること」に関するこれまでの研究

1. 「触れること」の多様な分類

海外において、触れることはさまざまな形で分類が試みられてきた。タッチは当初、一般的に機能的な種類 (instrumental) と表現的な種類 (expressive) に分類された (Watson, 1975, p.104)。機能的な種類とは、実施者が主目的とする別の行為の実行を容易にするために行われる意図的な身体接触であり、表現的な種類とは、自然に発生し感情に関連するものである (Watson, p.104)。その後も様々な研究者によって分類がなされた。Estabrooks (1989) は類似用語の整理の観点から、タッチの用語が2つに大別できると述べた (p.392)。Positive Affective Touch (肯定的な感情のタッチ: 以下の用語を含む: Affective Touch、Expressive Touch、Comforting Touch、Caring Touch、Non-Procedural Touch) と Task-Related Touch (業務に関連するタッチ: 以下の用語を含む: Task Touch、Procedural Touch、Instrumental Touch) である (p.392)。しかしこの二分法が臨床的に実証されていないことを指摘し、ICU 看護師に対する詳細な面接結果から、Protective Touch (保護のタッチ: 患者を身体的に保護し、看護師を身体的・精神的に保護するもの) を加え、改めて Task Touch、Caring Touch、Protective Touch の3つに分類した (Estabrooks, 1989)。McCann & McKenna (1993) は、看護師と患者の相互作用の中で生じるタッチとして Instrumental Touch (業務に関連したタッチ) と Expressive Touch (ケアリングに関係したタッチ) があると言及した (p.839)。Bottroff (1993) は、看護師とがん患者の看護場面の参加観察と面接の結果からタッチを5つに分類した (Comforting Touch: 患者の苦痛や不安に対して与えられるタッチ、Connecting Touch: 患者との関係を維持するためのタッチ、Working Touch: 看護活動における身体接触のすべてを含むもの、Orienting Touch: Working Touch に類似するが方向付けるもの、Social Touch: 社会関係性のためのタッチ)。Admatt & Killingworth (1994) は、ITU (Intensive Treatment Unit) の60人の看護師を対象とした非参加観察と面接により、タッチのタイプを Work/Task Touch と Caring/Social Touch に二分した。海外の分類は、類似分類、類似用語が散見されるが、

統一されているわけではない。分類として、身体的側面に物理的に働きかけるものと認識や精神、心理的側面に働きかけるものがあることは推察できる。

日本でも、さまざまな分類が行なわれている。看護師がタッチを行なう気持ちや意図の観点からの研究(土蔵, 2000)では、タッチは5つに分類されている(リラックスのタッチ、支援のタッチ、連携のタッチ、伝達のタッチ、表出のタッチ)。緩和ケア病棟で行われるタッチの意味の観点からの研究(鳥谷・矢野・菊地他, 2002)では、タッチは8つに分類されていた(処置を目的としたタッチ、確認のためのタッチ、安楽のタッチ、安全を守るタッチ、患者の自立を支援するタッチ、きっかけ作りのタッチ、気持ちに触れるタッチ、言葉をうめるタッチ)。統合失調症患者に行われているタッチを分類した研究(浦山, 2006)では、前述とは異なる8つのタッチに分類された(気持ちに優しく働きかけるタッチ、気持ちに触れ合うタッチ、言葉をオブラートに包むタッチ、身体状態を把握するタッチ、安全を確保するタッチ、注意を向けるタッチ、リズムをつけるタッチ)。認知障害を持つ高齢者との相互作用場面を機能の意味で分類した研究(浅井・沼本・小野他, 2008)では、タッチはさらに前述と異なった8つに分類された(処置を遂行するタッチ、観察するタッチ、補うタッチ、導くタッチ、保護するタッチ、理解を促すタッチ、関係を繋ぐタッチ、感情を支えるタッチ)。これらのタッチの分類は、分類の観点が異なり、対象も異なる。海外同様、日本のタッチの分類も、統一されているわけではない。

このように、触れることの分類には困難が伴っている。タッチを研究する上での最も大きな問題として、概念自体の理解不足が指摘されており(Estabrooks & Morse, 1992, p.449)、概念や名づけられた専門用語が密接に関連していて正確に使用されていないため、文献レビューにも難しさがある(Conner & Howett, 2009, p.129)。抽象度の問題も存在する。先述の認知障害を持つ高齢者との相互作用場面を機能の意味で分類した研究(浅井・沼本・小野他, 2008)では、海外における Instrumental Touch と5つのタッチ(処置を遂行するタッチ、観察するタッチ、補うタッチ、導くタッチ、保護するタッチ)は同様の意味を持つが、対象の能力の生かし方の違いからみて、Instrumental Touch をさらに5つに細分化したことが述べている(p.56)。このようにそれぞれの用語の輪郭には曖昧さが付きまとい、学術用語使用の一貫性の不足が、研究同士の比較を難しくする要因にもなっている(Gleeson & Timmins, 2005, p.71)。

また、触れることは、厳密に分類できるとは限らない。タッチを Task Touch、Caring Touch、Protective Touch に分類した Estabrooks (1989) は、3つのタッチが各々に独立しても使用さ

れるが、Task Touchは他の2つのタッチと合体して利用され、Caring TouchとProtective Touchはお互いに排他的で一緒には使われないと述べた(p.394)。Schoenhofer(1989)もAffectional Touchが手段的要素を含んで与えられるときがあるため、研究が難しいと述べている(p.152)。外部からみれば触れるという1つの行為であるにも関わらず、2つのタッチが重なり合って存在することがある。看護を実践する上でどこまでの分類が必要なのか、実践上、分類にどの程度の意味があるのかといったことも考える必要がある。

2. 「触れること」の生理学的・心理学的効果

触れることには、研究によって実証されている生理学的・心理学的効果がある。触れることは、特定の生理学的心理学的反応を引き出し、神経内分泌系の効果、ストレス軽減効果を含んでおり、収縮期と拡張期の血圧減少効果、呼吸数減少効果、睡眠改善効果、疼痛減少効果などがある(Papathanassoglou & Mpouzika, 2012, p.433)。効果を検討するために使用される指標は、客観的指標では自律神経活動の変化をみる心拍数や血圧が多く、主観的指標ではSTAI(状態-特性不安尺度)などの様々な尺度が用いられている(深井, 2010, p.194)。他にもPOMS(気分プロフィール尺度)や脳波を用いた研究(森下・池田・長尾, 2000)もある。動脈疾患患者69人に対する研究では(Weiss, 1990)、心拍数と血圧が生理学的指標として用いられたが、タッチの前後で変化はなかった。選択的大動脈手術予定の患者20人を対象とした研究では(Lindgren, Lehtipalo, Winso, et al., 2013)、身体的ストレスに関する指標(心拍数変動、血圧、呼吸数、酸素飽和度、コルチゾール濃度、血糖値)と主観的不安レベルに関する指標(STAI)が用いられたが、実験群および対照群共に身体的ストレスに関する指標すべてで有意差はなく、主観的不安レベルに関する指標において、タッチ前後で有意差が出た($p < 0.01$)。健康人を対象とした研究でも(松下・森下, 2003)、生理学的指標(脳波、血圧、脈拍、心電図)に有意差はなかったが、心理的指標(POMS、STAI)において不安の低下が見られている。これらの結果からは、生理学的指標よりも心理学的指標において効果が出やすいと推察できる。触れることは、タッチの受け手だけでなく、行為者である触れる側にも影響を及ぼす。タッチの受け手と施行者に対する効果を心拍変動やPOMSを用いて比較した研究(近藤・小宮・浦尾, 2013)では、タッチの施行者がタッチを行なっている間の生理的反応として、安静時と比較して交感神経活動が低下していたことが示された(p.7)。有意差はなかったものの、8名中7名に見られた反応であり、タッチ施行者にも交感神経活動が低下した穏やかな状態がもたらされている(p.7)。

しかし、これらの研究結果には食い違いがあり、再現性が乏しい。さまざまな形で実証研究が行なわれているが、タッチに関する多くの RCT では、統計学的検出力が標本の小ささによって制限され、幾つかの方法的欠点がある (Papathanassoglou & Mpouzika, 2012, p.436)。異なった圧力や速度は、異なった生理学的受容体と繊維を活性化するため重要であるとされるが (Lindgren, Lehtipalo, Winso, et al., 2013, p.270)、触れる圧力や速度を厳密に定めた看護における研究は見当たらない。そして現在の科学の状態では、タッチの生理学的経路は不明瞭とされている (Papathanassoglou & Mpouzika, p.436)。日々の看護場面において厳密にこれらの要因を統制し、患者に触れることは実質的には不可能に近いと考える。生理学的メカニズムの解明や科学的根拠の確立は重要であるが、構造化された実験的介入や効果の再現性という観点からでない触れることがもたらす効果を見ていく視点が必要であると考えられる。

3. 「触れること」に影響を及ぼす要因

触れることには、さまざまな要因が影響し合っている。要因を大別すると、1つは質的要素 (触れ方や触れる場所といった皮膚と皮膚の接触場面での影響) で、もう1つは触れる態度や経験に関する要因 (個人的な要因) になる。

a. 触れることに影響する質的要素

触れることに影響する質的要素は、主として6つある。①継続時間 (duration)、②部位 (location)、③動作 (action) : 身体表面への接近の速度、④強度(intensity) : 皮膚への圧力、⑤頻度 (frequency) : 毎日の生活の中で体験するタッチの全体量、⑥知覚 (sensation) : 刺激の感じ方である (Weiss, 1979)。Weiss は、多様なタッチの質は、タッチの言葉として見ることができると述べている。

65歳以上の高齢者14人に対する看護師のタッチを分析した研究 (McCann & McKenna, 1993) では、患者が最も頻回に触れられる部位は、腕、足、肩、背中、手などであり、患者のインタビューからは、患者の脚、顔、肩周囲に触れる場合には慎重を要することが示唆されている。ICU看護師が患者に行うタッチを分析した研究 (Schoenhofer, 1989) でも、手、肩、腕、脚などにタッチが多かった。416人の看護師を対象とした質問紙調査 (森ら, 1999) では、タッチの実施部位は手、背中、肩の順で多く、腕、頭、足などの部位は極少数だった。がん看護に携わる看護師316人を対象とした質問紙調査 (藤野・橋本, 1998) では、タッチの部位として背中、上肢・肩、手が多いとの結果だった。これらの研究から、

看護師が触れる部位として手や背中などが多いことや、注意を要する部位があることは推察できるが、触れる頻度の高低が調査の中心であり、どこに触れることが効果的かといった示唆は得られていない。

タッチの感覚は触れ方、圧力、温度、疼痛、接触部位、筋肉感覚や動きの反応による受容体の感覚で構成されるので、タッチの神経電気回路はかなり複雑であり (Gallace & Spence, 2010, p.247)、生理学研究に委ねられる部分が多い。皮膚などにある感覚器は、刺激を受けるとそれに繋がる神経を興奮させ、その興奮が中枢神経系に伝わって、感覚や知覚をもたらす (Sylvia, 2002/2005, p.272-278)。看護する上で、どの程度の持続時間、どの程度の強度 (圧力)、どの程度の頻度が一般的に患者にとって良いとされるのかという見解は不明である。実験的介入では、持続時間や圧力といった実験プロトコルが重要であるが、実際の看護実践では持続時間や強度などを統一して患者に関わることは難しいと考える。触れ方という観点からみると、触れ方を表す言葉としては、*patting* (リズムカルで断続的な接触)、*stroking* (撫でたり擦ったりする接触)、*momentary stationary* (束の間の接触)、*sustained stationary* (持続した接触) があり (Schoenhofer, 1989)、他にも *rubbing* (こすること) (Weiss, 1988) やマッサージ、軽擦法といった言葉がある。看護実践の場面では、こういったどのような触れ方であったかを観察するほうが、現実的であると考えられる。

b. 「触れること」に影響する個人的要因

触れる態度には、性別、年齢、文化、社会的状況が関係する。女性看護師の方が男性看護師よりもタッチを用い、女性患者は男性患者よりもタッチを受ける頻度が高い (Watson, 1975; McCann & Mckenna, 1993)。看護師と患者が同性の場合の方が、看護師と患者が異性の場合よりもタッチは一般的である (Watson, 1975)。生物学的性差は存在する。しかし、男性看護師4人に対する面接調査 (藤野, 2006) からは、女性看護師と同様に身体接触を行ない、仕事による性差はないと捉えている伝統的なジェンダー観に影響されていない者とそうでない者がおり、同様に患者のジェンダー観が男性看護師の受け入れに影響を及ぼすことが述べられている (P.159)。416人の看護師への質問紙による認識調査結果 (森下・池田・長尾, 1999) では、タッチを使用する際6割の看護師が、患者の性別や年齢に対してためらいを感じており、年齢の若い看護師ほどためらいが多かったと述べられている (p.104)。一方でITU看護師を調査した研究では (Admat & Killingworth, 1994)、年齢とタッチの使用に有意差はでていない。文化差については、日本と他国を比較した研究は見当たらなかった。

た。しかし非接触文化である日本の看護臨床場面においてタッチングが有効に働く要因を検討した研究では（高田・長江, 2012）、身体接触量が少なくなるのは青年期以降の社会生活を反映していること、そういった患者に触れるにあたりアセスメントに基づく介入が必要であることが述べられている（p.127）。

触れる態度の決定には、3つの変数群が影響する。ICU 看護師への面接調査（Estabrooks, 1989）では、個人のタッチの標準的な態度の決定には、看護師変数群、日常文脈変数群、患者変数群があり、これらのグループ間およびグループ内の一定の相互作用によって、触れる態度は現れたり変化したりする（p.397）。そしてこれは活動的で微妙な変化に敏感であると述べられている（Estabrooks, p.397）。看護師変数群は、看護師の個人的な性質に起源を持ち、文化的影響、個人的経験、人格の産物である。日常文脈変数群は、日々さまざまなものと相互作用し、個人のタッチング・スタイルが修正され確立されていくための日常の文脈に関連したものであり、周囲の環境や職場の雰囲気や状態などとも関連するものである。患者変数群は、看護師と相互作用する患者に関する変数で、最も複雑なものである（Estabrooks, p.399）。この3つの変数群が相互に作用するため、個人の触れる態度は多因子かつ活動的なものとなることが推察できる。

そして、さまざまな要因の作用は一方向ではなく、ポジティブにもネガティブにも作用する。文献検討と自分たちの看護実践から、タッチの経験に影響する因子を調査した研究（Conner & Howett, 2016）では、影響因子として、時間的制約、労働条件の適切性、患者ニーズの情緒的強さ、患者の鋭さ、看護学校での準備、場面（臨床場面）でのタッチの価値、看護師のストレスレベル、仕事仲間の影響、タッチの意義の共有、信頼関係の度合い、社会に認識された文脈、過去の経験、患者のフィードバックの13項目があり、これらすべての要因が、タッチの経験にポジティブにもネガティブにも影響を与えると述べている（p.132）。文脈に依存し、さまざまな要因が相互に作用し、要因そのものがポジティブ、ネガティブといった一定の側面を持つのではなく、作用の仕方によってポジティブにもネガティブにも変化することからも、触れる現象の複雑性がわかる。

先行研究による触れることに関連する要因の特定は重要であると考えるが、要因の組み合わせによる効果を特定するという方向性では、実践場面での触れる現象を解明することは困難であると考える。主に実験研究では、「触れることは良いこと、効果があること」という前提から研究が始まる。しかし実践場面では、触れることが良いことか、効果があることかは初めから決まっているわけではなく、状況がそれを決めるという部分を持ってい

る。したがって複雑な要因を含む実践場面において、看護師が患者の状態や状況をどのように捉え、看護師の触れる行為がどのように生み出されているのかを探求する必要があると考える。

4. 「触れること」が持つ時間的・空間的要素

看護実践の場面を考えてみると、看護師が患者に触れる際には、患者に近づくことが必要となる。触れるための身体表面への接近は、個人の距離帯（ゾーン）に侵入することを意味する。個人の距離帯とは Hall（1966/1970）が提唱した概念であり、個人に近い部分から、4つの層（密接距離、個体距離、社会距離、公衆距離）がある（P.160-181）。看護師が患者に触れるためには、密接距離、個体距離への侵入が必要であり、本来この距離は夫婦や親密な人との距離とされる。Weiss（1972）は、身体表面への接近速度や接近率（急に近づくか、徐々に近づくか等）が患者の身体の尊重や患者の知覚と高度に関連していると述べているが、個人の距離帯については言及していない。

これに対し、Estabrooks & Morse（1992）は、ICUで働く看護師を対象に参加観察と面接を実施し、タッチを単なる接触時点だけの行動としてではなく、プロセスとして捉えて説明している。Estabrooks & Morseによれば、タッチには **Entering**（侵入すること）と **Connecting**（繋がること）という2つの段階があり、その両段階には核となる変数 **Cueing**（合図すること）がある。**Entering**とは、看護師が患者の私的空間に侵入する許可を取る段階のことである。患者の私的空間は、患者の境界線であり、患者を取り囲み、不適当な侵害から患者を守るものである。**Connecting**は、私的空間への侵入の許可を得て、タッチを実施する段階であり、しばしば相互関係によって特徴づけられ、個別化された複雑なプロセスである（p.453-454）。そして中心となる **Cueing**とは、**Entering**と **Connecting**の両段階にまたがってあるもので、他人との象徴的相互作用を通してタッチの必要性和妥当性を判断し、その反応を予測し、タッチの効果を評価するプロセスであり、言語や身体言語である非言語（例えば、態度、感情、アイコンタクト、表情など）を解釈する個人の能力と意欲に依存するものである（p.452-423）。特に非言語的な **Cueing**は、看護の専門領域で卓越し、特にICUのような重症患者が多い場所では、**cues**（合図）が減少し捉えにくいので、さらに卓越すると述べられている（p.452）。

また Schoenhofer（1989）は、自身の研究の際に、接近の際に伴う行動として、タッチを受ける人を見る視線、タッチ中に伝えられる言語的・非言語的音声というタッチの随伴行

動を観察している。タッチ中に伝えられる言語・非言語的な音声とは、具体的には身体やパラ言語（イントネーション、リズム、ポーズ、音質等）のことである（p.150）。Estabrooks & Morse（1992）も、タッチは文脈の中の声、態度、感情、目的、意味、接触刺激を含む多角的形態として描かれるものであり、タッチの理解はそれらを統合した塊として考える個人の性質に依存していると述べている（p.450）。そして文脈に縛られた意味や意図が、識別できない現象として看護師の中に存在するとも述べている（p.450）。

以上の研究からは、触れるという現象が相手に近づくところから始まり、実際に触れるという行為を含んだ時間的・空間的なものであると考えることができる。そしてその過程において、看護師は何らかの cues（合図）を常に受け取り、かつ自分も cues を発しながら、患者との間に触れるという行為を成り立たせているのではないかと推察する。だからこそ、日々の看護場面で起こる触れる現象を捉えるためには、単に「触れた」という一時点だけを見るのではなく、この時間的・空間的な幅を持った見方が必要になるのではないかと考える。また、患者に対して看護師の触れる行為がどのように伝わるかは、これらが患者にどのように潜在的に認識されるかによって異なると考える。文脈の中で発せられる看護師の声や態度が患者にどのように受け取られるかによって、触れる行為の質は変化するだろう。看護師が文脈（状況）をどのように捉えているかは、看護師の態度（身体の動き）となって表れ、患者に潜在的に伝わっていくことになる。そこで生じる患者の反応は、看護師にとって文脈の1つとなり、再度その文脈を捉えた結果が、次の行為に反映されていく。だからこそ患者の反応は重要であり、患者の反応をどのように看護師が捉えたのかが重要になってくる。ここにこそ、看護師と患者の間で生じる日々の看護場面での触れるという現象があり、この現象を看護師の行動と認識の両面から探究することが重要なのではないかと考える。

E. 看護師や患者による「触れること」の経験

触れることを看護師や患者がどのように経験しているかを明らかにした研究がいくつかある。これらの研究からは、実践場面での触れる現象の特徴が垣間見える。

まず、看護師側からの触れることに対する意図や目的は1つであるとは限らない。緩和ケア病棟の患者3人とその患者のケアを行う看護師10人に対する参加観察と面接を用いた研究（鳥谷・矢野・菊地他, 2002）では、1つのタッチが複数の目的を持つことが明らかになっている。下肢の浮腫を確認しながら同時に皮膚の乾燥を確認していたり、これから始

まる処置を知らせるために行われたタッチでは、合図という目的だけでなく「大丈夫」というメッセージを伝えることが含まれていた (p.18)。整形外科病棟の看護師3名と患者4名に対する参加観察と面接を用いた研究(川西, 2005)では、行動に手を添えることを意図した看護師のタッチに、動きを支えると共に動きに伴う恐れを支えるという認識が伴っており、身体的働きかけと同時に精神的働きかけが行なわれていた。この結果からタッチは身体的、精神的に二分できない両義的なあり方をしていることが示唆されている(川西, p.16)。ICU 看護師と患者との間の30の看護場面を参加観察と面接で調査した研究でも(Schoenhofer, 1989)、Affectional Touch(愛情的なタッチ)に手段的な要素(例えば、患者の活動を促す前に、Affectional Touchが与えられている)が組み合うため、Affectional Touchの研究には難しさが伴う、つまり精神的タッチと身体的タッチが分かちがたいことが述べられている(p.152)。触れる現象の意味や目的は、一義的でもあり多義的でもあると推察できる。

さらに看護師側からの触れることに対する意図や目的は、時間と共に移り変わる。看護師と認知障害のある高齢者との相互作用場面での看護師のタッチの意味を分析した研究(浅井・沼本・小野他, 2008)では、看護師のタッチが高齢者の自発的な動きを引き出し(行動を促す)、ある程度まで看護師が動作を補助した後続く動作を高齢者が行なうことを意図し(次の行動を引き出す)、高齢者の動作に合わせて方向性を示す(誘導する)意図があることが示されている(p.55)。この3つのステップは「導くタッチ」という1つのタッチとして分類されているが、意図や目的が移り変わっているとも捉えることができる。整形外科患者に対する研究(川西, 2005)でも、(注意を惹きつける)ことを意図した触れ方は、それ自体で意図が終了するのではなく、(注意を惹きつける)を契機として、次に続く行動を予告するという合図の意図があった(p.14)。触れる現象は、時間幅を持つものでもあると推察できる。

そして、看護師と患者の触れることに対する認識は、「同じ」ではない。化学療法を受ける11人の患者に対して面接を行った研究(Leonard & Kalman, 2015)では、患者はTask touchとケアリングや心地よさのために提供されたタッチを区別して認識しているわけではなかった(p.523)。Weiss(1988)もDe Augustinisらの文献を用いてではあるが、タッチを受ける人とタッチする人のタッチの解釈は、50%のみが同じだったと述べている(p.5)。川西(2005)の研究では、看護師が「行動に手を添える」「手をかざしつつ患者の動きを待つ」という意図を持って行ったタッチは、患者にとって「私のペースでゆっくり優しく扱って

くれる」、「しなやかに触ってくれる」という形で伝わっており、まったく同じではなかった (p.17)。しかしこの看護師の意図のさらに後ろ側には、「患者の意志を尊重したい」、「患者の同意を得て、患者と協力してやっていると思いたい」という思いがあり、それが看護師の触れるという行為を通して患者に十分伝わっていたと述べている (p.17)。触れることによって、看護師と患者間に同じ概念が同じ抽象度で伝わりとは限らないが、看護師の患者に対する配慮は、患者には同じ思いの方向として伝わるのではないかと考えられる。

加えて、触れることは、状況に即応して行われている。川原・守田・田中他 (2009) の研究では、看護師たちが患者の苦痛や不安の状況において、相手に求められ、それに応じるように手を触れている様子が描かれていた。そしてその時の場面を、その状況で自然に、無意識に相手に触れていたと述べ、「気づいたら触れている」「触ってほしそうな感じがする」という言葉で表現したと述べた (p.49)。日々の看護場面で働く手についての看護師の経験を、看護師の語りを通して調査した研究 (原澤, 2014) でも、「思わず」、「フッ」と手が出るという看護実践の様子が浮かび上がっており、半ば反射的・直感的に手が差し出されてしまっている場面が語られたと述べた (p.675)。そしてその背景について原澤は、患者の苦痛や何か違う感じに引き寄せられ前意識的なところでたちまち行為として現れていると述べた (p.676)。川原・守田・田中他 (2009) も、触れる行為の前に看護師が患者の苦痛や寂しさのある程度予感していたと述べ、患者の部屋を訪れる前からの予感を背景とし、患者の部屋に入って一緒にその状況に身を置いてみることによって、自然に生まれてきた行為であったと述べた (p.51)。このように、触れることは、自分で認識する前に行われるという要素を持っている。加えて日常的でケアに密着しているため、行為者である看護師自身にも意識されづらい (原澤, p.670)。

以上より、相手に伝わる意図や意味は、身体を通しての看護師と患者との関係性によって構築され、その意図や意味は1つではなく、関係性の中で変化もする。そして看護師の認識に触れることの意図や意味が明確に浮かび上がっていなかったとしても、その意味や意図は身体の動きとして相手に伝わっていくことが推察できる。そしてこれは患者側の反応も同様である。したがって、触れるということを構造化したり、方法論として考えるのではなく、看護師と患者がお互いに身体を通して感じ合い認識し合う現象だと捉え、それがどのように看護師のケアとしての意味を持っているのかを探求する視点が必要であると考える。

F. クリティカルケア領域における「触れること」

クリティカルケア領域での触れることに関する研究は、タッチの使い方、タッチの効果、タッチの分類、タッチの影響要因などがある。(Establooks, 1989; Schoenhofer, 1989; Establooks & Morse, 1992; Adomat & Killingworth, 1994)。クリティカルケア領域における看護師の触れることの経験を直接的に調査した研究は見当たらなかったが、間接的に触れることについて述べられている文献がいくつかある。Bennerら(1999/2005)はクリティカルケア領域の看護師に対するインタビューの結果から、重症患者を安楽にすることの中で、侵襲を伴う処置の最中であっても、身体を安楽にすることとていねいに扱うこと(つまり触れること)が極めて重要であると述べている(p.337)。また乳児を対象としてではあるが、心地よいタッチや体をやさしく扱うこと、タッチに関する熟練した知識が専門的な新生児クリティカルケアの看護実践の特徴であると述べている(p.342)。クリティカルケア看護師を対象とした意思表示困難な患者のcue(合図)の理解と看護アセスメントの研究(山田・佐々木・井上, 2017)では、患者の表情が乏しいときや確信が得られないときに看護師が声かけや身体的な刺激(つまり触れること)を加えて、患者の反応を引き出そうと自らの五感を用いて患者の思いを確認しており(p.52)、それらが患者の発するケアの希求のメッセージとして感受されていると推察されていた(p.54)。ICU看護師の的確なアセスメントについての研究(富永, 2015)でも、ICU看護師の五感を用いた観察が、観察者の知覚を通しモニタリングできない情報を意図的・選択的に収集することを可能にすると述べられていた(p.70)。はっきりと記述されてはいないが、看護師の五感を用いた観察の中には、視診や聴診などに加え触診(つまり触れること)が含まれていると考えられる。加えて大動脈バルンパンピング装着患者への清拭についての研究(櫻井・井上, 2011)では、侵襲的な状況の患者に対して基準に照らして清拭(つまり触れることによるケア)を行ったところ、5人中4人の患者のcomfortレベルが上昇したことが述べられていた。また大動脈バルンパンピング(IABP)患者に対する清拭効果に対するもう一つの論文(櫻井, 2011)では、清拭時に看護師が触れた手について、患者が「看護師さん、とってもあったかくて、やさしい手で(中略)」という肯定的な感想を述べていた(p.46)。このようなことから、クリティカルケア領域における看護師の触れることは、患者を安楽にすることや、意思疎通が難しい患者の思いを汲み取ること、日常生活援助に伴って触れることが患者の心地よさを向上させる力があると言える。

G. 文献検討からのまとめ

これまでの先行研究で、触れることはその使い方や特徴、意味などによって分類され、場面や種類を限定して、観察や測定が行われてきた。看護場面における触れる現象は、文脈という流れの中に現れる現象であり、日常の文脈は統制することには困難が伴う。そのような文脈の中で、看護師は必要な時には触れ、そうでないときには触れないといったように、触れるという行為を生み出し患者をケアしている。この部分に看護師の高度な判断や技術があるのではないかという推察はなされているが(川原・守田・田中他, 2009, p.55)、検証はされていない。特にクリティカルケア領域では、患者の重症度や緊急度が高く、状況は刻一刻と変化するため一般病棟に比べて文脈の変化が早い上に、患者は循環動態や呼吸状態が不安定で、触れることが患者にとって侵襲になりうる。しかし同時に重症であるからこそ看護師の援助が多く必要であり、援助の多くは患者の日常生活を支え、二次的合併症を予防することにも繋がる。これらのことを看護師がどのように考えながら触れているのかは、患者への侵襲を最小限にするために重要である。また患者の意識レベルが低く、言語的コミュニケーションが円滑に取れないというICUの患者の特性を考えても、看護師の触れるという感覚を通しての気づきや判断が患者の状態を把握する上でも、患者の希求するメッセージやニードを感受するために重要である。加えてICUという環境は、外界と隔離され、多くの医療機器に囲まれ、侵襲的な治療が行われる。治療のためとはいえこのような環境に身を置くことは、身体的にも精神的にもストレスフルであり、集中治療後症候群といった医療行為、環境、心的ストレスなどが作用して生じるICU退室後の障害の予防のためにも、身体的・精神的ストレスの十分な緩和が求められる。触れることは、看護師が患者のストレス(身体的にも、精神的にも)を軽減するための最も一般的な手段(Ingham, 1989)とされているため、クリティカルケア領域における看護師の触れることを探求することは、障害を予防し、患者ケアの質の向上に直結すると考える。したがって本研究では、クリティカルケア領域で、看護師がその場の文脈をどのように捉え、状況に即してどのように触れるという判断をしているのか、また触れるという行為が、文脈的要素を含んだ看護師のどのような認識から生まれているのかを明らかにしていくと同時に、どのようにケアに繋がっているのかを明らかにする必要があると考える。

Ⅲ. 研究目的と研究の意義

A. 目的

本研究は、クリティカルケア領域の看護場面における看護師－患者間の「触れる」現象に着目し、看護師がどのような場面で、どのように患者に触れ、触れることが次の行為にどのように繋がり、看護ケアとしての意味を持つのかを明らかにする。

B. 意義

看護師は、日々の看護場面において触れるという行為を通して様々なケアを行なっている。しかし触れるという行為が、日々の看護実践にあまりにも自然に、当たり前の形で含まれているため、重要性の認識はあっても実際にどのように行われ、どのような意味があるのかについては明らかにされてこなかった。触れることは、看護師個々人の中に蓄積されており、看護師個々人の身体を使って表現されているが、言語化されず、行っているという認識すらない状況では、看護師としての専門性を発揮しているとは言えない。看護師自身が、看護場面で行なっている「触れること」がどのようなものかを知り、意識してそれを実践することではじめて、専門性を発揮していると言えるのではないかと考える。

本研究を通して、クリティカルケア領域の看護場面における看護師の「触れる」という行為の詳細が明らかになる。看護師がどのような状況で、どのように触れているのか、また看護師が患者に触れる際に、その状況をどのように捉え、触れるという行為が生み出されるのかを明らかにすることで、文脈に即した触れる行為への判断が明らかになる。これらを言語化することにより、日々の何気ない触れる行為が看護師自身に意識化され、その意味や価値が再認識できると考える。また、言語化によって触れることが他者に伝えられるようになるため、他者からも認識できる部分が増え、その価値や意味の再考に繋がると考える。これらは、看護師だけでなく他の医療専門職者、社会に対して、看護師が行なう触れることの意味や価値を伝えることに貢献すると考える。そして、触れることを文脈に即してどのように判断しているのかを明らかにすることは、クリティカルケア領域における臨床判断の一部を解明することにも繋がると考える。臨床判断には、形式的な知識や論理だけでなく、直観や経験、実践的知識が関わっていると言われている。特に実践的知識に関しては、実践の中に埋め込まれたものであり、経験をを通して初めて獲得される知識であるため、通常公式化、形式化できるものではなく、言語化されていないものである。触れるという行為の言語化は、実践的知識を文章化し、看護師の臨床判断の一部を解明し、

さらには看護教育においても示唆を得ることができると考える。そして看護師一人一人が自ら患者に触れるということを意識的に考え、看護全体で触れることに対する関心を高めることで、これらは患者のケアに還元され、患者のケアの質を向上することにも繋がると考える。

IV. 研究期間

研究期間：研究倫理審査委員会の承認後（2018年5月）から2020年3月。

データ収集期間：研究倫理審査委員会の承認後（2018年5月）から2019年3月。

V. 研究方法

A. 看護場面でおこる「触れる」現象の捉え方

本研究では、看護場面でおこる触れる現象を、日々の看護場面において看護師と患者の間でおこる、「触れる一連のプロセス」（図1）として捉えた。「触れる一連のプロセス」は、研究者が「II. 文献検討」のDの4「触れることが持つ時間的・空間的要素」で述べた Establooks & Morse（1992, p.453）の先行研究を参考に図示したものである。Establooks & Morse（1992）は、触れる現象を単なる接触時点だけの行動としてではなく、患者の私的空間に侵入する許可を取る段階（Entering）と私的空間への侵入の許可を得てタッチを実施する段階（Connecting）の2つの段階があると述べたが、研究者は2つの段階を経て3つ目の段階を加えた。



図1. 触れる一連のプロセス

図1の破線の矢印は看護師の行動を時間経過で示している。1つ目の段階は、看護師が患者に視線を送ったり、注意を向けたりした時点から始まり、患者に近づいていく段階であり、先行研究の Entering にあたる。2つ目の段階は、実際に触れる段階であり、先行研究の Connecting にあたる。実際に触れる段階は、楕円の左端が触れ始めた時点で、右端が

