

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 9 月 30 日現在

機関番号：23302

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25463424

研究課題名(和文)急性大動脈解離患者のキュアとケアの融合を基盤とする看護実践の構造

研究課題名(英文)Structure of Nursing Practice for Acute Aortic Dissection Patients Undergoing Complete Bed Rest and Antihypertensive therapy

研究代表者

村井 嘉子(Murai, Yoshiko)

石川県立看護大学・看護学部・教授

研究者番号：90300376

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、安静療法(降圧と臥床安静)を行う急性大動脈解離(StanfordB型)患者の看護実践の構造を明らかにした。研究方法は、質的帰納的研究方法(Grounded Theory Approach)である。25サブカテゴリー、7カテゴリー及びコアカテゴリーを抽出した。看護実践は、急性動脈解離の急変のハイリスクに供えながら、患者の日常性を再構築することであった。CureとCareが融合した看護実践の一部を解明した。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to clarify the structure of nursing practice for Acute Aortic Dissection patients undergoing complete bed rest and antihypertensive therapy in the Intensive Care Unit. The data were collected performing semi-structured interviews with 10 nurses who have 5 years or more clinical experiences and provide a nursing care to Acute Aortic Dissection patients undergoing complete bed rest and antihypertensive therapy. The collected data were analyzed in terms of following Grounded Theory Approach. Nurses had avoided a crisis of unstable patients' lives and played a role in respect of Cure while preparing for the unexpected condition. Nurses had resolved various problems that arouse in the process of Cure by Nursing Care and reconstructed daily lives of patients. These nursing practices are Nursing Care which are based on the fusion of Cure and Care.

研究分野：クリティカルケア看護

キーワード：クリティカルケア看護 急性大動脈解離患者 安静降圧療法 キュアとケア 質的研究 看護実践の構造

1. 研究開始当初の背景

高齢化を背景とする動脈硬化性疾患の増加に伴い、急性大動脈解離 (Acute Aortic Dissection 以下、AAD)、大動脈瘤の罹患は増加傾向にある¹⁾。AADは上行大動脈に解離が存在する場合をStanford A型、存在しない場合をStanford B型と分類されている²⁾。偽腔の早期血栓閉鎖が認められるStanford A型及び、合併症がないStanford B型は、日本循環器学会他の合同研究班が作成した「大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン (2011年改訂版)」³⁾ (以下、ガイドライン) に従い、鎮痛・鎮静剤と降圧薬の持続投与による嚴重な降圧と、床上安静よって偽腔の血栓化を図る内科的治療 (以下、安静降圧療法) が選択される。

安静降圧療法は、外科的侵襲が無いことから理想的な治療法に映る。一方で患者は、嚴重な活動制限を強いられることで過度のストレス下に晒される。さらに平均発症年齢は65歳前後であり、大部分の患者は高齢者である。また、患者にとって大動脈は存在感を伴わない身体部位であり⁴⁾、鎮痛処置による自覚症状の消失や病識を持つことが困難となり、今後の見通しや予後に関する理解ができなくなる。加えて無気肺や胸水貯留による低酸素血症などが要因となり、せん妄の出現頻度が高まる⁵⁾。これらの状況は回復への実感や現状の受け入れが困難となり療養生活が不確かな状況にあると言える。このことは安静降圧療法の継続に影響を及ぼすことが明らかになっている⁶⁾。

集中治療室看護師 (以下、看護師) は、AADの進展予防と早期血栓化を目指す治療を滞りなく継続させる一方で、その療養過程における看護援助を実践していると考えられる。先行研究では、安静降圧療法を受けた患者の体験から看護支援方法の検討⁶⁾を行っているが、具体的な看護援助の内容は明らかとなっていない。

