

救急初療看護における患者－看護師関係の
対話的行為と合意形成の構造研究

2009

兵庫教育大学大学院
連合学校教育学研究科

学校教育実践学専攻
(上越教育大学)

村 井 嘉 子

救急初療看護における患者－看護師関係の対話的行為と合意形成の構造研究

Structure research on communicative action understanding of
patient-nurse relationship in emergency nursing

2009

兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科
学校教育実践学専攻
学校教育方法連合講座
(上越教育大学)

村 井 嘉 子

目 次

序章 本研究の背景	1
第1節 救急看護の特徴と課題	1
1 看護基礎教育における看護の捉え方	1
2 救急医療における救急看護の特徴	2
3 救急看護の専門性・独自性の追求のはじまり	4
4 初療看護の課題	5
5 初療看護における患者－看護師の相互行為の課題	6
第2節 本研究の意義－学校教育実践研究との関連性において	7
1 救急看護の臨床研究と教育臨床研究との共通課題	8
2 急性期看護における危機的状況にある患者－看護師の相互行為	9
3 教育の臨床研究との協同討議の可能性	15
引用文献・注	18
第I章 本研究の枠組み	22
第1節 研究目的	22
第2節 用語の定義	22
第3節 文献検討	24
1 看護学研究における質的研究の実際	24
2 救急看護・救急初療看護の概要	25
3 看護基礎教育における救急看護教育の概要	28
第4節 研究方法	28
1 研究の枠組み	28
2 Grounded Theory Approach－本研究において採用する理由	29
3 分析方法	31
4 信頼性と妥当性の確保	32
5 倫理的配慮	32
引用文献・注	34
第II章 救急初療下における心臓・血管系に障害をもつ患者の体験の構造	39
第1節 本章の目的	39
第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所	39
第3節 結果	40
第4節 考察	48
1 患者の体験構造に対する救急担当看護師の関わり	48
2 看護教育への示唆	50
第5節 本研究の限界	51
第6節 まとめ	51
引用文献	52

第Ⅲ章 救急担当看護師の看護介入の特質	53
第1節 本章の目的	53
第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所	53
第3節 結果	54
第4節 考察	64
1 患者の体験の構造に対する救急担当看護師の関わり	64
2 救急担当看護師の関わりの特徴	66
3 初療を受ける患者に対する関わりと慢性的な健康問題をもつ患者に対する関わりの違い	67
第5節 本研究の課題	68
引用文献・注	69
第Ⅳ章 救急看護認定看護師の看護介入の特質	70
第1節 本章の目的	70
第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所	70
第3節 結果	71
第4節 考察	79
1 患者の体験の構造に対する救急看護認定看護師の関わり	79
2 救急看護認定看護師の関わりの特徴	81
3 救急担当看護師と救急看護認定看護師の関わりの検討	83
第5節 本研究の限界	84
引用文献	85
第Ⅴ章 看護学教育への提言	86
第1節 看護基礎教育における救急看護の教授実態	86
1 教育課程における救急看護の位置づけ	86
2 標準テキストの記述内容	87
3 シラバス上の具体的な展開	88
第2節 社会の変化における救急看護への新たな期待	91
1 専門看護制度誕生の背景	91
2 チーム医療における専門性の役割分担への期待	92
3 高度専門職業人としての看護職育成の促進と裁量権を含む役割拡大の提言	93
第3節 救急看護の継続教育の実態と研究の動向	93
1 救急看護に関する継続教育の実態	94
2 救急看護認定看護師の教育実態	94
3 救急看護の継続教育に関する研究の動向	96
第4節 救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案	97
1 救急看護を担う看護師が備えておくべきコミュニケーションスキル	97
2 現行カリキュラムにおいて科目として救急看護を配置することが可能か	99
3 救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案	100

4	これからの救急看護教育がめざすもの	100
	引用文献	103
資料1	標準テキストの目次	105
資料2	A大学における成人看護方法論Ⅱシラバス	106
資料3	B大学における救急看護学シラバス	107
資料4	看護継続教育機関一覧	108
資料5	救急看護認定教育課程	108
資料6	救急看護認定看護師教育標準カリキュラム	109

終章	研究の総括	111
----	-------	-----

謝辞

引用・参考文献一覧

調査資料1	研究協力説明文書（患者用）
調査資料2	研究協力説明文書（看護師用）
調査資料3	研究協力同意書（患者用）
調査資料4	研究同意書（看護師用）
調査資料5	インタビューガイド（患者用）
調査資料6	インタビューガイド（看護師用）

序章 本研究の背景

第1節 救急看護の特徴と課題

1 看護基礎教育における看護の捉え方

わが国の看護職養成教育は、看護婦規則が制定された1915年以降、学校教育制度ではなく、看護制度の中で行われてきた。その後1952年、公立大学家政学部に初の看護学科（高知女子大学家政学部衛生看護学科）が新設され、1975年に国立大学において初めての看護学部（千葉大学看護学部）が開設された。これ以降、看護学教育は、遅々としながらも高等教育化が進展し、最近の大学院の増設によって社会的にも認知を受けつつある。しかし、看護学教育は他の学問領域に比べれば歴史的経過は浅く、今後、独自の学問体系を構築していかなければならない。

高等教育機関において看護学を考える上で、看護業務に注目することが必要である。看護の業務は、1948年に制定された保健婦助産婦看護婦法において、「療養上の世話」と「診療の補助」として明記されている¹⁾。看護界では、療養上の世話を看護独自の業務と解釈して、看護の対象を疾患中心ではなく、基本的な認識は健康を切り口に身体・精神はもとより人間を生活者として捉えている。これは看護基礎教育²⁾（看護職養成教育課程において、国家試験の受験資格条項に沿って行われる教育を指す）のカリキュラムの構成においても具体化され、必然的に療養上の世話に当てられる時間は多くなっている。この位置づけによって看護基礎教育は大学、またはそれに準じるレベルに向上させることになった。

一方、診療の補助業務については、医師の「医療および保健指導業務を掌る」とされる独占業務が委譲されたものである。看護師が行う診療の補助業務には、臨床検査技士や理学療法士などのような規定や限定はなく、診療の補助業務は状況によって主体的にもまた能動的にも変更の幅をもたされている。そのため診療の補助業務に関わる教育は、療養上の世話に比べると時間は制限される傾向がある。そしてその内容は、原理・原則的な事柄に限定されている。より実践的、かつ応用的な内容は就職後の看護継続教育³⁾（日本の国家試験に合格し、看護職の免許をもって施設内で行われる教育を指す）に委ねざるを得ない状況になっている。

2 救急医療における救急看護の特徴

治療過程における救急医療の範囲を図1に示す。

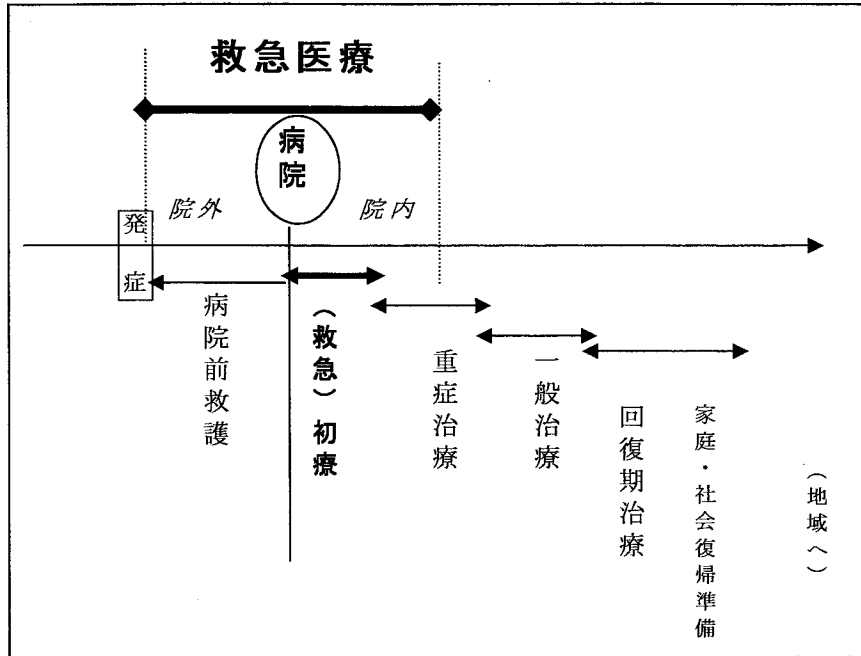


図1 治療過程における救急医療の範囲

救急医療の要素は、病院前救護 (prehospital care)、初療 (emergency care)、重症治療 (intensive care) に大別されている。これらを担う看護師はその場に
応じた役割と能力を發揮しなければならない。救急医療が進歩する米国では、初
療 (初期治療) が中心であり、初療後の重症患者や手術患者はそれぞれの該当す
る診療科医師に委ねられている。しかし、わが国では救急医療発展に規定され⁴⁾、
初療から重症治療を含めて救急医療として運用している施設が多い。初療を担う
救急外来と重症治療室が併設され、それによって看護師にも初療と重症治療の両
方の能力が要求され、時にはそれぞれの看護師が協働することも少なくない。重
症治療は、十分な情報の活用と検査によって確定診断がついた患者に対して、健
康問題の解決に向けて最良の状態を維持しコントロールするケアである。一方、
初療は少ない情報の中で検査や処置、時には治療を同時進行しながら確定診断を
行うまでのケアである。看護師にとって、このような異なる2つのケアを提供す
ることは思考の混乱を招くばかりでなく、初療看護の専門性の追求を困難にして
いる。

救急医療を担う看護師に期待される業務は、救急看護特有の技術である重症、

かつ危機的な病態への対応、患者とその家族への対応、救急医療におけるチームワークと場の調整等である。そしてこれらの総合的な経験によって、専門看護職としての成長が期待されている。しかしながら、療養上の世話を独自の業務とする看護界では、病態への対応を第一に据える救急看護を担う看護師（以下、救急担当看護師）の活動は十分に理解されていない。そのため専門性の一つとして、共通認識を得ることが大きな課題となっていた。このような経緯に規定されて1996年、看護師の職能団体である日本看護協会は、専門性を特定した看護領域の専門看護制度⁵⁾を発足させた。その中で救急看護認定看護師が最初に認定されたことは、この課題解決の一步を切り開くことであり、同時に救急担当看護師としてのアイデンティティ確立に大きく寄与するものであった。

ところで最近の救急医療は、「救命」最優先から患者のQuality of Life（以下、QOL）にも配慮する広がりをもつようになってきている。この現状のもとで、救急医療には救急患者治療の必須の医学的知識とそれらを側面から支える救急医療体制の充実、さらに救急医療特有の倫理観等が必要不可欠になっている。また、救急医療がチーム医療であることから医師と看護師等が協調すべき側面も多い。しかしながら一方で救急医療は、医師主導型の医療体制であることについて変わりはない。その事実のもとで、看護師の業務拡大においても看護師の独自性を十分に主張できない状況があることを注視しておかなければならない事実がある。

救急看護における病態の理解は、救急担当看護師にとって必須の知識であり病態の理解を看護ケアに活用させていく必要がある。救急担当看護師は、救急患者特有の病態と治療、それに対するバイタルサインの変化や患者の反応を的確に観察し判断することであり、さらに次の段階の看護ケアへつなげていかなければならない。

瞬時に変化する病態を観察し、その意味を読み取ることが出来なければ救急患者を診ることはできない。救急看護の難しさは、医学的知識を個々の患者の医学的診査・検査、診断情報や治療・処置等と照らして理解した上で、看護師自身が収集した患者情報、観察内容、フィジカルアセスメント、そして患者の心理状態や思考、患者の回復への意欲等も総合して看護アセスメントを行わなければならないことにある。その上で看護計画の立案や実践において、医学的知識や患者の生態情報を活用することで科学的な根拠として、看護ケアを看護の視点で思考するという応用性が求められることである。

また、「診療の補助」業務においても看護アセスメントに基づいて実施するなら

ば、処置に重点を置くのではなく、患者の自己決定や心身の安楽、心地よさ、さらに自己治癒力をより向上させるために患者に選択の機会を与える等、工夫を働かせることが出来るようになる。救急医療における医師のリーダーシップは疑うべきものでないが、救急担当看護師が実施する場の調整、患者や家族の精神・心理面へのケア、更に患者のQOLへの配慮において協働者間の調整は不可欠である。

近年、一般市民の医学的知識の増加、医療への期待や価値観の多様化、緊急性が高く即断を要す事態等において、患者も治療方針の決定に参画し、その中で救急担当看護師の医療従事者としての倫理的な対応も問われる状況にある。救急担当看護師が患者のニーズを理解して情報の提供や判断力を支える等、あるいは支援者のいない患者や家族の代弁者として、調整者として役割を果たすことが社会から期待されている。

3 救急看護の専門性・独自性の追求のはじまり

1998（平成10）年、日本救急看護学会が発足したことも救急看護にとって大きな発展であった⁶⁾。そのことによって救急看護は、他の看護学の領域から見れば経過は浅いが、今後の研究の進展、有意義な学会運営等が期待される状況が開けた。これまでの学術集会プログラム・抄録集の演題を概観すると、症状の急変に伴って重症化した患者のケアなど、クリティカルケアの範疇を含めて広く扱っており、これらが救急看護と総称されている。

救急看護は、これまでの救急医療の歴史的経緯を追従している状況であった。多種多様な救急患者が受診する救急外来では、初期の看護介入（救急初療看護、以下では、初療看護とする）を行うことは必須である。初療は、あらゆる年齢の患者を対象とし、突然の事故や急激な疾病の発症によって潜在する健康問題が不明確な場合が多いこと、その場において病状の緊急性と重症度の判別^{7) 8)}を行い、健康問題の解決の方向性を決定するまでのケアを行うという特徴がある。

筆者は、この初療段階のケアを円滑・的確、効果的に行う領域が救急看護の中核であると考えている。訪れる患者を長時間待たせることなく、待たされる状況においても不満や苛立ちを最小限にする、また緊急度の高い患者を見逃さないために初療看護は重要であり、この初療看護によって、患者と施設・医療専門職の間に信頼関係が形成されると言っても過言ではない。初療看護では、看護師の活動は患者にとって意味のあるものとして捉えられ、頼りにされている所を明らかにしていく必要がある。

救急看護は、ベテランと言われる経験豊かな看護師が担う事が多く、熟練した実践家には状況を素早く、的確にキャッチする優れた身体化＝経験化された臨床知⁹⁾が蓄積している。その熟練看護師は初療を受ける患者から選択的な情報収集を行うことで、瞬時にして状況を識別し患者特有の不明確な課題を見極めること、あるいは患者の予測のつきにくい急変の予兆を直観と経験の積み重ねによって察知することが可能である。このような熟練看護師が備えている技能は、時には若い医師の診断以上に的確に状況を判断することが可能であり、速やかな対処を実施することに繋がる。

救急医療において看護師は、危機的状況にある患者への対応や患者を取り巻く家族を含めて支援し、究極の状況下にある人間としての尊厳を守っている。このような救急担当看護師による患者への介入の経験を明らかにしていくことが、救急看護の独自性を学問的に主張することにつながると考えられる。

4 初療看護の課題

筆者は、『救急看護学の概念化に関する研究－救急初療業務の実態とその教育に焦点を当てた試み』（平成13～15年度科学研究費補助金による研究報告書）に取り組んだ¹⁰⁾。全国より無作為抽出した救急医療施設における看護実践と、その教育についてのアンケート調査を実施した。さらにその中から承諾の得られた施設において、初療における看護ケアの実際を参加観察し、その教育についての聞き取り調査を実施した。

その結果、救急部門において看護師が専任体制で配属されている施設は2割弱であり、それ以外は他部門（一般外来、あるいは重症治療室）との兼任体制であった。これは施設の運営体制によって職員配置を優先することであり、初療を受ける患者の特徴をふまえたスタッフ配置とは言い難い状況と言える。

また、救急看護の質の向上に繋がると思われる看護師の継続教育の実態では、救急部門独自の年間教育プログラムを有している施設は、大規模施設（800床以上）で5割弱、日本における中心的救急医療体制を担う中規模施設（200床以上）においては、3割に過ぎなかった。救急部門における経験年次別の段階的教育プログラムを有している施設は少なく、その内容を情報公開する施設はなかった。

このような状況は、救急看護を担う看護師のやる気を活性化させ、救急看護の奥深さへの気づきや自己成長につなげることを阻害することになりかねない。さらに、救急看護の専門性を追求することをより困難にしていると考えられる。救

急患者と関わる上で看護師の課題として、患者やその家族に対して現状について説明することが十分でないこと、それに関わる教育が行われていない等が明らかになった。同時に実施した看護基礎教育における救急看護の教授方法の調査では、救急看護と重症治療看護を区別して教授していた教育機関は2割弱に過ぎず、看護基礎教育における救急看護教育の課題も明らかとなった。

5 初療看護における患者－看護師の相互行為の課題

初療看護において、患者やその家族に対して現状や今後のなり行きを説明することや様々な状況で効果的なコミュニケーションを発展させていくことの意味は重大である。その理由は、①患者の不安や戸惑いを最小限に留め、②彼の置かれた状況に対する理解を促し、③主体的に健康問題に関わることができるようになることである。

しかし複雑な環境と時間的制約下における看護師は、目前の患者へ思いを寄せ対応しながらも、状況が変化する可能性を予測しながら現象を見極めるという二重の思考を巡らしている。またこのような状況における患者－看護師の相互関係は、やむなく医療者主導になる傾向が強くなる。医療者は少なからず患者への表現の不足が生じやすく、危機的状況であるが故の患者の繊細、かつ微妙な変化を見落としがちとなる。

また、今・現在の健康問題の只中にある患者と、患者の顕在する問題だけでなく潜在する問題を捉えようとする看護師との間において、状況認知の乖離が拡大しやすい。これは看護師の患者に対して、状況理解を促しその場において落ち着いて状況を受けとめる関わりが充分でないこと、相互の合意が得られるように、その状況における説明責任を果たすという責務を確実に果たしているとは言えない状況にある。

救急医療において医療者と患者との間に問題が生じる原因として、患者の医療機関への不誠実さへの怒り、医療者の患者への説明義務違反等¹¹⁾がある。これが医療過誤訴訟へと進展していく場合も少なくなく、救急医療における相互行為の陰の部分である。

医療技術の著しい発展、少子・高齢化社会への加速度的進行、慢性疾患等の疾病構造の変化など、保健医療の動向は変化している。また人々の生活も、社会の豊かさを背景に個人としての権利意識は高揚し、生活に関わる物事に対する価値観も個別化・多様化している。

これらの状況は、保健医療サービス体制における受益者の主体者意識への変換や質サービスの追求にも反映されなければならない。看護職はこの渦中にあり、その期待に応える責務があり患者の尊厳と権利を守る使命がある。この使命は医療者が等しく担っているはずであるが、あえて看護師の使命とことさらに言う理由は、真っ先に患者と関わるのが看護師であり、どの職種よりも関わる時間（機会）が多い看護師が、患者との関係性を如何に築いていくことができるかによって、医療への信頼も大きく影響するからである。

危機的な状況下にある患者の耐え難い苦痛や脆弱性は、他者の助けなくしては存在を脅かす事になりかねない。また人間としての尊厳が奪われる状況に対して、専門的な支援を行うことが期待されている。

看護はいかに人間の生命の安全を守るかということに留まらず、人間としての基本的権利の具体化というべき個人の健康生活に、看護実践を通して直接的に関与している。看護実践は、対象者とその健康生活上の権利をいかに擁護し、実践していくかという倫理的課題を内包しており、この観点において看護の質が決定されると言っても過言ではない。

救急看護の現場においては、その対象者が特殊な状況であるが故に、このような看護の専門的特性を強化した看護実践能力の育成が必要不可欠であり、そのことは同時に差し迫った実践的能力の解明が大きな研究課題となっている。

第2節 本研究の意義 —学校教育実践研究との関連性において

医療の臨床場面と教育の実践場面における相互行為（作用）の特性に、援助関係 helping relation があることについてはほぼ異論のないところである。看護学のテキストでは「一般的援助関係」と「専門的援助関係」に大別されて、後者の「専門的援助者」に医師、看護師等と並んで学校教師があげられている。専門的援助の実質は、援助者とクライアントとの間の共感的関係の構築と、クライアントの自立達成の援助である¹²⁾。この専門的援助関係で、医療のフィールドにおける研究課題は、如何にしたら個人差をもつ患者の視点＝意図（イーミックな見方 emic perspective)にたった関係をとることができるかにある。

医療における専門的援助では患者の痛みや不安や恐怖、そして苦痛を共通体験し、これらに対処することに多大なエネルギーが費やされている。近年の看護学研究は、患者のイーミックな見方＝意図に Grounded Theory Approach（以下、

G T A) ¹³⁾から接近し、個別な援助関係の概念化に関する多数の業績を産出している。しかしながら、看護師が一人ひとりの患者の視点にたつて、如何にして対話的行為を協同構築していくのかという行為分析に関する研究は限られている。

本節においては、第1に、G T Aによる先行研究を後方追視的に再分析を行い、相互行為の協同構築が最も困難でありながら、その必要性が最も高い急性期医療場面における患者－看護師間における相互行為の理論仮説を生成し、専門的援助関係の特質を述べ、第2に、同様の困難性と必要性に直面し質的研究を進めている臨床教育学或いは教育臨床学 ^{14) 15)}との共同対話の可能性とその意義について提案したい。

1 救急看護の臨床研究と教育臨床研究との共通課題

看護は、病院あるいは保健サービスを必要としている人間と、これらの人間の援助へのニーズを認識し、それに応じられるような特別な教育を受けた看護師との間の相互関係において成り立っている。患者は切実なニーズをもち、有効な専門的援助を求めている。患者が自分の抱えている問題やどの程度の援助が必要かを十分に理解し、適切な援助を求めることができるように、看護師は情報提供者、相談相手、代役、技術的専門家という機能を提供することが求められている ¹⁶⁾。

救急看護（広くは、重症ケアを含めた急性期看護）においては、健康問題が突然に発症したことで、その状況があまりにも日常性を欠くことにより、患者とその家族は、その状況を認知できずに、驚き、戸惑い、苦痛や不安、そして悲しみに駆られるという、まさに危機的状況に陥る。救急担当看護師の役割は、患者とその家族のおかれている状況の理解を促し、主体的に健康問題に関わることができるようにすることである。

この目的を達成するためには、救急担当看護師は患者とその家族の立場で状況を捉えることが重要かつ不可欠である。患者と家族が救急看護の特殊な環境下において発する言葉、仕草、振る舞い等を有りのまま、そしてそこに込められている意味を十分に吟味して的確に読み取ることが求められている。

教育学分野においては、『教育学研究』（日本教育学会）に着目すると1966年の同学会が開催したシンポジウム「教育学のパラダイムの再検討」を契機に、臨床教育学或いは教育臨床学構築の試みが本格的に着手されているように理解される。

「問題をかかえた子ども一人ひとり」の「問題の解決過程をともにする」こと

と「教師がかかえる問題を的確に把握し、適切な援助を行う」という臨床の捉え方は¹⁷⁾、救急看護の臨床研究と共有できるものである。同時にこの臨床へのアプローチには教育学の「基本的構図の根本的な変換」と直面せざるをえないこと¹⁸⁾、加えて臨床の研究法である質的研究法については「教育学以外の他の分野との広範で密接なつながりをほとんど有してこなかった」という指摘は¹⁹⁾、救急看護学の現状と共通しているように認識される。

そして近年、G T Aにもとづく臨床研究に着手していることに注目したい。ここでは「事象の具体的事実から仮説を分析的に生成する」方法としてG T Aの妥当性が指摘されている²⁰⁾。看護学においても既存のパラダイムの再検討を通じて医療の臨床研究には、患者・家族と看護師の視点に立った質的研究法の意義が認められ、特にG T Aの精度化の努力をともなったデータからの理論仮説が多数試みられている。

筆者は、救急看護の専門的援助者養成に携わる者として、とくに患者・家族と看護師との対話的行為の協同構築を如何に学生に修得させるのか、と言ういま一つの課題に取り組んでいる。この点においても救急看護の臨床研究には、同様に看護学以外の他の分野との広範で密接なつながりが求められている。筆者は教育の臨床研究の現場に、救急看護の臨床研究と共通の課題－相互行為（作用）を具体的事実から理論仮説を生成する－が横たわっていると理解している。次項では、急性期看護における専門的援助関係の理論仮説を提示し、教育の臨床研究との協同討議の可能性と意義について提案したい。

2 急性期看護における危機的状況にある患者－看護師の相互行為

急性期看護は、突然の事故や急激な健康問題の発症によって確定診断の解明に関わる初療ケアと、確定診断がなされ最良の身体状況の維持とコントロールを行う重症ケアがある。ここではそれぞれの現場に分けて患者－看護師の相互行為の実態を概観する。

(1) 救急初療室における相互行為

筆者は、2001年9月から2002年6月にA県内私立病院B救急センターとC県内私立大学病院D救命医療センターにおいて参加観察法を用いて、「初療に関わる看護の独自性」を救急担当看護師の視点から明らかにした。データ収集の対象者は、患者39名と看護師12名である。本項では、より初療看護の独自性を強調することを目指して、その記録したフィールドノートを使用して救急初療室にお

ける相互行為を分析するために、分析テーマを「初療における救急担当看護師と患者間の信頼形成の独自性」と再設定した。

【場面1】87歳，女性，心肺停止状態（cardio pulmonary arrest 以下，CPA）患者で，救急隊員によって心臓マッサージ（以下，心マ）されて搬入される。

（ ）内の記述は，筆者が観察した事柄である。

看護師：CPAです。

医師1：（頸動脈触知するが，触れないと首をふる）モニター確認！

看護師1：（既に心電図モニターの装着が始まっている）

医師1：心マ続けて！ボスミン1A，生食20で後押しして，2分経ったら言うってください。先生マスク持って！と医師（医師2）へ指示する。

医師2：（隊員から，バック・バルブ・マスクを受け取る）

看護師2：心マ，替わります（隊員と交替する）

看護師1：（指示の薬剤を注射器に詰めている）

医師1：挿管します。ちょっと離れて（心マが一旦中止され，看護師1からチューブを受け取り気管内挿管を実施）ハイ，OK！心マを続けて！

看護師2：（医師の指示が出るや否や，心臓マッサージが継続される）²¹⁾

研究テーマ「初療における救急担当看護師と患者間の信頼形成の独自性」にもとづいて，この最初のコーディングを試みると次の3概念が生成される。「患者の病状を察知し，これに適切な初療に対応」，「（医師の指示を待たず）心臓マッサージを替わる」，「医師の指示に即応的に処置に移る」。そしてこの3概念のコーディングによって，①「搬入された患者の病状観察」と②「緊急処置準備に着手」等のサブカテゴリーが構成され，さらに両者のコーディングにより「トリアージアセスメントと緊急処置対応」のカテゴリーが生成された。

【場面2】85歳，女性，意識障害を呈する患者のレントゲン撮影を行う場面

（ ）内の記述は，筆者が観察した事柄である。

患者：（ストレッチャーに臥床している。開眼しているが自発語はない。モ

ゾモゾ身体を動かして、起き上がろうとしている。）

看護師：今ね、病院に来て検査しているから…起き上がらないで、ゆっくり休んでいてね。

患者：（無言、それでも起き上がろうとする）

看護師：（患者の耳元に自分の顔を近づかせ）どこが痛い？何してほしい？ちょっと動かないで、すぐに終わるから…これしないと、どこが悪いかわからないから…

患者：（あたりをキョロ、キョロ見渡す）

看護師：（再度、耳元で）ほら、ここは検査するところよ。（と器機を指差し示す。手を持ち摩りながら）しばらくの我慢よ、痛くないからね²²⁾。

コーディングの結果、①「身体接近・接触による（患者に）安心感・信頼感を醸成」、②「リラックスして話せるのを待つ」、③「ソフトな言葉使いで患者に状況理解を促す」の概念（サブカテゴリー）が生成された。そして次のステップのコーディングによって「安心感・信頼感に基づく対面的関係の協同構築」のカテゴリーが生成された。この一連のコーディングは次の場面3と比較しても妥当性が得られる。

【場面3】16歳、女性、自転車で走行中、軽4輪車と接触し、ボンネット上に乗り上げられ搬送される（頸部に固定用カラーが装着されている）

（ ）内の記述は、筆者が観察した事柄である。

看護師：（患者を覗き込み、にっこり笑い、患者の肩先をポンポンとたたく）
どこが痛いの？楽にして。診察するからね。

患者：ハイ（しっかりした口調）

看護師：（医師と共に、慎重に衣服を脱がせる）自分で、動かなくていいのよ。
動かないでね。衣服は、まとめて預かっておくよ。

医師：お腹のエコーするわ。

看護師：お腹の検査するね。お腹を打っていたら大変よね。お腹、痛くない？

患者：はい。痛くはありません。

看護師：そう、よかった。でも、調べておかなきゃね。順番に検査ね。検査が終わるまでは、できるだけ安静に、自分で動かないでね。ベッドの上

で、楽に寝ててね。

看護師：（母親が到着した情報が入る）お母さんが見えたって、よかったね安心して…。お母さんに、検査が終わるまで待ってて、と言ってくるね。

患者：（首を大きくたてに振り、笑顔がほころぶ）²³⁾

このデータからも看護師は、頸部の安静が重要であることをしっかり伝えながら、受傷の驚き、孤独で慣れない病院環境に対する患者の不安を和らげようとする働きかけがあり、一方の患者も看護師の誠意を感じて、これに応えようとする志向性が両者に認められる。以上の分析過程によって救急治療室における対面的行為のカテゴリー（表1）が生成された。救急治療室における患者と看護師の相互行為を特色づけるコアカテゴリーは、「安心感・信頼感に基づく対面的関係の協同構築」である。この志向性は、看護師の行為からみれば、「トリアージアセスメントと緊急処置対応」という専門的な初療業務と両極を成しているが、その両者は「患者の微妙な自己表出（変化・動き）を看取」しようとする行為によって機能的に統合されている。それをまとめた関連図が図1（13頁）である。

表1 初療における看護師と患者間の信頼形成の独自性のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
1 トリアージアセスメントと緊急処置対応	①搬入された患者の病状観察
	②緊急処置準備に着手
	③（継続的な）患者の身体・生理的状況の観察・判断
	④（問診により既往歴をチェック）予測されうる他の問題状況をチェック
	⑤（外傷による動脈損傷の疑い、意識障害、嘔吐に）医師へ素早い処置を提示
2（患者の）微妙な自己表出（変化・動き）を看取	①（患者の）微妙な自己表出（変化・動き）を看取
3 安心感・信頼感に基づく対面的関係の協同構築（＝コアカテゴリー）	①身体的接近・接触による（患者に）安心感・信頼感を醸成
	②リラックスして話せるのを待つ
	③ソフトな言葉づかいで患者に状況理解を促す

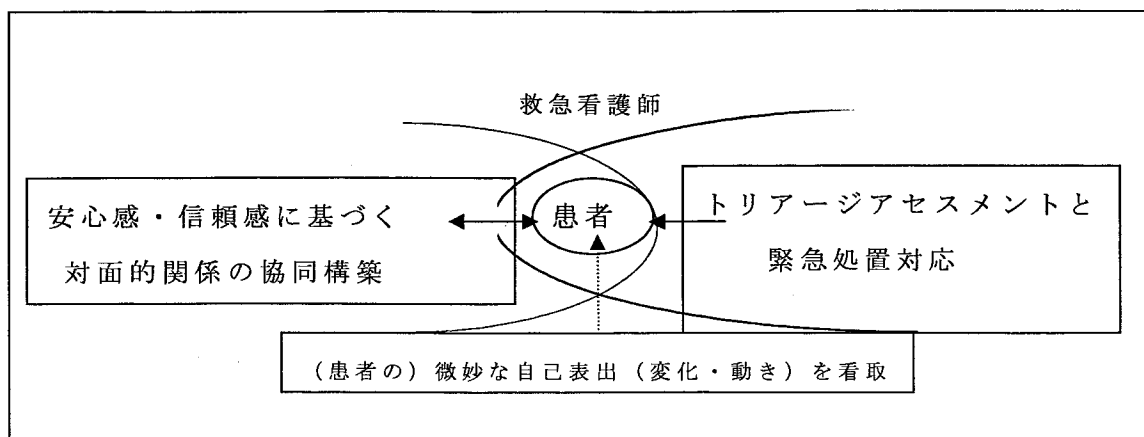


図1 初療における看護師と患者の信頼形成の独自性のカテゴリーの関連図

(2) 重症集中治療室における相互行為

次に、重症集中治療室（intensive care unit 以下，ICU）に収容された患者と看護師との相互行為を，中藤の研究データ²⁴⁾を再読するかたちで読み取ってみたい。中藤の分析テーマは、「クリティカルケアに携わる熟練看護師が患者状況を捉える時にどのような技能が発揮されているのか，その技能にはどのような意味があるのか，経験はどのように影響しているのかを理解する」である。対象者は，首都圏2大学病院でICUでの臨床経験が5年以上の27～34歳の看護師6名であり，クリティカルケアの参加観察と非構成的面接から得られた会話記録である。分析方法はGTAである。

中藤は次の4つの「テーマ」（カテゴリーに相当）を生成している。（1）「患者のありようをよみとる技能」，（2）「患者の潜在的な能力と回復または悪化の可能性を読み取る技能」，（3）「患者および家族の状況を変化させる技能」，（4）「患者および家族の体験を共有する技能」である。ここでは紙幅の都合上，特に（2）が専門的援助行為に関わっているので，これを構成する「小テーマ」（サブカテゴリー）のうち「患者の可能性を信じて挑戦する」について，データを再録する。

【意識の覚醒を促し，呼吸訓練をすることで回復を試みる場面】

[] は，看護師が患者に実際にして見せた行為を示す。下線は，筆者がコーディング時に着目した箇所を示す。

起きるといってもどのくらい起きるのかわからなかったので，日中はとにかく

く、やれる限りは刺激を与えて、どんどん本人の覚醒を促していきたいと思ってました…（略）…、私が目の前でこうやって〔親指でボタンを押すまねをしながら〕実際は押してみるんだよっていった時に、そのとおりに指を動かしたから、本人がやれるのであれば信じてやってみようと思ったらボタンを押してくれた…（略）…先入観で患者さんを見ると思わぬ失敗をするって、なんとなく経験のなかで感じていたんです。だから先入観を取り払った上で患者さんの本当にできる部分ってどこだろう。この人はどういう状況にあるんだろうっていうことを判断したいと思っている部分でそういう行動が出てきたっていうのはあると思いますよ…先入観にとらわれていると、その患者さんの本当の姿を見失っちゃう、変わり目が必ずどこかにあるはずなのに、先入観でみてたら切っちゃうから可能性がひろがらない。²⁵⁾

中藤はこのデータから上掲の「小テーマ」である「患者の可能性を信じて挑戦する」を生成している。筆者は下線部より、「患者のかすかな可能性を信じて援助する」、「先入観を排して、患者の現状を精確に判断することに努める」、「患者の変わり目が必ずあることを確信する」の一行見出しを付けることができた。この3つの一行見出しから、①「患者を反応ある人間として捉え、常に誠実に向かい合おうとする」、②「先入観を排し、患者のかすかな、あらゆる可能性を信じて看護に挑戦」が生成された。そして、次のステップのコーディングによって「先入観を排し、患者のかすかな、あらゆる可能性を信じて看護に挑戦する」志向性という構成概念（カテゴリー）を生成した。このような方法で、他の全データについて中軸コーディングを行い、患者－看護師間の対話的行為として4つのカテゴリーを生成し表2（15頁）に示した。

I C Uにおける熟練看護師－患者関係を特徴づけるのは、熟練看護師の直観を使って正確に問題状況を捉えて介入していく、卓越した能力を土台とした（経験の蓄積）²⁶⁾「以心伝心的相互了解過程の協同構築」の志向性である。その志向性は看護師が患者に対して、極限的・予測不可能な状況に対して細心の注意を払い先入観を排し、患者のかすかなあらゆる可能性を信じて看護に挑戦し、患者自身の状況調整を援助する特性から構成されている。それらをまとめた関連図が図2（15頁）である。