触れ終わる時点を示し、さまざまな触れ方が包含されるためそれを楕円として示した。Establooks & Morse (1992) の先行研究はこの2つの段階で終わっているが、研究者は触れたことが次にどのように繋がっていくのかという観点から、看護師が触れた後に患者の反応をどのようにみているのか、どのような行動をしているのかをみる必要があると考え、3つ目の段階として、触れた手が離れていき、看護師の注意が患者から離れたと思われる行動がみえた時点（例えば、他の患者のケアに行く等）を加えて、これを一連のプロセスの終点とした。波括弧は、触れる一連のプロセスとして触れる現象を捉えた際の看護師と患者の相互作用の範囲を示した。

看護場面で起こる触れる現象を、相手に近づくところから始まり、実際に触れるという行為を含んだ時間的・空間的なものと捉えることは、看護師と患者がお互いに相互に関わり合いながら触れる行為が成り立つという立場からの見方である。触れるという行為が、看護師の声や態度を含めた多角的形態として患者に潜在的に認識されることによって、患者は触れる行為に対しての反応を示す。患者の反応は看護師に文脈の一部として受け取られ、その文脈を捉えた結果が次の行為に反映されていく。単なる「触れた」という一時点だけを見ても、看護師がなぜ触れたのか、患者がなぜそう反応したのかは明確ではない。また、触れることの行為者と受け手の触れる行為に対する認識は、「Ⅱ. 文献検討」のEで述べたように、全く同じ認識で伝わるとは限らない。しかし触れることに対する思いは、お互いの態度から共通に認識できるものがあり、同意を成り立たせることは可能であると考えるため、触れることを「触れる一連のプロセス」として捉え、この現象を看護師の行動と認識の両面から探究することにした。

B. 研究デザイン

本研究では、クリティカルケア領域の看護場面で行われている看護師の「触れる」という現象に着目した。クリティカルケア領域は、患者の状態や周囲の状況等が時間と共に移り変わり、文脈が変化していく。看護師はそれらの状況がある程度予測しながら患者に関わるため、文脈を含んだ看護師の認識と行動の両面から触れるという現象を捉えていく必要があると考える。そのため、研究デザインは質的記述的研究を用い、参加観察と面接を用いて現象を記述する方法を選択した。理由は以下の通りである。

第一に、本研究が焦点を当てる看護場面で起きている触れる現象は、現象の詳細が明らかにされていない。それは、看護の臨床現場においては、あまりにも日常的であるために

研究課題として扱われにくかった(柴田・仁平・登喜他, 2002, P.29) ことが関係している。

「触れる」という現象を分類して構造化し、触れ方や圧力、影響要因などを独立変数として収集・測定したデータの関係性をみる統計学的手法を用いた量的研究でも、「触れる」という現象を捉えることは可能である。しかしそのような量的研究は、調査しようとする内容(変数)を調査者側が予め設定し、対象者が設定された枠組みから最も近い内容を選択したり、枠組みにそっての測定となるため、現実を経験していることや実感している経験とどこか違うといった差異が生じる可能性があり、限界がある。本研究は実際の臨床場面で、看護師が「触れる」という現象をどのように経験しているのかをリアルに捉えることを目的とする。そのため、できるだけ現実に近い生のデータの収集を主眼とし、調査対象者が制約の少ない方法で表現することにより得られる詳細なデータを扱うことが可能(グレッグ・麻原・横山, 2007, p.6) とされる質的研究を用いた。

第二に、本研究が焦点を当てる「触れる」という現象は、看護師と患者の相互作用とそのプロセスによって生起するという立場をとった。「触れる」という現象は、看護師が一方的にある条件下で同じような接触刺激を加えれば、同じ結果が得られるといった機械論的かつ決定論的な現象ではなく、看護師と患者という人間と人間の関わり合いによって、接触という物理的的刺激とそれを受け取る人間相互の認識が相まって経験される現象として捉える。ここには看護師と患者の相互関係のみならず、その場の状況、文化的背景、個々人の価値観等が複雑に絡み合うため、脱文脈化(状況・背景の排除)が難しい。質的記述的研究は、研究対象となっている現象を記述することによって、その現象を理解することを第一の目的としており(グレッグ・麻原・横山, 2007, p.57)、関心のある現象の自然な文脈を破壊するのを最小限にするような研究手法をとる(北・谷津, 2009, P.31)。目の前の環境に手を加えることなく、自然に起こっているままに状況の様相を書き示し、出来事をその出来事の存在する日常のなかで使用する言葉で包括的に要約し、現象を率直に記述することが必要な場合に選択される方法(Sandelowski, 2000, p.336)であるため、本研究が焦点を当てる「触れる」という現象を捉えるためには、質的記述的研究が最適であると考えた。

第三に、本研究が扱う「触れる」という現象は、先行文献でもあるように、「触れる」ということを目的的に認識して行うこともあれば、「気づいたら手がでていた」といったように、認識よりも身体の反応が先の場合もある。さらに触れることが第一義的な目的でなく、何かを成すために触れる、手が出るといった付随的な状況になることも多く、看護師の意識に上らない場合もある。目的적이であっても、2つの目的が同時に存在したり、目的が移

り変わってゆくこともある。物質的（身体的）か精神的か、意識的か無意識的か、直接的か付随的か、固定的か流動的か、といった二元論的に割り切ることができないものであり、起こっている現象を区別することは可能だが、その区別はすべて一時的・相対的なもので、絶対的なものではなく、ある条件のもとではお互いに移行し合う。また「触れる」という行動は、相手に手を伸ばして触れるという能動的側面と同時に、触れた部分から伝わる接触の刺激を受け取るという受動的側面も持ち合わせており、主体であり客体にもなり得る。「触れる」現象には、他者が外側から見ただけでは分からない相互身体性があり、他者に指摘されなければ当事者が気づけない身体性がある。また「触れる」現象は、文脈や誰からの視点なのかによって多様な側面を示す。研究者という立場から見える側面は触れる現象の一側面ではあるが、当事者の経験そのものではない。看護師がどのように文脈を読み取り、触れることを生み出しているのかを知るためには、研究者が看護師の視点に立って研究する必要があり、そのためには看護師と同じ文脈に身を置いて考える必要がある。したがって、研究者がフィールドに入り、参与観察によって看護師の行動を把握するとともに、その行動に対する看護師自身の認識を確認していくことが重要となり、その両面から触れるという現象を捉えて分析することが必要であると考えた。

C. 研究参加者

本研究の参加者は、クリティカルケア領域（ICU または HCU）に勤務する看護師とその看護師が受け持つ患者とした。

クリティカルケア領域に勤務する看護師は、ICU での経験年数が 3～10 年目の者を対象とした（ただし、他病棟での臨床経験が 3 年以上ある者については ICU 経験が 2 年以上の者を対象とした）。Benner（2001/2005, p.17-32）の技能習得に関するドレファスモデルの一人前～中堅レベルを対象とし、かろうじて及第点の業務をこなすことができるレベルである新人レベルは、自己の業務のみに捉われてしまう可能性が高いため除外した。また現実的な問題として、経験年数の長い看護師はリーダーや責任者という立場をとることが多く、予備調査でも患者を受け持ち、直接的にケアする頻度が高いのは経験年数が若い看護師であったことから、経験年数が 3 年目からの者を対象とした。人数は 10 人程度とした。

患者は、上記の看護師（研究参加に同意した看護師）が受け持つ患者を対象とした。呼吸・循環動態が特に不安定な患者、18 歳以下の未成年については除外し、①研究協力に対して自ら同意の有無が示せる者、②自ら同意の有無を示すことはできないが、状態が安定

している者（例：認知レベルや意識レベルの低下があるが、呼吸や循環動態は安定している者）とした（研究参加者の受け持つ患者の状況に応じて、①②の順で協力を得た）。

表記上、両研究参加者（看護師と患者）を区別するため、看護師を「研究参加者」と表記し、患者を「受持ち患者」と表記した。

D. 研究場所

研究対象施設は、関東圏内の急性期医療を担う 200 床以上の大規模病院で、クリティカルケア看護が実践されている場所（ICU、HCU 等）を有する病院とした。研究場所選択理由は、研究者がフィールドワークとして通うことが可能な範囲であること、研究参加者を募るにあたり研究対象者の人数が確保できる規模であることを考慮して選択した。3 つの病院に研究協力を依頼した。

E. 研究参加者への依頼方法

1. 研究参加を依頼する施設の施設長・看護部長、および研究参加を依頼する ICU の病棟師長に、研究の趣旨と概要を文書および口頭で説明し研究協力の承認を得た（資料 1）。
2. 病棟会に参加し看護師全体に研究の趣旨と概要を説明した。その後、研究参加を依頼する経験年数 3～10 年目の看護師に対し、研究の趣旨と概要を文書と口頭で説明した。研究への参加に同意する場合は、署名した研究参加同意書を返信用封筒に入れ、ICU 病棟にある回収ボックスに投函してもらうよう依頼した。回収ボックスは病棟師長と相談し、投函されることがみられない安全な場所に設置し、研究参加への強制力を回避するため、2 週間の期限を設けて研究者が回収した。研究参加者が多数となったため、返信用封筒にナンバリングし、研究者がくじ引きにて研究参加者を決定した。研究参加者決定後、看護師長に研究参加者氏名を報告し、正式な依頼とした。
3. 研究参加を依頼する患者へは、病棟師長と研究参加者である看護師のシフトと受け持ち患者を相談した上で該当者を決定して依頼した。定例手術の患者については、ICU の看護師の患者訪問に同行し、研究の趣旨と概要を文書および口頭で説明した。研究参加の同意についての考える時間を確保するため、研究参加への同意書は術後に受け取る形となった。ICU に入室している患者については、患者の状態を確認しながらベッドサイドにて研究の趣旨と概要を説明し、翌日に研究参加への同意を得た。上記研究参加者の②に該当する患者については、家族面会時に患者と家族に対して研究の趣

旨と概要を文書と口頭で説明し、本人および家族に同意を得た。同意を得た患者・家族については ICU 病棟師長と研究参加者に報告し、看護師からも同意についての意思を口頭で確認してもらった。

F. データ収集方法

データ収集方法は、触れる現象を看護師の行動と認識の両面から捉えるため、フィールドワーク（参加観察を用いた調査方法）とインタビューを併用して実施した。詳細は以下のとおりである（図 2）。

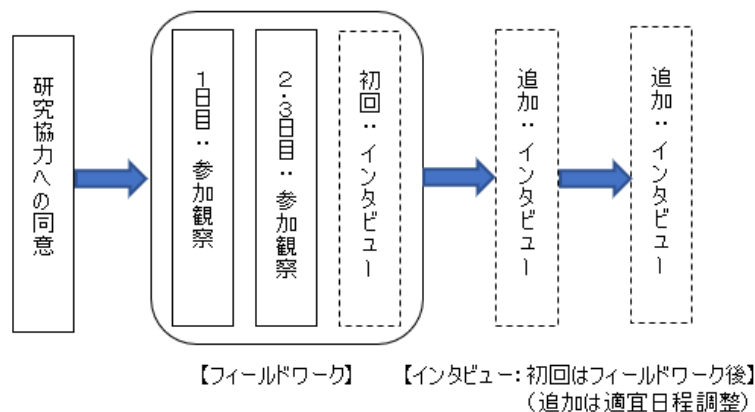


図 2. データ収集の流れ

1. フィールドワーク

本研究の目的に沿って、日々の看護場面で生じる「触れる」という現象に着目し、看護師が患者に触れる場面を中心に参加観察を行った。できる限り自然な状態の看護場面を観察するため、研究者は参加者としての観察者 (Grove, Burns, & Gray, 2013/2015, p.242) の立場を基本とした。参加観察は 2~3 日間 (日勤帯 8 時間×2~3 回) で、1 日目は研究参加者との関係構築、1 日の病棟の流れ等を確認しながら観察し、2~3 日目も引き続き観察を行なった。2~3 日間という期間は、研究者自身が ICU および EICU での臨床経験があり、現在も ICU で実習指導を行なっていることから、フィールド状況を掴むことが可能であると判断し、ICU 等の患者平均在院日数 (約 1~3 日間) を考慮し設定した。

病棟内で、研究者はベッドサイドから離れたところで研究参加者の動きを観察し、研究参加者が受持ち患者のベッドサイドに近づいたりケアをする際に、一緒に行き観察を行なった。観察行為は常に被観察者に影響を与える行為であり (Flick, 2007/2011, p.274)、観

察されている人々は自分が評価されていると思うと特異的に行動しやすい (Polit & Beck, 2004/2010, p.405)。本研究は「触れる現象に着目する」ということを研究参加者に伝えて実施するため、このバイアスが生じる可能性があった。したがって観察は評価ではないことを十分に伝えるとともに、研究者が観察しているという意識を最小限にできるよう、ベッドサイドでは、その場に参加するメンバーとして、ケアの周辺業務 (例：研究参加者と共に清拭前後の準備や片付け等) や、看護師の指示をうけての手伝い (体位変換等で下肢を支える等) に携わりながら、観察を行なった。また、インフォーマル・インタビュー等の自然な会話を交えて、研究参加者との関係性を構築するよう心掛け、場に入り込む努力を常に行い、研究参加者の「見られている」という意識を最小限にするよう努めた。フィールドワーク 1 日目の最初こそ研究者を意識したような様子があったが、1 日のケアが始まることによって、研究参加者は患者のケアに集中するようになり、研究者を意識している様子はなくなっていった。観察データが観察者の偏り (observe bias) を受けやすいことも考慮した。観察者の情動、偏見、態度、価値観などが誤った推論をもたらしたり、個人的な関心と感情移入が観察したことを観察したい方向に脚色することがある (Polit & Beck, p.331) ため、フィールドワークで観察したことは、事実と解釈を分けて記述するよう心掛けるとともに、観察に対して省察的態度を心がけた。観察した内容は、最終的に研究参加者に提示して確認してもらうこと、分析においてはスーパービジョンを受けて行うことで、観察者の偏りを最小限にする努力をした。

看護師の行動としては、「触れる一連のプロセス」を参考に、以下の項目を中心に観察を行なった。①いつ、どのようなときに看護師が患者に触れるのか、②看護師がどのように触れているのか (看護師が患者に近づく際の行動、触れる際の行動、触れた後の行動)、③そのときの患者の反応を観察する。①については、どのような場面か (例：清拭の場面)、さらに場面中のどのような部分か (例：身体を支える場面) を観察した。②では、看護師の触れる行動 (どのように手や身体を用いて触れているのか) とそれに付随する態度 (目の動き、表情、言動、パラ言語) を観察した。③では、患者側の反応 (表情、言動、身体の動き、モニター値の変動等) を観察し、①②③と合わせて看護師と患者の触れる場面での相互作用を観察した。参加観察の際には、看護師と患者の様子だけでなく病棟全体の雰囲気 (忙しい様子なのか、緊迫した様子なのか等) や、勤務者構成 (新人が多い日なのか、研究参加者がどのような立場として勤務をしているのか等) を観察し、環境的文脈も考慮した。観察したことはすべて、現場メモ、聞き取りメモとして記録を取り、1 日の観察が

終了した際にフィールドノーツ（清書版）として統合して記述した。

2. インタビュー

インフォーマルとフォーマルのインタビューを用いた。フィールドワークにおけるインフォーマル・インタビューは、聞き手が必ずしもインタビューアーというフォーマルな役割で質問しているわけではなく、フォーマル・インタビューがもつ「聞き出す」、「情報を収集する」といった性格に対し、「教えてもらう」、「アドバイスを受ける」という表現がふさわしく（佐藤, 2002, p.237）、研究者と研究参加者の役割関係は「聞き手対話し手」という単純で平板なものではなく、教えを乞うといった立場となるため、この関係性を利用し、その場の素直な思考や感情を引き出すために利用した。またインフォーマル・インタビューには、「問わず語りの効用」があるとされ、特にインタビューということを意識していなかったにも関わらず、こちらが聞きたかった内容について、問わず語りに話してくれる場合があり（佐藤, p.230）、計画段階では思いもよらなかった点についての情報を得ることができるという利点（佐藤, p.230）もあった。インフォーマル・インタビューでのやり取りは、研究者と研究参加者の関係性の構築にも繋がるため、フォーマル・インタビューを実施する上での信頼関係の基盤となった。

a. インフォーマル・インタビュー

ケア等に支障のない時間を見極め、フィールドワーク中に実施した。研究者が観察を行っていて疑問に思ったことや、すぐに理解できなかったことなど、特にその場で確認しておかないと、そこからの観察に影響が生じると思われるようなことを確認することを第一目的とした。また研究参加者に時間的余裕がある場合は、触れることのプロセスが終了した後に、どんな思いで触れたのか、触れて感じたことは何かといった看護師の認識に関わる内容を確認した。またできる限り自然な会話の流れを心がけ、今の状況をどのように把握しているか（患者状況、現場状況等）、どんなことに注意して（または大切に）してケアをしているのかといったことについても聞きながら、その看護師のしている患者像や文脈を確認するようにした。インフォーマル・インタビューで得られた内容は、その時の看護師の表情や行動、研究者が感じたことなども含めて、できる限り迅速にフィールドノーツに記載した。臨床状況により、ほとんどインフォーマル・インタビューができないこともあったが、その場合は、フォーマル・インタビューで確認できるよう、フィールドノーツにいつ、どのような場面で、どのような疑問が生じていたのか等を記載しておき、フォ

ーナル・インタビューで回顧的に確認した。

b. フォーマル・インタビュー

フォーマル・インタビューは、フィールドワーク最終日の終了時に 60 分程度を目安として実施した。最終日の終了時の実施を予定しているのは、研究参加者の記憶が薄れないように想起してもらうためと、別日に再び調査という負担を考慮してのことだった。勤務終了後のインタビューが負担な者については相談して別日とした。インタビューは、研究参加者のケアを振り返る形で行なった。回顧式インタビューの課題は記憶の薄れであるため、Bottorff (1993, p.1536) の研究を参考とし、フィールドノーツを用いて詳細な情報を伝えながら触れる場面の早期を促した。流れとしては①1 日のケアの流れを振り返る、②ケアの流れの中のどの部分で触れることが行なわれたのかを振り返る、③1 つ 1 つの触れることが行なわれた場面を詳細に振り返る、という順番をとった。問いとしては、①触れるときに思っていたこと、考えていたこと（触れるプロセス①）、②触れたときに思ったこと、感じたこと（触れるプロセス②）、③触れたことから思ったり、考えたりしたこと（触れるプロセス③以降）を中心に聞き、研究参加者の触れることに対する身体の反応のプロセス、認識のプロセスを描けるようにした。さらに研究参加者が患者をどう捉え、どうなってもらいたいと思っていたのか、ケアのときに大切にしていること等といった看護観や、触れることに対する個人的な思い（触れることを好むかそうでないか等）、どのように触れることを身につけてきたのかといった個人的要因についても質問した。インタビューは 1～2 回を基本とし、必要に際して追加インタビューを実施した。

G. 分析方法

分析方法は、Uwe Flick (2007/2011) のテーマ的コード化を参考にした。この方法は特定の対象（本研究では触れる現象）に対して、既定の複数のグループ（本研究では各事例の複数の触れる場面）を比較する研究に適している。テーマ的コード化は複数の段階からなる分析方法であるが、この分析プロセスを行うことにより、個々の事例の独自性を維持しながら研究対象（触れる現象）と事例の関わりをまとめることができる (P.388-393)。したがって触れる現象の文脈を維持したまま、各場面の比較が可能となる。分析手順は各事例から各触れる場面へと進めていった。詳細は以下のとおりである。

1. 個々の事例に焦点をあて、各事例の短い描写の作成：フィールドノーツ（清書版）1

日分を1事例とし、事例を読み込み、各事例を要約する形で短い描写を作成した(表2-1, 2-2)。この描写はその後の事例解釈によって必要に応じて修正した。

2. 各事例からの「触れる場面」の明確化: 各事例から「触れる一連のプロセス(図1)」を用いて、「触れる場面」を取り出した。まず場面の流れを細かく分断しないよう清拭の場面、体位変換の場面といったように触れることが含まれる大きな場面として「触れる一連のプロセス」を取り出し、次にその中でさらに細かく「触れる一連のプロセス」として取り出せるかどうかを検討した。取り出した「触れる場面」は時系列に場面番号をつけて並べた。
3. 「触れる場面」を比較するための整理: 「触れる場面」をさらに詳細に解釈するために、Uwe Flick(2007/2011, p.390)のコード化を参考にし、場面ごとに①状況、②看護師と患者の相互作用、③触れ方・触れる方法、④帰結で整理した(表3)。状況とは「なぜ? 状況は何が引き起こしたか? その背景は? 出来事の一連の流れはどのようなものだったのか?」、看護師と患者の相互作用とは「誰が行為したか? 何が起こったか?」、触れ方・触れる方法とは「状況に対応するためにどのような手段が取られたか?」、そして帰結とは「変化したものは何か? 帰結、結果は何か?」である。
4. 整理した「触れる場面」の比較: 各「触れる場面」を「状況」と「帰結」に着目し、共通点や相違点を比較しながら整理した。触れる場面がどのように生み出されているかという観点をみるために「状況」に着目し、触れることがどのようにケアに繋がっているのかという観点をみるために「帰結」に着目した。類似した「状況」をまとめ、「状況」ごとに「帰結」をみて、各「触れる場面」を表に整理した(表4)。表中の同じマスに配置された「触れる場面」は、「触れ方・触れる方法」で類似するものをまとめて記載し、それらをみながら「触れ方・触れる方法」を包括する小テーマをつけた。「状況」(患者の状態や状況)と小テーマ(触れ方・触れる方法)との関係性をみながら、どのような状況のときに、どのように触れるのかをみて、ICUにおける看護師の触れることの特徴を示すものとして、大テーマをつけた。
5. データ解釈の妥当性は、看護学研究者である教授らによるスーパービジョンを定期的を受け、データ収集および結果、解釈のプロセスの妥当性の確保に努めた。データ解釈の信頼性は必要に応じて研究参加者(看護師)に記述した結果をチェックしてもらい、研究参加者からの指摘や意見を踏まえて分析を加えた。

H. 倫理的配慮

1. 研究全般について：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（予備調査：研倫審委第 2016-107、本調査：研倫審委第 2018-006）を得て研究を実施した。研究協力施設における倫理審査は上記審査結果を以て了承された。
2. 利益相反について：本研究は個人による研究であり、研究経費は研究者の個人資金で賄われおり、研究組織全体に関して起こりうる利益相反はなかった。
3. 研究結果の公表方法および還元方法について：研究で得られたデータは本研究目的以外で使用しないことを説明した。研究結果は博士論文としてまとめ、学会誌への論文投稿、学会発表で発表する可能性があること、また博士論文としてインターネットに全文公開されることを研究参加者に説明し、同意を得た。
4. 研究参加協力の自由意志と拒否権について（看護師）：研究の参加は自由意志であり、研究参加に同意しない場合や同意撤回による不利益は一切生じないこと、研究開始後に研究参加を取りやめる場合はいつでも撤回できることを説明し、同意を得た。研究参加者が複数の看護師とケアを実施した場合は、関わった看護師の了承を得た。
5. 研究参加協力への自由意志と拒否権について（患者および家族）：患者および家族（代諾者を含む）に対しても、ベッドサイドにて上記に倣い説明を行い、同意を得る際には患者および家族が研究協力に対して考える時間や相談する時間を確保し、負担がないよう配慮した。同意書への自署が可能な場合は署名をもらい、自署が難しい場合は負担にならないよう口頭で同意を得て、看護師同席のもとで研究者が書面に記載した。
6. 個人情報およびプライバシー保護について：参加者から得られたデータは研究以外の目的で使用しない事を説明し、看護師と患者の個人を特定できる内容については記号または仮称を用い、連結可能匿名化のための対応表は大学の鍵の掛かる引き出しで厳重に管理した。研究に使用したデータは、研究成果を論文として発表後 10 年間保存し、すみやかに破棄する予定である。患者のプライバシーを確保するため、患者カルテの閲覧は一切行わなかった。研究の分析過程においては、分析の際に同席した者に対しては、情報を口外しないこと、資料類は返却することを徹底した。
7. 研究参加者にもたらされる利益と不利益およびそれに対する配慮について：研究参加者は、研究に参加することにより自らの語りを通して、自己の看護を振り返る機会となり、今後の看護実践に対する思いや考えを深めることができることを説明した。またフィールドワークによる負担（ケアを見られているという心理的な負担）やインタ

ビューに伴う時間的な制約、実践の言語化が難しいといった心理的負担が生じる可能性があることを説明した。患者および家族には、療養生活を他者に見られるという心理的負担が生じる可能性があることを説明し、以下の点に配慮した。

【フィールドワークでの配慮点】

研究参加者および患者家族に対し、観察することが負担になる場合はいつでも中断や中止ができることを伝え、ケアを観察する際はその都度、観察して良いかどうかを確認し口頭で了承を得た。研究参加者・病棟スタッフ・患者および家族の反応に細心の注意を払い、状況に応じて患者や看護師と相談の上、時間短縮や見学の中止を行った。観察中は研究参加者の業務の支障とならないようタイミング等に十分配慮し、研究参加者および患者が不安や緊張を感じないように、現場メモ、聞き取りメモ等はベッドサイドでの記載を避け、適宜ナースステーション等で記録するようにした。

【インタビューでの配慮点】

インタビューは、プライバシーが保たれる病棟のカンファレンスルームで行ない、研究参加者の疲労状態に考慮し、いつでも中断・中止・休憩ができることを伝え、安心して語れるよう配慮した。許可を得てICレコーダーに録音しメモをとった。話したくないことは、話さない権利があることを説明し、答えられる範囲での回答を求めた。追加インタビューの日程は研究参加者の負担にならない日程を考慮した。

8. 報告及び相談への対応について：各種書類に研究者の連絡先を記載し、研究期間中いつでも質問や相談に応じることを説明した。また研究参加者に直接相談しづらい場合には、看護師長を通して連絡できることを説明した。

VI. 結果

A. 結果の概要

1. 研究参加者の概要

研究参加者は2施設からの協力を得て、ICU看護師10名とその看護師が受け持った患者13名であった。研究参加者の概要を以下に示す(表1)。研究参加者(看護師)は、男性3名、女性7名の合計10名で、ICUのみの臨床経験者が6名(ICU経験年数は6年目1名、7年目2名、9年目3名)、他領域経験者が4名(ICU経験年数は2年目3名、4年目1名)だった。

表 1. 研究参加者の概要

研究参加者(看護師)			研究参加者(患者)				フィールドワーク時のICU入院日数
看護師	性別	経験年数 ICU/臨床	患者	性別	年齢	疾患名/手術	
A看護師	女	7/7	Kさん	男	70代	腹部大動脈瘤 / スtentグラフト内挿入術	2日目(POD1)
B看護師	男	9/9	Lさん	男	70代	腸閉塞に伴う小腸穿孔 / 緊急開腹手術	3日目(POD2)
			Mさん	男	40代	右下葉肺癌 / 胸腔鏡下肺部分切除	2日目(POD1)
C看護師	女	4/11	Nさん	女	80代	大腸癌 / 開腹切除術・ストーマ造設術	8-9日目(POD7-8)
D看護師	女	2/20	Nさん	女	80代	大腸癌 / 開腹切除術・ストーマ造設術	16-17日目(POD15-16)
E看護師	女	7/7	Nさん	女	80代	縫合不全による消化管穿孔 / 開腹手術	4-5日目(POD3-4)
F看護師	女	6/6	Oさん	女	60代	右腎臓癌 / 右腎摘出術	2日目(POD1)
			Pさん	女	70代	大脳腫瘍 / 開頭摘出術	2日目(POD1)
G看護師	男	9/9	Qさん	男	50代	心筋梗塞による心肺停止 / PCI後に蘇生	3-4日目(POD2-3)
			Rさん	女	90代	心原性脳梗塞 / 保存治療	1日目
H看護師	女	2/8	Sさん	女	80代	脳出血 / 経過観察、2日後手術予定	3日目
			Tさん	男	90代	転倒外傷・誤嚥性肺炎・延髄梗塞 / 保存治療	2日目
I看護師	男	9/9	Tさん	男	90代	転倒外傷・誤嚥性肺炎・延髄梗塞 / 保存治療	2日目
J看護師	女	2/6	Uさん	女性	70代	特発性間質性肺炎 急性増悪 / 保存治療	4日目

POD: Post-Operative Day 術後

研究参加者の患者は、看護師の受持ち人数（1日平均1～2名）と研究参加への同意の可否で人数が異なるが、合計13名で、男性5名、女性8名であった。年齢は40代1名、50代1名、60代1名、70代4名、80代5名、90代1名であった（疾患名および治療、入院日数等は表1を参照）。

2. データ収集場所とデータ収集の概要

フィールドワークを行ったICUフロアと患者エリアの概略図を図3に示す。2施設のICUにてフィールドワークを実施したが、ICUフロアのベッド配置と患者エリアは概ね類似していた。ICUは全10～12床であり、ナースステーションはフロアの真ん中に位置していた。ベッド1～2は個室になっており、ベッド3～10はカーテンで仕切ることができるようになっていた。ほとんどのベッドではベッドの足側に電子カルテが置かれており、主となる生体監視モニターは頭側のBの位置、人工呼吸器は頭側のAの位置に置かれていた。ICUのベッドは一般病棟のベッドよりも機能が多い高機能ICUベッド（体重測定ができたり、傾斜が細かくつけられる）が使われており、ベッドの高さは概ね看護師が観察やケアがしやすいよう看護師の腰の位置程度に固定されていることが多かった。

実際のフィールドワークの平均日数は2日間で、フォーマル・インタビュー平均時間は54分であった。追加インタビューは3名に行い、平均時間は21分であった。

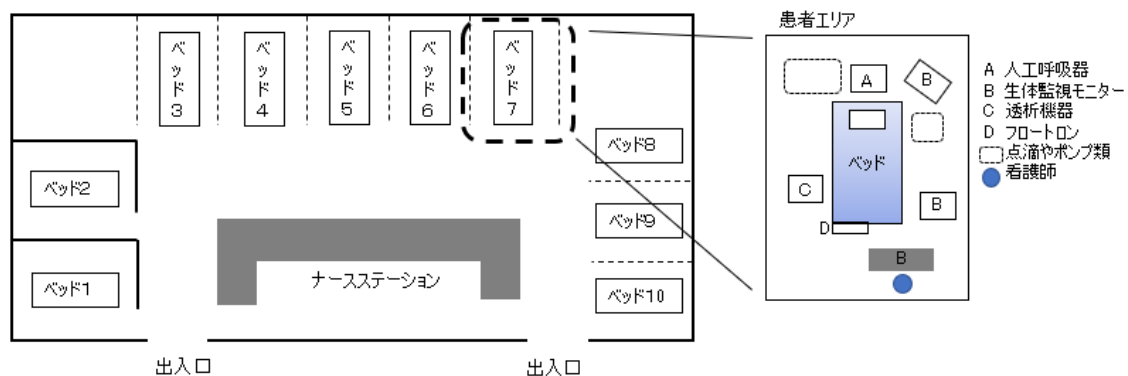


図3. ICUフロアと患者エリアの概略図

B. 結果

「触れる現象」がどのような文脈の中で生じていたかについて、事例の要約（表2）を示した。各事例から「触れる一連のプロセス」（図1）を用いて「触れる場面」を取り出した結果、43の場面が抽出された。43の場면을より詳細に比較できるように、1つ1つの場面を「状況」、「看護師と患者の相互作用」、「触れ方・触れる方法」、「帰結」に分けて整理し（表3）、「状況」と「帰結」に着目して比較し、分析した。「状況」と「帰結」に着目したのは、触れることがどのように生み出されているかという観点と、触れることがケアにつながるという観点に着目したからである。「状況」には、患者の状態や状況、看護師の患者に対する思いや考え方、周囲の状況などのさまざまな要素が含まれていたために、特に患者の状態や状況に焦点を当てた。類似した「状況」をまとめ、その「状況」ごとに「帰結」をみて整理した結果、7つの「状況」と5つの「帰結」が明らかになった。7つの「状況」と5つの「帰結」は以下のとおりである。7つの「状況」（患者の重症度や緊急度が高いと考えられる順に列挙）：「医療機器や薬剤による補助が必要な循環・呼吸が不安定な状態」、「状態が急激に変化する可能性が高い状態」、「人工呼吸器を装着している状態・痰の貯留や呼吸変動を生じやすい状態」、「覚醒状態や意識レベルを確認する必要がある状態」、「せん妄の状態・興奮や失見当識のある状態・精神的に不安定な状態」、「意識レベルが清明であり、集中治療を必要とする状態」、「疾患や治療などにより言語的指示が伝わりにくい状態」。5つの「帰結」：「患者の状態を把握する」、「安楽にする（身体的/精神的）」、「危険な動きを防止する」、「身体や動きを支える」、「患者との距離感を把握する」。

7つの「状況」を縦軸とし、5つの「帰結」を横軸として、各触れる場面がどこに配置されるかを表4に整理した。表4においては、「状況」を「触れる場面の状況」、「帰結」を「触れることの帰結」という名称にした。表中の同じマスに配置された触れる場面については、「触れ方・触れる方法」（状況に対応するためにどのように触れたのか）という観点から類似した場面をまとめて、場面の説明文をつけた。場面の説明文をみながら、それらを含めた小テーマをつけた。「触れる場面の状況」の中には複数の小テーマが存在し、小テーマ同士の重なり合いがあるものもあれば、ないものも存在した。しかし小テーマと「触れる場面の状況」の絡み合いや小テーマ同士の連動、同時連続的な現れによって、ICUにおける看護師の触れる現象が構成されていると考えられたため、「触れる場面の状況」と小テーマが包括されて、どのような触れることの特徴となっているかを検討し、大テーマをつけた。7つの大テーマは以下のとおりである：①患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる、②触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる、③手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる、④患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる、⑤安寧の提供と危険回避のために触れる、⑥距離感をはかりながら触れて関係性をつくる、⑦言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える。

