

## 第11回日本クリティカルケア看護学会学術集会報告

### 会長講演

# クリティカルケアのスペシャリティを探究する

Specialty of Critical Care Nursing

山勢 善江

Yoshie Yamase

日本赤十字九州国際看護大学

## 1. はじめに

日本では、生命の危機状態にある患者やその家族への看護として、古くからICU看護、急性期看護・救急看護という言葉が使われてきた。そして、それらを統合した概念として1990年代からクリティカルケアという言葉が使われはじめた。本学会は発足当初から、クリティカルケアに関する様々な領域、場所や場面、状況を包含し、クリティカルケア看護に携わる実践・教育・研究者の柔軟な発想を基盤としたクリティカルケア看護の専門性構築に寄与してきた。

そこで、今回、「クリティカルケア」に関する近年の国内外の研究論文の動向から、クリティカルケアのスペシャリティについて考察し、さらに、筆者が開発したクリティカルケア領域での家族看護モデルについて提案する。

## 2. クリティカルケアの守備範囲

クリティカルケアとは何かについて、例えば American Association of Critical Care Nurses では、クリティカルケアを以下のように定義している。

『Critical care nursing is that specialty within nursing that deals specifically with human responses to life-threatening problems. A critical care nurse is a licensed professional nurse who is responsible for ensuring that acutely and critically ill

patients and their families receive optimal care (クリティカルケア看護は、生命を脅かす問題に対する人間の反応に対する専門的なケアである。クリティカルケア看護師は、急性および重症患者とその家族に最適なケアを提供する責任を持つ。筆者訳)』<sup>1)</sup>。日本では、各研究者の解釈として定義されたものはあるが、学会としての定義はなされていない。

そこで、本学会初代理事長の井上智子先生によって示された図<sup>2)</sup>を基に、筆者の考えを追加しクリティカルケアの守備範囲について述べる(図1)。

井上氏は、クリティカルケア看護とは「あらゆる治療・療養の場、あらゆる病期・病態にある人々に生じた、急激な生命の危機状態に対して、専門性の高い看護ケアを提供することで、生命と生活の質(QOL)の向上を目指す」とし、その位置づけを図1のように示している。筆者は、突然起こる生命の危機状態といった意味では、最も近接する救急看護の位置づけをさらに院外に広げた図とした。こうすることで、各領域が重なり合っている部分と、独自の部分の認識が明らかになると考えた。その結果、ICU看護はクリティカルケアに包含されること、周手術期看護は急性期ではクリティカルケアとかなりの部分で重複するが、回復期や慢性期では独自の部分があること、救急看護は病院内では重複する部分があるが、院外での活動は独自性があることが見えてきた。

