

博士〈保健看護学〉論文

救急外来においてグリーフケアを導入するための取り組み
～ミューチュアル・アクションリサーチを用いて～

2021年3月

二宮 千春

川崎医療福祉大学大学院
医療福祉学研究科
保健看護学専攻

<目次>

第Ⅰ章 序論

1. 研究背景	1
2. 研究目的	3
3. 研究意義	3
4. 理論的枠組み	3
5. 用語の定義	7
6. 本研究におけるミューチュアル・アクションリサーチの 基本的な考え方	9
7. 論文構成	9
文献	10

第Ⅱ章 文献検討

1. 国内の救急領域におけるグリーフケアの実態と課題	14
2. 国外の救急領域におけるグリーフケアの実態と課題	16
3. まとめ	19
文献	21

第Ⅲ章 研究方法

1. 研究デザイン	26
2. 研究の進め方	28
3. 研究フィールド	30
4. アクションリサーチチームの構成	30
5. データとその収集方法	31
6. 分析方法	32
7. ミューチュアル・アクションリサーチ実施期間	33
8. 信憑性と妥当性の確保	33

9. 倫理的配慮	34
文献	36
第IV章：成果	
1. アクションリサーチチームの変化の過程	37
2. 実践現場における具体的な成果	66
第V章：考察	
1. アクションリサーチチームの局面ごとの変化について	73
2. アクションリサーチチームの変化の過程について	81
3. 救急領域においてグリーフケアの導入を目指し ミューチュアル・アクションリサーチを行う意義	83
4. 本研究の限界と今後の課題	84
文献	85
第VI章：結論	88
謝辞	90

表 目次

- 表 1 文献一覧（国内）
- 表 2 文献一覧（国外）
- 表 3 アクションリサーチチームの変化の過程（局面 1・2）
- 表 4 アクションリサーチチームの変化の過程（局面 3・4・5）
- 表 5 救急外来に CPA で搬送された家族へのサポートプラン

図 目次

- 図 1 プリコジン理論を用いて説明される人間の生命過程
- 図 2 本研究の概念枠組み
- 図 3-1 遺族配布用パンフレット（案）前面
- 図 3-2 遺族配布用パンフレット（案）後面
- 図 4 プリコジンの散逸構造の理論とアクションリサーチチームの進化・成長の過程

第 I 章：序論

1. 研究背景

救急医療は、医療者による高度な医療技術のもと懸命な蘇生処置が実施されても、救急搬送患者の 15.3%の死亡率を示しており¹⁾、看取りに遭遇することが多い場である。さらに、救急医療において死の転帰を辿る患者の要因は、事故や自死、急激な疾病の増悪、災害などの予期せぬ出来事であり、かつ短時間のうちに死を迎えることが多い。そのため、突然死や脳死、急性疾患などにより死別を経験した家族は、死別後に病的悲嘆に陥りやすく、予期された死で死別を経験した家族以上に心身への問題を起こす割合が高いといわれている²⁾。

救急医療は終末期医療に関して、2007年11月に日本救急医学会より「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」を公表し、救急医療における終末期の定義とその対応に関して具体的に記載され注目された³⁾。日本救急医学会の公表の他にも、2006年日本集中治療医学会、2010年日本循環器学会がそれぞれ終末期の対応に関して公表した⁴⁾⁵⁾。これらの3学会の提言について、想定する対象患者がほぼ一致することや終末期の定義や対応が同様な考えであることから、複数の提言や指針が存在することで現場に混乱をきたすことが危惧された。そのため、2014年11月に新たに「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン：3学会からの提言」が公表された⁶⁾。この3学会合同ガイドラインは、救急・集中治療における終末期について「集中治療室などで治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みが見込めないと判断される時期」と定義した。さらに、ガイドラインには、救急・集中治療における終末期の様々な状況が予測されるため、主治医を含む複数の医師と看護師らで構成される医療チームが慎重かつ客観的に判断できるように終末期の判断基準が設けられた。そして、終末期であると医療チームが判断した場合には、激しく動揺する家族が患者にとって最善となる意思決定ができたうえで患者の最期を迎えられるよう、家族の支援の重要性についても記述された。患者の死を予期したときから家族の悲嘆がすでに始まっており⁷⁾、救急医療においては、患者搬入後より、家族に対してグリーフケアを実践していく必要がある。

しかし、救急医療においてグリーフケアの実践は、救急外来で亡くなった患者の病

院滞在時間が4時間未満である⁸⁾ことから、病院内において医療者が家族に十分なケアを提供できる時間がない。そして、担当する看護師については、突然の出来事を現実のこととして受け入れがたい家族に対してかける言葉の難しさを感じていること⁹⁾や、とくに経験が未熟な場合、取り乱している家族への対応が難しいこと¹⁰⁾が報告されている。そして、死亡帰宅後の複雑性悲嘆に陥りやすい状態にある家族に対しての遺族ケアは、救急医療に携わる医療者の1割程度しか実施できていないこと¹¹⁾が報告されており、救急医療における家族へのグリーフケアは、十分に実践できていない状況がある。

筆者の救急医療での体験を述べれば、看護師は、患者の死を前にして慟哭する家族に対し、家族との信頼関係が構築できていない状態において、家族に寄り添う難しさを感じていた。そして、次々に搬送されてくる患者対応に追われる看護師に代わり、家族に寄り添ってくれる他職種もおらず、見送りまでの様々な手続きをあわただしく済ませていた。そのため、家族との関わりは、帰宅後の家族の生活を気がかりに思いながらも遺体の引き渡しをもって途絶えていた。家族の支えになりたいと思っても、他の患者の治療や処置に追われ、思いと現実とのギャップに葛藤を抱いていた。筆者は、その経験のある医療施設の救命救急センター長に語る機会があった。救命救急センター長は、救急医療で亡くなった患者の家族のことを気がかりに思う経験をしており、救急医療にグリーフケアとして家族支援を充実させる必要性を感じていた。

今後、救急医療でグリーフケアをさらに質の高いケアにしていくためには、現場の看護師が直面している問題の把握やマンパワーの確保、救急医療の場の看取りの教育、スタッフ間のコミュニケーションの促進など多岐にわたるサポート体制づくりが必要といえ¹²⁾、看護師一個人の意識の変化だけでなく、救急医療チーム全体での変化が求められているといえる。そのため、まずは、現場の実践者自らが、問題と向き合い、救急医療の現場でどのようなグリーフケアが実現できるのか、またそれを実現するためには、何を実践し、何を変えていかなければならないのか考える必要があると考えた。アクションリサーチは、種々の要素が絡み合う複雑な現場に研究者が身を置き、実践者と協働してケアの改善に取り組む実践的な研究である。そこで本研究において、研究者と実践者である現場の看護師は、アクションリサーチの手法を用いて救急外来に

グリーフケアの導入を試みる実践的な研究を行った。

2. 研究目的

本研究は、研究者と実践者である看護師との協働により救急外来でグリーフケアの導入を試みる取り組みを行う中で、研究者と実践者のアクションリサーチチーム全体に生じた意識的、行動的变化の過程を明らかにすることを目的とする。

3. 研究意義

本研究は、実践の場を管理、調整、制御して行う伝統的な科学研究とは異なり、救急医療に携わる看護師と研究者が救急外来におけるグリーフケアについて意味を考え、看護師として、研究者として自分たちに何ができるのか、またどのようにそれらを実現していくかについて、自身が考えて実施する過程そのものを研究的にたどるものである。本研究には3点の意義があると考ええる。

1点目の意義は、救急外来でグリーフケアの導入を目指す過程において、生じた困難や課題、そして、その対処法等も含め詳細に可視化されることである。今後、救急外来でグリーフケアを導入したいと考えている医療施設において参考になると考える。

2点目の意義は、現場の看護師が問題視していることを発端とし、看護師が目指したいことに焦点をあて、研究者と協働して取り組むミューチュアル・アクションリサーチの手法を用いたことである。看護師自身が自ら直面する問題と向き合い解決に向けて研究者と協働し取り組むことで、看護師の意識を高めることができその結果として患者・家族へより良いケアにつながると考える。