以下、大テーマごとに場面番号を上げて示す。なお結果において【 】は大テーマ、《 》は小テーマ、〈 〉は触れる場面の状況を示す。フィールドノーツのデータは『 』で場面番号を示し、引用部分は斜体で示す。例えば (A/FW1/9:10) は、A 看護師/フィールドワーク 1 日目/9:10 の記述の引用である。インタビューのデータは「 」に斜体で示し、分かりにくい表現については研究者が () で言葉を補った。「 」の文末にある (A10) という記載は、A 看護師のインタビューデータの 10 番目の引用であることを示す。(A/FW1/H) という記載は、A 看護師/フィールドワーク 1 日目/ヒアリング (インフォーマル・インタビュー) を示す。

1. 大テーマ1：患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる

〈医療機器や薬剤による補助が必要な循環・呼吸が不安定な状態〉の患者にとって、身体に触れることや身体を動かすことは、循環動態変動や酸素消費量亢進に繋がることから生理学的な侵襲になりうるが、触れて行う日常生活援助などの基本的ケアは、患者の生理的ニードを満たし二次的合併症を予防することにも繋がる。そのため看護師は患者に不用意に触れることはせず、清拭や体位変換といった必要不可欠なケアを機に触れたり、触れ

るタイミングを考えて好機を見計らったりしながら《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》ことを行っていた。また常に状態を捉えることによって《患者の身体に負担をかけずに動かす》ことが可能となっており、これが繰り返されながら【患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる】ことに繋がっていた。該当する場面は10場面あり、7場面には両方の小テーマが繰り返し現れていた。両小テーマを含んだ2場面と状態観察に特化した1場面を示す。

a. 循環動態変動に考慮して《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》ことと《患者の身体に負担をかけずに動かす》ことを併せ持つ場面（場面番号:29-30）

この場面は《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》と《患者の身体に負担をかけずに動かす》という2つの小テーマを併せ持つ場面であり、循環動態の変動を考慮し、侵襲を与えないよう、看護師が注意深く触れている場面である。Qさんは急性心筋梗塞によって心肺停止を生じた50歳代の男性であり、経皮的冠動脈形成術を施行し蘇生した患者だった。昨日まで経皮的な心肺補助法と大動脈バルーンポンピングを使用して循環動態を維持していたが抜去され、現在の循環補助は昇圧剤（ノルアドレナリン）のみとなったが、循環には注意が必要な状態だった。ベッド周囲は人工呼吸器や生態監視モニターが置かれ、多くの点滴で要塞のようだった。今朝6時まで持続鎮静をしていたが、意識レベルの上昇と自発呼吸の戻りをみるために中止となった。G看護師がQさんに対面するのは初めてだった。場面29は受け持ち初回の体位変換場面であり、場面30はその後の清拭場面である。

『場面29』朝9時の時点でQさんの意識レベルはRASS (Richmond agitation-sedation scale: 以下RASSと記す) で-4~-3であり、自発的に開眼したり動いたりする様子は全くなかった。最初の体位変換時、G看護師はモニターに目を向けながらQさんの背中にゆっくりと手を入れた。手を入れていくと、Qさんの首がゆっくり後屈した。G看護師はQさんの首がガクンと落ちないように腕に乗せて支えるようにし、もう片方の腕をエアマットに押し付けるようにして背中にグッと入れ込んだ。手を入れ込むとQさんの身体はエアマットのわずかな振動でクニャクニャと動いた。G看護師は自分の身体をQさんに密着させ、上半身全体で支えるようにすると、他の看護師2名にもしっかり支えるよう伝えて、ゆっくりと自分の方に引き寄せ、そのまま体を横向きにした。体格のよいQさんだったが、持ち上がる時も横を向く時もほとんど体が揺れなかった (G/FW1/9:10)。

『場面 30』清拭時、G 看護師は Q さんの腕にシャワーボトルでお湯をかけ、泡を塗った。腕を持ち上げる際は、Q さんの肘を下から支えて自分の腕で固定し、一瞬動きをとめてモニターを見た後、泡をつけた手のひらで力強くこすった。Q さんの前胸部を拭く際には、内出血のある胸骨部分をそっと泡で洗い、その周囲については Q さんの顔を見ながら徐々に力を強くしていった。Q さんの表情は特に変わらなかった。下肢を洗う際は、上肢と同様にお湯をかけて泡をつけ、膝裏と足首を支えながらゆっくりと片足の膝を屈曲させて膝を立たせた。膝を曲げると G 看護師はモニターを見て数秒静止し、再びガシガシと泡をつけて洗いはじめた。洗いながら G 看護師は「足がきれいで筋肉がないね」と独り言をいった。背中を拭くために体を横向きにする際、G 看護師は Q さんに覆いかぶさるようにして首から背中全体を腕で支え、「横向くよ」というと一気にグイッと側臥位にした。他の看護師が背中を洗っている間、G 看護師はモニターや患者の顔を見つつ、Q さんの腰のあたりを何度か擦った。体幹や下肢を動かすときは必ずモニターや患者の顔を見て、動かした直後はそのまま数秒静止し、モニター変動がないかどうかを確認していた。清拭中にモニターの変動はなかった。仰臥位に戻してオムツや寝衣を整えながら G 看護師はモニターを眺め、Y さんの顔にも目を向けた。清拭中もチラチラと Q さんの反応を気にしていたが、Q さんが開眼したり、自発的に動くことはなかった。(G/FW1/11:30)

G 看護師が Q さんに触れるのは、体位変換が初めてだった(場面 29)。G 看護師はゆっくりと慎重に手を背中に差し込みながら、必ずモニターに目を向けて、自分の手の刺激によって生じる Q さんの血圧や心拍数の変動を見ていた。すべてがゆっくりとした動きで行われ、Q さんの身体の力の入り具合を 1 つ 1 つ確かめるようにしながら腕で身体を支えた。このときのことを G 看護師は「あんまり意識してなかったですね (G10)」と語ったが、Q さんの状態を「昨日 PCPS (経皮的人工心肺装置) を抜いたばかり (G/FW1/H)」で、循環が不安定であると捉えていた。また「PCPS (経皮的人工心肺装置) を回していた時に血栓が飛んだ可能性がないとは言えないので、(意識) レベルが完全に戻るかどうかはわからない (G/FW1/H)」、「(今、レベルが低いのは) どちらかという薬剤性だと今は思っていたい、そう信じたい (G/FW1/H)」と脳へのダメージの可能性も考えていた。触れる刺激によって実際にどの程度の循環変動が生じるのか、どの程度の意識の覚醒があるのかがわからないなかで、G 看護師は Q さんの身体に触れながら「力が入ってるとか、(中略) お互いのなんていうのかな、うまく言い表せないけど (身体との) コミュニケーションの 1 つとして

やっていますね (G26)」と触れて動かしながら Q さんの身体の状態を感じ取っていた。そして「(体がダランとしているのは) 鎮静っていうか、(起きてくれば) もっとシャキッとすと思う。でも今、全然そうじゃないのは、やってみてわかることだったり。だから全部支えるつもりで (やった)。(G/FW1/H)」と、触れた時々で感じた Q さんの身体の状態を元にして、自分の身体で Q さんの全部を支えるような触れ方になっており、それが Q さんの身体の振動を防ぎ、循環変動を生じさせない触れ方になっていた。

場面 30 で、G 看護師は Q さんの身体を動かして支えた後は必ず、一瞬動きを止めてモニターを見るようにしていたが、場面 29 の体位変換のときよりも、触れ方や拭き方には力強さや緩急があった。この点について G 看護師に尋ねても、特に意識して触れ分けているわけではなかった。しかし時間の経過を経て、G 看護師は Q さんの指先のわずかな動きや、瞼が開きそうになる様子、自発呼吸が出てきた様子を見て、「少し起きてきた (意識レベルが戻る可能性が高くなってきた) (G/FW1/H)」と回復傾向にあることを実感した。場面 29 の体位変換の状況と回復傾向であることを加味し、G 看護師は清拭の際に、「**血圧は 90 から 100 くらいでレート (心拍数) も 80 台。呼吸も 20 回前後で CPAP* にしてからも頻呼吸になっていないし、SpO2 100% で、おしっこも出てる。循環としては昇圧剤がいつてますが、落ち着いてるほうじゃないかな。体の水も足りていると思う。だから清拭も体位変換も結構ガシガシやったし、やっている最中も血圧は変わらないし、レート (心拍数) が上がったし、不整脈がでたり、やった後でも変化はなかった (G/FW1/H)**」と、触れながら患者の呼吸、循環、水分バランス等を把握し、触れて動かしても大丈夫という判断の元に触れ、実際に触れたことによる状態も把握していた。循環動態変動の程度がわかると、G 看護師は清拭で身体に触れながら、「**浮腫み、(意識) レベル、(中略) 患者が話せない分、こっちが触って、嫌なところとか、痛いところとか、いろいろ確認してまわってる (G/FW1/H)**」、「**普通に触りにいっちゃう。看護師としてなんかこう知りたい。言葉が通じない分、触って何かこうお互いに通じ合えるかどうかをみてる (G30)**」と、循環動態以外の患者の苦痛や負担についても状態を確認し、そのときの Q さんの反応をみて、拭く強さなどを変化させていた。Q さんのような循環・呼吸が不安定な状態に対し、G 看護師はケアを契機しながら《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》ことを行い、その状態に合わせて《患者の身体に負担をかけずに動かす》ことを行なった。また、動かした結果として《患

* CPAP：人工呼吸器モードの 1 つで、吸気・呼気を通じて気道に一定の陽圧がかかるのみで、すべて自発呼吸で呼吸数が維持されるモード。

者の身体に負担をかけずに状態を把握する》ことを行い、これが何度も繰り返されていた。G 看護師が Q さんに触れているのは、一見すれば体位変換や全身清拭を安全に遂行しているだけでもみえるが、これらの繰り返しによって【患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる】ことが可能となっていた。

b. 好機を考慮し《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》場面（場面番号:10）

この場面は《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》という小テーマの場面であるが、好機を考慮し触れて状態を把握する場面である。N さんは大腸がんの開腹手術後に消化管の縫合不全を合併し、再手術となった 80 歳代の女性だった。再手術時は敗血症性ショックの状態、循環動態が非常に不安定であり、大量の昇圧剤投与と輸液が行われた（それにより体重が 15kg 増加した）。再手術後 2 日目（本手術からは術後 8 日目）となり、昇圧剤は昨日すべて離脱したが、術後の心不全予防のための利尿剤投与と持続的血液濾過透析（Continuous Hemodiafiltration；以下 CHDF と記す）による除水が行われており、循環血液量の減少による血圧低下のリスクと、敗血症の再燃によるショック状態出現の可能性があった。現在の意識レベルは RASS-4~3 で、朝 9 時の時点で持続鎮静を中止したが、ほとんど動きがなかった。朝から医師が N さんのベッドサイドに入れ代わり立ち代わりやってきて、呼吸器設定の変更や点滴変更指示を出していた。C 看護師はその指示などを受けながら、ケアを進めていく状態だった。

『場面 10』N さんのベッド周囲は多数の点滴（輸液ポンプ類が 10 台）、人工呼吸器、CHDF、数々のモニタリング機器など多くの医療機器に囲まれていた。N さんの個室に入った際、研究者はベッド周囲の様子や仰臥位で寝ている身体がパンパン（全身浮腫）の N さんの様子を見て、頭には「重症」という 2 文字が浮かび、なかなか近寄れなかった。朝、ベッドサイドに行くと、C 看護師は躊躇せずに鎮静中の N さんに近づき、声をかけながら確認を始めた。下肢の布団をめくり、カテーテル等の刺入部を確認すると、布団を元に戻しながら N さんの右足の甲に手のひらを一瞬当てた。布団の乱れを直すようにして左足の甲にも同様に一瞬触れると、反対側のベッドサイドに回って上肢の抑制帯の固定を確認しながら右手の甲に自身の手のひらを当てた。そして「手、冷たい」と独り言をいった。(F/FW1/8:45)

レントゲン撮影がきた際にも、C 看護師は N さんの身体の位置を整えた際に、N さんの左手を包むようにしてスッと触れた。それからしばらく、C 看護師は N さんのいる個室の中

でほとんどの時間を過ごしたが、ベッドの足元にある電子カルテのところを定位置とし、そこから時折 N さんのベッドサイドによっていき、N さんの顔を覗き込んで戻ってきてモニターを眺めたりしていた。部屋は静かで、人工呼吸器のプシュープシューという換気音しか聞こえなかった。(F/FW1/9:00)

血液濾過透析の回路交換のタイミングで行われた清拭時にも（循環変動を考慮して、除水が停止したタイミングで行われた）、C 看護師は体を拭きながら「36 度くらいかなあ」といい、手早く全身を拭き終えた（実測体温は 35.5 度だった）。そして N さんの午後の予定について他の看護師と顔を合わせて話をしながら、手のひらだけを N さんの足の甲や足先に当て、温度を確かめるように 2~3 度密着させて触れていた。(F/FW1/11:30)

午後のバイタルサイン測定時には足背動脈の触知を行い、その際に足趾の状態などを念入りに観察した。その後、体位変換を行うタイミングで N さんの上肢の抑制帯をほどくと、C 看護師は N さんの手の甲と手のひらに自分の手のひらをそっと当て、体位変換に取り掛かった。体位変換が終了し、布団をかけるタイミングで両手を足の甲にスッと当てて離すと、そのあとフロートラックモニター*を眺めていた。(F/FW1/14:35)

C 看護師は常に N さんの個室にいたが、電子カルテの前を定位置とし、必要なケア以外の時間は N さんに触れなかった。しかし、朝の確認時や抑制帯固定時、意識レベル確認時、清拭時といった機会に、ある程度の間隔をおきながら触れていた。その触れ方は、明確に触れたというよりも、ついでに触れた、良く見ていなければ見逃してしまいそうな何気ない触れ方で、いつも手のひらをそっと 1 秒に満たないくらいの時間、軽く密着させるような触れ方だった。C 看護師は自分がそのように触れていたことに対して「いや、特には。知らなかったです (C19)」、「無意識ですね〜 (C20)」と自覚はなかった。しかし C 看護師は N さんが今に至る経過を「2 回の手術を乗り越えた人なんです (C/FW1/H)」、「人道的でない（尋常でない）くらい昇圧剤を使って、（体重が）15 kg くらい増えた。そのくらいしないといけないレベルの人だったんです (C/FW1/H)」と語り、「超急性期なんですよ。階段が 20 段くらいあったとして、最低限 1 コ上がったくらい (C52)」と回復してきてはいるものの、まだまだ予断を許さない不安定な状態であると捉えていた。そして「手とか足とか

* フロートラックモニター：動脈圧波形情報に基づいて、心拍出量をはじめとする循環動態に関連するパラメータを連続的に測定することができる機器。この中に体血管抵抗係数 (SVRI) も示される。

触って…。冷たくなってきたら、ちょっとよろしくないの。末梢循環不全が起きはじめていますよっていう証拠になるので。最初に朝来て触った時と、どのくらい変わるかっていうのはよく見ますね。癖みたいなものです。フィジカルアセスメントしようって感じで触っちゃいます (C28)」と語り、触れて感じた皮膚温から末梢循環不全の兆候を把握していた。さらに「足は人肌。でも手は冷たい。足がこの暖かさで血圧が保てるのは逆に良いってことかなと思うんですよね。(C/FW1/H)」、「あったかいのはすごく悪い。循環不全が起きていないので悪いことではないと思うんですけど、(末梢血管が) 開き過ぎちゃうと血圧が下がってきて嫌だなと思って。感染ってことですので、身体の熱、十分注意しながらみようかなと思って (C27)」と語り、触れて感じた皮膚温から敗血症性ショックの可能性を考え、血圧の状態を推察していた。また皮膚の温度をフロートラックモニター上の体血管抵抗係数 (Systemic Vascular Resistance Index ; 以下 SVRI*と記す) とも比較し、「本当はあったかいか、冷たいかの末梢がひらいているか、ひらいていないかって、あそこに数字が出てるんですよ、SVRI。だけどあれだけでは測れないものがあるから、ちゃんと自分の体温で感じてみてやる必要だっただけ教えてもらいました (C43)」と述べ、「(モニター上の産出値は前提となる) ものが違えばやっぱり値の信憑性はなくて、あれは推移をみていくためのもの (C44)」であり、「触っちゃった方が早いです。その方がわかる (C45)」と、触れて感じた皮膚音と数値を合わせながら、末梢循環の推移を常に考えていた。そして同時に「浮腫んでるのか、あったかいか、冷たいのか…みますね。ICU の看護師さんは大抵みんな、すごいみてる感じがします (C29)」と、浮腫の状態 (血管外への水分の移動) と末梢循環の状態 (末梢血管抵抗) を合わせて、循環動態の変動が生じる可能性を考えていた。これらの触れる行為は「観察する」といったような自覚的な行為としてではなく、「感じてないですね。もう、こうやっている中に、こう自然に (C30)」と習慣のように行われていたが、好機を考慮して触れ、皮膚の温度や浮腫の状態から循環変動の生じる可能性を把握し、侵襲なくケアを行うことや身体を動かすことが可能かどうかの判断に繋がっていた。C看護師の触れることは、【患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる】ための前段階の《患者の状態を把握する》こととして行われており、その判断がケアに繋がっていた。

* 体血管抵抗係数 (SVRI) : 末梢循環の指標の 1 つ。敗血症性ショックなど末梢血管が拡張して抵抗が減少した場合は、低い値となる。フロートラックモニターでは、動脈圧波形に基づいて算出される値であるため、動脈圧波形に左右される。

c. 循環動態だけでなく皮膚状態に考慮し《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》

ことと《患者の身体に負担をかけずに動かす》ことを併せ持つ場面（場面番号:12）

上記 a と同様に 2 つの小テーマを併せ持つ場面であるが、同様の小テーマを含みながらも触れ方などが a とは異なり、循環動態に加えて脆弱な皮膚状態も考慮して触れる場面である。N さんは前述 b と同様の患者である。前述のとおり循環動態が不安定なことに加え、手術侵襲と大量輸液の影響によって四肢を含めて全身(特に四肢)に著明な浮腫があった。体位変換や清拭などの身体を動かすケアは、循環動態を考慮して CHDF の一時回収時(回路交換で除水が停止)を利用し、必要最小限で行われていた。場面 12 は、そのような状況の中で、関節拘縮などを予防するために行われたベッドサイドリハビリの場面である。

『場面 12』持続的血液濾過透析が回路交換のために中断されていたが、つい先ほどから再開された。N さんの血圧は 140-150/-mmHg 台、HR70-80 回/分台で推移していた。C 看護師は「除水の 250ml が効いてくる前に」といって、N さんの下半身のベッドサイドリハビリを開始した。C 看護師は N さんの踵部をすくうようにして左手に乗せ、軽く包み込むように持つと、N さんの足底部に前腕を当て、右手を N さんの膝頭にそっと添えて、モニターを見ながらゆっくりと足関節の屈曲運動を始めた。少し屈曲させると、N さんの眉間に皺が寄り、150/-mmHg 台だった血圧が徐々に上昇して 170/-mmHg になった (HR80 回/分台で変化せず)。C 看護師は一度手を止めると、N さんの表情をじっと見つめた。手の動きを止めていると、N さんの眉間の皺が緩み、血圧が 150/-mmHg 台に戻った。C 看護師は再びゆっくりと足底部を押し始めた。足関節はかなり浮腫んでいて、屈曲は 90 度までいかない状態だった。両足関節が終わると、膝関節の屈曲運動に移った。C 看護師は左手の手のひらを、指をそろえてピンと伸ばし、そっと膝裏に入れて支え、足首あたりにもう片方の手のひらを添えて、ゆっくりと N さんの膝を立てるように屈曲させていった。N さんの眉間の皺が足関節の時よりも深くなり、モニターの血圧が 180/-mmHg 台となった。C 看護師は「痛いよね～」と言いつつ、膝の屈曲をそこで止めて「固まってそうだね…」と独り言のようにいった。反対側の膝も同様に行い、最後に股関節の外転運動を行った。N さんの大腿は浮腫で直径が 20cm くらいになっており、脛脛も太く、かなり浮腫んでいる様子が伺えた。C 看護師は両腕をフォークリフトのフォークのようにし、エアマットに手を押し付けながら N さんの左下腿の下にゆっくりと入れ込み、両手のひらで足関節と膝関節に手を添えて下肢を支えた。そして N さんの下肢全体がエアマットから少し離れる程度に持ち上げ、ゆっく

りと外転させた。Nさんの下肢を乗せたC看護師の手のひらはほとんど真っすぐで、下肢を掴む様子はなかった。Nさんの眉間に皺は寄ったが膝の屈曲時ほどではなく、血圧は160/-mmHg台で推移していた。下肢を支えて動かす際、C看護師はグッと口を引き結び、腰をひき、ボディメカニクスを利用して引いたり、戻したりしており、かなり重そうだった。外転が30度くらいまでいくと、C看護師は動きを止め、モニターやNさんの表情を見た。Nさんの眉間の皺が深くなりはじめると、C看護師は外転させるのをやめてもとに戻した。これを3回程度繰り返した。(C/FW1/14:45)

術後の心不全予防のための利尿剤投与とCHDFによって、Nさんの循環血液量は減少傾向であり、C看護師は「除水を1時間で250mlするってことは、脱水になりやすいです(C/FW1/H)」と身体を動かすことによって血圧の低下が生じる可能性を考え、モニターをみながら慎重にNさんの下肢を動かした。しかし実際にリハビリを開始するとNさんの血圧は低下せず、触れて動かすことによって容易に上昇した。C看護師は血圧を確認しながらNさんの下肢を動かし、「固い、重い、動かしてみても顔を見て、痛そうか、拘縮してないとかか…(C65)」、「拘縮だけじゃなくて、筋緊張もあるかも。(動かしたときは)完全に他動運動ですけど、ちょっと力を入れてくれている場合もあるので(C70)」と、関節の抵抗や疼痛、筋緊張などを感じとり、血圧を上昇させすぎないように注意しながら、動かす範囲を決めていた。下肢に触れて動かす際は、常にゆっくりとした動きで、自分の手を板のように使ったり、フォークリフトのようにして使用していた。研究者はこの時点で研究者は実際にNさんの皮膚に触れていなかったため、かなり浮腫があるなど感じていたものの実際の触感にはわからなかった。実際に触れさせてもらおうと、見た目よりもはるかに脆弱な皮膚の触感に驚かされた。C看護師は「触り方は…(C14)」とあまり自覚していなかったが、「圧痕は(常に)できるかなって思って(触って)ます(C67)」という思いで触れており、「すごく、包むようには触っているつもりなんですけど。とりあえず上からは持たないように、関節を一緒にもって上げないとダメなので(C68)」、「どちらかという浮腫んでいるので、広い面積で持ってあげた方が手の圧痕がつかないかな～っていうのでやってみました(C41)」と皮膚の触感を感じ取りながら、圧痕がつかないように触れていた。さらにC看護師は「表皮剥離とか水疱とかもできやすいので。別にこの時こうみてますってよりも、いつでも触っているときには、皮膚はみてるって感じです。あっという間にできるので。あのくらいの皮膚だと(C63)」と、何げない触れる動作のなかで常に皮膚の状態を

感じ取り、表皮剥離や水疱ができていないかを確認しながら、さらに表皮剥離や水疱を生じさせないような触れ方で触れていた。C看護師はNさんのような状態の患者に触れることを「やっぱ、それ（触れること）は、1コの刺激でしかないので（C41）」と、些細な刺激が侵襲になることを考慮し、ケアのタイミングを考え、《患者の身体に負担をかけずに状態を把握する》ことと《患者の身体に負担をかけずに動かす》ことをしながら、侵襲を与えないケアをするためにどのように触れたらいいかを考え、実践していた。

2. 大テーマ2：触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる

《状態が急激に変化する可能性が高い状態》の患者は、安定しているようにみえても些細な出来事がきっかけで状態が急激に変化する可能性を孕んでいる。そのため活動などの負荷がかかる際には、触れることで動きを把握し負担を予測したり、前に触れた状態との比較をすることで《患者の身体に触れて、今後の推移を予測する》ことが行われていた。また患者の状態の急激な状態の変化は、それに伴って転倒したり、新たな症状の出現を生じさせる可能性がある。そのため、動く様子をみながら転ばぬ先の杖として手を添えたり、状態の変化に合わせて身体を支え、支えながら状態を確かめることで《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》ことが行われていた。予測しながら身体を支え、支えながら状態を確かめてまた予測するということが繰り返される中で、【触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる】という触れることの特徴が表れていた。該当する場面は7場面あり、そのうち5場面には両方の小テーマが含まれた。両小テーマを含んだ2場面を示す。

a. 循環変動が起こりうる《患者の身体に触れて、今後の推移を予測する》と《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》を併せ持つ場面（場面番号:1-2）

この場面は《患者の身体に触れて、今後の推移を予測する》と《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》という2つの小テーマを併せ持つ場面であり、活動によって循環変動が起こりうる可能性を予測しつつ触れる場面である。Kさんは腹部大動脈瘤にてステントグラフト内挿入術をおこなった70歳代男性だった。手術後1日目であり、離床できれば午後一般病棟へ転床予定であった。落ち着いてはいるものの、心負荷を考慮して酸素投与、点滴（冠動脈拡張薬、抗凝固薬投与）が行われており、Aラインによる持続的な血圧のモニタリングが行われていた。心電図上、不整脈等はなく、自覚症状の訴えもな

かった。過去に狭心症にてカテーテル検査を受けたことがあり ICU への入室は 2 回目であり、K さんは夜勤看護師と笑顔で会話していた。A 看護師が K さんと対面するのは初めてだった。場面 1 はベッド上安静が解除され始めて起き上がる場面であり、場面 2 はそれに続く清拭場面である。

『場面 1』A 看護師は K さんに「起き上がってみましょう」と明るく声をかけ、ベッドの高さを下げた。ベッドの上で仰臥位のまま深夜看護師と笑顔で話していた K さんは、A 看護師の言葉を聞くと少し真顔になり「起き上がるのね」と言って、自分でベッドの右側に少し体全体を寄せ、左手で左側のベッド柵の付け根の柱を掴んで左側臥位になった。K さんが臥位で動いている間、A 看護師はモニターをみつつ、K さんの右側にある A ラインや尿道留置カテーテルが引っ張られないように位置を調整していた（モニター上、BP は 108/-mmHg、HR は 70 回/分で整脈）。K さんが起き上がる動作に入ると、A 看護師は K さんの肩下にスッと手を入れて（マットに手を押し付けて下側から肩をすくう感じ）「起き上がる？」と声をかけ、K さんの起き上がっていく動きに合わせて手を添え、モニターと K さんの動きを交互に見ていた（表情は反対側なので見えない）。K さんは答えなかったが、左側臥位の姿勢から左ベッドサイドに両足を徐々におろし、床にしっかりと足をついて端坐位になった。A 看護師は K さんの肩～背中に手を添えたまま、「一度血圧を測りましょうか」と K さんに声をかけた。自動血圧計の実測値は BP92/-mmHg (A ラインの数値は 106/-mmHg) だった。A 看護師は実測値を見て、「大丈夫？フラフラしない？」と確認したが、K さんは「しないなあ」と変わった様子もなく答えた (K/FW1/9:30)

『場面 2』血圧は低めだったが自覚症状や不整脈等の出現もなかったため、清拭が始まった。清拭は A 看護師とフリーの看護師（受け持ちを持たずケアをサポートする看護師）で行った。サポート看護師が寝衣を開いて前胸部を拭き始めると K さんの上半身が前後に動いた。A 看護師は背中側から支えるように自分の両前腕を K さんの背中に密着させ、肘をまげて自分の上半身をぐっと近づけた。A 看護師が背中を押さえることによって上半身の振動が減った。K さんは A 看護師の腕に背中を預けて、拭かれることに身を任せていた。A 看護師は背中を支えながらモニターをじっとみている。サポート看護師が前胸部を拭き終わり腹部を拭き始めると、A 看護師は体勢を戻し、片手の手のひらを K さんの背中のどこかに必ず触れるようにしながら、もう片方の手で布団を手繰ったり、ルートを整理したりしつつ、その間もモニターをチラチラと見ていた。(K/FW1/9:30)

A 看護師は、K さんが臥位で動いている間は、モニターをみつつも点滴ルート等の整理をしていて K さんに触れることはなかった。しかし、いざ K さんが起きあがることになる
と、A 看護師は K さんの身体の下側に手を入れ、起き上がる間、ずっと手を添えていた。
このときの様子を A 看護師は「意識はしてなかったですね。言われてみればそういう風に
していたのかもしれないという程度で、何か意図があつてではないです (A18)」と語っ
たが、「起き上がる動作とか、何か体勢を変える時は、支えていないと転んでしまったり、
不意にふらつくことがあるのでいつでも支えられるような位置にいなさいって、新人の時
とか先輩に言われたような記憶があるので、そのようにしなくてはいけないというか、す
るのがいいのかなと思ってやってきたので、たぶんその延長なのだと思います (A13)」
と、起き上がることによって生じる危険を予測し、いつでも支えられるようにしたいと考
えていた。K さんが起き上がる過程で、A 看護師は「自分の手は体重を感じたわけではな
かった (A14)」と手に感じる重さから K さんが自らの力で起き上がれることを感じ取り、
「本人も意欲があつたので、たぶん大丈夫だろうと予測していた (A30)」と、患者の意欲
も判断したうえで、問題なく起き上がれるだろうと考えたが、「ステントグラフトの人 (A25)」
であること（血管系の治療をした人なので、循環変動が生じる可能性があること）を考慮
し、手は添えられたままだった。場面 1 の後半で血圧の低下が生じたが、場面 2 の清拭は、
離床を促すことと血圧の低下を考慮した上で、端坐位で行われた。拭かれる振動による K
さんの身体の動きみて、A 看護師はすぐに自分の身体を使って K さんの身体を支えた。こ
のときも A 看護師は意識していたわけではなかったが、「血圧が少し低めに出ていたので、
血管系の治療をされているので、(中略) やっぱり起き上がれそうだから起こしたけれど、
そこでふらついたりしたらいけないという風な、まあ考えの元ですかね。なんかそう考
えてた方がいいのかなと考えたのかもしれないですけど (A19)」と述べ、「ある意味、転ば
ぬ先の杖じゃないですけど (A14)」と、負担や危険を見極めての触れ方だった。そして「で
も確かに、患者さんの様子とか、(患者が) 言葉に出してないこと感じて、もしかしたらや
って (触れて) るのかもしれない。自分で意識しなくても (A34)」と、無意識ながらも患
者の状態を常に感じ取り、負担や危険を見極めていた。《患者の身体に触れて、今後の推移
を予測する》ことで、《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》ことが可能とな
り、見極めて触れた反応をみて、さらに今後の予測をすることが、【触れてみて、起こりう
る急激な状態変化の可能性を確かめる】ことに繋がっていた。

b. 麻痺が進行していく《患者の身体に触れて、今後の推移を予測する》と《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》を併せ持つ場面（場面番号:37）

上記 a と同様の 2 つの小テーマを併せ持つ場面であるが、延髄梗塞が進行していく予断を許さない状況の中で、麻痺の進行を予測しつつ把握していく場面である。T さんは誤嚥性肺炎と転倒で入院し、延髄梗塞も診断された 90 歳代の男性だった。梗塞に対しては保存的治療が開始されていたが、今後麻痺の進行が予測されていた。意識レベルは JCS 1-3（軽度認知症あり）で発語はないが、アイコンタクトやジェスチャーで意思疎通が可能だった（しかし表情変化は乏しかった）。酸素マスクにて酸素投与中で SpO₂ は 98%、RR20 回/分前後だった。深夜勤務帯から右上下肢の動きが徐々に落ちてきていると申し送りがあった（右上下肢 MMT*2、左上下肢 MMT4）。I 看護師が T さんをみるのは初めてであった。

『場面 37』朝の体位変換時、I 看護師は T さんに「手、上がる？」と声をかけ、両手で万歳のポーズをみせた。T さんの細い腕は震えながら看護師の顔の近くまで上がったが、右は手首からの動きしかなく 5 cmほど上がってはすぐに下がり、また 5 cmほど上がることを繰り返した。I 看護師は T さんの右手に触れて「有難う」といいながら、手を下すように促した。そして T さんの右腕を大きく擦った後、そのまま T さんの右手を体の横に開いて「身体につけてみて、ここ」と重力に抗わない水平の動きを指示した。T さんの腕が動かなかつたため、I 看護師は声掛けをしながらやってほしい動きを他動運動で行って T さんの動きを待った。T さんはモゾモゾと体幹を動かしたが、腕は動かず、表情も変わらなかった。（I/FW1/9:00）

清拭の際、I 看護師は T さんに左手を自分で上げてもらったり、ベッド柵を持つように促したりしていた。右手に関しては I 看護師自身の腕に乗せるようにして支え、「手は上がる？」と質問しながら拭いていた。T さんの反応は、右手首がほんの少し動く程度だった。左足に関しては膝を高く上げることができていたが、右足は指先が少し動く程度だった。I 看護師が「こっちだよ」といって右の膝裏に手を入れて膝を立たせ、そのまま支えて動くのを待った。T さんの立てた膝はゆっくりと下がるのみだった。T さんは表情を変えず天井を見ていた。I 看護師は「有難う」と伝えて、下肢の清拭を続けた。（I/FW1/9:30）

10 時に定時のバイタルサイン測定があり、I 看護師は T さんの左手足の動きを「動きま

* MMT : Manual Muscle Test ; 徒手筋力測定。麻痺の程度をみるテスト。MMT0 は筋収縮なし。MMT1 は僅かに筋収縮あり。MMT2 は水平運動可能。MMT3 以上は抗重力運動可能。