表2 クリティカルケア場面における患者－看護師間の対話的行為のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
1 極限的・予測不可能な状況に対する細心の注意	ICU 患者特有の極限的・予測不可能な状況に対する細心の注意
2 以心伝心的相互了解過程の協同構築(=コアカテゴリー)	①患者の思いに添う志向性 ②患者が援助している相手が自分(看護師)であることを以心伝心的に了解し合う
3 先入観を排し、あらゆる可能性を信じて看護に挑戦する	①患者を反応ある人間として捉え、常に誠実に向かい合おうとする ②先入観を排し、患者のかすかな、あらゆる可能性を信じて看護に挑戦
4 患者自身の状況調整(好転への期待、不安を安心に転換)を援助	患者に好転への期待を抱き、不安を安心に変える状況調整を援助

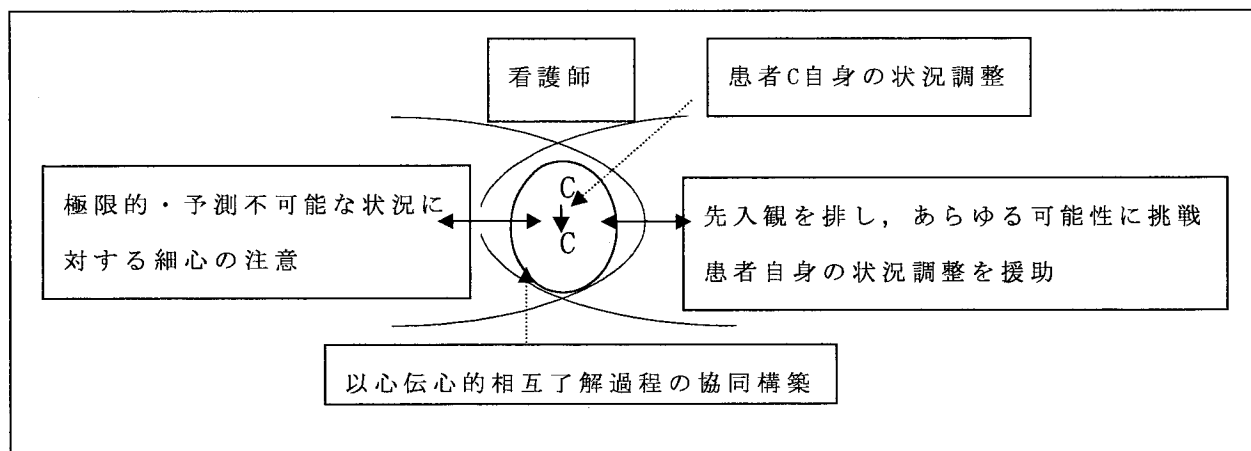


図2 クリティカルケア場面における患者－看護師間の対話的行為のカテゴリーの関連図

3 教育の臨床研究との協同討議の可能性

危機的状況に陥り、生死に直面する救急治療室とICUの臨床場面における専門的援助関係の理論仮説を、先行研究の調査データに基づき生成し図3(16頁)にまとめた。2つの限定された理論仮説から得られた「臨床的人間観」の特質は次の2点にある。①いかなる患者に対しても先入観を排して、かすかであっても反応ある人間として捉え、②あらゆる可能性を信じる。これは冒頭で引用した共

感的関係と自立達成の援助という専門的援助を表現したものである。

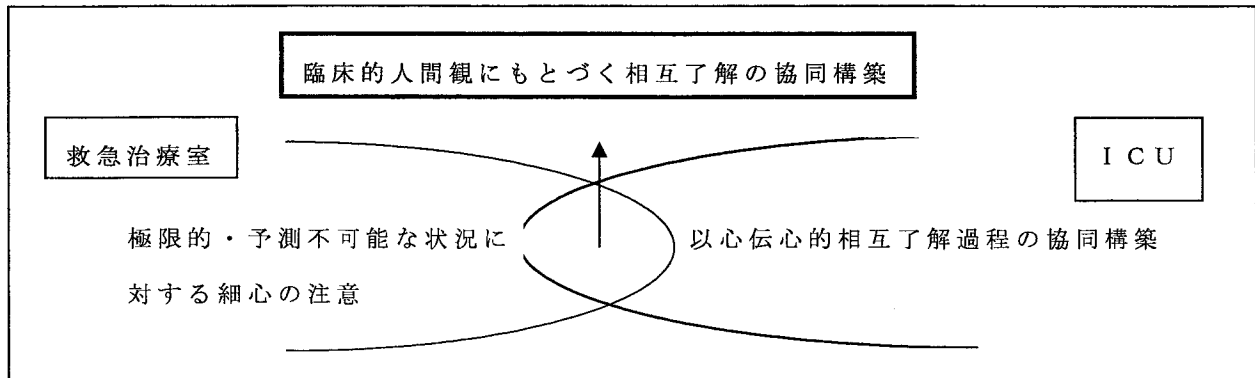


図3 救急治療室とI C Uの臨床場面における専門的援助関係の特質

救急治療室では、初療業務の達成という目的が明確な行為と、安心感・信頼感に基づく対面的関係の協同構築志向性の統合であり、I C Uでは患者自身の状況調整（維持）を援助する行為と以心伝心の相互理解過程の協同構築志向性が統合されている。この両理論仮説にもとづく、専門的援助＝看護の目標は、対面的関係を協同で構築し、同時に患者自身の状況調整をも援助しながら、「よい」方向へと導くことにある。「よい」方向とは、よりよい健康状態のために、よりよい状況に向かって行動することができるように、その人の持っている力をフルに活用することである。その過程でその患者は、成長し病気の中でも「よく生きる」意味を見出すことができるようになる。「よい」方向を導くために、看護師は看護師の目的によって患者を強引に誘導するのではなく、患者を一人の人間として理解し、患者自身が自分の状況を理解し、「よい」方向に向かって行動を起こすことができるように方向づけ、支援することである。急性期医療における専門的援助者＝看護師と主として患者との相互行為の状況は、両者の会話データから、以上のように解釈することができる。

筆者はこれまでの看護経験において、学習のみならず仲間との関係においても、他者とのズレに遭遇し、戸惑い、悩み・傷つき、分かり合うことの困難に直面している子どもに出会うことが少なくなかった。学校でもこのような状況が極限近くにまでに達すると、急性期医療の現場に近似した状況－仲間とのコミュニケーションがうまく取れずに悩み、仲間関係を築くことができずに孤立する、また仲間から不用意な言動によって深く傷つき自殺へと追い込まれる－が生じてくるものと予想される。勿論授業で分からなくなっていく子どもも、学校では自己の存

在意味にかかわる状況下に置かれることになる。このような状況における子どもと教師の相互行為の研究は、その方法も含めて、如何にして子どもと教師の視点にたった臨床研究が可能なのか、という地平に立つことになるろう。皇²⁷⁾や酒井²⁸⁾が提起する「教育学のパラダイムの再検討」の問題であると理解される。

看護師や教師は、医療と教育の指導者としての専門的な教育を受けた者であり、その専門的な支援（関わり）を提供する立場にある。他方、患者や子どもは専門的な支援（関わり）を受ける立場である。この両者の立場は制度的、あるいは社会的構造においては異なる状況にあるが、初療看護における患者と看護師関係、学校における子どもと教師関係のコミュニケーションの形態は類似していると言える。

本研究の問題関心は、臨床倫理と人間学に基づき、患者と看護師、子どもと教師の間において如何に相互関係を構築するのか、その関係において信頼を得ること、相互に了解を得ることとは如何なる関係性なのかを考察することにある。科学的進歩と合理性に重きをおく傾向にあってもその成果を受容しながらも、根底にある人間の本質理解をすすめる必要がある。そのために人間存在を他者との具体的な関連の中で追及し²⁹⁾、人間の生ける現実自己が他者に応答的に関わる「対話的な自己」の観点から考察される必要がある。対話の領域は、主体と主体との「間」³⁰⁾において、一方的な関わりでなく相互的な関係が明らかに存在している。この関係性は、一方から強制されたり、作為的に造られたりするものでなく、むしろ自己が対話の関係に入っていくことによって生じるものであり、その中において自己が創造的に飛躍しながら有りのままの自己として表現される。その主体－主体の関係性を構築することで、了解を志向する相互行為が提示される。

看護行為は病気からではなく、人間としての患者をどのような観点から理解するか認識の転換が問われている。教育の臨床研究におけるパラダイムの再検討も臨床的人間観の検討にも及ぶであろう。さらに否応なしに教育の現場に立ち、子どもと教師の視点に近づく試みを伴ってくることもなるであろう。医療と教育の臨床場面におけるコミュニケーション的スキルについて、専門職を養成する大学において教育プログラムとして開発する必要性が共にあり、この意味での協同論議が可能、且つ必要性がある。この相互行為の基本的な認識が、医療と教育の臨床場面に共通に問われている。医療と教育は、人間の「よく生きる可能性」に介入する公共性の高い社会的実践であると考えられるからである。この両者の臨床研究が専門的援助関係の構築のために、共同討議を行うことの意義は決して小さ

くないと考えられる。

引用文献・注

- 1) 看護行政研究会『看護六法』新日本法規出版, p. 3, 2006.

松木光子編「看護の機能と業務」『看護学概論』廣川書店, p.139, 1998. では, 療養上の世話とは, ①患者の身の回りの世話(病室の環境の整備, 病床の整理, 食事の世話, 身体の清潔, 排泄の世話, 汚物の処理), ②病状観察(症状や兆候の観察と判断, 記録報告), ③患者の指導と慰安(療養の指導, 健康教育, 慰安), ④家族との関係(病状についての看護上の説明, 面接への配慮, 急変の連絡, 教育・訓練・相談, 社会資源への調整)を示す。

診療の補助とは, ①病状の報告, ②診療の介助(診察の介助, 手術の介助, 治療と検査の介助), ③治療指示に基づく業務(与薬, 注射, 処置, 医療器機の操作), ④救急処置, ⑤医療器械・設備・物品などの管理, ⑥活動の場の運営に対する協力(場の秩序, 場の経済)を示す。

- 2) 杉森みど里・舟島なをみ『看護教育学第4版』医学書院, p. 2, 2004.

- 3) 前掲書2) p. 2

- 4) 高橋章子編「救急医療と看護」『救急看護 -急性期病態にある患者ケア』医歯薬出版, pp. 2-6, 2001. では, 救急医療は, 近代医学の百数十年前にさかのぼると言われているが, 日本においてシステムとして救急医療の体制が整備されはじめたのは, 第二次世界大戦以降である。戦後から昭和30年代には, 消防隊による搬送体制が整備され, 厚生省令によって救急告知病院が設置された。昭和40年代には, 交通外傷患者の増加に伴い, 救急告知病院だけでは対応が困難となり, 救急医療センターの整備計画が始まった。昭和52年, 厚生省による救急医療対策事業実施要綱を受け, 初期・第二次・第三次救急医療体制が確立し, 最重症患者を扱う救急医療センターが各都道府県に設置された。この時期から救急医療の専門性が強調されはじめたが, 救急医療専門医の養成が遅れたことより, 外科医や麻酔医が診療を担当していた。現在でも救急専従医が不足している地域においては, その状況が続いている。

- 5) 佐藤直子『専門看護制度 理論と実践』医学書院, p.16, 1999.

専門看護制度は, 1994年, わが国の専門看護制度には, 「日本看護協会専門看護師制度(Certified Nurse Specialist: 専門看護師制度)」と「日本看護協会認定看護師制度(Certified Nurse: 認定看護師制度)」がある。専門看護師

制度は、米国の Clinical Nurse Specialist (CNS) 制度を参考に作られた。専門看護師制度の目的は、看護ケアの質の向上と、保健医療福祉や看護学の発展である。現在、専門看護分野として、がん看護、感染症看護、急性・重症患者看護、小児看護、精神看護、地域看護、母性看護、慢性患者看護、老人看護の 9 つの分野である。

認定看護師制度は、米国とは異なる看護界の現状を考慮して、日本独自の専門看護制度として、臨床現場での経験の上に継続教育を通して修得した技術や知識を持つ者を看護実践のスペシャリストとして看護の発展を図る。その目的は、看護現場における看護ケアの質の向上にある。現在の認定看護分野は、救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護等 18 分野である。

6) 高橋章子「日本救急医学会看護部会学術集会の歴史的展望」『エマージェンシーナースング』メディカ出版, 12(12), pp. 8-20, 2000.

7) 高橋章子監訳, 村井嘉子他訳『ナースのためのトリアージハンドブック』医学書院, pp. 2-4, 2001.

トリアージとは、フランス語で「選り分ける」の意味がある。戦地で医療の優先度を定める目的で病状のタイプと緊急性を分類し、最も治療可能な負傷者の治療を優先することであった。このシステムは、一般の医療施設でも活用されることとなり、様々な要因で救急医療施設を訪れる患者に対して速やかな医療処置を必要とする人と、待つことができる人を識別するための有効な方法へと発展した。日本では、トリアージは医師が行う事柄という固定的な考え方から、1995 年阪神淡路大震災以降、また最近の事故や大規模自然災害等の発生により、災害現場や搬入される病院窓口において積極的にトリアージを行うことが有効、かつ効率よく医療を提供できるシステムとして構築されている。看護師がトリアージを行うことは、救急部門における重要な初療看護として位置づけられている。

8) 中村恵子監修, 村井嘉子・中谷茂子編集『救急救命処置 1』中山書店, pp. 6-7, 2005.

9) 中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波書店, pp. 6-7, 1992.

10) 村井嘉子『救急看護学の概念化に関する研究—救急初療業務の実態とその教育に焦点をあてた試み』平成 13~15 年度科学研究費補助金 (基盤研究 C: 課題番号 13672521) 研究成果報告書, 平成 16 年 3 月. 主な内容は以下の 3 点であ

る。①全国の救急医療施設を対象に、施設の設置主体や規模、救急医療体制、1ヶ月の初療患者数とその重症度と緊急度、看護体制、看護業務内容、救急看護師に対する教育実態等についてアンケート調査を行った。②①の調査より同意の得られた施設において、初療看護の実際を参加観察し初療看護の内容について分析を行った。③全国の看護職養成機関を対象に、救急看護の教育実態についてアンケート調査した。また、後半部分（第IV章）において、筆者が2001年に米国ミネソタ州メイヨー・メディカルセンターの救急部門で研修した時のスタッフ配置とその教育、トリアージナースの実態等について簡単にまとめている。提出した参考論文2を参照されたい。

- 11) 堂前美佐子「医療訴訟に携わって」『教育と医学』52(2), pp.66-71, 2004.
- 12) Carolyn Cooper Hames, Dayle Hunt Joseph/仁木久恵, 江口幸子, 大岩外志子 訳『援助の科学と技術』医学書院, pp.113-115, 1985.
- 13) GTA については, A. Straus, J. Corbin/操華子, 森田崇 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2版』医学書院, 2005. を主要文献とし, さらに以下の文献も参照した. B. G. Glaser, A. L. Strauss/後藤隆・大出春江・水野節夫 訳『データ対話型理論の発見』新曜社, 1997. A. Straus, J. Corbin, I. Holloway, S. Wheeler/野口美和 監訳『ナースのための質的研究入門』医学書院, 2005. 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—』弘文堂, 1999. 増井三夫, 村井嘉子, 松井千鶴子「実践場面における質的研究法」『上越教育大学研究紀要』第25巻第2号, 2006年3月. ここでは, GTA の第1関門である第1ステップのコーディングを容易にするために, 参照系として行為概念(J. Habermas, Theory/河上倫逸・M. フーブリヒト・平井俊彦 訳『コミュニケーション的行為の理論(上)』未来社, 1987) を使用し, その有効性についても検討している.
- 14) 酒井朗「教育学からみた質的授業研究」『質的研究法による授業研究』北大路書房, pp.12-21 より, 論証の説得力のある授業場面におけるイーミックな視点の分析の重要性が確認できる.
- 15) 皇紀夫「臨床教育学の役割」『教育学研究』日本教育学会 64(1), pp.49-52, 1997. さらに同「「臨床教育学」とは」, 和田修二・皇紀夫 編著『臨床教育学』アカデミア出版 pp.33-80, 2001. 参照.
- 16) Hildegard E. Peplau/稲田八重子・小林富美栄・武山満智子 他 訳『ペプロウ人間関係の看護論』医学書院, pp.4-16, 1973. さらに Joyce Travelbee/長谷川浩・

藤枝知子訳『トラベルビー人間対人間の看護』医学書院, 1974. も参照.

- 17) 近藤邦夫「「臨床」の流行に対する違和感」『教育学研究』日本教育学会, 64 (1), pp. 44-46, 1997.
- 18) 前掲書 15) p. 44
- 19) 大谷尚「「質的研究」の文脈からみた日本の授業研究の位置づけに関する試論－研究成果の交流と共有を展望して」『教育方法学研究』日本教育方法学会, 24, p. 34, 1998.
- 20) 酒井朗, 金田祐子, 村瀬公胤「教師のビリーフと教授行為との関連からみた授業の教育臨床学」『お茶の水女子大学人文科学紀要』第 55 巻, p. 168, 2002.
- 21) 前掲書 10) p. 18
- 22) 前掲書 10) p. 21
- 23) 前掲書 10) p. 25
- 24) 中藤三千代「クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述」『看護研究』医学書院, Vol. 38, No. 2, pp. 38-45, 2005.
- 25) 前掲書 24) p40
- 26) Patricia Benner/井部俊子・井村真澄・上泉和子訳『ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー』医学書院, pp. 25-27, 1992.
- 27) 皇紀夫「臨床教育学の役割」『教育学研究』日本教育学会, 64 (1) pp. 49-52, 2002.
- 28) 酒井朗, 金田祐子, 村瀬公胤「教師のビリーフと教授行為の関連からみた授業の教育臨床」『お茶の水女子大学人文科学紀要』第 55 巻, p. 168, 2002.
- 29) 金子晴男「現代における人間学の意義」『人間学講義』知泉書館, pp. 7-8, 2003.
- 30) ブーバー, M/児島洋訳『人間とは何か』理想社, pp. 174-177, 1961.

第 I 章 本研究の枠組み

第 1 節 研究目的

本研究の目的は、以下の 3 点にある。

第 1 に、救急初療を受けた患者に焦点を当て率直な思いを聞き出すことで、患者の体験を明らかにする。

第 2 に、救急初療を受ける患者が自己の健康問題について受けとめ、今後なすべき事柄を理解し健康問題解決の方向に向かうことが出来るために、救急初療を担う看護師は如何にして患者との対話的行為を志向しコミュニケーション的スキルを駆使することで、合意形成を構築しているのかを明らかにする。

第 3 に、救急初療を担う看護師の対話的行為を志向したコミュニケーション的スキルを考察することによって、救急看護におけるコミュニケーション教育のプログラム開発の観点を提示する。

第 2 節 用語の定義

①救急初療（以下、初療とする）

救急初療とは、患者が突然に、あるいは急激に健康問題が発症したことで救急外来（救急部門、または初療室 Emergency Room：ER）を受診して、その場において救命救急処置や初期治療を行うことである¹⁾。初療を受ける患者は、十分な情報がなく顕在する症状はもとより、潜在する問題にも注意を喚起しながら検査や処置が進められる。患者の受診から治療の方向性と方針を明らかになるまでのプロセスが含まれる。重症治療室で行われる回復へ向けての維持・コントロールするための治療とは区別される。

②救急初療看護（以下、初療看護とする）

初療において看護師によって実践される看護のことである。

③対話的行為

行為者（看護師）の行為計画を自己中心的な成果の計算によるのではなく、対象者（患者やその家族）との話し合いや介入に基づく理解を目指した行為によって、

その行為計画を相互に調整し合っていく行為のこと。なお、自己中心的な成果とは、対話者よりも目的達成のみを重視する行為である（行為者自身の目的達成のために、環境や他者を手段としてコントロールすることでない）。その場にいる人々が、それぞれ最初は主観的であった見解を克服し、話し合いや介入を通して強制的にではなくその場にいる人々同士が統一へ向かって合意形成していくことを可能にする行為のことである。

④コミュニケーション的スキル

行為者相互において対話的行為によって合意形成を志向し、了解という目的追求のための行為である。状況設定された場において、事実の追求や一致を図り、相互の人格的関係の樹立や修復を試み、信念、感情、希望等が自由に表明することを可能にし、それを感受することのできる技法のことである。

⑤看護基礎教育（以下、基礎教育とする）

日本の大学等の看護職養成教育課程において、国家試験の受験資格条項に沿って行われる教育²⁾のことである。看護職とは、保健師・助産師・看護師を示す。

⑥看護継続教育（以下、継続教育とする）

日本における看護職国家試験に合格し、その後就業しながら継続して専門性を向上するために行われる教育³⁾のことである。

⑦救急看護認定看護師

救急看護認定看護師とは、救急看護認定看護師教育課程を修了し認定審査に合格した看護師⁴⁾のことである。

救急看護認定看護師教育課程の受験資格は、保健師・助産師・看護師の免許を有し実務経験5年以上、そのうち通算3年以上の救急部門での実務経験と2年の重症治療室での実務経験を有することである。認定看護師制度の詳細については、38頁の専門看護制度を参照されたい。

⑧救急担当看護師

本研究における救急担当看護師とは、救急外来（救急部門、または初療室）において、専任、あるいは各科の外来看護師がローテーションによって救急初療

看護を担う看護師である。

第3節 文献検討

1 看護学研究における質的研究の実際

看護学の主要な学会として、日本看護科学学会、日本がん看護学会、日本看護学教育学会等がある。日本看護学教育学会の調査⁵⁾では、質的研究方法による研究報告が2000年以降増加傾向にあり、その研究手法として発展がみられる。また、看護学研究論文掲載において評価の高い雑誌『看護研究』(医学書院発行)においても、過去数年を振り返ると質的研究方法による研究が注目されたことを反映して、質的アプローチが変える臨床研究の方法^{6) 7)}、参加観察法のトレーニング⁸⁾等をテーマとして特集を組んでいることから、その関心の高さと研究方法の必要性が求められていることが理解できる。

看護現象は、治療的な関連で捉える医学に極めて近い領域から、病いによる苦しみ、また揺れ動く感情、主観的認知や癒し等、文化人類学に近い領域まで多様である。臨床看護研究では、看護の現象にフィットする方法論を模索し、さらにその結果が現象の問題を改革するための当事者性をもって行われる必要がある。そのため研究テーマ毎に用いられる方法論も明らかに異なり、量的研究方法と質的研究方法のどちらかの方法論を排除するものではなく、それらは相補的に機能するものと考えられる。現在の医療の進歩によって複雑、かつ高侵襲な治療が可能になった。その一方で、それを受ける個々の患者にとっても、医療の現場で新たな意思決定が求められるようになり、精神的葛藤が生ずることも少なくない。臨床看護実践においてこのような人間が生きることによる苦悩、悩める状況に対して、どのような看護介入が必要なのかを模索する臨床研究を進める場合は、量的な研究方法は適切ではない。

質的研究の特徴は、意味解釈法にありデータに密着する過程で理論を発見する対象がことばを通して与えている「意味」を重視する、生活世界における対象者の体験や使用言語、知識をすくい取ることである。リアリティを把握するために個別の特殊な事例を取り上げ、その意味解釈によって現象の本質認識にせまる方法である。研究対象は、統計で用いられるような変数に還元されるのではなく、複雑な姿のままに自然に日常の文脈の中で検討される必要があり、実証的データに基づいて新たな理論を生み出すことにある。質的研究は研究対象の一つひとつを

事例として重視し、事例をコンテクストから切り離さずに事例自身の表現するま
まに記述し、研究者が研究対象の内面に入り込んで解釈し理解するという研究方
法である。

本研究において焦点化しているところは、危機的状況における人間同士の相互
作用と、そのプロセスにある看護ケアの意味と構造である。従って、その状況を
浮き彫りにすることが必要になってくる。これまでの質的研究方法による先行研
究では、行為者の視点に立って解釈を試みる研究として大西⁹⁾は、侵襲的人工呼
吸器装着の選択が筋萎縮性側索硬化症患者の介護の心理的負担に及ぼす影響にお
いて、介護者は病気の進行に沿いながら延命を選択したことの意味づけを明らか
にしている。山本ら¹⁰⁾は、無症候性脳血管障害患者の診断から予防的手術を決
断するまでの患者心理の内的構造を検討している。これらは行為者の主観的な視
点に着目し相互行為の形成や進行に焦点が当てられ、アプローチは幅広くプロセ
ス指向であり自然な立場で状況を明らかにしている。また、福田¹¹⁾は、老年期
に痴呆症が進行する病いの体験を明らかにし、才木ら¹²⁾は、小児がんを告知さ
れた子どもの闘病体験とそれによってもたらされる変化、宮脇¹³⁾は、大卒看護師
の入職1年目の体験とその意味づけを試みている。これらは、量的研究方法では
扱えない研究上の問いであり、日常生活をありのままの姿で捉えることによって、
看護の対象に接近を試み理解を深めている。

質的研究方法は、研究テーマが誰かの主観的な評価を通してしか成立し得ない
ような主題、あるいは誰かの解釈に視点を据えなければ、いわゆる「客観的」に
は捉えきれない場合に有効である¹⁴⁾。量的研究方法では描き切れない現象を鮮明
に描くことによって説得力をもつようになり、看護現象の解明に大きく貢献して
いる。

2 救急看護・救急初療看護の概要

救急看護実践に関する研究の現状分析¹⁵⁾では、主として病態や処置の解説、
救急看護ケアについて医師と看護師の共同による報告や特徴的な事例の実践報告
が数多く見られる。確かに、知識の理解や実態報告、救急看護に特有な事例の分
析を丁寧に行い実際の看護ケアを評価して蓄積することは、より良い看護ケアへ
つなげる土台を形成することになる。これに対して、初療を象徴とするプレホス
ピタルケアやトリアージに関わる研究は、わずかに数件見られるのみであった。
このことは、初療看護の対象に特化した、専門化された看護独自の介入の実態が理

論化される必要があることを示している。最近では、初療看護の看護師やその対象に焦点化した看護師のコミュニケーションのあり方¹⁶⁾、患者家族と看護師の相互作用からみる看護師の関わりの傾向¹⁷⁾¹⁸⁾等に関わる基礎研究からも伺われる。

筆者らが実施した全国の救急看護現場の調査でも、刻々変化する患者の状況に対応した看護師からの説明方法が不十分なこと等、コミュニケーションの取り方に関わる問題点が挙げられている¹⁹⁾。初療において、看護師と危機的状況にある患者やその家族とのコミュニケーションの実態や相互関係のあり方、これに対する看護師の苦悩やジレンマ²⁰⁾²¹⁾等、看護師は医師とは異なる事柄に介入しなければならない必要性が課題として浮かび上がっている。この課題は、初療を受ける患者を中心に据えた看護師との関係性の構築を患者自らの体験、そのための専門的な看護介入の観点から、実践的に明らかにする研究課題をも浮かび上がらせていると言える。

同時に初療現場における課題のみならず、その課題の特性、すなわち初療現場において必須とされる専門的スキルにも直接関わっており、救急看護に関わる看護師の継続教育とさらに基礎教育の領域における現状に対する検討の視座を構成するものである。

海外においては、救急看護領域は心臓・血管系の障害や外傷による健康問題を扱うことで、より特殊領域として明確に位置づけている。このことより救急担当看護師の専門的知識の習得方法²²⁾、救急看護師が備えておくべき能力²³⁾²⁴⁾を明らかにする必要性を強調している。

加えて、救急看護から継続される急性期患者のケア(重症ケアを含む)²⁵⁾を概観しておく必要がある。急性期看護を担う看護師の能力とその開発やその看護師のストレスと対処、技術の訓練や学習における能力開発に関する研究報告等は、救急看護の領域においても示唆的である。すなわち、これらの成果と救急外来や初療看護に限定した先行研究と対比することで、以下の初療看護の特徴と今後の研究の必要性が浮き彫りになると考えられる。

初療看護は、①対象者の健康問題に関わる情報が少ないことによる状態把握の複雑さや他職種との連携の必要性を真っ先に行う必要があること。また②救急担当看護師は、対象者が脆弱、かつ変化しやすい身体状況であることをふまえ、限られた時間の中で正確な患者アセスメントを行い重症度と優先度の判断を行う必要があること²⁶⁾。③特に、初療看護は、既に確定診断がなされた重症治療看護とは異なり、頭在する問題はもとより潜在的問題が疑われる患者、あるいは確定診

断のつかない患者を対象とする。このような患者は突然の健康問題の出現によって、身体的苦痛に伴う不安や恐怖、またその状況を理解できずに戸惑う心理状態にあると考えられる。

以上の3点は、救急担当看護師が危機的な心理状態にある患者の反応にも注意を向け、患者への緻密な観察や気配り等を行うことが必要不可欠であり、初療時からの介入が望ましい²⁷⁾ことを示唆している。また、この状況における看護介入のあり方は患者－救急担当看護師関係のあり方と緊密に関連していることを示しており、初療看護における対人関係の構造や心理的側面に焦点化された研究が、救急看護の専門性を主張する上で重要な位置にあると言える。換言すれば、危機的状況における患者とその家族、そして救急担当看護師の人間的な有り様について質的研究を行うことの課題が浮かび上がる。この後の課題に 대응するためには、医療を受ける主体が患者であるということより患者を中心に据えた医療者との関係性の構築や、患者自らの体験を基にした専門的看護介入の必要性、その介入に必要な実践的能力についても明らかにされなければならない。これに加えて、その教育方法についての検討等、初療において医学的視点に限定されることのない社会的な相互行為の知見と技法の提示が不可欠になってくると考えられる。以上が救急看護・初療看護の先行研究の一般的な状況である。次に、本研究の対象である心臓・血管系に障害のある患者に関わる先行研究を概観する。

心臓・血管系の健康問題は、人間にとって中枢臓器に発症する課題であることより、生命に対する危機感が一層強くなる。このような患者の心理状態は、初療を受ける患者を象徴すると言っても過言ではなく、その状況に適した看護介入が必要であると考えられる。その介入の方法や技術の具体化、患者－看護師関係のあり方や相互作用について研究が進められていくことは、これまで述べてきた救急看護の課題解決に近づくことになる。

心臓・血管系の健康問題に関する研究は、虚血性心疾患患者の療養上の困難と克服²⁸⁾や虚血性心疾患男性患者の生活管理意識に関する研究²⁹⁾、心臓カテーテル検査を受ける患者の不安や看護の効果^{30) 31)}、心筋梗塞患者の心理への看護介入評価法に関する研究^{32) 33)}、急性期の主観的な体験³⁴⁾や手術を受けた患者の生活の立て直しの過程³⁵⁾、心筋梗塞後の適応の状況³⁶⁾や治療に対するイメージ³⁷⁾等、多数の報告がある。

しかしながら、この殆どは治療が開始されてから、あるいは症状が安定した後の療養生活に関する研究である。この健康問題は、発症直後より鮮烈な症状を伴

う事が特徴であることより、患者の身体的・精神的に多くの負担が予測される。初療の時期より、患者の視点に沿った看護ケアの実態分析と、その理論化が不可欠と考えられる。

3 看護基礎教育における救急看護教育の概要

看護基礎教育における救急看護教育に関する研究は多くはない。これは、救急看護とクリティカルケア看護を分けて教授している教育機関が全体の2割に過ぎないこと³⁸⁾に起因していると考えられる。研究の傾向は、救急看護に必要な技術の教授実態や見学実習の意義と効果^{39) 40)}、病院前救護活動から救急外来への連携⁴¹⁾に留まっている。

さらに、救急看護の教育内容のモデルプランの試案⁴²⁾も提案されていた。この試案は、基礎教育から継続教育に分けて、特に基礎教育では救急医療、救急看護の概念的な知識や基本的な技術の習得モデルが提示され、看護系大学の教育の実態を反映していると同時に、初療の最前線における基礎研究の現状も投影されている。この2つの現場に教師として、かつ研究者として身をおく筆者は、この2つの課題に対峙し、苦悩を余儀なくされている。初療の現場における患者と看護師の相互関係に焦点をあて、特に患者の視点にたったその体験構造を分析し、初療の現場における最も基本的な相互関係について理論化を試み、基礎教育における救急看護教育のあり方について検討を行う必要がある。

第4節 研究方法

1 研究の枠組み

本研究の目的は、先述したように次の3点にある。

第1に、初療看護における患者の体験を明らかにする。第2に、それに対する看護師の積極的な関わりを看護倫理、人間学の観点から精査し、初療看護における患者－看護師関係の対話的行為と合意形成の構造を明らかにする。第3に、救急看護におけるコミュニケーション教育のプログラム開発の観点について論述しプログラムの試案を提示することである。この3点を次の4段階によってアプローチすることになる。

第1段階として、初療時における患者の実態、言い換えれば患者の率直な思いから患者の体験構造を明らかにする。

第2段階では、患者と救急担当看護師との関わりの実際より、その看護師は如何にして患者との対話的行為を志向し、どのようなコミュニケーション的スキルを駆使することで合意形成を構築しているのかを明らかにする。

第3段階では、救急部門での豊富な実践経験とそれに関わる特別な教育を受けた救急看護認定看護師を対象に、その看護師が如何にして患者との対話的行為を志向し、どのようなコミュニケーション的スキルを駆使することで合意形成を構築しているのかを明らかにする。そして、救急担当看護師と救急看護認定看護師の関わりについて比較検討を行う。

第4段階では、これまでの結果をふまえて救急看護におけるコミュニケーション教育のプログラム開発の観点を示し、そのプログラムの試案を提示する。

以下に、図1でフローチャートとして示しておく。

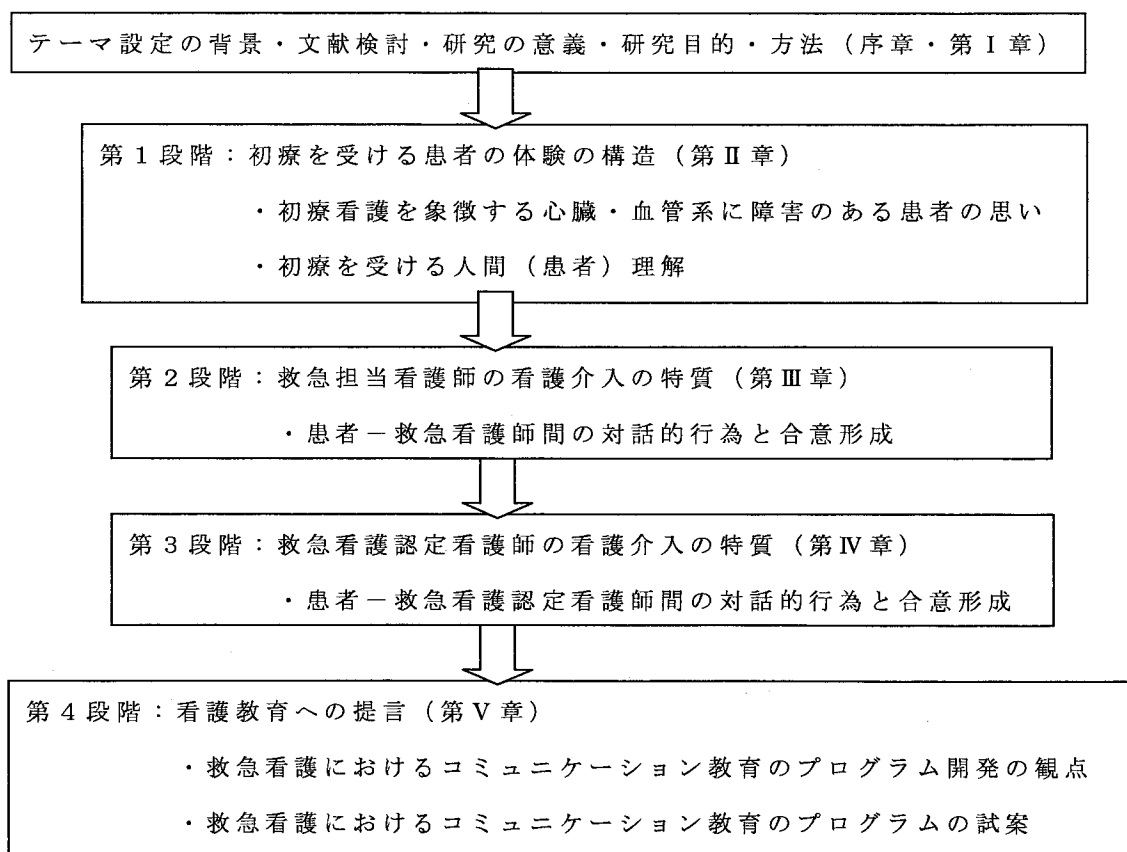


図1 本研究の枠組み

2 Grounded Theory Approachについて 一本研究において採用する理由

1960年代、B.G.GlaserとA.L.StraussによってGrounded Theory

Approach (GTA)が開発された。日本においては、1996年に後藤隆らによる『データ対話理論の発見』⁴³⁾によってその基礎となる内容が紹介された。その後、この研究方法に関して日本語に翻訳されたものが多く出版されている^{44)~47)}。