そして3点目の意義として、本研究は、救急外来におけるグリーフケアのあり方を提示するものであり、すでに何らかのグリーフケアを救急外来で導入している病院にとってもケアの内容を豊かにし、質を高めるための参考資料となり、救急看護学の発展に寄与できるものであると考える。

4. 理論的枠組み

本研究は、マーガレット・ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論を

踏まえ遠藤と新田¹³⁾が開発した、ミューチュアル・アクションリサーチの研究手法を用いた。よって、本研究においても、マーガレット・ニューマン（以後ニューマンと記す）の理論を前提にして、理論的枠組みを行った。まず、ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論について説明し、その後、本研究の理論的枠組みについて述べる。

1) 「拡張する意識としての健康」の理論について

(1) 理論の源泉

ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論は、自身の経験を基に、マーサ・ロジャーズ（以後ロジャースと記す）の「統一体としての人間の科学」とアイサベック・ベントフの拡張する意識の概念によって生まれた¹⁴⁾。

ニューマンはロジャーズの考え方を継承しており、「全体性」という世界観をもっている。この中心的な考え方は、以下の通りである。

- ・人間は、部分の総和ではなく、またそれ以上のものである

人間は、人間全体というだけでなく、その人間を家族や地域といった環境から切り離すことはできない。そして、病気になったとしてもその人間の身の内であって病気とも切り離しては考えられない。つまり、一人の人間を健康な状態と病気になった状態とに分けてとらえることはできず、健康な状態のときだけでなく、病気のときも含めて「その人」である。

- ・人間は、オープン・システム（開放系）であり、環境と継続的に相互交流をしている

人間と環境はお互いに欠くことができない存在である。ロジャーズは、「人間と環境は絶えずお互いに物質やエネルギーを交換している」と述べ、人間と環境が相互依存的交流を通じて常に成長・成熟し、このプロセスにおいて創造性が発揮される。

- ・人間は、逆戻りすることなく、定方向に進化している

環境と相互依存的な交流をする人間の生命過程は、時間空間の中で決して逆戻りすることなく進むが、どのような軌道を描くかは予測不能である。ニューマンは、プリコジンの散逸構造理論を用いて説明をした。

(2) 重要概念

- ・意識

ニューマン¹⁵⁾は意識について、システムの情報として定義し、すなわち、環境と相互に作用するシステムの能力のことと述べている (p. 27). 人間というシステムは、思考、感情といった意識に結び付けるすべての事柄ではなく、神経系、内分泌系、遺伝コードなどに深く埋め込まれているすべての情報を含む。つまり、意識は、環境と相互作用するすべての能力であり、人間としての全存在といえる。そして、その意識は、環境との相互作用の中でより高いレベルに進化を遂げていくものである。

・パターン

ニューマン¹⁵⁾はパターンについて、すべての関係の意味を即時に描き出す情報であり、多様性の中にある統一性を明らかにするものであると述べている (p. 61). パターンは、人と人との関係性の中で、またその人の環境との相互作用の中で開示するものである。また、パターンは、継時的に進化するもののため、1つの固定したパターンとして記述することはできず、継時的な連続的なパターンとして、パターンの変化のプロセスを示す必要がある。

・パターン認識

ニューマン¹⁵⁾はパターン認識について、パターンがもつ意味を理解することであり、自分のパターンを認識するには、自分自身の存在やこれまで生きてきた人生の意味を自らがつかみ、自分自身のパターンに意味を見出す、この瞬間がパターン認識であると述べている (p. 63). しかし、パターンが明らかになるのに先立ってみられる不確かさと曖昧さに耐えることができなければならず、ニューマンは、パターン認識を人間の進化における転換点とも述べた (p. 36).

(3) 「拡張する意識としての健康」の理論における生命過程

ニューマン¹⁵⁾は、プリコジンのエネルギー散逸構造論に描かれた過程を用いて、人間の生命過程を説明した (p. 31). 人間の生活は、ある程度秩序を立てている (正常な予測できる揺らぎ). しかし、ある偶発的な要因、たとえばなんらかの臨界的な出来事によって巨大なゆらぎがおこると、無秩序で予測不能なゆらぎへと押しやられ、人間は混乱状態となる。この無秩序の状況について、ニューマンは、無秩序に陥った人間というシステムが再び新しい秩序を想像している時期とみなしている。それを通りすぎた時には、その人は今までとは別の価値観に培われた、より高い意識としての人間

に進化・成長すると述べており、その一連のプロセスを図1は示している。

(4) 統一的—変容的パラダイム

ニューマンら¹³⁾は、看護学の研究には3つのパラダイムがあると提示した。1つ目は部分的—決定的、2つ目は相互作用的一統一的、3つ目は統一的—変容的、のパラダイムである。1つ目の部分的—決定的パラダイムでは、人間は部分に分割可能という立場であり、ある部分的な現象に焦点を当てる。生じる変化は、原因と結果という直線的で、決定的な関係で説明される。2つ目の相互作用的一統一的パラダイムも同様に人間は部分に分割可能という立場ではあるが、部分は相互に作用し合っており、それゆえに変化は統合的で部分の総和以上のものになるという考え方である。3つ目の統一的—変容的パラダイムは、人間は部分に分割できない統一性であり、さらに人間と環境も切り離すことはできない統一性であることを特性としている。そして、変容的とは、変化が生じる時には、突如として変容したかのごとくに現れるという見方である。ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論は、この3つ目のパラダイムに準拠している。さらに詳細に述べれば、人間を部分に分割できない統一性としての考え方は、人間として個人だけをみるのではなく、家族、地域をも包み込み、対象者の環境も切り離して考えることはできない。人と人との関係についても、両者が相互依存的に結びつき、パートナーシップの関係ととらえる。そして、本理論と看護実践を別々に考えることはなく、看護研究と看護実践も分離して考えることはできないと考える。そして、変化の過程について、現象はパターン化や全体との相互作用によって明確化される。変化はシステムが組織化と混乱の段階を経てより複雑な組織化へと向かうにつれて一方向的、予測不能的におこる。破壊の過程は再組織化の一段落と考えられる。そして生じた変化は変容的であるといえ、突如として変容したかのごとくに見えるのである。

(5) 看護メタパラダイムにおける4つの概念

・人間

人間を部分としてではなく、統一的存在として、人間全体としてとらえる。そして、人間は環境との相互依存的関係の中で、困難や苦悩の体験を通して、それを乗り越え進化・成長することができる存在である。

・環境

人間と環境は分けることができないものであり、常に相互作用し合うもの、分割不可能なものとしてとらえる。そして、環境は、その人間を取り巻く人的環境だけでなく、植物、動物、天候といったすべての自然環境が含まれる。

・健康

ニューマンの「拡張する意識としての健康」において中心的な概念は「健康」である。疾病と非疾病も健康であるという新しい健康の概念を打ち出した。人間全体が環境との相互依存的関係の中で、新たな自己と出会い、進化・成長することができれば、意識つまりは、人間全体が拡張できたこと、それは健康であるととらえる。

・看護

ニューマンが述べる看護は、疾病や障害をネガティブにとらえるのではなく、それらを包み込み、生命過程全体をとらえる見方を行い、患者が困難な状況から向けだして新たなとらえができるように、進化・成長のプロセスを促進させることができるように、看護師が人的環境となり寄り添うことである。

2) 本研究の概念枠組み

本研究は、ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論を前提とし、人間を看護師、環境を研究者と置き換え、統一体となりグリーフケアの導入を目指し研究を進める。そこで、本研究の枠組みを「研究者と看護師が統一体となり、パートナーシップを組み、相互作用しながら看護師の「願い」であるグリーフケアを救急外来に導入する過程は、定方向に進み、その進み方はらせんであり、変化は突如として変容したかのように現れる」とする（図2）。

5. 用語の定義

本研究で使用する言葉の定義を以下に記す。

1) グリーフケア

救急領域で亡くなる患者の家族は、複雑な悲嘆のプロセスをたどる可能性が高いため、正常な悲嘆のプロセスをたどることができるよう支援することが重要である。家族の死別による悲嘆は、患者の死を予期した時からすでに始まっており、救急医療に