すか？」と聞いて、触れて確認した。そして体重測定時(10:30)とベッドサイドリハ時(11:00)にも同様に確認した。次の体位変換時、I看護師は「手、動きますか？」と尋ね、Tさんが手を上げるのを待たずに、右手を下から支えるようにして持ち上げた。右手は動かず、手首も動かなかった。TさんはI看護師の顔を見ていた。I看護師は右手を支えたまま、再度「動かせる？」と確認したが、手は動かなかった。するとTさんが左手を上げた。I看護師はそれを見て「有難う」と言って笑いかけた。体位変換が終わるとI看護師はそのままナースステーションに向かい、「右のMMTが1のレベル」であることを医師に電話で報告した。(I/FW1/13:00)

医師のカルテには延髄梗塞による麻痺が進行していく可能性が記載されており、I看護師も「想定範囲内でした。夜勤から(動きが)落ちてきてたし、(CT上の梗塞の)場所的にも落ちてくる場所だったので、進行するのは時間の問題だなと(I9)」と考えていた。当初、I看護師はTさんに触れて、自分の手にかかる重さや筋肉の収縮する感触から「動かそうとしていた(I/FW1/H)」、「触れたときに筋肉が動いていた(I/FW1/H)」と、Iさんの動きを感じ取っていたため、動きを促すような声かけをしていた。しかし「朝の体交(体位変換)9時くらいにやりましたよね。その時一緒に夜勤者とみて、ああ動いてるな～、動かそうとしてるな～。で、昼にまた体交した時に、なんか動きが鈍いなと思って。バイタルは3検なので(時間が決まっている)、変化もおかしいなと思ったときにそのつど確認しようと思っていて、確認したら、ストンと落ちていった(I8)」と、麻痺が徐々に進行してく様子を、前回の触れた状態との比較をしながら感じ取っていた。研究者からみると右手の動き自体にあまり大きな変化があったようには見えなかったが、触れているI看護師にとってはその推移が顕著に感じられていた。途中からI看護師の声掛けが「上がる？」から「動く？」に変化していき、最後は「動く？」と聞きながら動かないことを前提にしたように手を支えていた。このことについてI看護師は意識していたわけではなかったが、「(梗塞の場所が)後ろの方で進行も早いところだったんで、たぶんグワーツと進行するんだろうと。MMTが落ちてきても止められない。場所的にも進行してしまうのは仕方がなくて、一応ドクターには伝えよう。(I7)」と、触れて感じた麻痺の進行に合わせて支え、動きの推移をとらえながら医師に報告するタイミングを見計らっていた。加えて「意識は変わらないです。麻痺だけが進行してくる病態。でも延髄なので、呼吸状態もおそらく落ちてくる。だから舌の動きや発声もできなくなってきて、呼吸にも広がっちゃうと落ちて

「*きちやうんで (I10)*」と、触れて感じる麻痺の進行に伴って起こりうる呼吸状態の変化についても予測していた。I看護師は麻痺の状態を《患者の身体に触れて、今後を予測する》ことで捉えながら、進行していく麻痺の状態に合わせて《患者の身体への負担や危険を見極めながら触れる》ことで、【触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる】ことを行い、見た目では捉えきれない麻痺の進行も早期に捉えて、対応を行っていた。

3. 大テーマ3：手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる

〈人工呼吸器を装着している状態・痰の貯留で呼吸変動を生じやすい状態〉の患者は、病態的かつ状況的に気道への刺激によって痰が増加しており、かつ咳嗽反射が低下や自己排痰困難によって、気道浄化が保たれにくい。痰を取り除くことが重要なケアとなるが、身体内部で生じている痰の貯留は、視覚的に確認することが難しく、聴覚（聴診）でも難しい場合がある。また痰の貯留が換気の低下としてモニタリングの数値として表れるまでには時間がかかることもある。《触れて身体の振動や動きを感知》することは、視診や聴診、数値として表れる前の痰の貯留を知ることや換気の状態を確認する手立てとなっており、【手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる】ことが随所で行われていた。該当する5場面中の2場面を示す。

a. 身体と機械（蛇管）に《触れて身体の振動や動きを感知する》場面（場面番号：5）

この場面は《触れて身体の振動や動きを感知する》という小テーマの場面であるが、人工呼吸器の蛇管を患者の身体の一部と捉えて触れ、痰の貯留を把握する場面である。Lさんは腸閉塞による小腸穿孔を起こし、3日前に緊急手術を受けた70歳代男性だった。術後から体動が激しく説明しても治療に対する理解が得られない状態であったため、家族の同意を得て持続鎮静（ミタゾラム）を実施し、本日で3日目だった。痰は多いが呼吸状態は良好で（人工呼吸器はBIPAPモード*）、抜管に向けて朝6時に持続鎮静を中止したが、Lさんの意識レベルはRASS-3で開眼するがアイコンタクトはとれず、動く様子もほとんど見られなかった。B看護師がLさんを受け持つのは初めてであり、場面5は朝の吸引場面である。

* BIPAPモード：人工呼吸器のモードの1つ。高低の呼気終末陽圧を設定した時間サイクルでかけるモードで、二相性の持続気道陽圧（CPAP：前出の注参照）とも言える。

『場面 5』朝の点滴確認が終了すると、B 看護師は「取るね～」と大きな声で呼びかけ、閉鎖式吸引チューブを L さんの気管内チューブの中に入れていった。チューブが入りきっても C さんは開眼せず、咳嗽もしなかった。B 看護師はモニターを見ながら「取れないな」と独り言をいい (SpO2 は 100%)、L さんの前胸部に手のひらを当てて、早いペースで 10 回ほど揺すった。L さんはなんの反応も示さなかった。B 看護師は再び「取るね～」と声をかけ、吸引チューブを挿入したがシューツという空気を吸う音しかせず、痰は取れなかった。B 看護師は「横向いたときに取れるのかな」と独り言をいい、吸引は終了した。吸引の排液ボトルには黄色の痰がかなり溜まっていた。(B/FW1/9:00)

30 分後、B 看護師はベッドの足側から L さんの様子をじっと 30 秒くらい動かずに見つめ、その後モニターと L さんの様子を見ることを繰り返した。L さんは目を閉じたままで動かなかった。B 看護師はベッドに近づくと、左手をスツと L さんの人工呼吸器のマウスピースに続く蛇管に手伸ばし、下から支えるようにして軽く掴んだ。そして何か考えるような顔をしていた。5 秒くらい掴んだ後、その手を放し、そのままその手を L さんの右前胸部、左前胸部、右側胸部、左側胸部 (各 1~2 呼吸毎) の順に移動させ掌を L さんの皮膚に密着させるようにして触れていった。手を当てる部位を変えるたびに、L さんの顔を見ていた。その後、ステートで寝衣の上から呼吸音を聴いた。研究者が「肺雑音が聞こえますか？」と声をかけると、「触っていいですよ」と人工呼吸器の蛇管の部分を指さした。研究者が蛇管に触れると、L さんの呼気に合わせて蛇管からブルブルという振動が伝わってきた。前胸部や側胸部にも触れさせてもらったが、そこではほとんど振動を感じなかった。研究者が、「蛇管に比べたらこっちは全然ブルブルしない。じゃあもう挿管チューブの近くに痰がある感じですね。」というとき、B 看護師はうなづき、「溜まってるんですね。でも出てこない。横向いた刺激とかで出るかなと思うんですが」と少し眉間にしわを寄せて言った。(B/FW1/9:35)

B 看護師は何気なく L さんの前胸部によく手を当てており、「患者さんに近いところを触りたいっていうか。あと痰のこと、気にしてます (B/FW1/H)」と抜管に向けて少しでも良い呼吸状態を保てるように痰の状態を気にしていた。L さんの前胸部での痰の振動はほとんど感知できず、呼吸状態は SpO2 の低下もなく、痰が貯留しているような音も聞こえず、視覚的・聴覚的な情報からの痰の貯留は確認できなかった。しかし B 看護師は「以前にも同じような感じのことがあったから (B/FW1/H)」と、「人工呼吸器を使用していて、鎮

静を行なっている患者(B/FW1/H)を受け持った過去の経験を語り、「こういう患者の場合、痰がないのではなく、貯留していても取れないということが多い (B/FW1/H)」こと、痰の貯留によって「VAP (人工呼吸器関連肺炎) を併発する危険が高い (B/FW1/H)」と考え、「聴診しながら触れながら、聴診だけでは分からないので、触れてみたりして、全体的に触れながらやっていきます (B12)」と、痰貯留の根拠となる振動を少しでも感じ取れないかと頻回に手のひらをLさんに当てていた。結果的にB看護師は、挿管チューブに繋がる人工呼吸器の蛇管に触れて、蛇管の振動から痰が貯留していることを確信した。B看護師は意識して蛇管に触れたわけではなかったと語ったが、蛇管のことを「人工呼吸器は、患者さんの肺の一部だと思う (B/FW1/H)」と捉えており、「機械って患者さんと繋がっていて、そう考えると患者さんの身体の一部だから、機械もみれて、初めて患者さんをみれたってことになるんじゃないかと思う (B/FW1/H)」と、患者の前胸部に触れるのと同様に、身体の一部として捉えて触れたことを語った。医療機器という患者の身体の一部に《触れて身体の振動や動きを感知する》ことで、視覚や聴覚だけでは捉えきれない痰の存在を感じ取ることができ、【手を介して伝わる動きや振動を感じ取り、呼吸ケアにつなげる】ことに繋がっていた。

b. 吸引時に《触れて身体の振動や動きを感知する》場面 (場面番号：40)

上記 a と同様の小テーマの場面であるが、痰の振動だけでなく胸郭の動きも感知し、振動の程度によって吸引実施を判断する場面である。Tさんは前述 (場面 37) の患者で、誤嚥性肺炎を起こしており、治療として抗菌薬と酸素投与 (100% 8l) が行われていた。痰貯留がないとき、SpO₂ は 98%、RR は 20 回/分前後で経過していた。意識レベルは JCS I-3 (軽度認知症) で意思疎通は可能だが、自己排痰ができず吸引を実施していた。鼻出血があり口腔からしか吸引ができない状態だった (鼻腔吸引は禁止) が、吸引では血液混じりの痰が多量に吸引されていた。痰が貯留していても自ら訴えることはなく、呼吸苦を訴えることもなかったが、痰がらみの呼吸音は増強していった。

『場面 40』清拭後に仰臥位にすると、Tさんから痰がらみのガーッという音が呼吸に合わせて聞こえ始めた。I看護師はチラッとモニターを見つつ、「ごめんなさいね」と言いながらTさんの前胸部に手のひらを当て、続けて聴診器で呼吸音を確認した。SpO₂ は 97%、HR は 70 回/分、BP は 129/62mmHg だった。I看護師はTさんに「痰取ろうか」と尋ね、T

さんが頷くと、口腔から吸引チューブを挿入した。血液混じりの痰がズルズルズルという音を立てて大量に引けた。一度吸引が終わると I 看護師は T さんの前胸部に手のひらを当てて、そのまま前胸部を揺るように動かし、声をかけて再度吸引を実施した。I 看護師は「頑張れ」と声をかけながら目線だけを動かして、チラチラとモニターを見つつ、吸引を長めに行っていた。モニターの SpO₂ の値が 97→95→90→88 (%) と下降してきたが、I 看護師は T さんの表情とモニターをみながら吸引を続けた。T さんが咳嗽し始め、眉間にしわがより、苦しそうな表情を見せた。I 看護師は「頑張れ、頑張れ」と自分も苦しそうな顔をしながら声をかけ、吸引チューブを徐々に引き抜いた。チューブが引き抜かれると咳嗽が治まり、T さんの表情はもとに戻った。SpO₂ の値が 90% 代に戻ると、I 看護師は T さんの前胸部に手をおき、「もう一回」といいながら吸引を行なった。今度は T さんが上半身を揺るようにして咳嗽し始めた。I 看護師は「頑張れ」といいながら、患者の前胸部と顔のあたりに視線を集中させ、時折ちらっとモニターをみながら吸引を続けた。SpO₂ の値が 90→88→86 (%) と下降したが、ズルズルと聞こえていた吸引音は小さくなっていった。T さんは眉間にしわを寄せていたが、吸引を払いのけたりはしなかった。HR は 110 回/分代まで上昇したが、徐々に 80 回/分代に戻ってきていた。吸引が終ると I 看護師は T さんの前胸部に触れ、呼吸音の聴診をした。I 看護師は T さんの呼吸が整うまで前胸部に手をおいたまま、一緒に深呼吸をしていた。呼吸が整い始めると T さんは目を閉じた。I 看護師が「T さん」といって右肩をトントンとたたき、顔を近づけて「お疲れさま。少し良くなった？」と尋ねた。T さんは I 看護師をしっかりと見て、ゆっくりと頷いた。痰がらみの音がなくなり、SpO₂ も 98% まで上昇した。吸引前、SpO₂ は 97% だったが、今よりも肩に力が入ったような呼吸だった。吸引後は肩の力が抜けた様子で、呼吸が楽そうに見えた。

(I/FW1/11:10)

1 日に何度か、このような場面が繰り返され、I 看護師は T さんの前胸部によく手を置いていた。前胸部に触れる度、I 看護師は「すごいブルブルっときます (I11)」と痰の振動を感知していたことを述べ、「やっぱりやる (聴診する) と、(振動部位が) 一緒だなんて確認して、(痰が) あるねって吸引して (I12)」と前胸部の振動によって感知した痰の貯留を、聴診によっても確信し、吸引に繋げていた。吸引場面を最初に見たとき、研究者は I 看護師の吸引が強行であるようにみえた。SpO₂ が低下していく様子は研究者に、患者の呼吸が止まってしまうのではないかと、そこまでする必要があるのかといった印象を抱かせ

た。しかし回数を重ねると、吸引後の T さんの呼吸が明らかに楽になっているのがわかり、T さんも吸引中は苦しうであって、その後 2 時間程度痰がらみに悩まされることなく過ごす様子が見られた。I 看護師は「すごいことしてるなって (笑) (I16)」と自分でも思いつつ、「すごい良くなるんですよ、その (吸引の) 前後で (I14)」と、その場では辛くても全体としてみると患者の呼吸の安定に繋がることを述べた。そして「呼吸すると胸って上がるじゃないですか。その上がり具合をちょっと見て、エア入りで酸素化も変わる (I18)」と、痰が取れることで換気面積が改善されて胸郭の上りが良くなる状態を、当てた手の甲の動きと腕に伝わる感覚でみていた。そして吸引をどこまで続けるべきか否かということに関しては、「振動 (をみて)、まだあるのかなっていう (I18)」予測を立てて、「(モニターの) レート (心拍数) と酸素化 (SpO₂) と両方を見て、そこで判断しました (I21)」といい、「(低下しても戻ると) 思ってます。吸引して肺胞の方は吸っちゃうんで、90 いくつで (吸引を) 止めても、もう下がる、下がる。下がるので、下がって、でも呼吸ハカハカしてないし、チアノーゼ出てないし、本人そこまで苦しうな顔してないので、あ、大丈夫だと (I69)」と、振動とモニターを合わせて、患者の状態をしっかりと判断して行っていた。その際、「身体情報の方が第一メインで、数値は補助的。PI*を見て数値の信頼性が薄いとか、1.1 でマシになってきたとか、そこも加味して SpO₂ 値を見てます。絶対視はしてないんで、補助的に (I70)」と、モニタリングの数値が患者の反応や自分の知覚の補助であることを強調した。そして「1、2、3 年目くらいはモニター命、数値命だと思って (I71)」、「機械で拾っているだけなので指標。最初は (モニター) 命です。気づいたらもう補助的に見てる (I72)」と、数値を絶対視してきている時もあったことを語り、それが変化して今は補助的な見方になっていることを語った。I 看護師は《触れて身体の振動や動きを感知する》ことで、吸引のタイミングやどこまで吸引をすべきか、吸引によってどの程度、換気の改善が得られたのかといったことを感じ取っていた。

4. 大テーマ 4 : 患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる

〈覚醒状態や意識レベルを確認する必要がある状態〉の患者は、疾患に伴う脳機能の低下や鎮静剤の投与によって意識レベルが低下していた。特に持続鎮静が中止となった患者の場合、意識レベルの上昇は薬剤効果の影響によって左右される。看護師は鎮静で使用さ

* PI : Perfusion Index の略でパルスオキシメーター (SpO₂ を測定する機器) によって得られる灌流指標。

れた薬剤の特徴を理解し、また患者の肝機能や腎機能も考慮した上で、鎮静薬剤の効果が減少してくる時間を予測していた。そして患者の僅かな動きやモニタリング数値が示す血圧や心拍数の変動、換気量の変化などから覚醒の兆し見てとり（視覚）、《患者の覚醒の兆しをみながら触れる》ことを行っていた。そして覚醒の兆しに合わせて声をかけ（聴覚）、次に触れることでの反応を確認する（触覚）ことを行っていた。【患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる】ことは患者への負担を最小限にした意識レベルの確認であった。該当する5場面中1場面を示す。

a. 《患者の覚醒の兆しをみながら触れる》場面（場面番号：11）

この場面は《患者の覚醒の兆しをみながら触れる》という小テーマの場面であり、持続鎮静剤を中止した後の患者の覚醒を確認していく場面である。前出の場面（10, 12）と同様の患者である。Nさんは大腸がん開腹切除術後に消化管の縫合不全を合併し、再手術となった80歳代の女性で、循環動態が不安定で皮膚も脆弱な状態の患者だった。再手術後2日目となり、以前に比べて循環動態、呼吸状態の変動が落ち着いてきたため、意識レベルと呼吸状態の評価（抜管可能かどうか）のため、持続鎮静（ミタゾラム）を朝9時に中止した。意識レベルはまだRASS-3~4でNさんの動きはなかった。

『場面11』持続鎮静を中止した後、閉眼しているNさんのBPは100-110/-mmHg台、たまたまに開眼するとBPは130/-mmHg台、HRは80-90回/分で、身体を動かす様子はほとんどなかった。朝の時点でバイタルサイン測定を実施したが、その際もNさんが動く様子はほとんどなく、循環動態のことも考慮し、C看護師は11時近くまでほとんどNさんに触れなかった。清拭時（11:30）に側臥位にすると、Nさんがカッと目を開き、BPは160/-mmHg、HRは90回/分になった。C看護師は目を開いたNさんを見て嬉しそうに「Nさ～ん」と大きな声で呼びかけ、仰臥位に戻した後、Nさんの手を握り「手、握って～」と声をかけた。Nさんの目は開いていたが、視線が動くことはなかった。手も握り返されることはなく、C看護師は「う～ん、難しいか～」と言いながら、モニターや人工呼吸器のディスプレイを見た。BPは138/-mmHg、HR83回/分であり、Nさんは目を閉じていた。（C/FW1/9:00-11:30）

午後になるとC看護師は、作業しながらモニターに目をやり、BPが166/-mmHg（上昇してくると）になると「Nさ～ん」と言いながらNさんに近づき、肩を軽くトントンと叩いた。叩かれた刺激でNさんの瞼が開くと、C看護師はじっとNさんの目を覗き込んだ。N

さんと視線は合わなかったが、Nさんの眉間にしわが寄るとモニターをみながら「体勢がきついかね～」と声をかけ、そっと肩に手を置いた。BPが150/-mmHg台に下降し始めたのを確認すると、C看護師は「もう少し頑張っ～」と声をかけた（20分後に体位変換予定だった）。（C/FW1/14:10）

Nさんの手足の動きはあまりなかったが、挿管チューブが挿入された口をモゴッと動かしたり、瞼をピクッとさせる様子が見られるようになった。C看護師は電子カルテのところにずっと立っていたが、Nさんの動きに気づくとモニターをみながらベッドサイドに近づき、「Nさん」と顔の近くで正面から覗き込むようにして声をかけた。ゆっくりとNさんの瞼が半分開いたが、目線は合わなかった。C看護師は研究者の方を振り返ると、「朝より（反応が）いいですね」と言ってニッコリと笑った。しばらくNさんをじっと見ていると、Nさんが小さな瞬きのような仕草を見せた。C看護師は「…そうすると、血圧が上がるんですよ」と呟き、モニターを見た。Aラインによって表示されているモニターのBPが130→140→150/-mmHgへと上昇した。「苦しくて目を開いたり、（血圧が）上がったりにしているのかもしれないですが」と言いながら、C看護師はNさんに苦痛がないかどうか、体位や換気量などを確認した。Nさんの表情は苦しそうではなく、自発呼吸は出てきているものの、呼吸回数も17回/分と落ち着いていた。本当に少しずつではあるが、Nさんが覚醒してきていることがわかった。（C/FW1/14:35）

持続鎮静を中止した後、Nさんの覚醒状態は開眼することもあればしないこともある状態が続いた。しかし開眼しなくても血圧値が上昇したりする様子は徐々に増えてきていた。C看護師はNさんが開眼したタイミングやモニター上の血圧値が上昇したタイミングで声をかけ、Nさんの覚醒状態や身体が感じる苦痛の有無を査定し、手を握ったり、軽く触れることでNさんがどの程度の反応を示すかを確認していた。C看護師はこれを「単なるレベル確認（C22）」と語り、ICUの看護師なら普通のことであると述べた。しかし電子カルテ記入などの他のことを実施しながらもNさんの些細な動きを察知すると視線を向け、ベッドサイドに近寄って声をかけ、声かけに対するNさんの反応をみた上で触れるといったC看護師の行動は、Nさんの状態を的確に捉え、負担を与えないように配慮されていた。C看護師は「今はどうやっても起きないですね。プロポ（フォール）なら話は別ですけど（C/FW1/H）」とミタゾラムによる鎮静は覚醒するまでに時間がかかると捉え、「薬を使っているので確実に1時間は目覚めないなって思うので、そこで無理やり起こしても、何のた

めに起こしているというか、声をかけているのかというのがわからないときはやらないです (C23)」と薬剤の効果がなくなる限りは、無理に起こすことが患者の負担になると考えていた。加えて N さんの状態について、覚醒時間には「個人差がある (C/FW1/H)」と述べたうえで、「肝機能と腎機能も落ちているから長引くかも (C33)」と、鎮静薬の代謝と排泄が遅延する可能性を考慮していた。一連のレベル確認での触れ方について C 看護師は「無意識ですね～ (C22)」と笑っていたが、持続鎮静を中止したばかりであることや患者の反応を見極めて、触れることが行われていた。N さんの覚醒状態をみると、RASS スケール上は変化したとは言えなかったが (RASS は-3)、微細な動き、血圧変化から C 看護師は【患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる】ことで、負担を最小限にして覚醒状態を判断していた。

5. 大テーマ 5 : 安寧の提供と危険の回避のために触れる

〈せん妄の状態・興奮や失見当識のある状態・精神的に不安定な状態〉は、ICU という特殊な環境に入院するという環境変化や不安・疼痛といった身体的苦痛に伴って、患者に生じることが多くある。患者は現状認知が困難となり、必要な処置やケアを拒否したり、暴れたり興奮したりすることで計画外抜去を起こしたり、身体的にも精神的にも大きな負担が生じる。看護師は、訴えの信憑性や確認のために《身体症状と訴えの一致や原因を探るために触れる》こと、興奮させたり、休息を妨げたりしないようにし、疼痛緩和を促し《精神的安定と安寧のために触れる》こと、危険な動作に対しては《危険回避のために触れる》こと、ふらついたりする場合には《予測される危険回避のために手を添える》こと、患者を刺激しないよう《脅威を与えないように触れる》ことが様々に絡み合い、それらはすべて【安寧の提供と危険回避のために触れる】ことに繋がっていた。該当する場面は 9 場面あるが、3 つの小テーマを複合する 1 場面と、それとは異なる 2 つの小テーマを複合する 1 場面を示す。

a. 《精神的安定と安寧のために触れる》と《危険回避のために触れる》と《脅威を与えないように触れる》を併せ持つ場面 (場面番号 : 19)

この場面は、侵襲的な処置を受ける精神的に不安定な患者に対して、《精神的安定と安寧のために触れる》、《危険回避のために触れる》、《脅威を与えないように触れる》という 3 つの小テーマを併せ持つ場面であり、患者を興奮させないように触れながら、その手が危

険動作の回避として、または患者への労いとして働いている場面である。Nさんは術後の消化管穿孔を起こして再手術となった80歳代の女性だった（前述の場面番号10、12と同様の患者であるが、このNさんは状態安定のため一般病棟へ転床し、再びICUでの術後管理となり、3回目の手術後3日目の状態である）。術後の疼痛を明確に訴えることはなかったが、長期臥床が続き離床もできていなかった。意識レベルはJCS I-3だったが、昼夜逆転傾向で夜間眠れておらず、朝からずっと眉間に皺をよせ、看護師に対して暴言を吐くなど精神的には不安定な状態だった。状態が安定し輸液量も減ってきたことから、中心静脈ライン（Central Vascular Line；以下CVライン）の抜去が可能となった場面である。

『場面 19』右経静脈に挿入されていた CV ラインの抜去の準備が整うと、E 看護師は N さんに首を左側に向けるように伝え、首の下に処置用シーツをひいた（医師は右側からアプローチ）。E 看護師は N さんの頭側の左ベッドサイドに立ち、N さんの後頭部に手を当てて、「こっちを向いていてくださいね」と首が動かないように固定するとともに、片手で N さんの左手の上に手を添えて軽く押さえた。滅菌布がかけられ、左向きになっている N さんには、処置の進行状況が見えなかった。E 看護師は消毒が始まると「ちょっとヒヤッとしますね」と声をかけた。N さんは眉間に皺を寄せて目を閉じていた。医師が CV ラインを固定している糸を外すとき、E 看護師は押さえた N さんの左手にトントンと触れながら、「ちょっとチクチクするかも」と伝えた。E 看護師は医師の動きと N さんの顔にチラチラと視線を送っていた。N さんの右手（押さえていない方）が動きそうになると、N さんの左手から手を離し、右手の動きをゆっくりと止めるように触れ、「痛いかな？ちょっとチクチクするね。ごめんね、もう少し」と、N さんの押さえた右手にトントンと触れて、N さんの様子を伺った。CV ラインが引き抜き始めると、N さんの腕がピンと伸びて力が入った。E 看護師は N さんの右手を上から少し強く押さえるようにし、「大丈夫」といって声をかけながら N さんの右手にトントンと触れた。CV ラインが抜去されると N さんの左手にもトントンと触れ、「終わったよ」と声をかけた。N さんの身体から力が抜けた。止血をしていると、N さんが医師に対して「まだ？」と不満そうな声をあげた。E 看護師は「終わったからね」と言いながら、N さんの左腕を何度か擦り、そのまま手を止めて N さんの顔をニッコリしながら覗き込んだ。N さんは眉間に皺を寄せたまま E 看護師を見、ハァーとため息をついて目を閉じた。その合間にも医師から指示があり、E 看護師は医師の指示に対応しながら、N さんの顔をのぞき込んで笑いかけたり、時折、腕を擦ったりしていた。医師が止血完了

を告げると、E 看護師は N さんの左手をトントンと叩き、後頭部を固定していた手も放して、抜去部のテープ固定を行った。テープ固定が終わると、E 看護師は N さんの顔を覗き込み、「点滴が抜けて身軽になりましたよ」と伝えた。そして N さんが顔の近くに挙げた手にパンパンと手のひらを合わせた。N さんも手のひらを開いてそれを受け止めた。E 看護師が N さんを見て「良くなってきてる」と力強く伝えると、N さんは眉間に皺を寄せたままだったが、深く頷いた。(E/FW1/10:30)

CV 抜去中の E 看護師の N さんに対する触れ方は、N さんの危険な動きを回避しつつ、その手がそのまま労いを伝えて N さんの精神的安定をはかり、それは脅威を与えない触れ方になっていた。E 看護師は「意識的に何かっていうのは、う～ん。特にここだって思い返せるところはないんですけど(E34)」と無自覚であり、CV 抜去の場面を再構成して尋ねても、「いや～、あまり(触れたと)思わなかったですかね。でも辛いかなって思ったら、自然に手は出るもんなんですかね。分かんないんですけど (E10)」と笑いながら語る程度だった。研究者がみていて触れるタイミングが絶妙だったことを伝えても、「あはは、絶対ここでポンポンってやろうとかっていう風には思わないですかね (E35)」と笑いながら答えた。しかし E 看護師は N さんの状態を、「(意識レベルが)クリアだとは見ていないですね。どちらかというと低活動性(せん妄)(E/FW1/H)」、「受け答えはできているけれど、感情がさっきまではこうで、でも次は違うという風に波がある。変化が激しい。(E/FW1/H)」と捉えており、精神的に不安定な状態と捉えていた。そして N さんが侵襲的な処置を受けるにあたり暴れてしまう可能性も考え、「何か苦痛がないと言わない(Nさんの言動や行動が現れない)と思うので、なんかそれに対しては1つ1つ解消してあげたい。で、それが解消できるかどうかはまた別の話だと思うんですけど、対応することで何か変わるのであれば、それで対応してみようかなという気になっていました (E16)」と、処置中に N さんを興奮させないための関わりを考慮していた。また「どんな処置でも自分はされたことがないので、経験からは言えないんですけども、でも辛いことではあると思うんですよね。首を固定されて、動かないように抜くだけですけど、やっぱりそこは“お疲れさま”って言ってあげた上で、労いの言葉とかをかけてあげたいと思います (E9)」と、苦痛を伴う処置を受けることを労うことが、精神的安寧につながると考えていた。そして N さんに対するこれまでの関わりを通して「触れても嫌ではないのかなという風には思った (E4)」と E 看護師と N さんの関係性を語った。同時に、N さんが精神的に不安定であることを鑑み、

「触れにいくとか、声かけにいくとかは、なんか危険予知みたいな感じでいったとも思っています (E36)」と述べ、触れることが危険予知に伴う回避的行動の意味合いを同時に含んでいたことを語った。この場面の触れる現象の中には、「精神的安定と安寧のために触れる」こと、「危険回避のために触れる」こと、「脅威を与えないように触れる」ことが複雑に絡み合いながら生じており、これらがすべて【安寧の提供と危険回避のために触れる】ことに繋がっていた。

b. 《身体症状の訴えの一致や原因を探るために触れる》と《精神的安定と安寧のために触れる》を併せ持つ場面（場面番号：18）

この場面は、腹痛を訴える意識レベル清明でない患者に対して、「身体症状の訴えの一致や原因を探るために触れる」と《精神的安定と安寧のために触れる》という2つの小テーマを併せ持つ場面であり、腹部の異常を確認するために触れつつ、それが患者に安心と安寧を与えている場面である。Nさんは前述の場面番号10、12と同様の患者（80歳代の女性、大腸がん開腹手術後の再手術）であり、C看護師の受け持ちから7日経過し術後15日目であった。全身状態の回復に伴い、昨日抜管し言語的コミュニケーションが可能となった（意識レベルはJCS I-3）。腹部には15cm程度の正中創があり、大腸ストーマが増設され、腹部には3本のドレーンが留置されていた。疼痛に対して麻薬性鎮痛薬（フェンタニル）の持続投与が行われており、Nさんが苦痛様顔貌を呈したり、疼痛による交感神経反応（血圧の上昇など）が生じることはなかったが、Nさん自身は腹部の違和感や疼痛を時折訴えていた。前日に撮影した腹部レントゲンやCTでは異常所見はみられていなかったが、術後の縫合不全のリスクや腸閉塞のリスク等は懸念されていた。

『場面18』清拭などのケアがひと段落するとNさんが「お腹いた〜い」と先ほどと変わらぬ口調で訴えた。D看護師はNさんと同じようなテンポでゆっくりと「お腹ね〜」といいながら（そうだよね〜と同意するような口調）、Nさんの正中創のあたりにそっと軽く手のひらを当てた。D看護師が手を当てたまま、とてもゆっくりした口調で「ここ？」と尋ねるとNさんはD看護師をみながら首を振った。手のひらを右側腹部にゆっくりそっと移動させ「このへん？」と尋ねると、Nさんはすこし考える様子を見せながら頷いた。D看護師が左側腹部、下腹部にも同様にゆっくりと手のひらを当てて確認したが、Nさんは、どの部位についても少し考えるようにしてから首を振った。最後に右側腹部にもう一度、手

のひらを当て確認すると N さんが頷いた。しばらく手を当てていると、N さんが安心したように目を閉じた。D 看護師は N さんが目を閉じたことを確認すると、しばらくしてから手を離し、電子カルテのところに戻った。(D/FW2/11:15)

しばらくすると N さんが「うんこ、出る～」と声をあげた。N さんにはストーマが増設されており、排泄経路は肛門ではなくなっていた。D 看護師は N さんに近づき、ストーマ排泄であることを説明したが、N さんは「？」という顔をしていた。N さんが D 看護師を見ながら「うんこ…」というと、D 看護師は「このへんね」といって N さんのお腹の真ん中あたりにゆっくりそっと手のひらを当て、しばらくそのままだった。N さんは黙ってじっとしていた。表情に苦痛はなく、しばらくするとまた目を閉じた。(D/FW2/11:55)

午後のバイタルサイン測定時、N さんの腹部に手を当て、軽く圧迫しても N さんから疼痛の訴えはなかった。聴診の結果、N さんの腸蠕動音が午前中に比べて回復してきていた。D 看護師は「蠕動痛なのかも (D/FW2/H)」、「(患者さんは) 自分でもどこが痛いのかはつきりしないから (D/FW2/H)」と研究者に語った。再び N さんが「お便所～」と言い出した。訴えに対し、D 看護師は側臥位になっている N さんの腰に手を当て、2分程度ゆっくりと擦り続けた。すると N さんからの訴えはなくなった。N さんは気持ちよさそうな顔をし、モニター上の血圧が 160mmHg→146mmHg→130mmHg と低下していった。N さんは次第にウトウトし始めた。(D/FW2/13:30)

