

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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>（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<sup>3)</sup>（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。

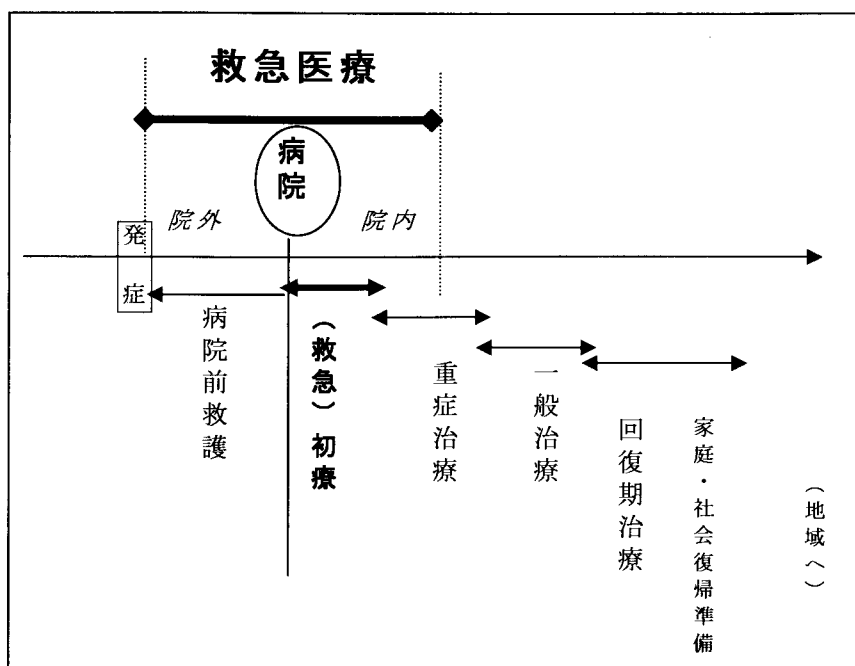


図1 治療過程における救急医療の範囲

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発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<sup>4)</sup>、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<sup>5)</sup>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<sup>6)</sup>。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<sup>7) 8)</sup>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<sup>9)</sup>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思われる。

#### 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<sup>10)</sup>。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ある。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<sup>11)</sup>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<sup>12)</sup>。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) <sup>13)</sup>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 <sup>14)</sup> <sup>15)</sup>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 <sup>16)</sup>。

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<sup>17)</sup>、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<sup>18)</sup>、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<sup>19)</sup>、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、GTA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GTAの妥当性が指摘されている<sup>20)</sup>。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GTA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）<sup>21)</sup>

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<sup>22)</sup>。

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）<sup>23)</sup>

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得して、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



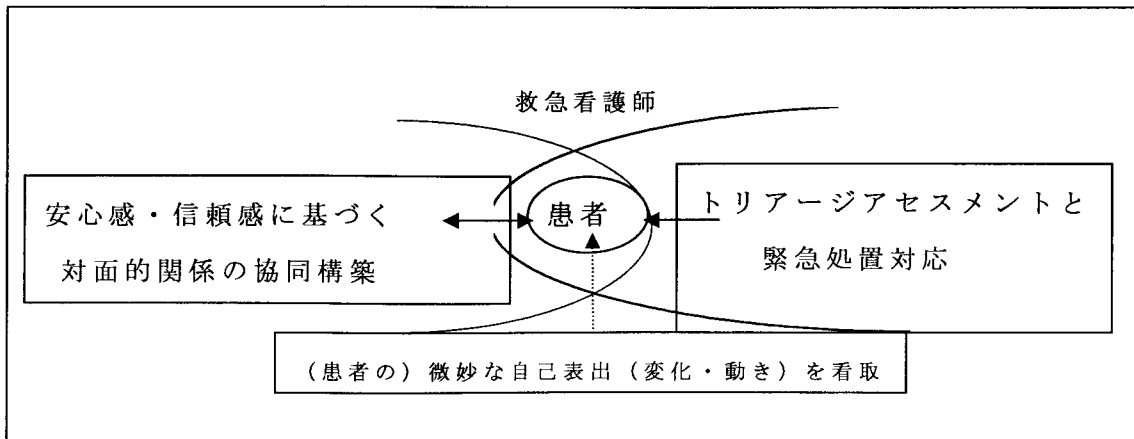


図1 初療における看護師と患者の信頼形成の独自性のカテゴリーの関連図

## (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) に收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<sup>24)</sup>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み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はあるはずなのに、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。<sup>25)</sup>