GTAのアプローチは、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法として、アメリカはもとより国際的にも看護学や社会学などの分野を中心に注目されている。日本においても看護学^{48)~51)}や社会福祉⁵²⁾などの援助的ヒューマンサービス領域や保健医療社会学において導入されるようになり、近年教育学研究^{53) 54) 55)}においても注目されている。

GTAの理論枠組みは、シンボリック相互作用論⁵⁶⁾の洞察から導かれており、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用のプロセスに焦点を当て、「解釈」に基づく人間の主体的なあり方を明らかにしようとしている。

救急看護研究は、既に述べた如くその途についたばかりの研究領域である。これまで危機的状況に陥った個別の患者へ接近すること、あるいはその患者と看護師の相互行為や相互作用に関わる研究は、殆ど行われてこなかった。突然の健康問題が生じることは、患者にとってどのような体験なのか、その患者に対してどのような看護介入がなされているのか、またそれは患者の今後の生活にどのような意味を成すのか明らかにすることによって、救急看護の独自性と専門性を主張することになる。つまり、看護実践場面におけるモデルを提示すことであり、それが実践現場において適応しそこに存在する課題を改善していくことに繋がる研究が必要とされている。そのためには非日常の中(救急医療環境)に、身をおく患者と看護師の有りのままを捉える研究方法を選択する必要がある。先端医療を担う救急医療の発展は、人々に多くの恩恵を与えている一方で、解決困難な課題やその限界によって悩みを抱えている。研究者が、このような救急看護における人間(患者や家族、看護師)を理解することは、量的研究方法で解明することができない課題である。この課題に応えるために、最も適しているのがGTAと考えられる。

GTAにおけるデータ解釈は、データ収集と並行して進められオープン・コード化、軸足コード化、選択的コード化の3つのプロセスから構成される作業を行うことによってなされる。その最終段階で中核カテゴリーとして記述された現象(=ストーリー)に関する理論を導き出すことである。コード化の最終段階で、ストーリーラインと緒カテゴリーを充実させるために理論的飽和(新たなカテゴリーを生み出すテキストが存在せず、全ての要素においてカテゴリーが緻密であ

り、カテゴリー間の関係が十分に緻密であること)に至るまでサンプリングを続けることで、理論的飽和によって転用可能性が高められる。また概念、カテゴリーとコード化の過程が明記されることで確実性が維持される。

一方で、新たな課題も明らかになっている。G T Aにおけるデータの分析では、参加観察や面接によって得られた逐語録から初回の概念を生成する(第一次コーディング)。その後データにおける特性と次元に基づいて概念を構成してカテゴリー、コアカテゴリーを生成するプロセスを辿るが理論と成りうるまでのカテゴリーの抽象度が高まっていないこと、あるいは単にカテゴリーを生成するのみに終わり理論生成には至っていない状況等、研究成果にバラツキが見られることである。この課題はG T Aに取り組んだ経験のある研究者なら領ける事柄であり、筆者も大いに悩まされた。特に、膨大なデータを丁寧に読み込みながら第一次コーディングを行っているプロセスにおいて、自分の行っていることに不安や迷いが生じ作業を中断してしまうことになる。これらを打開するためには、質的研究を扱う研究者、専門領域を同一とする実践者らとの自由なディスカッションを行うことや、質的研究指導者のスーパーバイズを受けることで、不安と迷いの暗やみのトンネルから脱することができるかと経験的な実感として捉えている。これらについて所属の研究ゼミでは、事例をもとにG T Aによる解釈や分析のプロセス⁵⁷⁾⁵⁸⁾⁵⁹⁾についてディスカッションを行うことで理解を深め、実践的活用のレベルアップのトレーニングを重ねた。

G T Aを用いた研究の評価の視点⁶⁰⁾は、確実性(具体的なプロセスの記述、データと解釈の区別が明確であること)、信憑性(議論において妥当性があること)、転用可能性(結果の導き方が明快であること)、現実との関連性(現場で実務に従事している人たちが直面している問題を解決するのにその研究結果が関連していること)が重要不可欠である。

4 分析方法

II章・III章・IV章における分析は、B. G. GlaserとA. L. Strauss⁶¹⁾の質的帰納的記述研究手法であるGrounded Theory Approachを用いた。

各対象者の語りの逐語録と参加観察の記述されたデータから最初概念を生成し、そして共通の特性にもとづいて概念を構成しているサブカテゴリーを生成した。さらにサブカテゴリーからカテゴリーを生成した。これらのカテゴリーの関係を検討し結果として、全てのカテゴリーと関係づくコアカテゴリーを決定し

ストーリーラインを作成して理論生成を行った。

具体的な分析手順を以下に示す。①逐語録に置き換えたデータ全体を熟読しデータに慣れる。②テーマに関連すると思われる箇所に着目し、データを文章または段落ごとに切片化することなく拾い上げる。③着目した箇所の要点を簡潔に整理し、解釈を加える。④それらを具体例とする説明概念を生成する（サブカテゴリー）。⑤生成された概念に対して具体例が豊富に存在するかどうかで概念の有効性を検討する。⑥生成した概念に関して留意する事柄や概念間の関連性をメモに残す。⑦生成した説明概念からさらにまとまりのあるカテゴリーを生成する。⑧カテゴリー相互の関係を検討し、分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化する。⑨カテゴリー間の関連を図式化する。

5 信頼性と妥当性の確保

Ⅱ章・Ⅲ章・Ⅳ章のデータとその分析の信頼性と妥当性を高めるために、以下のことを行った。

①参加観察、および面接は、研究者の思い込みや判断を排除するために、目に入ったありのままを記述した。また、語り手が用いた言葉の意味や意図を確認しながらすすめるようにした。②カテゴリーに名前をつける際、名前は通常その名前が表しているデータと最も論理的に関連していると思われるものであり、その名前が指し示していることをすぐに目の前に思い浮かべられるものであるよう留意した。③諸概念を関係づけていく際、生成した概念が、データから離れて机上で一人歩きしてしまうことを防止するため、必ず個々の概念を導きだした基のデータのレベルでの関係性を吟味した。④カテゴリー化の段階で、救急看護の臨床経験 10 年以上で救急看護を含む急性期看護の研究領域をもつ研究者 2 名に対してデータとのフィット感について確認し、フィット感のないものは修正、または除外した。研究遂行過程において質的研究方法のスーパーバイズを受けた。

6 倫理的配慮

第Ⅱ章については、研究計画書完成の段階で石川県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け 2005 年 5 月 11 日に承認を受けた。その後、施設長・看護部長、病棟管理者（治療の全責任を負う立場にある主任教授、看護師長）に研究の主旨について説明し同意を得た。対象者に対して最初に、病棟看護師長が筆者との面談の承諾を得た。次に筆者が対象者と会い、対象者に対して研究の主旨、方法、研

究協力・途中辞退の自由とそれに伴う医療の保証，プライバシーの保護について口頭と文書において説明し，同意できる場合には，同意書に署名を得た。

第Ⅲについては，研究計画書完成の段階で石川県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け2006年4月20日に承認を得た。その後，施設長・看護部長，フロア看護管理者に研究の主旨について口頭と文書において説明し，同意書に署名を得た。研究フロアの全看護師への研究同意については，その部門の看護師長より説明がなされた。その後筆者自身が対象看護師へ研究の主旨，方法，研究協力・途中辞退の自由とそれに伴うプライバシーの保護について口頭説明し同意を得た研究場面における患者への倫理的配慮として，施設，および現場責任者と十分に意見交換を行った結果以下の配慮を行った。①患者への不安や緊張を最小限とするために，筆者の立場は施設内においては研修者とし，その立場を名札で表記しそれを装着することで明確にした。②参加観察遂行中，その場において患者の不都合や参加観察が相応しくないと判断された場合には，施設側，研究者相互の申し出において速やかに参加観察を中断することを事前に申し合わせを行った。

Ⅳ章については，Ⅲ章と同様に石川県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け2006年4月20日に承認を得た。救急看護認定看護師への依頼は，日本看護協会公式ホームページの救急看護認定看護師登録名簿より無作為抽出し，文書において実施した。筆者は研究の承諾のあった対象者の希望する日時，場所へ出向き，改めて口頭と文書において研究の主旨方法，研究協力・途中辞退の自由とそれに伴うプライバシーの保護について説明し同意書に署名を得た。

本研究のⅡ章は，平成16～18年度科学研究費補助金（基盤研究（C）課題番号：16592159）の助成を受けて行った。また，第Ⅲ・Ⅳ章は，平成19～20年度科学研究費補助金（基盤研究（C）課題番号：19592510）の助成を受けて行った研究の一部である。

引用文献・注

- 1) 荻野隆光, 廣瀬晴美編「救急初療ケアマニュアル」『エマージェンシーナーシング』夏期増刊号, メディカ出版, pp. 6-7, 1999.
- 2) 杉森みど里・舟島なをみ『看護教育学第4版』医学書院, p. 2, 2004.
- 3) 前掲書2) p. 2
- 4) 佐藤直子『専門看護制度 理論と実践』医学書院, p. 16, 1999. 日本看護協会の専門看護師制度と認定看護師制度の比較を資料1に, 認定看護師教育の認定システムを資料2(38頁)に示す.
- 5) 雄西智恵美, 茶園美香, 佐藤正美他「看護学教育研究の動向」『日本看護学教育学会誌』日本看護学教育学会, 15(3), pp. 65-74, 2006.
- 6) 木下康仁「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)について聴く」『看護研究』医学書院, 38(5), pp. 3-21, 2005.
- 7) 野口祐二「臨床研究におけるナラティブ・アプローチ」『看護研究』36(5), 2003.
- 8) 才木クレイグヒル滋子「参加観察法を学ぶトレーニングの必要性和ゼミの概要」『看護研究』医学書院, pp. 15-27, 38(1), 2005.
- 9) 大西美紀, 萱間真美, 篁宗一他「侵襲的人工呼吸器装着の選択が筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の介護者の心理的負担感に及ぼす影響」『看護研究』医学書院, 36(5), pp. 13-23, 2003.
- 10) 山本直美, 津田紀子, 矢田真美子他「不確実生の中での決断: 無症候性脳血管障害患者の診断から予防的手術への決断のプロセス」『日本看護科学学会誌』日本看護科学学会, 25(1), pp. 13-22, 2005.
- 11) 福田珠恵「老年期に痴呆症という病を生きる体験: 自己の存在の確かさを求めて一病の徴候からグループホーム入居後まで」『日本看護科学学会誌』日本看護科学学会, 25(3), pp. 41-50, 2005.
- 12) 才木クレイグヒル滋子, 寺澤捷子, 迫正廣「闘病という名の長距離走一病名告知を受けた小児がんの子どもの闘病体験」『看護研究』医学書院, 37(3), pp. 69-85, 2004.
- 13) 宮脇美保子「大卒看護師1年目の体験」『日本看護学教育学会誌』日本看護学教育学会, 15(1), pp. 15-24, 2005.
- 14) 萱間真美「今日における質的研究への期待」『看護研究』医学書院, p. 5, 2003.
- 15) 山勢博彰, 山勢善江「救急看護に関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』医学書院, 33(6), pp. 11-25, 2000.

- 16) 荒井真由美, 斉藤孝子, 大高洋子他 「救急外来において安心して待つことができる言葉かけの効果」『西尾市民病院紀要』13(1), pp. 125-130, 2002.
- 17) 佐藤美幸 「救急外来を受診する患者家族の心理状況に関する研究」『山口県立大学看護学部紀要』4, pp. 64-73, 2000.
- 18) 佐藤美幸 「救急外来における家族への危機介入」『山口県立大学看護学部紀要』6, pp. 55-62, 2002.
- 19) 村井嘉子 『救急看護学の概念化に関する研究—救急初療業務の実態とその教育に焦点をあてた試み』平成 13~15 年度科学研究費補助金 (基盤研究 C : 課題番号 13672521) 研究成果報告書, p. 47, 平成 16 年 3 月.
- 20) 多久和善子 「救急看護認定看護師が感じるジレンマ」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 14(9), pp. 20-23, 2001.
- 21) 須藤文子 「一次・二次救急外来ナースのジレンマ」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 14(9), pp. 28-34, 2001.
- 22) Bernie Edwards: A&E nurse' s constructs on the nature of nursing expertise: a repertory grid technique, *Accident and Emergency Nursing*, 6, pp. 18-23, 1998
- 23) Marie Heartfield: Research directions for specialist practice, *Accident and Emergency Nursing*, 8, pp. 212-222, 2000
- 24) Jean A. Proehl: Developing emergency nursing competence, *Emergency Nursing*, 37(1), pp. 89-96, 2002
- 25) 井上智子 「急性期患者のケアに関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』医学書院, 33(6), pp. 3-10, 2000.
- 26) Grossman V./高橋章子監修, 村井嘉子他訳 『ナースのためのトリアージハンドブック』医学書院, p. 2, 2001.
- 27) Michael Blumenfield, Margot M. Schoeps/堤邦彦監訳 『救急患者の精神的ケア』メディカル・サイエンス・インターナショナル, 医学書院, pp. 2-3, 1996.
- 28) 船山和子, 黒田裕子, 上澤一葉 「虚血性心疾患患者の療養上の困難とその克服」『日本赤十字看護大学紀要』16, pp. 29-36, 2002.
- 29) 黒田裕子, 船山美和子 「在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索」『日本看護研究学会雑誌』日本看護研究学会 23(5), pp. 13-23, 2000.
- 30) 津田紀子, 矢田真美子, 土肥加津子他 「心臓カテーテル検査・治療を受ける患

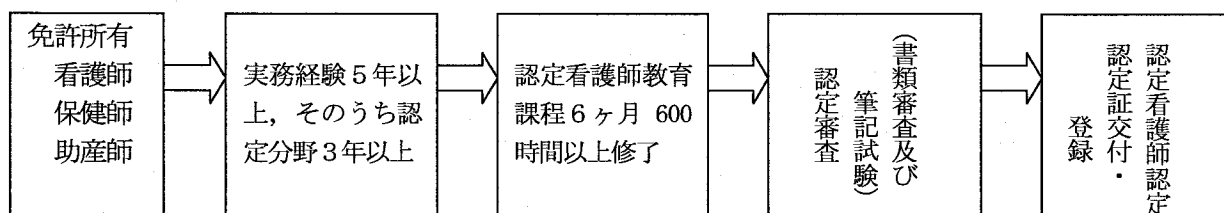
- 者への検査前訪問看護の効果に関する検討」『神戸大学医学部保健学科紀要』第13巻, pp. 99-105, 1997.
- 31) 内正子, 津田紀子, 矢田真美子他「心臓カテーテル検査を受ける患者の不安と自己効力感」『神戸大学医学部保健学科紀要』第15巻, pp. 99-101, 1999.
- 32) 眞嶋朋子, 佐藤禮子「心筋梗塞患者の心理への看護介入評価方法に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会, 5(1), pp. 8-15, 1999.
- 33) 眞嶋朋子「心筋梗塞患者の心理と活動への看護介入評価方法に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会, 5(2), pp. 1-6, 1999.
- 34) 北村直子, 佐藤禮子「心筋梗塞患者の急性期の主観的体験と看護援助に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会, 7(1), pp. 74-81, 2001.
- 35) 有田弘美, 村井嘉子, 村松美千代他「心臓手術を受けた患者の立て直しの過程」『日本循環器看護学会誌』日本循環器看護学会, 2巻1号, pp. 41-50, 2006.
- 36) Johnson, J. L. & Morse, J. M.: Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction, *Heart & Lung*, 19(2), pp. 126-135, 1990
- 37) Moore, S. M.: Effects of interventions to promote recovery in coronary artery bypass surgical patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(1), pp. 59-70, 1997
- 38) 前掲書 19) p. 45
- 39) 森田孝子, 小松万喜子, 小林千世「看護基礎教育における救急看護教育の実態」『エマージェンシーナースィング』メディカ出版, 12(2), pp. 164-173, 1999.
- 40) 赤木和子, 宮地緑「看護教育における救急看護実習の意義と位置づけ」『看護展望』医学書院, 19(9), pp. 1042-1046, 1994.
- 41) 田中由紀子「救急看護実習の効果的方法と学習成果の検討—病院前救急活動から救急外来の継続実習を試みて」『日本看護学会19回集会(看護教育)』日本看護協会出版会, pp. 34-36, 1988.
- 42) 明石恵子, 今村明美, 杉本陽子他「基礎教育における救急看護学教育の必要性」『エマージェンシーナースィング』メディカ出版, 9(9), 1996.
- 43) B. G. Glaser, A. L. Strauss/後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳『データ対話理論の発見』新曜社, 1996.
- 44) Chenitz WC, Swanson /樋口康子, 稲岡文昭監訳『グラウンデッド・セオリー—看護の質的研究のために』医学書院, 1992.
- 45) 東京大学医学部保健社会学教室編『保健・医療・看護調査ハンドブック』東

- 京, 東京大学出版会, 1992.
- 46) Strauss A, Corbin J / 南裕子監訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999.
 - 47) Flick U / 小田博志他訳『質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論』春秋社, 2002.
 - 48) B. G. Glaser, A. L. Strauss / 木下康仁訳『死の Awareness 理論と看護』医学書院, 1988.
 - 49) I. Holloway, S. Wheeler / 野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院, 2000.
 - 50) 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子他『グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究プロセス』光文堂, 2002.
 - 51) 才木クレイグヒル 滋子『質的研究方法ゼミナール—グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ』医学書院, 2005.
 - 52) 木下康仁『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂, 平成 17 年.
 - 53) 水野将樹「青年は信頼できる友人との関係をどのように捉えているのか」『教育心理学研究』日本教育心理学会, 52 (2), pp. 170-185, 2004.
 - 54) 藤田英典「教師の仕事の空間的編成に関する実証的研究」『東京大学大学院教育学研究科紀要』38 巻, pp. 99-124, 1998.
 - 55) 平山満義「質的研究による学習指導研究の意義と展望」『教育実践学研究』日本教育実践学会, 9 (1), pp. 29-37, 2008.
 - 56) 船津衛・宝月誠:『シンボリック相互作用論の世界』恒星社厚生閣, pp. 5-8, 1994.
 - 57) 増井三夫・村井嘉子・松井千鶴子「実践場面における質的研究法」『上越教育大学研究紀要』第 25 巻, 第 2 号, pp. 463-481, 平成 18 年.
 - 58) 増井三夫・村井嘉子・松井千鶴子「GTA におけるレベル 1 の概念化—実践場面における質的研究 (2)」『上越教育大学研究紀要』第 26 巻, pp. 299-316, 平成 19 年.
 - 59) 増井三夫「実践研究における Grounded Theory Approach の意義と可能性」『教育実践学研究』日本教育実践学会, 9 (2), pp. 14-23, 2008.
 - 60) 岡村純「質的研究の看護学領域への発展」『沖縄県立看護大学紀要』第 5 号, pp. 5-6, 2004.
 - 61) 前掲書 43)

表1 日本看護協会の専門看護師制度と認定看護師制度の比較

	専門看護師制度	認定看護師制度
目的	看護ケアの質の向上と、保健医療福祉や看護学の発展	看護現場における看護ケアの質の向上
定義	専門看護師の認定審査に合格し、ある特定の看護分野において卓越した看護分野において看護実践能力を有すると認められた者	認定看護師に必要な教育課程を修了し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者
役割	<ul style="list-style-type: none"> ・実践（卓越した実践） ・教育（ケアを向上させるための教育） ・相談（すべてのケア提供者〔看護職を含む〕に対するコンサルテーション） ・調整 ・研究 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践（水準の高い実践） ・指導（看護実践を通じた指導） ・相談（看護職に対するコンサルテーション）
専門分野	教育と実績が既にある分野	今後発展が期待される分野
認定審査の受験資格	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師助産師看護師免許 ・通算5年以上の実務経験のうち通算3年以上の特定分野での経験+1年以上の専門看護師の教育終了後の経験 ・看護系大学院修士課程で専門看護師としての教育を終了していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師助産師看護師免許 ・通算5年以上の実務経験のうち通算3年以上の特定分野での経験 ・日本看護協会認定看護師養成課程（6ヶ月）を終了していること
認定の審査方法	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回実施 ・書類審査、筆記審査、口頭試験 ・5年ごとに認定更新が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回実施 ・書類審査、面接 ・5年ごとに認定更新が必要

佐藤直子『専門看護制度 理論と実践』医学書院, p16, 1999より引用



* 5年毎更新制

図1 認定看護師教育の教育システム

第Ⅱ章 救急初療下における心臓・血管系に障害をもつ患者の 体験の構造

第1節 本章の目的

本章は、30 ページに示した本研究の第1段階である。初療を受ける患者に焦点を当て、患者の率直な思いを分析することによって、時間と空間の推移にともなうて微妙に変化する患者の体験構造を明らかにする。それによって初療における看護介入に必要な技能やその教育に関わる展望を得ることにある。

第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所

1 研究対象

本研究の対象者は、24時間対応の全次型救命救急センター（以下、救急外来）を受診した患者で、本研究の主旨に同意し、同意書に署名を得た者である。年齢は38～77歳（平均60.5歳）、男性7名、女性8名の15名である。診断名は、頻拍性心房細動、完全房室ブロック、急性心筋梗塞、拡張型心筋症、解離性大動脈瘤、急性心膜炎、発作性心房細動、肥大型心筋症、狭心症等である。全てが、心臓・血管系疾患の患者である。

2 データ収集方法

面接は、病棟管理者の協力を得て患者の回復過程を把握し、患者の状態が安定し、面接が可能であることを管理者と共に判断した上で実施した。救急外来受診から面接までの期間は3～21日（平均9日）であった。プライバシーに配慮した設定で、救急外来を受診した時点（受診目的とその状況）から、治療の方向性が決定するまで（一般病棟・重症治療室・手術室・カテーテル室搬入等まで）の間の救急担当看護師との関わり、その関わりに対して思ったことや感じたこと等、1回20～50分程度を目安とし、1人につき1～2回の半構成的面接を行った。

面接内容は、対象者の同意を得たうえで録音し逐語的に記述した。録音の同意の得られない場合は、フィールドノートに内容をメモとして残す事に同意を得た。また、面接時の非言語的な反応にも細心の注意を払い観察事項を記録した。

3 データ収集期間

2005年6月～2006年3月

4 データ収集場所

A県内の特定機能病院の循環器病棟

第3節 結果

救急外来を受診した患者は、自分の症状を中心にその場を再構成していた。また、誰からケアを受けたかという明確な記憶に乏しい場合が多く、救急担当看護師や医師、事務員等の識別が困難である場合には、医療従事者一般として受けとめていた。

患者の体験は、図1(41頁)に示すように、初療環境下において、カテゴリ【信じて身を委ねる】、【自分が自分でない感覚】、【現状への驚愕】が、連続かつ重複して起こり(点線長楕円の連続と影)、それぞれのカテゴリにおいて【今後をイメージできる情報を希求】が絡み合い、さらにこれらのカテゴリに関連づけられてコアカテゴリ『生を求め捉えようとする』(中央破線矢印)が生成されていた。破線による表示は、患者の苦痛と状況の変化によって患者のこの思いが萎えてしまうリスクが含まれることを意味している。

本研究のストーリーラインは、以下の通りである。突然に健康問題が発症した患者は、救急外来を訪れ医療関係者の積極的な招き入れや関わりによって、【信じて身を委ねる】ことで落ち着きと安らぎを得る。しかし著しい身体異常や苦痛症状のもとで、自分自身ではどうにもならない状況であることを認めざるを得なくなり、周囲の専門的支援を求め、否応なく専門家の指示を受け入れ、それによって自己抑制を余儀なくされ【自分が自分でない感覚】に陥る。患者は、この体験過程において自己の健康問題の危機を感じ取り、あるいは健康問題の複雑さを認識することで、日常性を欠き、状況理解が困難になるという【現状への驚愕】を深めることになる。これらのカテゴリは治療や療養法の方向性が決定するまで(初療室を退室し、次の治療・療養段階へ至るまで)各局面において繰り返し体験され、その一方で、医療専門家から理解できるかたちで【今後をイメージできる情報を希求】していた。患者のこれらの体験の過程に、『生を求め捉えようとする』思いが貫かれていた。

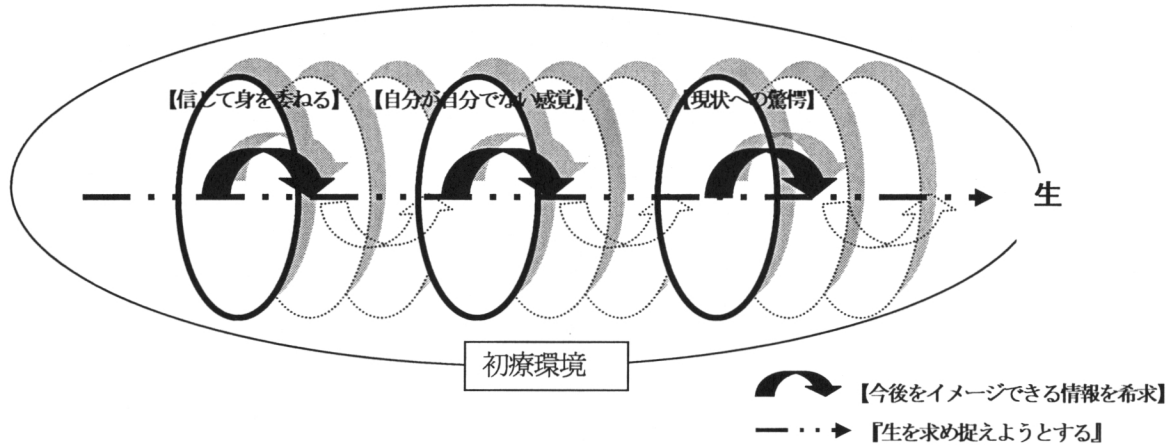


図1 救急初療を受ける患者の体験の 카테고리間の関連

表1 救急初療における患者の体験の構造

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	特 性
『生を求め捉えようとする』 カテゴリーの中核であり、著しい症状の持続と非日常的环境の中で医療を受けることに苦しみながらも、症状の改善をめざし、気持ちを奮起させること	【信じて身を委ねる】 定義：救急外来を受診直後より、速やかで親切な専門的な対応を受けたことで、安心してその場に身をおくこと	1) <迅速な対応に喜ぶ>	①直ぐに ②連絡（連携）がスムーズ
		2) <身近で常に気にかけて、関心を注いでくれたことに安堵>	①絶えず気にかける ②親身 ③身近な存在
		3) <的確な対応とアドバイスによって勇気づけられる>	①代弁 ②具体的な指示 ③後押し ④手際の良い処置 ⑤理解しやすい説明
	【自分が自分でない感覚】 定義：身体症状が出現していることで身体が通常とは異なり、自由に身動きがとれず、自分らしさを失いかげ、自分自身を苦悩するものと捉えていること	1) <いつもと違う、どうにもならない自分を自覚>	①身体の違和感や異変 ②強い苦痛 ③状況認知が不可能 ④自己閉塞 ⑤自分で動くことができない
		2) <自分の言動や行動を中止し、指示に従う>	①行動の制限 ②なされるまま ③注文をつけたくとも我慢 ④自己判断を止める
	【現状への驚愕】 定義：生じている健康問題やその状況が理解し難く、悪い方向へと思考が進み、自己の身体状況に憂えること、嘆くこと	1) <病状の重症さや死に対する疑念や恐怖を感じる>	①病状を重病と捉える ②悪い病気を疑う ③死への恐怖
		2) <専門的説明や状況に困惑>	①専門的説明が理解困難 ②緊急処置の受けとめ困難
	【今後をイメージできる情報を希求】 定義：健康問題の診断が確定するまでの間少し先を想定しながら、落ちついて時間を過ごすことのできる情報を期待すること	1) <現状の解説を期待>	①焦燥感とあきらめ ②未だか、未だかと待つ
		2) <今後の成り行き情報を期待>	①状況説明を希望 ②前向き情報を期待

コアカテゴリーは『』, カテゴリーは【】, サブカテゴリーは<>, 特性は“”で示した(41頁表1)。またカテゴリーを理解し裏づけとなる生データを記述した。データ内の看護師という記述は, 救急担当看護師を示す。

なお, 対象者が語りの途中に言葉を省略したことで, 生データにおいて意味が通じにくい箇所は, 筆者が()付けで補った。

1 【信じて身を委ねる】

患者は突然の健康問題の発生によって, 苦痛を伴う身体症状の出現に直面し, その状況に対する不安が増強して動揺する中, 救急外来を受診した。患者は, 外来到着後より医療者からの積極的な関わりによって少しずつ落ち着きを取り戻し, その場での自分の居心地を確かめ居場所を確保していた。この体験は安心してこの場所で医療を受けることを納得していくプロセスであり, <迅速な対応に喜ぶ>, <身近で常に気にかけて, 関心を注いでくれたことに安堵>, <的確な対応とアドバイスによって勇気づけられる>から構成された。

1) <迅速な対応に喜ぶ>

患者は, 身体的苦痛が出現したことで, 慌てて救急外来を訪れていることを医療者が受けとめてくれていると敏感にキャッチしていた。すなわち, “直ぐに”話を聞いてくれたこと, 救急担当看護師側が気にかけていることを行動で示してくれたこと, また病院外からの“連絡(連携)がスムーズ”に行われており, 速やかに対応してくれたこと, 静養室での休息を導いてくれたこと等, 外来到着直後より患者自身の立場に立って受け容れられ, 直ぐに何らかの関わりを受けたことを喜びとして捉えていた。

病院に来たとき, すぐに見てくれたというか, すぐに, はじめに看護師さんが話を聞いてくれました。患者は, 調子が悪くなって来るのだから, すぐに見てほしいと思います。今回は, 直ぐに見てくれたというか, 待ち時間がなかったと思います。それは, ありがたかったです。来て良かった, という感じです。(54歳, 男性, 主訴: 不整脈と動悸, 診断: 拡張型心筋症)

既に, (前の病院から)電話での連絡があったためか, 病院についたら直ぐに診察室に通してくれて…, 先生の姿はわかりませんでした, ベッドに休ませてくれて, 診てもらえるという感じでした。身体がとても辛くて, 直ぐに横になりたい気持ちでした。(74歳, 女性, 主訴: 強度の背部痛, 診断: 解離性大動脈瘤)

2) <身近で常に気に向け、関心を注いでくれたことに安堵>

外来到着直後より、患者は、状態把握のための症状の観察、検査や処置、治療が進められていく過程で、救急担当看護師から、患者の身に生じた不都合の度合いや症状の増悪、新たな症状の出現、その変化を“絶えず気に向けられ”見守られていた。患者は、素朴で些細な問いかけに対して、救急担当看護師が“親身”に応じて関わってくれることを随所を感じ取り、救急担当看護師を“身近な存在”として捉えることができ、その場をリラックスして過ごしていた。

あそこにいる間、みんな看護師さんがしてくれていたように思います。時々、どう、なんて聞いてくれました。ちよく、ちよく、様子をのぞき込むように顔を見てくれて、にっこりしてくれて、段々、安心して、あそこにいたと思います。(74歳、女性、主訴：強度な背部痛、診断：解離性大動脈瘤)

看護婦さんが一緒について来てくれて、トイレが狭いもので、点滴は大丈夫かと言って気を遣ってくれました。“扉は、開けておいていいわよ。”とか、“側で見てあげて”とか言って、終わるまで付ききりでいてくれました。すごく心強かったです。(68歳、女性、主訴：動悸、診断：頻拍性心房細動)

3) <的確な対応とアドバイスによって勇気づけられる>

患者は、身体症状が強いことや状況に対する不安から、自己の状況を認知し受けとめることが困難であった。救急担当看護師から、自分の状況を表現することに詰まれば“代弁”してもらい、心細く不安で、またボンヤリした状況でどうしたらよいかわからない時には、救急担当看護師の方から“具体的な指示”を示され、判断に困った時には、“後押し”して決断するための助けを受けていた。また、“手際の良い処置”を受けること、“理解しやすい説明”を受けることで、患者はケアされていることを実感し、安心して救急担当看護師に身を任せていた。

弱くなりかけた時、看護師さんが状況を説明してくれて、こうしなさいとか、こうなのよと言ってくれたのが、支えになったというか、勇気づけられたという感じです。自分では考えられないような感じで…。さすが！でした。少し、厳しい感じもしましたが、力づけられました。(54歳、男性、主訴：胸痛、診断：急性心筋梗塞)

…(略)自分としては、重症とは思っていなかったけれど、先生には、入院しないと

駄目って言われて、自分では、家に帰るつもりでいたら、看護師さんがこんな状態では、家にも帰れないのでは？って。養生した方が身体が楽よと、勧めてくれて。それで、決心できました。あのまま帰っていたら、今度は救急車で来るはめになって、娘が言う通り、死んでいたかも…。(65歳, 女性, 主訴: 呼吸困難, 診断: 発作性心房細動)

2 【自分が自分でない感覚】

患者は救急外来受診直後、医療者との関わりによって健康問題の解決を信じて身を委ねながら、通常とは異なる身体状況の変化や強い苦痛症状に耐えていることから周囲への関心は低下していた。そして自分自身の中に閉じ籠もる状況となり、専門家の助け無くしては自分自身を維持することが困難な状況にあった。信じて身を委ねることの背景には、医療者との関わりにおいて生じた信頼や安堵の思いがあったが、それ以上に身を委ねざるを得ない、厳しい身体的状況があったことを意味している。また、自分がよい方向へ向かうことを信じて、そのために自ら他者へ働きかける、あるいは何か行動を起こすと言う積極的な立場をとるのではなく、自分自身を抑制することで周囲に支援を求め、受け入れるという従順な姿勢をとっていた。このカテゴリーは<いつもと違う, どうにもならない自分を自覚>, <自分の言動や行動を中止し, 指示に従う>から構成されていた。

1) <いつもと違う, どうにもならない自分を自覚>

普段は全く感じることもない“身体の違和感や異変”が出現し、“強い苦痛”を伴っていた。患者はその場の“状況認知が不可能”となり、“自己閉塞”の状態に囚われていた。また、通常では全く支障なく行えていたことであっても“自分で動くことができない”状況に陥り医療者のサポートを求めている。

身体が、飛び上がるみたいになって……。それが長く続いて凄く疲れて……。ずっと落ち着かないでしょ。本当にどうにかして、って叫びたいような、でもそんな元気もなくて、どうしよう～って感じでした。(68歳, 女性, 主訴: 動悸, 診断: 頻拍性心房細動)

(略) 救急車に乗ったことは、全く記憶にありません。本当は、何がどうだったか、自分は動くこともできないし、自分が自分でわからなかったです。でも、病院に来て色々聞かれているうちに、あー、調子が悪くなったんだ、と段々判ってきました。もう少し、遅かったら今あるかどうか…わかんないね。(77歳, 男性, 主訴: 意識消失発作, 診断: 肥大型心筋症)

2) <自分の言動や行動を中止し、指示に従う>

救急外来は、患者にとって馴染みのない物々しい環境であり、その中で“行動の制限を指示”され、マスクに包まれた顔（人）から注目され“なされるまま”にせざるを得なかった。未熟な技術に対して“注文をつけたくとも我慢”し、また“自己判断は止め”“周囲の状況に合わせていた”。

静かに、安静に寝ているように言われたので、言われるままにしていました。あの時は自分が何かを話したり、自分で動いたりしたらいけないと思っていました。（77歳、男性、主訴：意識消失発作、診断：肥大型心筋症）

採血がなかなか出来なくて痛くて、イヤになってきて……。もっと上手に、早くしてと思いました。でも、口に出して言えませんでした。黙ってなされるままでした。（47歳、男性、主訴：呼吸困難、診断：拡張型心筋症）

3 【現状への驚愕】

自分が自分でない感覚の時間において、環境周囲の違和感に一層戸惑い、病状への疑問や重症を懸念する等、時には過度な憶測も生じていた。また馴染みのない難解な医学用語、症状の変化、それに対する処置等、状況の変化、進行を受けとめきれず驚くばかりであった。このカテゴリーは<病状の重症さや死に対する疑念や恐怖を感じる>、<専門的説明や状況に困惑>から構成された。