においては、患者搬入後より家族に対してグリーフケアを実践していく必要があるといわれている⁷⁾。このことからグリーフケアは「患者搬入後、医療者各々が、患者の死を予期した時点から、家族が正常な悲嘆のプロセスをたどることができるように行う支援」と定義する。

2) 参加看護師

参加看護師は、「救急外来看護を担うアクションリサーチメンバーの看護師」と定義する。

3) 他の看護師

他の看護師は、「救急外来看護を担う参加看護師以外の看護師」と定義する。

4) アクションリサーチチーム

アクションリサーチチームは、「研究者と参加看護師の協働関係のもと構成されたチーム」と定義する。

5) 救急外来チーム

救急外来チームは、「アクションリサーチチームを中心とし、救急外来で患者・家族に携わる可能性がある職種の医師、看護師、臨床心理士、メディカルスタッフ等で構成されたチーム」と定義する。

6) 願い

願いは、ミューチュアル・アクションリサーチで要といえるものであり、「看護実践の場において参加看護師が実現したいこと」と定義する。

7) パターン

ニューマン¹⁵⁾は、「全体を描きだしている情報であり、すべての関係性の中で意味を与えるものである。存在するすべてのものごとの根源的な属性であり、多様性の中に潜む統一性をあらわしているものである」(p. 149)と述べている。本研究では、参加看護師のグリーフケアに対する認識や行動に焦点をあてている。このことからパターンは、参加看護師におけるすべての関係の意味を即時に描き出す情報であり、個人の「ありよう」と定義する。

8) パターン認識

パターンがもつ意味を理解することであり、自分自身の存在やこれまで生きてきた

人生の意味を自らがつかみ，自分自身のパターンに意味を見出すことと定義する．

6. 本研究におけるミューチュアル・アクションリサーチの基本的な考え方

設定した枠組みのもとで，本研究における基本的な考え方は次のとおりである．

- 1) 本研究は，ミューチュアル・アクションリサーチの手法を用いて取り組む実践過程そのものが研究過程である．
- 2) 参加看護師は，自分のパターン認識を通して，その意味をつかむことで新しい方向性を見出し，そこに向かって自分自身を進化・成長させ自己革新していく．
- 3) 研究者と現場の実践者である看護師によるアクションリサーチチームで，対話を重ねることで参加看護師は，実践知を高めていき，新たなケアとして現場へ実現可能性があるグリーフケアが導入される．
- 4) 本ミューチュアル・アクションリサーチで得られた成果は，参加看護師の変容だけにとどまらず，周囲の人々にまで波及し救急外来チーム全体の変容に至る．

7. 論文構成

第Ⅰ章の序論においては，研究背景と目的，意義，理論的枠組み，用語の定義，論文構成等，本研究の全体像を述べた．第Ⅱ章においては，本研究においてアクションリサーチを展開するにあたり，国内外の救急領域における終末期ケアに関する研究からグリーフケアの実態と課題について述べた．第Ⅲ章は，研究方法として研究デザイン，研究の進め方，研究フィールド，アクションリサーチチームの構成，データとその収集方法，分析方法，信憑性と妥当性の確保，倫理的配慮等について記述した．第Ⅳ章，は，アクションリサーチで得られた成果として，参加看護師の変化，サポートプランについて述べ，第Ⅴ章は，考察として，アクションリサーチチームの変化過程についてと各局面における変化の過程の特徴，そして，本研究の限界と今後の課題について論述し，第Ⅵ章は，結論を述べた．

文献

- 1) 島崎淳也, 田崎修, 塩崎忠彦, 中川淳一郎, 池側均, 嶋津岳士, 杉本壽: 救命救急センターの現況 全国救命救急センター入室症例予後調査・10万例の検討. 日本救急医学会雑誌, 22(10), 793-802, 2011.
- 2) Sachie Miyabayashi, Jin Yasuda: Effects of Loss From Suicide, Accidents, Acute Illness and Chronic Illness on Bereaved Spouses and Parents in Japan: Their General Health, Depressive Mood, and Grief Reaction. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(5), 502-508, 2007.
- 3) 日本救急医学会: 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン). <http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>, 2007. (2020.6.10 確認)
- 4) 日本集中治療医学会: 集中治療に携わる医師の倫理綱領. https://www.jsicm.org/publication/rinri_koryo.html, 2005 (2020.6.10 確認)
- 5) 日本循環器医学会: 循環器疾患における末期医療に関する提言. https://www.j-circ.or.jp/.../2020/02/JCS2010_nonogi_d.pdf, 2010. (2020.6.10 確認)
- 6) 日本救急医学会: 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン—3学会からの提言—. http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104_02.htm, 2014. (2020.6.10 確認)
- 7) 黒川雅代子: 救急領域で大切な人を亡くした人へのケア. 高橋聡美編, グリーフケア 死別による悲嘆の援助. 第1版, メヂカルフレンド社, 東京, 71-79, 2012.
- 8) 黒川雅代子, 村上典子, 中山伸一, 小澤修一, 鶴飼卓, 村本洋子, 井上祥子, 坂口幸弘: 病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度. 日本臨床救急医学会雑誌, 14, 639-648, 2011.
- 9) 坂井美智代, 長光代, 船屋彩子, 尾崎利枝, 笠間尚美, 一ノ山隆司: 救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴. 日本看護学会論文集急性期看護, 45,

305-308, 2015.

- 10) 岡林志穂, 森下利子: 救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア. 日本救急看護学会雑誌, 20(1), 1-9, 2018.
- 11) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 田戸朝美, 藤田直子: わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. 日本クリティカルケア看護学会誌, 5(2), 69-81, 2009.
- 12) 荃田惇也, 小林久子: 三次救急医療機関におけるエンゼルケアとグリーフケアに関わる看護師の精神的負担とその対処法およびサポート体制の課題に関する調査. 日本救急看護学会雑誌, 20(2), 25-32, 2018.
- 13) 遠藤恵美子, 新田なつ子: 【看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ】看護におけるアクションリサーチ ミューチュアルアプローチの理論. 看護研究, 34(6), 465-470, 2001.
- 14) 遠藤恵美子, マーガレット A. ニューマン: 拡張する意識としての健康の理論. 筒井真優美, 看護理論家の業績と理論評価, 第1版, 医学書院, 東京, 358-371, 1995.
- 15) マーガレット・ニューマン著, 手島恵訳: マーガレット・ニューマン看護論. 第1版, 医学書院, 東京, 1995.

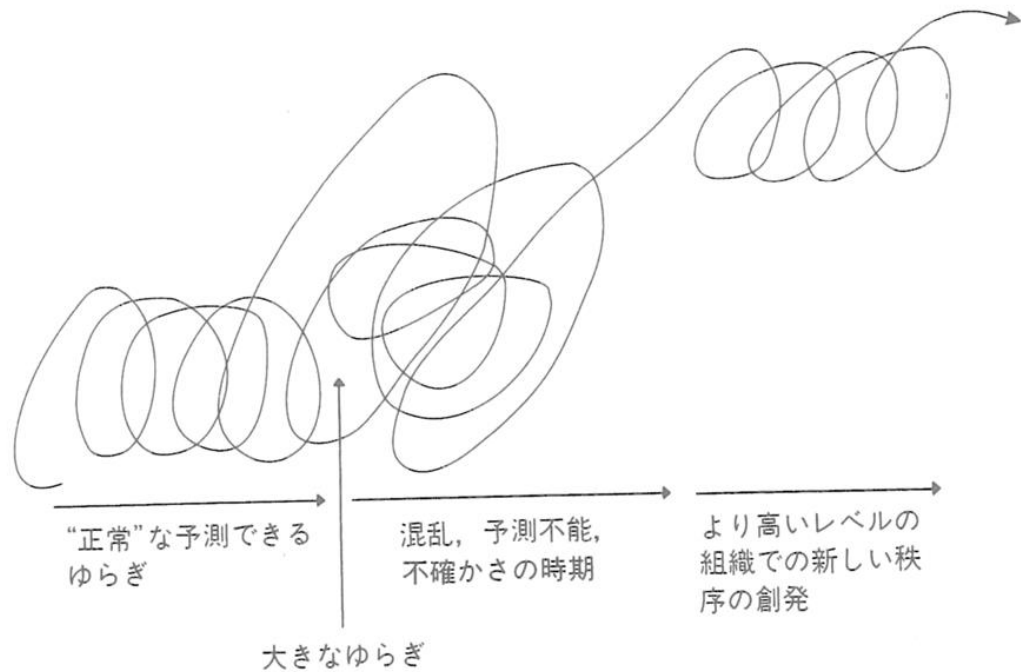


図1 プリコジン理論を用いて説明される人間の生命過程

(マーガレット・A. ニューマン, 手島恵訳「マーガレット・ニューマン看護論—拡張する意識としての健康—, 医学書院, 1995 から引用)

