

原 著

## 看護師が実践している「安楽」モデルの検証

佐居 由美\*

### Refining the structuralized model of Anraku in Japanese nursing through interviews with nurses

Yumi Sakyo R.N,M.N\*

#### Abstract

In Japanese nursing, anraku is a commonly used term representing a very important concept that is similar to “safety”, but has a more abstract and complex meaning. While a previous study has attempted to examine the structuralized model of anraku in Japanese nursing (Sakyo 2004), based on interviews of 29 practicing nurses, this model was limited. Therefore, the purpose of the present study was to refine the structuralized model of anraku in Japanese nursing from a professional nursing perspective. In order to refine the model, interviews were conducted on 31 practicing hospital nurses and interview data were analyzed using Rodger's concept analysis approach. The subject nurses had different backgrounds from the nurses interviewed in previous studies. Through this analysis, the structuralized model was refined. The new and emphasized elements of this structure identified, “elements of nurses”, “elements of patients”, “devices for and” “elements of environmental settings” as an anraku conditions. It suggests that the model based on anraku theory in Japan.

\* anraku is word translated to English meaning comfort,rest, or ease

キーワード：安楽（ANRAKU）、コンフォート（comfort）、看護実践現場（clinical nursing setting）  
(Key words) 構造モデル（the structuralized model）

#### I. はじめに

看護において「安楽」という用語は、ナイチンゲールが「観察というものは、雑多な情報や奇異な事実を積み重ねるためではなく、人命を救い、健康と安楽を増進するために行うものです。」(小林訳 1995, F. Nightingale 1860) と、述べているように、看護の目的（佐藤 1998）であり、また、看護師が患者に看護ケアを行う際の必須条件ともされており（日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 1995）、看護において重要な概念として

位置づけられている。「安楽」は、「comfort」と訳されることが多いが、海外においても「Comfort」は、治療的な看護実践と看護の基本的機能といわれ患者を comfort な状態にすることとは、看護における重要な概念とされている (Kolcaba, K 2006)。このように、「安楽」という用語は看護の「目的」でもあり「必須条件」でもあるという 2 側面をもつ一方、患者の体位に限定して使用されることも少なくない。また、「安楽」という用語は、抽象的に用いられており、看護者によってその意味が異なっていた経験が多くある。

\* 聖路加看護大学 基礎看護学  
Fundamentals of Nursing St. Luke's College of Nursing  
受稿2008.6.12 受理2008.8.18

この看護では重要な概念であるのに、抽象的に用いられている「安楽」の定義を明らかにするため、和文献と実践場面の2側面から検討した（佐居2004a）。31の和文献（15冊の教科書、26文献）のうち15文献中5文献で、「安楽」の定義が記述されていた。その5文献とも、「身体的にも精神的にも苦痛や不安のない状態」という表現が含まれていた。看護実践場面については、半構成的面接法を用い29人の病棟看護師が考える「安楽」の定義について分析を行った。病棟看護師が語った安楽の定義の内容は、「環境的にも、精神的にも、宗教的にも、苦痛がない、プラス、その人らしい状況」といった、「苦痛がない」状態、「患者さんが、その瞬間心地いいと感じる状態」といった、楽・気持ちいい・心地いいという快の状態を表したもの、「気を使ってすごさない状態」、「気分不快なく、すごせること」といった「日常生活をすごすこと」に着目したもの、「本人がその格好をしてつらくない」、「動けないときの楽な姿勢」といった「安楽な体位」に関するもの、また、「必要なことを最小限の苦痛でやること」といった看護師側のケアや看護技術に関するもの、「患者、本人と家族が、つらいと思わないこと」と、家族を、安楽なケアの対象としてあげているものなど、看護師それぞれに29通りの「安楽」の定義が存在した。「精神的・身体的に苦痛、不安がない」という内容が、文献と実践場面に共通してみられ、実践場面における安楽の定義として特徴的だったのは、安楽をただ単に「苦痛がない」状態としてではなく、患者が「楽」であったり、「気持ちいい」「心地いい」と感じている、といった患者にとっての快の感情についての内容が含まれていたことであった。これらの分析結果から、看護における「安楽」を、「その人らしい生活の中で、身体的・精神的・社会的な苦痛や、不安、不満がなく、楽だと感じている状態」と定義した。あわせて、看護実践における「安楽」をより理解する

ため、実践場面における「安楽」の関連図化を試み、また、「安楽の意味」についての構造化を行った（佐居2004b）。これらは、看護における患者への「安楽」なケア実践の様相を示しており、看護師による「安楽」ケア実践促進のための基礎モデルになり得ると考える。だが、この先行研究の対象である29名の看護師は、経験年数、卒業教育機関に偏りがみられていた。そこで、本研究では、これらの看護実践における「安楽」モデルの普遍化を目指し、新たな研究対象においてこれらを検証し、モデルの精錬、再構築を行うこととした。看護実践における「安楽」モデルの確立は、医療事故の多発から安全面の確保が最優先される時流にあって、看護師の患者への安楽なケア実践の意識化、促進につながり、看護の質の向上に貢献する可能性がある。また、海外においては、Comfort理論も構築され（Kolcaba, K 2003）、この理論を用いた介入研究も、数多く行われているが（Kolcaba K 2004, 2006b）、日本では、未だ、「安楽」についての理論は、構築されておらず、本研究の結果は、日本における「安楽」モデルの構築に寄与するものとも考える。

