

## 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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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，十分に頷ける実態と言える。

## 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』<sup>4)</sup>，看護系シリーズでは『救急看護論』<sup>5)</sup>，『救急看護学』<sup>6)</sup>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いえない。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<sup>7)</sup> (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<sup>8)</sup>（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）<sup>9)</sup>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<sup>10) 11)</sup>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<sup>12)</sup>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。看護職は従来の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の議論はあるにせよ、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<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>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<sup>15) 16)</sup>。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<sup>17)</sup>、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<sup>18)</sup>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<sup>19)</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の傾向<sup>20)</sup>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<sup>21)</sup>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<sup>22)</sup>。

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無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の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<sup>23)</sup>。

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、目の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』中山書店 2007

資料2 A大学における成人看護方法論II（救急看護に関連した教育内容を含む）シラバス

区分	必修	開講年次	3年次前期	科目区分	講義・演習	時間数・単位	60時間3単位
----	----	------	-------	------	-------	--------	---------

<学習目標>

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する。また、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。

<学習目標>

- 1 各健康レベルにおける患者の特性を成人看護において代表的な概念を用いて述べることができる
- 2 各健康レベルにおける患者への援助の方向性を成人看護において代表的な概念を用いて述べるができる
- 3 与えられた状況設定の中で、患者の看護上の問題を取りだし、援助計画を立案することができる
- 4 各健康レベルにおける代表的な援助技術の原理を理解し、原理に基づいた基本的な方法で実施することができる
- 5 各健康レベルにある患者への援助を提供する際に必要となる倫理的判断に対して、看護の立場から自分の意見をもてる

<学習内容>

回	講義題目	内容・学習方法	課題
1	全体オリエンテーション		
2	<前半>健康障害が慢性に経過する患者の看護—生活習慣の改善と薬物療法が必要となった糖尿病患者の看護を中心に—	事例展開 グループ討議①…情報のアセスメント	①糖尿病について ②情報アセスメントの記載
3		事例展開：グループ討議②…情報のアセスメント グループ討議③…重点アセスメント	①文献検討・要約 ②重点アセスメントの記載
4	*上記の事例をもとにしたグループ討議を主体とした授業をすすめる	事例展開：グループ討議④…重点アセスメント再検討 グループ討議⑤…看護計画の立案	①看護計画の立案 ②食品探索
5		事例展開：グループ討議⑥…看護計画の再検討 グループ討議⑦…献立作成	
6	*グループ討議には個人学習をして臨み、他の学生の考え等を参考に して課題の完成度を高める	演習1：自己血糖測定 グループ討議⑧	①ロールプレイ演習の準備
7		演習2：食事療法 グループ討議⑨	
8	*グループ討議には個人学習をして臨み、他の学生の考え等を参考に して課題の完成度を高める	演習2：食事療法 グループ討議⑨	①ロールプレイ演習の準備
9		演習1：自己血糖測定 グループ討議⑧	
10	*グループ討議には個人学習をして臨み、他の学生の考え等を参考に して課題の完成度を高める	演習3：ロールプレイ グループ討議⑩ →発表	
11			
12	<後半>緊急搬入後全身状態が回復し、その後全身麻酔で胃がんの手術を受ける患者の看護	事例展開 (Part1:緊急搬入された場面) 講義…①緊急搬入された患者の看護、②一次救命処置技術と二次救命処置技術 演習1：気管内挿管・吸引と人工呼吸器の概要について	
13		事例展開 (Part1:緊急搬入された場面) <b>演習2：一次救命処置技術</b> 演習3：フィジカルアセスメント	
14	Part1：緊急搬入された患者を土台に基本的な救急蘇生法（一次救命処置技術と二次救命処置技術）について学習する		
15	Part2：全身麻酔で胃がんの手術を受ける	事例展開 (part2:胃がんの手術を受ける手術前・手術後)	
16			