本学会の一般演題には、すでにICU看護、手術看護、救急看護などが含まれているように、クリティカ

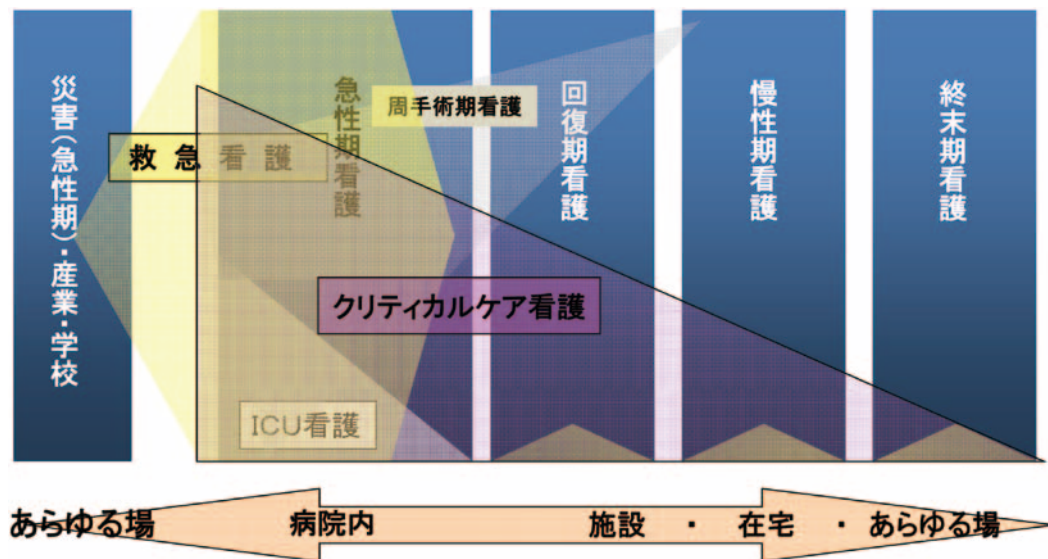


図1 クリティカルケアとは

ルケアが非常に広い概念を包含していると認識されていると考える。

### 3. クリティカルケア領域の研究と実践からみたスペシャリティ

クリティカルケア領域で取り扱われた主題を分類し、中心的課題を探索した。

#### 1) 和文献

過去5年間の会議録を除く文献を、医学中央雑誌Web版を用い、シソーラス検索「クリティカルケア」で検索したところ、443論文が抽出された。その内訳

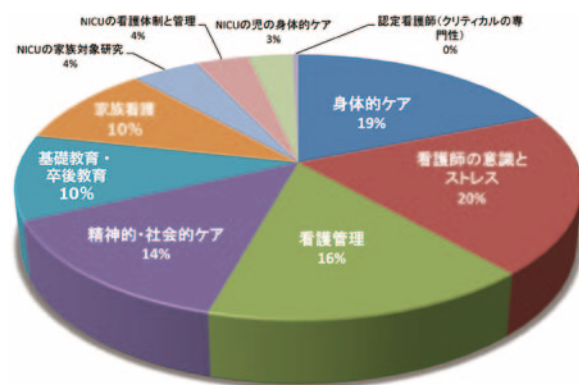


図2 クリティカルケア看護領域の研究テーマ別割合（和文献）（2010-2014年 n=501）

は「看護師のストレス」「身体的な看護ケア」がそれぞれ約20%、「看護管理」「精神・社会的な看護ケア」「看護基礎教育・現任教育」「家族ケア」の順になった（図2）。

#### 2) 洋文献

同じく過去5年間の洋文献について、CINAHLを用い「Critical care nursing」をキーワードとして、publication typeをresearchに絞り、exact major subject headingsで分類した。その結果、抽出された論文は514論文であった。その内訳は「看護アセスメント」が23%、「身体ケア」「ナースの臨床判断力」「精神的ケア」が約13%ずつ、ナースのストレス」「看護管理」の順になった（図3）。

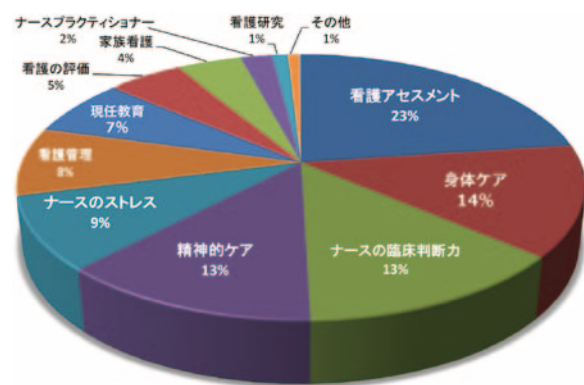


図3 クリティカルケア看護領域の研究テーマ別割合（洋文献）（2010-2014年 n=514）

### 3) 本学会発表演題

過去5年間に本学会学術集会で発表された一般演題453題を分類すると、「身体的な看護ケア」26%、「精神・社会的な看護ケア」「看護師の意識とストレス」がそれぞれ約20%、「家族ケア」「基礎教育・現任教育」の順であった(図4)。