## II. 研究目的

本研究は、看護実践場面における「安楽」モデルの検証を行うことにより、看護実践における安楽モデルを精錬させることを目的とする。

## III. 研究方法

検証にあたっては、2001年に実施した先行研究に準じた以下の方法でデータ収集を行った。

### 1. 研究対象

対象者は、一般病棟（内科系外科系病棟）に勤務する看護師31名であった。対象者の選択にあ

たっては、先行研究における対象者の偏りの是正に配慮した（Table 1）。

## 2. データ収集方法と分析方法

### 1) データ収集

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

### 2) 分析方法

分析は、先行研究と同様に、Rodgers (Rodgers 2000) による概念分析の方法に準拠し、「定義(Definition)」「先行するもの(Antecedents)」「帰結(Consequences)」の3つの枠組みを使用した。各看護師が語った内容を逐語録とし、①上述の3つの枠組みに分類した。「先行するもの」は、「ケア場面」「判断基準」「条件」の3つの質問項目で得られた回答をその対象とし、「帰結」は、「(安楽の)意義」についての回答を対象とした。②逐語録から質問内容に関連した部分を抽出した。③抽出した内容は、先行研究において得られたカテゴリーにそって分類し、先行研究のどのカテゴリーにも該当しないものは、新たに分類しネーミングを行った。④枠組みごとに、各カテゴリーの項目抽出件数を算出し、先行研究の結果と比較した。⑤比較結果からモデルの検証を行った。分析は複数で行い、信頼性と妥当性の確保に努めた。

### 3) 倫理的配慮

研究依頼の際には、協力は個人の自由意志によること、拒否しても個人に不利益はもたらされないこと、個人情報は十分保護されること、途中辞退が可能など等の倫理的配慮について、書面を用いて口頭で説明し同意を得た。なお、本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得ている。

## IV. 結果

### 1. 対象者の背景

本研究での対象者は31名で、経験年数平均8.7年であり、すべて女性であった。看護基礎教育別では、専門学校卒が26名(90.3%)であった。先行研究の対象者は、経験年数が平均4.5年と5年以下であり、大学卒が62.1%と約半数を占めていた。また、すべての看護師が、患者の「安楽」を考えて看護を実践していると回答した。先行研究と本研究の対象者の背景を、Table 1に示す。

### 2. 看護実践場面における「安楽」

半構成的インタビューによって得られたデータの分析から、以下の結果が得られた。枠組み毎に、先行研究と本研究、および先行研究と本研究の合計の抽出件数と、各項目の本研究における具体例を示す。また、本研究で得られた項目と先行研究で得られた項目における一致率(先行研究での項目数/本研究で得られた項目数)を算出した。なお、先行研究では、抽出件数を分析の対象としていなかったが、本研究実施にあたって、先行研究における抽出件数を算出した。

### 1) 看護における「安楽」の定義

看護師が語った「安楽」の定義の内容は、抽出件数の多い順に、「精神的身体的に苦痛がない(40.8%)」「日常生活をすごせる(12.2%)」「快:気持ちいい、心地いい、楽(10.2%)」という項

Table 1 対象者の背景 一先行研究と本研究一

研究実施年度	先行研究 [2001]	本研究 [2004]	Total
対象者	29名	31名	60名
年齢	平均25.8歳 (23~35)	平均31歳 (22~45)	平均28.9歳 (22~45)
臨床経験年数	平均4.5年 (1~12)	平均8.7年 (1~22)	平均6.7年 (1~22)
卒業教育機関			
准看護師専門学校	0名 (0%)	2名 (6.5%)	2名 (3.3%)
専門学校卒	7名 (24.1%)	26名 (83.9%)	33名 (55.0%)
看護短期大学卒	4名 (13.8%)	2名 (6.5%)	6名 (10%)
大学卒	18名 (62.1%)	0名 (0%)	18名 (30%)
その他 (専攻科)	0名 (0%)	1名 (3.2%)	1名 (1.8%)
勤務病棟			
外科系病棟	15名 (51.7%)	11名 (35.5%)	29名 (48.3%)
内科系病棟	14名 (48.3%)	17名 (54.8%)	31名 (51.6%)
外科系・内科系	0名 (0%)	3名 (9.7%)	0名 (0%)
安楽を考えている頻度	(N=28) *1名未回答	(N=29) *2名未回答	(N=57)
1. いつも考えている	18名 (64.3%)	12名 (41.4%)	30名 (52.6%)
2. ときどき考えている	10名 (35.7%)	15名 (51.7%)	25名 (43.8%)
3. たまに考える	0名 (0%)	2名 (6.9%)	2名 (3.5%)
4. あまり考えない	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
5. 全く考えない	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)