20	ける患者の看護について学習する *事例は、先の糖尿病患者のその後の生	講義…①全身麻酔と手術侵襲が生体へ与える影響、②手術を受ける患者の手術前看護について、③手術前状態の解説 グループ討議①…手術後1病日のアセスメント
21	活過程における健康問題の出現である	事例展開 (part2: 胃がんの手術を受けた手術後) グループ討議②…手術後1病日のアセスメント
22	*前半の学習同様に、グループ討議には	グループ討議③…手術後1病日の情報統合
23	各個人学習をして臨み、他の学生の考え	事例展開 (part2: 胃がんの手術を受けた手術後)
24	等を参考する。また、後期の実習と密接な関連があることより課題の完成度を高める	グループ討議④…手術後1病日の看護計画 グループ討議⑤…手術直後から1病日の観察項目とその根拠
25	める	事例展開 演習4: 呼吸を助けるための援助方法
26	*学習の成果を高めるための事前学習課題	・看護計画の充実と完成 ・手術直後から1病日の観察項目とその根拠の充実と完成
27	題については、〈学習の進め方〉に記載してある	事例展開 (part2: 胃がんの手術を受けた手術後) 講義…①手術後に生じやすい合併症、②今後の回復過程について 演習5: 下肢深部静脈血栓症予防の援助 グループ討議⑥…回復を促し離床を導く方法
28		

資料3

B大学における救急看護学シラバス

区分	選択	開講年次	3年次後期	科目区分	講義	時間数・単位	15時間1単位
----	----	------	-------	------	----	--------	---------

<ねらい>

救急患者の特徴と病態を理解し、それらをもたらす疾患と各症状、必要な処置など救急時に対する看護に必要な知識を習得する

<到達目標>

- 1 救急医療・救急看護の特徴と役割が理解できる
- 2 救急患者にみる多彩な病態と治療・看護について理解できる
- 3 生命危機状況にある患者・家族の心理状態と心のケアの必要性が理解できる

<授業計画・内容>

- 第1回 わが国の救急医療制度、救急患者の特徴、救急看護の特徴と役割
- 第2回 救急看護に必要な基本的な看護援助技術
- 第3回 プレホスピタルケアとその実際
- 第4回 救急病態と看護ケア(1)
- 第5回 救急病態と看護ケア(2)
- 第6回 救急患者と家族の心のケア
- 第7回 脳死と臓器移植、救急医療・看護の現状と課題

## 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 ◆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 ◆看護学教育指導者研修 ◆国立私立大学病院看護管理者講習会	6ヶ月 1年 8ヶ月 10日間	20
	国立保健医療科学学院	◆専攻課程 看護コース ◆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 ◆病院管理研修 看護部長コース	1年 3週間 2週間 2週間	
厚生労働省	厚生労働省 看護研修研究センター	◆幹部看護職員養成課程 ◆看護教員養成課程 ・看護師養成所教員専攻 ・保健師養成所教員専攻 ・助産師養成所教員専攻 ・海外研修生受入課程	1年 1年 1年 1年	40 90 15 15
	国立看護大学校 研修部	政策医療分野の看護研修 認定看護師教育制度における研修「感染管理コース」 看護研究の研修 看護教育に関する研修	6ヶ月	
都道府県	首都大学東京	◆看護教員養成講座	1年	50
	神奈川県立保健福祉大学 実践センター	指導・管理者養成 教員養成課程 教員継続研修 実習指導者養成教育 高度専門教育 - 認定看護師制度における研修 「集中ケア」「がん性疼痛看護コース」 総合連携教育 専門職員研修	1年	80
	各都道府県  ナースセンター	◆看護教員養成講習 ◆実習指導者講習会 ◆看護教員再教育研修 ◆各種短期講習会・研修会等 ◆再就職準備講習会、看護力再開発講習会 ◆訪問看護師養成講習会 ◆看護技術実技演習 ◆社会福祉関係分野における看護職ワークセミナー ◆各種短期講習会・研修会等		
全社連	社会保険 看護研修研究センター	◆看護教員養成学科 ・看護教育専攻 ・看護管理専攻 ◆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	1年  240時間 150時間 180時間	45
	日赤	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) 4ヶ月 (年1回)
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
	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」 ◆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	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 「ファーストレベル」「セカンドレベル」 ◆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、調整的役割を発揮できる
- 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、リーダーシップを発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
<b>I 共通科目</b>		
<b>&lt;必須&gt;</b>		
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発揮するための方法を考察する	15
		小計90
<b>&lt;選択&gt;</b>		
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の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発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
<b>II 専門基礎科目</b>		
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	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
<b>III 専門科目</b>		
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 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	60
1 学内演習		
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もなつ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】のカテゴリーと、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、有りのままと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-G T A) 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.
- オ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.
- オ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.
- オ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.
- オ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.
- 杉森みどり・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師の技能の記述」『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究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 卷，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 Awareness 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.
- 松木光子編集「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），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たいと思います。

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、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、本調査への協力を同意します。

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

－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

－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。