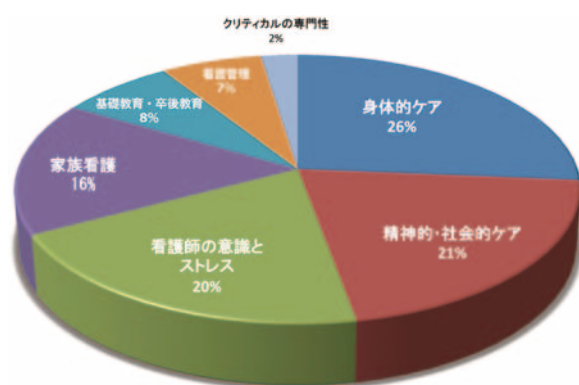


図4 クリティカルケア看護学会発表演題の研究テーマ別割合 (2010-2014年 n=453)

これら3つの側面からクリティカルケアを俯瞰してみると、すべてにおいて上位にあるのが「身体的な看護ケア」であった。このことは、クリティカルケアの中心的課題が患者の身体的な看護ケアにあることを示していると言える。

「身体的な看護ケア」の中をさらに分析してみると、本学会発表演題83題では、「呼吸器ケア」26%、「口腔ケア」17%、「循環器ケア」11%、「身体抑制」「褥瘡ケア」の順に多いことがわかった(図5)。

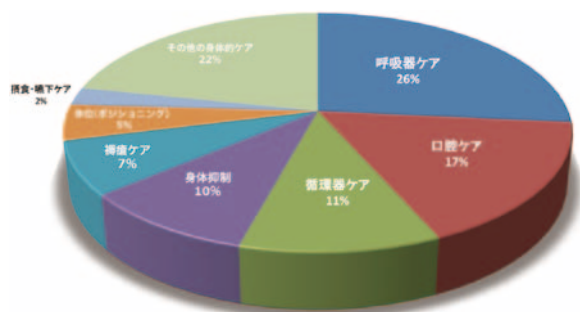


図5 本学会発表演題のうち「身体的ケア」の内訳 (2010-2014年 n=83)

上述したAACNのクリティカルケアの定義でも示されているように、生命を脅かす機能不全に対するケ

アは必須のものである。日本のクリティカルケアの場においても「身体的な看護ケア」、中でも「呼吸」「循環」が上位を占めていることは、同様の状況に対するケアが行われていることがわかる。また、「口腔ケア」については、どの看護分野でもその重要性が強調されるようになり、クリティカルケアにおいても「口腔ケア」が直接的間接的に生命予後を左右するとも言われるほど注目されている。さらに、クリティカルな状況になっても生活者として患者を捉えた結果として「口腔ケア」が上位を占めているものと思われる。そして、看護界の中では「抑制しない看護」といわれて久しいにも関わらず「身体抑制」を余儀なくされる状況が、クリティカルケアの中では今もなお生じていることや、褥瘡は重篤な状況であるが故に発症しやすく、治療に難渋するクリティカルケアの現状を映しているといえよう。このように、「身体的な看護ケア」は、クリティカルケアの中心的課題であり、AACNでいうところの『最適なケアを提供する責任』を果たすために、日々努力が積み重ねられていることが研究結果にもあらわれていると考える。

本学会では、これらの中でも「呼吸器ケアワーキンググループ(現 人工呼吸器ケア委員会)」と「口腔ケアワーキンググループ(現 口腔ケア委員会)」を発足し、他学会と共同しクリティカルな状況における患者ケアのエビデンスを洗い出し、汎用性のあるケアガイドラインを発信していく。

### 4. クリティカルケアにおける家族看護モデル<sup>3)</sup>

クリティカルケアの中心的課題は「身体的な看護ケア」にあることが、データからも理解できた。国内外の文献数の割合から見ると、その割合は多くはないものの、クリティカルな状況にある患者やその家族が苦悩する姿に寄り添い、看護師が大切にしているものとして、「精神・社会的な看護ケア」や「家族ケア」があると考えられる。