1) <病状の重症さや死に対する疑念や恐怖を感じる>

自分の病状が十分理解できぬ状況下、時には医療者の不用意な言葉で、“病状を重症と捉え”，あるいは“悪い病気”ではないかと緊張を高めていた。また、緊張の高まりは“死への恐怖”へと進展していた。

最初に見てもらった病院で、ここに連れて来られる道すがら、電気ショックする器械がないことで、（医療者同士で）言い合いになって、それを聞いてすごくビックリして、それがずっと頭から離れないで、自分は相当悪くて、もうだめなんだと思って、ひどくショックでした。（52歳、男性、主訴：胸痛、診断：急性心筋梗塞）

症状は、少しずつ落ち着いて楽になった様に思いました。それでも検査が続くばかりで、もうだめかと、何度も思いました。仕事を途中にして病院に来ていたので、そのことも気にかかり職場の人に迷惑ばかりかけて、悪いなあって思ったり、（略）（38歳、男性、主訴：

胸痛，嘔吐，診断：急性心筋梗塞)

2) <専門的説明や状況に困惑>

医師から病状の説明を受けるが，難しい耳慣れない言葉であるために，患者は“専門的説明の意味が理解できず”にいた。“緊急処置が実施されるが，その内容が理解できず”，時にはそれを理解することを放棄していた。

判ったと言うか，私ら難しいこと言われても，本当はわからん．なんかね，いろいろ沢山話してくれたけど，全然わからん．私らみたいこんな年寄り，聞いてもわからんし，お任せや．それが一番．あたしら素人は，説明聞いてもわからんやろうし．(69歳，男性，主訴：全身倦怠感，診断：完全房室ブロック)

直ぐに，カテーテルの処置をするって，何が，なんだか，分からないうちに，アッと言うまでした．カテーテルの検査中も，透析の機械が動いていて…随分経ってから，やっとああ，そうなんだと判ってきて，その時は何が，何やら判らない状況が結構続いて，どうなるかなあ～って思いました．(38歳，男性，主訴：胸痛，嘔吐，診断：急性心筋梗塞)

4 【今後をイメージできる情報を希求】

このカテゴリーは，これまでの3つのカテゴリーと絡み，患者が，救急外来受診以降，どのような状況においても少しだけ先の事を想定しながら，落ち着いてその場での時間を過ごすことができるように，理解可能な表現と内容の情報を期待することであった．情報とは，診察や検査までの待ち時間や所要時間，経過観察を継続する時間等，今後の方針に関わる状況や症状の解説であり，【信じて身を委ねる】，【自分が自分でない感覚】，【現状への驚愕】の状況を脱する・抜けることができそうな期待を思いうかべる・抱かせる事柄である．このカテゴリーは<現状の解説を期待>，<今後の成り行き情報を期待>から構成されていた．

1) <現状の解説を期待>

患者にとって救急外来受診は，何よりも自己の症状緩和が優先され，そのための速やかな対応が期待されるものであった．しかし，それが叶うまでの待ち時間が長いため怒りにも似た“焦燥感と仕様がないうあきらめ”の両方が混在していた．また理解不能な時間を過ごし，次の対応を“未だか，未だかと待つ”ことに疲労を感じていた．

待っている間、先生が何時頃来るかとか不安じゃない。もうすぐ来ますよとか、もう10分くらいできますよとか、その時間がいつになったら来るのか、そういうのがわからんというのは不安だね。(58歳、主訴：胸痛、診断：狭心症)

何故、診察して貰えないんだろう？自分より先に来ている人もいるので、強くは言えなかったんですが、診察が止まっていると言うか……。実際は30～40分位は待ったと思いますが、実際の時間以上に長く感じて、未だか、未だかと思いながら待つて……。妬げに長くて。(41歳、男性、主訴：背部痛、胸痛、診断：急性心筋炎)

2) <今後の成り行き情報を期待>

患者は、症状や状況、あるいはその変化が、自分にとって良い方向へ向いているのか、あるはそうでないのか、これからどのような検査や処置が必要になるのか、自分がどのような心持ちでこの場で時間を過ごせば良いのか判断できるための“状況説明”を求め、またできれば不安な情報より、“前向き”にその場で時間を過ごすことのできる情報を期待していた。

薬を使って経過をみましよう、って言われてベッドで静養していました。時々、看護師さんが血圧を測ったり、症状について聞いてくれたりしました。私は、少しずつ楽になったように思えたのですが、看護師さんはジッと器械を見つめ、私の話しを聞くだけで、何も言わないので……。経過が良いとか、良くないとか、何か言って欲しかったです。(41歳、男性、主訴：背部痛、胸痛、診断：急性心筋炎)

本当のことを聞きたいのは事実ですが、万一のことまで言われると余計に心配になって、頑張ろうと思える話しをしてほしい。弱気になったり、萎えてしまわないような(話しがほしい)。(52歳、男性、主訴：胸痛、診断：急性心筋梗塞)

◇『生を求め捉えようとする』

患者は、救急外来を受診し非日常的環境の中で著しく厳しい症状を自覚しながら【信じて身を委ねる】、【自分が自分でない感覚】、【現状への驚愕】、【今後をイメージできる情報を希求】を体験していた。各カテゴリーの根底には『生を求め捉えようとする』患者の思いが潜んでおり、この中核となるカテゴリーは、患者は著しい症状の中で医療を受けることに苦しみながらも、症状の改善をめざして、初療の過程において生への思いが萎えそうになった時に、気持ちを奮起させるものであった。

第4節 考察

1 患者の体験構造に対する救急担当看護師の関わり

① 全てカテゴリーは、患者が救急外来を受診した時から治療の方向性が決定するまで、あらゆる局面において連続的に、かつ重複して患者に生じていた。このような構造的脈絡が、初療時における患者のおかれた状況の厳しさと、患者が救急外来を最後の砦として捉えていたことに、切迫したリアリティ感を賦与している。このような体験構造を患者の外観から読み取ることは極めて困難である。それ故に複雑な状況下にある患者の思いを受け止め、戸惑いと困惑から開放へ至る過程を洞察し、専門的な看護介入が求められている。

② 救急外来を訪れた患者が、その初療の各局面で何がどのようになされているのか全く知る余地のないことを救急担当看護師はふまえて、患者が救急外来を訪れた瞬間から患者のために「もてなしの心のドアを開く」¹⁾ 姿勢とそれを示す言葉を表現する必要がある。【信じて身を委ねる】患者にとって、この瞬間は救急担当看護師と如何なる関係が作られるかということは、以降の両者にとって決定的な第一歩となる。危機的状況下にある患者は、救急担当看護師から積極的な関わりや励ましを受けることで慰められる。そして、さらに、相互に分かり合いを志向するコミュニケーション的行為を重ねることで、患者は救急担当看護師に肯定的な印象を持てるようになる。救急担当看護師が僅かなことにも手を差し伸べ、穏やかな口調や暖かな表情は、患者にとって安堵と快適さが感じられることであり、ケアとして重要な意味をもつと考えられる。

患者にとって身体的苦痛の出現は、その人にとって実際に体験する感覚だけでなく、その人が知覚した主観的な感覚をも含んでおり²⁾、それに伴う思考の動揺を引き起こし【自分が自分でない感覚】に陥る。患者が自分らしさを取り戻すために救急担当看護師は、その場において患者のリラックスを導く関わりを行うことが重要と考えられる。救急担当看護師は、安楽な体位や暖かな環境で安静を導くこと、患者の希望する事柄を確認して可能なことは叶え、症状の変化や新たな問題の発生に注意を払う。時間的制約や患者の身体状況が厳しい状況下では余計な苦痛を加えることも少なくないが、患者が大事にされていると感じられるような行為が求められる。救急担当看護師が患者の最初の局面に介入することで、患者が落ち着きを取り戻し医療における自分自身の役割を理解できるようになることが期待される。

3 初療を受ける患者は、時間の流れの中で複数の局面の展開に遭遇する。その局面とは、先に述べたような救急外来へ踏み込んだ時、最初の救急担当看護師との出会いの時、また症状の変化が起こった時であり、また具体的な処置や検査、治療が開始された段階等である。特に、心臓・血管系の障害は、生命に直結した主要臓器であることにより、強い不安や恐怖として認知され、「飛び上がる身体」を体感し「苦しくて、死ぬかもしれない」と表現³⁾されるような危機的状況である局面に対して、【現状への驚愕】を患者は余儀なくされる。初療環境において救急担当看護師は、限られた時間の中で同時に様々な混沌とした状況に対処しなければならない場合も少なくないが、常に患者を尊重することに徹し、医療者の不用意な言動や会話、患者が理解のできない言葉は避け、患者のおかれている状況を平静な雰囲気に変換する努力が求められている。また救急外来は、医療者の作業効率を最大限に配慮したスペースであり、様々な医療器械などハイテクノロジーを配備することで患者の生命を維持し、苦痛を最小限にするためのケアを導くものである。しかし患者にとっては、自己の身に起こっている苦痛に追い打ちをかけるような非日常的な環境であることで、一層の動揺を引き起こしかねない。救急担当看護師はタイミングを見計らいこれらを活用することの意味や期待される効果等を伝えることは、救急外来でどのような治療を受けることにつながるのかについて、理解を促す機会になると考えられる。患者にとって将来への希望を見失うことにならないように、救急担当看護師は真摯な対応と最先端の専門的技術を提供することのバランスをとることが重要である。

4 初療環境において患者が【今後をイメージできる情報を希求】することは、これまでのカテゴリーを生じさせた各状況に、更に各状況が重なった局面においても救急担当看護師とのコミュニケーションによって患者が自己の状況を受け止め戸惑いと困惑から開放されることに繋がる。初療の現場において、救急担当看護師は病状診断や治療の方向性を決定する立場になく、医師の補助的側面が強調されやすい。しかし救急担当看護師が主体となって積極的に患者への関わりを継続することによって、患者は気持ちが楽になる、努力するきっかけを作る、療養に必要な知識を得る、説明を受ける等というポジティブな反応を示すことが明らかになっている⁴⁾。

本研究は、それが初療において、最も先鋭的に且つ集中的に現われることを支持している。通常の外来を受診する以上に、救急外来を受診する患者は戸惑いと困惑の中で自分らしさを維持しながら生を求めようとする思いを奮い起こし、持

続させようと試みる。その患者に、今後のなりゆきを伝え心身の安定を図りながら、今の状況を受けとめていくことができるように相互関係を創っていくことが救急担当看護師の責務となる。

5 全てのカテゴリーの中核には、患者自身が『生を求め捉えようとする』思いが脈打っていた。患者は、初療下において戸惑い困惑する状況にあり、決して尋常とは言い難い体験の連続によって、状況が緊迫していることを理解する。その一方で、患者は状況の打開と生きることを強く願っていた。

一般に看護ケアは、患者と看護師相互の関係において成り立ち、その両者の人間関係的なプロセスにおいて患者自身の問題の成り行きに対してもつ効果は大きい⁵⁾。心臓・血管系に障害がある患者の場合には、確かに、慢性的な経過をたどり生涯において療養行動を継続しなければならない。将来に対し過度に否定的なイメージを形成することがないように、自己の健康問題への関心が高まることが期待される。

6 初療下では、僅かな時間の中で患者のニーズが患者自身で意識されないうちに、救急担当看護師から看護ケアを提供される場合が少なくない。患者は専門的支援に依存しながらも、自分自身で生きることを求め、生に意識を向けてその場に立ち、今の状況を見極めようとしていた。これは自己の健康問題解決のプロセスにおいて、自らが参加することを意味するものであり、今の自己との対峙によって自分自身の存在のあり様に対する意識を自覚する契機となるであろう。これは患者が継続される治療を受けとめ、受け入れていくための準備を整えていくことを示しており、そのために救急担当看護師には、患者の取り組みの原動力（『生を求め捉えようとする』思い）を維持することができるような関わりが求められることになる。

2 看護教育への示唆

看護基礎教育において、対象理解は重要な事柄であり、その理解を促すために演習等によって工夫が試みられているが、心臓・血管系に障害をもつ患者に代表されるような危機的状況にある患者の理解はより複雑で困難な状況にある。

本研究によって得られた知見は、初療下における患者の思いという主観的な理解とその対象に依拠した専門的な関わりが不可欠であることを示している。すなわち心臓・血管系に障害をもつ患者の体験構造に刻印された『生を求め捉えようとする』思いに添う看護は、著しく苦痛な状況に曝されている患者を的確にアセ

メントすることや、患者の存在を受け入れ尊重し、僅かな患者の反応や変化をキャッチする高度な対象理解を必要としている。

とりわけ看護基礎教育では、患者とのコミュニケーションは重要な事柄であり、コミュニケーションスキルは患者－看護師の基本的な関係構築を内包し、患者が自己の健康問題に取り組むことができるように支え励ますことが期待される。これらは看護基礎教育の段階から系統的に習得されるものであり、患者の健康問題によって生ずる様々な反応について思考する創造性、患者との関係性を構築するための多様なコミュニケーションスキルが習得できる教育方法の検討が必要と考えられる。

第5節 本研究の限界

今回、対象者となった心臓・血管系に健康問題がある患者は、初療において象徴的な患者であり、本研究において初療を受ける患者の体験の一側面が明らかになったと言えるであろう。しかし、以下の課題が考えられる。①今回のデータは、危機的状況において患者の体験したことを振り返って語った内容の記述である。データ収集時には、出来るだけリラックスできる環境を整え、ゆとりをもって語れるように配慮した。それでも患者の記憶の限界があることは歪めないことである。②異なる複数の健康問題が重複した場合、あるいは療養中において重篤な合併症が生じ何らかの障害を残した場合には異なる結果を得たことも考えられ、新たな研究が必要である。対象者が③特定機能病院1施設における救急外来を受診した患者に限られたことも限界である。

第6節 まとめ

救急外来を受診し初療を受ける患者の体験の構造から、戸惑いと困惑する中で医療者へ依存しながらも、生を求めそれを捉えようとする患者の実態が明らかとなった。初療に関わる救急担当看護師は患者に対して安らぎと安心を与え、また身体状況の理解と現実認識を高めるケアを行い、生命の危機に陥った患者を支えることによって、患者は継続される療養方法を受けとめることが可能になると考えられる。

初療に関わる救急担当看護師には、この患者の思いを的確に把握し理解するた

めの実践能力，とりわけ生の危機的状況下にある初療時における患者の人間理解を踏まえたコミュニケーションスキルの習得が最も強く求められる．そのためには，そのコミュニケーションスキルとは，どのようなスキルであるのかを解明すること，さらにその習得のためのプログラムの構築を早急に取り組む必要のあることが課題となった．

この研究結果は，これまで初療を受ける患者に焦点を当てた研究が皆無であったことより，患者理解を促し深めることに寄与することが考えられる．また，初療看護実践における救急担当看護師に対して，自身の患者への関わりについて振り返りと気づきの機会を提供することになったと考えられる．

本結果によって，救急看護における患者－救急担当看護師間の構造化の一部を明らかにすることができた．今後は，ケアを提供する救急担当看護師に焦点化することで研究を発展させていく必要がある．

引用文献

- 1) Grossman V./高橋章子監修，村井嘉子他訳『ナースのためのトリアージハンドブック』医学書院，pp. 5-6, 2001.
- 2) Michael Blumenfield, Margot M. Schoeps/堤邦彦監訳『救急患者の精神的ケア』メディカル・サイエンス・インターナショナル，pp. 2-3, 1996.
- 3) 柴垣節子『Heart Attack Rhapsody ある日突然，心筋梗塞』文芸社，pp. 18-20, 2001.
- 4) 井部俊子「外来看護活動の推進に関する研究」『看護』日本看護協会出版会，53(5), pp. 96-100, 2001.
- 5) 前掲4) pp. 4-16

第Ⅲ章 救急担当看護師の看護介入の特質

本章は、29頁に示した本研究の第2段階である。初療看護を担う救急担当看護師に焦点を当てる。初療看護において救急担当看護師は患者の重症度と緊急度を冷静に判断している。同時に救急担当看護師は、突然の健康問題が発症したことによる患者の戸惑いと困惑を鎮めるためにメンタルアセスメントを行い、気づきながら誠実に関わることによって患者の精神的な安定を導くことも重要な責務である。初療の現場では救命のための医学的処置が最優先されることによって、専門的な救急担当看護師の専門性がブラックボックスの状況にある。

第1節 本章の目的

本章の目的は、初療における救急担当看護師は危機的状況にある患者に対して如何にして患者との対話的行為を志向し、どのようなコミュニケーション的スキルを駆使することで合意形成を構築しているのか、を明らかにすることである。

第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所

1 研究対象

研究対象は、24時間対応の全次型救命救急センター、および総合診療科の初療場面における救急担当看護師に焦点を当てた患者との関わり場面である。本章で言う救急担当看護師とは、救急外来や救命センター等（以下、救急部門）において専従で業務を行う看護師、あるいは日替わり（ローテーション）で救急部門を担当して業務を担う各科外来看護師である。

本研究の主旨を理解し、同意を得た20名の救急担当看護師である。年齢は24～45歳（平均31.3歳）、臨床経験年数平均10.5年、救急看護経験年数平均7.8年、全て女性であった。全ての救急担当看護師は3年制専修学校において基礎教育課程を修了している（但し、その後の継続教育の内容は明らかではない）。

参加観察場面の患者の年齢は28～65歳、患者の主訴は、胸部不快感、胸部違和感、背部痛、胸痛、胃部不快、動悸、吐き気、倦怠感、めまい等であった。参加観察場面は特定せず、出来る限りの場面に立ち合った。最終的に、心臓・血管系の健康問題が強く疑われた患者とその診断を受けた患者との関わりを分析の対象とした。

2 データ収集方法

データ収集方法は、筆者が初療看護の場面に参加しながら救急担当看護師と同じような立場で現場に起こる出来事をデータとして採るために参加観察が採用された。さらに参加観察時の非言語的な反応にも細心の注意を払い観察事項として記録した。参加観察場面だけでは得られなかった事実や救急担当看護師の患者への関わりの意図について、救急担当看護師へインタビューすることで補われた。インタビューは、救急担当看護師と患者との関わりが終了、あるいは一つの場面の区切りにおいて実施し、インタビュー時間は15～50分であった。参加観察は計102場面、インタビュー計28回である。

参加観察の時間帯は、日勤(8:30～17:00)までが92時間、準夜(17:00～22:00)が15時間、深夜(5:00～8:00)が30時間である。参加観察時には、救急担当看護師の同意を得たうえで、ICレコーダを携帯しその場面の会話を録音した。筆者が必要と思われた事柄についてフィールドノートにメモとして残した。参加観察時の非言語的な反応にも細心の注意を払い観察事項として記録した。

3 データ収集期間

2006年6月～2006年12月

4 データ収集場所

A県内、および都内にある特定機能病院の2施設の救急部門、およびその1施設内の総合診療科の合計3部門である。この総合診療科は、施設の運用機能として初療を担う部門であったことより、データ収集場所として選定された。これらの施設は、先駆的に救急医療に取り組んでいる施設の無作為抽出によって、研究の承諾が得られた施設である。筆者と施設、および研究フィールドの救急担当看護師との関係性において、特筆すべき事柄はない。

第3節 結果

救急担当看護師は、初療という限定された時間(7～25分)において、《訴えと反応に集中する》ことに始まり、次に《絶えず視線を注ぐ》関わりが行われていた。この2つのカテゴリーは、多くの場合は同時に、時には、僅かな時間差で実施されていた。これらに付加するように《現実認識を促進する》と《環境をコーディネートする》関わりが行われ、これらのカテゴリーは患者に対して密着し

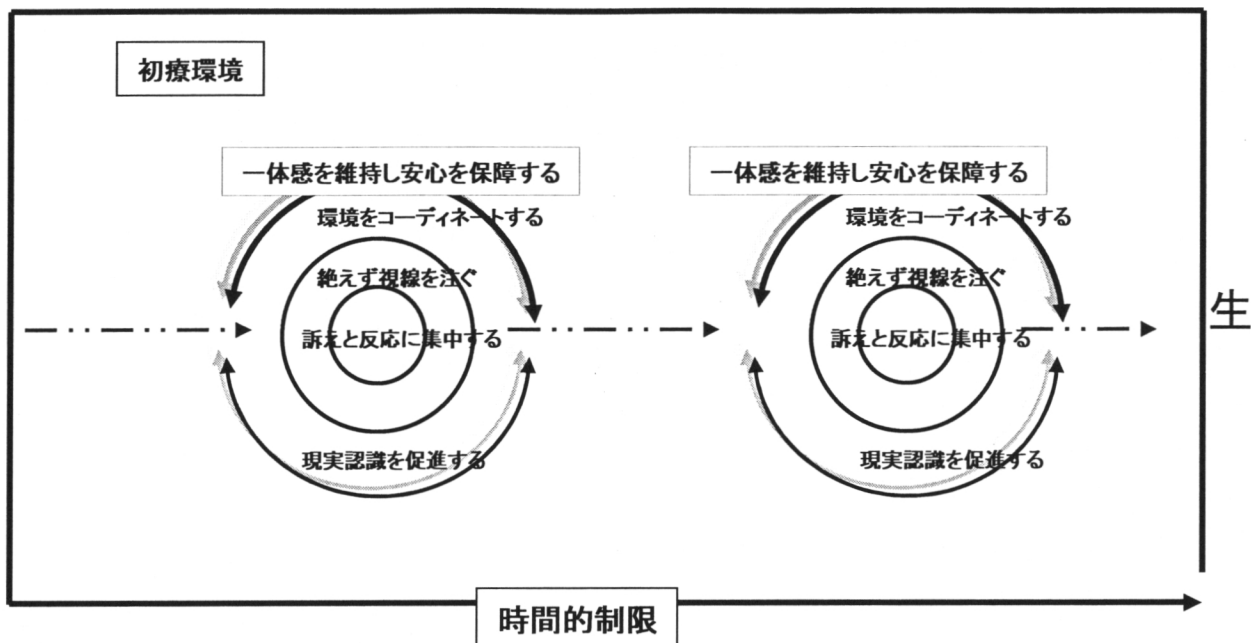
て様々な場面において連続的に実施されていた。以上のカテゴリーに関連づけられるコアカテゴリーとして、『一体感を維持し安心を保障する』が生成された。この関連は図1（56頁）である。

本研究のストーリーラインは以下の通りである。救急担当看護師は初療の限定された時間において、患者の身体状況が脆弱、かつ変化しやすい状況であることを十分に理解していた。救急担当看護師は患者の表現することを助け、言葉にならぬ思いを引き出すために《訴えと反応に集中する》関わりを実施していた。同時に、救急担当看護師は患者の不安定な心身の状況によって顕れる微細な反応に対して《絶えず視線を注ぐ》ことで関心を向け、患者の如何なる変化も見逃すことのないように患者へ専念する姿勢を示していた。これらの専念する行動に連続して救急担当看護師は、患者が自己の身体状況の変化とその対応について理解を深めるために現状説明を行っていた。その際、状況に応じて救急担当看護師は家族・近親者との連携も図られ《現状認識を促進する》関わりを実施していた。更にこの関わりに加え救急担当看護師は、患者の苦痛な症状を労り患者を取り巻く環境を整備することに努力し《環境をコーディネートする》関わりを実施していた。これらの救急担当看護師の関わりは、瞬時に一つの纏まりとなって患者へ提供され『一体感を維持し安心を保障する』ものであった。

コアカテゴリーは『』、カテゴリーは《》，サブカテゴリーは<>、特性は“ ”で表し表1（56頁）に示した。カテゴリーを生成した根拠となる患者と救急担当看護師の関わり状況と、その状況を補足する救急担当看護師のインタビュー内容を記述化した。（ ）内の記述は、その時の状況について筆者が説明を加えた。カテゴリー名に続く時間の表示は、患者と救急担当看護師の関わりの大凡の時間を示す。データにおいて患者と関わる救急担当看護師は、看護師と略して表示する。

1 《訴えと反応に集中する》7～10分

救急担当看護師は、患者の発する言葉は勿論、言葉にならぬ思いや本心に迫ろうと、患者の有りのままに付き合い、患者に対して観察と傾聴することに専念し、患者が突然の健康問題を発症したことで動揺が激しく、変化し易い心身の状況を確実に捉えようとしていた。また、患者が一方的に話す傾向が強い時、あるいは反対に何を言ってもよいのか判らず反応が乏しい時等、強いることなく患者の言い分を聴き、時には表現を助けることである。このように《訴えと反応に集中する



底辺の矢印は時間軸、四角の囲いは初療環境を示す。三重円全体は、看護師の『一体感を維持し安心を保障する』関わりの全体を示し、同一の並びは時間経過における連続性を表す。一重円は「訴えと反応に集中する」、二重円は「絶えず視線を注ぐ」、これらに加え三重円は「環境をコーディネートする」や「現実認識を促進する」関わりが行われることで、『一体感を維持し安心を保障する』関わりを成している。関わり全体を成す三重円の矢印と影は、患者の関わりの実際が平面的でなく、患者に対して常に密着し、連続性をもって関わっていたことを示す。

中央破線矢印は、初療を受ける危機的な状況にある患者は、戸惑いと困惑状態にありながらも生を求め捉えようとしている。看護師の『一体感を維持し安心を保障する』関わりは、その患者に寄り添っていることを示す。

図1 救急担当看護師のコミュニケーションのカテゴリー間の関連

表1 救急担当看護師のコミュニケーションの構造

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	特性
『一体感を維持し安心を保障する』 看護師が患者のすぐ側にいることで孤独感を軽減し、患者に安らぎを導きその場における安心を提供すること	《訴えと反応に集中する》 定義：看護師は、患者の発する言葉は勿論、言葉にならぬ思いや本心に迫ろうと、また患者の僅かな変化を見逃すことなく、患者に対して観察と傾聴に専念すること	<表現を助ける>	①例えを示す ②代弁する
		<本音を引き出す>	①言い分を聞く ②聞き役に徹する ③反応を待つ
	《絶えず関心を注ぐ》 定義：看護師は、患者の僅かな変化を決して見逃さないように、終始近くで気かけ、言葉かけを行い見守ること	<気がかりを表現する>	①迎える言葉をかける ②どの位置からでも声をかける
		<直ぐ側に寄り添う>	①状況に付き添う ②顔の見える位置に立つ ③手を握ったり、摩る
		<現実理解を促進する>	①判る言葉で話す ②繰り返して説明する ③安心できる情報を伝える ④話しの切り口を変えて話す
	《環境をコーディネートする》 定義：看護師は、患者の苦痛な症状や状況を気遣い、患者ができるだけリラックスできるように、緊張する環境や雰囲気緩和に向けて調整すること	<家族・近親者と連携する>	①家族・近親者の存在を確認する ②家族の反応を確かめる
		<労りを表現する>	①「ごめんね」と断ってから身体に接触する ②症状への思いやりを表現する
		<リラックスを提供する>	①穏やかな雰囲気を作る ②落ち着ける場所を確保する ③考える時間を与える

»は、〈表現を助ける〉〈本音を引き出す〉から構成されていた。

1) 〈表現を助ける〉

救急担当看護師は、患者がどのように表現したらよいのか困った時には“例えを示し”，あるいは言い難い事柄についてはその状況を察して“代弁する”等，患者の思いの表出を助けていた。救急担当看護師にとって患者から直接的に情報を得ることは，変化しやすい患者の状態をいち早くキャッチすることであり，また患者の認識を理解する機会であった。

2) 〈本音を引き出す〉

救急担当看護師は，患者が症状の出現と受診の事実に驚きと恐怖を興奮状態で表す時，また知識の乏しさや症状による戸惑いによって自分の状況を誤解して捉えている場合等では，黙って患者の“言い分を聞く”ことで興奮を鎮静化させていた。患者が過剰に話すことは，安静を阻害することにもなりかねないが，救急担当看護師が静止を強要することは更なる興奮や医療者との関係性の構築を困難にすることから，救急担当看護師は，患者の症状が許す限り自由に話しをさせ“聞き役に徹する”ことや“反応を待つ”ことで患者と向かい合っていた。

【場面1】75歳，女性，息苦しさを主訴に来院。ソファで左胸を押さえ娘らしき人と座っている。初療室では，この患者を受け入れるためのベッド準備を行っている。救急担当看護師が患者へ近づく。

看護師：（患者の前に腰を下ろして問う）胸が辛いんですね。今，すぐ中で休めるようにベッドを準備していますねから。

患者：（静かにうなづく）

看護師：楽な姿勢でいてください。話せますか？何時頃から痛くなりましたか？

患者：（少しの間）2時間程前…少し休んでいたのですが，つらくて…つらくて。

看護師：痛みが，強くなったんですね。どんな痛みですか？

患者：（無言）

看護師：（患者の表情を伺いながら）締め付けるような？詰まったような？チクチクですか？

患者：（少しの間）ギュッと

看護師：そう。ギュッと…と締まる感じかしら。ちょっと，見せて（左手の脈を触る。患者の表情と自分の時計をゆっくり交互に見ている）楽にしてください。休む場所を準備していますから。処置室で心電図を撮ります

ね。現在、何か薬を飲んだり、治療中の病気はありますか？

患者：（口元が動くが、聞き取れない）

看護師：えっ？（自分の耳を患者に近づけるが聞こえない）わかった。話さないでいいよ。側にいるから、大丈夫よ。お話は、娘さんに聞いておくね。話せるようになったら、何でも言ってね。

患者：（首を縦に振りうなづく）

間もなく処置室の準備ができた連絡があり、患者は救急担当看護師に抱かれるように移動する。

救急担当看護師へのインタビュー

症状のある患者さんは、（診察室や処置室に入る前に）先に様子を見に行きます。今の方は、こちらの話す内容を落ち着いて聞き取れていたのが良かったですが、パニックになる方もいて…。状況をしっかり見ておかないと早めの対処が必要な場合もありますから。今の方は、症状が強くて呼吸も辛そうでしたね。きっと、不安だろうと思ったのでしばらく側についていました。出来るだけ側で、患者の状況を見ておくと感覚がわかるというか、思ったより重症なのか、そうでないのか？注意すべき所も見えたり、判断材料が加わります。患者さんにとっては、自分の症状がわかって貰えたというだけでホッとできるんじゃないかな。

2 《絶えず視線を注ぐ》7～10分

救急担当看護師は、患者の僅かな変化を決して見逃さないように、終始近くで気かけ、見守っている。救急担当看護師は、患者との出会いの時から心理的距離を出来るだけ縮めるために積極的な言葉かけを行っていた。たとえ、救急担当看護師は患者と離れた位置にいても患者へ関心を向けていることを伝え、あるいは変化を感じた時には、必ず自分の目で患者の状況を確認するよう努めていた。また救急担当看護師は患者の処置や検査、その待ち時間等に行動を共にし、落ち着きが得られるようにスキンシップを行っていた。救急担当看護師は、患者のわずかな変化を見逃すことのないように患者の直ぐ側で関心を寄せている。このように《絶えず視線を注ぐ》は、＜気がかりを表現する＞、＜直ぐ側に寄り添う＞から構成されていた。

1) <気がかりを表現する>

救急担当看護師は、患者が健康問題の出現によって専門的援助を求めて来院したことを受けとめ、患者に対して積極的に“迎える言葉をかける”ことを行って

いた。救急担当看護師は、患者の状況に対して漠然とした気がかりや疑問が残る場合には、患者の“どの位置からでも声をかける”ことで患者の状況を確認し、患者の状況の変化に細心の注意を払っていた。

2) <直ぐ側に寄り添う>

初療を受ける患者は脆弱、かつ変化しやすい身体状況であること、無防備で戸惑い困惑の状況にあることより、救急担当看護師は患者の安心と安寧を提供するために可能な限り“状況に付き添う”ように努めていた。救急担当看護師は、出来るだけ患者の“顔の見える位置に立つ”ことで状況を捉え、患者から気持ちが乱れた言葉が聴かれたり行動が見られた時には“手を握ったり、摩る”等をして落ち着きを促していた。

【場面2】65歳、男性、日中より胃部不快と胸部の違和感があり市販薬を内服。

一旦軽快したが、再度胸部全体の痛みが増強した為家族と共に受診する。

看護師：診察まで此方で休みましょう…。(休養室を示す)

患者：(閉眼した状態で左胸部を右手で押さえ、ソファーにもたれている。看護師の声かけに返事はない)

看護師：胸が痛みますか？何処が、どの様に痛みますか？

患者：(無言のまま、開眼する)

家族：はじめは胃の調子が悪いのかと思っていましたが、少し違うみたいです。

看護師：(腰を屈め、顔をのぞき込む)体調が思わしくないようですね。一緒にゆっくり中へ移動しましょう。(患者の肩を抱え、移動を促す)

患者：(看護師の促しにも動く気配はない)

看護師：(動く様子のないことを悟り、しばらく(およそ3分程度)その場を共にする。左腕で脈拍を確認しながら、患者の顔をジッと見ている。(その後同伴している妻らしき人に既往歴を確認する)脈拍は、大丈夫。きれいね。
(独り言の様に呟く。患者へ)どんな感じですか？中で検査をすると、より状況がわかると思いますが…。

患者：(無言)

看護師：(患者の顔をジッと見ている)中の様子を見てくるわ。直ぐ、戻るから…
(患者から一旦離れ、診察室へ戻りかけ、離れた場所から患者の様子を伺う。その後も準備状況を確認しつつ、患者を遠くから見ている。)

それから約10分後、家族と共に休養室へ移動する

救急担当看護師へのインタビュー

患者や家族は、症状が一旦軽快して、再度出現したことで状況が進行して悪い状況と思ったようです。確かに、短時間で症状が色々変化する場合は、要注意で目が離せません。患者は、これまで大きな病気の経験がなかっただけに、不安になって自分の世界に閉じ籠もってしまったようです。年齢的に循環器疾患は大いに疑われるので、早い検査が必要でしょうが、患者があのような状況では余計に興奮させかねないので…。しっかり状況チェックをして、判断が必要です。幸い脈拍はOKで、顔色も悪くなかったのしばらく様子を見て患者の出方を待ちました。すぐに対処できるように準備はしていました。後で、奥さんから聞いたところ、患者は、凄く心配性（の性格）で初対面の人には直ぐには話が出来ない方ということでした。

3 《現実認識を促進する》約 25分

救急担当看護師は、患者に対して健康問題が生じたことによる現状を説明し、患者自身が現在の状況に対して理解を深めることができるように努めていた。時には家族・近親者の協力を得ることで患者を落ち着かせることを試みられ、患者自身が現状に対して認識を深められるように配慮されていた。このように《現実認識を促進する》は、〈現状を伝える〉、〈家族・近親者と連携する〉から構成されていた。

1) 〈現状を伝える〉

患者は専門的な知識が乏しく、危機的な状況であることより周囲への関心や感度は低下している。救急担当看護師は、患者が自身の状況を十分に受け入れることができるように患者の“判る言葉で話す”ことに努めていた。また、救急担当看護師は患者が今後の療養を前向きに受けとめその活力となるような“安心できる情報を伝える”ことや一度の説明でなく“繰り返して説明する”ことで、より理解を深め、状況理解が進まない時には“話しの切り口を変えて話す”工夫を行っていた。

2) 〈家族・近親者と連携する〉

救急担当看護師は、患者が重篤な場合や一人では不安や動揺が強い時、あるいは患者の情報を得るために“家族・近親者の存在を確認する”ことによって、彼らの協力を得ていた。患者と家族が対面することは、患者へ落ち着きを与え安心を導くことが可能となることより、この連携は積極的に実施されていた。救急担当看護師がその場における“家族の反応を確かめる”ことは、患者への援助協力