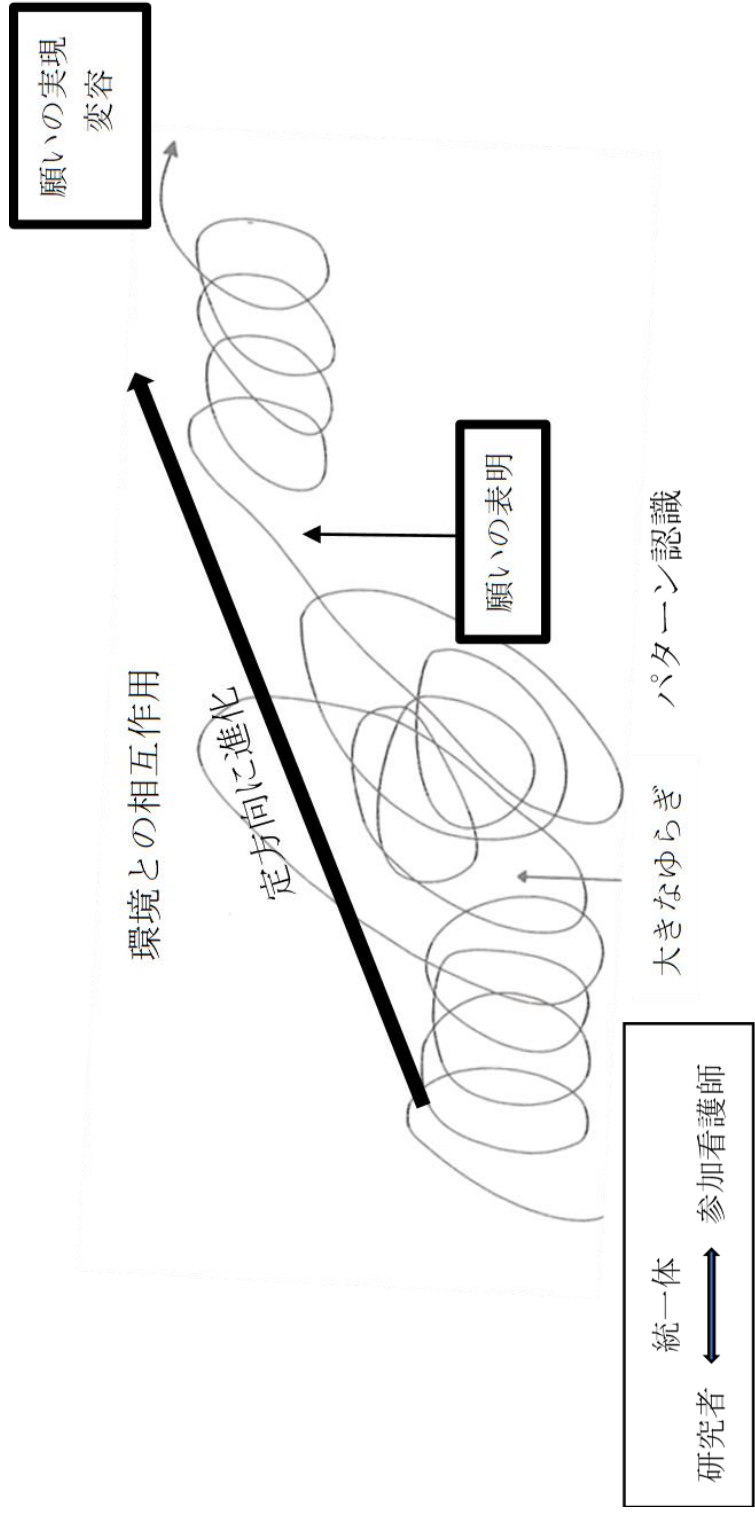


図2 本研究の概念枠組み

第Ⅱ章 文献検討

救急領域でのグリーフケアの実態を知り課題を得ることを目的に文献検討をおこなった。

1. 国内の救急領域におけるグリーフケアの実態と課題

検索データベースは、医学中央雑誌 Web 版を用いた。「救急」「家族」「遺族」「終末期ケア」「ターミナルケア」「悲嘆」「グリーフ」を検索キーワードとし、それぞれのキーワードを組み合わせ、幅広く検索を行った結果 600 件以上となった。原著論文に限定したところ 139 件となり、さらに、2007 年に救急医学会より「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」が公表されたことより、2007 年以降に限定をしたところ 114 件となった。その後、アブストラクトレビューを行い、集中治療・クリティカルケアと表記してあるものは救急領域の集中治療もしくは救急外来と限定できることを条件とし、選定したところ 102 件が除外となり、12 件となった(表 1)。

選定された 12 件の文献を概観すると、2014 年の「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン：3 学会からの提言」公表を境に近年にかけて増加傾向にあり、救急領域で着目され始めたテーマであることが推測される。

国内の救急領域におけるグリーフケアの実態として、岡林と森下¹⁾は、救急外来の看護師が【短時間の中で家族の存在を気に掛けながら信頼関係をつくる】【家族の行動や気持ちに添い対応する】【医師と家族との調整的役割をとる】【合間を見計らい家族に適宜情報を提供する】【家族の言動や気持ちに添い対応する】【限られた制約の中で家族が死を受け止められるようにサポートする】行動をとっていることを明らかにした。また、佐竹ら²⁾も熟練看護師が【患者に最善を尽くす】【家族に寄り添う】【看取りの場を作る】【家族のもつ力を支える】援助を行っていることを明らかにした。井藤ら³⁾は、グリーフケア充実に向けた取り組みとして独自のマニュアル作成を行い看護師の意識付けの介入を行っていることを報告した。その具体例として、看護師は、患者の処置に尽力しながら、残された家族へ寄り添う看護を実践していた。病院からの帰宅後の支援について、立野ら⁴⁾は、クリティカルケアにおける遺族ケアを医師、看護師ともに 5 割以上の者が必要と認識しているにも関わらず、実際に実施したことがある者

は、1～2割であり、わが国のクリティカルケアにおける遺族ケアの実施率の低さを指摘した。救急領域のグリーフケアは、診療報酬の対象でないことなどから、家族へのグリーフケアは、病院滞在時の支援を主としており、帰宅後の遺族支援は十分に実施できていない実態がある。