そこで、全国調査を基にミックスメソッドを用いて筆者が開発した「救急・クリティカルケア領域における家族看護モデル」(2013年)について概観する。

#### 1) 質的調査による家族看護実践カテゴリーの抽出

クリティカルケア領域における病期毎の家族看護を質的に明らかにするために、救急看護認定看護師、集

中ケア認定看護師，急性・重症患者専門看護師 10 名を対象に半構成的面接を実施した。

その結果，650 の家族看護実践に関するコード化，カテゴリー化を行い【環境調整】【チーム調整】【情緒支援】【情報提供】【意思決定支援】【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】の 7 カテゴリーが明らかになった。次に，内容分析の手法を用い，半構成的面接で明らかにした，クリティカルケアにおける家族看護実践 7 カテゴリーが，対象者の面接中にどのくらいの頻度で出現するか，病期毎の割合について分析した（図 6）。クリティカルケアの初療や入院初期では，物的・人的な【環境調整】に重きが置かれ，治療期では【情報提供】の割合が増加し，終末期では【患者ケアへの参加】と【環境調整】の実践がなされていることが明らかになった。

## 2) アギュララの問題解決型危機モデルと家族看護実践カテゴリーの統合

アギュララの問題解決型危機モデルと上記の 7 つの家族看護実践カテゴリーを用いた病期毎の家族看護モデルの検討を行った結果，各病期ごとのアギュララのバランス保持要因によるアセスメントの視点，予測される看護問題，さらに 7 つのカテゴリーに基づく家族

看護実践を統合した家族看護モデルを作成することができた。表 1 には，その一部を抜粋した。

## 3) 量的調査による家族看護構造モデルの構築

クリティカルケアにおける家族看護実践カテゴリーをもとに作成した質問紙を用い，498 名（救急看護認定看護師 236 名，集中ケア認定看護師 226 名，急性・重症患者看護専門看護師 36 名）に調査を行った。得られた回答を，各カテゴリーを観測変数とした共分散構造分析を行った。モデルの適合度の指標には，CFI（comparative fit index；比較適合指標），GFI（goodness of fit index；適合度指標），AGFI（adjusted goodness of fit index；修正適合度指標），RMSEA（root mean square error of approximation；平均二乗誤差平方根）を用い，最も適合度のよいモデルを採択し家族看護構造モデルを作成した（図 7）。

モデルは，3 つの潜在変数で示される構造方程式である（以下，「」は潜在変数，【】は観測変数を示す）。「周囲の環境調整」は，【チーム調整】【環境調整】の観測変数で構成される。それぞれの観測変数と潜在変数のパス係数は 0.71（標準化係数：以下同様）と 0.72 であった。「情報と情緒支援の提供」は，【情報提供】【情