2. 研究の目的

本研究の目的は、集中治療室における安静降圧療法を受けるAAD患者に対する看護実践の構造を明らかにすることである。

本研究の意義は、床上安静を強いられる患者の看護実践への応用と発展、看護師への看護実践教育に示唆を与えることである。

用語の定義

安静降圧療法：集中治療室に入室し、鎮痛・鎮静剤と降圧薬の投与により収縮期血圧を100~120mmHg、心拍数を60回/分未満にコントロールし、安静を保つことで解離の進展予防と偽腔の早期血栓化を行う治療法³⁾とする。

3. 研究の方法

1) 研究デザイン

本研究は質的帰納的デザインであり、

Grounded Theory Approach⁷⁾⁸⁾ (以下、GTA) を参考に分析を行った。

2) 研究協力者

A 大学病院集中治療室 (以下、データ収集施設) に入室した安静降圧療法を受けるAAD患者 (以下、患者) へ看護ケアを提供する看護師 (以下、研究協力者) を対象とした。研究協力者は、集中治療室において安静降圧療法を受ける患者の看護経験があり、中堅看護師でリーダー的役割を担うことのできる看護師経験5年目以上の者とした。ただし、集中治療室における看護師経験1年未満の者は除外した。また本研究において患者は、研究関与者として位置付けた。

3) データ収集期間

2013年7月25日~2015年3月31日

4) データ収集施設

北陸地方における大学病院で心臓血管外科及び循環器内科を有しており、県内外の関連施設よりAAD患者が搬送され、ほぼ全症例が集中治療室へ入室する。安静降圧療法は、ガイドラインに準拠した内容で施行されているが、詳細な鎮静処置の内容やCT撮像時期、入室期間は主治医によって決定されている。

5) データ収集方法

(1) 参加観察法

参加観察は、患者の集中治療室入室から4~5日目に実施した。参加観察は研究協力者の行動及び患者と研究協力者の関わりの場面、患者から研究協力者への訴えがあった場面、それに対する研究協力者から患者への働きかけの場面などに立会い観察した。参加観察は1つの場面ごとに5分から15分程度に区切って行い、内容はフィールドノートに記録した。参加観察の場において研究者は、研究協力者及び患者にその目的は知られており、視界に入らない場所から「観察者としての参加者」の立場⁹⁾¹⁰⁾で実施した。但し参加観察中に患者に急変が生じた場合は、その場の医師及び看護師と協力し速やかに緊急対処を行うことを事前に申し合わせた。

尚、患者の呼吸・循環が著しく不安定かつ、重度の意識障害及び認知障害を呈する場合、入院時に精神疾患や認知症による内服加療中の場合の参加観察は行わなかった。また本研究は、研究協力者と患者の間に交わされる会話や実際行われた看護援助などをありのままに捉え、安静降圧療法の看護実践を明らかにすることを目的としている。そのため、気管挿管を行い人工呼吸器管理下である場合に限り参加観察は行わなかった。

(2) 半構造化面接

参加観察データを記述化した後、半構造化面接を行った。記述化した参加観察データを基に患者と研究協力者のやりとりを通して、「この患者の全体的な状況をどのように捉えたか」「患者のどのような点に着目して看護援助を行ったか」「関わりの中における患者の反応 (言葉や表情、しぐさ) をどのよう

に考え捉えているのか」、また「研究協力者が行ったケアに対する患者の反応を見て、研究協力者はどのように感じ次の行動に活かしたのか」など、質問項目を予め設定し、研究協力者に自由に語ってもらい、適宜質問を加える形式で行った。面接は、プライバシーの保てる個室で行い内容の記録には IC レコーダーの使用、またはメモを取る許可を得た。