国内の救急領域におけるグリーフケアの課題として、坂井ら⁵⁾は、家族支援に関して患者搬送時から治療中、突然の出来事を現実のこととして受け入れ難い家族に対し、できる限り家族に寄り添い、看護師を身近に感じてもらえるような配慮が必要と述べた。そのために岡林と森下¹⁾は、待機する家族に対面した時、支援者であると明確に伝えることが重要であり、看護師が家族を気にかけていることがわかるようにわずかな時間であっても意識的に関わり援助していく必要性を述べた。さらに、黒川ら⁶⁾は、遺族にとって救急外来で患者治療中の待合室が個室であったことが助けになったことを報告した。死と直結する治療を受けている患者を待つ家族には、時に泣く、茫然自失、怒りなどの急性悲嘆症状が現れる可能性があるため、他の家族を気にすることなく、身内だけで待てる環境づくりが重要と述べた。安藤ら⁷⁾は、患者死亡後、医療者として尽力したことを言動で示すことが必要と述べた。そして、家族対応に関して患者が亡くなり家族が帰宅するまでの時間は少ないが、この間の看護師による心理面のケアが、その後の遺族の心理にも影響し、重要なケアになることを示唆した。さらに、田口ら⁸⁾は、家族が患者と一緒に過ごす時間をより多く持つことは、死を受け入れる一助になりうると考えるため、家族の関係性を把握しながら個人にあったお別れの時間を確保できるよう調整する事が望ましいと指摘した。また、黒川ら⁶⁾は、来院時心肺停止 (Cardiopulmonary Arrest on Arrival:CPAOA) 患者の家族について病院到着前も含めてお別れの時間になるかもしれないため、救命の可能性を瞬時に判断することは難しいが、最期の時を家族と過ごせる可能性を検討する必要があると述べた。エンゼルケアについて、福田ら⁹⁾は、患者死後のエンゼルケアについて、家族へのエンゼルケアの参加を促すことは、家族がその後の悲嘆過程をスムーズに進むために重要であり、エンゼルケアに関する教育の必要性を指摘した。クリティカル領域のエンゼルケアは、家族の危機的状態へのケアの他に、患者の身体損傷を目立たせないようにし、浸出液を止めるなど技術面での工夫が必要であるため、それらの知識を習得しておくことの

必要性を述べた。遺族支援の知識に関して立野ら⁴⁾は、遺族ケアについて正しい知識と適切な方法を用いて実施しなければ、遺族の悲嘆をさらに悪化させる恐れもあり、経験則で対応できるものではないと指摘し、看護師が関連学会の集会や専門教育の一貫として悲嘆教育に取り組んでいる場を周知できるような働きかけや、より多くの医療者が参加可能な教育体制の整備を課題と述べた。また中谷ら¹⁰⁾は、臨床経験6年以上かつ救急看護経験3年以上の看護師は、ケア向上のために意見交換の場を、さらに、臨床経験3～5年目かつ救急看護3年以上の看護師と臨床経験6年以上かつ救急看護1～2年目の看護師は、技術や家族対応の勉強会の場を求めていると報告した。意見交換の場について、本藤ら¹¹⁾や井藤ら³⁾は、知識の習得や意識を高めるだけでなく、自身の看護を振り返ることで次のケアの看護場面に活かせる、自己の看護観や死生観を構築することができ、さらに、不安、不快感の解消となり、看護師自身のやりがいにもつながることを示唆した。帰宅後の継続的な支援に関して安藤ら⁷⁾は、遺族が深い悲嘆反応から人生の再構築に向かうという心理的な変化をみせることから帰宅後の継続的なグリーフケアが必要と述べた。黒川ら⁶⁾は、死別後の生活において体調を崩した人が36%であり、遺族は、経済的支援や医師、カウンセラー、心療内科・精神医師からのフォーマルサポートを求めていると報告した。そして、高齢者社会で核家族化が進む中、家族、友人などのサポートがない人や経済的困窮が予測される人の場合、救急外来の待合室の時点から、すばやく発見し、患者治療中から医療ソーシャルワーカーにつなげておく必要性を指摘した。さらに、医療施設は、社会的な資源の紹介やサポートにつながる手段をもっておくことが課題であると述べた。グリーフカードの効果을述べた種市ら¹²⁾は、グリーフカードは、医療者側から見るとあくまで受け身のグリーフケアであり、来院できないほどつらい家族をサポートできていないことから、今後、主治医、かかりつけ医、臨床心理士、地域保健師など様々な職種と連携し継続的な支援を行なっていく必要性を示唆した。

2. 国外の救急領域におけるグリーフケアの実態と課題

検索データベースは、PubMedを用いた。「grief care」「grief」「grief work」「end of life care」「emergency」「bereaved family」「family」を検索キーワードとし検索

を行った結果 700 件以上となった。過去 10 年に限定したところ 362 件となり、それらの論文のタイトルレビューを行い 150 件となった。さらに、アブストラクトレビューを行い、救急領域のグリーフケアに関する記述が含まれていることを基準とし 28 件に選定し、さらに、アーティクルレビューにて集中治療・クリティカルケアと表記してあるものは救急領域の集中治療もしくは救急外来と限定できることを条件に選定したところ 10 件となった (表 2)。

国外の救急領域におけるグリーフケアの実態について、Well et al¹³⁾の報告によると米国の病院では、1993 年ごろからすでに突然亡くなる患者の家族への支援についてガイドラインを作成し、医療スタッフはがそのプロトコールに則って家族支援を実施していた。ガイドラインによると、遺族のケアは、ソーシャルワーカーやカウンセラー、宗教家がチームに加わりその役割を担っていた。Beckstrand et al¹⁴⁾は、家族の悲嘆ケアをソーシャルワーカーやカウンセラー、宗教家により実施されることについて看護師が患者の家族に対する責任を放棄しているように聞こえるかもしれないが、看護師は危機状態の患者の治療や処置に専念できると述べた。そして、治療や処置が終了後に看護師は、落ち着いて患者の家族のケアを実施していることを述べた。また患者の処置中の家族の環境について Beckstrand et al^{14,16)} や Hogan et al¹⁷⁾ は、救急領域の医療現場の構造について瀕死の患者に終末期ケアを提供するには、患者のプライバシーの妨げとなることや家族と過ごす最期の時間を静かで落ち着いた雰囲気にする必要性を指摘し適切な整備が必要であると述べた。Beckstrand et al¹⁶⁾は、家族の待機室を個室にすることで医師や看護師、宗教家などが家族とコミュニケーションをとり、家族の意思決定を支えることにつながると述べた。実際に救急領域の設計についても提案されており、Judkins¹⁹⁾によると患者と家族のプライバシーを考慮した設計に新しく改装された病院では、患者と家族の満足度だけでなく、スタッフの満足度も上昇していると述べた。患者の治療方針について Beckstrand et al¹⁸⁾は、救急医療の現場では、医師と看護師で意思決定に関して対立することがあることを明らかにし、そのことで、看護師は、ケアの質に不満を抱くとともに自分の意見に価値がないと感じていると述べ、看護師がストレスを抱えている現状を明らかにした。さらに、精神的負担感について Granero-Molina et al¹⁹⁾も医師や看護師などの救急領域のスタ

ップが、死に伴い抱く負の感情を表出できておらず、それらの感情を対処できていない現状があることを述べた。以上のことから、国外では、病院滞在時から帰宅後までの家族・遺族の支援を医師、看護師だけでなく、ソーシャルワーカー、カウンセラー、宗教家が担っていた。そして、患者と家族のプライバシーが守られる病院の設計も提案され環境的配慮も行われている実態があった。

国外の救急領域におけるグリーフケアの課題について遺族支援の知識に関して Bailey et al²⁰⁾は、救急のスタッフは、救急領域における終末期の患者が必ずしも緩和ケアを必要としているわけではないため、蘇生させるためのトレーニングはしているが、終末期ケアに関する知識やトレーニングが不十分であることを指摘した。さらに、Beckstrand et al¹⁵⁾は看護師の“good death”に対する理想の欠如が終末期ケアの提供に最も障害をきたすと述べた。このように終末期ケアや遺族ケアの知識や認識の欠如が患者・家族によりよいケアを提供する障壁になっていることが指摘され、Wolf et al²¹⁾は、終末期ケアに関して看護師同士で話し合うことは、看護師の救急領域における終末期ケアの重要性に対する意識を高めることに役立つと述べた。そして、救急領域における終末期ケアは、今後看護教育に統合されるべき課題であり、看護技術を改善させるためには、看護支援を明記したガイドラインの必要性を提案した。遺族支援に関して、Hogan et al¹⁷⁾は、救急領域の終末期ケアは、遺族ケアだけでなく、患者が瀕死の状態の時の家族への支援も不十分であることを指摘した。Beckstrand et al¹⁸⁾は、患者が瀕死の状態の場合、家族は何よりも患者の命が救われることを望んでいると述べ、すべての病院に牧師やソーシャルワーカーなどと連絡を取り派遣できる体制を整え、家族への関与を増やすなどの社会的なサポートをもっと充実させ、看護師は処置や治療に専念することを提案した。さらに、Stone et al²²⁾は、緩和ケアチームとの連携の必要性も指摘し、救急の医師が、緩和ケアチームと協力して終末期ケアを提供することでより充実した支援ができると示唆した。しかし、緩和ケアチームが週末や夜間は利用できないことを指摘しており統合に向け今後検討していく必要性を述べた。