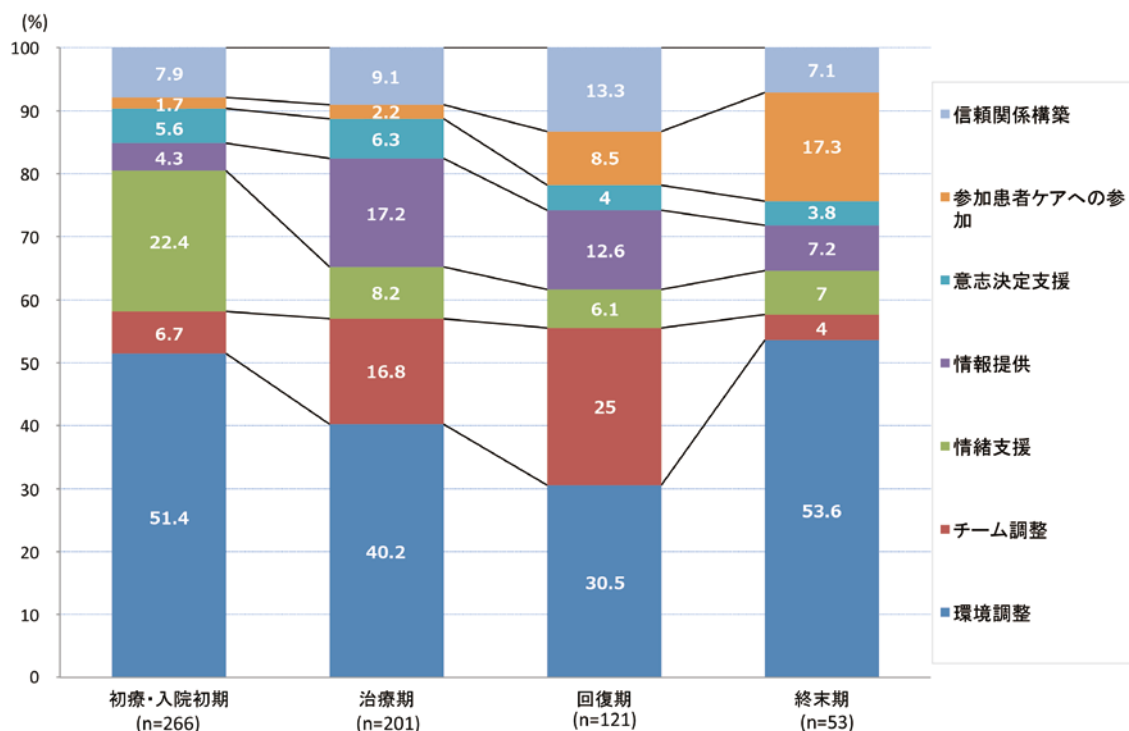


図 6 病期毎の看護実践カテゴリーの割合 (n=650 words)



表1 初療・入院初期の家族看護モデル

アギュララのモデルによる 家族アセスメントの視点		アギュララのモデルから 予測される看護問題	7つのカテゴリーによる家族看護実践		
出来事の知覚	1) 患者の状態を理解しようとしているか 2) 患者の状況を医療者や周囲の人に質問したり事実を確認しようとしているか 3) 患者のそばにいないことを求めるか	#状況的危機状態であり、心理的孤立、混乱、錯乱が起こる可能性がある。 #状況的危機状態であり、身体の安全が脅かされる可能性がある。 以下に示すような行動や状態が含まれる。 ・患者がおかれている状況が理解できない ・どのような治療や看護が必要か理解できない ・社会的サポートを得ようとしないう情報を集められない	【情報支援】 パニック状態のとき、家族のそばに付き添う 家族の感情表出を促し受け止める 家族の状況を観察し、声をかける 肩に手を置く、背中をさするなどのタッチングを行う 入院時や入室前のオリエンテーションをする 初回面会の時は看護師がつきそう 面会時には、患者の状態や処置、周囲の状況について説明する	【患者ケアへの参加】 面会時は、患者の側に近づき、話しかけたりするように促す カーテンやつい立などで、患者と家族だけの空間を提供する 患者にしてあげたいことはないか尋ねる	【信頼関係構築】 看護師が自己紹介をする 患者に近づけず佇んでいるときは声をかけ、看護師から患者にふれる 家族の質問には、誠実に答える 最善の治療とケアをしていることを伝える 疑問や問題が生じた時に、看護師が相談に乗れることを伝える 看護師は家族の味方であり、家族の側にいる存在であることを伝える
社会的サポート	1) 患者の状態を理解しようとしているか 2) 患者の状況を医療者や周囲の人に質問したり事実を確認しようとしているか 3) 患者のそばにいないことを求めるか		【情報提供】 医師による病状と治療の説明後は、補足説明をする 1日の患者の様子や前回からの変化を家族に説明する 治療や看護についての疑問があるかどうか、家族に尋ねる 長時間かかる処置などは、処置の途中で患者の状態を伝える パニック状態の時は、意志決定すべきことを一つ一つ指示する、または代行する	【環境調整】 家族が拒否しない限り面会できるよう調整する 面会時は、椅子の準備やベッド周辺を整備する 泣くことができる環境を提供する 休息や仮眠をとれる家族専用の待機室（スペース）を準備する 施設内で利用できる設備やサービスについて案内する	【チーム調整】 家族の問題に関するカンファレンスを開催する 経済的問題については、ソーシャルワーカーまたは福祉担当者と連携する 家族が他の医療者と話がしたいときは連絡をとり調整する 家族同士で支えあっているか確認する 家族役割や家族内の問題が起こっている場合、調整が必要か尋ねる 家族間での意見の対立があるときは、調整する
対処機制	1) 積極的な反応（泣く・叫ぶ・攻撃するなど）で自分の感情を表出しているか 2) 抑圧的な反応（無反応・身体反応など）で自分の感情を表出しているか 3) 自傷他害の言動はあるか 4) 罪責感を訴えるか		【意思決定支援】 医師からの説明時には同席する 意思決定しなければならない内容について、理解しているかどうか確認する 意思決定に必要な情報をわかりやすく伝える 意思決定をする時に、最善の方法を決定できるように助言し励ます 家族の置かれている立場を理解し、意思を尊重する 意思決定した後も、その決定を肯定する		