(3) 診療録の閲覧

患者の属性や診断名、既往歴、治療内容、治療経過、バイタルサイン、家族成員などの情報を診療録や看護記録から得た。

6) データ分析方法

本研究は、患者と看護師の間の会話、実際行われた看護ケア等の行動をありのままに捉え、長期間にわたる安静降圧療法を受ける患者を支援する看護実践の構造を明らかにすることを目的としており、Corbin & Strauss が提唱する(GTA7)8)を参考に質的帰納的に分析を行った。参加観察及び半構造化面接後、データを出来るだけ速やかに逐語録とした。その内容を精読し、「看護師が実際に行った行為」と「その行為の背景にある特徴的思考」に関連した部分に着目し文章又は段落ごとに切片化し、プロパティ(特性)とディメンション(次元)を導き出し、基礎レベルの概念(サブカテゴリー)を生成した。さらに、そのサブカテゴリーから上位概念であるカテゴリーを作り命名した。データ収集及び分析における全過程において継続比較分析を行った。研究者は、理論的サンプリングに基づき様々な臨床経験者、また面接の継続からそれまでの看護実践以外について語れると推測される研究協力者をリクルートし、理論的飽和を目指しデータ収集を続けた。導き出されたカテゴリーの関係性を検討し、全てのカテゴリーと関係付けられるコアカテゴリーを決定しストーリーラインを作成した。

研究者は、分析の信頼性と妥当性を確保するためにデータ収集前には参加観察と半構造化面接のトレーニングを行った。

7) 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属する大学の倫理審査委員会及びデータ収集施設の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

研究協力者には、文書及び口頭にて研究趣旨、自由意思での参加の決定、個人情報保護について説明し、同意の得られた者から同意の署名を得た。

研究関与者である患者に対する参加観察は、身体的及び心理的負担を考慮し、入院後48時間以降(超急性期を脱する時期)に以下の手順にて同意を得た。1)患者に対して研究趣旨、参加観察及び診療録の閲覧についての説明を文書用いて読み聞かせを行った。

2)患者の代諾者(家族)に対して患者と同様の内容を、文書及び口頭にて説明を行い同意の署名を得た。3)代諾者より同意を得た後、患者が自署できる状態になり次第、再度

説明を実施し自署にて同意の署名を得た。また研究協力者及び患者の両者に対し、研究協力承諾後の研究への中止・拒否が可能であり、その場合も不利益は一切ないことを合わせて説明した。

4. 研究成果

1) 研究対象概要

(1) 研究協力者概要

研究協力者は男性1名、女性9名の計10名であった。平均集中治療室看護師経験年数は3年9カ月、平均看護師経験年数は9年9カ月であった。看護基礎教育課程の背景は大学教育7名、専門学校3名であった。

(2) 研究関与者(患者)概要

患者は男性5名、女性2名の計7名であった。年齢は51~78歳、全員がStanford B型のAADであった。

2) 半構造化面接概要

研究協力者1名に1~2回実施、1回あたりの面接時間は40~45分であった。記述化したデータはおよそ99,000文字であった。

3) 安静降圧療法を受ける急性大動脈解離患者に対する看護実践の実態

参加観察及び半構造化面接より得られたデータを分析した結果、安静降圧療法を受けるAAD患者に対する看護実践として25のサブカテゴリー、7つのカテゴリー、及びコアカテゴリーが生成された。コアカテゴリーは『』、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>で示した。また、カテゴリーを理解し裏付けとなる生データの一部をゴシック体にて記述した。なお、研究協力者が言葉を省略したことにより、意味が通じ難くなる箇所については研究者が()にて言葉を補った。データ収集において、継続比較分析及び理論的サンプリングを行い、概ね理論的飽和に達した。

【悪化を未然に回避する】

看護師は、看護援助全般において血圧に影響を及ぼすと考える身体的・心理的負担要因を予めできる限り排除し、<血圧への影響を最小限にする>工夫と細心の注意を払った。また、患者が訴える症状と生体監視モニターが示す<血圧と脈拍、モニター値から目を離さない>よう注意を払い急変の可能性を常に考え神経を研ぎ澄ませ、患者を注意深く観察した。患者の行動を全て制限するのではなく、患者の<行動から危険性を予測する>ことでもある。