N さんの症状の訴えは様々で、疼痛の訴えに関しても一貫性がなかった。D 看護師は N さんのことを、「意思疎通は図れるが正しいかどうかはわからない (D/FW2/H)」と捉え、「クリアだとは思っていなかった (D/FW2/H)」と述べた。そのような N さんの訴えに対して、D 看護師は口調や動くテンポを患者に合わせるようにし、N さんがどう反応するかをみながら、触れることを繰り返した。腹部に触れる手の動きはスローモーションのようにゆっくりとしており、そっと手を当てる様子から優しさと丁寧さが感じられた。研究者は D 看護師が N さんのお腹に触れているのは、安楽や安心感のためだと思ってみているが、D 看護師に触れたときの様子について尋ねても、「無意識ですね～ (D17)」と語り、「まあ、(疼痛を与えないように) 意識して触ってたかもしれないです。お腹の手術の人なので (D25)」と創部に配慮して触れたことを語った。そして「お腹の手術の人なので、何かあるとすると腹部の所見が出てくるだろうなと思ったので、お腹の感じがいつもの感じと違うかは、触れた感じの、腹部膨満とか緊満とか (D25)」と、触れることで腹部の状態を把握し、異

常の早期発見を考えてたことを語った。しかし触れて感じたことを尋ねていくと、D 看護師は触れたときの患者の様子を「不安そうだな (D18)」、「キョロキョロしてました。なので、誰かを探しているのかな (D22)」と捉えていたことを語り、さらに触れてみて「寝たままだから (臥床状態が続いている)、全然リラックスできていなくて (筋肉が) 硬直状態。(D28)」という様子を感じ取っていた。そして患者に対して、「そばにいるよ (D18)」、「落ち着くかな (D22)」という気持ちで接していたことを語った。D 看護師は看護する上で「安心感を与えるために触れるっていうのは、かなり意識してきている (D5)」と語っており、意識していなくてもその気持ちが触れ方に現れていた。D 看護師は《身体症状の訴えの一致や原因を探るために触れる》ことを行い、腹部の異常の早期発見に努めながら、同時に疼痛部位に手を当てて《精神的安定と安寧のために触れる》ことを行い、それが患者の【精神的安寧と危険回避のために触れる】ことに繋がっていた。

6. 大テーマ 6 : 距離感をはかりながら触れて関係性をつくる

〈意識レベルが清明であり、集中治療を必要とする状態〉は、手術の術後経過観察などの患者が多い。そのため看護師と患者の関係性は、術後の急性期から突如として始まることが多く、短い時間で関係性を構築する必要がある。看護師は患者に不快感を与えないよう、試行的に触れたり、必要な時だけ近づくようにし、距離感をはかりながら《心理的に負担をかけないように触れる》ようにし、《見たり聞いたりしただけでは捉えきれない状態を把握する》ことを行っていた。また「自分でできる」といった患者の意思を尊重し、かつ危険がないように《患者の身体の動きを尊重しつつ手を添える》ことを行っていた。これらは【距離感をはかりながら触れて関係性をつくる】ことに繋がっていた。該当する場面は 6 場面あり、2 つの小テーマが重なる 1 場面と意識レベルが清明な患者として特徴的な 1 場面を示す。

a. 《見たり聞いたりしただけでは捉えきれない状態を把握する》と《心理的な負担をかけないように触れる》を併せ持つ場面 (場面番号 : 7-8)

この場面は、《見たり聞いたりしただけでは捉えきれない状態を把握する》と《心理的な負担をかけないように触れる》という 2 つの小テーマを併せ持つ場面であるが、意識レベルが清明な患者に対して関係性ができていない状況の中、看護師が試行的に近づきながら触れていく場面である。M さんは、肺がんにて胸腔鏡下右肺部分切除を受けた 40 歳代の

男性だった。術後の経過観察のため、1泊のみのICU入室予定であり、午後には一般病棟への転床予定だった。酸素はマスクにて投与中（100% 3l）で、SpO₂は99%、RRは17回/分と安定しており、右側胸部に創部があり胸腔ドレーンが挿入され、点滴は左末梢ライン1本のみだった。硬膜外麻酔が挿入されており、疼痛の訴えや呼吸苦の訴えはなかった。B看護師がMさんに対面するのは初めてであった。

『場面7』ICUフロアの端にあるMさんのベッド周囲のカーテンはすべて閉まっていた。朝の看護師回診時、Mさんは眉間に皺をよせ、ベッドに長坐位になって少しうつむいて座っていた。B看護師が挨拶しても、Sさんはうつむいたまま目線を合わさず、少し頷いただけだった。（B/FW2/9:30）

バイタルサイン測定のため再びベッドサイドを訪れた時も、Mさんは眉間にしわを寄せてうつむいたまま、B看護師を見ようとしなかった。B看護師はベッドから半歩離れた位置に立ち、Mさんの顔を見て「おはようございます」と声をかけた。Mさんは眉間のあたりを押さえながら、B看護師の顔は見ずに小さく頷いた。B看護師が「眠いですか？」と尋ねると、低い声で小さくボソッと「眠い」と答え、横になるか尋ねると「寝ると痛い」と億劫そうに答え、うつむき加減のまま動かなかった。B看護師が「まずは熱から」と体温計を差し出すと、Mさんは目線を合わせずに受け取って脇にゆっくりと挟んだ。会話はなくシーンとした中でB看護師は点滴のラベルを確認していた。ピピッという音がするとMさんは体温計をとり、無言のまま目線を合わせずに差し出した（36.4度）。「血圧を」というと、Mさんは黙って右腕を少しだけ体幹から離すように動かした。B看護師は差し出された腕にそっとマンシェットを巻きながら触れ、「痛みますか？」と静かに聞いた。Mさんは目を閉じて眉間にしわを寄せたまま「まだね、肺、部分的に取ったんだからね」と低い声でいった。血圧測定中も会話はなく、自動血圧計のブーンという音だけがしていた。B看護師がマンシェットを外しながら、「ちょっと触りますね」といってMさんの右肘を左手で下から支えるように持ち、右手首を右手で支えるように持った。触れるとMさんは目を開き、支えられた部分を見た。B看護師が「ちょっと動かしますね」と声をかけつつ、Mさん表情を見ながらゆっくりと右肩関節を外転させた。Mさんは自分の右腕をじっと見ていたが、45度くらいまでくると「ちょっと痛いな」といって顔をしかめた。B看護師はそこで動きを止め、「戻しますね」といってゆっくりと元の位置に戻し、「こっちは」と言いながら右肩関節を前側に屈曲させていった。45度くらいまでいくとMさんが「大丈夫そうだな」と

自分の腕を見ながら少し意外そうな声でいった。B看護師が手を離すと、Mさんは1~2回自分で右肩関節の屈曲を慎重に繰り返した。B看護師はその腕の動きとMさんの表情を交互にみていた。固まっていたMさんの身体の力が少し抜けたようにみえた。(B/FW2/10:00)

『場面8』Mさんが腕を動かし終わると、B看護師は声をかけて寝衣の紐をほどき、「このあたりが痛みますかね」といって創部周辺を指さした。Mさんは「ん～」と言いながら指さされた場所をみた。B看護師はMさんの顔と創部をみながら「このあたり？」といっ、創部から3cm程離れた周囲の皮膚に軽く三指をのせた。Mさんは創部をみながら「ん～」といいはっきりしない様子だったが、伏し目がちに眉間にしわを寄せていた。B看護師は「ここは？」といっ、前胸部のあたりに三指を密着させるようにした。Mさんが「特に」とB看護師の指の動きを追いながら答えた。B看護師はそのまま、「ちょっと胸の音を聞きますね」といっ、聴診器を取り出して前胸部に当てていき、そのあと手のひらを右前胸部、左前胸部、右下肺部、左下肺部とあてていった。するとMさんが「そのあたりは感覚が鈍いな」とB看護師の顔を見て訴えた。B看護師は「ここは？」といっ、左下肺部から左側胸部あたりに触れ、「そこは平気」とMさんが答えるとゆっくりと頷いた。そして「お腹も聞いちゃいます」といっ、B看護師は腹部に聴診器をあて、そのあと、腹部にも手のひらを当てて腹部全体を軽く押し、「大丈夫」といっ、Mさんをみた。MさんもB看護師の方をみて小さく頷いた。眉間のしわは少し残っていたが、低い声や億劫な様子もなくなり、B看護師と目を合わせるようになった。(B/FW2/10:05)

研究者がMさんと初めて接したときに感じたのは、見えない壁だった。ベッドサイドにいても視線を合わせず身体をこちらに向けてくれないMさんを前に、研究参加の同意はもらったものの、どう関わったら良いのかと不安を感じていた。B看護師はMさんのことを「40歳ってなると、どうしても入院は初めてってところもあって、看護師に接するというか、対応されるのも初めてだと思うので、初めての人にいろいろこう触られたりするのとはとても嫌なことだと思うので(B15)」と発達段階や社会的立場を考え、「表情を伺いながら、苦しそうだったら苦しいですかと言ったりとか、そういうところをみながら関わっていくようにしました(B10)」と述べた。そして「最初は手を持ち上げたところ。そういうところで触れても大丈夫かなとか思いながら、どんな反応するのかなと思いながら。ああ少し動けそうだなとか、腕を服の上から触ってみたり、で、良さそうであれば観察しながら胸のところ、皮膚を直接触ってみたりっていう。ちょっと段階をおいてみました(B16)」、「患

者さんがどう思っているのかなとか、こう触ってみてどういう反応をするのかなというのも、ちょっと試しにやってみた感じですよ (B13)」と段階を踏みながら試行的に触れて、「でもやっぱり傷がいたかったりとか、顔をしかめるようなことが合ったりしたら、どこが痛いんですかっていうのを実際に触れながら、というようにしました。やっぱり痛いところはだいたい傷のところ、右のほうに手術創があるので、そっこのほうを触って、ここ痛いんですかっていうのを確かめながらやっていったりしました (B10)」と患者の反応に応じて対応したことを述べた。M さんとの距離感について B 看護師に意識してとっているのかと問うと、「自然な部分というか、自分が警戒しているという部分も少しはあると思います (B39)」と述べた上で、「現場に出たらいかに短い時間で患者さんの情報を得るかとかっていうところで距離は近くないといけないので、そういうところではタッチングとか情報収集の仕方とかをいろいろ変えていますね (B41)」と語り、そのような関わりを経て M さんとは「触っても大丈夫そうだなと思ったので、(中略) まあ少し、距離感は縮まったかな (B17)」と感じ、「タッチすることで踏み入れられたかなと思ったりとか、それはありますね (B18)」と述べた。B 看護師は M さんに対し、距離を図りながら《心理的な負担をかけないように触れる》ことを行い、M さんの《見たり聞いたりしただけでは捉えきれない状態を把握することも同時に行いながら、触れることを通して関係性を形成していた。

b. 《心理的な負担をかけないように触れる》場面 (場面番号 : 42)

この場面は《心理的な負担をかけないように触れる》という小テーマの場面であるが、自立している患者に対し、距離感を取りながら接し、蛇管やコードといった患者に接続しているものを整えることで、直接的ではないが負担をかけないように触れる場面である。U さんは呼吸苦しさを訴えて入院し、特発性間質性肺炎診断にて NIPPV (Non-invasive Positive Pressure Ventilation ; マスク式陽圧人工呼吸療法 : 以下 NIPPV と記す) 装着中の 70 歳代の女性だった。SpO₂ は 97-98% で呼吸苦しみの訴えはなく、痰の喀出もできており NIPPV を離脱できそうな状態だった。意識レベルは ICU 入室時からずっと清明で 4 日が経過していた。J 看護師も U さんの様子を夜勤などでみていたが、受け持つのは初めてであった。

『場面 42』 U さんのベッドは ICU フロアの左の端に位置していた。ベッドの頭側に人工呼吸器が置かれ、U さんの顔には NIPPV の大きなマスクが装着されていた。右側には生体監視モニターがあったが、入っている点滴は右手側の末梢静脈ライン 1 本のみだった。朝、

J看護師はUさんのベッドに近寄ると、目を閉じているUさんに「Uさん」といって声をかけた。Uさんはすぐに目を開き、J看護師の顔を見て手をあげた。J看護師が声をかけ、深夜看護師と点滴や人工呼吸器の確認を始めると、Uさんは慣れた様子で再び目を閉じた。確認終了を告げると、Uさんは目を開き、J看護師のほうを見て頷いた。J看護師は「また来ます」といってもう一人の患者の点滴確認に向かった。(J/FW1/9:00)

10時にバイタルサイン測定を行うにあたり、J看護師は再びベッドサイドを訪れた。一通りバイタルサインを取り終えると、Uさんが掛けてある布団をはぐようなしぐさを見せた。その様子を見て、J看護師が「熱いですか？」と布団に手を伸ばそうとすると、Uさんは手のひらを前に出して制止するようなしぐさをみせ、自分で布団の位置を変え、納得した様子で動きを止めた。J看護師はUさんの行動を見守り、動作が終わると一礼してそばを離れた。J看護師がすぐに点滴をもってベッドサイドに戻ると、UさんはJ看護師を見つめながらSpO2モニターがついている左手を上げ、モニターコードをピンと張ってみせた。J看護師は「引っ張られますか？」といって近づきコードを調整した。J看護師がコードを調節し始めると、Uさんは目を閉じた。(J/FW1/10:00)

点滴交換が終了すると、J看護師はベッドサイドから離れ、他の患者のケアの手伝いを始めた。J看護師はUさんのベッドよりも左側にある個室に足を運んだり、物品を取りにUさんのベッドの前のフロアを横切ったりしていた。横切る際、J看護師は必ずチラリとUさんの様子を確認し、そのまま通り過ぎた。Uさんが頭を動かして、辺りを見回すような仕草をみせると、J看護師はスッとUさんの足側においてある電子カルテのところに戻ってきて、電子カルテを操作しているようにみせながら、時折視線を上げてUさんの動きを見守った。Uさんが何も訴えず動きを止めると、J看護師は電子カルテから離れ、他の人のケアを手伝いに向かった。(J/FW1/10:00-12:00)

午後になりUさんはベッドアップ(45度)した状態で、スースーと寝息を立てていた。布団は蹴飛ばされてグシャグシャになっていたが、J看護師はその状態を見つつも直さず、電子カルテのところから見守るだけだった。Uさんが目を閉じたまま布団を手繰り寄せると、J看護師はカルテからフツと視線をあげたが、スースーと寝息を立てる様子を見て視線を電子カルテに戻した。Uさんの身体が大きく傾いてくると、J看護師はNIPPVの管が引っ張られないようにそっと位置を調整し、Uさんが傾いてくる方向に安楽枕を入れて、また電子カルテのところに戻った。Uさんは寝息を立てたままだった。(J/FW1/13:30)

Uさんの呼吸状態はNIPPVを使用することによって安定していたが(SpO2は97-98%で推移)、陽圧呼吸を強いられることや肺炎によって呼吸苦が生じやすい状態だった。しかしそのような中で、Uさんは自分のことは自分でやる、できない部分は看護師に任せるといった気持ちが行動に現れている人だった。J看護師は、必要時以外はあまりベッドサイドに行かず、あえて他の人のケアを手伝いに行っている様子だったが、距離を取りながらもUさんの反応を的確に捉えていた。J看護師は「あんまり意識して行かないようにとかそういうのはなかったんですけど、たぶん、自分の病状もわかっていて、(治療の)必要性もわかっているけど、でも苦しくてできなとか、そういう思いも、いろんな思いがあるなと思っていて、あんまりこう、“こうしてください”とか“ああしてください”とか指示はしないようにしようと思っていて、患者さんが出してくれるサインを受け止めて、なるべく一番いい形で何かしてあげられたらなと思って(J35)」と、Uさんの状況を考慮したうえで思いを尊重し、関わろうと考えていた。そして「一般病棟とかだったら関係性みたいなのがあって、ちょっとこう“元気出してください”とか(触れながら)いえると思うんですけど、ここ(ICU)だと初日に“はじめまして”で、あまりお互いの信頼関係がない中で、いきなり触れることは、私はあまりないと思って(J40)」、「あんまりクリアな方に(近づいて)“大丈夫ですよ”みたいに言うのも(笑)。こう、なんかあったら誰か来てくれるって思ってくれたらいいなという距離感をみてる(J37)」と、Uさんとの関係性がまだできていないことを自覚し、Uさんにとって負担にならないよう、パーソナルスペースを考慮しながら距離感を保って接していた。そして距離感を保ちながらも、Uさんのサインを見逃さないよう動きに意識を向けて、何かあればいつでも対応できるようにしていた。視線は向けずとも意識は常にUさんに向かっている様子をJ看護師は、「そういう“みてますよ”っていう安心感をもってもらえたらなって思っていました。誰かがあなたのことをみてますって思ってもらえたら(J36)」と語り、見られるという負担を最小限にしながらも、見守っているという安心感を伝えていた。Uさんが入眠すると、J看護師は電子カルテのところに戻ってきて、Uさんを見守っていた。そして身体が傾くとそれに応じて蛇管の位置を調整したり安楽枕を入れたりしながら直接的に触れてはいないが、Uさんに負担がかからないようにしていた。このように間接的に触れることやパーソナルスペースを守りながら空間的に触れることが、《心理的な負担をかけないように触れる》ことに繋がっていた。

7. 大テーマ7：言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える

〈疾患や治療などにより言語的指示が伝わりにくい状態〉の場合、看護師は非言語的メッセージを用いる。触れた刺激や触れ方による合図は、患者に看護師の意図を伝える。患者は言語的コミュニケーションが取れる状態であったが、NIPPVのマスク装着によって活動の制限があり、身体の隅々に自分の視界が届きにくかった。もう一人の患者も言語的コミュニケーションが可能な状態であったが、失語症があり伝わりにくいことがあった。看護師は《患者の動きを促すために触れて合図を送る》ことで患者に意思を伝え、《触れられた合図に対する患者の反応をみる》ことで、患者が円滑に動いているかどうかをみていた。患者が合図を的確に理解し円滑に動けることは、不要な負担の軽減にもつながっていた。合図を送り、その反応をみるという一連の行為が、【言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える】ことに繋がっていた。該当する2場面中1場面を示す。

a. 《患者の動きを促すために触れて合図を送る》と《触れられた合図に対する患者の反応をみる》を併せ持つ場面（場面番号：41）

この場面は《患者の動きを促すために触れて合図を送る》と《触れられた合図に対する患者の反応をみる》の2つの小テーマを併せ持つ場面であるが、患者の負担を考慮し、触れることによって患者に的確に動きの指示を伝える場面である。Uさん（前場面42と同様の患者）はNIPPVにて呼吸管理をしているが、意識レベルが清明で、病状も理解されており、自分のできることはやる意思をもった方だった。Uさんは小柄な女性だったため、目から下の部分はNIPPVのマスクに覆われているような状態だった。大きなNIPPVのマスクとそこから人工呼吸器に繋がる蛇管で動きにくそうな様子だったが、Uさんの動きからは自分のことは自分でやるという意味が感じられた。

『場面41』清拭が始まると、NIPPVのマスクと蛇管で動きにくそうにしながらもUさんは自らゴソゴソと体を動かし、身体をまっすぐにした。そしてJ看護師が腕を拭こうとすると、Uさんは自ら腕を持ち上げた。J看護師は「有難うございます」と声をかけ、Uさんの腕を下から支えるようにして持ち、腕を拭いた。拭かれる間、Uさんは自然に目を閉じていた。反対の腕を拭くときもUさんとJ看護師は同様の動きをした。腕を拭き終わると、J看護師は「こっち側を向けますか？」と声をかけ、ジェスチャーでその方向を指さして見せた。Uさんはベッド柵につかまって、その方向を向こうと体を動かし始めた。動きは

かなりゆっくりだったため、動いたことによる呼吸の乱れはなかった。J看護師はNIPPVの蛇管が引っ張られたり、振動しないように蛇管を慎重にそっと持ちながら、Uさんの動く速度と顔の向きに合わせて蛇管を調節し、Uさんの動きを妨げないようにした。もう一人の看護師が背中を拭き、寝衣を着せるとUさんはゆっくりと仰臥位に戻った。下半身の清拭が始まると、J看護師は腰のあたりに立った。腰の位置からできるだけUさんの顔に近づくように体をかがめ、「お尻、あげてください」といいつつ、大転子部のあたりにトントンと触れた。Uさんがスッと腰を上げた。ズボンをはかせるときも、「右足、通しますね」といって右足にトントンと触れた。Uさんは触れられると上を見たまま足を上げた。左足も同様だった。両足のズボンが通ると、Uさんは次の動きがわかっているかのように自分の腰を上げようとした。J看護師は「ちょっと待ってね」と言いながら手のひらを軽く腹部に当てて動きを止め、準備ができると大腿のあたりをトントンと叩いた。Uさんが腰をあげた。清拭が終わると、Uさんは自ら体勢を整えるように、背中でズリズリとベッドの上のほうに這い上がった。J看護師はそれを見届けるとUさんに布団をかけた。UさんはJ看護師を見てゆっくり頷いた。その時、呼吸器の低換気アラームが鳴った。アラームはすぐに止まり、SpO₂の低下も換気量の低下もなかったが、UさんはJ看護師をみた。J看護師が呼吸器を確認し、問題がないことを頷きによって伝えた。そして「また鳴っちゃうかもしれないけど」と伝えると、Uさんはわかっていると云わんばかりに目を閉じて、ゆっくりと頷いた。J看護師が頭を下げてベッドを離れると、Uさんはしばらくフロアを見まわした後、再び目を閉じた。(J/FW1/9:15)

J看護師はUさんに行ってもらいたいことをジェスチャーや言語で伝え、それによってUさんができる部分や目が届く部分（上半身など）に対しては、見守るのみで触れることはほとんどなかった。しかし下半身などのUさんの目が届きにくい部分になると、Uさんの動きを誘導するために声掛けと同時に触れて合図を送った。腰部を上げてほしい場合には大転子部をトントンとノックするように触れ、まだ腰部をあげないでほしい場合には、動きを止めるように腹部に手のひらを当てた。J看護師は触れて、動かしてほしい場所を伝えたり、動いてほしいのか、止めてほしいのかを触れ方によって変えていた。また同時に、合図がきちんと伝わりスムーズな動きを誘導できているか、動くことによる呼吸負荷がどの程度なのかをUさんの反応をみることで把握していた。J看護師がUさんに触れたのは「ほぼほぼ、無意識 (J46)」だったが、「NIPPVの音で私が言っていることが聞こえて

いるかなっていう心配 (J31)」があり、「あの状態 (NIPPVが装着していること、陽圧換気で常に外側から空気が強制的に送り込まれる状態)、絶対しんどいだろうと思っていたので、見えないところとか、足先とか、(患者の)意識がいかないところは、ちょっとこう触って、こっちはよみみたいな感じで (J32)」と、触れて指示を的確に伝えることで、呼吸負荷をかけないようにしていた。また「自分でできるところはやらしてもらおうとされていて (J32)」と U さんの気持ちも尊重しつつ、U さんの意識や視線が届かない部分には触れて合図を送ることで、U さんは迷うことなく行動できるようにしていた。清拭の途中で J 看護師は、「呼吸、頑張ってくれてますね。休みたいですよ (J/FW1/H)」と何回か声をかけ、U さんの呼吸状態を確認していたが、U さんからの呼吸苦の訴えや頻呼吸は出現せず、SpO₂も保たれた状態で清拭は終了した。《患者の動きを促すために触れて合図を送る》ことで、《言語的指示が伝わりにくい状態》であっても患者をスムーズに誘導することができ、《触れられた合図に対する患者の反応をみる》ことで、患者の負担を考慮しながら合図を送ることができ、【言語だけでは伝わりにくいことを触れて伝える】ことが行われていた。

Ⅶ. 考察

本研究の結果、ICUにおける看護師と患者の間に生じる触れる現象には、7つの特徴(大テーマ)があることが明らかになった。7つの特徴(大テーマ)には、ICUにおける看護師の「触れること」が、患者の身体面や精神面の状態把握のために不可欠であり、侵襲を与えず、かつ安寧を提供するために不可欠であるということが通底しており、またICUにおける看護師の触れる行為には、動的で、みる・触れるの同時性という特徴や、出会う場面によって不断に変化するという特徴がみられると考えられた。そして触れることは、ICUにおいてその時その場が要求するものに対応しながら行われ、次のケアを創発していく役目を担っていると考えられた。したがって考察では、A. クリティカルケアの看護実践に不可欠な「触れること」、B. 動的で、みる・触れるが同時におこる「触れること」、C. 出会う場面によって不断に変化する「触れること」、D. フロネーシスとしての「触れること」について述べる。

A. クリティカルケアの看護実践に不可欠な「触れること」

1. 患者の状態を把握するために不可欠な「触れること」

ICUにおける看護師の触れることの特徴として明らかになった7つの大テーマには、〔患

者の状態を把握する] ことが含まれていた。これは ICU において看護師が「患者の状態を把握する] ことと「触れること」が切り離すことのできないものであることを示している
と考える。

ICU では患者の状態を把握する方法として、体位変換や清拭といった日常的な看護ケアが患者の状態を把握する契機になっていることが一つの特徴としてあげられる。循環動態や呼吸状態が不安定な状態の患者は、わずかな刺激が状態変化を招く可能性があるため、看護師は療養生活を支え、二次的合併症を予防するために必要不可欠なケアを実施することと同時に患者の状態把握を行っていた。例えば G 看護師（場面 29-30）は体位変換や全身清拭を機に患者に触れ、ゆっくりと慎重に手を患者の背中に差し込みながら絶えずモニターに目を向け、自分の手の刺激によって生じる患者の血圧や心拍数の変動をみながら循環動態の把握を行っていた。そして循環動態の把握を行いながら、浮腫の状態や疼痛部位などについても状態把握を行っていた（場面 30）。持続鎮静や意識レベルが低下している患者は、言葉で自身の苦痛を伝えることができないことに加え、自ら動くこともできず、患者の反応が乏しいため、反応が捉えにくいという特徴がある。C 看護師は外観から見て
いるだけでは捉えにくい反応（体動に伴う血圧変動や疼痛、触れた際の浮腫の変化など）を、ケアを通して患者の身体に触れたり、動かしたりすることによって把握していた（場面 12）。微細で視覚的に捉えられないような反応（例えば、麻痺の進行や痰貯留）なども、ケアを契機に触れて推移をみていくことで、スケール（例えば MMT）に反映されないような変化を早期から把握できており（場面 37）、痰の貯留などに関しても、吸引を行いながら前胸部に触れて振動を感じ取ることで、モニタリングの数値の低下として現れる前に把握することができていた（場面 5）。

さらに ICU では、看護師が近づいたり触れたりすることが、患者の心理面や精神面の状態を把握する手立てになっていることも特徴の一つであると考えられる。ケアを実施する上で触れることが患者にとって安寧になるのか、脅威になるのかを見極めることは重要である。せん妄状態や精神的に不安定な状態の患者の場合、現状認知がしっかりとできていないことも多く、触れることで興奮したり暴れたりすることがある。例えば E 看護師は、患者の表情や行動をみながら危険な動作を押さえるとともに労いを込めて触れ、不安や興奮が生じていないかどうかを把握していた（場面 19）。意識レベルが清明であればなおさら、患者はベッドから動くことができないため、不用意に近づいたり触れたりすることはプライバシーの侵害になり心理的負担をかけることになりうる。そのため B 看護師は、ケアを触

れたり近づいたりする機会とし、試行的に触れて患者の反応を確認していた（場面 7-8）。心理面や精神面における〔患者の状態を把握する〕ことは、脅威を与えないように触れる、心理的な負担をかけないように触れるといった〔患者との距離感を把握する〕ことによつて行われる側面を持っていた。

以上のように ICU において患者の状態を把握するには、日常的なケアを契機にして患者の状態を把握していく手立てとしての特徴と、心理面や精神面の状態を把握する手立てとしての特徴があり、「触れること」は患者の身体面と心理・精神面の状態を把握していくために欠くことのできないものであると考えられた。また触れ方において、患者の身体面と心理・精神面に与える刺激を微妙に変化させ、患者の循環動態や精神面の安定を図っていたと考えられた。

2. 侵襲を与えず、かつ安寧を提供することが不可欠な「触れること」

さらに 7 つの大テーマから、ICU の看護師が触れることによつて患者にもたらされる侵襲や負担が最小限で、かつ安楽や安寧をもたらすものであることが重要だと捉え、実践していたことも特徴的であると考えられる。

ICU において、循環動態や呼吸状態が不安定な状態の身体は、ホメオスタシスを駆使して必死に内部の均衡を保っている状態である。触れて身体を動かすような看護ケアが患者の循環動態や呼吸状態に影響し、侵襲になりうる可能性も高い。しかし皮膚を清潔にし、身体を動かすといった日常生活援助としての看護ケアには、療養生活を支え、廃用症候群などの二次的合併症を予防するという効果がある。そこで看護師たちには、触れることによる侵襲が最小限になることを重要と捉えていたと考える。C 看護師や G 看護師は循環動態や呼吸状態を今以上に不安定にさせないよう触れるタイミングや途中で動きを止めて循環動態の変動を見守り（場面 29-30, 12）、触れる侵襲が最小限とするよう皮膚の状態に合わせて広い面積で触れたりした（場面 12）。状態が急激に変化する可能性が高い患者を受け持った A 看護師は、手にかかる患者の体重と活動時のモニターの数値を合わせて患者の動きと活動による負担を考え、その推移もみながら患者にもたらず負担を最小限にしようと、動きに合わせて手を添えたり支えたりしていた（場面 1-2）。痰の貯留で呼吸変動を生じやすい患者を受け持った I 看護師は、前胸部に触れながら痰の振動を感じ取り、呼吸状態の悪化や SpO₂ の低下がみられる前に吸引などを実施したり、どこまで吸引を行うべきかという判断を、振動を頼りに推察し負担を最小限にしていた（場面 40）。

また ICU での療養生活は、治療のためではあるものの身体的・心理的負担が大きく、多くの患者は苦痛や不安を抱えている。そして苦痛や不安は、不眠やせん妄、集中治療後症候群などの二次的合併症に繋がり、患者の回復や生命を脅かすことにもなりかねない。だからこそ看護師は少しでも安楽に、安寧に過ごせることが重要と捉えていたと考える。触れることが患者にとって安楽や安寧をもたらすものかどうかは、患者と看護師の信頼関係もが大きく関与する。ICU はせん妄や意識レベルが低下した状態の患者との間で言語的なコミュニケーションを介して信頼関係を構築することは難しく、必要不可欠なケアを行ったり、安寧や安楽を与えようと近づいたり触れたりすることが、逆に患者を興奮させる場合もある。E 看護師は侵襲的な処置を受ける患者が脅威や負担をできるだけ感じないように、処置中に手に触れたり、擦ったりしながら労いを伝えていた。危険な動きを防ぐ場合も労いながら押さえ、少しでも安楽に処置が終了するようにしていた（場面 19）。D 看護師も常にゆっくりと落ち着いた動きで腹部に触れ、患者の疼痛の原因や状態を探りつつ、落ち着いて、そばにいるよという安心感を伝えていた（場面 18）。また ICU は在院日数が短いため、非常に短期間の関わりの中で関係性を構築する必要がある。そのため看護師は患者との距離をはかりながら、バイタルサイン測定や清拭といった看護ケアの機会を活用して患者に触れ、触れた際の患者の反応をみながら関係性をつくっていると考えられた（場面 7-8）。関係性の構築においては、ICU の構造も関係すると考える。一般的に ICU は患者の状態を観察できるようオープンフロアになっている場合が多く、個室の窓も大きく、「見る」ということがプライバシーの侵害や心理的負担になる可能性を孕んでいる。また患者は基本的にベッドから自由に移動することができず、自分でカーテンや扉を閉じることもしできない。J 看護師は「見られる」という患者の負担を最小限にするため必要時以外はベッドサイドから離れて距離感をとりつつ、離れていても注意は常に患者に向けながら、患者が動いたり、何かを訴えたような動きがあるときにはすぐに近づいて対応することで、患者の安全を守り、患者に安心感を持ってもらおうとしていた（場面 42）。

このように、ICU の患者の状態や ICU の構造の特性を踏まえて、触れることが患者にとって侵襲にならないよう細心の注意を払いながら、看護師が患者との信頼関係を築き、触れることがリラクセスやポジティブな意味をもたらすものとなるような実践が行われていたことは重要であると考えられる。ただでさえ身体的・精神的に侵襲的な状況において、侵襲ともなりうる「触れること」を、患者に提供することは簡単なことではない。しかし患者との関係性や触れるという行為の在り方によって、侵襲は最小限となり、かつ安寧の提供

が可能となる。このような観点からみても「触れること」はクリティカルケア領域において不可欠であり、距離感を取りながら触れることや、触れ方において、侵襲と安寧の微妙なバランスを図っていたと考えられる。

B. 動的で、みる・触れるが同時的に起こる「触れること」

1. 動的な特徴を持つ「触れること」

では実際に看護師がICUにおいて、どのように患者に触れていたのかを考察する。ICUにおける看護師の触れることには、2つの大きな特徴がある。1つは触れることが「動的」に起こっているという特徴であり、もう一つは触れることが「みること」と同時的に起こっているという特徴である。これらの特徴も7つのテーマにおいてもみることができる共通の特徴であると言える。

1つ目の「動的」な特徴は、ダイナミック・タッチ (Gibson, 1966/2011) が行われているということである。ダイナミック・タッチとは、私たちの関節や筋肉や腱などの働き、つまり私たちの身体の動きそのものの感覚であり、手触りのような身体の表面で感じる感覚と対比させて、深部感覚と呼ばれることもある (三嶋, 2000, p.122)。この感覚は、皮膚の表面で感じる物体表面の部分的な感触だけではなく、皮膚表面では直接触れていないはずの、物体全体の大きさや向きや重さに関する印象を得ることができるものである (三嶋, p.123)。C 看護師は患者の下肢を持ち上げる際に、皮膚表面の浮腫による柔らかさだけでなく、重さなどから浮腫の程度を感じとっていた。また関節運動をする際には、下肢に触れて浮腫の状態を感じつつ、腕にかかる重さや抵抗などから関節の動きにくさを感じ取り、その原因が浮腫によるものなのか関節拘縮なのかを考えていた (場面 12)。I 看護師は麻痺が進行する患者の立てた膝を支えながら、自分の手にかかる重さをたよりに患者が下肢にどのくらい力を入れられているのかを感じ取っていた (場面 37)。G 看護師は体位変換や清拭などで患者の身体に触れて、自分の腕にかかる患者の身体の重さから、触れられることによって力を入れようとする反応があるか、実際に力が入っているのか、持ち上げる際にどの程度の力を必要とするのかを感じ取っており、患者の身体の状態を自分の身体を通して相互的に把握するような状態を、「(身体との)コミュニケーション」(場面 29-30・G30) と表現していた。看護師の触れるという行為は、単なる皮膚表面だけではなく、深部感覚を駆使して身体全体で感じ取っているといえる。