3. まとめ

国内における救急領域のグリーフケアは、患者・家族への病院滞在時の支援が主となっていた。患者に対しては医療の最善を尽くすことを行い、家族に対しては患者の救命に最善を尽くしたうえで、家族の気持ちに寄り添う支援を行っていた。また、家族に支援を行うにあたり、救急領域という限られた時間の中で支援を行うために、看護師は、自己紹介をしたり、家族に自分が担当であることを伝え頻回に声をかけたりするなどの家族との信頼関係構築に向けた行動をとっていた。そして、病院によっては独自で患者・家族への支援に関するマニュアルを行い看護師へグリーフケアに対する意識付けを行っている病院もあった。繁忙が予測される救急領域の現場で、個々の病院での実現可能性を考慮したマニュアルを作成することは、患者・家族へ充実したケアが行えるだけでなく、看護師のグリーフケアに対する意識付けにも有効になることがわかった。

しかし、国内の救急領域におけるグリーフケアは、病院滞在時の患者・家族への支援は充実してきているものの、帰宅後の支援までは実施できていない現状が伺えた。一方で、諸外国では、病院滞在時だけでなく、帰宅後の家族を支える社会サポートの充実が図られていた。家族ケアは、病院滞在時から、医師や看護師だけでなく、ソーシャルワーカー、カウンセラー、宗教家などと連携し、家族をサポートする体制が整えられていた。そのため、患者の処置中は看護師が処置に専念でき、看護師の業務の負担感が軽減される体制がつけられていた。何よりも患者の救命を願う家族にとっては、医師や看護師が処置や治療に専念できる環境を望んでいると推測される。これらの取り組みは、宗教的文化的の違いからすべてを真似できるわけではないが、今後、国内においても患者搬送後、処置中の家族への付き添いについて看護師以外の職種で行えるよう他職種連携を検討していきたい。

さらに、国内外ともに、救急領域におけるグリーフケアの知識の低さは指摘されていた。これは、救急領域が患者の救命を第一に考え、高度な医療のもと治療に尽力することが最も重要視されているためであると考えられる。しかし、救急領域は、死亡の件数も多く看取りが多い場である。また、患者が死に至る経過においても予期されない突然の出来事という場合が多く、それゆえ家族がうける悲嘆は大きいことが予測され

る。そのため、家族に最も近い存在と言われる看護師として、家族へのグリーフケアの必要性の認識を高め、知識をつけていくことは重要であると考え。そして、帰宅した家族への支援についても、病院でのお見送りをもって家族と医療者に関係が終わるのでなく、患者の死に悲嘆する家族への継続的な支援ができる体制を構築していく必要があると考える。

救急領域におけるグリーフケアの実態と課題から見えたグリーフケア導入に向けての有効な対策は、実現可能性のある病院独自のマニュアルを作成すること、看護師の業務負担を考慮しながら他職種連携も視野に入れ、患者・家族への支援を考えていくこと、帰宅後の家族への継続的な支援体制を構築することである。今後、本研究でミューチュアル・アクションリサーチを行うにあたり参考にしながら展開していきたい。

文献

1. 岡林志穂, 森下利子: 救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア. 日本救急看護学会雑誌, 20(1), 1-9, 2018.
2. 佐竹陽子, 新田紀枝, 浦出紗希: 三次救急外来における終末期患者の家族に対する熟練看護師の看護実践. 日本救急看護学会雑誌, 17(2), 24-34, 2015.
3. 井藤裕之, 高橋恵利子, 土肥麻衣, 佐々木あゆみ, 廣畑由美子: A病院の救急外来におけるグリーンケア充実に向けた取り組み. 日本看護学会論文集(急性期看護), 49, 35-38, 2019.
4. 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 田戸朝美, 藤田直子: わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. 日本クリティカルケア看護学会誌. 5(2), 69-81, 2009.
5. 坂井美智代, 長光代, 船屋彩子, 尾崎利枝, 笠間尚美, 一ノ山隆司: 救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴. 日本看護学会論文集(急性期看護), 45, 305-308, 2015.
6. 黒川雅代子, 村上典子, 中山伸一, 小澤修一, 鶴飼卓, 村本洋子, 井上祥子, 坂口幸弘: 病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度. 日本臨床救急医学会雑誌, 14(6), 639-648, 2011.
7. 安藤満代, 瀧健治, 牧香里, 爲廣一仁, 山下寿, 財津昭憲: 救命救急の集中治療室(ICU)で家族が亡くなった遺族の精神的健康度と複雑性悲嘆. 日本臨床救急医学会雑誌, 16(2), 91-94, 2013.
8. 田口和恵, 木村真津子, 中原ユカ, 井上智美, 若井和子: 救急初療で死亡された患者家族への援助—家族のニーズと援助の現状—. 日本看護学会論文集(成人看護I), 35, 106-108, 2005.
9. 福田友秀, 平山明生, 増子香織: クリティカルケア領域におけるエンゼルケアの現状と課題—看護師へのアンケート調査からの分析—. 日本看護学会論文集(成人看護I), 39, 24-26, 2009.

10. 中谷安寿, 竹本純子, 瀬尾恵子 : 救命救急センター看護師の経験年数別エンゼルケアに対する思いと教育内容に関する検討. 日本救急看護学会雑誌, 18(2), 26-33, 2016.
11. 本藤由香理, 松本由夏, 荒木美紀, 樟彩子, 山田裕子 : 死後のケアに伴う不安・不快感と対処方法に関する臨床経験年数による比較. 日本看護学会論文集 (看護総合), 41, 287-290, 2011.
12. 種市尋宙, 板沢寿子, 堀江貞志, 野村恵子, 足立雄一, 坂下裕子 : 急性の経過でこどもを喪失した家族へ渡すグリーフカードの意義. 日本小児救急医学会雑誌, 18 (1), 6-11, 2019.
13. Wells PJ : Preparing for sudden death: Social work in the emergency room. *Social Work*, 38 (3), 339-342, 1993.
14. Beckstrand RL, Smith MD, Heaston S, Bond AE : Emergency Nurses' Perceptions of Size, Frequency, and Magnitude of Obstacles and Supportive Behaviors in End-Of-Life Care. *Journal of Emergency Nursing*, 34 (4), 290-300, 2008.
15. Beckstrand RL, Giles VC, Luthy KE, Callister LC, Heaston S : The Last Frontier: Rural Emergency Nurses' Perceptions of End-Of-Life Care Obstacles. *Journal of Emergency Nursing*, 38 (5), 15-25, 2012.
16. Beckstrand RL, Wood RD, Callister LC, Luthy KE and Heaston S : Emergency nurses 'suggestions for improving end-of-life care obstacles. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), 7-14, 2012.
17. Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG : When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 42 (3), 207-212, 2016.
18. Beckstrand RL, Rohwer J, Luthy KE, Macintosh JLB, Rasmussen RJ : Rural Emergency Nurses' End-of-Life Care Obstacle Experiences: Stories From the Last Frontier. *Journal of Emergency Nursing*, 43 (1), 40-48, 2017.

19. Granero-Molina J, Díaz-Cortés MDM, Hernández-Padilla JM, García-Caro MP, Fernández-Sola C: Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study With Health Professionals. *Journal of Emergency Nursing*, 42 (3), 233-239, 2016.
20. Bailey C, Murphy R, Porock D: Trajectories of End-Of-Life Care in the Emergency Department : *Annals of Emergency Medicine*, 57 (4), 362-369, 2011.
21. Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Baker KM, Carman MJ, Zavotsky KE and Lenehan G : Exploring the management of death: emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 23-33, 2015.
22. Stone SC, Mohanty S, Grudzen CR, Shoenberger J, Asch S, Kubrick K, Lorenz KA : Emergency Medicine Physicians' Perspectives of Providing Palliative Care in an Emergency Department : *Journal of Palliative Medicine*, 14 (12), 1333-1338, 2011.