の可能性と、さらに状況次第では患者が安定した後の家族支援の方法と内容を見極めていた。

【場面3】53歳、男性、胸痛が出現したため来院（症状出現後1時間経過）する。

来院時には既に胸痛は軽快しており、胸部の違和感のみを訴えて自力歩行で診察室に入る。女性の同伴者あり。初療室内で医師の間診、聴診等を受け心電図検査が終了した。

看護師：ベッドで横になっていきましょう。

患者：（看護師の言葉に重なるように）大丈夫です。初めに比べると随分楽です。ここでいいです。（淡々とした表情で椅子に座っている）

医師：（心電図をみながら）Kさん、心臓の血管が詰まりかけている状況です。胸は本当に辛くありませんか？

患者：（少しの間）重い感じですが、大したことありません。

医師：出来るだけ早くに、心臓カテーテルという検査をやって処置をした方がいいでしょう。この図を見て下さい。（心臓血管の写真を用いて現状の解説を始める）

患者：（真剣に聞いているが、途中で急に）このままでは検査は受けられません。症状も楽になっているので、大丈夫です。一旦家に帰ってからまた連絡します。

医師は、患者に同伴した女性にも状況を説明することの了解を得て、再度患者を含め状況について説明した。この状態を長時間放置すると死への危険についても付け加えた。

患者：少し、考えさせてほしい…（と、言って女性と共に診察室を出て行く。）

看護師：（約10分後、患者の状況を見に行く）

患者：（廊下に立っている。看護師に視線を向ける）

看護師：（患者の所へ歩み寄る）

患者：（一息ついた後）本当に心筋梗塞なのですか？今は、全く症状が無いのに。（看護師の目を見入っている。同伴女性は、困りきった顔で患者の後ろに立っている。）

看護師：（うなずきながら、患者を少し離れた待合のベンチに誘導し座らせる）これが心臓の難しいところなのよ。Kさんの場合、今まで検診等を受けていないので、病気が潜んでいたのが分からなくて…。何かのきっかけで症状が出て、その症状がまた消えて…。と不安定なのがこの病気のやっか

いな所です。胸が痛くなる発作が重なると命にも関係するんですよ。

患者：(黙って聞いている))分かりました…一人にしてもらえませんか。

看護師：分かりました。もし、また症状がでたら、直ぐに言ってください。先ほどの診察室に来てもいいですし、そこの事務の人にでも伝えてください。直ぐに来ます。

(少し、離れたところにいる女性にも目で合図をして患者から離れる)

患者：(うつむき加減で考えている)

約1時間後、検査を受けることに同意する。

救急担当看護師へのインタビュー

私が、患者と話した内容は医師が話したものと殆ど同じです。判りやすく、丁寧に事実だけを伝えました。あの時、患者は医師の言ったことを自分でもう一度確認したかったんだと思います。私も心カテ(心臓カテーテル検査)を勧めようかとも思いましたが、今悩んでいる状況でしたし、命の危険があるのにそれを拒絶する理由が何なのか?もし、深い何か事情があったら…それが解決しないと前には進めないのかなあと思いました。患者さんは、症状が無くなっていただけに軽症と判断した、したい?自分に起こったことでびっくりして、診察室では、人前では考えられなかったのかもしれないね。廊下では、患者さんの方から此方に歩み寄って来られたので、迷っていたんですね。診察室では医師の話しを十分に聞くゆとりがなく、診察室を出てから我に返って漸く考えられる状況になった。時間をかけたことで納得できたのかもしれない。同伴者の方は、患者さんのことを気づかしていました。患者さんの性格をよく知っているというか、強くは言わずに、でもやんわりと話しをしていたので助けになりました。

4 《環境をコーディネートする》7~10分

救急担当看護師は、患者の苦痛な症状や状況を気遣い、緊張する環境や雰囲気
の緩和に向けて調整していた。救急担当看護師は、患者の辛い症状を受けとめ、
理解していることを伝える等、その関わりを丁寧かつ慎重に行っていた。また救
急担当看護師は、患者が出来るだけリラックスできるように配慮し、少しでも居
心地のよい環境作りに努めていた。このように《環境をコーディネートする》は、
<労りを表現する>、<リラックスを提供する>から構成されていた。

1) <労りを表現する>

初療を受ける患者にとって身体状況が苦痛な上に、検査や処置は更に追い打ち

を掛けることになりかねない。救急担当看護師は、患者の身体に接触する場合には、必ず「ごめんね」と断ってから身体に接触する”ことを心がけ、様々な場面や機会を活用して“症状への思いやりを表現する”ことで、慈しみ励ましを伝え人間への尊厳の気持ちを示していた。

2) <リラックスを提供する>

救急担当看護師は、患者が検査やその結果を待っている時、あるいは診察の一区切りの時期に気持ちが和む言葉掛けを行い、救急担当看護師自身の会話や行動する速度を緩めることによって“穏やかな雰囲気を作る”努力をしていた。救急担当看護師は、患者が安静中や経過観察の過程において出来るだけ初療現場の緊張した雰囲気や物々しい環境から遠ざけるために、スクリーンやカーテンを活用し、患者に対して物々しい治療室とは別に“落ち着ける場所を確保する”配慮を実施していた。また、救急担当看護師は患者の気持ちを落ち着かせ“考える時間を与える”ことで患者自身が自己の状況を受け入れる準備に繋げていた。

【場面4】68歳、男性、胸背部痛を訴えて来院する。顔面からジッと汗を流しており、診察室へ誘導する。

患者：（看護師に抱えられながらベッドへ移動する。ベッドへ吸い込まれるように臥床する）

看護師：楽な姿勢でいて下さい。速い息でなくて、ゆっくりね。今までこの様な経験はありますか？（隣のベッドとの間のカーテンが閉まっていることを確認する）

患者：（首を横に振る）

看護師：血圧測りますね。仰向けになれるかしら、ごめんね。

患者：（ゆっくりと看護師に促され体位を変える）

看護師：ごめんね。（血圧測定ができるよう促す）この腕伸ばせるかしら？

患者：（看護師の指示に応ずる）

看護師：普段は、どれくらい？（患者の泣き顔を見ながら）辛いね。楽にするからね。（血圧測定する）はい、いいです。横向きが楽かしら？ここでは、一番楽な姿勢でいて下さい。現在、何か薬を飲んで治療していますか？

患者：・・・（聞き取れない）

看護師：ごめん！辛いね、分かった、話さなくていいよ。これから検査をして調べるね。今、楽になるから頑張って！ゆっくり呼吸してね。その方が

楽よ。

救急担当看護師へのインタビュー

来院直後から異常でした。凄く痛がっていて、救急車で来ても良いくらいの状況でしたね。簡単に救急車を呼ぶ人もいるけど、呼びたくないという人もいて。症状が強かったので、早く楽にしてあげたかったですね。しかし、その前にどんな状況かを把握しなければなりません。医師は診断がはっきりするまで薬の使用を控えます。痛み止めを使うと状況が見え難くなるからです。私達も症状が余り強ければ、薬の必要性を医師へ伝えますが、そのタイミングが重要です。患者さんが辛がっているのを見続けるのは看護師としても辛いです。患者へ看護師も状況は判っていることを患者に伝えつつ、検査を進めることを理解してもらう必要もあります。出来るだけ安心して、落ちつける状況を作って励ましました。

◇『一体感を維持し安心を保障する』

救急担当看護師は、限定された時間において変化し易い患者の状況と緊張した様々な局面で、患者の《訴えと反応に集中する》、患者に対して《絶えず視線を注ぐ》と同時に《現状理解を促進する》《環境をコーディネートする》関わりを一つの纏まりとして実施していた。各カテゴリーは常に連続的に、分離することなく構造的に関係し合っており、救急担当看護師の患者に対する『一体感を維持し安心を保障する』という姿勢が貫かれていた。この中核となるカテゴリーは、救急担当看護師が患者のすぐ側にいることで孤独感を軽減し、患者に安らぎを導きその場における安心を提供することに大きく寄与している。

第4節 考察

1 患者の体験の構造に対する救急担当看護師の関わり

【 】は、第Ⅱ章の患者の体験を示す。

1 初療下にある患者は、突然に著しい苦痛症状が生じることで驚きと恐怖を感じ、自己の状況認識が困難になるばかりでなく自己表現が不十分になる。救急担当看護師の患者に対する《訴えや反応に集中する》《絶えず視線を注ぐ》関わりは、患者の受診時の情報が少ないことより、患者の主観的、客観的データを積極的に収集することに繋がり初療看護の原点と言える。救急担当看護師は、患者の訴えや反応の変化を時間経過の中で捉えることは症状の改善や悪化を判断すること、ま

た治療の成果を見極める手がかりにしていた。患者にとって救急担当看護師から自分の表現したいことをタイミングよく助けられる事は、自分に対して関心が注がれていることを実感することであり、患者の【信じて身を委ねる】体験の期待に添うものと考えられる。

このように救急担当看護師が患者の直ぐ側に付き添い、積極的な言葉掛けを行うことは患者が救急担当看護師の存在を確実にキャッチすることであり、患者に大きな喜びと安堵をもたらす。これによって患者は、安楽な方向へと導いて貰えるという期待が高まる。相互行為の過程の端点には、必ず何らかの期待が付着しておりその期待が役割と呼ばれる¹⁾。患者が救急担当看護師に対して抱く専門的な支援が得られると言う期待を裏切ることのないように、救急担当看護師としての責務を果たしていくことで、信頼関係を構築することに繋がると考えられる。

また、救急担当看護師は、患者の本音を引き出すことにより、その場における患者の認識を理解し、現実とのズレをキャッチしている。この行為が患者への関わり方を再検討することにも繋がっている。この一連の行為は、救急担当看護師が患者の率直な思いや言い分を「聴く」という意図的な行為そのものであり、その場で最初に出会った患者と救急担当看護師相互の関係性を構築するための積極的な関わりと言える。救急担当看護師が患者の言葉を受け止め問題を共有し考えるという行為は、患者にとって自分の言葉を受け止め聴き入れてもらえる経験となる。この経験は患者にとって大きな支えとなり心理的安定をもたらす、患者の【自分が自分でない感覚】から脱することに繋がり、患者に自己の状況を受け入れる力を呼び込むことになるのではないだろうか。

2) 救急担当看護師が《現実認識を促進する》関わりは、患者に身体症状の変化について判りやすく状況説明を行うことで、患者自身が措かれている状況について理解を深めることである。救急担当看護師は患者が過度の心配や恐怖を抱くことのないように情報内容を選択的に提供する、という工夫がみられた。本研究における救急担当看護師は、実践経験が10年であったことより、患者が少しでも落ち着いてその場にいられるような情報提供が可能であったと考えられる。また、救急担当看護師は、常に患者のこれまでの苦痛や恐怖、不安の経験を労うこと、患者の訴えを聞き入れ、その状況を受け止めていることを伝えていた。その上で救急担当看護師は、患者が自身の現状を受け止められるように、丁寧かつ判りやすく「言葉をほぐ(した)す」表現²⁾を行っている。つまり救急担当看護師は、カタ言言葉は患者の聴く状況(態度)を壊してしまうことがあり得ると考え、言葉

をほぐして患者と向き合っていた。この関わりは患者が【今後をイメージできる情報を希求】する体験に一步近づくものと考えられる。

また、患者が治療の過程において家族・近親者と対面することは、救急担当看護師では困難な情緒的な支援が家族・近親者から得られ、さらに患者の心身の安らぎと安堵を導くことが期待されている。これによって患者は認知度を高め現状を受けとめることに繋がり、【自分が自分でない感覚】や【現状への驚愕】体験から復活するきっかけを与えられている。

2 救急担当看護師の関わりの特質

①初療では、出来るだけ早期に確定診断を行い、障害を最小限に留めるための治療を開始することが最優先される（但し、救命を望まない特殊状況は除外する）。しかし、救急外来を訪れる患者の全身状態は不安定な上に、患者の情報が極端に少ないことが特徴である。患者の重症度や緊急性が高ければ時間の猶予はなく、時間との兼ね合いの中で患者へ必要な検査や処置、治療が実施され患者の状況は目まぐるしく変化する。この状況において救急担当看護師の責務は、患者の生命維持と回復に向けて治療行為の流れに沿い、出来るだけ早期に効果的な処置を行うための役割を担うことである。その具体的な事柄として救急担当看護師は、複数の患者の様々な健康問題とそのレベルの把握と判断、患者の各局面において患者の反応に対応する。そして的確な情報収集に基づき正確なアセスメントを行い、処置や治療の時期を逸することのないように症状の変化や悪化の兆候を捉えることは重要不可欠な行為である。

②患者にとって初療という環境は、独特な雰囲気醸し出し日常性を欠いており、特に心臓・血管系に健康問題のある患者にとって、ことさらに死をイメージする場合も少なくない。救急担当看護師が患者へ『一体感を維持し安心を保障する』関わりは、救急担当看護師は患者の僅かな変化を見逃さない集中した状況観察を意図することであり、その場において患者の体験によって生じる恐怖や孤独を軽減し、あるいは回避することでもある。その関わりによって患者は、その場に居ることに落ち着き、その状況に取り組む勇気を得ることである。

救急担当看護師と患者の「一体感」とは、脆弱で不安定な患者を見守り、単に感情の一致や同一化をなす事ではなく、救急担当看護師は他者（患者）の思いにふれて自身（救急担当看護師）の理解の枠におさめようとせず、一人の人間として他者の存在に接することである。また、救急担当看護師は、初療環境の時間の流

れの中で患者の様々な思いや態度、反応を否定することなく了解しようとしてその状況に付き合うことである。救急担当看護師はどの位置からでも患者へ声をかけること、顔を見ること、手を握ることや摩り、救急担当看護師自身の身体全体で患者の状態を感じとろうとしている。このような救急担当看護師の身体化した判ろうとする姿勢は、患者の精神的な安定を導きその場の出来事を受け入れる力を与えている。この関わりは根本的な人間理解を示すことである。

初療下では、患者の特徴より医療処置の進行と患者への解説が同時進行される場合が多い。患者はその状況を理解できぬままその場を過ごし、患者の気持ちはその状況から置き去りになることが少なくない。この過程において救急担当看護師は、脆弱な患者を保護しその患者が救急担当看護師である支援者との距離感を抱くことがないように、『一体感を維持し安心を保障する』という根本的な理解に基づく専門的な優しさが貫かれていたと考えられる。

3 初療経過の中で救急担当看護師が、患者の苦痛を労り症状の安定を見極め、静かな環境や落ち着いた状況を作り提供する事は、新たな環境をコーディネートすることである。患者に症状が残る状況であっても、救急担当看護師からの思いやりを実感できることは、患者の基本的な安全・安楽の欲求を叶えることである。これは患者の気持ちの切り替えを可能し、非日常的な専門的な情報を受け入れることに繋がることである。これは患者自身の健康問題に対して、自己決定するための原動力を奮起させる出発点となり、今後の治療方針や療養生活を受け入れることに繋がると考えられる。全てのカテゴリーに浸透する患者への『一体感を維持し安心を保障する』関わりは、患者の体験による『生を求め捉えようとする』思いを維持することに繋がると言えるのではないだろうか。

3 初療を受ける患者に対する関わりと慢性的な健康問題をもつ患者に対する関わりの違い

救急担当看護師の関わりは、突然の健康問題の発症による障害を最小限に食い止めること、また患者が自己の健康問題を受け止め、回復をめざして療養法を選択するための意思決定を支える援助を行うことである。救急担当看護師の「訴えと反応に集中する」「絶えず関心を注ぐ」関わりは、救急担当看護師は緊迫した限られた時間の中で患者に接近し、患者の心身の変化をタイムリーに把握し必要な援助に繋げるための主体的、かつ積極的なアプローチであることが理解できる。このような患者は、身体状態の改善が得られない時や症状の悪化、新たな問題の

発生も少なくない。救急担当看護師の《現実理解を促進する》《環境をコーディネートする》関わりは、患者の落ち着きと安らぎを導くためにはなお一層、重要な関わりとなる。

一方、慢性的な健康問題をもつ患者への関わりは、セルフケアのために行動することを助け促すことであり、療養生活を継続する過程において患者の行動変化を肯定的に見守ることである³⁾。つまり、患者の既にある生活を変化させ、新たな生活を再構築するための支援である。

両患者において専門的な看護支援は必要不可欠である。しかし初療看護において特に意識されなければならないことは、患者が危機的な状況であるが故の『一体感を維持して安心を保障する』関わりの特徴である。救急担当看護師はすぐ側で患者の味方をする、権利を擁護する等、と言う救急担当看護師のアドボケータとしての専門的な関わり姿勢がより強調されることが、慢性的な健康問題を持つ患者に対する関わりとの差異となっている。

第5節 本研究の課題

今回、初療を担う看護師の関わりの一側面が明らかになったと言える。しかし、以下の課題を挙げておかなければならない。

①研究を承諾した施設は、2つの特定機能病院における3部門である。地域における中核的な医療施設としての役割をもち、救急医療施設として積極的な関わりを実施していたと考えられる。一方で、全国の救急医療施設における地域性や医療システムの違い等を考慮するなら、一般的な状況を反映しているとは言い難く、今後全国縦断的な研究が必要である。②今回のデータは参加観察によって得られた記述であるが、収集時に救急担当看護師へ余計な負担や緊張を与えないように、筆者はデータ収集前より救急担当看護師らとコミュニケーションを重ね、収集時には自然な状況下（普段の状況）で行われるように努めたが、それでも筆者の存在が救急担当看護師へ何らかの影響を与えた可能性が予測される。③看護領域が専門分化され、特定看護領域における認定看護師や専門看護師などの有資格者が活躍している。その教育を受けた看護師の関わりを理論的サンプリングとし本研究と比較検討することで、初療の専門性に特化した看護実践を提供するための教育方法の観点を明らかにすることが今後の課題として残された。

引用文献

- 1) Erving Goffman/丸木恵祐, 本名信行訳『集まりの構造-新しい日常行動論を求めて』誠信書房, p.18, 2003.
- 2) 河合隼雄・鷺田清一『臨床とことば』阪急コミュニケーションズ, p.16, 2004.
- 3) 米谷淳・鎌田美智子『看護場面におけるコミュニケーションガイド』日総研出版, pp.105-106, 2000.

第IV章 救急看護認定看護師の看護介入の特質

第1節 本章の目的

本章は、29頁に示した本研究の第3段階である。

本章の目的は、初療看護を担う救急看護認定看護師の臨床知から、救急看護認定看護師が危機的状況にある患者に対して如何にして向き合い、患者が自己の健康問題を受け止めることを目指して患者との対話的行為を志向し、どのようなコミュニケーション的スキルを駆使することで、合意形成を構築しているのかを明らかにすることである。また、前章の救急担当看護師の看護介入と比較検討することによって、初療看護を担う看護師の対話的行為について考察する。

第2節 研究対象・データ収集方法・期間・場所

1 研究対象

日本看護協会ホームページ¹⁾に公開されている救急看護認定看護師の中から、無作為に抽出した者へ文書にて研究依頼を行った。本研究の主旨を理解し研究協力に同意した現職の救急看護認定看護師13名である。年齢は33～46歳(平均39.0歳)、臨床経験年数平均19.8年、救急看護年数平均13.3年、認定資格取得後4～13年(平均9.5年)、全てが女性であった。

2 データ収集方法

対象者に対してこれまでの初療看護実践において、患者が自身の状況について理解が困難と思われた時、あるいは治療や療養法が受け入れられずにいる時の関わり等について半構成的面接を実施した。最初は健康問題に限定することなく語ってもらい、その過程において心臓・血管系の健康問題が疑われた患者の関わりに焦点化した。対象者の同意を得たうえで録音し逐語的に記述した。録音の同意の得られない場合は、フィールドノートに内容をメモとして残す事に同意を得た。最終的に心臓・血管系に健康問題がある患者のデータに限定して分析を行った。

3 データ収集期間

2006年6月～2007年2月

4 データ収集場所

対象者の都合を最優先させ、筆者は指示される場所へ出向いた。殆どが研究協力者の所属する施設の会議室や診察室の一角で行われた。

第3節 結果

救急看護認定看護師は、患者の第一印象をキャッチすることを重視し、初療の経過の中で患者の訴えと客観的なデータを照合することで、最初に捉えた患者の状況（印象）がどのように変化していくのか、また患者の言語化され難い反応にも着目していた。

救急看護認定看護師は、図1(72頁)に示すようにカテゴリー{衝撃を鎮める}、{混乱する思考を整理する}、{その場の空気を読みとる}、{先行きを具体化する}が重複、かつ継続して関わることによって(一つの三角がそれぞれのカテゴリーを示し、その影と点線の三角が重複や蓄積、矢印によって継続と連続を表す)より効果的な関わりとなっていた。これらの全てのカテゴリーに関連づけられたコアカテゴリー『問題に向き合う態勢を支える』(長楕円が右上方へ大きく進展する)が生成された。救急看護認定看護師の関わりによって時間の経過において(横軸)、患者が健康問題に向き合う態勢(縦軸)が高められていくことである。

本研究のストーリーラインは、以下の通りである。救急看護認定看護師は、患者の状況を気づかい寄り積極的に患者の思いを聞く姿勢を示し、患者へ関心を向けることで患者の{衝撃を鎮める}関わりを実施していた。同時に、救急看護認定看護師は患者へこれまでの自分の経験を伝え、あるいは患者の思いや考えを聞き確認するという相互の考えを伝え合っていた。その上で、救急看護認定看護師は、医療専門職の一員としてアドバイスをすることで患者の{混乱する思考を整理する}関わりを実施していた。また、患者と患者を取り巻く人々との相互作用によって生じる{その場の空気を読みとる}関わりによって、患者にとって医療関係者や取り巻く人々との調整や話し合いが円滑に進むことを支援していた。さらに救急看護認定看護師は現状説明に加え今後の成り行きを説明することによって{先行きを具体化する}こととなり、患者の行動化が促進される関わりを実施していた。これらの救急看護認定看護師の関わりの根底には、患者が自己の健康に関わる『問題に向き合う態勢を支える』ための前向きな思いが包含されていた。

コアカテゴリーは『 』、カテゴリーは{ }、サブカテゴリーは<>、特性は

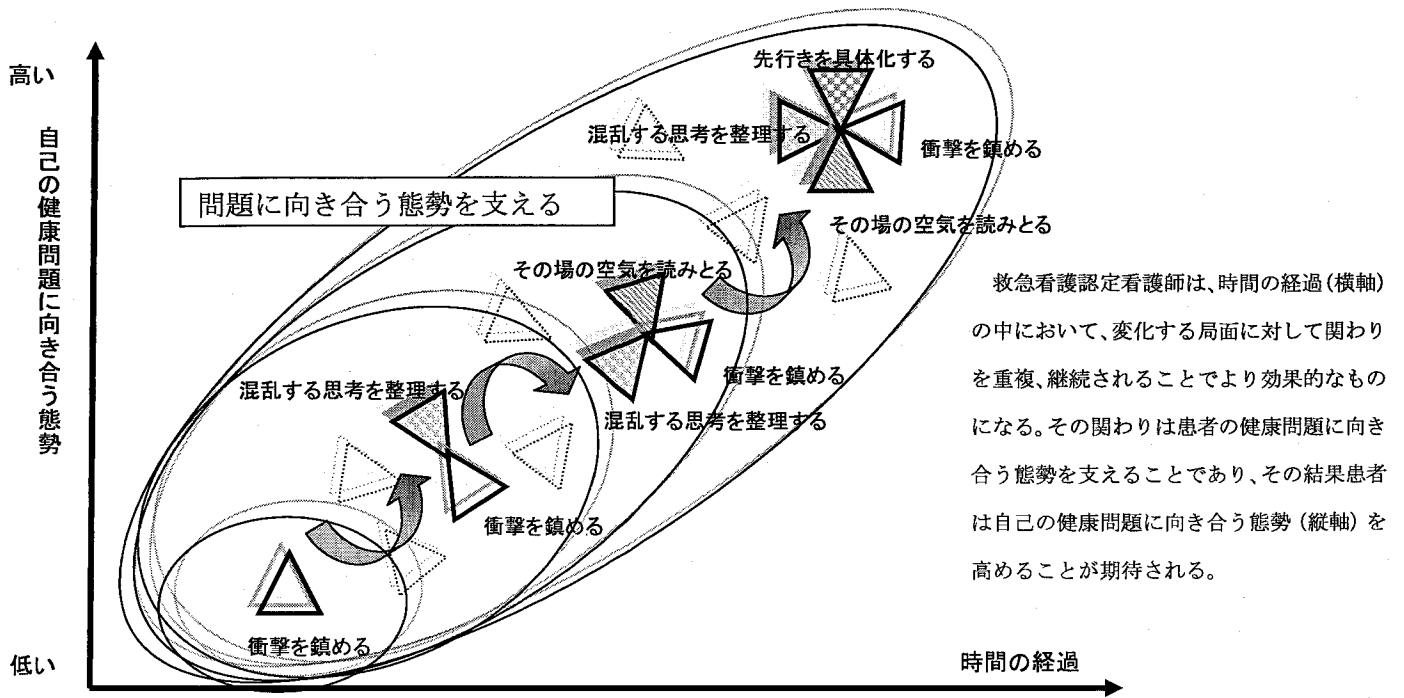


図1 救急看護認定看護師の категория間の関連

表2 救急看護認定看護師の категория一覧

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	特性
『問題に向き合う態勢を支える』 看護師は患者の苦痛な症状を気遣い、同時に患者と患者を取り巻く人々との調整に努めることで、患者が自身の健康問題に向き合う態勢を支えることである。	{衝撃を鎮める}	<状況を労る>	①気持ちと症状を慰める ②一息つかせる
		<思いを引き出す>	①本音を聞き出す ②一歩先んじて思いを探る
		<関心を向ける>	①離れていても注意を払う ②患者の視野へ入る
	{混乱する思考を整理する}	<双方の意思を交流させる>	①意思を確認する ②過去の経験を話す
		<混迷に付き合う>	①繼まらない思考に付き合う ②専門家としてのアドバイス
	{その場の空気を読みとる}	<患者と医師を仲介する>	①会話の進行を見極める ②会話の場を設ける
		<状況の進行を見計らう>	①タイミングをみて会話に参加する ②結果を見届ける
		<違和感を解きほぐす>	①視線が合わないことを感じ取る
	{先行きを具体化する}	<現実理解を促進する>	①様々な視点から情報提供する ②繰り返して説明する
		<今後の成り行きを説明する>	①検査や処置の意味を伝える ②相談窓口を示す
		<成果を共に喜ぶ>	①治療の成果を補足説明する

*表内の看護師は、救急看護認定看護師を示す

“” で現し表 2 (72 頁) に示した。

1 【衝撃を鎮める】

救急看護認定看護師は、患者の状況を労り積極的に患者の思いを聴く姿勢を示し、関心を示すことで動揺を鎮め落ち着かせていた。患者の突然、かつ急激な健康問題の発症によって生ずる症状や困惑を気づかい、丁寧に患者の言い分や希望、期待を聴いていた。たとえ、患者と離れていても患者を見守っていることがわかる様に細心の配慮をもって経過観察を行うことでその動揺を鎮めるようにしていた。このカテゴリーは、＜状況を労る＞、＜思いを引き出す＞、＜関心を向ける＞から構成されていた。

1) ＜状況を労る＞

救急看護認定看護師は、患者の話しを傾聴し健康問題の出現に対する驚きや辛い“気持ちや症状を慰める”ことで、患者の気持ちを和ませ安心感を抱かせていた。患者の緊張を解きほぐすために慰安の言葉をかけ“一息つかせる”ことができる状況を作っていた。

救急看護認定看護師 A

症状の強い時は無理ですが、少し症状が楽になり落ち着いてきたら当時の状況についてゆっくり話しを聞きます。“辛かったね、きつかったね”と言いながら聞きます。すると段々、落ち着いて安心してきて、相当辛かったと思われる時は涙を流したり…。話すことでリラックスできて、さらに本心が聴けることがあります。気がかりな事があつたら何でも言ってね、相談にのるよ、と話しておきます。

2) ＜思いを引き出す＞

救急看護認定看護師は、患者が心に秘めた言葉にならぬ“本音を聞き出し、”患者の戸惑いを極力軽減するために“一歩先んじて思いを探っていた”。

救急看護認定看護師 F

患者さんの最初の印象をキャッチすることは、とっても大事です。最初は、患者さんの殆どが緊張しています。思いが言葉にならないことが殆どです。それが私たちの関わりによってどのように変化するのか？顔つきが穏やかになったり、私達との視線が定まったりすれば、少しずつ落ちついてきたなあと思います。それは私達の関わりが順調というか、受け入れられていることだと思います。私も患者もお互

いを見ているのに視線が合わないのは、何かすっきりしない。患者は、何か（看護師に）伝えたい、言いたいけれど、どうしたらいいのかわからない。関わりの時間の流れの中で、少しずつ患者の気持ちや考えを話させて、どのように変わるのかを見ていくことは重要だと思います。

3) <関心を向ける>

救急看護認定看護師は、作業中、あるいは他の患者への関わりを実施している途中において、僅かでも気がかりな状況に対しては、“離れていても注意を払う”ように努めていた。また、患者から救急看護認定看護師の存在が伝わるように“患者の視野に入る”位置に構え見守ることで、患者への注意深い観察を継続していた。

救急看護認定看護師D

自分の目で患者を見るのが一番。スタッフからの情報でも良いんだけど、やっぱり自分で状況を確認する。スタッフとの捉え方が違う場合があります。自分で見ると確信が持てる。患者へ一言掛けるだけで、その反応で何かが分かるんです。大事なのは、患者さんは自分を見に来てくれたと思って、患者から訴え易くすることで安心させる。忙しくて大変でも、必ず（自分で）患者の顔を見るようにしています。

2 【混乱する思考を整理する】

救急看護認定看護師は、患者の状況に対する考えを確かめ、同時に救急看護認定看護師としての自己の経験や素朴な考えを伝え、専門的なアドバイスを加えることで患者が現状を整理することを助けていた。また、患者が症状の出現によって、自身の頭の中や気持ちが混乱し考えが整理できない状況に付き合いながら、専門的なアドバイスを行うことで、患者は状況整理が可能となりリラックスできるように導いていた。このカテゴリーは、<双方の意思を交流させる>、<混迷に付き合い>から構成された。

1) <双方の意思を交流させる>

救急看護認定看護師は、患者の希望や期待、考え等“意思を確認”し、その過程において救急看護認定看護師が“過去の経験を話す”ことでお互いの考えを伝え合っていた。これによって患者と救急看護認定看護師相互の人間的な触れ合うこ

ととなり、思いが通じ安心と安定を得ることに繋がっていた。

救急看護認定看護師 J

患者が落ち着いてその場に居られるために、環境作りと同時に言葉掛けもすごく重要です。私たちは絶えず患者の観察を行っていますが、それが患者へ伝わらないと患者は放っておかれたという感覚を抱かせると逆効果です。必ず、声をかけてその時の状況とか、患者のこれまでの話しの内容に関連したことについて一言付け加えることをします。

救急看護認定看護師 H

患者と話しをしていると次第に患者の特徴が判ってきます。何度も繰り返される言葉からその人のこだわりや癖等が見えてきます。患者が大切にしている所は、此方も大事にしたいと思う姿勢を示し、伝えていくことが安心に繋がると思います。初めは何かおかしい物言いだったのが、次第に落ち着いた気持ちに変化することもありますね。

2) < 混迷に付き合う >

救急看護認定看護師は、患者が健康問題による苦痛や恐怖、驚きが生ずることで現状理解が進まない時には、“纏まらない思考に付き合い”，状況をみて“専門家としてのアドバイス”を行っていた。患者がどのように行動したらよいか判らない時には、具体的な行動を提示することで、患者は自己の状況を順序立てて整理することに繋がり、治療や将来へ前向きに取り組むことに繋がっていた。

救急看護認定看護師 A

患者さんは、症状があるので落ち着いて考えられないことも多いです。今の状況がこうだから、このようにしよう、こうすると良いよ、とアドバイスします。時には、指示してあげることで、安心してそれ以降の状況を受け入れやすくなったりします。

救急看護認定看護師 K

患者さんは、症状が強くて辛いときは自分の状況が中心です。少しずつ状況が変化するとこれからの事を考えているのか？何かうつろな表情やボーッとして宙を見ている時もあります。そんな時、我にかえすというか、此方に注目させてこれからどうする必要があるのかを伝えます。

3 【その場の空気を読みとる】

救急看護認定看護師は、患者と患者を取り巻く人々との関わりや相互作用に注意を向け、その状況における関係性がどのように影響し合っているのか、その場の状況を感じ取っていた。患者がより良い方向へ、より良い選択ができるように患者と人々へ働きかけを行っていた。このカテゴリーは、＜患者と医師を仲介する＞、＜状況の進行を見計らう＞、＜違和感を解きほぐす＞から構成されていた。

1) ＜患者と医師を仲介する＞

救急看護認定看護師は、医師から患者（時には、家族も含まれる）へ状況説明がなされる時、あるいは患者から医師へ質問や希望を伝える時等、両者の“会話の進行を見極める”ことでその関係を築く助けをしていた。また、両者の間に立って相互の想いや考えを伝えるための“会話の場を設ける”ことでその状況を見守っていた。救急看護認定看護師は、時には医師に代わって患者への問いかけを行い、その結果を医師へ伝える等、重要かつ複雑な状況において双方の期待通りに進行するよう配慮することである。

救急看護認定看護師B

医師が説明しても患者の理解の度合いがはっきりせず、患者が医師に対して話しが出来ない時も結構あるので、その場に入って双方の伝えたいことを伝え合えるようにします。患者は医師と話しをしていても、患者なりの思いがあって医師の勧める方針と合わずに、両者の話しが先に進まない事がありました。患者さんなりに？同性同士のプライドがあって、2人の会話が膠着状態でした。（私は）これ以上変わらないと考えて、私の方から患者と話しをさせて貰いました。相手が変わったら話しやすかったのでしょうか段々と患者さんの考えが軟化して、結局は医師の勧める患者にとっても最良の治療を選択することができました。私が患者と話しをした内容を医師へ伝えることで、患者と医師との関係も構築できるようになって事が進むこともあります。ちょっとしたタイミングで・・・、話し手が変わることで受け止められたりして・・・（略）患者さんにも、ダイレクトに自分の感情を表現しない方はいらっしゃいます。例えば、管理職等をされている方は、ジッと黙り込んで耐えている様にも見えます。検査データや所見から考えると、結構辛いのではないかと思います。所見（客観的データ）と（患者の態度や反応）のズレがある時は要注意です。（経験的に）その状況に合わないと言うか、極端に言葉数が少ない、眼が泳ぐ

というか、そのズレを修正できれば医療者との関係性は旨くいくと思います。

2) <状況の進行を見計らう>

救急看護認定看護師は、患者と医師、あるいは家族・近親者との話し合いの“タイミングをみて会話に参加する”関わりを実施していた。たとえ、その話し合いに入らなくても“結果を見届ける”ことで、相互の思いが語られ、順調に診療が進められるようにその場の状況の行方を把握していた。

救急看護認定看護師 E

患者をその場で見ていると判るのですが、患者が無言で視線を送ることがあります。何か、その場でその患者特有のオーラを感じるがあります。何かを訴えている、何か言いたげ、聞きたげの空気を感じます。患者さんは自分から話し難い。だから此方から積極的に状況について話しする等、今後、患者がどのような状況になっていくのかきっちり把握する必要があると思います

3) <違和感を解きほぐす>

救急看護認定看護師は、患者との直接的な関わり、あるいは患者と医師や重要他者との関わりを観察している時に、患者がその場に合致しない何とも言えない表情や反応を呈し、その場の人々との“視線が合わない”こと等、その場の雰囲気の様々さを感じとる。そしてその状況に対して、その原因が何なのかを様々な関わりを試みることで変化させようとしていた。

救急看護認定看護師 E

その場の患者さんの表情や態度が状況にそぐわない、状況に反発する雰囲気を感じる時があります。防衛なのかもしれません。つまり、患者自身にとって違和感がある、その場での居心地がしっくりしないのでしょうか。状況に対する拒否ではないけれど、目を逸らす、視線が合わないです。その状況の一つ、ひとつを確認していくことで、違和感をなくしていく事が必要です。

4 【先行きを具体化する】

救急看護認定看護師は、患者へ{混乱する思考を整理する}関わりを行うことで現状理解を促していた。また、今後の状況や起こりうることを説明することは、患者のこれからの方向性を示すことであり、そのための具体的な行動を導いていた。このカテゴリーは、<現実理解を促進する>、<今後の成り行きを説明する>、<成果を共に喜ぶ>から構成されていた。

1) <現実理解を促進する>

救急看護認定看護師は、患者の状況を一つの方向から説明することに留まらず“様々な視点から情報提供する”ことで、現状理解を進めていた。また情報提供や状況説明は、一度だけでなく場面を変え、視点を変えて“繰り返して説明する”ことでより効果をあげていた。

救急看護認定看護師 B

患者さんと話しをしていると患者さんの思いが見えてくる時があります。治療のことや今後、仕事のことを考えていることが分かります。だからそのことに少しふれる。時には、何が気がかりと聞いてみると、口を開く人もあります。症状の発症が強烈であったり、辛い症状が長引いたり、余韻が残る人は、これからどうなるのかずっと不安でしょうから、現状とこれからについてゆっくり話します。