(床上での排便時)患者がリラックスできるように部屋の扉は、ある程度閉めますが、全て閉めないで生体監視モニターが見えるようにします。排便という循環が変わりやすい状態で完全に(扉を)閉め、モニターが見えなくなることは危険です(協力者G)

【痛みとその変化の原因を鑑別する】

看護師は、患者の訴える痛みの程度やその部位について<症状の原因を探る>や、<症状の時間的变化を判断する>ためにバイタルサイ

ンの変動の推移、患者の表情や体勢などといった<複数の所見を関連づける>ことで、早急の対応が必要なのか、あるいは経過観察を継続すべき事柄であるかを判断することである。また看護師は、痛みを訴える患者に<手を当てて確認する>ことで、曖昧な痛みの場所を特定し、その緊急性を複数の所見と関連付けて的確な鑑別を行った。

患者は持病として腰痛があったかどうか、加えて入院してからの血圧の推移、下肢の血流や腸蠕動音の有無、どの様な時に痛みがあるのか、その痛みは持続する痛みなのか等を確認し、解離の病態の進行なのか、安静による痛みなのかを確認して、アプローチする方法を決めます。(協力者G)

この看護実践によって、患者は自身が自覚する苦痛や症状について看護師から説明を聞く事で状況理解を深め、状況に対して納得する言葉を発し安心して療養生活を継続することができた。

【症状の緩和と改善を図る】

看護師は、患者の療養過程によって起こる姿勢(体位)や体勢の変化による酸素化の不良を改善させるため<排痰を促す>援助に加え、同時に安楽な姿勢を保つために<意向を確認しながら体位を整える>援助を試行錯誤しながら実施した。また看護師は、患者が訴える腰痛が安静臥床による同一体位がもたらす筋緊張や血流の不良が原因であると判断した場合、<筋緊張を緩和するためにマッサージする>ことで少しでも安楽な状態で安静降圧療法を継続できるよう援助を行った。

腰の痛みの原因が、安静臥床だと思ったときはマッサージをします。痛みが無いということはストレスが少ないということ、厳しい制限の中でも耐えられると思います。(協力者E)

この看護実践によって、腰の痛みで顔をゆがめ「身の置き所が無い」と言っていた患者は、看護師から腰部のマッサージを受けたことで穏やかな表情となり、腰痛が改善したことを看護師に伝えた。

束縛された単調な状況に変化を与える】

看護師は、患者が厳格な活動制限を受け、常時医療者の監視下にある特別な環境や単調な時間の流れと空間に身を置くことで、患者の生活リズムが昼夜逆転となりやすいことを認識し、<日中は眠らせない>ようにした。一方で前日の睡眠時間等を勘案し、休息をとった方が良いと判断した場合には午睡を許容し、<時間を区切って入眠を促した>。さらに患者に何らかの心地よい刺激や変化を与え、日常生活にメリハリを加える工夫により<気分転換を図る>配慮を行った。また患者にとって情緒的、精神的な拠り所となり、外界(社会)との架け橋となる<家族との時間を確保する>よう援助を行った。また、看護師は、患者が点滴のルートに関心を示し固執している場合<注意を他に向ける>ため、患者に話題の転換を促した。

面会時間を極端に制限しないようにします。家族が(面会時間より)長い間面会していても、(患者)本人が落ち着くのであれば少し長く面会していてもいいと思います。家族や会社の心配事を解消してくれる人の役割は大きい気がします。(協力者H)

この看護援助によって、仕事の事について心配な事があり落ち着かない様子があった患者は、家族と共に面会の時間を過ごすことで仕事や心配事についての話ができて、安堵の表情を見せ辻褄の合わない言動は見られなくなった。