Table 2 看護における「安楽」の定義

	項目	先行研究の抽出件数 (%)	本研究での抽出件数 (%)	合計 (%)	具体例 (本研究分)
既出の項目	人間らしい	1 (2.9%)	2 (4.1%)	1 (1.2%)	
	その人らしい	2 (5.7%)		4 (4.8%)	この人にとっていい状態。
	日常生活を過ごせる	4 (11.4%)		10 (11.9%)	患者様が楽に生活できる。日常を送れるようなこと
	危険のない	1 (2.9%)		1 (1.2%)	
	精神的身体的に苦痛のない	11 (31.4%)		31 (36.9%)	肉体的、精神的、苦痛がない状態
	快:気持ちいい、心地いい、楽	14 (40%)		19 (22.6%)	不快ではない。気持ちがいい。
	家族がつらくない	1 (2.9%)		1 (1.2%)	
項新目たな	安楽な体位	1 (2.9%)	4 (8.2%)	5 (6.0%)	患者にとっての楽な体位、姿勢
	ストレスのない		3 (6.1%)	3 (3.6%)	気持ち、身体にストレスを与えないようにすること。
	その他		9 (18.4%)	9 (10.7%)	
総件数		35	49	84	

一致率: 62.5%

目に分類された。これらの項目は、先行研究においても、抽出件数の上位3位であった。先行研究で得られた既出の項目で、本研究において該当する内容がなかったものは、「人間らしい」「危険の

ない」「家族がつらくない」の3項目で、一致率は62.5%であった。また、今回、新たに「ストレスのない」という項目が分類された (Table 2)。

Table 3 「安楽」に先行するもの 一判断基準一

項目	先行研究の抽出件数 (%)	本研究での抽出件数 (%)	合計 (%)	具体例 (本研究分)
既出の項目	不自然な体位・身体の動き	13 (16.7%)	9 (13.6%)	頻繁に体の位置をご自分で、もぞもぞして動いているようなとき。
	苦痛様表情	27 (34.6%)	21 (31.8%)	顔、表情、目の辺り、眉間のしわの有無。
	痛みの訴え	26 (33.3%)	13 (19.6%)	苦痛の訴え
	環境	2 (2.6%)	1 (1.5%)	環境
	家族	4 (5.1%)	3 (4.5%)	いらっしゃる家族、サポートしている方の言葉。
新たな項目	認知症		2 (3%)	痴呆の人が少しでも覚醒・クリアーナ状態の時間の増加。何か反応があるとき・違ったとき。口腔ケアでも自分からやりだすなど。
	言動		9 (13.6%)	言動とか：「こうしてほしい」「ああしてほしい」
	ナースコールの回数		2 (3%)	ナースコールの数の多さ。
	その他	8 (10.3%)	6 (9%)	14 (9.7%)
総件数		78	66	144

一致率：100%

## 2) 看護における「安楽」に先行するもの

安楽に「先行するもの」は、安楽の「判断基準」「条件」「ケア場面」によって得られたデータを分析した。看護師が患者に安楽なケアを実践しようと考える「判断基準」、そして、患者が安楽であるための「条件」、が、患者の安楽に先行するものと捉え、また、看護師による患者への安楽なケア場面においては、安楽なケア実践に先行している内容について分析した。

### (1) 「安楽」の判断基準

患者の安楽を判断する基準としては、先行研究で得られた既出の項目のすべてに該当する抽出内容が本研究でも得られ、一致率は100%であった。また、「不自然な体位、身体の動き」「苦痛用表情」「痛みの訴え」が、先行研究でも本研究でも、抽出件数の上位3位を占めていた (Table 3)。

### (2) 「安楽」の条件

患者が安楽になるための条件については、本研究では71件の内容が抽出され、その内容はばらつきがみられるものの、「看護師の能力」につい

ての内容が最多であった (12件、16.9%)。先行研究においても、「看護師の能力」については、最多の18件の内容が抽出されていた。先行研究と本研究の一致率は、64.7%であった。新たな項目としては、抽出件数の多い順に「安楽な体位」「患者の精神的安定」「人的環境（大部屋での良好な人間関係）」「体位保持関連物品」「患者の日常生活に近い生活」などが分類された (Table 4)。

### (3) 「安楽」なケア場面

安楽なケア場面では、先行研究と本研究における項目の一致率は、33.3%であった。各カテゴリー項目の抽出件数にはばらつきがみられる中、最多件数だったのは、先行研究・本研究とも「苦痛」のカテゴリーであった (先行研究 8件：42.1%、本研究 9件：27.2%) (Table 5)。