このようなダイナミック・タッチを、看護師は「清拭をしながら」あるいは「体位変換を

しながら」当たり前のように行っている。G 看護師の清拭の場面（場面 30）をみると、身体を拭くという目的を遂行しながら皮膚に触れて浮腫があるかどうか、皮膚の柔らかさ（薄弱さ）を感じ取り、洗う際の力の入れ加減を判断し、腕を持ち上げたときの全く力が入っていないと感じられる重さや関節の動きから、腕の下から全面的に支えることが最適であると判断して自分の動きを決めていた。そして同時に、触れて動かしたことが侵襲にならぬよう一瞬動きを止めてモニターの数値を確認し、清拭という刺激によって患者がどの程度反応を示すかを確認していた。C 看護師のベッドサイドリハビリの場面（場面 12）でも、関節運動という目的を遂行しながら、下肢に触れた際に浮腫の状態を感じ取り、膝の屈曲運動を他動的に行う中で、関節の固さや下肢全体の重さなどから浮腫の程度を推察し、さらに動かしたときに感じる関節の抵抗などから筋肉の緊張なども感じ取り、動かし方を決めていた。看護師は触れて患者の反応を把握し、そこで把握した情報を元に次にどのように触れるかをその場で即時的に判断している。そしてその判断に従って再び触れて、それが妥当であったかをまた判断し、反応次第で触れ方を変化させる。この切れ目のない止まることのない判断と行為の循環によって触れることは成り立っており、それが 1 つの援助中で何回も繰り返されている。看護師たちは、看護ケアという多重的、連続的な行為の中で、ダイナミック・タッチのような身体感覚を通して患者を把握しているのである。

2. みる・触れるが同時に起こるといふ特徴を持つ「触れること」

2 つ目の特徴は、触れることとみることが相互的、補完的で、同時に起こっているということである。看護師は「触れながらみている」し、「みながら触れている」ことが多い。例えば G 看護師は循環動態が不安定な患者の体位変換や清拭の際に、侵襲を与えないように注意して触れながら、侵襲の程度（循環動態の変動）を患者の反応やモニター上の数値をみて把握し、同時に把握したことを元にして触れ方が決まっていた（場面 29-30）。精神的に不安定な N さんを受け持った E 看護師は、患者の表情や動きをみながら処置の負担を軽減するために触れ、触れながら患者の反応をみて、次の自分の振る舞いを決めていた（場面 19）。このように触れることとみことは繋がって循環しているのである。この循環は「触れる一連のプロセス」を用いて場面をみることによって明らかとなった。Establooks & Morse (1992, p.453) の先行研究によるタッチのプロセスでは、触れるために近づくところから触れた時点までがプロセスとなるため、この循環は明らかにされていなかった。しかしこの循環は、場面の切り取り方によって便宜上どちらかが先になっているが、どちらが

先でどちらが後をはっきりとさせることは難しい。触れることが患者に接近し、侵入する行為である以上、触れるためにはまず視覚的に対象を「見る」ということが必要とされる。もう少し詳細に述べると、触れたことによって把握される患者の状態は、触覚として感じると同時に、視覚的にも見ている。触れて感じた浮腫のある皮膚の触感と、皮膚の見た目は同時に捉えられて、「浮腫をみている」と表現され（場面 10, C29）、触れて感じた痰の振動と、その時の呼吸の様子（例えば呼吸回数や SpO2 など）も同時に捉えて、「痰の状態をみている」と表現される（場面 40, I21）。これらの感覚は分かちがたいものであり、視覚的に見たものと、触れて感じたものが一緒になって看護師の言う「みる」を形成している。そのようにして一度経験して視覚と触覚で捉えたものは、次のときに視覚だけの情報で触れた感触を想像することが可能となるし、反対に触覚だけの情報で、見ていなくてもその見た目を想像したりモニター上の数値などを予測することが可能となる。そのようにして蓄積されたものは、看護師個々人の持つ経験を通じた知識として蓄積され、〔患者の状態を把握する〕ことに役立てられていくと言える。

また看護師は患者と場を共にし、その雰囲気を感じとることで空間的に患者に触れ、それを「患者との距離感をみる」と表現する（場面 41, J37）。意識レベルが清明な患者や精神的に不安定な患者に対して看護師はむやみに触れることをしない（場面 7-8, 場面 19）。看護師たちはまず距離を取りながら患者の反応をみて（視覚的に見て、雰囲気を感じる）、近づくことが可能かどうかを判断し、まず距離を図りながら「患者の空間に触れる」ことを行うのである。意識レベルが低下している患者や鎮静中の患者に対して、看護師たちの患者との距離感は最初からかなり近く、常に近くにいることが多い（場面 10）。これは看護師が患者の視線を意識する必要があまりなく、患者の空間に触れることが容易だからである。しかし実際に触れることは患者にとって刺激となるため、患者の空間に触れることが容易である反面、物理的接触の意味で触れるとなると、タイミングや触れ方が重要になる。さらに実際に視覚的に見ていなくても看護師は ICU のフロアにいる限り、ベッドから遠く離れていても患者を意識の中に入れており、それが全く離れてしまうということはない（場面 42）。このように見ることと触れることは同時的に起こっており、見る、触れる、感じるが一体となって触れる現象を形成している。

見るためには対象との間に距離を置かねばならず、触れるためには逆に対象との距離をゼロにしなければならないため、これら二つの感覚は対立的でさえあるが、Maurice Blanchot (1955/1962) は、見ることを「距離をおいた触れあい (p.24)」と表現し、Merleau-Ponty

も「〈見る〉ということが〈離れて持つ〉ということ (Merleau-Ponty, 1953/1964/1966, p.263)」であり、「視覚はまなざしによる触知 (Merleau-Ponty, 1964/1994, p.217)」と述べ、見ることと触れることが切り離し難いものであると述べている。看護において見ることと触れることは観察の基本であり、Nightingale (1860/2000) も看護師にとって最も重要で役に立つことだと述べている (P.178)。「患者の状態を把握する」ことに対して触れることが多く現れる ICU では、この看護師の身体を通しての観察の本来の姿が凝集される形で存在している。

3. 「触れること」と医療機器（テクノロジー）の相補性

「触れること」は、見る・触れるが同時的に生じていること、かつ動的な性質を持つことに加え、医療機器（テクノロジー）と相補的な関係を持っていたことも特徴であると考えられる。ケアに伴う循環動態や呼吸状態の変動は、Aラインや心電図モニター、人工呼吸器のグラフィックモニター等が示す持続的なモニタリング数値をみることによって確認でき、触れることによる患者の負担を確認したり、触れ方を決めたりすることに役立っていた（場面 12, 29-30）。吸引の際に前胸部の振動や胸郭の上がり具合と SpO₂ の数値を照らし合わせることは、換気の状態や痰貯留の状態をより正確に把握することに繋がっていた（場面 37）。意識レベルの低下や鎮静などによって反応が乏しく捉えにくい場合などは、覚醒の兆しを血圧や脈拍の変化というモニタリング数値で捉えながら、触れて反応を確かめるべき機会を見極めることに繋がっていた（場面 10）。看護師はみる・触れるといった自らの知覚や身体感覚とモニタリングされた数値や画像、データ等から得られる情報を組み合わせることによって、よりの確に「患者の状態を把握する」ことを行っているのである。患者の状態や状況を考えると、クリティカルケア領域においては、モニタリング技術を駆使したり、人工呼吸器や生命維持装置（PCPS や IABP 等）などの医療機器（テクノロジー）を理解しなければ、的確に「患者の状態を把握する」ことがむしろ困難であると考えられる。富永（2015）も、ICU 看護師は患者の異常や変化の早期発見に向け、五感を用いた観察とモニターを用いた観察を組み合わせ、これらの欠点を相互に補完し、継続的かつ効果的な観察を行う必要があると述べている (p.71)。

先行研究では、モニタリング技術などの観察技術の変化が手を出さない看護をもたらしたこと (Sandelowski, 2000/2004, 244)、医療の機械化が手の効用を削ぎ落したこと (近森, 1997, p.5) が述べられていた。しかし C 看護師（場面 10, C43-45）、I 看護師（場面 40, I70）、B 看護師（場面 5, B/FW1/H）の語りでは、看護師自らの知覚や身体感覚を補うために医療

機器（テクノロジー）があり、患者自らが発する身体情報を第一として捉え、それを補うために医療機器（テクノロジー）があり、〔患者の状態を把握する〕ための補助的手段として医療機器（テクノロジー）が使用されていた。看護師の知覚や身体感覚が医療機器（テクノロジー）に置き換わるわけではなく、患者の反応を看護師が数値に置き換えてみるわけではない。看護師と患者の身体を通した関わり合いが基盤にあり、医療機器（テクノロジー）はそれを補完する形で生かされているのである。モニタリング技術などの観察技術の変化は、看護師の知覚や身体感覚と補い合いながら、病態や状況から生じている（もしくはこれから生じうる）患者の苦痛を取り除くために重要な役割を果たすと考えられる。触れることは医療機器（テクノロジー）と対立するわけではなく、医療機器（テクノロジー）によって縮小されるわけでもなく、高度化する医療の中において相補的に働きながら、患者を助ける手立てとなると考える。

C. 出会う場面によって不断に変化する「触れること」

ICUにおける看護師の触れることの特徴として明らかになった7つのテーマは、看護師たちによって最初から意図して行われたことばかりではなく、その都度、状況によって不断に変化していくという特徴がみられた。例えばA看護師は最初に身体を支えるつもりで触れたが、患者の動きがスムーズで自分の手にほとんど重さがかからなかった様子から、転ばぬ先の杖として手を添えるという触れ方に変えている（場面1-2）。E看護師の危険防止のために患者の腕が上がらないように抑えるように触れた手は、そのまま患者への労いの意味を込め、擦るような触れ方に変わっている（場面19）。触れることの目的が時間とともに移り変わる時間幅を持つものであることは先行研究の結果（浅井・沼本・小野他，2008；川西，2005）と同様であるが、出会う場面によって不断に変化するというICU看護師の触れる行為の特徴から、意図的に触れるという形ではない、出来事に呼び出されて生じる触れることという形の存在がみえてくる。この性質をGibson（1966/2011）は、アフォーダンスという言葉で説明している。アフォーダンスは「環境が動物に与える価値」と説明される。環境中には無数のアフォーダンスが存在し、それに気づくかどうかは個人の知覚システムに依存しているが、アフォーダンスは知覚者の主観ではなく、環境の中に存在する誰もが知覚しうる可能性のある情報であり、その情報知覚の有無が行為の可能性を引き出す。つまり看護師が出会った場面（環境）に存在するアフォーダンスを知覚し、触れる行為の可能性が引き出されている。アフォーダンスをどのように知覚するかは個々人の

知覚システムに依存するが、本研究の ICU 看護師たちは侵襲を最小限にし、安寧を提供するという志向性があったと考えられた。例えば A 看護師は、患者が起き上がる際に循環器疾患の患者であることを考慮し、体勢を変える時は支えられるような位置にいることが重要だと考えて起き上がる患者の肩下に手を入れた。そこで患者という環境から、身体の重さ、動きの速さ、動き方、表情、心拍数や血圧について、触れた自分の手に体重がかからないこと、遅すぎずスムーズに動けること、辛そうでないこと、モニター波形の変動がないといったように知覚し、離床に意欲があることや離床に耐えうる循環動態や活動能力であることを判断し、支えるのではなく肩に手を添えるという行動を起こした。しかし端坐位になった後の血圧測定では、自覚症状なかったものの血圧が低値だった（場面 1）。そのため A 看護師は清拭の際に背中を腕で支え、患者の身体を振動させないように支え、モニター変動に注意しながら清拭を行った（場面 2）。患者という環境から、症状、血圧、姿勢について、自覚症状がない、血圧が予測よりも低い、端坐位という姿勢（仰臥位よりも血圧低下を起こしやすい体位）をとっていることを知覚し、端坐位での清拭は続行可能だが、血圧低下には注意が必要という判断から、背中をしっかりと支えるという A 看護師の触れる行為が引き出されたと言える。

また C 看護師の場合（場面 11）は、患者の覚醒の兆し（患者の開眼状況、血圧の上昇、微細な口や臉の動きなど）から、侵襲にならないように覚醒を確認するという触れる行為が引き出されたと言えるが、これは持続鎮静が中止されたばかりという状況が看護師の知覚に大きく関係していると考えられる。持続鎮静が中止されたばかりという状況は、患者の覚醒の兆しを「まだ目覚めない状態」と看護師に知覚させた。そのような状態で無理に刺激を与えても、患者にとっては苦痛や侵襲になる可能性が高く、場合によっては集中治療後症候群のような心的ストレスになることも考えられる。しかしこれが鎮静薬の効果がほとんどなくなった状況であった場合、患者の覚醒の兆しは看護師に「覚醒への刺激が足りない状態」と知覚されるかもしれない。その場合、触れる刺激は意識の回復を促す刺激や近くに人がいることを伝える安心感や癒しに繋がる刺激になりうる。患者から知覚する状態が同じであったとしても、患者を取り巻く状況によって看護師に知覚されるアフォーダンスは変化する。患者の状態や状況は、触れることが侵襲になる時期から回復や癒しを与える時期、そして関係性を構築する時期といったように刻々と変化していくのである。意識の回復過程にある患者に対し、触れることが侵襲を与えるのか、回復を促すのかが、どこでどのように切り替わるのかという見極めは簡単なことではないが、看護師は患者の

状態と状況にアフォードされながら判断していると考えられた。また、患者がどのような時期に置かれているのかといった回復や療養のプロセスの時期だけでなく、個々の場面、つまり、患者のその都度の状態や状況も看護師の触れることをアフォードするものであった。患者の状態や状況は、体位変換や清拭といったケアをする場合には〈循環・呼吸が不安定な状態〉の患者として現れ（場面 10, 13）、持続鎮静後の覚醒を考える場合には〈覚醒状態や意識レベルを確認する必要がある状態〉の患者として現れる（場面 11）。患者の状態や状況は決して固定されたものではない。患者の状態を状況（つまりは環境）が、看護師にどのように知覚されるかが、看護師が触れることを生み出す素地になり、触れ方を決める素地になる。つまり患者の状態や状況は、触れることを生み出す文脈として大きな役割を果たし、ゆえに「看護師の触れることは出会う場面によって不断に変化する」という特徴を生み出していたと考えられた。看護師の「触れること」は環境によって不断に変化し、村田（1995）が述べるように、「どのような対象と出会うかによって行為の仕方は不断に変化することになる。行為の過程では、あらかじめ意図されていたことがすべて実現するわけではないし、実現したことが意図されていたこととは限らないのである。むしろ行為の過程で意図は‘発生’と‘変化’の状態にあるというほうがふさわしいのであり、意図による行為の説明や理解は、行為が終わった後からなされる‘合理化’の試みに他ならないのである（P.177）」）。だからこそ、実際の臨床現場で起こる触れる現象は、目的に沿った効果、定式化といったことが難しいのである。

D. フロネーシスとしての「触れること」

ICUにおける触れる現象から、「触れること」は看護師が患者に触れ、触れることで捉えたことが元となり、次の手立てや振る舞いを決めていくという流れを持っており、1つの触れるという看護師の行為が、次の触れる行為を生み出し、それが患者との相互行為の中に繰り返されて「看護」が成り立っていることが明らかとなった。触れることは看護の余白ではなく、看護実践の中心に存在し、ケアを創発する役目を担っている。これは全く新しいものを創り出すといった派手な創発ではないが、看護実践という膨大な変数が存在する複雑な現場において、専門的知識と技術や個々人の経験を組み合わせ、その場に合わせたケアを生み出すものである。ICUのベテラン看護師たちは、触れることを「自然に手が出る（場面 19, E10）」、「癖みたいなもの（場面 10, C24）」と簡単に表現していたが、これはICUという実践の現場でしか育むことのできない、患者との関わりを通して自分の身体

に落とし込まれた ICU 看護師の卓越した業なのである。

このような知は、実践知やフロネーシスと呼ばれる。塚本（2008）は、フロネーシスを「為す知であり、気が付いたら働いていたというような働きの中で働く知（P.351）」であり、「その場に応じて言語をも身体化するような知（P.352）」であるとし、「フロネーシスが一つの習慣でありながら過去の経験を柔軟に応用できるかどうか、変形してそれを用いることができるかどうかを試す知であって、その時その場が要求するものに対応できる力であることを示す（P.339）」と述べている。そして「テクネー（術）と目と手のように絡み合い、テクネーの向こう側あるいは裏側で働く知（P.351）」と説明している。つまり看護にとって触れることは、専門的な技術の裏側で働き、専門的な技術と絡み合いながら働いており、切り離すことができないものなのである。

しかし習慣や裏側で働く知といった側面は、触れることを看護師に意識しづらくさせる 1 つの要因になっていると考える。川西（2005）が「生活行動援助においては、触れることが第一義的な目的ではないため、その意義を行為者が意識し難いことにより、触れることの意義が行為に埋没されたまま明らかになっていない」と述べているが、清拭や体位変換のときに触れて〔患者の状態を把握する〕ということが行われていたことを、実際に看護師たちはほとんど意識しておらず、触れ方に至っては説明しても自覚すら難しかった。日常生活援助が触れる機会になる一方、習慣的な行為は強く意識されることがない。加えて、触れることが看護師に意識されづらい要因として、触れる時間の短さがある。ICU で行われる触れる行為は、患者の状態が不安定であればあるほど、侵襲をかけないために短時間で行われる。そのため 1 回の触れている時間は 2～3 分程度であることが多く、短いものは数秒で終了する。それが 1 つの援助中（例えば清拭など）に、単発であったり、繰り返されたりしながら現れる。また今回の研究では、触れることは援助中に集中して現れており、援助以外の時間に看護師たちが不用意に患者に触れることは少なかった。つまり触れるときと触れないときの緩急が大きい。それでも ICU の看護師たちは、この短い時間の中で〔患者の状態を把握する〕ことが可能な卓越した能力を持っている。しかし裏を返せば、このような触れる行為は患者を含めた他者からは見えづらく、指摘もされにくいということであり、看護師が意識しなければ記録にも残らず消えてなくなるものなのである。そして定式化できない不確定さを持ちながら、見えづらいという特性上、現代の科学が求める因果関係として説明が難しく、マニュアル化できない、身に着けるまでには時間を要するものである。阿保（2015）は、看護は患者に触れることなしにはあり得ないにも関わ

らず、これまでその意味は低く見積もられてきた (p.97) と述べている。そしてこのような議論が 30 年前から行われていたにも関わらず、今も遅れたままなのではないかと指摘する (p.97)。「非侵襲的に接近し、非侵襲的に触れる (p.84)」ことはすべての看護師にとって重要なスキルである。そして非侵襲的に触れるためには、どのように触れるのかという業が必要なのである。

侵襲を与えないために、状態を変化させないためには、患者の状態を的確に把握し、今、どうすべきことが患者にとって最良なのかを判断する力が求められる。そこには生理学的知識や、生理学的状態が歪んで生じる病態の知識、病態が示す様々な検査データを理解するための知識、生体監視モニターが示す数値が患者のどんな状態を示しているのかということを理解するための知識、そして治療と治療に対して生じる患者の反応に対する知識、医療機器の扱いについての知識等の一般的な知識に加え、それを目の前にいるリアルな患者がどのように示しているかを照らし合わせながら、患者の状態を理解するという高度な状態把握の技術が必要である。また一般的な知識と共に今までの経験を鑑み、それと照らし合わせながら、現状を把握するだけではなく、今までの状態や状況という過去からの時間の流れの中で推移を捉え、今後、起こりうることを予測して、最適な状態とするためにはどうすべきかまで考える高度な「知」が作用しているのである。これは専門的な知識や技術と実践を通して繰り返し蓄積されてきた看護師の個々人の経験が絡み合っている高度な業であり、決して誰にでもすぐにできる簡単なことではない。

E. 看護実践への示唆

ICU などの患者をテクノロジーの監視下に置く環境では、「手を出さない看護」がもたらされたと言われ (Sandelowski, 2000/2004, p.245)、看護師が患者に触れないことが問題視されていた。しかし本研究の結果から、触れることが〔患者の状態を把握する〕ことにおいて不可欠であり、それが看護師の身体感覚を使って必要不可欠な看護ケアを提供する際に、侵襲を最小限し、かつ安寧を提供するという考えのもとで行われていたことが明らかとなった。〔患者の状態を把握する〕ことは言い換えれば看護における「観察」である。観察が重要なことは周知の事実であるが、本研究から看護師が行っている観察の様相が具体的に明らかになったと言える。Benner (1999/2005) が示したクリティカルケアの優れた臨床看護実践には、看護師の思考と行動の習慣として「臨床把握」と「臨床における先見性」が挙げられており (p.4)、「臨床把握」や「先見性」は〔患者の状態を把握する〕ことを抜

きには語れない。また優れた臨床実践が行われているとされる領域は、状態が不安定な患者の生命維持のための身体機能の診断と管理、重症患者を安楽にすること、熟練を要する危機管理能力、技術的環境での危険防止などであり (Benner, 1999/2005, pp.3-4)、本研究の触れる現象が現れていた場面と重複する部分が多い。つまりクリティカルケアの優れた看護実践には、触れること、そして身体感覚を使って観察することが不可欠なのである。

また本研究の結果から、患者の身体の一部として人工呼吸器の蛇管などの機械に触れることや、患者の私的空間に近づいて触れるという、間接的かつ空間的な「触れること」が看護実践において行われていることが明らかになった。また、「触れること」が患者の状態や状況の変化に応じて不断に変化し、看護師と患者との関係性を含んで行われていたことから考えると、看護実践における「触れること」は、看護師が患者の身体の一部に直接接触するという現象だけを指すのではなく、触れるに至る過程と触れたことがどのような影響を与えるのかといった過程を含んだプロセスとして成り立っているといえることができる。従来の定義では、タッチやタッチングは看護した患者の身体の一部に直接接触れることであると定義されているが、看護実践での看護師の「触れること」はそれを超えて行われており、このような「触れること」が、ICUにおいて患者に侵襲を与えず、かつ安寧を提供するために必要不可欠で、看護ケアとして機能していると考えられる。加えて看護実践における「触れること」は文脈に埋め込まれて存在しているため、触れることを構造化し、文脈から切り離して効果を測るという形ではみることができていないが、患者をケアする上で重要な役割を果たしていると言える。

看護師は自分が行っている触れることの価値を、もう一度再認識する必要がある。そして触れることが看護師の身体感覚を使った習慣的なものであり、意識しづらいことを念頭に置き、まずは自分の身体に意識を向けて、触れることを意識化し、言語化する努力をしていく必要がある。そして実践を通して見せ、その時に感じたことを説明し、身体感覚を伝えていくことで、触れることのような看護師の実践知を発展させていく必要がある。日々の看護実践の中で看護を支えているのは「触れること」が示したように、看護師の身体や知覚を通して行われる患者の状態の把握であり、それがあってこそ非侵襲的かつ非侵襲的なケアの遂行が可能となるのである。このような知はベッドサイドで患者との相互行為を通してしか身につけることができないものである。観察することや看護師の感覚の重要性を軽視することがないよう、卒後の教育において、新人のときから身体感覚に目をむけて「触れること」を考えることができるような教育が望まれる。

F. 研究の限界と今後の課題

触れることは、看護師と患者の相互作用によって成り立つものであるが、本研究では看護師のインタビューに留まっており、患者視点からの触れることの受け止めや、それが看護師のどのように伝えられているのか等は明らかになっていない。今後、患者の思いを聞くことで、より相互的かつ患者側が感じる触れることの意味や価値を探求できるのではないかと考える。また本研究は2施設の看護師と患者を対象とし、限られた時間の中で生じた触れる現象の結果であるため、触れることを生み出す文脈が網羅できているわけではない。他施設、領域の対象やより多くの文脈の中での同質性や差異を比較することで、結果を洗練し、触れることの卓越性をより深く探求することが可能であると考えられる。

VIII. 結論

本研究の目的は、ICUにおける看護師の「触れる」現象に着目し、看護師10名と患者13名に対する参加観察と看護師に対するインタビューによって、その特徴と看護ケアとしての意味を明らかにした。本研究における結論は、以下のとおりである。

1. ICUにおける看護師の触れることの特徴として、【患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる】、【触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる】、【手を介して伝わる振動や動きを感じとり、呼吸ケアにつなげる】、【患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる】、【安寧の提供と危険回避のために触れる】、【距離感をはかりながら触れて関係性をつくる】、【言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える】という7つの大テーマ（特徴）が明らかとなった。
2. ICUにおける看護師の触れることは、7つの大テーマ（特徴）に基づいて、「患者の状態を把握するために触れることが不可欠であること」、「看護師が触れることの侵襲を最小限にし、かつ安寧を提供すると捉えていること」が通底していると考えられた。
3. ICUにおける看護師の触れることは、7つの大テーマ（特徴）に基づいて、看護師が自らの身体感覚を用いて、みることと触れることを同時的に行いながら成り立っており、医療技術（テクノロジー）との相補性を持ちながら、不断に変化する状況の中で、その時その場が要求するものに対応できるようなかたちで働く知（フロネーシス）として、実践の基盤になっていると考えられた。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました研究参加者のみなさま、ならびに研究協力施設のみなさまに心より御礼申し上げます。

研究活動全般にわたり丁寧なご指導と的確なアドバイスをいただきました指導教授の守田美奈子先生、ならびに吉田みつ子先生に深く感謝いたします。審査の過程で私の視野を広げ、洞察を深める機会をいただきました、江本リナ先生、川原由佳里先生、三浦英恵先生に深く感謝いたします。

また、さまざまな視点から意見やアドバイスをいただき、助けてくださったゼミのみなさまに感謝申し上げます。最後に、支え続けてくれた家族と大学院進学を後押ししてくれた亡き母に感謝いたします。

文献

- Abraham, C., & Shanley, E. (1992). *Social Psychology for Nurse. Understanding interaction in health care*/細江達郎 (2001). *ナースのための臨床社会心理学*. 北大路書房.
- Adomat, R. & Killingworth, A. (1994). Care of the critically ill patient: the impact of stress on the use of touch in intensive therapy units. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 912-922.
- 浅井さおり・沼本教子・小野光美・原祥子 (2008). 認知障害のある高齢者と看護師との相互作用場面における看護師のタッチの意味 機能的側面からの検討. *日本認知症ケア学会誌*, 7(1), 51-58.
- 阿保順子 (2015). *身体へのまなざし ほんとうの看護学のために*. すぴか書房.
- Barnett, K. (1972). A theoretical Construct of the Concepts of Touch as They Relate to Nursing/遠藤敏子 (1974). 看護に関するタッチの概念と理論的構成. *看護研究*, 7(4), 379-389.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition*/井部俊子 (2005). *ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ*. 医学書院.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*/井上智子 (2005). *ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること*. 医学書院.
- Bottoff, J. (1993). The Use and meaning of Touch in Caring for Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(10), 1531-1538.

- Chang, O. (2001). The conceptual structure of physical touch in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 820-827.
- Ching, M. (1993). The use of touch in nursing practice. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 10(4), 4-9.
- Conner, A. & Howett, M. (2009). A Conceptual Model of Intentional Comfort Touch. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 127-135.
- Craven, R., Hirnle, C., & Jenwen, S. (2013). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function 7th Ed.* Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- 近森芙美子 (1997). *感性の看護論 (第一集)*. 医学書院.
- Estabrooks, C. (1989). Touch: A nursing strategy in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 18(4), 392-401.
- Estabrooks, C. & Morse, J. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 448-456.
- 江川幸二 (2007). クリティカルケアにおける看護の専門とは何か? —生命維持と安楽ケアの境界を超える—. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 3(2), 28-30.
- 江川幸二 (2014). クリティカルケア看護に活かす Comfort の概念と Comfort ケア. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10(1), 1-10.
- Fisher, L. & Joseph, D. (1989). A Scale to Measure Attitudes about Nonprocedural Touch. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 21(2), 5-14.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung*/小田博志(2011). *新版 質的研究入門 〈人間科学〉のための方法論*. 春秋社.
- Florence Nightingale. (1860). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*/湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子・田村真・小南吉彦 (2000). *看護覚え書 改訳第6版*. 現代社.
- 深井喜代子 (2010). *ケア技術のエビデンス II*. ヘルス出版.
- 藤野彰子 (2006). 男性看護師のタッチの特徴とその対処方法に関する研究—男性看護師10人への面接調査による事例研究—. *日本看護学会誌*, Vol.15, No.2, 151-158.
- 藤野彰子・橋本紀子 (1998). 終末期がん看護における「タッチ」に関する研究. *女子栄養大学紀要*, 29, 73-85.
- Gallace, A. & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 246-259.

- Gibson, J.J.(1966). *The Senses Considered as Perceptual Systems*/佐々木正人・古山宣洋・三嶋博之 (2011). *ギブソン生態学的知覚システム 感性をとらえなおす*. 東京大学出版会.
- Gleeson, M.& Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 69-77.
- Green, C. (2013). Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nursing Philosophy*, 14, 242-253.
- Grove, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (7th ed)* /黒田裕子・中木高夫・逸見功 (2015). *バーンズ&グローブ 看護研究入門 評価・統合・エビデンスの生成 第7版*. ELSEVIER.
- グレッグ美鈴・麻原きよみ・横山美江 (2007). *よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートを目指して*. 医歯薬出版株式会社.
- Hall, E. (1966). *The Hidden Dimention*/日高敏隆・佐藤信行 (1970). *かくれた次元*. みすず書房.
- 原澤純子 (2014). 日常の看護場面において働く「手」の現象学的考察 語りなおすことからみえてくるもの. *看護研究*, 47(7), 670-678.
- 堀内園子 (2010). *見て、試して、覚える 触れるケア 看護技術としてのタッチング*. ライフサポート社.
- Ingham, A. (1989). A review of the literature relating to touch and its use in intensive care. *Intensive Care Nursing*, 5, 65-75.
- 五十嵐透子 (2000). 看護におけるタッチング教育. *日本精神保健看護学会誌*, 9(1), 1-13.
- 池川清子 (1991) *看護 生きられる世界の実践知*. ゆみる出版.
- 井上智子 (2006). 専門性としてのクリティカルケア看護が果たす役割. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 2(2), 27-29.
- Jackson, C. & Latini, C. (2013). Touch and Hand-Mediated Therapies. Dossy, B. & Keegan, L. (6th ed), *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*(pp.417-437). Jones & Bartlett Learning.
- 川島みどり (2010). *看護技術の基礎理論*. ライフサポート社.
- 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求して. *日本赤十字広島看護大学紀要*. 5, 11-19.
- 川原由佳里・守田美奈子・田中孝美・奥田清子・本江朝美・田中晶子・五味己寿枝 (2009). *触れるケアをめぐる看護師の経験 - 身体論的観点からの分析 -*. *日本看護技術学会誌*,

8(2), 46-55.

北素子・谷津裕子 (2009). *質的研究のための実践と評価のためのサブストラクション*. 医学書院.

厚生労働省 平成 26 年患者調査の概況 (2014). 退院患者の平均在院日数等.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/03.pdf> [2018/02/16 閲覧].

小島善和・武田利明・井上智子 (2009). 皮膚に触れることができる. 菱沼典子・井上智子・武田利明 (編), *看護の原理* 所収 (pp.236-242). ライフサポート社.

近藤浩子・小宮浩美・浦尾悠子 (2013). 癒しの技法としてのタッチの受け者と施行者における効果に関する研究. *東京医療保健大学紀要*, 7(1), 1-10.

Leonard, K. & kalman, M. (2015). The Meaning of Touch to Patients Undergoing Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 42(5), 517-526.

Lindgren, L., Lehtipalo, S., Winsö, O., Karlsson, M., Wiklund, U. & Brulin, C. (2013). Touch massage: a pilot study of a complex intervention. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 269-277.

Maurice Blanchot(1955). *L'espace Litteraire*/栗津則雄・出口裕弘 (1962). *文学空間*. 現代思想社.

Maurice Merleau-Ponty(1953/1964). *Eloge de la Philosophie L'Oeil et L'esprit*/滝浦静雄・木田元 (1966). 目と精神. みすず書房.

Maurice Merleau-Ponty(1964). *Le visible et L'invisible*/中島盛夫 (1994). 見えるものと見えざるもの. 法政大学出版局.

McCann, K. & McKenna, H. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 838-846.

松下正子・森下利子 (2003). 意図的タッチによる生理的变化と心理的評価に関する研究. *三重県立看護大学紀要*, 7, 13-19.

三嶋博之 (2000). *エコロジカル・マインド 知性と環境をつなぐ心理学*. NHK ブックス.

見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子 (2011). *看護学辞典 第二版*. 日本看護協会出版会.

村田純一 (1995). *知覚と生活世界 知の現象学的理解*. 東京大学出版会.

森下利子・池田由紀・長尾順子 (1998). 看護者のタッチに対する認識と実態に関する調査研究. *三重県立看護大学紀要*, 2, 81-93.

森下利子・池田由紀・長尾順子 (1999). 看護者のタッチに対する認識と実態に関する調査研究 第 2 報. *三重県立看護大学紀要*, 3, 99-105.