【自由に語る(話す)ことを保障する】

看護師は、療養生活において患者が自由に「語る」ことを助け促し、<好きなだけ話をさせる>ことに加え、<聞き役に徹する>ことで患者のストレスの捌け口となり、時には患者の<希望や期待を引き出す>ために真摯に耳を傾けた。また、患者との会話から患者の認知レベルや病状の変化を判断することに役立てた。看護師は、患者に好きなだけ話をさせ、聞き役に徹する一方で、辻褄の合わない会話は<話を聞くことをやめる>という様に、患者の軽微な精神症状の変化に対し敏感に反応し、時には話を中断することで精神症状のさらなる悪化を防いだ。

(参加観察より)患者は、「東京オリンピックに行けるか?」と尋ねた。看護師は「しっかり治療すれば大丈夫だと思いますよ」と答えた。その後患者は、食事が口に合わないことや今食べたい物があることなど、堰を切った様に話し始めた。看護師は患者のベッドサイドにある椅子に腰掛け、視線を落とし少し前かがみになり、身体を患者の方に向け耳を傾けた。(協力者H)

この看護援助によって、患者は治療に対する不満やストレスを看護師に話した後、これからの人生における夢や希望について具体的に話し始め、治療の継続について前向きな発言へと変化した。

【潜在する精神症状の変化を探る】

看護師は、患者の様々な状況におけるありのままの反応や行動を<気付かれないように様子を探る>ことで捉えようとした。また看護師は、周囲環境の物音や看護師の行う仕草に対する患者の様子を、<周囲からの反応をキャッチする>ことで見極め、その場の<状況にそぐわない動きに着目し(する)>精神症状の有無を判断するために役立てた。

(参加観察データより)看護師は降圧薬のシリンジの更新のためにシリンジの交換を行った。その時に「きゅきゅ」と音が出た。看護師は音が出た時に患者の方を向き表情を伺った。(協力者B)

患者が色々な物音を気にするのか、気に留めないのか、それとも興味を持ってじっと見つめているのかを見ることで、患者の理解度や認知度が分かると思います。...(中略)...何か音が出た時や、自分が患者の横で何かを行った時には、それに対する患者の反応を無意

識のうちに見ているのかもしれませんが。(協力者 B)この看護援助によって、患者が夜間にかけてそわそわと落ち着かず安静を守れない場合は、血圧の変動による病態の悪化を未然に防ぐため鎮静薬が投与され入眠し大きな血圧の変動なく経過した。

【今ある意味を説明する】

看護師は、生命の危機を感じさせる痛みから解放され無症候となり、聞きなれない疾患のイメージを持ち難く、安静の保持が困難となる患者に対し「安静の意味について説明する」ことに加え、患者が過酷な活動制限の下、特殊な療養環境で療養する現状を肯定的に捉え、制限された生活を送る意味とその治療が順調に行われていることを理解できるよう「治療とその効果について伝える」援助を行った。また、看護師は患者が病気を抱えながらもこれからの人生に対して希望を決して失うことなく前向きに捉えられるよう支援し、これからの療養生活の流れや無事に急性期を終えた後の生活を具体的に思い描き、患者自らが「行動化できるよう具体的に解説する」ことである。

患者が(急性期以降の)生活を具体的にイメージした方が、安静度を守りながら離床をしようとする意欲や、安静の重要性を理解できると思い、必要性があれば ICU を出た後の事を思い描けるよう患者と話をします。(協力者 H)