2) <今後の成り行きを説明する>

救急看護認定看護師は、患者との関わりを継続する過程において、“検査や処置の意味を伝える”ことによって患者がその必要性を受け止めることを助けていた。今後、質問や疑問が生じた場合には、いつでも相談に応ずることのできる“相談窓口を示す”ことで、一層今後について落ち着ける状況を作っていた。

救急看護認定看護師 L

医師からの説明の補足や繰り返しの時もあります。これまで実施した検査の内容とその結果について話をします。これまでの経過から見て今後の検査やそれによって判ることなどを話すと納得される場合があります。今の状況だけでなく健康問題と日常生活について話をすると、わかりやすいようです。段々と、これからの検査や治療についても受け入れられるようになります。

3) <成果を共に喜ぶ>

救急看護認定看護師は、患者とお互いの思いを伝え合い、現状を説明する機会に“治療の成果を補足説明する”ことで、今の状況が良い方向へ向かっていることを一緒に喜び安堵していた。良い成果が明確となりそれが重なることは、今後の更なる成果を期待することに繋がっていた。

救急看護認定看護師 J

患者が落ち着いてその場にいられるためには、環境作りと同時に言葉掛けもすご

く重要です。私達は、絶えず患者の観察を行っていて患者の好転する状況が判ります。私達もホッとします。それを患者へ伝えていくと患者も安心するし、“頑張らないと”と思えるのではないのでしょうか。それ以降の処置等も受け入れて貰えやすいように思います。必ず、声をかけてその時の状況とか、患者のこれまでの状況に関連したことについて、一言付け加えることをも大切だと思えます。

◇『問題に向き合う態勢を支える』

救急認定看護師は、患者との距離を調節しながら柔軟性をもって{衝撃を鎮める}、{混乱する思考を整理する}、{その場の空気を読みとる}、{先行きを具体化する}関わりを実施していた。各カテゴリーの根底には、患者が自己の健康『問題に向き合う態勢を支える』という、救急看護認定看護師の姿勢が貫かれていた。この中核となるカテゴリーは、救急看護認定看護師は患者の苦痛な症状を気遣い、同時に患者と患者を取り巻く人々との調整に努めることで、患者が自身の健康問題に向き合う態勢を支えることである。

第5節 考察

1 患者の体験の構造に対する救急看護認定看護師の関わり

【】は、Ⅱ章の患者の体験を示す

1 突然の健康問題が発症したことで患者は、パニック状態に陥ることも事もしばしばである。救急看護認定看護師が患者に対して{衝撃を鎮める}関わりは、その場における患者の戸惑いや興奮を軽減し患者の心理的安定を導く事に繋がる。これに加え救急看護認定看護師が患者の{混乱する思考を整理する}ことは、患者の認識を確認しつつ状況理解を促進する事を助ける。また、この関わりによって患者のこれまでの緊張が緩和され、抑えられていた感情が解き放たれることで、救急看護認定看護師との間に新たなコミュニケーションが始まり新たな関係性を構築する事になると考えられる。患者と患者を取り巻く人々の関わりにおいて気づかい(caring)は、時にはストレスとして感じる場合もあるが、それは気づかひの有り様によって決まり、これを通して人は問題を発見し可能な解決法を知り実行する事ができる²⁾。患者と救急看護認定看護師の気づかうという関係は信頼の条件を作り出し、患者はこの信頼という条件の下で初めて提供された援助を受け入れることができ、気づかわれていると感じることができる。患者がこの様に感

じられることは、自分らしさを喪失し自分自身が苦悩するものと捉える患者の【自分が自分でない感覚】体験にも影響を与えることとなり、この状態からの甦りにも繋がると思われる。

②患者が【自分が自分でない感覚】や【現状への驚愕】を体験する時、救急看護認定看護師による患者への{混乱する思考を整理する}関わりは、患者をひとりの人間として尊重した語りかけと言える。救急看護認定看護師が患者の希望や期待を確認しつつ、動揺と興奮の中での思考を整理することは、患者の搬入からのプロセスに関わる救急看護認定看護師であるからこそ、患者の反応の変化を的確に把握することが可能でありタイミングよく効果的に実施できることである。この救急看護認定看護師の関わりによって患者が自分らしさを取り戻し、その場において自己の居心地を安定させる事に繋がると考えられる。

③初療環境は、多様な情報が錯綜することで患者を取り巻く状況が混乱する場合がある。患者が自己の体験の重さと専門性の高い内容を関連づけて理解するには少なからず時間を要する。また、患者と家族・近親者が相互に共通認識のもとでよりよい方向を選択するまでには、緊張した雰囲気の中で悩める時間を過ごすことも少なくない。救急看護認定看護師は、その場の患者と患者に関わる人々を気遣い、患者と医療従事者、あるいは患者と家族・近親者との相互作用を見極め、相互の関係性に関与する事柄を調整するために{その場の空気を読みとる}関わりを実施していた。初療下では、非日常的な現状であるが故に患者と看護師相互の認識のズレが生じやすい。救急看護認定看護師は患者と患者を取り巻く人々との関係性がよじれることにより、状況が更に混沌とした方向へ至らぬように舵取り役を担っていると言える。それによって患者にとって安定した環境を形成し、患者と患者を取り巻く人々の間において癒しと希望を維持することとなり、患者が健康問題に取り組むための勇気づけとなる。

④救急看護認定看護師の{先行きを具体化する}関わりは、患者の【信じて身を委ねる】体験に呼応すると同時に、患者の期待する【今後をイメージ出来る情報を希求】する体験に対応するものである。患者の現状に留まらず患者の今後を具体的に示すことは、患者が将来をイメージできることでありその場における納得と今後の行動化を促進することに繋がると考えられる。

Ⅱ章で明らかになった患者の『生を求め捉えようとする』体験は、患者が専門的支援に依存しながらも、自分自身で生きる事を求め生に意識を向けてその場に立ち、今の状況を見極めようとするものであった。それに対して救急看護認定看

護師の患者が自己の健康に関わる『問題に向き合う態勢を支える』関わりは、苦痛や困惑状態にある患者を落ち着かせ環境と状況整理を支援すること、さらに先行きを示していく事であり、これは患者が継続される治療を受け止め、受け入れていくためのはじまりと言える。この支えによって患者は、『生を求め捉えようとする』思いを維持する事が可能になることと関連づけられる。

2 救急看護認定看護師の関わりの特徴

①救急看護認定看護師は、患者に接近して関わる場合とある程度の距離を保ちながら関わる場合の2重の関わりを実施していたと考えられる。患者に接近した関わりとは{衝撃を鎮める}、{混乱する思考を整理する}ことで、直ぐ側で直接的に患者個人と対峙して安定へと導いていた。患者との距離を保つ関わりとは、{その場の空気を読みとる}、{先行きを具体化する}ことである。これらの救急看護認定看護師の関わりは患者のみに注目するのではなく、患者を取り巻く人々とその相互作用に注目することでその場の成り行きを見極め、その場に関わる人々の調整と今後の方向づけを示唆する関わりを行うことである。

救急看護認定看護師が患者に接近して<状況を労わる>や<関心を向ける>こと、患者と<双方の意思を交流させる>ことは、救急看護認定看護師の人間的な側面として意味をもち、患者に対する全般的な態度として影響することであり、人間的な心やりは患者-救急看護認定看護師関係を構築する上で重要な事柄である。初療下における危機的状況にある患者は、自分だけでは状況打開が困難であることより専門家の支援が必要不可欠である。初療は健康問題解決の始まりであり、継続される療養期間の方が長い事が予測される。初療の段階において看護師は、患者が療養法を理解できるように判りやすく説明し、今後をイメージできるよう助けることは、患者が主体的な療養姿勢を形成できるよう教育的な機能を果たしていると言える。教育が成功するための感情的な前提に「教育的雰囲気」³⁾が重要であり、それは教育する側とそれを受ける側の間に成立し、あらゆる個々の教育的なふるまいの背景をなす感情的な条件と人間的な態度の全体を意味している。これは情緒的、感傷的なものでなく、患者と救急看護認定看護師間において相互に感情的に響き合う関係が生まれることである。この教育的関係の前提において患者は、救急看護認定看護師に対する信頼や期待、感謝だけでなく、これから継続される療養を受けとめようとする積極的な構えを作ることになると考えられる。このような関わりを実践する救急看護認定看護師の存在は、その周囲の

看護師への影響も少なくない。この救急看護認定看護師の患者への教育的な関わりの姿は、初療を担う看護師への良きモデルを示すものであり、自身の看護実践を振り返り学びを深めることになる。救急看護認定看護師の関わりの実践は、初療看護実践への貢献度が高く救急看護を担う看護師への教育的な影響を与えると考えられる。

2 救急看護認定看護師の〈状況の進行を見計らう〉、〈違和感を解きほぐす〉関わりを行うことは、患者と近づき過ぎることなく患者との距離を保つことで、様々な状況における患者の反応とその変化を見逃すことなくキャッチしていた。救急看護認定看護師は、患者が発する言葉や会話のみを捉えるのではなく、患者と自身との関わり、あるいは患者と患者を取り巻く人々との相互作用において、患者の言葉にならぬ訴えを捉えようとするのである。救急看護認定看護師のこのような患者の状況を継続的に把握することは、患者のあり様や変化を焦点化しながら観察することと、周囲との相互作用の中で分析的に捉えることの両方を巧みに実践している。救急看護認定看護師は、多くの看護経験から患者の行為をある程度予測しつつも、個々の患者の行動や身体的行為が何かしらの違和感として敏感にキャッチでき、それを意識に内在させながら初療進行の中でその意味や原因、その行為に関わる根拠を分析的に探っていた。

人間の表情と感情は、相互作用する相手の顔に、自分自身に対する、他者に対する、生活に対する感情について豊富な情報を提供する多くの手がかりを見つかることができる。また、視線やアイコンタクトは、関係が確立される否かを決定し、ある人が送り手から視線を感じ、受け手がその送り手を見るならばそこから関係が始まると言える⁴⁾。

つまり、突然の健康問題の発症によって引き起こす患者の一つひとつの反応と行為を、その患者の物言わぬ訴えとして着目することは、初療における患者－看護師関係を構築する上で重要不可欠な事柄と言える。救急看護認定看護師が、患者の表情やしぐさ、行為を的確に捉え、それをはじまりとして患者の言葉（思い）を引き出すことは、患者が自身に潜在する自己の感覚を具体化することになる。それによって患者は、現状に対する認識を深めるきっかけとなり、救急看護認定看護師は患者のこれまでとは異なる思いをキャッチすることが可能となる。患者が現状についての理解を深め受け入れ納得できることで、今後継続される療養生活を自身の事として受け入れ引き受けていくことに繋がると考えられる。

3 このような救急看護認定看護師の患者への気づきや細部へ着目することは、

{その場の空気を読みとる}関わりにも象徴される。これは患者の観察に留まらず、患者を取り巻く医療従事者や家族との関係性を把握することであった。初療において患者が医療者に言い難いこと、専門的な内容であることより思考が纏まらず判断に迷う時等、また患者の健康問題が複雑であることより、自身の状況が受け止められずに状況が進展せずその場が膠着状態に陥っている場合において、その場の重苦しい状況を捉え状況打開の関わりを実施することである。救急看護認定看護師は、状況を全体で捉える観察眼をもっており、その場の人と状況の関係性や影響を読み取る能力を備えていると考えられる。この能力は、初療で働く看護師の代表的なコンピテンシーと言われる協働的人間関係を構築すること⁵⁾と関係している。つまり、同僚、他職種と協力して初療看護を進めようとする調整機能を対患者、あるいは家族との関係においても発揮していることである。このような能力をもつ救急看護認定看護師は、患者や患者を取り巻く人々との会話の広さと奥行き、コミュニケーションのバリエーションが多彩であることが示唆され、状況をふまえたその場における会話の発展が期待できる。患者は会話の発展により状況が開け、療養状況の進展への理解が深まり将来への期待が含意される。

つまり、救急看護認定看護師が患者と接近して行う関わりと距離を保って行う関わりは、目前の現象を焦点化と拡大して捉えることの連続性であり、救急看護認定看護師自身がその場の状況に巻き込まれる事なく状況を客観視することである。これによってその場の先入観を排除し、有りのままを捉えることでアセスメントの精度を高め患者へ健康問題回復への的確な方向性を示し、行動化へと導くためにその場の調整を行い、同時に有効な関わりが可能であったと考えられる。

3 救急担当看護師と救急看護認定看護師の関わりの検討

第Ⅲ章の救急担当看護師の関わりは、その場における患者との一体感によって患者を支え安心を保障するという「点」の関わりと言える。一方、救急看護認定看護師は、初療は患者の健康問題を解決するための通過点にすぎないことをふまえ、患者の状況を受けとめ状況を整理することを助け、患者が自己の健康問題に向き合い、継続される療養法を受け入れその解決に向かわせる「線」の関わりと言えるのではないだろうか。

患者は危機的な状況にあっても『生を求め捉えようとする』思いが根底にあることは、生に対して主体的な姿勢を示している。救急看護認定看護師の患者自身が自己の健康に関わる『問題に向き合う態勢を支える』関わりは、患者が自己の

健康問題を理解し継続される療養法を受け入れていくための自己決定を支えることでもある。成人期における心臓・血管系の健康問題の発症の多くは、長年の生活習慣や加齢による変化によって生ずる。この健康問題に対する初療は、第一に救命であり障害を最小限に留めるために早急に処置を行うことである。そしてその後継続される療養法は、初療以上に長期に渡って継続される。初療における看護師の関わりによって、患者が自身の生活の課題や問題に対処する必要性を実感することが出来た時、新たな目標として生活の見直と新たな生活習慣を構築することに向かうことができる。健康問題の発症の経験から得たことは、より一層の意味を付与し⁶⁾ 今後の生活に影響を与えると考える。

社会において自立して生活する人間が危機的な状況に陥り、それより救出されその後の自己決定を支える根底には、患者－看護師間における人間的な心やりが必要不可欠である。救急看護認定看護師の患者が自己の健康に関わる『問題に向き合う態勢を支える』関わりによって自身の状況と向き合うことが可能となり、患者は生を自分自身のこととして捉えることに繋がると考えられる。

第6節 本研究の限界

今回、初療を担う救急看護認定看護師の関わりの実際の一側面が明らかになったと言えるであろう。しかし、以下の課題が考えられる。①研究に協力して下さった救急看護認定看護師の背景は、殆どが大都市圏における第一次から第三次救急医療を担う施設で救急看護に従事していた。日本の救急医療の実態を考慮するならば、今後全国縦断的、地域別の研究が必要である。②データ収集において心臓・血管系の健康問題が疑われる状況に限定した。その際、それ以外の健康問題の関わりとの混乱が生じないように、時間的なゆとりをもって語れるように配慮したが、その記憶の限界があることは歪めないことである。

今後、救急看護認定看護師が患者の言葉にならぬ視線に気づくこと、違和感として捉えられる特有のオーラをキャッチすること等は重要な事柄であり、その能力はどのような経験や学習によって習得が可能であるのかを明らかにすること、また継続教育のプログラム開発に着手することが今後の課題として残された。

引用文献

- 1) <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
社団法人日本看護協会公式ホームページ, 資格認定制度における認定看護師の項
- 2) Benner, Patricia. & Wrubel Judit/難波卓志訳『現象学的人間論と看護』医学書院, 東京, pp. 1-6, 1999.
- 3) Otto Friedrich Bollnow/森昭・岡田渥美訳『O. F. ボルノウ 教育を支えるもの』黎明書房, pp. 30-33, 1995.
- 4) Virginia P. Richmon. & James C. McCroskey/山下耕二編訳『非言語行動の心理学－対人関係とコミュニケーション理解のために－』北大路書房, pp. 75-91, 2006.
- 5) 坂口桃子, 作田裕美, 村井嘉子他「看護師のコンピテンシー－患者・看護師・医師からの情報に基づいて」『滋賀医科大学看護学ジャーナル』 4 (1), pp. 12-18, 2006.
- 6) マルカム・ノールズ/堀薫夫, 三輪建二訳『成人教育の現代的実践－ペタゴジーからアンドラゴジーへ』鳳書房, p. 34, 2002.

第V章 看護学教育への提言

本章は29頁に示した本研究の第4段階に相当する。

ここではこれまでの研究成果をふまえ、救急看護におけるコミュニケーション教育のプログラム開発に必要な観点を示し、それらを盛り込んだプログラムの試案を提示される。

第1節 看護基礎教育における救急看護の教授実態

1 教育課程における救急看護の位置づけ

2003年に実施した筆者の調査¹⁾より、看護基礎教育カリキュラムの中で救急看護を独立した科目として教授している教育機関は全体の2割であった。4年制大学が中心であり、看護職養成の8割を担う専修学校と3年課程短期大学の大半は、独立して教授されていなかった。教授領域は専門分野の成人看護学、または災害看護学（または、災害看護論）の授業科目である。その内容は救急医療における看護、あるいは急性期看護の一部として、また救急看護に活用する理論等の講義と基本的な技術演習に限定されていた。

2008年、再度看護系大学における救急看護の教授実態について調査した。調査は、学部教育において急性期看護領域の充実が予測される（2008年4月現在、社団法人日本看護協会公式ホームページの資格認定制度における専門看護師の項²⁾に挙げられる急性・重症患者看護の専門看護師教育課程が認められている）8大学を対象に行った。インターネット上で把握可能であった学部シラバスは、筆者の確認する限り6大学であった。その実態は以下の通りである。

救急看護を独立した科目として、教授している大学はなかった。6大学の全てが成人看護学領域におけるクリティカルケアや急性・周手術期看護の一部として教授していた。具体的な教授内容は、成人看護学領域では病院前医療の概念とその実際（見学含む）、あるいは緊急時対応に関わる一次救命処置技術演習に限定される傾向が見られた。また、救急場面での看護者としての倫理的配慮を理解するためにビデオ視聴を行い、その場面における看護師のジレンマを分析すること等、教授方法を工夫されていた。災害看護学では、災害発生時の急

性期における看護の特徴の理解と看護師の役割，トリアージの演習等で編成されている。これらの内容の教授時間は，いずれの科目でも90分1～2コマで，成人看護学領域では2～3年次の必修科目として，災害看護学の一部として教授する場合においては，4年次後期の選択科目として位置づけられていた。

この実態は2003年に実施した調査と変化はなく，カリキュラム構成の実態においても救急看護の位置づけは希薄な状況にあると言える。救急看護の臨床現場において，看護師が患者や家族に対して適切な説明を行うことやその教育のあり方が充分でないこと³⁾等，看護基礎教育と臨床における乖離が大きな課題となっていることは，十分に領ける実態と言える。

2 標準テキストの記述内容

看護基礎教育において定評のあるテキストも見ておきたい。救急看護を教授するためのテキストは決して多くはない。テキストのタイトルは，医学講座のシリーズでは『救急』⁴⁾，看護系シリーズでは『救急看護論』⁵⁾，『救急看護学』⁶⁾等，タイトルも様々であることより学問体系として確立しているとは言い難い。しかし，これまでのテキストの執筆は医師が中心であったが，この数年では救急看護に携わる臨床看護師や救急看護を専門とする看護教育研究者が中心になっている。医師が執筆する箇所は，病態の解説に限定されるようになり，看護学教育で使用するテキストは，看護職が自らの手で看護の視点で執筆しようとする傾向が表れている。現在は救急看護学としての黎明期から活動期であることが理解される。

1冊のテキストは，200～350頁の内容量である。テキストの執筆や編集，または監修を誰が行うかによって，その構成と記述内容は大きく異なる。Aテキスト（105頁，資料1左）は，臨床看護師と看護教育研究者によって執筆，編集されている。その主な内容は，救急看護の概念，救急看護の対象の理解，救急医療体制，救急患者特有の観察とアセスメント，主要病態に対する救急処置と看護技術等である。特に，救急患者が発症する場によって看護展開が変化することやその場における初期対応に関する事等，比較的丁寧に記述されている。

Bテキスト（105頁，資料1右）は，医師が執筆，監修しその主な内容は，救急医学と救急医療，救急処置，重要な救急病態が中心に記述されている。冒

頭，テキストの読者が看護師であることを意識して，今後の救急看護学への期待を込めて記述しているところは，監修者の看護への期待が伺われる．それぞれのテキストは，看護師として広く理解しておくべき概念や知識，技術が身につく内容となっている．救急看護実践は，人間存在の脅かしが著しく，他の看護実践とは異なる看護現象を扱う領域である事等，救急看護としての特徴の記述が充分とは言い難い．

救急看護に関わる病態の理解と同等に，救急看護を受ける患者の特徴をふまえ，救急看護であるが故の人間理解を基盤に患者－看護師の相互行為や人間関係構築の重要性とその方法，そのための患者－看護師間のコミュニケーションスキルの発揮の必要性に関わる記述についても付け加え充実する必要があると考えられる．

先の看護基礎教育における教育課程の位置づけでは，これらのテキスト内容の学習にも及んでいない．テキスト内容を教授するとなれば，少なくとも授業時数 15 時間（7 回）は必要となるであろう．先に述べた救急看護を受ける患者の特徴やその看護の実際を加えるとなれば，それ以上の時間の確保が必要であると考えられる．

3 シラバス上の具体的な展開

本項では，救急看護に関連した内容について 2 つの代表的な教授実態を詳述される．1 つは，救急看護を成人看護学の一部として教授する（救急看護を独立した科目として扱わない）方法であり，他方は救急看護としての教授する方法である．

1) 成人看護学の一部として教授する方法と内容

A 大学では，授業科目「成人看護方法論Ⅱ」の中で教授されていた⁷⁾ (106 頁，資料 2)．本授業は，専門科目に位置づけられ，3 年次前期の必修科目である．総時間数 60 時間，3 単位である．この中の 1 コマ 90 分において，救急看護に必須（あるいは，患者の急変時の応急処置として）の一次救命処置技術を演習として教授されており，救急看護を独立した科目として教授していない養成校の多くがこのような内容と方法である．本科目の学習目標は，第 1 に対象の健康レベルに即した患者理解のために必要な知識を習得，第 2 に看護問題解

決に必要な実践的な思考プロセス（判断能力，応用能力，問題解決能力）を養い，基本的な援助技術を習得する点におかれている。

授業は前・後半の構成となっている。前半は慢性疾患を代表する糖尿病患者を題材に患者自身が健康問題の認識を高め，課題に対して自己管理が可能になるように看護師が指導・教育を実施する展開であり，慢性に健康問題が経過する状況を捉えその看護について学ぶ内容になっている。

後半は，2つのPartに分かれている。Part1は前半で学んだ患者が生活過程において糖尿病のコントロールが乱れたことによって，低血糖発作による意識障害を発症し緊急搬入された内容を扱っている。Part2は生命の危機から脱した後に精密検査の結果，早期胃がんが明らかとなり手術を決定しその回復までの看護について学ぶ内容になっている。主に，患者の予定された麻酔と手術侵襲による危機的な心身状況に焦点化して学ぶ過程になっている。Part1では，急激に健康が破綻した状況を設定し，生命の危機的状況における呼吸と循環を維持するための基本的技術（一次救命処置）を教授するが，技術習得に主眼がおかれ，全く予期せぬ突然の健康問題を体験する患者を理解するには至っていない。

つまり，A大学の授業科目（成人看護方法論Ⅱ）の中心は，健康レベルの変化に伴う看護実践内容の変化をプロセスで学ぶことであり，救急看護の患者や家族の特徴，その看護の特殊性については，全く学習することのない構成になっている。当大学ではこの授業科目以外に，疾病論の授業展開において救急医療の概念を教授する機会があるが，それは医師を中心に救急医療の概念の教授に限定されている。それぞれの授業科目の範囲を尊重しながらも重複を避け，初療における看護実践に結びつけることができる教授内容の工夫が必要である。

2) 救急看護教授法と内容

B大学（この大学は，先の教育課程を調査した6大学には含まれていない）では，救急看護を独立した科目として位置づけ教授している⁸⁾（107頁，資料3）。本授業は，専門科目の一部に位置づけられ，3年次後期の選択科目である。総時間数15時間，1単位である。本授業科目のねらいは，救急患者の特徴と病態を理解し，それをもたらす疾患と各症状，必要な処置等救急時に対する看護

に必要な知識を習得することにおかれている。救急看護を独自の科目立てとして教授する場合の代表例である。具体的な教授内容は、救急医療制度の理解と同時に救急看護の特徴と役割、救急看護に必要な基本的看護技術（一次救命処置技術の講義と演習を実施）、主要病態に関すること、救急患者と家族の特徴、脳死と臓器移植に関すること等、幅広い構成内容になっている。

シラバス上では、1回に教授する内容が多いため、それぞれの充実度が懸念される。わが国の救急医療制度は、第一次救急医療から第二次、第三次救急医療に役割分担されている。その中で救急初療を担う機会が最も高いのが第一次、あるいは二次救急医療であり、第三次救急医療の役割とは全く異なる点について十分に理解を促す必要がある。

次に、救急医療を受ける対象者理解とその看護の特徴、看護師の役割を教授することは、本授業においては本質的になっている。危機的な対象の実態から対象理解を深めること、危機的な状況にある患者との人間関係を構築する必要性やコミュニケーションにおいて留意しなければならないこと等、救急看護実践が他の看護実践と異なる点を丁寧に教授する必要がある。しかしこれらの事柄を1回で教授するには十分な時間配分とは言い難い。

救急病態の教授は、既習科目の疾病論等の教授内容を十分に吟味し、重複はできるだけ避けることで、より看護の視点において重要な点を教授内容として盛り込むなど、教授方法の工夫と検討が必要である。

脳死と臓器移植に関連する事柄は、確かに救急搬送された患者の場合に生ずる可能性の高い課題である。しかしながら、脳死判定や臓器移植に至るプロセスには、ある程度の時間を求められる。また、その場において様々な関連専門職者の介入があることより、救急担当看護師が担うと言うよりも他職種に橋渡し、あるいは委譲していくべき事柄と考える。

救急医療や救急看護の課題は、現状改善に繋がるための提案となるように積極的に教授されなければならない。その時代背景や医療環境、人々の価値観やニーズの変化に伴い、救急医療に求める事柄が変化することより、救急医療や救急看護に関するトピックスへの着目、救急医療と救急看護に関わる医療事故を振り返ることで、救急看護の課題について考えていく授業展開を計画する必要がある。

第2節 社会の変化における救急看護への新たな期待

1 専門看護制度誕生の背景

1994年5月、日本看護協会は日本初の専門看護制度の開始を発表した。わが国の専門看護制度には、専門看護師と認定看護師が設けられている（38頁）。その背景として以下があげられる。

第1点は、特定の分野の専門的看護の必要性である。人口の高齢化が進むと共に、心疾患や脳血管障害などの慢性疾患が増加した。このような疾患に対応できるような看護ケアを提供するために、これまでの看護基礎教育でカバーされない、特定の分野の専門的な知識や技術の習得の必要性が生じた。

第2点は、医療技術や器機の進歩である。これらによって、最新の高度な知識と技術をもっていなければ対応が難しい医療場面（救命救急、ターミナルケアなど）が増加した。この状況に対応するために新たな医療専門職制度が設けられ、看護職の仕事の一部が委譲された。これによって看護職は、医療チームの中で看護の独自性・専門性をより明確に打ち出す必要性が生じた。

第3点は、仕事への意欲や自身を向上させるために、積極的に継続教育を受けたいと考える看護職が増加したことである。特別な技術を習得するために国内外の短期研修に参加したり、4年制大学への編入、看護大学院への進学を希望する者も出てきた。看護界においては、米国看護の現状が紹介されたり、国際看護婦協会（International Council of Nursing:ICN）が看護実践スペシャリスト制度に関するガイドラインを発表したことで、専門看護制度の関心が喚起されることになった。また、専門的看護の必要性と呼応し、政府もまた看護教育の内容と教育環境の見直しを進めた。

こうした背景のもとで、わが国において1996年に精神看護とがん看護専門看護師、1997年には救急看護と創傷・オストミー認定看護師が誕生した。そして、この専門看護制度の進展にともない、更に看護職は積極的に継続教育を受けたいと言うキャリアアップへの希求が生じたことについても付言しておきたい。

2 チーム医療における専門性の役割分担への期待

専門看護制度が医療現場へ与えた影響として、以下の事柄が挙げられる。2005年以降、日本医療機能評価機構による病院機能評価項目に「専門看護師」「認定看護師」の配置に関する評価項目が追加された。これは専門能力を生かした配置をしていることが病院の評価の一部になることを意味し、医療組織として積極的に看護職員の技術的支援を行わなければならないことを示している。さらに2007年4月施行の改正医療法により、専門性の公告が看護師に拡大され、認定資格について専門性の公告が可能となった。これにより一般市民の病院選択時の指標として専門看護師と認定看護師の配置状況が位置づけられるようになった。専門看護の資格認定制度が14年を経過し、専門看護師と認定看護師の活動が評価されている。その評価が病院組織の経済活動に反映されたことより、専門看護師と認定看護師は社会的にも認知度を高め、そのことが同時に、両看護師が社会的に役割期待として現れている。

2003年厚生労働省は、「看護職員臨床技能向上推進事業」の救急医療対策事業において、専門的な三次救急医療に精通していることの客観的な評価例として救急看護認定看護師の存在を明記している。また、厚生労働省医政局長通知（医政発第1228001号）⁹⁾の医師及び医療関係職と事務職員等での役割分担では、救急医療等における診療の優先順位の決定や患者・家族への説明において、看護職員が診療の優先順位の判断を行うことや患者・家族等の要望を傾聴し、医師と患者・家族間において十分に意思疎通が取れるよう調整を行う等、役割分担を積極的に実施していくことを推奨している。この役割分担は、医師の負担を軽減することに主眼が置かれているが、認定看護師が患者やその家族に対して、十分に意思疎通が取れる能力を備え、それが極めて専門性の高いものと認めている。

救急看護認定看護師は、1995年に発足して以降、その数は360名（2008年6月現在）である。先の筆者らの調査^{10) 11)}では、その看護師の殆どが関東・関西の大都市圏の大規模病院に集中している。しかしながら日本の救急医療を支えるのは、大規模病院ではなく地域・市町村にある救急告知病院である。それらの施設は、救急医療専従医師の不在、トレーニング経験のない看護師によって運営されているのが現状であることより、初期対応を担う看護職に対して標

準教育を行うための教育カリキュラムの構築が必要不可欠である。

3 高度専門職業人としての看護職育成の促進と裁量権を含む役割拡大の提言

日本看護系大学協議会¹²⁾は、看護を取り巻く諸動向を受けて1999年「看護系大学院では、高度な能力をもち実践現場をリードする機能を果たす卓越した看護実践家である専門管理者、看護管理者、看護行政担当者などになるべき人材を育成する」ことを提言した。さらに2007年には、専門看護師の裁量権を含む役割拡大を視野に入れ、高度専門管理者とともに高度実践看護師制度の確立を求める検討を加えた。そのための専門職大学院、および看護系大学院における高度専門職業人の育成をさらに発展できる環境整備を急ぐ必要性が勧告された。

現在は、医師の偏在や不在が人々の健康不安を呼び起こす時代となっている。専門看護制度における高度な実践力を備えた看護職は、自立した判断能力を潜在的に身につけ、的確な相談や支援が行えるにもかかわらず、医療現場の中で職責の拡大は図られてこなかった。看護職は従来職責範囲を見直して、拡大することを検討できる時代を迎えていると考えられる。救急看護領域は、認定看護師制度の発足時には最初に認定された領域であることより、他の看護領域よりも専門的に特化した領域である。この領域における高度実践者を育成する場として、大学院あるいは継続教育現場のいずれで実施するか議論はあるにせよ、看護職のキャリア発展を明確にした教育プログラムやシステムの構築が近々の課題となっている。

第3節 救急看護の継続教育の実態と研究の動向

1 救急看護に関する継続教育の実態

救急部門における看護師の勤務配置状況は、筆者らの調査¹³⁾によると、専任で配属されている看護師は2割程度である。それ以外は一部あるいは他部門との兼任であった。救急看護に関わる継続教育の課題は、まさしくこの数字に起因すると言ってよい。このよう看護師の配置は、看護師個人の希望とは無関係であり、遣り甲斐の低下や救急看護の魅力を見出すことができず離職に繋が

る場合も少なくなく、継続教育の連続性と積み重ねを保つことを困難にしていると考えられる。

救急看護に関わる継続教育は、凡そ半数の施設が施設内で行われ、それは事例検討会として制度化されている。その内容は、上記の調査によれば、救急蘇生技術や外傷ケア、トリアージ等、病態生理学的視点に焦点化されている。それゆえに救急看護を特徴づける重要な専門教育である患者の心理・社会的視点は皆無であった。経年的継続教育プログラムは、3～4割の施設が保有していたに過ぎず、その公開に応ずる施設はなかった。

一方、施設外で実施される研修（108頁、資料4）は、文部科学省、厚生労働省、都道府県、全社連、日本看護協会、日本赤十字社等が主体で実施されている。その内容は主に、看護管理者養成、臨床実習指導者養成、あるいは専修学校における教員養成に係るものである。救急看護に特化した専門的な教育は、日本救急看護学会¹⁴⁾が独自に開催している。その内容は、救急看護セミナーとして基礎病態セミナー、フィジカルアセスメントセミナーや災害看護初期対応セミナー、外傷初期看護セミナーであり、それぞれのセミナーにおいて患者の心理・社会的側面には着目されていない状況にある。セミナーの内容が、病態・生理学的、あるいはその具体的対応に特化する理由として、最先端の医学の進歩が著しいことに他ならない。最新の検査と治療、あるいは専門領域の研究が進んだことによって、新たな知識や技術の習得のみならず、これまで最良とする方法に修正や変更が生じるなど、早期にその変化を熟知する必要性に迫られている状況が顕著になっている。

2 救急看護認定看護師の教育実態

1) 救急看護認定看護師教育について

認定看護師教育を受けようとする者は、受験資格を満たす領域において臨床経験を経た後に認定看護養成教育機関を受験し合格しなければならない。合格者は、認定看護師教育機関において6ヶ月以上（600時間以上）の教育を受ける。認定看護師養成教育は、基本的には自身の職場に在職した状態で教育期間の前半は講義・演習が中心であり、後半は教育施設として認可された医療施設において実習が行われる。現在、全国に救急看護認定看護師教育機関（108頁、

資料5)は青森, 東京, 大阪に限られている。在職しながら認定看護師資格取得を目指して, 離れた土地で教育を受けるためには, 職場や家庭における理解と協力が必要不可欠である。また, 教育を受ける約6ヶ月以上, 1年余りの期間に必要な経費を確保することも重要な課題である。最近では, 医療施設における認定看護師資格取得に対して, 積極的な姿勢を示す施設も増加傾向にある。しかし, 現状では多忙な現場の人的資源の調整が障壁となっていること, また, 個人が仕事を継続しながら受験対策に取り組む困難さもあり, 認定看護師教育を受けたいという願いが速やかに叶う状況にはないことが現実としてある。

2) 救急看護認定看護師の教育プログラムについて

救急看護認定看護師教育基準カリキュラムは, 共通科目, 専門基礎科目, 専門科目, 学内演習と臨地実習の4領域で構築されている(109~110頁, 資料6)。共通科目は, 一部を除いて救急看護認定看護師に特化した事柄でなく, 救急看護以外の全ての認定看護師に共通する内容であり, 必修6科目, 選択2科目の90時間(+30時間)である。専門基礎科目は, 解剖生理学をふまえた身体理解とフィジカルアセスメント, 看護倫理とメンタルヘルスに関わる危機理論を中心とする看護理論, リスクマネジメントと救命技術の理論と実践によって構成され3科目120時間で教授されている。専門科目は, 救急看護概論をはじめ, 救急患者の病態とケアとそれに関わる技術, 災害急性期看護等によって構成され4科目180時間である。学内演習と臨地実習は, 事例の展開と自身の看護実践を通して学びを深めることを目的とし240時間を学び, 総時間数630時間の教育内容である。このカリキュラム内容において, 患者-看護師の相互行為に関連する事柄については, 共通科目の対人関係において教授される。講義内容では, 患者・家族と看護師, 医療者間の対人関係に焦点が当てられている。患者・家族と看護師の対人関係では, 精神障害をもつ患者の対応と患者とその家族の反応やその理解を精神病理から捉えようとするものである。患者や家族の理解を病理学の視点で行うことに限定することなく, 危機的状況に陥り, 脆弱な対象理解のためには人間学や倫理的視点から捉えることも重要な課題となる