### 3) 看護における「安楽」の帰結

安楽なケアを実践した結果である「帰結」には、安楽なケア実践の意義（何のために、安楽なケアを実践するか）についての回答をその対象として分析した。

Table 4 「安楽」に先行するもの 一条件一

	項目	先行研究の抽出件数 (%)	本研究での抽出件数 (%)	合計 (%)	具体例 (本研究分)
既出の項目	患者自身の意思決定が可能	3 (3.4%)		3 (1.9%)	
	患者に希望があること	4 (4.6%)		4 (2.5%)	
	基本的ニーズの充足	2 (2.3%)	1 (1.4%)	3 (1.9%)	人間の基本的欲求
	家族の受容	1 (1.1%)		1 (0.6%)	家族の人の気持ち
	家族のサポート	2 (2.3%)	2 (2.8%)	5 (3.2%)	家族の存在
	薬	1 (1.1%)		1 (0.6%)	
	安全	2 (2.3%)		2 (1.3%)	
	苦痛がない	4 (4.6%)	1 (1.4%)	5 (3.2%)	身体的苦痛がないこと
	症状の緩和	3 (3.4%)	2 (2.8%)	5 (3.2%)	緩和
	コミュニケーションの成立	4 (4.6%)		4 (2.5%)	
	苦痛を与えない	3 (3.4%)	1 (1.4%)	4 (2.5%)	身体の苦痛をとる
	看護師の能力	18 (20.7%)	12 (16.9%)	30 (19.0%)	看護師の技術。短時間に手際よく、患者様のことを考えて、負担にならないようなケア
	患者優先のケア	3 (3.4%)		3 (1.9%)	
	家族と看護師との信頼関係	1 (1.1%)	3 (4.2%)	4 (2.5%)	看護師との信頼関係
新たな項目	十分な物品	5 (5.8%)	1 (1.4%)	6 (3.8%)	ものが整っている。
	整った環境	5 (5.7%)	5 (7%)	10 (6.3%)	環境: カーテンが閉め切っている。昼間なのに。ふとんや重いものが必要以上にかかっていたりしないこと
	十分な看護職員数	10 (11.5%)	4 (5.6%)	14 (8.9%)	ケア 1つに対して 2 人のナースで行うこと
	患者の日常に近い生活		3 (4.2%)	3 (1.9%)	今までの生活を一部でも取り入れられること
	看護師の時間的余裕		2 (2.8%)	2 (1.3%)	時間的(余裕)
	患者の納得		2 (2.8%)	2 (1.3%)	看護者側の押し付けでなく、患者さまの納得の上でやること
	経済面の安定		2 (2.8%)	2 (1.3%)	経済面(の余裕)
	患者の精神的安定		5 (7%)	5 (3.2%)	精神的にストレスがかからない。精神的に落ち着いた状況。
	安楽な体位		6 (8.4%)	6 (3.8%)	苦痛を感じない体位。
	人的環境(大部屋での良好な人間関係)		4 (5.6%)	4 (2.5%)	社会的なもの。4人部屋の人間関係
その他	チーム医療		2 (2.8%)	2 (1.3%)	看護師一人ではできない。看護師が中心となっての看護師以外のチームのいろいろな人との関わり。
	体位保持関係物品		5 (7%)	5 (3.2%)	体位から言えば道具が必要。
	その他	15 (17.2%)	7 (9.8%)	22 (13.9%)	
	総件数	86	71	158	

一致率 : 64.7%

Table 5 「安楽」に先行するもの 一ケア場面一

	項目	先行研究の抽出件数(%)	本研究での抽出件数(%)	合計(%)	具体例(本研究分)
既出の項目	動けない患者	3 (15.8%)	9 (27.2%)	12 (23.1%)	動けない患者様の体位交換。自分で寝返りができないので1,2時間ごとに体位交換。安楽に休めるように、体位交換ができるているかなと考えている。
	体位のくずれ	1 (5.3%)		1 (1.9%)	
	整っていない環境	1 (5.6%)		1 (1.9%)	
	苦痛	8 (42.1%)	9 (27.2%)	17 (32.7%)	腰痛のある方に関しては、患者様の病状を見ながら、痛みを訴えないような、患者さまが苦痛じゃないように、ゆっくりだと、患者様と相談しながら体交枕を使用したり。
	不安	2 (10.3%)		2 (3.8%)	
	嘔吐・吐き気	2 (10.5%)	2 (6%)	4 (7.7%)	手術後の痛みとか、癌性疼痛、癌の末期に起こる吐き気や倦怠感を緩和していこうと思っている。
	大量の排便・排尿	1 (5.3%)		1 (1.9%)	
新たな項目	症状	1 (5.3%)		1 (1.9%)	
	特定の状態： 末期がん、ターミナル、 急性期		3 (9%)	3 (5.8%)	女性の対象の患者様が、末期だったんですよ。それで、おしつこのバルーンを挿入していたんですけど、バルーンの管がすごく“痛い、痛い”って言われて。やっぱり“不快感がすごくある”って言われていた。
	褥瘡のある患者		3 (9%)	3 (5.8%)	やっぱり褥瘡ができやすい方に、エアマットを入れたり、体交枕を使用したり。
	特定の状況： ナーバス、病院環境に 不慣れ、不眠、長時間 の車椅子座位		4 (12.1%)	4 (7.7%)	手術直後で、手術終わった時は、すごくおやすみになっていたんですよ。夜間帯に私が仕事だったのです。そのときにもう全然眠れる状態じゃなかったみたいで、ずっと起きてらっしゃったんですよ。
	総件数	19	33	52	

一致率：33.3%

抽出件数は、先行研究で4件、本研究で15件と、枠組みのなかでも最少であった。「自然治癒力を高める」「前向きな気分になれる」についての内容が本研究でも確認され、一致率は50%であった(Table 6)。