この看護援助によって、床上排泄を余儀なくされていることを受け入れ、段階的に活動制限が緩和され、快方に向かっている事実を理解するに至った。

これら7つの看護援助の有機的な繋がりの中で、『急性大動脈解離患者の急変のハイリスクに備えながら、患者の日常性を再構築する』コアカテゴリーが導き出された。

カテゴリー間の関連性とストーリーラインは以下のように示される。看護師は、患者の血圧の変動を最小限にし【悪化を未然に回避する】援助を最優先に行い、患者が訴える【痛みとその変化の原因を鑑別する】ことで病態の緊急性を鑑別した。緊急性が否定されれば長期臥床を行う過程で生じる【症状の緩和と改善を図る】援助を行った。また看護師が患者の【症状の緩和と改善を図る】ことは、単なる苦痛緩和に留まらず社会から途絶され【束縛された単調な状況に変化を与える】援助にも繋がっていた。看護師はこのような援助を通して患者の【潜在する精神症状の変化を探る】ことで、精神症状の出現によって生じる血圧の変動を予防し、【悪化を未然に回避する】援助に役立てていた。また看護師は、患者が過酷な治療を継続することに理解を示し【自由に語る(話す)ことを保障する】【今ある意味を説明する】ことで、患者のストレスを軽減させるだけでなく、患者の夢や希望を引き出していた。この援助は、患者自身が今後の人生や生活を見据えた上で主体的に治療・療養生活を送っていきけるよう、特

殊な集中治療室の環境において看護師が患者の日常性を新たに築くことである。この看護実践の構造は、患者の解離の悪化のリスクを孕みながらも、厳格な活動制限と過酷な療養生活によって脅かされた人間性の復権を目指し、集中治療室における日常性を再構築していくプロセスである。

看護師は、以上7つの看護援助の有機的な繋がりの中で『急性大動脈解離患者の急変のハイリスクに備えながら、患者の日常性を再構築する』ことに努めていた。

Cure と Care の融合を基盤とした看護援助クリティカルケア領域における看護実践は、患者の救命のため医師の「診療の補助」である Cure の側面を担い、それと同時に治療方針の確認とその場に応じた看護援助をフィジカルアセスメントに基づき、自らの判断で選択し日常生活行動援助などの「療養上の世話」である Care を実施することが求められているが、Cure と Care の境界は不明瞭であり¹¹⁾¹²⁾¹³⁾、Cure と Care が融合した看護実践が行われていると考えられる。しかし、保健師助産師看護師法において看護師独自の機能として「診療の補助」と「療養上の世話」が規定されており、Cure と Care はそれぞれを分けて考えられることはあるが、Cure と Care の融合を学問的に検討した先行研究は数少なく、その概念的定義もされていない¹⁴⁾。7~9%の高い急性期死亡率を有する AAD 患者¹⁵⁾の看護実践は、医師の指示に従い安静と降圧を担い患者の生命を守る Cure と、Cure によって生じる腰痛や酸素化の悪化、精神状態の揺らぎなどの二次的障害を改善させ、患者の日常性を再構築する Care が行われていた。本研究結果では、看護師は患者の血圧の変動を最小限にし【悪化を未然に回避する】ことを最重要な看護援助としながら、患者が訴える【痛みとその変化の原因を鑑別する】ことで病態の緊急性を鑑別し、それが否定されれば長期臥床によって生じる【症状の緩和と改善を図る】援助を行う対応を行った。これは、Cure を基本とした Care であると言える。さらに、看護師は【症状の改善を図る】【束縛された単調な状況に変化を与える】ことを通して、患者の【潜在する精神症状の変化を探る】援助に役立てた。このことは、精神症状によって生じる血圧の変動を予防し、【悪化を未然に回避する】援助に繋がると言える。これらの看護援助の繋がりは、Care によって患者の苦痛緩和を行うだけでなく Care を行うことを通して Cure へ発展させていたと言える。また、過酷な安静降圧療法と、【自由に語る(話す)ことを保障する】【今ある意味を説明する】といった援助を通し Cure と患者に深い理解を示すことで、特殊環境で厳重な活動制限を強いられながらも、今後の患者の人生や生活を見据えた日常性を集中治療室で新たに再構築する援助に繋がっていたと考える。以上よりこれら一連の看護援助の様相は、Cure と Care の融合が基盤となっ

た看護援助であると言える。

結論

安静降圧療法を受ける急性大動脈解離患者に対する看護実践の構造として、【悪化を未然に回避する】【痛みとその変化の原因を鑑別する】【症状の緩和と改善を図る】【束縛された単調な状況に変化を与える】【自由に語る（話す）ことを保障する】【潜在する精神症状の変化を探る】【今ある意味を説明する】の7つの看護援助が明らかとなり、『急性大動脈解離患者の急変のハイリスクに備えながら患者の日常性を再構築する』コアカテゴリーが導き出された。