3 救急看護の継続教育に関する研究の動向

救急看護における継続教育に関わる先行研究は極めて乏しい。その研究として認定看護師の優れた技術とケア方法の実践（活動報告）を通して、病態生理とそのアセスメントの視点を教授する内容の立案等がある^{15) 16)}。これらは、救急看護認定看護師の役割として間接的に継続教育の意義が言及され、一般看護師の継続教育案として示されているが、課題を解決する内容にはなっていない。

このような状況において、救急看護認定看護師は看護ケアの実際で一般看護師よりも高い評価を受けており¹⁷⁾、施設内では看護スタッフに対して救急看護への意欲や対人間関係の向上にプラスの作用を与える¹⁸⁾等の報告がなされている。この2点は、救急看護認定看護師の専門性が患者と看護師から心理的にも実態的にも、そして教育的にも救急看護を担う看護師のモデル的位置にあることを示唆している。

最近では、救急看護における患者と看護師のコミュニケーションのあり方¹⁹⁾、患者家族と看護師の相互作用からみる看護師の関わりの傾向²⁰⁾等、救急看護における患者・家族の思いに着目した研究が現れている。これは注目すべき事柄であり、患者・家族の主観的な思いに届くような相互行為の分析への着目が始まったと捉えられる。今後、相互行為に関わる継続教育について検討した研究が予測されると同時に大いにそれを期待したいところである。また、救急看護認定看護師のコミュニケーション的行為の研究では、救急看護認定看護師の関わりによって患者の家族が抱く問題点の抽出や援助方法、患者への精神面への援助方法、医師との関わり方やスタッフナースとの関わり方等において肯定的な変化が認められている²¹⁾という報告がある。確かに、救急看護では、病態生理学に基づく疾患の理解も必要不可欠である。しかし、それと同等に危機的な患者と看護師による対話的行為の共同構築、その両者の相互行為に関わるスキルの向上とその教育方法の検討も救急看護では不可欠であることは、最近の研究で指摘されているところである²²⁾。

救急看護認定看護師教育のカリキュラムは、制度発足以降においても継続的な検討が行われている。しかし、それに関わる議論や研究は見当たらない。本研究結果より、救急看護認定看護師の患者への関わりと救急担当看護師の関わ

りとは異なるものであった。その違いは両者の経験的積み重ねによる実践知の違いによるものか、あるいは救急看護認定看護師教育によるものか等、明らかにしていくことが次の課題として取り組まなければならない。

第4節 救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案

1 救急看護を担う看護師が備えておくべきコミュニケーションスキル

第Ⅲ・Ⅳ章の結果より、救急看護における看護師のコミュニケーション的行為の特性が明らかになった。

救急看護という混沌とする状況の中で、患者の思いもよらぬ健康問題の体験は様々な反応となって現れ、救急看護における患者と看護師の関係性の構築は、看護師からの積極的な関わりなくして不可能である。その場における患者と看護師の出会いは、多くの場合が突然であり、その場における一つひとつの行為や会話を積み重ねることで人間関係を構築する第一歩が始まる。また、救急看護における患者は、あらゆる年齢、様々な健康問題を有する人々であり、単独の健康問題ばかりでなく、複数の問題が潜在する場合も少なくない。また、突然の健康問題の発症であることより、患者の情報が極端に少ないことも特徴である。本研究のプロセスより、救急看護を担う看護師が備えておくべきコミュニケーションスキルは、以下の9点が考えられる。

①患者の存在を認め、尊重するスキル

救急看護における患者と看護師の人間関係の構築は、いま・ここに生きる人間同士、対等な人格を持つ人間としての関わりの中台となる。このスキルは看護師がその場において高度な医療技術を提供することと同様に、異なる考えをもち苦悩し感情に心が揺れ動く患者への支援へと繋がる。

②患者との心理的な距離を縮めるスキル

救急看護における看護師の患者への人間的な眼差しや心やりは、患者との心理的な距離を縮めることとなる。このスキルは看護師が患者の纏まらない思考に付き合い、考える時間を共に過ごすことによって、患者自身が状況整理を行うことを助けることになる。

③患者との距離を調整するスキル

救急看護において看護師が患者へ接近して注意深く観察することは重要である。このスキルは看護師がその状況に捕らわれることなく目の前の現象を全体で捉え、その現象の意味を問い、患者の療養環境を諸側面より整えていくことである。

④患者に方向性を示すスキル

救急看護における看護師は、患者の検査や処置、治療の進行を見届け、また患者が自身の療養について意思決定するまでの間、患者と患者を取り巻く人々との相互作用を見極める。このスキルは看護師がその状況に対して適切なアドバイスや口添えを行うことによって患者がより良い選択ができることである。

⑤患者の変化に集中するスキル

救急看護における看護師は、過去の経験で遭遇したことのない症状を呈する患者と出会うことも数多い。このスキルは看護師が時々刻々と変化する状況において患者の変化を見逃すことのないように、想定される病態をイメージし患者へ専念し続けることである。

⑥患者を精確に観察するスキル

救急看護における看護師は、初療において経時的なアセスメントを行うために、観察することは重要なことである。このスキルは看護師が病態の変化と関連づけて、患者の訴えや微細な反応を見逃さないことである。

⑦患者の諸側面より情報収集するスキル

救急看護における看護師は、積極的、かつ多方面からの情報収集を行い細切れの情報を意味あるものへと編集する。このスキルは看護師が患者理解を深め冷静な現状分析と専門的な判断に繋げることである。

⑧患者の緊張を解きほぐすスキル

救急看護を受ける患者は、非日常的な緊張の高まる空間と専門的な用語が氾濫する環境の中で時間を過ごしている。このスキルは看護師がこのような状況におかれた患者へ暖かで穏やかな聞き取りやすい会話を提供することである。

⑨患者にとって理解可能な情報を提供するスキル

救急看護における看護師は、専門的な思考と人間的な暖かさの均衡を保ちながら、患者へ状況を伝えていかなければならない。このスキルは看護師がその

タイミングと内容を吟味し、患者が最大限に理解可能な情報提供を行うことである。

救急看護を担う看護師はこれらのスキル習得によって、生の危機的状況における人間との出会いを、人間学に基づき実践的理解を深めることができると考えられる。それによって救急看護を担う看護師は戸惑う患者の思いや期待に沿うことのできる会話の幅と奥行きが生じ、患者とのコミュニケーションにおけるバリエーションが多彩になる。さらに患者の閉ざされがちな状況を開き、その場に留まることのない将来を見据えた関わりが可能となる。

2 現行カリキュラムにおいて科目として救急看護を配置することは可能か

救急看護の教授内容は、全面的な編成を求めることではない。それに追加して、患者－看護師関係構築に関わるスキルを向上する為の教授内容を加える必要があることを強調したい。

救急看護において、ことさらに患者－看護師関係を重視する理由として、救急患者は自分だけの力では状況を打開することができず、専門的支援が必要不可欠であることが挙げられる。看護は、患者－看護師の関係性の中で成り立っており、生命が脅かされ危機的状況にある患者に対して、看護師の関わりによって患者が健康問題に取り組むための勇気を維持する事ができるのかが、問われているからである。

現行のカリキュラムに救急看護を位置づけるとするならば、従来通りに専門分野の急性期看護の一領域として扱うことになるであろう。しかし、現在の看護基礎教育では、基本的な健康問題解決に関わる方法を段階的に教授するだけでも授業時間のやり繰りが必要である。これまでの論述の如く、救急看護は患者の危機的な状況に対して高度のアセスメントと臨機応変な対応を必要とし、より専門性を極めた領域と言える。従って、理論と実践を備えた応用編と捉えられることより、看護継続教育での充実、あるいは大学院において教育する新たな方法を検討していかざるを得ない。

3 救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案

前項の救急看護を担う看護師が備えておくべきコミュニケーションスキルをふまえ、そのスキルを習得することをめざして救急看護の継続教育におけるコミュニケーション教育プログラムの試案を提示する（102頁，表1）。

試案の学習目的は2点ある。第1は、救急看護を受ける患者・家族の特徴を理解し、医療チームにおいて患者の擁護者となるために必要な知識を習得することにある。第2は、患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーションスキルを習得することである。その学習の視点は以下の7点にある。①救急看護の特殊性の理解、②救急看護における倫理的原則と擁護者になる意味の理解、③救急看護に必要な危機理論の理解、④救急看護における患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーション的行為についての理解、⑤状況設定の中で、患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーション的行為の実践、⑥救急医療の課題に対して、看護の立場から解決への試案。この7点を達成するために、7回の学習計画を立案された。教育方法は、小グループ単位で課題現象に取り組むことで問題解決思考をトレーニングすると共に、コミュニケーション的スキルを習得のために事例検討や演習形式を採用されている。

4 これからの救急看護教育がめざすもの

初療のあらゆる局面において患者が求めていることは、その場において納得して時間を過ごすということではないだろうか。救急看護を担う看護師には、非日常的環境で時々刻々と変化する患者の微妙に揺れ動く思いや主張、表現することをキャッチし、患者の求めや期待に応える看護が求められている。

戸惑いと困惑の中で生を求める患者は、療養方針を受け止め、療養行動を喚起し健康問題の解決へ向かう事が期待される。初療環境のような短時間の中でしかも危機的な心理状況において、それぞれの患者と看護師間においてズレやジレンマを生み出すことが予測される。この混乱を回避するためにも変化する各局面において、患者と看護師相互がお互いのズレを調整すること、それぞれの要求することについて相互主観的に承認し合い合意形成を図る必要がある。相互主観的な承認とは、各局面における患者と看護師のそれぞれの背景にある思いを互いに理解すること、またその場における行為の意味＝意図について共

同に解釈できる過程を構築することを意味されている²³⁾。

相互行為は、状況に対する行為者各自の意図や解釈枠組に基づいて展開されており、それはそれぞれの行為者の特性や個性となって表出されてくる。初療環境で患者は危機的状況であることより言葉を発することができない、あるいは専門的知識が無くて状況が複雑で理解できずに呆然となる等、様々な反応を引き起こす。一方看護師は、目前の患者の訴えや状況に対応しながらも同時に、専門的経験にもとづき患者の潜在する問題にも対処する解釈枠組を保持している。このような患者と看護師相互の解釈枠組が異なる状況にあることは、その状況における行為の捉え方に違いが生ずることは必然ないし自然とも言える。

患者と看護師のコミュニケーションによる合意形成は、患者を一人の人格として扱うことを志向することであり、患者と看護師の対等の関係性が構築されることを求めている。その関係性を土台に、看護師は患者の気がかりな口調や振る舞い、言葉にならない思い、状況や環境下における緊張の高まりを敏感にキャッチすることができる環境を構成することができる。初療看護における患者と看護師間の認知の乖離を生じさせないよう、あるいはその乖離を縮小する努力等合意形成を図っていくために、看護師はその場における患者のサインを捉えることのできる洞察力が必要である。医療の進歩と発展に対応した患者の本音に迫ることのできるコミュニケーションスキルを発揮することが期待される。

看護師がコミュニケーション的スキルを発揮することは、患者を一人のかけがえのない人間としての尊重であり愛情を示すことの具体的な現われである。ここに救急看護の本質的属性が見出される。

表1 救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案

<学習目的>

- 1 救急看護を受ける患者・家族の特徴を理解し、医療チームにおいて患者の擁護者となるために必要な知識を習得する。
- 2 患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーションスキルを習得することができる。

<学習目標>

- ① 救急看護の特殊性について述べることができる
- ② 救急看護における倫理的原則をふまえ、患者の擁護者となることができる
- ③ 危機理論を理解することによって看護実践に活用できる
- ④ 救急看護の対象の特徴を理解する
- ⑤ 救急看護における患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーション的行為について理解することができる
- ⑥ 状況設定の中で、患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーション的行為を実践することができる
- ⑦ 救急医療の課題に対して、看護の立場から解決への試案を提示することができる

<学習内容>

回数	学習項目	主な学習内容（教育方法）
1	救急看護の特徴 －重症ケア（ICU/CCU）との違い	・確定診断のある、なしの患者への対応の違い ・情報量が極端に乏しい患者への対応（講義・事例検討）
2	救急看護における観察とアセスメントの特徴 経時的な観察とアセスメント 緊急度と重症度の判断（トリアージ）	・変化しやすい、脆弱な患者のアセスメント ・オーバートリアージとアンダートリアージの実際 （講義・事例検討）
3	救急看護における対象理解 救急患者と家族の特徴 救急患者理解のための危機理論	・急激に健康問題を発症した患者の理解 －身体的・心理的・社会的側面から包括的に捉える （講義）
4	救急看護に関連する法律と倫理的配慮 救急医療チームにおける看護師の責務 救急看護師の擁護者としての役割	・患者と他医療職者との仲介的役割と調整 ・患者の権利が障害されそうになった場面、倫理的問題と倫理的ジレンマ （講義・事例検討）
5	救急看護における相互行為（1） 患者－看護師間の人間関係構築の意味 患者－看護師のコミュニケーション的行為	・短時間で人間関係を構築することの必要性とその困難 ・コミュニケーション的行為の実際とそのスキル （講義・演習）
6	救急看護における相互行為（2） コミュニケーションスキルの活用	・怒る患者、沈黙する患者、興奮する患者等、厄介な患者を想定した具体的なコミュニケーションのトレーニング （模擬患者を活用しての演習）
7	救急看護における相互行為（3） 過去、問題となった事例の振り返り	・救急医療において生じた患者と医療者間の認識のズレの場面、患者が帰宅後に急変し再診した患者・家族との関わりの場面、治療を拒否する場面等、 対応に苦慮した事例の再考 （演習・事例検討）

引用文献

- 1) 村井嘉子『救急看護学の概念化に関する研究－救急初療業務の実態とその教育に焦点をあてた試み』平成 13～15 年度科学研究費補助金による研究成果報告, p.45, 2004.
- 2) <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html>
社団法人日本看護協会公式ホームページの資格認定制度における専門看護師の項
- 3) 前掲書 1) pp.46-47
- 4) 日野原重明・井村裕夫監修『看護のための最新医学講座(第2版)25 救急』中山書店, 2007.
- 5) 山勢博彰編集『救急看護論』ヌーヴェルヒロカワ, 2001.
- 6) 山勢博彰『系統看護学講座別巻4 救急看護学』医学書院, 2008.
- 7) 平成 20 年度石川県立看護大学シラバス, 成人看護方法論Ⅱ, 2008.
- 8) 平成 20 年度札幌市立大学シラバス, 救急看護学, 2008.
- 9) 厚生労働省医政局長通知, 医政発第 1228001 号「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」pp. 5-6, 2007.
- 10) 前掲書 1) p. 9
- 11) 社団法人日本看護協会公式ホームページ認定看護師登録者一覧
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html>
- 12) 日本看護系大学協議会公式ホームページ『21 世紀の看護系大学・大学院教育の方向性(声明)』項, 2007 年 3 月 <http://janpu.umin.ac.jp/>
- 13) 前掲書 1) p. 6
- 14) 日本救急看護学会公式ホームページ平成 20 年度セミナー開催
<http://jaen.umin.ac.jp/seminar.html>
『救急看護セミナー』『フィジカルアセスメントセミナー』『災害看護初期対応セミナー』『外傷初期対応セミナー』等、殆どのセミナーが病態生理学的視点に焦点化された内容で開催されている。
- 15) 高山裕喜枝「組織における認定看護師の役割」『看護』日本看護協会出版会, 第 52 巻第 8 号, pp.26-29, 2000.
- 16) 森山美香「知っておきたい技術と基礎知識 心肺蘇生と救急現場における

- 問題』『エマージェンシーナーシング』夏季増刊, メディカ出版, pp. 224-241, 2007.
- 17) 瀬戸奈津子, 又元裕, 廣瀬千也子「認定看護師による看護ケアの評価と課題」『看護』日本看護協会出版会, 第 58 巻 2 号, pp. 66-75, 2006.
- 18) 藤原正恵, 岡谷恵子, 佐々木吉子「救急看護認定看護師の役割とその成果に関する研究」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 第 12 巻 4 号, pp. 30-32, 2000.
- 19) 荒井真由美, 斉藤孝子, 大高洋子他「救急外来において安心して待つことができる言葉かけの効果」『西尾市民病院紀要』13(1), pp. 125-130, 2002.
- 20) 佐藤美幸「救急外来における家族への危機介入」『山口県立大学看護学部紀要』6, pp. 55-62, 2002.
- 21) 佐藤道代「認定看護師が現場に与えた効果」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 第 12 巻 4 号, pp. 28-30, 2000.
- 22) 村井嘉子「医療の臨床場面にみられる対話的行為の協同構築-学校実践研究との協同構築-」『学校教育研究』日本学校教育学会, 第 21 巻, pp. 153-156, 2006.
- 23) Erving Goffman/丸木恵祐, 本名信行訳『集まりの構造-新しい行動論を求めて』誠信書房, p. 101, 2003.

資料 1

標準テキストの目次

Aテキスト

第1章 救急看護の概念

第2章 救急看護の対象理解

第3章 救急看護体制と看護展開

- A 初期・第二次救急医療における対応
看護体制・看護展開
- B 第三次救急医療における対応、看護体制・看護展開
- C 院内急変における対応、初期対応、処置・検査・手術・
家族対応、院内他部門・他職種との連携
院内他部門・他職種、他院との連携、看護記録
- D 在宅医療における対応、連絡システム、初期対応
家族への対応、看護記録
- E 学校保健における対応、連絡システム、初期対応
看護記録
- F 災害時における対応、災害時のシステム
災害発生時の受入体制・救援看護派遣体制と看護

第4章 救急患者の観察とアセスメント

第5章 主要病態に対する救急処置

第6章 救急時の看護技術

第7章 救急時に使用される医薬品

『救急看護学』医学書院 2008

Bテキスト

第1章 救急医学と救急医療

- わが国の救急医療体制と制度、**救急看護学**
- 病院前救急医療とメディカルコントロール
- 災害医療、救急医療と法律、侵襲と生体反応
- 救急診断：救急診断の目的と特殊性
緊急検査・緊急画像診断
救急診断の目的、緊急検査・緊急画像診断

第2章 救急処置

- 心肺蘇生法、救急処置、救急医薬品
- 輸血・ショック

第3章 重傷管理

- 中枢神経救急病態、呼吸器系救急病態、循環器系救急病態
体液と腎機能の救急病態、代謝・内分泌系救急病態 等

第4章 損傷

- 外傷の区分、頭部外傷、顔面・頸部外傷 他

第5章 各科救急疾患

『看護のための最新医学講座 25 救急』中山書局 2007

資料4

看護継続教育機関一覧

実施主体	教育機関	研修会名・講習会名	期間	定員
文部科学省	千葉大学看護学附属 看護実践研究指導センター	◆看護実践研究指導センター研修 ・継続教育・看護管理・老人看護	6ヶ月	20
		◆看護実践研究指導センター協同研究 ・継続教育・看護管理・老人看護	1年	
厚生労働省	国立保健医療科学学院	◆看護学教育指導者研修	8ヶ月	10日間
		◆国立私立大学病院看護管理者講習会	10日間	
	厚生労働省 看護研修研究センター	◆専攻課程 看護コース	1年	40
		◆特別課程 公衆衛生看護管理コース 公衆衛生看護活動コース	3週間 2週間 2週間	
都道府県	国立看護大学校 研修部	◆看護学教育指導者研修	1年	90
		◆看護実践研究指導センター協同研究 ・継続教育・看護管理・老人看護	1年	
	首都大学東京 神奈川県立保健福祉大学 実践センター	◆看護学教育指導者研修	1年	15
		◆看護実践研究指導センター協同研究 ・継続教育・看護管理・老人看護	1年	
各都道府県 ナースセンター	◆看護学教育指導者研修	1年	15	
	◆看護実践研究指導センター協同研究 ・継続教育・看護管理・老人看護	1年		
社会保険 看護研修研究センター	◆看護学教育指導者研修 ・看護教育専攻 ・看護管理専攻	◆看護実践研究指導センター協同研究 ・継続教育・看護管理・老人看護	1年	45
		◆社会保険関係施設対象の研修 ・実習指導者養成公衆 ・看護管理研修Ⅰ ・看護管理研修Ⅱ 等	240時間 150時間 180時間	
日本赤十字社 幹部看護師研修所	◆赤十字看護管理者研修Ⅰ 認定看護師管理者研修における「ファーストレベル」に相当	◆赤十字看護管理者研修Ⅱ 認定看護師管理者研修における「セカンドレベル」に相当	3ヶ月 (年2回)	50
		◆赤十字看護管理者研修Ⅱ 認定看護師管理者研修における「セカンドレベル」に相当	4ヶ月 (年1回)	50
日本看護協会	看護研修学校	◆認定看護師教育課程 「集中ケア」「緩和ケア」「感染看護」「糖尿病看護」 「創傷・オストミー看護」	各1年 各1年	各20 各20
	神戸研修センター	◆認定看護師教育課程 「がん化学療法看護」「不妊症看護」	各6ヶ月	各20
	看護教育・研修センター	◆認定看護管理者制度における研修 「セカンドレベル」「ファーストレベル」 ◆各種短期講習会・研修会等		
		◆認定看護管理者制度における研修 「セカンドレベル」「ファーストレベル」 ◆各種短期講習会・研修会等		

資料5

救急看護認定教育課程

救急看護認定看護師教育課程	青森県立保健大学地域連携・国際センター	6ヶ月
	日本看護協会看護研修学校	6ヶ月
	大阪府看護協会認定看護師教育課程	6ヶ月

目的：

- 1 地域・社会の救急医療のニーズに応じて、救命技術から危機的状況にある患者及び家族への精神面の看護に至る幅広い救急看護領域の知識や技術に熟達し、各場面に応じた的確な判断に基づいて、確実な技術を実践できる救急看護師を育成する
- 2 救急看護領域において看護実践を通して看護職者に対して、指導、相談できる看護師を育成する
- 3 看護職として役割に誇りと自信をもち、自己研鑽をめざすことのできる認定看護師を育成する

期待される能力：

- 1 あらゆる状況下で、対象に応じた迅速で確実な救命技術・救急看護技術を実践できる
- 2 救急医療現場において、病態に応じた迅速かつ確かなトリアージを実践できる
- 3 救急医療現場において、患者の病態を理解し、実在する問題のみならず、予測される問題も把握・判断して臨機応変なケアを計画し、実践できる
- 4 危機的状況にある患者・家族の倫理的問題を的確に把握し、支援できる
- 5 災害急性期の医療ニーズを理解し、状況に即した看護を展開できる
- 6 研究的視点をもって救急看護実践を評価し、救急看護の質の向上に寄与することができる
- 7 救急医療現場において、医師および他の医療従事者との情報を共有し、調整的役割を發揮できる
- 8 他の医療従事者等へ救急技術の指導ができる
- 9 救急看護実践の場において、リーダーシップを發揮し他の看護師に対して、救急看護実践を通して指導・相談を行う事ができる
- 10 患者・家族の擁護者として、相談・調整役割を果たす事ができる

教科目	目標、またはその内容	時間
I 共通科目		
<必須>		
リーダーシップ	組織（集団）の目標（課題）を達成する上で必要なリーダーシップの方法論を学び、実践の場で活用できる認定看護師としてもリーダーシップを習得する	15
文献検索・文献購読	水準の高い看護実践とその領域の看護の質を向上させるために必要な再診の知識情報を獲得し、活用する方法を理解し、実践できる	15
情報処理	社会における情報化の発展と情報の意義・役割を理解するとともに、情報処理に関する基本的知識および技術を習得し、看護分野において情報と情報手段を活用する能力と態度を身につける	15
看護倫理	看護の専門職として患者の権利を尊重し、倫理的な視点で問題を捉え、解決策を見出すことができる	15
教育・指導	成人学習者として自らが学ぶ姿勢を身につけ、対象に応じた教育・指導の目的や方法論を学び、さらに効果的な教育・指導の方法を考察する	15
コンサルテーション	認定看護師として専門分野に関する相談対応を行うために必要なコンサルテーションに関する知識を習得し、効果的な相談機能を發揮するための方法を考察する	15
		小計90
<選択>		
看護管理	保健医療組織における看護の役割に脳を理解すると共に、役割機能を果たす上で看護管理システム上の諸問題を考察する。また、看護管理システムにおける認定看護師の位置づけや役割機能を理解し、効果的に役割機能を發揮するための戦略について考察する	15
対人関係	救急・重症治療における患者と家族や医療スタッフとの対人関係の技術を習得する	15
		小計30
II 専門基礎科目		
1 アセスメントとケア フィジカルアセスメント メンタルヘルスとケア	1) 解剖・生理をふまえた身体の理解とフィジカルアセスメント 2) 小児・高齢者・妊産婦のフィジカルアセスメントの知識と技術 3) 救急患者のアセスメントとケア 1) 救急・重症患者及び家族倫理の理解 (1) ストレス・コーピング理論 (2) 危機理論 (3) 看護実践への理論の活用 2) 救急・重症患者及び家族のメンタルケア	60 30
2 リスクマネジメント	1) リスクマネジメントの概要 2) 救急医療の場で起こりやすい医療事故と対応 3) 生命維持装置の知識と安全対策 4) 感染防止と対策	15
3 救命技術の理論と実践	1) Basic Life Support（心肺蘇生法：一次救命処置法）の習熟 2) Advanced Cardiac Life Support（二次救命処置法）の習熟	15
		小計120
III 専門科目		
1 救急看護概論	1) 救急医療の変遷と現状 2) 救急看護の特徴と機能 3) 救急看護認定看護師の役割（相談・調整役も含む） 4) 救急分野の看護管理 5) 医療スタッフ間の対人関係 6) 移植医療における看護の役割 7) 救急医療・看護に必要な法的知識 8) 救急医療におけるソーシャルサポートと医療連携 9) 救急医療に特徴的な倫理問題	
2 救急看護技術	1) 人工呼吸管理 2) 重症管理の急性期におけるリハビリテーション（呼吸理学療法を含む） 3) 外傷初期看護 4) 救急外来でのトリアージ	45

3 病態とケア	1) 侵襲と生体反応 2) 脳血管障害 3) 急性呼吸不全 4) 急性循環不全 5) 多発外傷 6) 熱傷 7) 急性薬物中毒 8) 精神科疾患	60
4 救命技術指導	1) 救命技術指導案の作成 2) 救命技術の実際と評価	
5 災害急性期看護	1) 災害医療と救援システム 2) 災害現場の医療体制における看護の役割 3) 災害時のトリアージ(シミュレーションを含む) 4) 災害時の施設内での看護体制	30
		小計180
IV 学内演習・実習	1) 文献演習	60
1 学内演習	文献学習・購読を通して、病態・疾患・看護を分析し、看護を科学的・理論的に実践できる基礎を養う 2) 事例展開 事例を通して科学的・理論的な看護を展開する 3) ケースレポート 臨地実習期間中に経験した事例1例について、論文形式にまとめ発表する	
2 臨地実習	1) 以下の看護経験を通して、アセスメント能力および能力を確実なものにする (1) 初療看護(トリアージを含む5事例) (2) 呼吸・循環・意識が障害された救急患者の急性期看護(3事例) (3) 家族への援助 2) 救急看護技術指導を通してスタッフへの指導・相談能力を養う 3) 事例検討 臨地実習期間中に各自、経験した事例を提示し合い、ケース・ディスカッションを行う	180
		小計240
総時間数	基礎科目 90時間(+30時間) 専門基礎 120時間 専門科目 180時間 学内演習・実習 240時間 総時間数 630時間(+30時間)	

＊「対人関係」の教育目標と講義内容

目標

- 1 危機状態にある患者と家族への適切な対応方法を身につける
- 2 救急・重症治療に必要な精神病理の知識を持ち、患者と家族へ適切な対応方法を身につける
- 3 ストレスフルな職場で働く医療者の心理を理解し、良好な対人関係を保つ技術を身につける

内容

- 1 危機状態にある患者と家族との対人関係の実際
 - ・救急・ICUにみられる精神症状の理解
 - ・患者と家族への対応の実際
- 2 精神障害患者への対応
 - ・救急・ICUに必要な精神病理の知識
 - ・精神障害をもつ患者の実際
- 3 救急・ICUにおける医療者の対人関係
 - ・救急・ICUで働くストレスの理解
 - ・ストレスマネジメント
 - ・良好な対人関係を保つ技術とその実際

終章 研究の総括

最近の救急医療では、「救命」最優先から患者の QOL (quality of life) にも配慮する広がりをもつようになり、救急患者治療の必須の医学的知識とそれらを側面から支える救急医療体制の充実、さらに救急医療特有の倫理観等が必要不可欠になっている。また、救急医療がチーム医療であることから医師と看護師等が協調すべき側面も多い。しかしながら一方では、医師主導型の医療体制であることより、看護師の業務拡大においても看護師の独自性を十分に主張できない状況がある。1998年、日本救急看護学会が発足したことは救急看護にとって大きな発展である。多種多様な救急患者が受診する救急外来では、初期の看護介入（救急初療看護）を行うことは必須である。救急初療は、あらゆる年齢の患者を対象とし、突然の事故や急激な疾病の発症によって潜在する健康問題が不明確な場合が多いこと、その場において病状の緊急性と重症度の判別を行い、健康問題の解決の方向性を決定するまでのケアを行うという特徴がある。この救急初療段階のケアを円滑・的確、効果的に行う領域が救急看護の中核であると考えている。救急外来を訪れる患者を長時間待たせることなく、待たされる状況においても不満や苛立ちを最小限にする、また緊急度の高い患者を見逃さないために救急初療看護は重要である。この救急初療看護は、患者と施設・医療専門職の間に信頼関係を形成し、その場における看護師の活動は患者にとって意味のあるものとして捉えられ、頼りにされていることを明らかにしていくことが求められている。救急医療において救急看護師は、危機的状況にある患者への対応や患者を取り巻く家族を含めて支援すること、究極の状況にある人間としての尊厳を守っている。また、救急看護師の瞬時にして状況を識別し見極める技能を備えていることより、患者への介入の実際を明らかにしていくことが、救急看護の独自性を主張することにつながると考える。

そこで本研究では、救急看護を象徴する救急初療看護において、患者が自己の健康問題を受けとめることを目指して、看護師は如何にして患者との対話的行為を志向し、患者との合意形成を図るためにどのような看護介入を実施しているのかを明らかにする。またその教育実践に関わる必要不可欠な観点を得ようと試みた。本研究は3つの質的研究に基づいている。それぞれの研究の対象

は、救急初療看護を受けた患者、そのケアを担う救急担当看護師、および救急看護に関する特別な教育を受けた救急看護認定看護師である。救急初療看護における患者と両看護師の関わりの実態を通して、その状況が浮き彫りになるようにデザインした。そして最後に、これらの研究プロセスより救急看護におけるコミュニケーション教育プログラムの試案を提示した。

＝第1の研究について＝

本研究は、救急初療看護を受ける患者の率直な思いを、時間と空間の移動にともなって微妙に変化する体験として分析した。対象は、心臓・血管系に健康問題が生じた患者15名であり、救急初療においては典型的な病像を示している。最初に救急初療を受けた患者の実態を把握することは、その場に存在する患者への援助の必要性和特殊な課題に対応するために重要であると考えた。これまで救急初療看護に関する事例研究では、病態や処置、それらの特殊性に焦点が置かれており、患者の内面に焦点を当て理論化を試みた研究は見当たらない。

その結果、患者の体験は【信じて身を委ねる】、【自分が自分でない感覚】、【現状への驚愕】、【今後をイメージできる情報を希求】の 카테고리と、これらに関係づけられる『生を求め捉えようとする』コアカテゴリーが生成された。突然に健康問題が発症した患者は、救急外来を訪れ医療関係者の積極的な招き入れや関わりによって、【信じて身を委ねる】ことで落ち着きと安らぎを期待する。しかし著しい身体異常や苦痛症状のもとで、自分自身ではどうにもならない状況であることを認めざるを得なくなり、周囲の専門的支援を求め、否応なく専門家の指示を受け入れ、それによって自己抑制を余儀なくされ【自分が自分でない感覚】に陥る。患者は、この体験過程において自己の健康問題の危機を感じ取り、あるいは健康問題の複雑さによって日常性を欠き、状況理解が困難になるという【現状への驚愕】を深めることになる。これらのカテゴリーは治療や療養法の方向性が決定するまで（初療室を退室し、次の治療・療養段階へ至るまで）各局面において繰り返し体験され、その一方で、医療専門家から理解できるように【今後をイメージできる情報を希求】していた。患者のこれらの体験の過程に、『生を求め捉えようとする』思いが貫かれていた。患者は、著しい症状と非日常性の中で専門的支援を受けながら、自分自身で生きることを求

め、生に意識を向けてその場に存在し状況を見極めていたことが明らかになった。以上の結果より、救急初療に関わる看護では、この患者の思いを的確に把握し理解するための実践能力、とりわけ生の危機的状況下にある初療時における患者の人間理解を踏まえたコミュニケーションスキルの習得に関わるプログラムによる教育実践が必要と考えられる。

＝ 第 2 の 研 究 に つ い て ＝

救急初療の現場では、救命のための医学的処置が最優先されることより、看護師の地道な専心的な関わりは氷山に埋もれ言語化されないでいる。救急初療看護を担う看護師の臨床知を記述し、第1の研究の患者の体験構造をふまえ、救急初療における看護介入の実態を浮き彫りにした。救急初療時より、看護師が危機的な心理状態にある患者の反応にも注意を向け、患者への緻密な観察や気配り等を行うことが必要不可欠であり、早期より介入することが期待されている。また、この状況における看護介入のあり方は患者－看護師関係のあり方と緊密に関連しており、救急初療看護における対人関係の構造や心理的側面に焦点化された研究が、救急看護の専門性を主張する上で重要な位置にある。換言すれば、危機的状況における患者とその家族、そして看護師の人間的な有り様に対して積極的に取り組む必要がある。医療を受ける主体が患者であるということより患者を中心に据えた医療者との関係性の構築や、患者自らの体験を基にした専門的看護介入の必要性、その介入に必要な実践能力を明らかにすることやその教育方法についての検討等、初療において医学的視点に限定されることのない社会的な相互行為の知見が不可欠になってくると考えられる。

本研究は、本論文の中心的な課題である救急初療看護における看護師が、患者が自己の健康問題を受けとめることを目指して、看護師は如何にして患者との対話的行為を志向し、患者との合意形成を図るためにどのような積極的な関わりを行っているのかを明らかにすることである。この課題に応えるために最初の方法として、救急初療看護を担う救急担当看護師（以下、看護師）20名を対象に、実際の看護介入の現場を参加観察した。

その結果、看護師は《訴えと反応に集中》、《絶えず視線を注ぐ》、《現実認識を促進》、《一体感を維持し安心を保障》の4つのカテゴリーと、これらに関連

づけられたコアカテゴリー『一体感を維持し安心を保障』が生成された。看護師は限定された時間の救急初療において、患者の身体状況が脆弱、かつ変化しやすい状況であることより、短時間の中で生ずる変化をキャッチすることに努めていた。それは患者の表現することを助け、言葉にならぬ思いを引き出すために《訴えと反応に集中》することである。同時に、患者の不安定な身体状況へ《絶えず視線を注ぎ》関心を向けることで、患者の如何なる変化を見逃すことのないように患者へ専念する姿勢を示していた。また、患者が自己の身体状況の変化とその対応について理解を深めるために現状説明を行い、時には看護師が家族・近親者と連携することによって《現状認識を促進》させ患者への支援体制を強固なものとしていた。看護師は、患者の苦痛な症状を労り患者を取り巻く環境整備することに努力し《一体感を維持し安心を保障》する関わりを実施していた。看護師のこれら全ての関わりの過程には、患者との『一体感を維持し安心を保障』するという思いが込められていた。

救急初療経過の中で看護師が、患者の苦痛を労り症状の安定を見極め、静かな環境や落ち着いた状況を作り提供する事は、新たな環境をコーディネートすることである。患者に症状が残る状況であっても、看護師からの思いやりを実感できることは、患者の基本的な安全・安楽の欲求を叶えることである。これは患者の気持ちの切り替えを可能し、非日常的な専門的な情報を受け入れることに繋がることである。これは患者自身の健康問題に対して、自己決定するための原動力を奮起させる出発点となる。全てのカテゴリーに浸透する患者への『一体感を維持し安心を保障』する関わりは、患者の体験による『生を求め捉えようとする』思いを維持することを支持することである。看護師は、緊迫する時間の流れの中で患者への集中度を高め患者の潜在する健康問題を探り、患者の胸に秘めた思いや不安をキャッチしようとする人間的・探求的な患者観察、人間への慈しみと思いやりを伝えることのできる教育実践が必要不可欠である。