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）<sup>26)</sup>「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

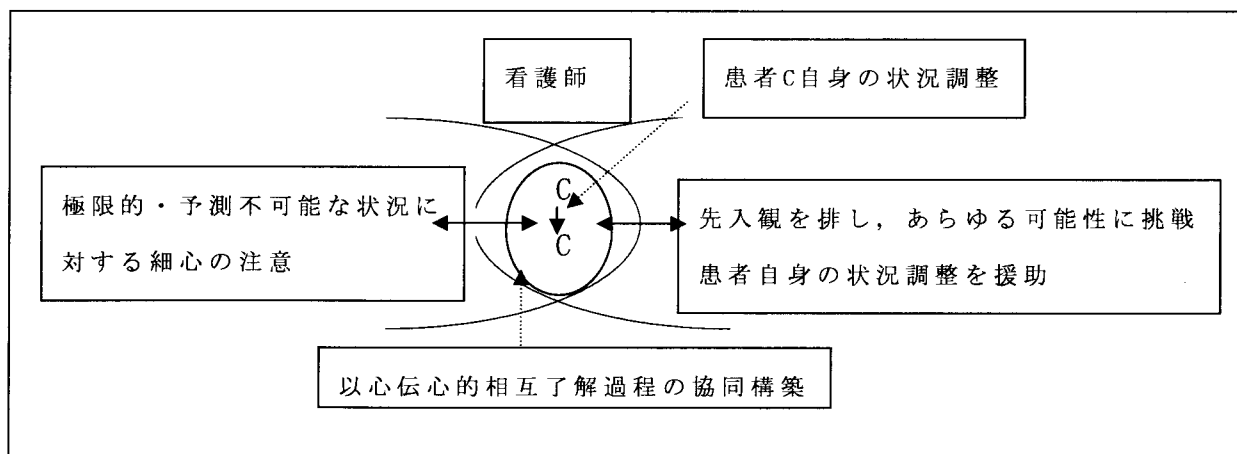


図2 クリティカルケア場面における患者-看護師間の対話的行為のカテゴリーの関連図

### 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。

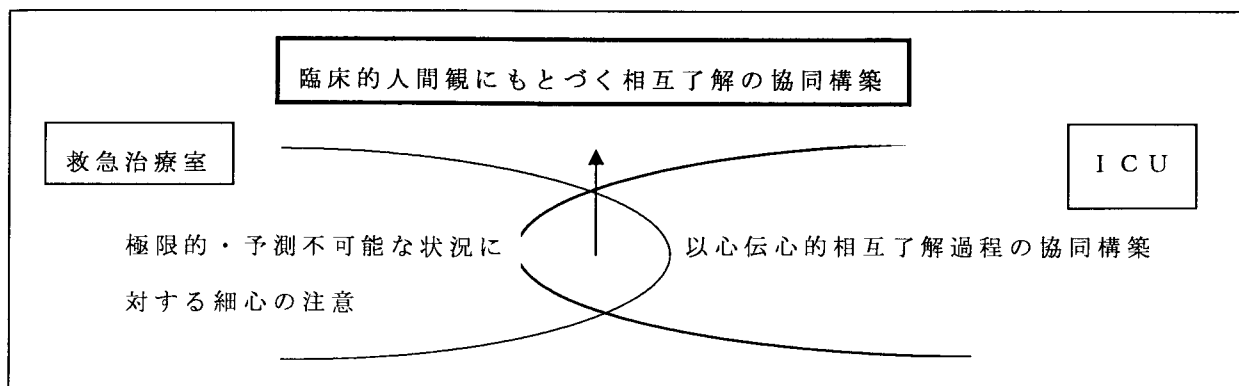


図3 救急治療室とI C Uの臨床場面における専門的援助関係の特質

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。皇<sup>27)</sup>や酒井<sup>28)</sup>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<sup>29)</sup>、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」<sup>30)</sup>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にもなるであろう。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シング』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. フーブリット・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ズの卓越性とパワー』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<sup>1)</sup>。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了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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>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<sup>6) 7)</sup>、参加観察法のトレーニング<sup>8)</sup>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苦悩し、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、事例をコンテキ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<sup>9)</sup>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<sup>10)</sup>は、無症候性脳血管障害患者の診断から予防的手術を決定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<sup>11)</sup>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<sup>12)</sup>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<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>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<sup>16)</sup>、患者家族と看護師の相互作用からみる看護師の関わり傾向<sup>17) 18)</sup>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<sup>19)</sup>。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<sup>20) 21)</sup>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<sup>22)</sup>、救急看護師が備えておくべき能力<sup>23) 24)</sup>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)<sup>25)</sup>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<sup>26)</sup>。