表1 文献一覧(国内)

著者(筆頭著者)	タイトル	年	掲載誌	国
田口和恵 他	救急初療で死亡された患者家族への援助ニーズと援助の現状	2004	日本看護学会論文集：成人看護I	JPN
福田友秀 他	クリティカル領域におけるエンゼルケアの現状と課題 看護師へのアンケート調査からの分析	2009	日本看護学会論文集：成人看護I	JPN
立野淳子 他	わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状	2009	日本クリティカルケア看護学会誌	JPN
本藤由香理 他	死後のケアに伴う不安・不快感と対処方法に関する臨床試験年数による比較	2011	日本看護学会論文集：看護総合	JPN
黒川雅代子 他	病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度	2011	日本臨床救急医学会雑誌	JPN
佐竹陽子 他	三次救急外来における終末期患者の家族に対する熟練看護師の看護実践	2015	日本救急看護学会雑誌	JPN
坂井美智代 他	救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴	2015	日本看護学会論文集：急性期看護	JPN
安藤満代 他	救急医療で患者が終末期となった家族から見た医療の認識と遺族の心理	2015	聖マリア学院大学紀要	JPN
中谷安寿 他	救命救急センター看護師の経験年数別エンゼルケアに対する思いと教育内容に関する検討	2016	日本救急看護学会雑誌	JPN
岡林志穂 他	救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア	2017	日本救急看護学会雑誌	JPN
井藤裕之 他	A病院の救急外来におけるグリーフケア充実に向けた取り組み	2019	日本看護学会論文集急性期看護	JPN
種市尋宙 他	急性の経過で子どもを喪失した家族へ渡すグリーフカードの意義	2019	日本小児救急医学会雑誌	JPN

表 2 文献一覧 (国外)

著者(筆頭著者)	タイトル	年	掲載誌	国
Well et al	Preparing for sudden death: Social work in the emergency room	1993	Social Work	USA
Beckstrand et al	Emergency Nurses' Perceptions of Size, Frequency, and Magnitude of Obstacles and Supportive Behaviors in End-Of-Life Care	2008	journal of Emergency nursing	USA
Stone et al	Emergency Medicine Physicians' Perspectives of Providing Palliative Care in an Emergency Department	2011	journal of palliative medicine	USA
Bailey et al	Trajectories of End-Of-Life Care in the Emergency Department	2011	Annals of emergency medicine	UK
Beckstrand et al	The Last Frontier: Rural Emergency Nurses' Perceptions of End-Of-Life Care Obstacles	2012	journal of Emergency nursing	USA
Beckstrand et al	Emergency Nurses Suggestions For Improving End-Of-Life Care Obstacles	2012	journal of Emergency nursing	USA
Wolf et al	Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department	2015	journal of Emergency nursing	USA
Granero-Molina et al	Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study With Health Professionals	2016	journal of Emergency nursing	Spain
Hogan et al	When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses	2016	journal of Emergency nursing	Canada
Beckstrand et al	Rural Emergency Nurses' End-of-Life Care Obstacle Experiences: Stories From the Last Frontier	2017	journal of Emergency nursing	USA

第Ⅲ章 研究方法

1. 研究デザイン

1) アクションリサーチについて

アクションリサーチは、行為に関わる研究方法であり、これまでの実践の場を管理、調整、制御して行う伝統的な科学研究とは異なるパラダイムに立って提唱されたものである。アクションリサーチは、種々の要素が絡み合う複雑な実践現場の改善に適用されるが、それは、介入的な方法論ではなく、解釈的な方法論として用いられる。また、アクションリサーチは、グランデッドセオリーアプローチや現象学的研究などの質的研究とも異なっている。これらの質的研究とアクションリサーチの大きな違いは、質的研究は研究対象者と研究者とが明確に区別されていることである。さらに、対象者に変化を求めず、現状を明らかにすることを目的としている。一方で、アクションリサーチは、実践過程の中で実践者と研究者が協同し、その中での変化していく過程に関心が向けられる。

ホルターとシュワルツ-バーコット¹⁾によれば、アクションリサーチは、実践と研究と理論の連結を目指すものであり、①実践者と研究者の協働、②実践上の問題の確定、③実践の場における変化の創出、④理論の発展という4つの要素を含むといわれている。さらに、協働のあり方によって3つのスタイルに大別され、それぞれのアプローチによって異なる知識が生み出される²⁾。

第1のスタイルは、テクニカルな側面に焦点を当てた研究者と実践者の協働アプローチである。研究者主導型とも呼べるスタイルであり、研究者が特定の理論に基づいた介入方法の効果の検証のために、実践者の協力を得て、既存の理論の妥当性と有効性を検証したり、あるいはその精錬化をめざしたりしている。そして、主眼は理論が実践の場に適応するか否かの探求である。研究結果は、介入によってみられた問題状況の変化そのものである。

第2のスタイルは、研究者と実践者のミューチュアリティに焦点を当てた協働アプローチである。主体は、研究者と実践者の両者であり、両者が相互依存的立場に立ち、対話を通して、実践の中に潜む問題を明らかにし、両者で有効な介入方法の探求を行い、変化を創り出す計画を立案し、それを実行に移すというものである。両者は、相

互依存的にこのプロセスに関わり、実践活動に変化を生み出し、理論の発展を目指す。研究結果は、変化を生み出すに至る研究過程そのものである。

第3のスタイルは、研究者が実践者をエンハンスメントすることに焦点を当てたアプローチである。このアプローチは、研究者が問題を抱える実践者に、その考えのもとになっている前提や価値観などについて質問を投げかけ、自らの実践を批判的に内省する方向へと導き、実践者自身が、構造的な問題や文化的なしきたりなどに起因していることに気づいて、それを変えていこうと動きだすことを目指すものである。

2) 本研究における研究デザイン

本研究のデザインは、遠藤ら³⁾が開発した「ミューチュアル・アクションリサーチ」を適用した。ミューチュアル・アクションリサーチは、マーガレット・ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論に導かれながら、実践者と研究者が自分たちの看護上の「願い」の実現を目指してパートナーシップを組み、各自の行為能力や自律性の強化によって状況に変化を生み出していく、研究と実践を重ねた実践的研究方法である⁴⁾。

ミューチュアル・アクションリサーチは、上記で述べた3つのスタイルで言えば、2つ目の研究者と実践者のミューチュアリティに焦点を当てた協働アプローチのスタイルから示唆を受け、ニューマン理論を理論的枠組みとしての新たな考え方である。遠藤⁵⁾は、ミューチュアル・アクションリサーチの前提をつぎのように述べている。

人は開放系であり、環境(人)との交流を通じて成長する。人とその環境が相互に作用し合う中で、それぞれが自己のパターンを認識し、同時に新しい自分の在り様を見いだしていく。このことは、実践者、研究者双方から潜在力が引き出されてダイナミックな変化が生まれることを意味しており、双方にトランスフォーメーションが生じると信じているのである。さらに、この信念は次のような希望に広がっている。すなわち、このトランスフォーメーションは、周囲に波及してさらに新たなトランスフォーメーションを生起させるであろう。このプロセスで生まれるいずれの変化も価値あるものであり、特に看護の賄い手であるナースに現れる変化は、看護実践に反映して確実に実践の質に変化が生じるであろう(p. 116)。

救急外来という救命することを第一に考える場において、グリーンケアという先駆

的な取り組みの導入を目指すには、研究者がその場に身を置き、救急外来の繁忙な状況や医療者同士の関係性を理解しながら、現場の看護師と協働して行う実践研究が必要であると考えた。また、そのような取り組みを実現するには、実践者となる看護師が、救急外来にグリーフケアを導入したいという思いを持っていることやグリーフケアへの関心、考え方が重要な要素になると考える。対象とした医療施設は、かつて救急外来にグリーフケアを導入したいと考えた経験があり、看護師は、グリーフケアを必要と考え、救急外来に導入したいという思いを持っていた。このことから、本研究においてミューチュアル・アクションリサーチを用いることは妥当といえる。救急外来の看護師と研究者により、アクションリサーチチームを結成し、看護実践上の「願い」として、グリーフケアの導入に関する「願い」を掲げ、その実現に取り組む過程において、グリーフケアに対する意識的・行動的变化をみせ、「願い」の実現に至ると考えている。