＝ 第 3 の 研 究 に つ い て ＝

本研究は、本論文の課題に応えるための第二の方法として、救急看護領域において蓄積された実践経験とそれに関わる特別な教育を受けた救急看護認定看護師（以下、認定看護師）13名に対して面接調査を行った。そしてこの結果と

第2の研究で得られた結果を比較検討することによって、卓越した患者－看護師間における合意形成を志向したコミュニケーション的スキルについて考察した。認定看護師と救急担当看護師との間に関わりの違いを見出す事が可能であるならば、その教育の意義は大きく救急看護実践の質を向上させるための教育への示唆を得る事ができるのではないかと考えた。

その結果、認定看護師は{衝撃を鎮める}、{その場の空気を読む}、{混乱する思考を整理}、{先行きを具体化}の4つカテゴリーと、これらの全てのカテゴリーに関連づけられたコアカテゴリー『問題に向き合う態勢を支える』が生成された。認定看護師は患者の状況を気づかい寄り積極的に患者の思いを聞く姿勢を示し、患者へ関心を向けることで患者の{衝撃を鎮める}関わりを実施していた。また、認定看護師は患者へこれまでの自分の経験を伝え、あるいは患者の思いや考えを聞き確認するというやり取りを行っていた。そして、医療専門職の一員としてアドバイスをすることで患者の{混乱する思考を整理}する関わりを実施していた。患者と患者を取り巻く人々との相互作用によって生じる{その場の空気を読む}ことによって、その場の状況を調整し話し合いが円滑に進むことを支援していた。患者の意思を尊重し共感しながら患者の状況が良い方向へ進展するように、患者を取り巻く人々へ働きかけや仲介役を引き受けていた。これらの関わりに加え{先行きを具体化}することによって、患者は自己の健康問題に対する治療や療養方法の方向性を知ることとなる。これら全ての認定看護師の関わりの根底には、患者が自己の健康に関わる『問題に向き合う態勢を支える』という基本的かつ前向きな姿勢が息づいており、患者自身が自己の健康問題を自覚し治療や療養することを迎え入れ、主体的に受けとめ引き受けていくことへ繋がる関わりであった。

本結果より、認定看護師が患者と接近して行われる関わりと距離を保った関わりは、目の前の現象を焦点化して分析すること、あるいは広い視野で捉えることの連続性であり、認定看護師自身がその場の状況に巻き込まれる事なく状況を客観視することである。これによってその場の先入観を排除し、有りのままを捉えることでアセスメントの精度を高め患者へ健康問題回復への的確な方向性を示し、行動化へと導くためにその場を調整することが可能であったと考えられる。

第2の研究における救急担当看護師の関わりは、その場における患者との一体感によって患者を支え安心を保障するという〈点〉の関わりと言える。認定看護師は、初療は患者の健康問題を解決するための通過点にすぎないことをふまえて、患者の状況を受けとめ状況を整理することを助け、患者が自己の健康問題に向き合い、継続される療養法を受け入れその解決に向かわせる〈線〉の関わりと言えるのではないだろうか。

患者は危機的な状況にあっても、『生を求め捉えようとする』思いが根底にあることは、生に対する主体的な姿勢を示すものと言える。認定看護師の患者自身が『問題に向き合う態勢を支える』関わりは、患者が自己の健康問題を理解し継続される療養法を受け入れていくための自己決定を支えることでもある。成人期における心臓・血管系の健康障害発症の多くは、長年の生活習慣や加齢による変化によって生ずるものが殆どである。この健康問題に対する初療は、第一に救命であり障害を最小限に留めるために早急に処置を行うことである。そしてその後継続される療養法は、救急初療以上に長期に渡って継続される。救急初療における看護師の関わりによって、患者が自身の生活の課題や問題に対処しうる学習の必要性を実感することが出来た時、新たな目標として生活の見直しと新たな生活習慣を構築することに向かうことができる。健康問題の発症の経験から得たことは、より一層の意味を付与することになると考える。

救急初療を受ける患者にとって、救急担当看護師のように『一体感を維持し
安

心を保障』する関わりは、患者を孤独にすることなく、患者の不安を軽減し安心が得られるように働きかけることである。また、患者にとって初療の後に継続される療養法を見据えた、つまり将来的展望を備えた認定看護師の『問題に向き合う態勢を支える』関わりも、患者にとって無くてはならない関わりと言える。この両看護師の基本的な思考のパラダイムは、患者がその場において少しでも落ち着いて、安心して治療を受け入れることができるように支えることであった。初療下において両看護師の二重の関わり構造の調和によって、その役割を担っていると考えられる。つまり、救急看護を象徴する初療看護は、医師が救命処置を行う場面において看護師として役割を担うこととは全く異なる次元として、患者と看護師の関係性を構築することが中心的な要件となる。

救急初療看護が現代社会において、人間をめぐる危機的な健康問題に対応しようとする人間科学としての発展を目指すならば、初療看護における患者と看護師の対話的行為に関わる学問的構築が必要不可欠と考えられる。

＝コミュニケーション教育プログラムの試案＝

これまでの救急担当看護師と認定看護師の関わりから、救急看護における看護師のコミュニケーション的行為の特性が明らかになった。救急看護を担う看護師が備えておくべきコミュニケーションスキルは、以下の9点である。

①人間関係を構築するスキル、②患者との心理的距離を縮めるスキル、③緊張を解きほぐすスキル、④精確な観察スキル、⑤患者との距離を調節するスキル、⑥患者に方向性を示すスキル、⑦患者の変化に集中するスキル、⑧多面的な情報収集スキル、⑨患者にとって理解可能な情報を提供するスキルである。これらのコミュニケーションスキルをふまえ、そのスキルを習得することをめざして救急看護の継続教育におけるコミュニケーション教育プログラムの試案を提示した。そのプログラムの目的は、救急看護を受ける患者・家族の特徴を理解し、医療チームにおいて患者の擁護者となるために必要な知識を習得する。また、患者－看護師関係を構築するためのコミュニケーションスキルを習得することができる。学習計画の全体を7回で設定し、教育方法は、小グループ単位で課題現象に取り組むことで問題解決思考をトレーニングすると共に、コミュニケーション的スキルを習得のために事例検討や演習形式を採用する。

<まとめ>

本研究を構成する3つの質的研究より、救急初療における患者の率直な思いからその体験が明らかになり、またその患者へ専心する救急担当看護師と救急看護認定看護師のそれぞれ異なる看護師の関わり的一端を明らかにすることができた。この両看護師の看護実践の検討より、救急初療看護に重要と考えられるスキルについて考察した。

本研究における結果は、限られた地域と施設をフィールドにおいて調査研究したこと、また心臓・血管系に障害のある患者に限定したことより、救急初療看護を受ける一部の患者とその患者を支援する看護師の関わりに過ぎないこと

を理解しておく必要がある。

また本研究の結果は、救急初療における看護実践とその教育実践に有効な新たな知識を提示することができたと考えられる。本研究を通して、救急看護に関わる看護師の基本的な立場を反省的に自己点検する観点となるものであり、それは同時に、看護基礎教育において患者－看護師の最も基本的な関係を学習する際の観点ともなりうる。また、この結果は救急看護を担う看護師の実践を理論構築のために寄与することのできる基礎的な研究として重要な位置づけにあると考えられる。今後、救急初療実践において継続的・組織的研究が必要不可欠である。

医療専門職者は、人間のよりよい健康状態を導くことに専心している。しかしながらその場の状況の専門性が高く、複雑な要因が絡まることで、状況の見極めに苦慮し患者－看護師関係において粗雑になることも少なくない。取り分け救急初療を担う看護師は、医療専門職者として如何なる状況においても、医療を受ける主体である患者を尊重し人権を擁護する責務を果すことが求められている。その責務としての一つひとつの関わりの積み重ねが、危機的状況にある人々からの信頼に変わることを理解しなければならない。今後、プログラムは、救急看護の学問的確立を目指そうとする研究者と実践者との連携によって実践を試みる。その結果を公表していくことで、現実的プログラムとしての精度を高める活動を継続していく予定である。

謝 辞

本研究は、多くの方々に支えられ成し遂げることができました。心からお礼を申し上げます。

研究フィールドを確保するために、日本救急看護学会理事中谷茂子氏のご尽力を頂きました。東京医科大学病院看護部、金沢医科大学病院看護部の方々に多くの支援と配慮を賜りました。特に、現場における看護師長、スタッフの皆様からの励ましとご協力により参加観察を実施することができました。救急看護認定看護師の方々のネットワークによって素晴らしい実践家と出会い、その方々に実践知を語っていただきました。実践家達の惜しみない協力と暖かい励まし、そして忌憚のない意見は私にとって大きな学びの機会となりました。参加観察と面接においては、多くの患者の皆様にもご協力を頂きました。

本論文の構想の段階より、教育哲学の視点を通して人間形成に関わる重要な示唆を与えて下さった鳴門教育大学木内陽一教授に感謝申し上げます。

そして、何より論文が完成するまでの期間において、研究指導を賜った増井三夫教授に心からお礼を申し上げます。増井教授の力強く、暖かなご助言で論文を完成することができました。ゼミが終了して増井研究室を出る際には、研究における課題の解決の方向性が見え、研究への創造と新たな取り組みに向かう自己を感じることができました。また、増井教授の研究活動と教育実践が乖離することなく、その両方をご自身の責務として強く認識され実践されている姿勢を見ることは、私の大学教員としての大きな支えであり励ましとなりました。昨今の学生指導を行う上で課題は多く教育実践において悩み、問題が生じた時には的確なアドバイスを頂いたことが大きな力となりました。本当に有難うございました。

本論文の完成までに、多くの方々に様々な場面においてお心づかいと励ましをいただきました。心から感謝申し上げます。

2009年1月

これまでの日々を振り返り、今後に向かって・・・

引用・参考文献一覧

- 赤木和子, 宮地緑「看護教育における救急看護実習の意義と位置づけ」『看護展望』医学書院, 19(9), 1994.
- 明石恵子, 今村明美, 杉本陽子他「基礎教育における救急看護学教育の必要性」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 9(9), 1996.
- 荒井真由美, 斉藤孝子, 大高洋子他「救急外来において安心して待つことができる言葉かけの効果」『西尾市民病院紀要』13(1), 2002.
- A. Straus, J. Corbin/操華子, 森田崇訳『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2版』医学書院, 2005.
- A. Straus, J. Corbin, I. Holloway, S. Wheeler/野口美和監訳『ナースのための質的研究入門』医学書院, 2005.
- Erving Goffman/丸木恵祐, 本名信行訳『集まりの構造—新しい日常行動論を求めて』誠信書房, 2003.
- 有田弘美, 村井嘉子, 村松美千代他「心臓手術を受けた患者の立て直しの過程」『日本循環器看護学会誌』日本循環器看護学会, 2巻1号, 2006.
- I. Holloway, S. Wheeler/野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院, 2000.
- 井上智子「急性期患者のケアに関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』医学書院, 33(6), 2000.
- 井部俊子「外来看護活動の推進に関する研究」『看護』, 日本看護協会出版会, 53(5), 2001.
- 石川県立看護大学シラバス(平成20年度), 成人看護方法論Ⅱ, 2008.
- 内正子, 津田紀子, 矢田真美子他「心臓カテーテル検査を受ける患者の不安と自己効力感」『神戸大学医学部保健学科紀要』第15巻, 1999.
- 上原和代, 松林由恵, 才木グレイグヒル滋子「参加観察法トレーニングゼミの実際」『看護研究』医学書院, 38(1), 2005.
- 牛久保美津子「神経難病の看護研究とグラウンデッドセオリー・アプローチ」『看護研究』医学書院, 36(5), 2003.
- 内田樹『死と身体—コミュニケーションの磁場』医学書院, 2004.
- Otto Friedrich Bollnow/森昭・岡田渥美訳『O.F. ボルノウ 教育を支えるもの』黎明書房, 1995.
- 岡村純「質的研究の看護学領域への発展」『沖縄県立看護大学紀要』第5号, 2004.
- 大谷尚「「質的研究」の文脈からみた日本の授業研究の位置づけに関する試論—研究成果の交流と共有を展望して」『教育方法学研究』日本教育方法学会, 24, 1998.
- 大西美紀, 萱間真美, 篁宗一他「侵襲的人工呼吸器装着の選択が筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の介護者の心理的負担感に及ぼす影響」『看護研究』医学書院, 36(5), 2003.
- 大島真紀「痴呆性高齢者のナラティブ・アプローチ」『看護研究』医学書院, 36(5), 2003.
- 荻野隆光, 廣瀬晴美編「救急初療ケアマニュアル」『エマージェンシーナーシング』夏期増刊号, メ

- ディカ出版, 1999.
- 雄西智恵美、茶園美香、佐藤正美他「看護学教育研究の動向」『日本看護学教育学会誌』日本看護学教育学会, 15(3), 2006.
- 金子晴男「現代における人間学の意義」『人間学講義』知泉書館, 2003.
- 看護行政研究会『看護六法』新日本法規出版, 2006.
- Carolyn Cooper Hames, Dayle Hunt Joseph/仁木久恵, 江口幸子, 大岩外志子訳『援助の科学と技術』医学書院, 1985.
- 河合隼雄・鷺田清一『臨床とことば』阪急コミュニケーションズ, 2004.
- 萱間真美「今日における質的研究への期待」『看護研究』医学書院, 36(5), 2003.
- Kay Toombs/永見勇『病の意味－看護と患者理解のための現象学』日本看護協会出版会, 2003.
- 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチ－質的実証研究の再生－』弘文堂, 1999.
- 木下康仁『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂, 平成17年
- 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』弘文堂, 2003.
- 木下康仁, 萱間真美「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)について聴く」『看護研究』医学書院, 38(5), 2005.
- 北村直子, 佐藤禮子「心筋梗塞患者の急性期の主観的体験と看護援助に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会, 7(1), 2001.
- Grossman V./高橋章子監修, 村井嘉子他訳『ナースのためのトリアージハンドブック』医学書院, 2001.
- 黒田裕子, 船山美和子「在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索」『日本看護研究学会雑誌』日本看護研究学会, 23(5), 2000.
- クラウス・マイセル他/三輪建二訳『おとなの学びを支援する－講座の準備・実施・評価のために』鳳書房, 2003.
- 近藤邦夫「「臨床」の流行に対する違和感」『教育学研究』日本教育学会, 64(1), 1999.
- 厚生労働省医政局長通知, 医政発第1228001号「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」2007.
- 才木クレイグヒル滋子, 寺澤捷子, 迫正廣「闘病という名の長距離走－病名告知を受けた小児がんの子どもの闘病体験」『看護研究』医学書院, 37(3), 2004.
- 才木クレイグヒル滋子『質的研究方法ゼミナール－グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ』医学書院, 2005.
- 才木クレイグヒル滋子「質的研究方法ゼミの基盤」『看護研究』医学書院, 38(1), 2005.
- 才木クレイグヒル滋子「参加観察法を学ぶ－トレーニングの必要性和ゼミの概要」『看護研究』医学書院, 38(1), 2005.
- 酒井朗「教育学からみた質的授業研究」『質的研究法による授業研究』北大路書房, 1999.
- 酒井朗, 金田祐子, 村瀬公胤「教師のビリーフと教授行為との関連からみた授業の教育臨床学」『お茶の水女子大学人文科学紀要』第55巻, 2002.

- 坂口桃子, 作田裕美, 村井嘉子他「看護師のコンピテンシー—患者・看護師・医師からの情報に基づいて」『滋賀医科大学看護学ジャーナル』滋賀医科大学医学部看護学科, 4(1), 2006.
- 佐藤直子『専門看護制度 理論と実践』医学書院, 1999
- 佐藤美幸「救急外来を受診する患者家族の心理状況に関する研究」『山口県立大学看護学部紀要』4, 2000.
- 佐藤美幸「救急外来における家族への危機介入」『山口県立大学看護学部紀要』6, 2002.
- 佐藤郁哉『フィールドワークの技法』新曜社, 2002.
- 札幌市立大学シラバス(平成20年度), 救急看護学, 2008.
- 佐藤道代「認定看護師が現場に与えた効果」『エマージェンシーナーシング』第12巻4号, 2000.
- サラT. フライ, メガーン・ジェーン・ジョンストン/片田範子, 山本あい子『看護実践の倫理 第2版倫理的意思決定のためのガイド』日本看護協会出版会, 2005.
- <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
社団法人日本看護協会公式ホームページ, 資格認定制度における認定看護師の項
- <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html>
社団法人日本看護協会公式ホームページの資格認定制度における専門看護師の項
- Joyce Travelbee/長谷川浩・藤枝知子訳『トラベルビー人間対人間の看護』医学書院, 1974.
- Jean A. Proehl: Developing emergency nursing competence, *Emergency Nursing*, 37(1), 2002
- Johnson, J. L. & Morse, J. M.: Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction, *Heart & Lung*, 19(2), 1990
- 柴垣節子『Heart Attack Rhapsody ある日突然, 心筋梗塞』文芸社, 2001.
- 白浜雅司「臨床倫理実践のためのコミュニケーション」『日本保健医療行動科学会年報』日本保健医療行動科学会, 19, 2004.
- 杉森みど里・舟島なをみ『看護教育学第4版』医学書院, 2004.
- Strauss A, Corbin J / 南裕子監訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999.
- 須藤文子「一次・二次救急外来ナースのジレンマ」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 14(9), 2001.
- 皇紀夫「臨床教育学の役割」『教育学研究』日本教育学会 64(1), 1997.
- 皇紀夫「臨床教育学の役割」『教育学研究』日本教育学会, 64(1), 2002.
- 瀬戸奈津子, 又元裕, 廣瀬千也子「認定看護師による看護ケアの評価と課題」『看護』日本看護協会出版会, 第58巻2号, 2006.
- 高橋章子編「救急医療と看護」『救急看護—急性期病態にある患者ケア』医歯薬出版, 2001.
- 高橋章子「日本救急医学会看護部会学術集会の歴史的展望」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 2000.
- 高橋章子監訳, 村井嘉子他訳『ナースのためのトリアージハンドブック』医学書院, 2001.
- 高木廣文「看護系大学・大学院における研究手法の教育—量的研究法と質的研究法の統合理解を

- めざして』『インターナショナルナーシングレビュー』医学書院, 28(2), 2005.
- 高山裕喜枝「組織における認定看護師の役割」『看護』日本看護協会出版会, 第52巻第8号, 2000.
- 多久和善子「救急看護認定看護師が感じるジレンマ」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 14(9), 2001.
- 田中由紀子「救急看護実習の効果的方法と学習成果の検討ー病院前救急活動から救急外来の継続実習を試みて」『日本看護学会19回集会(看護教育)』日本看護協会出版会, 1988.
- Chenitz WC, Swanson / 樋口康子, 稲岡文昭監訳『グラウンデッド・セオリーー看護の質的研究のために』医学書院, 1992.
- 津田紀子, 矢田真美子, 土肥加津子他「心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への検査前訪問看護の効果に関する検討」『神戸大学医学部保健学科紀要』第13巻, 1997.
- 東京大学医学部保健社会学教室編『保健・医療・看護調査ハンドブック』東京, 東京大学出版会, 1992.
- 堂前美佐子「医療訴訟に携わって」『教育と医学』52(2), 2004.
- 中藤三千代「クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述」『看護研究』医学書院, Vol. 38, No. 2, 2005.
- 中村恵子監修, 村井嘉子・中谷茂子編集『救急救命処置1』中山書店, 2005.
- 中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波書店, 1992.
- 日本看護系大学協議会公式ホームページ『21世紀の看護系大学・大学院教育の方向性(声明)』項, 2007年3月 <http://janpu.umin.ac.jp/>
- 日本救急看護学会公式ホームページ『救急看護セミナー』<http://jaen.umin.ac.jp/seminar.html>
- 西村ユミ「看護経験のアクチュアリティを探求する対話式インタビュー」『看護研究』医学書院, 36(5), 2003.
- 野口祐二「臨床研究におけるナラティブ・アプローチ」『看護研究』36(5), 2003.
- 野口祐二『物語としてのケア』医学書院, 2004.
- Patricia Benner/井部俊子・井村真澄・上泉和子訳『ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー』医学書院, 1992.
- Virginia P. Richmon. & James C. McCroskey/山下耕二編訳『非言語行動の心理学ー対人関係とコミュニケーション理解のためにー』北大路書房, 2006.
- Hildegard E. Peplau/稲田八重子・小林富美栄・武山満智子他訳『ペプロウ人間関係の看護論』医学書院, 1973
- ブーバー, M/児島洋訳『人間とは何か』理想社, 1961.
- B. G. Glaser, A. L. Strauss/後藤隆・大出春江・水野節夫訳『データ対話型理論の発見』新曜社, 1997.
- 平山満義「質的研究による学習指導研究の意義と展望」『教育実践学研究』日本教育実践学会, 9(1), 2008.
- 兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科『教育実践学の構築ーモデル論文の分析と理念型の提示を通して』東京書籍, 2006.

- 日野原重明・井村裕夫監修『看護のための最新医学講座（第2版）25 救急』中山書店，2007.
- 福田珠恵「老年期に痴呆症という病を生きる体験：自己の存在の確かさを求めて一病の徴候からグループホーム入居後まで」『日本看護科学会誌』日本看護科学学会，25（3），2005.
- 船山和子，黒田裕子，上澤一葉「虚血性心疾患患者の療養上の困難とその克服」『日本赤十字看護大学紀要』16，2002.
- 藤田英典「教師の仕事の空間的編成に関する実証的研究」『東京大学大学院教育学研究科紀要』38巻，1998.
- 福井次矢，浅井篤，大西基喜『臨床倫理学』医学書院，2003.
- 船津衛・宝月誠『シンボリック相互作用論の世界』恒星社厚生閣，1994.
- 藤原正恵，岡谷恵子，佐々木吉子「救急看護認定看護師の役割とその成果に関する研究」『エマージェンシーナースング』メディカ出版，第12巻4号，2000.
- Flick U/小田博志他訳『質的研究入門—人間の科学>のための方法論』春秋社，2002
- Benner, Patricia. & Wrubel Judith/難波卓志訳『現象学的人間論と看護』医学書院，1999.
- Bernie Edwards: A&E nurse' s constructs on the nature of nursing expertise: a repertory grid technique, *Accident and Emergency Nursing*,6,1998
- B. G. Glaser, A. L. Strauss/木下康仁訳『死のアウトアネス理論と看護』医学書院，1988
- 眞嶋朋子，佐藤禮子「心筋梗塞患者の心理への看護介入評価方法に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会，5（1），1999.
- 眞嶋朋子「心筋梗塞患者の心理と活動への看護介入評価方法に関する研究」『千葉看護学会会誌』千葉看護学会，5（2），1999.
- 増井三夫・村井嘉子・松井千鶴子「実践場面における質的研究法」『上越教育大学研究紀要』第25巻，第2号，平成18年
- 増井三夫・村井嘉子・松井千鶴子「GTAにおけるレベル1の概念化—実践場面における質的研究（2）」『上越教育大学研究紀要』第26巻，平成19年
- 増井三夫「実践研究における Grounded Theory Approach の意義と可能性」『教育実践学研究』日本教育実践学会，9（2），2008.
- 増井三夫「Grounded Theory Approach 関係の基本文献紹介」『教育実践学研究』日本教育実践学会，9（2），2008.
- Marie Heartfield: Research directions for specialist practice, *Accident and Emergency Nursing*,8,2000
- Merriam S. B./堀薫夫，久保真人，成島美弥訳『質的教育入門—教育における調査法とケーススタディー』ミネルヴァ書房，2004.
- マルカム・ノールズ/堀薫夫，三輪建二訳『成人教育の現代的実践—ペタゴジーからアンドラゴジーへ』鳳書房，2002.
- 松本光子編集「看護の機能と業務」『看護学概論』廣川書店，1998.
- マーガレット・サンデロウスキー/和泉成子監訳『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, 2004.

宮脇美保子「大卒看護師 1 年目の体験」『日本看護学教育学会誌』日本看護学教育学会, 15 (1), 2005.

Michael Blumenfield, Margot M. Schoeps/堤邦彦監訳『救急患者の精神的ケア』メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1996.

Moore, S. M.: Effects of interventions to promote recovery in coronary artery bypass surgical patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (1), 1997

水野将樹「青年は信頼できる友人との関係をどのように捉えているのか」『教育心理学研究』日本教育心理学会, 52 (2), 2004.

村井嘉子『救急看護学の概念化に関する研究—救急初療業務の実態とその教育に焦点をあてた試み』平成 13~15 年度科学研究費補助金 (基盤研究 C: 課題番号 13672521) 研究成果報告書, 平成 16 年 3 月.

村井嘉子「医療の臨床場面にみられる対話的行為の協同構築—学校実践研究との協同論議の可能性」『学校教育研究』第 21 号, 日本学校教育学会, 21 号, 2006.

村井嘉子, 山田真紀, 有田広美他「心臓手術を受けた患者の生活復帰に対する認識—退院直前に焦点をあてて—」『第 36 回日本看護学会論文集』日本看護協会出版会, 2006.

森田孝子, 小松万喜子, 小林千世「看護基礎教育における救急看護教育の実態」『エマージェンシーナーシング』メディカ出版, 12(2), 1999.

山勢博彰, 山勢善江「救急看護に関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』医学書院, 33(6), 2000.

山勢博彰編集『救急看護論』ヌーヴェルヒロカワ, 2001.

山勢博彰編集『系統看護学講座別巻 4 救急看護学』医学書院, 2008.

山本直美, 津田紀子, 矢田真美子他「不確定生の中での決断: 無症候性脳血管障害患者の診断から予防的手術への決断のプロセス」『日本看護科学会誌』日本看護科学学会, 25 (1), 2005.

山本則子, 萱間真美, 太田喜久子他『グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究プロセス』光文堂, 2002.

山口厚子「終末期がん患者の生きる意味の探求」『看護研究』医学書院, 36 (5), 2003.

R. M. Emerson, R. I. Fretz, L. L. Shaw/佐藤郁哉, 好井裕明, 山田富秋訳『方法としてのフィールドノート』新曜社, 1998.

J. Habermas, Therie/河上倫逸・M. フープリヒト・平井俊彦訳『コミュニケーション的行為の理論 (上)』未来社, 1987.

和田修二・皇紀夫編著『臨床教育学』アカデミア出版, 2001.

調査資料1

患者様及びご家族様へ

調査研究へのご協力をお願い

突然の健康問題が生じたことによって、療養生活を余儀なくされ、心身共に大変な時期を乗り越えられたことと思います。

私は『救急初療看護におけるケアの質評価に関する基礎的研究』を実施しています。この度、救急外来を受診した方々を対象に、受診時の看護師の関わりについて思い出していただきお話をお伺いしたいと思います。

今回伺ったお話の内容を整理することで、救急（緊急）で病院を訪れる方々にとって、看護ケアはどのように捉えられているのか、またそれらを基により良い看護に繋げるための指標を明らかにすることができます。つまり、救急看護をより良く改善するための手がかりを掴むこととなります。また、将来的には、救急看護の新たなシステムの構築と専門性を高めることになり、信頼を得る医療の提供に寄与することができます。

1. 面接時間：40分程度

2. お話いただく内容：

救急外来（救命部門）を受診したときのことを思いだしていただき、その時に受けた看護ケアの実際について、またケアを受けた時の気持ちについてお話をお伺いします。

お許しをいただけるのであれば、お話の内容を丁寧に整理するために録音させていただきます。

患者様及び御家族様の人権擁護についてですが、面接の協力への参加は自由であり、面接開始後も中止することが可能です。それらのことが今後の治療やケアを受けるにあたり、何の支障もきたしません。面接を中止した場合は、それまでお話いただいた内容につきましても破棄いたします。面接中の内容についても、話したくなければはなさなくても構いません。医療記録の閲覧をさせていただきます。得られた全ての情報について、口外することはいたしません。また、全ての情報は、匿名として扱い患者様個人が特定できないようにプライバシーは保護し、今回の目的以外では使用いたしません。

最終的には、本調査の結果は論文として発表いたします。

以上の趣旨をご理解いただき、ご協力いただける場合は、患者様の権利を保障するために同意書をいただきたいと思います。

なお、本調査研究は、病院施設、病棟管理者の許可を得て実施しているものです。同意をいただいた後、不都合を生じた場合や面接に関する質問等は下記までご連絡いただけますようお願いいたします。

【研究者連絡先】

〒石川県かほく市中沼7番1号

電話 (直通) nu.ac.jp

調査資料 2

調査研究へのご協力をお願い

研究者 [] は、平成 16 年度より科学研究費補助金の交付を受けて『救急初療看護における質評価に関する基礎的研究』に取り組んでおります。

本年度は、特に、救急看護における中心的な事柄でもある患者—看護師間の合意形成に関する実践場面に参加観察すると共に、看護ケアを提供する看護師、救急看護認定看護師への面接を予定しております。

ご多忙中、誠に恐縮ではございますが、是非とも本調査にご協力いただきたくお願い申し上げます。

最終成果につきましては、論文として発表いたします。

研究計画・方法

本研究は、救急初療において看護ケアを受ける患者・家族と看護師の関わり場面を参加観察（看護師に同伴して）する。その後、その場面での看護師の意図や思考について、担当した看護師へのインタビュー（面接）を行う。患者へのインタビューは行わない。

救急初療の看護ケアとは、救急部門受診から治療の方向性が確定し、次の部門（一般病棟、集中治療室、あるいは手術室、カテ室など）へ申し送られるまでに提供される看護ケアとする。

1. 対象：救急部門を受診した一次から三次救急患者・家族へ対応した（関わりをもった）看護師である。患者の特定はせず、任意場面の①看護師に焦点をおく。②救急看護認定看護師
2. 調査内容：①救急担当看護師：救急部門における患者・家族と看護師との関わり全般とし、許可が得られれば、小型マイク内臓 IC レコーダーを携帯し、会話内容を録音する。
②救急看護認定看護師：看護実践における患者との具体的な関わりを伺う
3. 調査期間：平成 18 年 6 月～平成 18 年 9 月末日まで 詳細については、今後打ち合わせを行う
4. 面接時期：基本的には、患者・家族との関わり終了後に実施するが、状況に応じて担当看護師と相談して実施する。
5. 分析方法：患者・家族と看護師間において、相互においてその場の状況を理解すること、その状況に対する合意を目指して、どのように看護師が関わっていたのか、看護師の言葉や振る舞い、表情等について分析する。

倫理的配慮

施設内責任者：病院長・看護管理責任者：救急部門責任者に対して、研究の主旨を文書を用いて説明し、署名をもって同意を得る。その後、救急部門全スタッフへの説明を行い、対象となる看護師に対して、再度説明し、研究参加について署名をもって同意を得る。

看護師に同伴し、参加観察を行う際の患者への説明については、施設責任者と相談の上、患者への負担を最小限にする配慮を行う。また、参加観察中、研究者として継続が不可能と判断した場合には、中断することを事前に申し合わせておく。詳細については、以下である。

<看護師に対して>

1. 調査に対する協力は、対象者の自由意志であること、拒否することも可能であること、また調査で得られた情報の取り扱いは、プライバシーの保護に十分注意し、決して個人が特定される形で扱うことのないこと、この調査以外の目的で使用されることのないことを口頭にて説明し、同時に文書において提示し確約する。
2. 参加観察データ・インタビューデータは、情報が他に流出しないように責任を持って管理する。録音資料（許可された場合）は、調査終了後、あるいは途中で中止した場合も含めて破棄すること文書において説明する。
3. 面接は、プライバシーの確保可能な所を準備し、面接時間は 15～30 分以内とする。

<患者・家族に対して>

対象となる看護師より、研究者が看護師と同伴することを口頭にて伝え、了解を得る。同意が得られない場合、あるいはその場において看護師が中止を指示した場合（判断した場合）には中断する。

【研究者連絡先】〒 [] 石川県かほく市中沼 7 番 1 号 石川県 []

電話 [] (直通) []-nu.ac.jp

同意書

〇〇〇看護大学 研究代表者 宛

この度『救急初療看護におけるケアの質評価に関する基礎的研究』に関わる調査研究について、以下のことを説明されました。

調査研究目的：救急（緊急）で病院を訪れる方々にとって、看護ケアはどのようにとらえられているのか、またより良い看護につなげるための指標を明らかにすること

協力内容：救急外来を受診した時に受けた看護ケアに関する面接

情報の公開：厳重にプライバシーの保護に留意し、今回の目的以外に使用することはないこと、また個人が特定されるようなことはしないこと

協力の中止：面接の協力について不都合が生じた場合には、申し出によりいつでも中止ができること

医療の保障：面接の内容及び、面接を中止した場合において、自身や家族が受ける治療や看護の対応には一切影響しないこと

医療記録の閲覧：医療記録の閲覧を行うが、知り得た情報について守秘義務を遵守すること

以上の説明を受け、今回の調査研究の主旨を理解したため、本調査への協力を同意します。

平成 年 月 日

所属： _____

氏名： _____

施設長・看護部長・救急部門責任者・対象となる看護師に対する同意書
(4者に対して、同様の書式を使用した)

調査資料4

同 意 書

〇〇〇看護大学 研究代表者 宛

この度『救急初療看護におけるケアの質評価に関する基礎的研究』に関わる調査研究について、以下のことを説明されました。

調査研究目的：救急初療場面の患者—看護師間において、患者とその家族がその（場）状況を理解することを目的に、救急看護師がどのような関わりを行っているのか、その実践と意義について明らかにする

協 力 内 容：救急部門を受診した患者あるいは家族と看護師の関わり場面を参加観察し、その看護師への面接

情報の公開：患者、および看護師のプライバシーは厳重に保護する。参加観察データ・インタビューデータ・録音したデータは、今回の目的以外には使用することのないこと、個人が特定されるようなことはしないこと、目的終了後に、データは全て破棄すること

協 力 の 中 止：参加観察の場面において、不都合が生じた場合には中止すること、また、面接においては、話したくないことは話す必要のないこと、途中面接の中止、面接内容の破棄の申し出が可能であること

医療記録の閲覧：医療記録の閲覧を行うが、知り得た情報について守秘義務を遵守すること

以上の説明を受け、今回の調査研究の主旨を理解したため、本調査への協力に同意します。

平成 年 月 日

所属： _____

氏名： _____

調査資料 5

救急初療看護におけるケアの質評価に関する基礎的研究

インタビューガイド (所要時間 40 分)

*同意が得られれば、家族にもインタビューを依頼する。

救急外来（救急部門）を受診した時の状況についてお話しをお伺いします。

具体的には、以下

◇救急外来で、あなた（あるいは、ご家族）の症状や苦痛に対して、看護師からどのような関わりを受けましたか

ーそれについて、あなたはどのように思いましたか、あるいはどのような気持ちになりましたか

◇あなた（あるいは、ご家族）が救急外来を受診している間、検査や処置、診察を受ける中（過程において）、看護師からどのような説明や情報を受けましたか

ーそれについてあなたはどのように思いましたか、あるいはどのような気持ちになりましたか

◇あなたは（あるいは、家族として）、救急看護師に自分の思いや考えを伝えることができましたか。また、看護師は、あなたの疑問に対してどのように答えてくれましたか

インタビューガイド（最長60分まで）

救急初療という環境、また急激に健康問題が発症した患者に対して、状況を理解・認知してもらうためにあなたはどのような関わりをしていますか。

皆さんの実践経験を意識的に思い出していただき、積極的にお話下さい。

- 患者との関わりにおいて多くの時間を費やし、努力が必要であった場面についてお話下さい。
- 困難や苦労があったけれど、結果的に患者さんに理解が得られた経験についてお話下さい。
- 努力したけれど旨くいかなかったと感じる経験についてお話下さい。

- 患者さんとの関わりにおいて上手く理解が得られ、順調に状況が進展していると感じる時は、どのような時ですか？それはどのようなことで判断しますか？その時の経験をお話下さい。
- 患者へ物事が伝わらない、旨くいっていないと感じる時はどのような時ですか？その時の経験をお話下さい。

- 今まで話していただいた内容は、心臓・血管系に障害のある患者の場合にはどのように変化しますか？変化すると思いますか？
- 心臓・血管系に障害のある患者さんとの関わりの経験についてお聞かせ下さい。