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、顕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<sup>27)</sup>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。この後の課題に応えるためには、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<sup>28)</sup>や虚血性心疾患男性患者の生活管理意識に関する研究<sup>29)</sup>、心臓カテーテル検査を受ける患者の不安や看護の効果<sup>30) 31)</sup>、心筋梗塞患者の心理への看護介入評価法に関する研究<sup>32) 33)</sup>、急性期の主観的な体験<sup>34)</sup>や手術を受けた患者の生活の立て直しの過程<sup>35)</sup>、心筋梗塞後の適応の状況<sup>36)</sup>や治療に対するイメージ<sup>37)</sup>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<sup>38)</sup>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<sup>39) 40)</sup>、病院前救護活動から救急外来への連携<sup>41)</sup>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<sup>42)</sup>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。

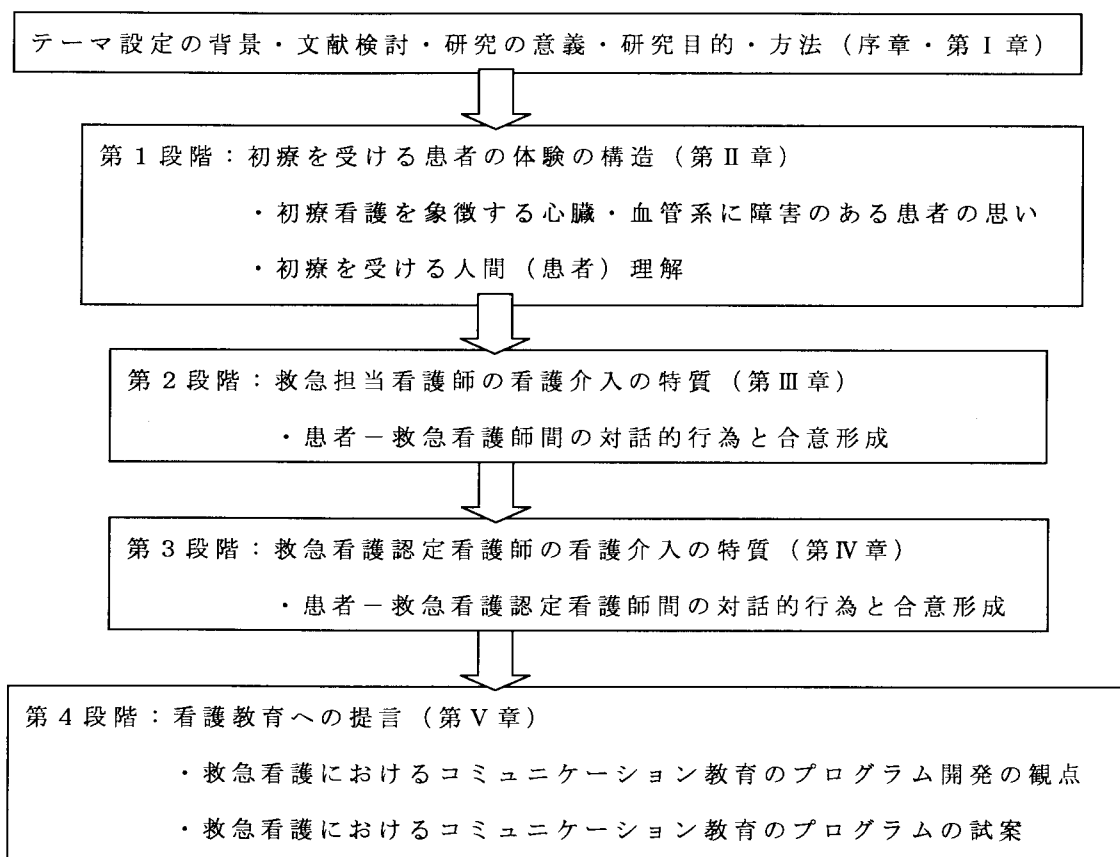


図1 本研究の枠組み

## 2 Grounded Theory Approachについて ー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』<sup>43)</sup>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<sup>44)~47)</sup>。

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<sup>48)~51)</sup>や社会福祉<sup>52)</sup>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<sup>53) 54) 55)</sup>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<sup>56)</sup>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<sup>57)</sup><sup>58)</sup><sup>59)</sup>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<sup>60)</sup>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. Strauss<sup>61)</sup>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の概念を生成し、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，フロア一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とゼミの概要」『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スング』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スング』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: Develping 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シング』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, 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シング』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