- 森下利子・池田由紀・長尾順子 (2000). 意図的タッチによる心身への影響に関する研究
POMS の「緊張-不安」スコアによる対照群別比較. *三重県立看護大学紀要*, 4, 9-14.
- 中川雅夫 (2010). 我国の医療の課題と展望. *明示国際医療大学誌*, 3, 1-6.
- 日本看護科学学会 (2005). 看護行為用語の定義一覧 Vers. 1. 領域 3
http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/defi_3.html [2018/02/20 閲覧]
- Papathanassoglou, E. & Mpouzika, M. (2012). Interpersonal Touch: Physiological Effects in
Critical Care. *Biological Research for Health*, 14(4), 431-443.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research: principles and Methods 2th ed*/近藤潤子 (2010).
看護研究 原理と方法 第2版. 医学書院.
- Routasalo, P. (1999). Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced
Nursing*, 30(4), 843-850.
- Routasalo, P., & Isora, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*, 3(2), 165-176.
- Routasalo, p. & Lauri, S. (1998). Expressions of Touch in Nursing Older People. *European Nurse*,
3(2), 95-103.
- Sandelowski, M. (2000). *Device & Desire. Gender, Technology, and American Nursing*/和泉成子
(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.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to qualitative
description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Schoenhofer, S. (1989). Affective touch in critical care nursing: A descriptive study. *Heart & Lung*,
18(2), 146-154.
- Sylvia, S. (2002). *Human Biology (7th ed)*/坂井建雄・岡田隆夫 (2005) *ヒューマンバイオロジ
ー 人体と生命*. 医学書院.
- 櫻井文乃 (2011). 重症患者への清拭は、患者にとって負担かそれとも安楽か? 大動脈バル
ンパンピング (IABP) 試行中患者への看護師の清拭効果. *看護実践の科学*, 36(11),
45-49.
- 櫻井文乃・井上智子 (2011). 大動脈バルンパンピング装着患者への回復促進を目指す清
拭基準および comfort 質問票の作成に関する研究. *日本クリティカルケア看護学会*,
7(3), 12-15.
- 佐藤郁哉 (2002). *フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる*. 新曜社.
- 茂野香おる (2015). *系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護技術 I*. 医学書院.

- 志自岐泰子・松尾ミヨ子・習田明裕・金壽子 (2017). ナーシング・グラフィカ基礎看護学
3 基礎看護技術. メディカ出版.
- 柴田しおり・仁平雅子・登喜和江・高橋千恵子・高田早苗 (2002). 日常看護場面における
看護婦－患者間のタッチの意味とそのタイプに関する研究. 神戸市看護大学紀要, 6,
29-40.
- 澁谷えり子 (2011). 臨地実習における意図的タッチの活用状況と教育の課題. 埼玉県立大
学紀要, 13, 67-72.
- 高田みなみ・長江美代子 (2012). 非接触文化である日本の看護臨床場面においてタッチン
グが有効に働く要因：統合的文献研究. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 121-131.
- 塚本明子 (2008). 動く知フロネーシス 経験にひらかれた実践知. ゆみる出版.
- 寺町優子 (2006). 人々に貢献するクリティカルケア看護の専門性の探求. 日本クリティカ
ルケア看護学会誌, 2(2), 1-9.
- 土蔵愛子 (2000). Touch に関する研究と実践の動向. 聖母女子短期大学紀要, 13, 12-17.
- 富永明子 (2015). 的確なアセスメントに向けた ICU 看護師の実践. 群馬県立県民健康科
学大学紀要, 10, 61-78.
- 鳥谷めぐみ・矢野理香・菊地美香・小島悦子・菅原邦子 (2002). 緩和ケア病棟に入院中の
がん患者の看護場面におけるタッチの研究. 天使大学紀要, 2, 13-23.
- 浦山留美 (2006). 看護場面における統合失調症患者に対するタッチの特徴. 北海道医療大
学看護福祉学部学会誌, 2(1), 77-80.
- Watson, W. (1975). The Meanings of Touch: Geriatric Nursing. *Journal of Communication*, 25(3),
p.104-112.
- Weiss, S. (1979). The Language of Touch. *Nursing Research*, 28(2), 76-80.
- Weiss, S. (1988). Touch. *Annual Review of Nursing Research*, 6, 3-27.
- Weiss, S. (1990). Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering
from cardiac disease. *Heart & Lung*, 19(5), 474-480.
- 山田奈津子・佐々木吉子・井上智子 (2017). クリティカルケア看護師の侵襲的治療を受
ける意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメント. 日本クリティカルケア
看護学会誌, 13(1), 49-57.

表 2 事例の要約

研究参加者	場面番号	事例の要約
A看護師 Kさん	1-4	患者: 70歳代男性 / 腹部大動脈瘤(AAA)のステント挿入術後1日目 / 意識レベル清明 循環器系疾患の術後で、本日離床予定の患者。朝の時点で仰臥位安静が解除され、離床できれば午後に一般病棟へ転床の予定だった。朝から明るく冗談を言ったりしており、症状の訴えもなく、ベッド上での動きもスムーズだった。A看護師は患者の様子から「大丈夫」という思いを持っていたが、患者が動く際には動きに合わせて手を添えたり、モニターを見たりしていた。清拭が終了し、いざ離床(ベッドから降りて歩行する)という段階になると、患者は口数が減り、動く際には真剣な表情を見せていた。A看護師は緊張を和らげるように声をかけながら、患者の動きとモニター変動に気を配っていた。A看護師は患者が立ち上がるまではしっかりと支え、患者が歩ける様子を見ると、徐々に手を添えるだけにした。A看護師は転倒予防を気にしていたと述べたが、全体を通して、循環動態が急激に変化することを考えて患者に触れているA看護師の様子が現れていた。
B看護師 Lさん	5-6	患者: 70歳代男性 / 小腸穿孔による開腹緊急手術後2日目 / 意識レベルRASSで-3~-4 突然の腹痛によって3日前に緊急手術を受けたが、麻酔覚醒時から体動が激しく、状況を説明しても理解が得られなかったため、術後管理の目的でドルミカムによる鎮静管理が開始された。人工呼吸器にて呼吸管理中であったが、抜管にむけて、本日朝に鎮静が中止された。B看護師は意識レベルと意識レベルの上昇に伴って生じるであろう体動を確認していた。また抜管にむけて呼吸状態が良好に保てるよう注意していた。呼吸状態の変化はなかったが、痰があまり吸引できなかったため、前胸部によく触れて痰の状況を確認していた。B看護師は前胸部に触れながら、痰の振動を感知し、また同時にその手には、呼吸頑張れよという気持ちが入り込められていた。この日、意識レベルの上昇が十分でなかったため、抜管は次の日に持ち越された。呼吸状態は悪化することなく、経過した。
B看護師 Mさん	7-9	患者: 40歳代男性 / 肺癌にて胸腔鏡下肺部分切除術後1日目 / 意識レベル清明 午後、一般病棟へ転床予定。右胸腔ドレーン留置、酸素投与中。呼吸苦はなくSpO2100%で経過していた。疼痛の訴えはなかったが(硬膜外から鎮痛剤が持続投与中)、ベッドの上で長座位になり、肩間にしわを寄せて看護師が近づいても目線を合わせず、じっとしていた。看護師の問いかけに受け答えはするが、「ああ」「まあ」といった短い言葉しか発しなかった。B看護師は、患者の年齢、性別、はじめての入院であること等を考慮し、バイタルサイン測定を機に患者に触れていった。はじめは肩や腕などの当たり障りのない場所に触れながら、患者の反応をみていった。さらに前胸部や創部周囲に触れながら、患者との距離を縮めていき、次第に患者は看護師と目線を合わせて話すようになっていった。また看護師が患者に触れて、患者の身体を動かすことによって、患者が自分の状態に気づき、自分で動かしても大丈夫な範囲を知ることになった。最終的には、患者はB看護師に自分から声をかけるようになった。患者は無事に離床でき、一般病棟へ転床した。
C看護師 Nさん	10-14	患者: 80歳女性 / 大腸癌開腹切除術、ストーマ造設後9-10日目 / 意識レベルRASSで-3~-4 手術後に消化管の縫合不全を併発し再手術となった。再手術時、敗血症性ショックとなり、術後も循環動態が非常に不安定だった。昨日、すべての昇圧剤からようやく離脱できたが、それまでの大量輸液投与等によって体重が15kg増加した。現在はリファイリングを待つ時期であり、透析と利尿剤を使用して体液量のコントロールを実施し、循環動態を管理していた。人工呼吸器を装着中であったが、呼吸状態が改善してきており、意識レベルを確認するためにも、朝、セデーションを中止した。C看護師は「良くなってきた」「落ち着いてきた」と患者の状態をポジティブに表現しながらも、常に末梢の皮膚温度や体温に注意を払っていた。また本当に必要時以外は患者に対してあえて触れないようにしており、ケアのタイミングをみるとともに何気なく触れる際にも循環変動や皮膚に対して細心の注意を払っていた。このような関わりが循環動態の変動を押さえ、皮膚損傷の機会を減らし、患者への負担軽減につながっていた。
D看護師 Nさん	15-18	患者: 80歳女性 / 大腸癌開腹切除術、ストーマ造設後15-16日目 / 意識レベルJCS I-3 C看護師と同様の患者であり、術後15-16日目である。術後、人工呼吸器にて呼吸管理を行っていたが、本日の抜管に向けてウィーニングが開始された。患者は口パクやジェスチャーで意思疎通することができたが、朝からキョロキョロ、パクパク(口パク)、抑制された手をパタパタと動かし、落ち着きがなかった。その行動に伴い呼吸数が30回/分となることもあった。看護師は患者が興奮しそうになると声をかけ、手を握ったり、自分の手を握らせたりしながら興奮しないようにしていた。また、看護師が近くにいることで何かを訴えようと興奮してしまうこともあったため、その場合は、患者の様子を考慮し、距離をおいて関わっていた。呼吸に対する負荷を最小限にするよう関わることは、スムーズな抜管に繋がった。抜管後は、患者が少しでも休息できるようにしたり、患者自身が訴える苦痛が何なのかを考えながら、患者に接していた。抜管後の休息も、呼吸状態を悪化させないケアにつながっていた。
E看護師 Nさん	19-22	患者: 80歳代女性 / 術後の消化管穿孔にて開腹再手術後3日目 / 意識レベルJCS I-3 術後管理をおえて病棟に転床となったが、上記診断にて再手術となりICUに入室した。敗血症の状態から改善しつつあり、循環・呼吸共に落ち着いてきていたが、長期臥床状態が続いて自分で体幹を動かすことは難しかった。受け持った日は、昼夜逆転傾向で、夜間眠れていない状態だったが、朝から必要な検査や医療処置が続いた。患者は朝から肩間にしわをよせており、処置に対して「バカ」「嫌だ」等の言葉が発せられ、不機嫌さが増していた。看護師は様々な処置やケアを行いながら、声かけしつつ触れたり擦ったりして、患者をなだめ、励まし、辛い、危険動作を押さえるときも労うような動作に変え、安全と精神的ケアを行っていた。また空いた時間がある時は少しでも患者が休息できるように関わった。患者は不機嫌さをあらわにしつつも医療処置をすべて終え、少し休むことができた後には、不機嫌さも緩和された。

表2 事例の要約

研究参加者	場面番号	事例の要約
F看護師 Oさん	23-24	患者:Tさん60歳代女性 / 右腎臓癌にて右腎臓摘出術後1日目 / 意識レベル清明 開腹手術を受けた患者。痛みの訴えもなく落ち着いており、常に「大丈夫」と口にする人だった。看護師は創部の大きさを考え、疼痛があるのではないかと考えてはいたが、患者の言動や様子から大丈夫なんだなと思って関わっていた。しかし身体を動かすときになり、患者が嘔吐し、迷走神経反射が出現するようになった。看護師はそこから患者の言動以上に患者の身体はダメージを受けていると考え、患者の様子を密にみるようになった。患者自身は「辛い」といったことを口にするにはなかったが、モニター上の心拍数変化や触れて感じた冷汗の量が、患者が気づかない(または訴えない)身体の辛さを表していると考え、F看護師は患者との距離を保ちつつも、患者の代わりに身体状態を判断し、離床ができるかどうかの判断をしていった。
F看護師 Pさん	25-28	患者:70歳代女性 / 大脳腫瘍、開頭摘出術後1日目 / 意識レベルJCS I-3 麻酔覚醒し、ICU帰室後から徐々に不穏になった。抗不安薬や眠剤が使用されたが、効果がなく一睡もしなかった。手術や入院した事実が理解されておらず、夜勤帯から危険動作が強く、ベッド周囲には保護柵やクッションが置かれ、自己抜去による危険を回避するため、Aライン、胃チューブ等は抜去され、必要最低限のルートドレインのみとなっていた。看護師が近づくと声を荒げ、バタバタと興奮したように動いていた。「ものすごい不穏」と申し送られた。看護師は患者を興奮させないように、自分の身の安全も考えながら、近づき方を探り、触れて反応を見ていた。何度か近づいたり、触れたりする中で、現状とつじつまは合っていないが、患者が訴えていることはおかしくないことに気づき、その辺りから患者との距離が縮まっていった。その後、患者のペースを乱さないよう、かつ患者が自分で出来たように手を添えて触れていく中で、興奮がみだつた患者から笑顔が見えるようになる。最終的には患者をうまく誘導し、離床することができた。
G看護師 Qさん	29-33	患者:50歳代男性 / AMIによるCPA / 意識レベルはRASS-4~-3 心拍が再開し、PCIを実施。PCPSなどで循環管理していたが、昨日抜去された。ノルアド等の循環補助剤は使用中であるが、循環は落ち着いていた。朝6時にセデーションが中止され、レベルが上昇し、呼吸状態がよければ、抜管に向けていくとのことだった。現状の意識レベルはRASS-4~-3で、ほとんど反応を示さない状態であったが、時間経過と共に、徐々に手足に動きがでてきた。看護師は自分で訴えられない患者の代わりに、触れて状態をみたり、患者の反応を引きだすようにしていた。また目覚めていない患者に対して力強く声かけし、意識レベルを確認するとともに刺激を与えて覚醒を促していた。
H看護師 Rさん	34-35	患者:90歳代女性 / 心原性脳梗塞の保存治療 / 意識レベル清明~I-1 発症直後であり経過観察のために入院中。意識レベルはクリアで麻痺などもなく、循環も安定している。一見何の問題もないように見えた。そしてケアも少ない。H看護師は「クリアな人に触るといことはしない」といつていたが、リハ中の患者の様子から指示が上手くできていないことをみた。動作を促す際、H看護師はジェスチャーや位置を示すために、足に触れたりしていた。意識していたわけではないが、それにより患者をスムーズに誘導することができていた。その後のリハビリにて、感覚性失語があるのではないかとということになり、言語だけでは指示が伝わりにくいことがわかった。
H看護師 Sさん	36	患者:80歳女性 / 脳出血(2日後に手術予定) / 意識レベルII-10~I-3 手術待機の患者。患者は主として閉眼しており、従命指示に答えてくれるときと、そうでないときがあった。出血の拡大を考慮し、看護師は神経学的所見と血圧管理の2つは厳重にと考えていた。バイタル測定、体位変換、一見必要な処置を淡々とこなしているようにしか見えず、患者にもほとんど触っていないようにみえたが、触れる機会があるときに、意識レベルの反応、浮腫みなどをみており、循環変動を考えて、動かさないで見られればそれに越したことはないという思いでケアしていた。患者は時折自分の手を宙にさまよわせるようにしていたが、動きをみて「管を抜くような動きではないこと」「動き」からレベルの変化をみていた。看護師は「まったく高度な判断はないです」といつていた。
I看護師 Tさん	37-40	患者:80歳代男性 / 誤嚥性肺炎、延髄梗塞。軽度認知症あり / 意識レベルI-2~3 肺炎で入院してきたが、延髄梗塞が指摘され、それにより今後麻痺が進行していくことが想定されている患者。酸素マスクにて酸素投与中で頻回な吸引が必要だった。看護師は麻痺の進行を常に確認し、ケア等で体に触れる際にも注意深く確認していた。麻痺は徐々に進行し、昼にはMMTが1となった。午後になり、患者は動く方の左手をヒラヒラと動かしており、それは危険動作に繋がるようにも見えたが、動かす手の意味を考え続けていた看護師は、患者の表情変化から「手を探している」という行動の意味に気づいた。 また痰が多く挿管になる危険も高い状態だったが、前胸部の振動とモニターを合わせて痰の状況を考え、吸引を行なった結果、挿管にならずに1日を過ごすことができた。
J看護師 Uさん	41-43	患者:70歳代女性 / 特発性間質性肺炎 / 意識レベル清明 上記の旧姓増悪でNIPPV装着中。患者の意思がしっかりしており、入院も4日目になることから、患者の出来る部分は尊重し、見えないところや意識がいきにくいところは触れて誘導する等、患者さんが必要とする部分に手を出していた。またJ看護師は患者さんからは離れている時間が長かったが、離れている時でもベッドの前を通る時は視線を向けたり、患者の動きが見られた時に近づいて触れるとといったことで、いつでも患者のサインを受け止められるようにしていた。

表3 場面の詳細

場面番号	状況 (触れる現象が生じた背景・文脈)	NsとPtの相互作用 (触れたときの反応)	触れ方・触れる方法 (どのように触れたか)	帰結 (どんな結果になったか)
A 看護師 / Kさん	1 70歳代男性 AAAステント挿入術後 意識レベル清明 ・循環器疾患の術後だがバイタルは安定中。 ・術後の仰臥位安静が介助されてはじめて動く場面。 ・意識レベル清明で、自覚症状はない。 ・Nsは患者も意欲があり大丈夫だろうと予測しつつ、動くことに伴う循環変動や症状出現の可能性を予測。 ・勤務の引継ぎ時の患者と看護師の関わりをみて、触れても大丈夫そうなんだと思った。	看護師: 行為 患者: 触れられたことに対して特に反応はなし。自分の動きに集中しているので気づいていない様子。	起き上がりに合わせて肩下に手をそえた。 ヒップアップの際に腰下に手をそえた。	・添えた手に体重は感じず。 ・ベッド上での動きはスムーズ。 ・循環変動は生じず。 ・胸部症状の出現もなし。 ・端坐位にまで動作OK。 ・患者は笑顔だった。
	2 ・清拭実施中。端坐位になった際のNBPが92mmHgだった。 ・Nsはフラフラしないか確認したが症状はなし。 ・Nsは血圧が低めであると考えていた。 ・Nsは循環器系の患者で、過去に起立性低血圧を起こす患者を何人も見たことがある。	看護師: 行為 患者: 触れられたことに対して、そのまま身をゆだねていた。	動く際にモニターを見た。 振動を抑えるように前腕と自分の体重をかけるようにして支えた。	・ふらつき出現なし。 ・症状出現なし。 ・血圧低下なし。 ・清拭は無事に終了。
	3 ・清拭実施中。寝衣を脱がせた背中(手袋越し)触れた際、Nsが「熱がありそうですね」と感じて患者に尋ねた。 ・実測体温が37.4度であることを同時に聞いた。 ・Nsは過去、AAAの術後に37.5度程度の発熱があることは普通で、解熱するので問題がないということを医師に聞いたことがあった。 ・クリニカルパス指示にも引っかかっていない。	看護師: 行為 患者: 触れられたことに対する反応はなかった。問われても無自覚で気づく様子もなかった。	布越しではない背中に触れて気づいた。 熱を患者に問うた。	・微熱ではあった。 ・許容範囲内であると判断。 ・それ以上何もしなかった。 ・皮膚の暑さは感じ続けていた。
	4 ・初回歩行を実施する場面。 ・端坐位になった際、血圧が92mmHgになった。 ・Nsは立位時の起立性低血圧が生じる可能性を考慮。 ・Nsは血圧低下と随伴症状出現の可能性も考慮。 ・患者も先ほどに比べて口数が減った。 ・患者は動くとき、慎重そうな顔をしていた。 ・Nsは立ち上がり及び歩行で転倒のリスクも考慮。 ・今までの関わりで、触れられることの患者の反応がわかっている(触れられてもビクッとなったりしない。)	看護師: 行為 患者: 看護師の支えをそのままうけた。立ち上がりや歩くことに集中していた。慎重に歩き出し、やがて歩き出すと笑顔と口数が戻った。	血圧を何回も測定。 徐々に段階を経て歩行へ。 歩き出しは身体を密着させるようにして腕をもって患者を支えた。 少し歩くと、徐々に身体の位置が離れ、支えていた腕も離れていき、手を添える程度になった。	・循環変動なし。転倒なし。 ・患者の表情や動きが変化した。 ・表情は、慎重→笑顔。 ・口数は、少ない→世間話。 ・姿勢は前傾で下向き、硬い感じ。 →まっすぐで前向き、リラックス。 ・離床ができた。嬉しそう。 ・患者が言葉に出していないことを感じ取ってやっている。
B 看護師 / Lさん	5 70歳代男性 小腸穿孔による開腹緊急手術 意識レベル RASS-3~-4 人工呼吸器装着中 ・吸引実施の場面。 ・抜管に向けて鎮静を切ったが、まだレベルは上がらず、咳嗽みられない。 ・SpO2は100%だったが、吸引で痰があまり引けず。 ・Nsは「取れないな」と思っていた。 ・吸引ポトルには黄色の痰がかなり溜まっていた。 ・抜管に向けて「呼吸、頑張れ」という気持ちがある。	看護師: 行為 患者: 反応せず。	蛇管を掴んで振動を感知した。 患者の前胸部に手のひらを当てて、振動を感知した。 前胸部の手のひらを動かしていき、部位を確認した。 呼吸、頑張れという気持ちで触れた。	・吸引で取れない。 ・振動から痰があることを確信。 ・振動から痰の貯留部位を予測。 ・横を向いたら取れるのではないかと手立てを持った。
	6 ・意識レベルの確認を行う場面。 ・鎮静(ドルミカム)中止。 ・患者の指先が少し動いたり、口をモゴモゴさせたりといったわずかな動きがある。 ・Nsは動かない場合であってもモニターの血圧や心拍数の上昇があり、覚醒の兆しと捉えらえる。 ・Nsは覚醒には個人差があるが、昼～夕方と予測。 ・Nsは薬が抜けるまでは眠いので、冷めるのを待つ。 ・Nsは覚醒してくることはよいことだが、危険動作につながる可能性を考慮。	看護師: 行為 患者: 行為とは関係なくモゴモゴしている。	患者の動きを細かくみて、動きに変化が出た際には、肩をたたいて呼びかけた。 モニター上の血圧や心拍数上昇がある際には、触れて呼びかけた。 肩に触れると同時に呼びかけて、患者の反応を見た。	・スケール上レベル変化なし。 ・小さな動きが増えた。 ・少な表情がでてきた。 ・モニター変化がなく動きが少ないときはスヤスヤ寝ていると判断。 ・あえて声掛けや刺激をしない。 ・刺激に対する反応はほとんどなし。 ・次の勤務帯に覚醒の程度を伝えることにつながった。
B 看護師 / Mさん	7 40歳代男性 肺癌にて胸腔鏡下肺部分切除術 意識レベル清明 胸腔ドレーン留置 酸素投与中 ・ベッド上で、身体を固めて動く様子がなかった。 ・肩間に皺をよせていた。 ・看護師が近づいても目線を合わせなかった。 ・問いかけに短い単語で答えるが、そっけなかった。 ・患者は初めての入院・手術だった。 ・Nsは患者の生活歴を考えると、触れられることには慣れないと判断していた。	看護師: 行為 患者: 触れられた部位をじっと見る。触れて動かされる自分の腕をじっと見る。その動きと疼痛の程度を感じて、「大丈夫そうだな」と自分で納得した。	マンシエツを巻くことを足掛かりに患者に触れた。触れさせてもらったため、そのまま腕に腕を下から支えるようにし、慎重にゆっくりと触れた。触れている際の患者の表情や反応を観察した。 身体に遠いところから触れた。	・目線が合わない→看護師をみた。 ・不機嫌そうな低い声 →口数は少ないが答える。 ・固まっていた動き →自分でゆっくり手を動かすようになった。 ・患者から話しかけるようになった。
	8 ・バイタルサイン測定を契機に触れていく場面。 ・呼吸状態や合併症である皮下気腫の観察は重要。 ・Nsは患者が触れられることに慣れていないと判断。 ・Nsは術後なので疼痛があることも考慮。 ・Nsは疼痛があれば力が入っていると考えていた。 ・先ほど、腕に触れて拒否的の反応はなかった。	看護師: 行為 患者: 看護師が触れる部分を目で追いつながら、聞かれることに答えていた。触れられた部分に痛みがあるかどうかを考えつつ答えていた。	前胸部にそっと手のひらを当て、少しずつ移動させた。 側胸部(ドレーン刺入部)の皮膚に触れる際には、移動させる毎に患者の顔を見て、1つ1つ確かめるように触れた。 あまり積極的に触れないようにした。	・前胸部に触れた際、身体に力が入っている様子はなかった。 ・触れて患者は嫌がらなかった。 ・患者との距離感が縮まった。 ・患者が自分の状態に気づくことにつながった。
	9 ・離床して初回歩行する場面。 ・動かしても疼痛はあまりない。 ・清拭などの時も自分から動くようになっていた。 ・患者は胸腔ドレーンを気にする余裕がある。 ・動作などは、ほぼ自分で行ない、疼痛の訴えもない。	看護師: 行為 患者: 特に気にする様子はなかった。	立ち上がり、動き始めといった初動の際、腰部に手を近づけたが、患者が動作を開始すると、すぐにひっこめた。	・手は近づけたが、触れず。 ・患者は自分で立ち上がった。 ・歩きはじめ、無事に離床できた。 ・Nsはルートやドレーン管理のみ。

表3 場面の詳細

場面番号	状況 (触れる現象が生じた背景・文脈)	NsとPtの相互作用 (触れたときの反応)	触れ方・触れる方法 (どのように触れたか)	帰結 (どんな結果になったか)	
C 看護師 / Nさん	10	<p>80歳代女性 大腸がん開腹手術・ストーマ造設後に消化管穿孔から敗血症を併発。再手術を行った。意識レベルRASS-3～-4</p> <ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器装着中 CHDFを施行し除水し続けている。 超急性期(2度の手術を乗り越えた。 昨日すべての昇圧剤から離脱できたが、今までの大量輸液投与によって+15kg体重が増加した状態。 現在リフィリングを待つ時期であり、透析と利尿剤投与にて退役コントロールを実施中。 循環動態が落ち着いてきたので、抜管に向けて鎮静剤を中止したところであった。 Nsは皮膚温から末梢循環不全と敗血症性ショックの可能性を考慮→血圧変動に繋がる。 BS高値でインスリン使用中。Alb1.9。 末梢に何げなく何度も触れている場面。 	<p>看護師: 行為 患者: 反応せず。</p>	<p>点滴確認の延長や布団をかけなおすついでなどに、軽く手のひらを当てた。 清拭時などに他の看護師と別のお話をしながら、何げなく足などに触れた。 1日を通して何気ない手足への接触が何度もみられた。 手足に触れながらフロートラックモニターや血圧変動などをみた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚温から循環動態を査定。 経時的に繰り返して触れて、皮膚温が変化していないことを確認した。 加えて今後の循環動態変動の可能性を査定した。 浮腫の増強や軽減の様子を確認した。
	11	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベルを確認する場面。 鎮静(ドルミカム)中止。 Nsは昼くらいにならないと薬が醒めないと考えていた。 Nsは無理やり起こしても、なんのために起こしているのか、声をかけているのかわからないからやらないという思いを持っていた。 患者が動きがでてるのは覚醒の兆し。 血圧の上昇や心拍数の増加も覚醒の兆し。 呼吸パターンの変化(自発呼吸の増加)は覚醒の兆し。 	<p>看護師: 行為 患者: はじめは反応せず。徐々に声掛けと触れる刺激に反応しているような様子を見せるが、定かではない。</p>	<p>動く様子が見られる際に、声をかけつつ肩に触れた。 血圧や心拍数の上昇などの変化が現れた際には、声をかけつつ肩に触れた。 呼吸パターンをみながら、声をかけつつ、肩に触れた。 肩に触れる際は軽くたく程度で、トントンと2回程度の軽い触れ方をした。 時折、瞳孔も確認した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 少し動きがでてきた。 血圧も動くも高めになった。 触れると少し反応が大きくなった。 意識レベルが若干上昇していることを確認した。
	12	<ul style="list-style-type: none"> ベッドサイドリハビリを実施する場面。 除水と利尿剤を使用しているため、血圧低下を懸念して実施。 地盤には刺激で血圧上昇がみられた。 全身に浮腫、上肢・下肢は浮腫でかなり太くなっている。 背中や臀部、大腿部にはシーツの皺などがあり。 手背や足背は浮腫で盛り上がっていた。 特殊なエアマットが使用され、褥瘡予防されている。 抑制帯はタオルで保護した上からつけられていた。 腹帯などは軽く絞められていた。 浮腫は関節周囲にもあり、手首や足首、膝は屈曲困難。 	<p>看護師: 行為 患者: 触れられても反応せず。力はまったく入っていない。</p>	<p>下肢を持ち上げる際、フオークリフトのように手を入れる。手を板のようにして、広い表面積で支えた。握らず必ずしたから支えた。関節を持った。包み込むように触れるという意識で触れていた。 関節を曲げる際、患者の表情と血圧をみながら、動かす範囲を決めた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 触れた自分の手によって圧痕ができたため、より慎重に触れた。 皮膚の脆弱性の判断をした。 皮膚異常は起こらなかった。 関節可動と不動による疼痛の判断をした。(重さはましになったが、関節は固まってきている。過去の比較) 関節の硬さを考慮し、動かす範囲を決めた。
	13	<ul style="list-style-type: none"> 持続的に除水中で循環動態が変動しやすい。 抜管にむけて呼吸器を変更してきていることから、呼吸変動が起こる可能性が高い。 Nsは浮腫があり皮膚が脆弱であることも加味され、触れることが患者にとって刺激や負担になる状態だと考えている。 1日を通して、最低限必要なケアが多くある。 Nsは循環動態などのためにも機会を見計らう必要がある。 	<p>看護師: 行為 患者: 体位変換などで大きく体を動かされた際に目を開いた。横を向けると血圧が130→160mmHgへ上昇した。</p>	<p>できる限り仰臥位の状態が続くようにしてケアをした。 横を向けるのは最低限にし、必ず左から体位変換をした。 急動かないよう、3人がかりでゆくりと動かした。 支える時は使える一番広い面を使用して支えた(例えば前腕や自分の背中) モニターをみながら触れた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 血圧低下せず。 ケアが終了した。 必要なケア時以外はほとんど触れなかった。
D 看護師 / Nさん	14	<ul style="list-style-type: none"> 吸引場面。人工呼吸器使用中。 抜管にむけて呼吸器設定を変更してきている。 Nsは自分で呼吸音聴取が苦手だと言っており、触ったほうが早い、肋骨間や蛇管で振動を感じることができる。 Nsは呼吸器のグラフィックモニターの波形を見て、ギザギザしているところがあると判断している。 呼吸器の設定(換気量やPeepなど)は振動と合わせて、痰を取る際の指標になる。 	<p>看護師: 行為 患者: 反応せず。</p>	<p>蛇管に触れた。 前胸部に手のひらを当てて、振動を感じとった。 モニターとリンクさせてみた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 痰の有無を確認した。 痰の部位を確認した。 吸引すべきかどうかの判断をした。 吸引の結果を判断した。
	15	<p>80歳代女性 大腸がん開腹手術・ストーマ造設後に消化管穿孔から敗血症を併発。再手術を行った。意識レベルJCSI-3</p> <ul style="list-style-type: none"> Nsの問いかけにロバクやジェスチャーで意思疎通可能だが、朝からキョロキョロ、口をバクバクさせ、やや落ち着かない様子みせる。 Nsはレベルはクリアではないと捉えている。 ロバクや動きが始まると呼吸回数が増加する。 ロバクで伝わらないと余計に興奮する。 近くにいと何かを伝えようと興奮する。 本日抜管予定でありウィーニング中(CPAP)。 Nsは午前中は休ませてあげたいと思っている。 Nsは抜管にむけて呼吸状態は安定させておきたい。 	<p>看護師: 行為 患者: 触れられると、患者の行動が中断される一口バクや興奮が中断される。</p>	<p>怒っているな、不安そうだなと感じたときに手をだした。 話しかけ、患者の目をみながら、動作も口調もゆくりとして触れた。 手を包み込んだ。 患者に手を握らせた(患者に主導権を持たせる)。 患者の視界に入らないようにし、触らない時間をつくった。 モニターを見ながら触れたりした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> キョロキョロが止まった。 興奮してロバクが止まった。 仕方なさそうにはあるが患者がため息をついて動作をやめた。 動作を止めることで頻呼吸が回避された。 最終的に患者がウトウト始めた。
16	<ul style="list-style-type: none"> 何気なく手足に触れる場面。 手足にかなり浮腫みがあった。 腹部ドレーンから膿のようなものができた。 熱は37.1度。以前、敗血症になった。 BS値が高くインスリン使用中。 Nsの小児看護の経験から、寝ていれば寝たまま測る。あえて起こさない。 患者さんが不快だと思う場所に触れる時は声をかける。 	<p>看護師: 行為 患者: 特に気づいた様子なし。反応せず。</p>	<p>腹部ドレーン確認後に布団をかけなおす際にスツと手に触れた。 尿道留置カテーテルの尿を誘導した後、布団をかけなおす際にスツと足に触れた。 体位変換した際に、下肢に枕を入れたついでで足に触れた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 変化なし。 末梢の皮膚温の確認。 循環動態変動の予測。(敗血症になっていないか) 	