以上を踏まえ Cure と Care の融合を目指した看護実践を更に掘り下げ検討することを目指して、北陸重症患者看護専門看護師の会（北陸 CCNS の会）を立ち上げ、定期的な事例検討会（1回/3~4ヶ月）を開催している。複雑な事例、倫理的課題のある事例等について意見交換し、看護実践の質的改善についてディスカッションし、Cure と Care を融合した教育プログラム開発の準備を行っている。

<引用文献>

- 1) 西野共達, 加地修一郎. 大動脈疾患の緊急対応 急性大動脈解離 3. 内科的治療と限界. ICU と CCU. 2011; 35 (3): 201-207.
- 2) 川内基裕. 大動脈解離・大動脈瘤の手術. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION. 2011; 20 (8): 718-723.
- 3) 日本循環器学会, 日本医学放射線学会, 日本胸部外科学会, 他. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン(2011年改訂版) 2012.04.25.
http://www.jcirc.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_takamoto_h.pdf
- 4) 三浦英恵. 生命危機回避のための外科的治療がもたらす術後生活の実態 胸部大動脈瘤手術患者の知られざる術後6ヶ月の回復過程. 看護科学の实践. 2011; 36 (3): 50-55.
- 5) So T, Tanaka H, Tsuchiya K, et al. Influence of cardiovascular factors on the development of delirium after acute aortic dissection. Int Med J. 1999; 6 (2): 113-117.
- 6) 山口庸子, 井上智子. 降圧安静療法を受けた急性大動脈解離患者の体験と看護支援の検討. クリティカルケア看護学会誌. 2013; 9 (1): 19-28.
- 7) Corbin, J., Strauss, A. Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for Developing Grounded Theory Third edition. Sage Publication. 2008.
- 8) Corbin, J., Strauss, A. 操華子, 森岡崇 (訳). 質的研究の基礎 グラウンデッ

ド・セオリー開発の技法と手順(第3版). 東京. 医学書院. 2012.

- 9) Gold, R.L., "Roles in Sociological Field Observation". Social Forces, 1958; 36: 217-223
- 10) Junker, B., Field Work Chicago. University of Chicago Press. 1960.
- 11) 西田和美. 循環器看護の醍醐味を語る「心臓血管系疾患術後 ICU での看護」. 日本循環器看護学会誌. 2006; 2 (1): 13-14.
- 12) 栗田園美. 専門性の高いクリティカルケア看護の实践. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2006; 2 (2): 30-31.
- 13) 井上智子. 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. 2006; 2 (2): 27-29.
- 14) 荒川祐貴, 井上智子. 看護ケア発展に向けたキュアとケアを融合した看護実践の内的構造の分析. 日本看護科学学会誌. 2015; 35: 72-81.
- 15) 高山守正, 小山信彌. 3. 急性大動脈スーパーネットワーク. ICU と CCU. 2011; 35 (10): 830-836.

5. 主な発表論文等

[学会発表](計1件)

南堀直之, 村井嘉子, 安静降圧療法を受ける急性大動脈解離患者に対する看護実践の構造, 第11回日本クリティカルケア看護学会学術集会 2015.6. 福岡国際会議場

6. 研究組織

(1) 研究代表者

村井 嘉子 (MURAI Yoshiko)
石川県立看護大学・看護学部・教授
研究者番号: 90300376

(2) 研究分担者

北山幸枝 (KITAYAMA Yukie)
石川県立看護大学・看護学部・准教授
研究者番号: 20419740

(3) 研究協力者

南堀 直之 (MINAMIBORI Naoyuki)
中野 泰規 (NAKANO Yasuki)
栗原 早苗 (KURIHARA Sanae)