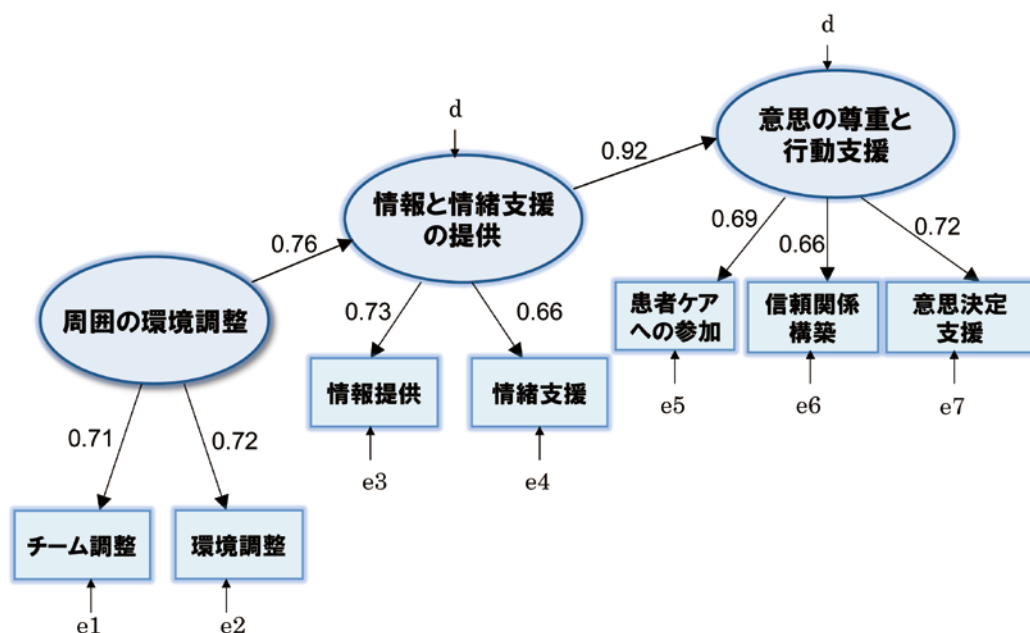


図7 救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造モデル

n=498,  $\chi^2$ 値=12.061 (自由度12), p=0.398, CFI=0.999, GFI=0.992, AGFI=0.987, RMSEA=0.099, d=攪乱変数, e=誤差変数