### 3. モデルの検証

#### 1) 看護実践場面における「安楽」の関連図の検証

看護実践場面における「安楽」の関連図は、先行研究(佐居2004b)において、安楽の「定義」、安楽に「先行するもの」、安楽の「帰結」の関連について示したものである。この関連図では、安

Table 6 「安楽の帰結」

	項目	先行研究の抽出件数(%)	本研究での抽出件数(%)	合計(%)	具体例(本研究分)
既出の項目	患者の満足	1 (25%)	0 (0%)	1 (5.3%)	
	自然治癒力を高める	1 (25%)	2 (13.3%)	3 (15.8%)	安楽に過ごすことによって、病気と闘う力を蓄える。自然治癒力を引き出すのには必要かな
	前向きな気分になる	1 (25%)	4 (26.6%)	5 (26.3%)	病気になるとパワーが奪われる。気持ちよかったら、頑張ろうっていう力になり、いい方に向かう。
	二次障害の予防	1 (25%)	0 (0%)	1 (5.3%)	
	その他		9 (60%)	9 (47.4%)	
総件数		4	15	19	

一致率：50%

樂の「定義」を中心に、その前段階として「先行するもの」、安樂の次にくる段階として「帰結」を配置している。「(安樂に) 先行するもの」は、「患者に関連するもの」と「看護師に関連するもの」に分類し、「患者に関する安樂に先行するもの」に、「看護師に関連した安樂に先行するもの」が作用することによって、患者の安樂という状態が生じ、安樂の「帰結」に向かうという関連をあらわしている。すなわち、患者に関する安樂に「先行するもの」を軽減し、看護師に関する安樂に「先行するもの」を強化することが、患者への安樂なケアの提供を促進することを示している。

この先行研究において作成した図を、本研究で得られた結果から検証した。先行研究と本研究の分析結果を比較したところ、「定義」の一致率62.5%、「先行するもの(判断基準)」の一致率100.0%、「先行するもの(条件)」の一致率64.7%、「先行するもの(ケア場面)」の一致率33.3%、「帰結」の一致率は50.0%であったため、一致した項目のみを残し、関連図を修正した(Fig 1: 看護における「安樂」の関連図08)。

## 2) 安樂の“意味するもの”の構造

上述の関連図における看護師に関する「先行するもの」と「定義」で得られたデータを用いて、

「安樂の意味するもの」の構造化を、先行研究(佐居2004b)において試みた。この構造化では、看護師が語った「看護師に関する安樂に先行するもの」を、患者に安樂なケアを提供するための看護師側の必要条件であるとし、看護師の考える患者の「安樂」(「安樂」の定義)を中心に、「看護師に関する安樂に先行するもの」に関する事柄について、一番近い同心円に患者に近い事柄(ベッドサイド、直接的ケア)を、その次の円に患者には直接的でない事柄を配置し、これらを安樂を取り囲む要素としている。この構造図は、安樂なケアを患者に提供するために、看護師が実践すべき要素について示しており、看護実践における「安樂」の意味するもの、として構造した図である。この図の各要素も、先行研究における分析結果から構成されているが、上述のとおり、先行研究と本研究における安樂に「先行するもの」の一致率は、100～33.3%であり、先行研究で得られた項目の中には、本研究では該当しないものがあることが示され、この図においても修正が必要であることが確認された。