表3 場面の詳細

場面番号	状況 (触れる現象が生じた背景・文脈)	NsとPtの相互作用 (触れたときの反応)	触れ方・触れる方法 (どのように触れたか)	帰結 (どんな結果になったか)	
D 看護師 / Nさん	17	<ul style="list-style-type: none"> ・体位変換と清拭を実施中。 ・全身にかなり浮腫がみられる。 ・患者は鎮静されている時間が長かった。 ・自分で動いていない時間が長い。 ・Nsは患者が自動運動が困難だと知っている。 ・Nsは関節が硬い、可動域が狭いことを予測。 	<p>看護師：行為 患者：ケアで触れられているため、とくに反応なし。</p>	<p>3人がかりで触れた。 両手で下からすくい上げるように持った。 ゆっくり関節を動かした。 動かす際に、疼痛を確認し、モニターと患者の顔を見た。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛は起きなかった。 ・重さや硬さの査定。 ・浮腫の査定(浮腫があるから重い、関節が曲がりにくい) ・可動範囲の査定。関節運動。
	18	<ul style="list-style-type: none"> ・抜管後で会話が可能。 ・意思疎通は可能(JCSI-3、清明ではない) ・腹部の手術で、創部やドレーン類が挿入されている。 ・疼痛に対しては、フェンタニルが持続注中。 ・患者が疼痛を訴えるが、位置がはっきりしない。 ・Nsは、異常所見がでるならば腹部だと考えている。 ・Nsは何か苦しいのであれば、きっとどこかにサインが出ているだろうと思っている。 ・Nsはモニターは「変わっていない」と判断している。 	<p>看護師：行為 患者：訴えを聞いてもらうと、ひと段落する。</p>	<p>疼痛部位に手のひらを当て、5秒程度、そのまま当て続けた。 手のひらの場所を移動し、一か所ずつ2～3秒手のひらを軽く当てて、その都度疼痛を確認した。 両手で側腹部を包むように触れた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・腹部膨満の査定。 ・同時にドレーンの確認。 ・疼痛程度の確認。 ・疼痛部位の確認。 ・疼痛の種類の確認。創痛なのか、蠕動痛なのか、別の訴えなのか。 ・一痛みははっきりしないが何かしら苦痛はあると考え探索につながる。
E 看護師 / Nさん	19	<p>80歳代女性 術後の消化管穿孔による再手術後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CV抜去の場面・医師の診療補助も同時進行。 ・患者が処置の経過をみて確認できない状況。 ・意識レベルJCS I-3・昼夜逆転傾向。 ・医療者に「バカ」「早くしろ」といった乱暴な言葉をいう。 ・Nsは自分で体が動かせない、痛い場所が定まらない、休めていないので、きつと苦痛があると考えていた。 ・Nsは精神的なケアが必要と考えていた。 ・朝から不可欠な検査、医療処置が続いた。忙しい。(採血も取れなくて痛そうだった)。 ・Nsは乱暴な言葉は本心で言っているのではない(苦痛でている)、解消できるかわからないが、1つ1つ対応してみようかなと思っていた。 	<p>看護師：行為 患者：不満そうしながらも処置に協力。身体に入る力を抜くきっかけになった。</p>	<p>触れて合図を送り、状況について説明した。 動きそうになる患者の手を軽く押さえた後、ごめんねと謝りながらトントンと触れた。 処置の終わりを告げ、笑顔を持って手を擦った。 処置が無事に終わって患者と手を合わせた。 患者の動きや表情を確認しながら触れた。 1つ1つ短かく触れた。 モニター(血圧や心拍数)を見た。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・時折不機嫌そうになりながらも、患者は暴れず処置は無事終了。 ・安全な処置の運行。 ・患者は肩間に皺を寄せて不機嫌そうだったが、処置の後に頷いていた。
	20	<ul style="list-style-type: none"> ・体位変換の場面。 ・患者の今まで身体の状態が悪く動けなかった(長期)。 ・Nsは一人で動けない、体位変換などは全介助。 ・前回も4人がかりで体位変換。 ・全身に浮腫があり、皮膚が脆弱な状態。 ・バイタルが大きく崩れてはいないがNsは循環に注意。 	<p>看護師：行為 患者：触れられて一緒に動かすが、ほほ他動運動</p>	<p>手を入れる時は、エアマットに腕を押し付けるようにして入れた。 身体を患者の体幹に密着させるようにした。 動かす際、モニター、患者の表情をみた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が自分でどこまで、どのくらい動けるかの査定。 ・身体の高さを推察。 ・午後のリハへの情報提供につながる。
	21	<ul style="list-style-type: none"> ・リラククス効果と末梢を温める効果も考え足浴。 ・下肢にかなり浮腫があった。 ・Nsは一気に身体をきれいにするのと疲労すると考えた。 ・仰臥位臥床の時間が長い(関節等を曲げていない)。 ・患者は夜間、ほとんど眠れていない。(眠りが眠れない状態だと書いていた) 	<p>看護師：行為 患者：足を洗ってもらって、気持ちいいという反応。</p>	<p>手のひらを軽く当て、泡でゆっくり擦るように触れた(洗うことを目的としている感じではなく、つけるのみ) 片足ずつゆっくり実施した。 膝裏から支えて、自動運動できるかどうかをみた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・浮腫の状態の査定。 ・利尿剤投与について医師に相談すべきかと考察。 ・膝関節、足関節の屈曲の左右差の査定一午後のリハへの情報提供につながる。
F 看護師 / Oさん	22	<ul style="list-style-type: none"> ・患者がウトウトし始めた。 ・ウトウトしながら、時折、寝ぼけたように手が動く。 ・意識レベルは清明ではない。昼夜逆転傾向。 ・届く位置に点滴ルートや胃管が挿入されている。 ・Nsは休ませてあげたいと考えていた。 	<p>看護師：行為 患者：ウトウトして気づかない。</p>	<p>電子カルテのところから患者の動きをじっと見守った。 手が動いたらベッドの近くによったが、問題がなければ触れなかった。 患者の手の動きを妨げないようにした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者はウトウトが中断されずに済んだ。 ・休息につながった。 ・ルート除去等が防げた。 ・最終的に不機嫌さが少し軽減。
	23	<p>80歳代女性 右腎臓がんにて右腎臓摘出術後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意識レベル清明 ・状態を問うと「大丈夫」と落ち着いて答える。 ・朝から痛みの訴えもなく落ち着いている。 ・バイタルサイン安定。 ・Nsは患者の傷が大きい、普通は痛がるのに、大丈夫なんだと少し疑問に思っているが、患者の訴えを信じている。 ・Nsは、頑張ります、頑張りますで不安とかをあまり訴えないタイプだと考えていた。 ・Nsは、患者が自分からあおして、こうしてと言っごなので、一人の時間も大切なのだと思っていた。 	<p>看護師：行為 患者：サポートするが自分ができる。</p>	<p>腹筋を使うような動作の際(清拭時に足を上げるなど)に、さりげなく足の下に手を添えた。 動く際に「お腹は痛くないか」と必ず確認し、患者の顔を見た。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自力で動け、疼痛出現なし。 ・サポートの必要もなし。 ・動きによる疼痛出現の査定。
F 看護師 / Oさん	24	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドからの初めての離床場面。 ・20分程度ベッドアップで過ごし、いざ動く場面。 ・患者が気持ち悪さを訴えた。 ・HR40台に下降したが、動きをやめて横になるとすぐにHRが60～70回/分台に改善した。 ・患者の顔色が白くなった。 	<p>看護師：行為 患者：触られるまま(嘔吐)</p>	<p>HR、表情をみながら、手背を当てた。 患者の首～前胸部、腕、顔、類の順で触れた。 HRの変化や表情変化をみながら、変化がある際に患者に近づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・HRの下降と冷や汗を見て、HRと冷や汗の関係を考察。 ・冷や汗の出具合から、HRの下降を予測。(冷や汗がでるとHRは下降してなくても、今後下降してくる) ・状態をなめていたと反省。 ・離床させるかどうかの判断につながった。

表3 場面の詳細

場面番号	状況 (触れる現象が生じた背景・文脈)	NsとPtの相互作用 (触れたときの反応)	触れ方・触れる方法 (どのように触れたか)	帰結 (どんな結果になったか)	
F 看護師 Pさん	25	70歳代女性 大脳腫瘍頭頂切除術後 ・意識レベル3。・すごい不穏という情報(深夜より)。 ・看護師が近づくと「なにすんの!」と大声をだし興奮。 ・ベッドが一番低い高さに設定し、ベッド欄には毛布巻き。 ・体幹抑制実施。上肢などはなし。 ・脳には皮下ドレーン挿入中。 ・アルツハイマー型痴呆が軽度あるという情報。 ・Nsは患者の安全もだが、自分の安全も大事だという。 ・Aライン、胃チューブ、末梢点滴は自己抜去防止のため、夜勤帯に予防的に抜去。 ・血圧コントロールは重要な時期。 ・眠剤などは投与したが効かなかった(夜勤)。	看護師: 行為 患者: 看護師が近くに近寄ると大声を出す。ベッド周囲1mくらいまでしか注意が及んでいない様子。独り言を言う。 看護師が一度触れてみると、看護師をじっと見つめるのみ。そのあとで感情的に話し出す。	ベッドから離れて視線を合わせず、患者の様子を伺った。患者が目を閉じている時に点滴確認で近づいた。目が開いた際は、患者の顔を見て、ベッドサイドに立ったまま手を伸ばして、患者の肩に軽く触れてみた。再度、近づいた際は、患者の顔をみながら、手を後ろに組んだまま近づいた。むやみに手は出さない。	・近づいても殴られたいりしないことがわかった。 ・何もしなければ、近づける。暴れたりしないが、話すも情緒不安定な様子があった。 ・夜に怖いことがあったことがわかった。 ・話したい事がたくさんありそうだということがわかった。 ・話すも感情が揺れて興奮しそうなことがわかった。 →今後の対応の仕方につながる。
	26	・清拭の場面(最初の頃)。 ・ベッド上で患者は起き上がったたり動いたりできていない。 ・点滴ルートやドレーンなどを気にして動いてはいない。 ・自分のペースでどンドン動く。周りは見えていない。 ・制止しても、動きを止めようとしていない。 ・自分のことは自分でやりたい様子。 ・止めようとする、不機嫌そうな顔をする。 ・Nsは血圧も落ち着いているので、大丈夫と思っていた。 ・Nsはこの時点では、まだ関わり方を模索していた。 ・Nsは患者のスイッチを入れると怖いと思っていた。	看護師: 行為 患者: 自分のペースで動くのみ。触れられてもあまり気にしていない。	動きを妨げず、動きに合わせて触れた。誘導時、患者の腕に触れて合図した。どんな動きにも「すごい」「有難う」と声をかけた。大きく動く際には何げなく手を添えた。話しは遅らせず、患者の話がエキサイトしてくると、肩をたたき、話題を変えた。モニター(心拍数)をみた。	・患者は自分で動けて満足→離床にもつながった。 ・不機嫌にならずに、最後は満足気な顔を見せた。 ・Nsと患者の距離が縮まった。 ・拒否されずに安全にケアできた。
	27	・清拭の場面(後半)。 ・Nsは、縛ったり抑制されたりすると、あれだけ動けるし、怒ってしまうと思っていた。 ・患者は今、興奮してはいない。 ・点滴ルートを手繰る。 ・Nsは疑っている。今でも怖い。スイッチが入ると大変。 ・Nsは身体だけでなく、気持ちも元氣になってもらいたいと思っている。	看護師: 行為 患者: 自分のペースで動くのみ。	患者が何をしたいのか、手をささずにじっと見て、待つ。必要な時は、合図を送る程度でトントンと触れる。	・点滴などは抜去されなかった。 ・患者の眉間から皺が取れて、笑顔が増えてきた。 ・精神面の安定につながった。
	28	・清拭の時、かなり動けた。 ・バイタルサインは落ち着いている。 ・ベッド上でも力がかなり自分で動ける。(お尻をズツと移動、足の力もありそうと判断)。 ・Nsはイケると思っていた。	看護師: 行為 患者: 気づかない。他の看護師の手を煩わしそうにする。	他の看護師は離床時両脇からしっかり支えようとしたが、Nsは大丈夫かなという手を添えただけだった。モニターや表情をみていた。	・安全な離床につながった。 ・患者の自信につながった。 ・患者がすごい笑顔になった。
G 看護師 Qさん	29	50歳代男性 AMIによるCPA一心拍再開、PCI施行 ・体位変換場面(初回)。 ・昨日までPOPS、IABPが使用されていた。 ・昇圧のためにノルアド使用し、110mmHg前後、不整脈あり。 ・高機能ICUベッドに在る。人工呼吸器装着中。 ・朝の時点で鎮静剤中止。現在RASS-4~-3。 ・Nsは意識レベルが完全に戻ってほしいと思っているが、脳の障害も考慮している。	看護師: 行為 患者: 反応なし。	背中にくっきりと手をいれて、モニターを見た。1動作終わると、一度動きを止めて、モニターを見た。自分の身体を密着させて、上半身全体を支えるようにした。振動しなかった。看護師3人がかり。	・身体がクニクニ力が入っていないのが分かった。 ・その身体がほとんど振動せずに動かされた。 ・循環変動は起こらなかった。
	30	・清拭場面。先ほどの体位変換では循環変動はなし。 ・体に力が入っていないことも分かっている。 ・少し首が動いたりする動作が見られるようになってきた。 ・安静時は血圧安定、心拍数も安定。 ・呼吸もCPAPで頻呼吸なし。 ・Nsは患者が心臓マッサージを受けているため、その部位が痛いだろうなと思っている。 ・POPSを回していた割には比較的順調な経過とのこと。 ・Nsは、患者さんのかゆいところに手が届くことを大切にしている。どんな情報からでも患者さんを知りたい。	看護師: 行為 患者: 反応なし。	全部支えるつもりで触れた。拭くときはしっかりと。体幹や下肢など大きな部位を動かすときは、動かした後、一度動きを止めてモニターを見た。腰を擦るように触れた。触れながら、「今日はいいじゃない」とか身体に話しかけていた。	・安全なケアが実施できた。 ・循環変動は起こらなかった。 ・バイタル変動なく、患者は痛みや苦痛がなさそうだった。 ・患者さんの身体と自分の身体のコミュニケーション。
	31	・体位変換時に体熱感に気づく場面。実測37.1度だった。 ・体表温はさほど熱さを感じない。 ・Nsは、前回みたとき、抗生剤がいついかなかったことがあったので、感染とか大丈夫かと思っていた。(今は抗生剤投与中)	看護師: 行為 患者: 反応なし。	背中に入れたときに気づいた。手、足、ふとももなどに触れて、熱を確認した。	・感染兆候のチェック(ラポデータ)につながった。 ・循環動態への考察につながる。「末梢が開いてもこの血圧が保っている」「熱はあるが循環はよくなってきている」と判断。
	32	・意識レベル確認の場面。朝、鎮静剤を中止。 ・首や手などが少しずつ動くことがある。 ・Nsは意識レベルが完全に戻ってほしいと願っている。(CPAOAだったので脳損傷を懸念している) ・Nsは、動いてほしい、手で払いのけてくれるといいと思っている。 ・Nsは触れる時に「もっと醒めなきゃだめだ」とか「頑張れ」と声をかける時がある。	看護師: 行為 患者: 触れる動きに対してそちらに首を向けようとしたりする様子が出てくる。	動きに変化が見られたときに、まず名前を呼び、肩をたたき、手を握ったりした。触れる時はかなりしっかりと「起きて」という気持ちを含めて、力強く触れた。前胸部をゆするようにして、起きるよう声をかけた。患者が動かす手に触れて、力強さを感じた。	・少しずつ、患者の動きが大きくなっていった。 ・触れた刺激への反応があるときが増えてきた。 ・動きが力強くなってきた様子から、覚醒してきていることがわかった。 ・看護師は喜ぶと同時に、抑制帯の確認を行った。
33	・吸引の場面。 ・人工呼吸器装着中だが、今後、抜管方向。 ・吸引ではあまり痰が引けていない。 ・吸引ポットには黄色の痰が大量にあった。 ・SpO2は100%~98%。 ・前胸部には少し振動が感じられる。 ・Nsは「体位変換したらとれるかな」と考えている。 ・徐々に患者の咳嗽も出てきた。 ・吸引などで血圧や心拍数が上昇する。	看護師: 行為 患者: あまり反応しない	吸引前に蛇管、前胸部に触れて、さらに聴診して吸引。前胸部に触れる際は、手のひらをやったりと当てて、位置をずらしていった。振動がある部分には長く触れ、聴診の際は体をかがめて近づけるようにして聞いていた。	・吸引してもあまり取れなかった。振動から痰の貯留があることは考えている。部位の目星もつく。胸部の動きからしっかりと呼吸していることがわかる。(換気量があるので、呼吸の流速もある、咳嗽もでてきた) ・痰が取れる方法を考える。	

表3 場面の詳細

場面番号	状況 (触れる現象が生じた背景・文脈)	NsとPtの相互作用 (触れたときの反応)	触れ方・触れる方法 (どのように触れたか)	帰結 (どんな結果になったか)
H看護師 / Rさん	34 90歳代女性 心原性脳梗塞(右MCA)保存治療 ・清拭の場面。 ・意識レベル清明にみえたが、GCS456と判断。 ・受け答えはできるが、日付や下の名前が言えない。 ・Nsは指示が伝わりにくいとわかっていて、 ・血圧は130mmHg。・頭痛などの症状はなし。	看護師: 行為 患者: 触れられら合図に反応する。	文章が伝わりにくいため、声をかけつつ、動かす位置をトントンと叩いて伝えた。 そしてその反応をみた。	・スムーズに動くことにつながった。 ・言語が理解できていない可能性に気づいた。 ・最終的に失語があった。
	35 ・声掛けだけでは目を開かないときがある。 ・意識レベルが低下しているのか判断が難しい。 ・午後になり、患者は傾眠傾向。 ・脳梗塞の急性期。	看護師: 行為 患者: 触れられると、目を開いて返答する。	声をかけて、目を覚まさない場合は、肩に触れて呼びかけた。	・意識レベルが低下していないことの確認ができた。
H看護 / Sさん	36 80歳代女性 脳出血(2日後に手術予定) ・意識レベル II-10~I-3 従命にばらつきがある。 ・肘折手を挙げて、何かを掴む動作をしている。 ・Nsは神経学的所見の観察と血圧管理を厳密にやっていく必要があると考えている。せん妄かも思っている。 ・患者の動きはモニターを取ったりするようなもの(危険動作)ではない。 ・Nsはケアのたびにこみかたぼうが、患者を無理に動かさなくていいと考えている。	看護師: 行為 患者: 目を開ける時もあれば、開けないときもある。 手を出せば、手は握る。	声をかけて、肩をトントンと叩いた。 膝を持ち上げてほしいとき、「ここ」と言いながら、膝をトントンと叩いた。 手のひらを合わせて、手を挙げてみて促した。	・手足がどの程度動くかが確認できた。→麻痺の進行の査定。 ・声掛けて反応するか、触れて反応するかで意識レベルがわかった。 ・出血拡大の査定。
I看護師 / Tさん	37 80歳代男性 脳嚙性肺炎 延髄梗塞。 ・体位変換の場面。 ・既往歴: 軽度認知症がある。意識レベル I-2~I-3。 ・延髄梗塞による運動麻痺は、今後進行していくことが予測されている(手術は不可)。 ・Nsは進行が早い可能性があると考えている。 ・Nsは延髄なので、運動麻痺の進行とともに、呼吸状態も落ちてくる(舌の動きや発声にも影響し、それが広がると呼吸状態が落ちる)と考えている。 ・Nsはバイタルの時だけみただけでは、間に合わないと考えている。	看護師: 行為 患者: 触れて合図されると、それに従おうとする。 最初のころは従っていたが、徐々に従えなくなる。表情は変わらない。	動きを誘導するために、声をかけつつ、その場所(トントン)と触れた。 動きが悪い方の手足(右)に触れる時は、何度か擦るようにして合図した。動かない場合は、下から支えて、その形を作って、こうしてほしいと伝えた。動きが悪くなると、自分の手で動かした。	・麻痺の現在の状態の把握。 ・水平方向ではなく垂直方向の動きを見ることができた。 ・今後の麻痺予測の原点になる。 ・声をかけながら、患者がどこまで理解できているのかを判断。
	38 ・清拭の場面。 ・右手足は動かすづらい、左手足は動くが、力が弱い。 ・体幹がクニャクニャして、支えられていない。 ・患者が自分で動かそうという意思はみられる。(筋肉に力が入っている様子はわかる)。 ・Nsは麻痺が進行が時間の問題だと思っている。	看護師: 行為 患者: 触れられるがまま、動かす。	下から支えるように持った。 自分の腕を使って、広い面積で支えた。 関節をしっかりと持った。	・身体の不安定さが安定した。 ・患者の身体が振動しなかった。 ・触れながら、患者が自分で動かせる範囲の動きを確認した。(経時的に変化を覚えることにつながる)
	39 ・左手がフワフワと動くことが多い。 ・酸素マスクや胃管に触れることがある。 ・Nsは、意識レベルはほぼクリアだが、認知症があるのですぐに忘れてしまう可能性があると考えている。	看護師: 行為 患者: 触れられると、行為をやめる。	手の動きを見守った。 管やルートに患者が触れた際にも、近づいて見守った。 危ない判断した場合は、声をかけつつ、患者の手に触れて伝えた。	・自己抜去などは起こらなかった。 ・患者の手の動きをききかけ。(何がしたいのか)
	40 ・吸引の場面。 ・誤嚥性肺炎で入院。・酸素マスクで酸素投与中。 ・痰が多い。血液が混じっている。 ・ガーッと咳をする回数が多い。 ・定期的に痰が絡んでいるような呼吸が始まる。 ・自己排痰ができていない。 ・SpO2は97%程度で推移。RRは20回以下。 ・Nsは、朝の時点では挿管ばいと思っていたが、ちよつと落ちてきてからは、なんとか乗り越えられるかなと思っていた。	看護師: 行為 患者: 触れられるがまま。	前胸部に掌をびたりと当て、位置を移動させ聴診。 吸引前後で前胸部に触れ、吸引途中でも触れたまま、前胸部をゆるようにした。 吸引後も前胸部に掌を軽く当て、呼吸が整うまで待つ。大丈夫、ごめん声かけ。 モニター(HRとSpO2)をみていた。	・痰の量や位置が分かった。 ・かなり痰が取れた。 ・SpO2値は変化しなくても、患者の呼吸から力が抜けた。 ・吸引後は、患者が睡眠できる時間ができた。
J看護師 / Rさん	41 70歳代女性 特発性間質性肺炎 ・清拭の場面。 ・意識レベル清明。 ・NIPPV装着中。SpO2は95~97%。呼吸苦なし。 ・マスクが大きくて、動く際に邪魔で視界が遮られる。 ものを見る時は、大きく動かす必要はない。 ・吸気音とマスクで看護師の声が聞こえづらい。 ・入院4日目、患者も清拭の流れがわかっている。 ・Nsは呼吸負荷を考えつつ、患者の動きを尊重したい。	看護師: 行為 患者: 触れられるとスムーズに動く	下肢(患者から見えずらい、顔を見て話せない)の清拭の際は、腰や足にトントンと触れて、動きを促した。	・上半身や動ける範囲は患者が主体で実施し、そうでない部分は触れて誘導することでスムーズに終了した。 ・患者が見えていなくても、指示が通じる。
	42 ・現状認知ができており、ベッドの上で目を閉じたり、看護師の動きを目で追ったりして過ごしている。 ・カーテンで囲ってしまいたいが、NIPPV装着中で、一か所のカーテンは空いている(何かあったときのため)。 ・1日のケアは少ない。 ・看護師が何かしようすると、自分でできるものは手で制止するような仕草をみせて自分で行う。 ・Nsは近くにいないでも「みえますよ」という安心感を持ってもらいたいと思っている。	看護師: 行為 患者: 触れられれば黙ってそれを受ける。	他の人のケアに参加する。 ベッドの前を通るときは、必ず患者のほうに顔を向けて通った。 患者が動いているときは「どうしました？」と声をかけにきた。	・患者はジェスチャーを示せば看護師が来てくれることを理解していた。 ・いつでも看護師が来てくれることをわかってきた。 ・目を閉じてスヤスヤ。
	43 ・NIPPVがNHFに変更。 ・患者は「こっこのほうが全然楽」と表情が明るくなる。 ・NHFに変えてから、SpO2が91~93%になるが、患者は「なんともない」といっており、呼吸苦等もない。 ・患者が寝始めると、さらにSpO2が下降する。 ・Nsは、呼吸が頑張りすぎると疲れてしまっていて、SpO2が逆に低下してしまうと思っている。 ・Nsは患者がNHFの状態に慣れてくるとも思っている。	看護師: 行為 患者: 触れられるがまま	SpO2値が低下した時だけ、モニターをみながら、前胸部に手のひらを当てた。 当てた手のひらを移動させた。 胸骨上部は直接皮膚に触れたが、それ以外の部分は寝衣の上から触れた。 胸骨の上付近で手のひらを止めて、モニターをみた。	・SpO2の低下が痰貯留でないことがわかった(振動なし)。 ・胸郭運動の動きを査定。 ・医師への報告と酸素濃度設定の変更につながった。

表4 触れることの特徴

大テーマ	触れることの特徴 (状況)	患者の状態を把握する	安楽にする(身体的/精神的)	危険な動きを防止する	身体や動きを支える	患者との距離感を把握する
大テーマ1 患者の身体に負担を与えないようなケアをするために触れる	医療機器や薬剤による補助が必要な循環・呼吸が不安定な状態	小テーマ①-1 患者の身体に負担をかけずに状態を把握する ・清拭や体位変換などを機に、触れて状態を把握する場面 (場面番号:12、17、20、21、29、30) ・好機を考慮し、触れて状態を把握する場面 (場面番号:10、13、16) ・体位変換を機に触れて身体の熱感に気づく場面 (場面番号:31)			小テーマ①-2 患者の身体に負担をかけずに動かす ・状態をみながら身体を支え、身体を支えながら状態を確かめる場面 (場面番号:12、13、17、20、21、29、30)	
大テーマ2 触れてみて、前にいる急激な状態変化の可能性を確かめる	状態が急激に変化する可能性が高い状態	小テーマ②-1 患者の身体に触れて、今後の推移を予測する ・触れながら、動きを把握し負担を予測する場面 (場面番号:1) ・清拭や体位変換などで触れながら、前に触れた状態との比較をする場面 (場面番号:4、36、37、38) ・皮膚に触れて熱の推移をみる場面 (場面番号:3)			小テーマ②-2 患者の身体への負担や危険を軽減しながら触れる ・動く様子をみながら、転ばぬ先の杖として手を添える場面 (場面番号:1、4) ・状態の変化に合わせて身体を支え、支えながら状態を確かめる場面 (場面番号:2、37、38)	
大テーマ3 手を介して伝わる振動や動きを感じとり、適切なケアにつなげる	人工呼吸器を装着している状態 痰の貯留で呼吸変動を生じやすい状態	小テーマ③ 触れて身体の振動や動きを感じ取る ・触れて、痰の振動を感じ取る場面 (場面番号:5、14、33) ・触れて、痰の振動や胸郭の動きを感じ取る場面 (場面番号:40、43)				
大テーマ4 患者の覚醒の兆しをみながら声をかけ、触れて反応をみる	覚醒状態や意識レベルを確認する必要がある状態	小テーマ④ 患者の覚醒の兆しをみながら触れる ・バイタルや動く兆しをみながら、触れて意識レベルを確認する場面 (場面番号:6、11、32) ・声かけでの反応が悪いときに触れて意識レベルを確認する場面 (場面番号:35、36)				
大テーマ5 安楽の提供や危険回避のために触れる	せん妄の状態 興奮や失見当識のある状態 精神的に不安定な状態	小テーマ⑤-1 身体症状と訴えの一致や原因を探るために触れる ・触れて疼痛部位や疼痛の原因を把握する場面 (場面番号:18)	小テーマ⑤-2 精神的安定と安楽のために触れる ・興奮させないよう精神的安定を促すために触れる場面 (場面番号:15、18、19、25、26) ・休息を妨げないよう配慮しながら触れる場面 (場面番号:22、27) ・痛みを訴える部位に手を当てる場面 (場面番号:18)	小テーマ⑤-3 危険回避のために触れる ・危険に繋がらぬ動きを抑制するために触れる場面 (場面番号:15、19、22、25、26、27、39)	小テーマ⑤-4 予測される危険回避のために手を添える ・ふらつきが予測される動作の際に手を添える場面 (場面番号:28)	小テーマ⑤-5 警戒を与えないように触れる ・刺激しないよう距離をとりながら触れる場面 (場面番号:15、25) ・興奮の程度や表情の変化をみながら触れる場面 (場面番号:15、19、25、26)
大テーマ6 距離感を保ちながら触れて信頼性をつくる	意識レベルが清明であり、集中治療を必要とする状態	小テーマ⑥-1 顔だり顔いだけで捉えきれない状態を把握する ・患者の訴えだけでは捉えきれない状態を、触れて把握する場面 (場面番号:7、8、24)			小テーマ⑥-2 患者の身体の動きを尊重しつつ手を添える ・負荷がかかりそうな体の動きに合わせて、念のため手を添える場面 (場面番号:9、23)	小テーマ⑥-3 心理的な負担をかけないように触れる ・試行的に触れて、触れられることへの相手の反応を確かめる場面 (場面番号:7、8) ・必要な場合にだけ近づいて触れる場面 (場面番号:42)
大テーマ7 言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える	疾患や治療などにより言語的指示が伝わりにくい状態	小テーマ⑦-1 触られた合図に対する患者の反応をみる ・触れて伝えた合図への反応をみる場面 (場面番号:34、41)			小テーマ⑦-2 患者の動きを促すために触れて合図を送る ・動きの合図を伝えるために触れる場面 (場面番号:34、41)	

平成〇〇年〇月吉日

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

基礎看護学専攻 博士後期課程〇年

牛尾陽子

研究に関するご協力のお願い

拝啓 〇〇の侯、貴院におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私は『ICU 看護師の〈触れること〉によるケア』というテーマで研究に取り組んでおります。クリティカルケア領域で働く看護師が、状況に即してどのように患者に触れるのか、どういった判断をしているのかを明らかにし、ケアの質向上に役立てたいと考えております。

つきましては、貴院に研究のご協力を賜りたく、ご連絡を差し上げた次第です。

研究の概要に関しましては下記をご参照いただき、詳細に関しましては研究計画書をご覧ください。

尚、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を得て実施いたします。

お忙しい中、このようなお願いで誠に恐れ入りますが、ご理解とご協力をいただければと存じます。ご不明な点に関しては、下記の研究者連絡先までご連絡をお願い致します。

敬具

記

1. 研究課題：

ICU 看護師の〈触れること〉によるケア：触れることはいかに生み出され、ケアに繋がるのか

2. 研究背景：

看護場面での看護師の〈触れる〉という行為は、あまりにも当たり前とされてきたため、あまり研究がされていません。触れるという行為は、患者さんの安全を守り、安寧を与えるための重要かつ不可欠な行為であると考えます。しかし時には患者さんを不安にさせたり、動きを妨げたりといったネガティブな側面として働くこともあります。忙しい看護実践の場面で、看護師たちはどのように触れるか、触れないかという判断をしているのでしょうか。この部分には看護師の高度な技術や判断があるのではないかと推察されていますが、まだ解明されていません。特にクリティカルケア領域においては、患者は言語的コミュニケーションが困難であったり、自らの意思表示が難しい状況になる場合が多く、看護師の判断がより一層、意味を増すと考えます。

3. 研究目的：

クリティカルケア領域での看護場面で起こる「触れる」という現象に着目し、看護師が状況に即して、どのように触れるのか、その判断をしているのかを、看護師の行動と認識の両面から明らかにすることが目的です。

4. 研究期間：2018年〇月～2018年〇月を予定しております。

5. 研究参加者：①クリティカルケア領域の病棟（ICU等）で働く臨床経験3～10年目の看護師10名程度

②フィールドワーク期間中に、①の看護師が受け持つ患者

6. 調査方法：研究参加者に対して、病棟での2～3日間のフィールドワーク（参加観察）と非構造化インタビューを予定しております。詳細は研究計画書をご覧ください。

7. 倫理的配慮：研究計画書の倫理的配慮をご参照ください。

【ご協力いただきたい内容に関しまして】

研究参加にご同意いただいた看護師さんに対し、フィールドワーク(参加観察)とインタビューをさせていただきたいと考えております。研究の実施にあたり、ご協力いただきたいことは以下の3点です。

- (1) 貴院での研究倫理審査委員会の申請が必要な場合、必要書類や手順に関してご指示いただきたいこと。
- (2) 貴院での研究の了承が得られましたら、ICUの看護師長に研究者のご紹介をいただきたいこと。
- (3) インタビューをさせていただく場所として、プライバシーが確保できるよう、院内の個室あるいはカンファレンスルームをお借りしたいこと。

【研究の進め方に関しまして】

- (1) ICUの看護師長に対し、研究の趣旨を説明させていただきます。その際、看護師さん達へ説明するための日程をご相談させていただきます。
- (2) 研究の同意が得られた看護師さんに対して、フィールドワークとインタビューを実施します。日程に関しては、看護師さん、ICU看護師長とご相談させていただき、業務に支障がないように致します。
- (3) フィールドワークは、2~3日間(朝の申し送り~終了時の申し送りまで、昼休憩を除く)を予定しております。インタビューはフィールドワーク最終日の参加観察終了後に1回60分で実施する予定ですが、研究参加者の負担や状況を考慮して設定致します。インタビューは2~3回実施する予定ですが、2~3回目のインタビューは、1回目のインタビューを終えて、掘り下げて聞きたい点や疑問点などに関して追加で行うものです。

【同封させていただいた書類に関しまして】

以下の書類を同封させていただきます。

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| (1) 研究計画書 | (6) 資料 6-1・6-2 同意撤回書 |
| (2) 資料 2 研究協力依頼書(施設) | (7) 資料 7 研究協力へのお願い(患者家族) |
| (3) 資料 3 研究協力依頼書(看護師長) | (8) 資料 8 ポスター |
| (4) 資料 4 研究協力依頼書(看護師) | (9) 資料 9 返信用封筒 |
| (5) 資料 5 研究参加同意書 | (10) 資料 10 インタビューガイド |

【研究に関する連絡先】

ご不明な点がございましたら、下記の研究者へご連絡ください。

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 牛尾陽子(ウシオ ヨウコ)

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail:○○○@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 基礎看護学教授 守田美奈子

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail:○○○@redcross.ac.jp

電話:03-○○○○-○○○○