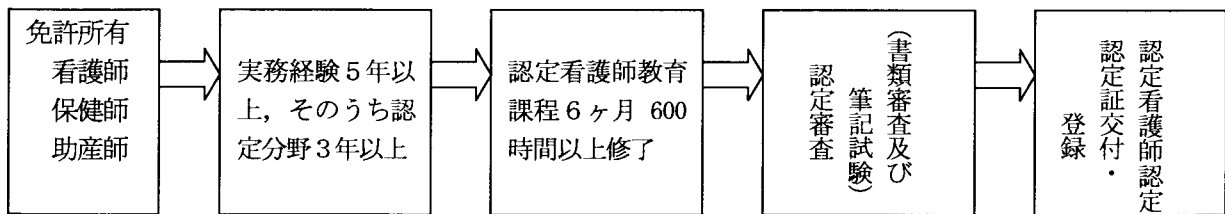


- 京, 東京大学出版会, 1992.
- 46) Strauss A, Corbin J / 南裕子監訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999.
- 47) Flick U/小田博志他訳『質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論』春秋社, 2002.
- 48) B. G. Glaser, A. L. Strauss/木下康仁訳『死の Awareness 理論と看護』医学書院, 1988.
- 49) I. Holloway, S. Wheeler/野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院, 2000.
- 50) 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"> <li>・実践（卓越した実践）</li> <li>・教育（ケアを向上させるための教育）</li> <li>・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）</li> <li>・調整</li> <li>・研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実践（水準の高い実践）</li> <li>・指導（看護実践を通じた指導）</li> <li>・相談（看護職に対するコンサルテーション）</li> </ul>
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"> <li>・保健師助産師看護師免許</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師助産師看護師免許</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
認定の審査方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回実施</li> <li>・書類審査，筆記審査，口頭試験</li> <li>・5年ごとに認定更新が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回実施</li> <li>・書類審査，面接</li> <li>・5年ごとに認定更新が必要</li> </ul>

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っ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。

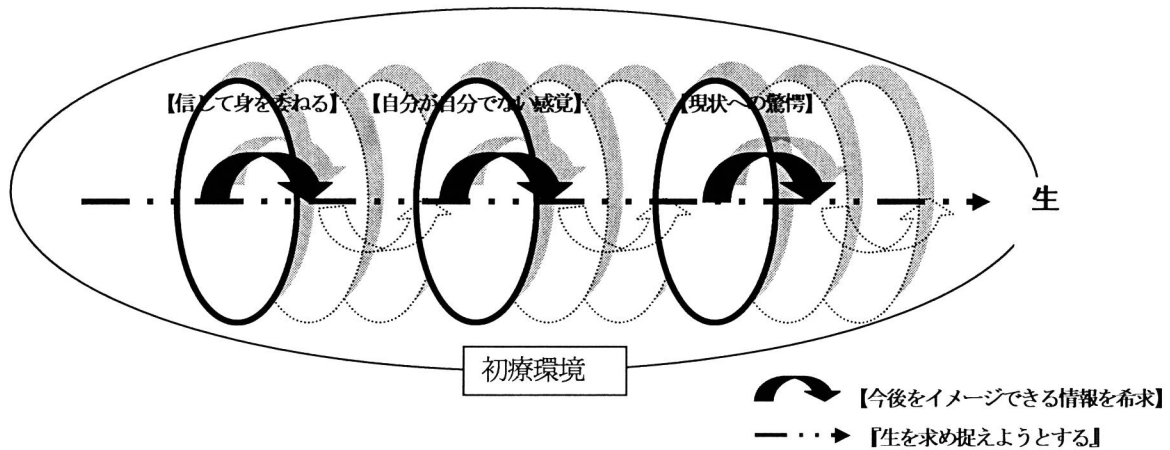


図1 救急初療を受ける患者の体験の 카테고리間の関連

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、速やかに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置くこと	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けて、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
	【今後は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で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>，<身近で常に気をかけ，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”話し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が，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) <身近で常に気にかけて、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“絶えず気にかけて”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、“側で見てあげるとか言って、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。このカテゴリは<いつもと違う、どうして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、どうしてもならない自分を自覚>

普段は全く感じる事のない“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，アツと言うまでした。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，やっとなあ，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 【今後は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に怒りにも似た“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って…。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、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」<sup>1)</sup> 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<sup>2)</sup>、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<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。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