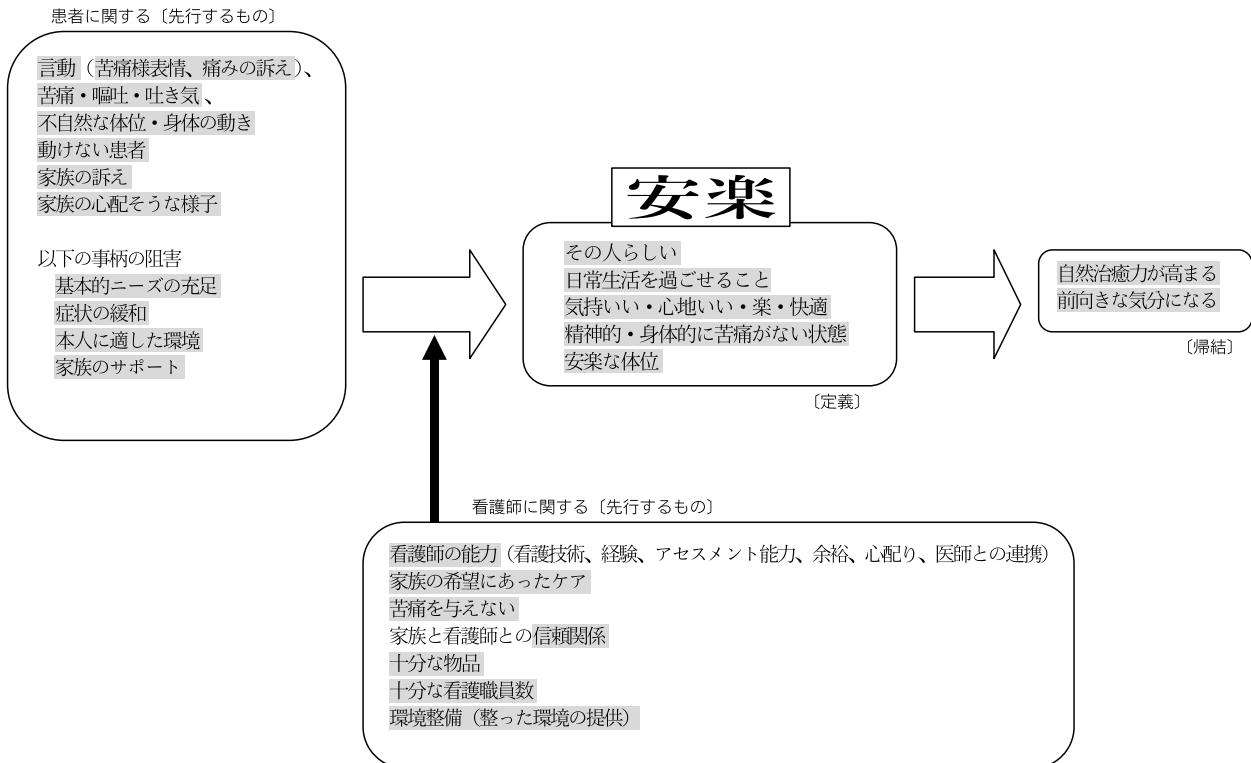


Fig 1 看護における「安楽」の関連図08

#### IV. 考察

##### 1. 各枠組みにおける結果の比較

今回、先行研究で得られた、看護実践における「安楽」についての関連図・構造図の検証を目的に、新たな対象者にてデータ収集を実施し、先行研究の結果との比較を行った。先行研究において抽出された「安楽」なケアについての項目と、本研究において抽出された項目との一致率を枠組み毎にみると、「安楽の定義」62.5%、「安楽に先行するものー判断基準ー」100%、「安楽に先行するものー条件ー」64.7%、「安楽に先行するものーケア場面ー」33.3%、「安楽の帰結」50.0%であり、各枠組みの一致率は、33.3~100%と幅があった。

最も一致率が低かったのは、一致率33.3%の「安楽に先行するものーケア場面ー」であった。この枠組みでは、先行研究で「安楽に先行するものーケア場面ー」として抽出された項目で最多であったのは「苦痛」(42.1%: 8件) であったのに

対し、本研究で最多であったのは、「苦痛」(27.2%: 9件) と「動けない患者」(27.2%: 9件) の2つの項目であった。また、本研究では、「特定の状況」「褥瘡のある患者」「特定の状況にある患者」が新たな項目として抽出されており、先行研究と比較して、より多様なケア場面の「安楽」が語られているといえる。本研究の対象者は、経験年数が平均8.7年であるのに対し、先行研究の対象者は4.5年である。技能習得に関するドレファスモデルを看護への適応させたベナーが提唱した、看護師が実践の中で初心者からエキスパートにケアが熟達するという「Benner's Model」(Benner 1984) では、先行研究の対象者は、“似たような状況で2、3年働いたことのある看護師の典型である一人前レベル (Competent)” に、該当すると考えられる。このレベルの看護師は、“状況を全体像として捉えることに経験が不足している”といわれている。一方、本研究の対象者は、経験年数が平均8.7年であり、“中堅レベル (Proficient) :

類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師”に経験年数が該当する看護師が多い。この中堅レベル（Proficient）の看護師は、“状況の意味を知覚し、ある状況下で起こりうる典型的な事態への対応を習得している”といわれている。先行研究に比して本研究において、多様な場面の「安楽なケア」が語られていることの背景には、“状況の意味を知覚”することができる中堅レベル（Proficient）の看護師が多いことが、その影響として推察される。

また、一致率が最も高かった枠組みは、「安楽に先行するもの－判断基準－」であった。この枠組みでの一致率は100%であり、先行研究で抽出された項目のすべてが本研究でも抽出された。また、抽出された項目が最多であったのは、いずれも「苦痛様表情」（先行研究34.6%：27件、本研究31.8%：21件）であった。多数の看護師が、患者が「安楽」であるか否かを患者の表情において判断しており、常に看護師は患者の表情を観察しながら、安楽なケアを行っていることが確認された。だが、逆をいえば、苦痛様表情を呈さないほど意識状態が低下している重篤な患者においては、安楽なケアがおざなりになる可能性あると思われ、このような患者への安楽なケアの提供は、より意識的に行う必要性があろう。

「安楽の定義」で、先行研究と本研究における相違は、最多抽出件数の項目にある。先行研究で最多で抽出されたのは「快：気持ちいい、心地いい」（40.0%：14件）であるのに対し、本研究では「精神的身体的に苦痛のない」（40.8%：20件）であった。この「精神的身体的に苦痛のない」という安楽の定義は、文献（教科書と総説・論文）と看護実践場面の2側面から、看護における「安楽」の定義を明らかにした研究（佐居2004a）において、文献と実践場面に共通してみられていた定義であり、また、対象とした教科書の定義のすべてに含まれていた。一方、「快：気持ちいい、