緒支援】の観測変数で構成される。パス係数は0.73と0.66であった。「意思の尊重と行動支援」は、【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】【意思決定支援】の観測変数で構成される。パス係数は0.69, 0.66, 0.72であった。このモデルは、「周囲の環境調整」が「情報提供と情緒支援」に0.76の影響を与え、「情報提供と情緒支援」が、「意思の尊重と行動支援」に0.92の影響を与えていた。本モデルの適合度指標は、 $\chi^2$ 値 = 12.061 (自由度 12),  $p = 0.398$ , CFI = 0.999, GFI = 0.992, AGFI = 0.987, RMSEA = 0.099であり、適合性が確認された。

#### (1) 「周囲の環境調整」と家族看護

「周囲の環境調整」の観測変数は、【チーム調整】と【環境調整】であり、両観測変数へのパス係数は高い。つまり、救急・クリティカルな状況での家族看護において、看護師はまず家族を取り巻く物理的・人的環境に着目し、その安全や安寧を整えようとしていると解釈できる。これは、患者の予期せぬ変化に対し、家族の心的エネルギーは枯渇し、周囲の状況判断や、環境調整が困難となるばかりでなく、身体症状の出現や失神など自分の安全確保さえ難しい家族に対する看護実践である。看護師は家族のもつエネルギーを、家族自身の安全確保と患者に集中できるよう、家族の周囲の【環境調整】をしている。また、看護師は、精神的問題や経済的問題など、専門的介入が必要とされる事柄を判断し、迅速に他職種につなぐ視点でチーム医療の調整機能を果たしていると考えられる。

#### (2) 「情報と情緒支援の提供」と家族看護

「情報と情緒支援の提供」の観測変数は、【情報提供】と【情緒支援】であった。

看護師は、前段階で「周囲の環境調整」という看護実践を行い、次に家族への直接的看護を行っている。看護師は、家族が受動的対処の段階から情動的対処の段階に移行したのを見極めつつ、情報の量や種類に配慮しながら情報提供を行い、同時に情動的コーピングへの情緒支援を行っている。

#### (3) 「意思の尊重と行動支援」と家族看護

「意思の尊重と行動支援」の観測変数は、【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】【意思決定支援】であり、パス係数も中程度以上であった。

看護師は、揺らぐ家族を力づけたり、家族が患者のために直接できることを提案したりしながら、家族が主体的に意思決定するプロセスにかかわっている。看護師はこれらの実践を行いつつ、信頼関係をさらに促

進させようとしている。通常、家族が重大な代理意思決定する際の支援は、家族と看護師の信頼関係が基礎となる。しかし、クリティカルな状況にある患者の家族には、意思決定のための時間的猶予が十分でないことが多い。このため、信頼関係の構築と意思決定支援が同時に行われているのが特徴であろう。

クリティカルケア領域における家族看護実践は、「場を整え、家族に直接関わり、最終的に家族の意思を尊重してその行動を支える」というプロセスを踏んでいることが明らかになった。

## 5. おわりに

会長講演では、「クリティカルケア」に関する近年の国内外の研究論文の動向から、クリティカルケアのスペシャリティについて考察し、さらに、筆者が開発したクリティカルケア領域での家族看護モデルについて提案した。

クリティカルケアにおける現在の中心課題は「身体的な看護ケア」にあることが明らかになった。これは、クリティカルケアが『life-threatening problems (生命を脅かす問題)』にかかわるものであり、クリティカルケア看護師は『responsible for ensuring that acutely and critically ill patients and their families (急性および重症患者とその家族に責任を持つ)』役割から当然のことと考える。

今後はこれらの発展と同時に、今回提案したクリティカルケア家族看護モデルを用いた看護も検証していきたい。

メインテーマは「クリティカルケアのスペシャリティを探究する」であった。しかし、本論文では中心的課題という用語を使用した。明らかになった中心的課題が、本当にスペシャリティであるか否かは、さらなる探求が必要と考える。

## 文献

- 1) <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=> (2015.11.22 参照)
- 2) 井上智子, 「蓄積から挑戦へ」, 日本クリティカルケア看護学会誌, 2005: 1 (1): 15-19.
- 3) 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子, 「救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル」, 山口医学, 2013: 62 (2): 91-98.