心地いい」という定義は、文献における定義では見られず、看護実践場面でのみ特異的に得られた定義であった。すべての教科書に記述されている「精神的身体的に苦痛のない」という定義が最多に抽出された本研究の対象者は、大部分（90.3%）が専門学校卒であり、先行研究の対象者は、半数以上（62.1%）が大学卒であった。卒業後に看護の実践者であることを求められる専門学校における教育を終了した本研究の対象者31名中20名（64.5%）は、安楽の定義を、教科書に記述されている「精神的身体的に苦痛のない」と語っており、教科書を基盤とした確固たる教育の一端が垣間見える。片や、対象者の大部分が大学卒である先行研究では、「精神的身体的に苦痛のない」という定義が11名（37.9%）にみられるが、それ以上に、教科書に記述のない「快：気持ちいい、心地いい」という定義を14名（48.2%）が語っていた。大学教育においては、既存の文献にとらわれない自由な発想が育まれやすいのだろうか。

また、「安楽に先行するもの－条件－」では、先行研究においても本研究においても、最多で検出されているのは、「看護師の能力」（先行研究20.7%：18件、本研究16.9%：12件）であり、患者が安楽になるためには、「看護師の能力」が必要条件であると多くの看護師が語っている。このことから、看護師は、自らの能力が患者の安楽な状態に多大な影響を与えるという認識を持っていると推察され、このような認識をもつ看護師は自らの研鑽を怠らないと思われる。患者の安楽なケア提供のために、日々努力する看護師の実態がうかがわれる。

## 2. 看護実践における患者の「安楽」の構造

本研究では、看護実践における「安楽」モデルの普遍化を目指し、先行研究で得られた関連図・構造図の検証を行った。その結果、関連図・構造図とも、修正が必要であることが確認された。ま

た、先行研究は、カテゴリー項目ごとの抽出件数に着目しておらず、項目内容の頻出度を分析対象はしていない。そのため、本研究においては、看護実践における「安楽」の構造をより明確にし、看護師が患者への「安楽」なケア実践を促進するための要素を明らかにするため、先行研究と本研究の結果を合わせて分析し、カテゴリー項目ごとの抽出件数の頻出度に着目して、新たなモデルの作成を行った。作成にあたっては、上述した安楽に「先行するもの」の安楽の「条件」内容を統合させ、さらに、その内容をカテゴリー化し、「看護師」「患者」「家族」「環境」に分類した（Table 7）。「薬」項目は、どこにも分類されなかったため、今回の内容には含まなかった。その結果、「看護師」に関連した内容が約半数（48.5%）を占め、ついで、「患者」関連が28.3%と約3割、「環境」に関する内容が約2割であった。このことから、患者の安楽には看護師自身の有りようが大きく影響していると、臨床現場の看護師が考えていることがわかる。また、患者の安楽には、患者自身のことや、患者の環境に特に目を向ける必要があることが示されているともいえるのではないだろうか。

安楽の「条件」を、その頻出度の高い順に患者の安楽なケアに大きく影響する要素とし、関連図も踏まえて、看護実践における患者の安楽の構造モデルとして示した（Fig 2）。患者の安楽の定義については、先行研究と本研究において、一致した項目のみを使用し、新たに「精神的身体的に苦痛がなく、楽で快適に日常生活を過ごせる状態」と簡潔に定義した。

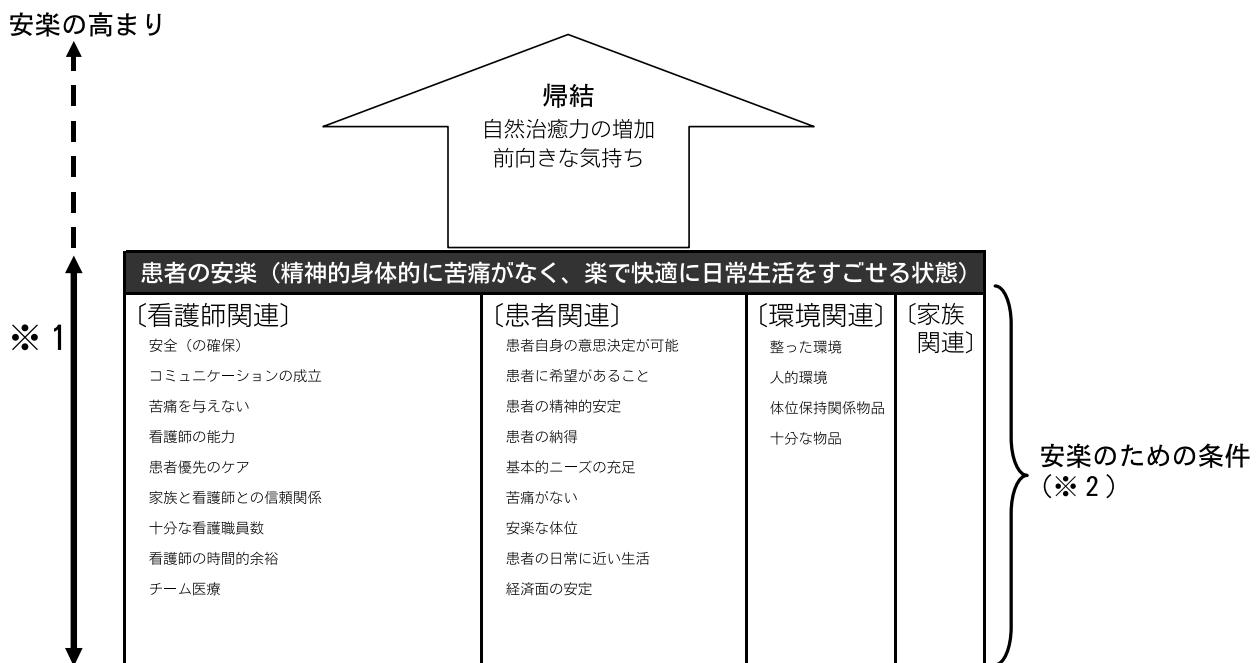
このモデルにおいては、安楽に「先行するもの：条件」は、すなわち、患者の安楽のために必要な要素であり、それらによって患者の安楽な状態（定義）は上下し、安楽な状態が高くなるほど、安楽の帰結である「自然治癒力の高まり」「前向きな力」が湧き上がることを示している。また、

Table 7 看護における「安楽」の条件

分類	項目	件数	合計件数(%)
看護師	安全（の確保）	2	65 (48.5%)
	コミュニケーションの成立	4	
	苦痛を与えない	4	
	看護師の能力	30	
	患者優先のケア	3	
	家族と看護師との信頼関係	4	
	十分な看護職員数	14	
	看護師の時間的余裕	2	
	チーム医療	2	
患者	患者自身の意思決定が可能	3	38 (28.3%)
	患者に希望があること	4	
	基本的ニーズの充足	3	
	苦痛がない	5	
	症状の緩和	5	
	患者の日常に近い生活	3	
	患者の納得	2	
	経済面の安定	2	
	患者の精神的安定	5	
	安楽な体位	6	
環境	十分な物品	6	25 (18.6%)
	整った環境	10	
	人的環境（大部屋での良好な人間関係）	4	
	体位保持関係物品	5	
家族	家族の受容	1	6 (4.4%)
	家族のサポート	5	
合計		134	

安楽のために必要な条件部分は、その頻出度と安楽を支えている面積を比例させて図としており、安楽を支えている面積が広いほど、患者の安楽への影響度が高いことを示している。

このモデルは、患者に安楽なケアを看護師が提供するためモデルとしてより具体的であり、看護師が患者に「安楽」なケア実践促進のための基礎モデルになり得ると考えられる。また、日本における「安楽」理論の構築の可能性を示唆するものだともいえよう。



※ 1 : 条件によって、患者の安楽が移動。条件が満たされ、増えると、安楽さが上昇する。

※ 2 : 条件が患者の安楽を支えている面積が、影響度の大きさを示す

Fig 2 看護実践における「安楽」の構造モデル

## V. 結論

看護師 29 名の語りの分析結果によって先行研究において作成された看護実践場面における「安楽」モデルの検証を行った。その結果、モデル修正の必要性が確認され、先行研究と本研究の分析結果をもとに、新たなモデルの作成を行った。新たなモデルは、患者が安楽な状態を呈するための条件がより詳細に示され、看護実践において看護師が患者に実践している安楽なケアの様相がより具体的に明らかになった。

## 謝 辞

本研究にご協力くださった看護師の皆様に心より御礼申し上げます。また、小澤道子教授・菱沼典子教授には、そのご指導に深く感謝いたします。

本研究は、平成 15~17 年度文部科学省研究補助金（若手 B）「看護師が実践する安楽の構造化

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

## [引用文献]

- ベナー, P. 2005 ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ 井部俊子監訳、医学書院 (Benner, P 1984 From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley Publishing Company), 11-32
- Kolcaba, K. 2006a effects of hand massage on comfort of nursing home residents, geriatric nursing 27(2), 85
- Kolcaba, K. 2003 Comfort theory and practice.New York:Springer
- Kolcaba, K. 2006b effects of hand massage on comfort of nursing home residents, geriatric nursing 27(2), 85-91
- Kolcaba, K. 2004 Dowd T; Steiner R; Mitzel :Efficacy of

hand massage for enhancing the comfort of hospice patients.; A Journal of Hospice & Palliative Nursing, Apr-Jun; 6 (2): 91-102

ナイチンゲール, F. 1995 看護覚え書き.小林章夫・竹内喜訳 うぶすな書院、207 (Nightingale F.1860 Notes on Nursing-What it is, what it is not- new edition, revised and enlarged Bookseller to the Queen)

日本看護科学学会看護学第4期学術用語検討委員会  
1995 看護学術用語 NURSING TERMINOLOGY.  
日本看護科学学会, 3

Rodgers B.L. 2000 Concept Development in Nursing Chapter6 Concept Analysis : An Evolutionary View, 77-102

佐居由美2004a 看護における「安楽」の定義を特性、ヒューマン・ケア研究, 1-12

佐居由美2004b 看護実践における「安楽」という用語の意味するもの、聖路加看護大学紀要, 30, 1-9

佐藤紀子1994 患者への苦痛の看護 安楽：comfortについて、看護技術、44 (15)、205