2. 研究の進め方

1) ミューチュアル・アクションリサーチのプロセス

遠藤⁵⁾は、ミューチュアル・アクションリサーチのプロセスについて、がん看護の観点から、つぎのように示している(p. 116)。

- ①がん看護に携わっているナースグループと教員グループが“相互依存的なパートナーシップ”の関係に入り、定期的な対話の機会としての会議をもつ。
- ②問題点というよりはむしろ、“がん看護実践上のナースらの願い”を明確にする。
- ③協働者間での対話と、行為することから、ナースと教員それぞれの自分の有り様、看護に対する考え方、ナースと患者・家族との関係性、そしてがん看護の実践の質という点で“変化を創出”する。
- ④看護実践上の願いを実現していく一連のプロセスから、何らかの“一般化できる知識”を見だし、理論化を試みる。

これらのプロセスを参考に、本研究におけるミューチュアル・アクションリサーチのプロセスを設定した。

2) 本研究のプロセス

(1) アクションリサーチチームの結成と会合の開催

救命救急センター長，救急外来師長（D 師長）へ研究の趣旨について説明し，合意を得る．D 師長から看護師に研究への参加を呼び掛け，興味を示した看護師に研究者から研究の趣旨について説明を行い参加の合意を得て，参加看護師と研究者によるアクションリサーチチームを結成する．

「会合」においては，救急外来におけるグリーフケアについて意見交換を行う．「会合」は，月に1回程度，1回60～90分程度で，参加看護師の勤務前もしくは勤務後の勤務外で開催する．研究者は，参加者が発言しやすい雰囲気づくりに努める．

(2) 「グリーフケア導入」に関する願いの表明

会合において，アクションリサーチチームで，CPAOA 患者搬入時の過去のケアの体験を語りあい，どのようなグリーフケアを必要とするのかを見いだす．その際，他者の意見や考え方に耳を傾け，自分自身のケアを振り返りながら「どのようなグリーフケアが必要か」についてお互いに意見を交換する．そして，看護実践上の「願い」として「救急外来のグリーフケア」についての一つの方針を明確にする．

(3) 具体的な方策の検討

「願い」を実現するための具体的な方法については，アクションリサーチチームの会合で検討する．救急外来におけるグリーフケアについて，先行研究や文献などを用いて，救急外来におけるグリーフケアを創出していく．

(4) グリーフケア導入の実現

アクションリサーチチームでの対話を通して，参加看護師と研究者がそれぞれの自分のありようを認識し，グリーフケアに対する知識をつけ考え方を深めていく．参加看護師は，「会合」で検討したグリーフケアについて，即座に実践可能なことは実践を行い，「会合」で報告する．報告内容を参加看護師と研究者で評価し，新たな気づきを得て，「願い」の実現を目指す．

「願い」が実現し，各自が成長・進化を認識できたときをミューチュアル・アクションリサーチの終結の時期とする．

3. 研究フィールド

中国地方にある救命救急医療を提供する医療施設 1 ヶ所である。

1) 医療施設の概要

研究フィールドとなった医療施設の病床数は、約 1,200 床である。救急医療体制は、重症患者に対する救命救急医療を提供する第三次救急医療である。また、24 時間体制で、重症および複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者に対する高度な診療機能を有する救命救急センターである。入院を要する小児救急医療患者の受け入れも行っている。平成 29 年度の救急患者数は約 65,000 人、院外救急車搬入数は約 10,300 件、CPAOA 患者は約 240 人の実績がある。

2) 救急外来の看護師・グリーフケアの状況

救急外来は、救急病棟との兼務する看護師を含め約 40 人程度が所属している。看護師は 4 年以上の経験を有するものが配属されており新人看護師の配属はない。看護師の勤務状況は、3 交代制であり、勤務交代時に患者情報の引継ぎを行っている。先述したように搬送数の多さから救急外来を担う看護師の業務は多忙であり、業者がエンゼルケアを実施するなど看護師の業務負担の軽減を図っている。数年前に看護師が帰宅後の支援も含めた家族へのグリーフケアの必要性を感じ、臨床心理士とともに家族への帰宅後の支援を導入しようと考えた。しかし、話がうまくまとまらず断念した経験をしている。そのため、家族への帰宅後の支援も含めたグリーフケアに興味を持っている看護師は多い。家族に対するケアは、ケア内容として統一されていないため看護師本人の看護観や経験値に委ねられている現状があり、看護師個人によりケア内容に差が生じている状況である。

4. アクションリサーチチームの構成

1) 参加看護師

参加看護師は参加看護師 A・B・C の 3 名であった。

参加看護師 A は、看護師経験 28 年、救急看護の経験 18 年である。部署での役職は係長であった。参加看護師 B は、看護師経験 20 年、救急看護の経験 11 年である。部署での役職は主任であり、グリーフケアについて興味をもっており、自己研鑽にて日

本グリーフケア協会グリーフケアアドバイザー1級の資格を有している。参加看護師 C は、看護師経験 13 年、救急看護の経験 8 年である。救急認定看護師の資格を有している。

2017 年 8 月から 2018 年 11 月までは参加看護師 C が看護師間のリーダー役を担った。2018 年 11 月以降は、参加看護師 C が産休となったため、看護師 A がリーダー役を担った。

2) 研究者

研究者は、かつて救急看護師としての経歴があり、第 3 次救急医療施設を担う高度救命救急センターでの救急外来、救急集中治療室 (Emergency Intensive Care Unit : EICU) での経験があった。そこでの経験の中で、突然に大切な家族の死に遭遇した家族への看護を通して、救急領域でのグリーフケアの必要性を感じていた。

3) アドバイザー

本研究では、参加看護師と研究者がミューチュアル・アクションリサーチを展開していく中で相談できる存在として、アドバイザーを位置づけた。参加看護師側として、2017 年 8 月から 2018 年 2 月までは救急外来師長の D 師長、2018 年 3 月に師長の配置転換となり、それ以降は、救急外来新師長の E 師長がアドバイザーの役目を担った。研究者側として、研究者の指導教員にあたる大学教員がアドバイザーの役目を担った。

5. データとその収集方法

現在の状況を理解しつつ変化することに重点が置かれているアクションリサーチで用いることのできるデータは、変化の過程を表すことのできるものすべてといわれている⁵⁾。参加看護師と研究者との語りや認識を通じた記述すべてがデータになると考え、本研究では、以下のものをデータとし収集した。

1) 研究者のフィールドノート

フィールドノートには、会合の日時と流れ、会合参加者の発言、会合時に研究者が印象に残った場面や出来事、研究者が感じたこと、メール内容などを詳細に記した。

2) 参加看護師へのインタビュー

参加看護師それぞれのグリーフケアについての思いや認識を確認するためにインタ

ビューを行った。インタビューは、研究途中と研究終了時にそれぞれ個別に実施した。面接内容については、参加看護師の許可を得て、テープに録音をし、逐語録に起こした。

6. 分析方法

解釈学的・弁証法的アプローチの手法を用いた。

解釈学的とは、相手のおかれた立場に共感しながら変化の現象を解釈し、その意味を理解するという方法である。ミューチュアル・アクションリサーチは、先述したように統一的・変容的パラダイムに拠って立っている。ニューマン⁷⁾は、研究結果について、表象的解釈と理論的解釈の両方を捉える必要性を述べている(p.76)。表象的解釈とは、全体の過程として一連の表象を描き出すものであり、ナースと患者・家族との関係性のパターンを継時的にならべ、パターンの変化のプロセスを捉えることである。理論的解釈とは、表象的解釈からさらに引き出された命題的解釈のことであり、つまりは、複数のナースに類似して現れたパターンの変化のことである。これらのパターンは、継時的に進化するものあり、それゆえひとつの(固定した)パターンとして記述することはできず、継時的な連続的なパターンとして示さなければならない。

弁証法的とは、対立するまたは矛盾する2つの事柄を合わせることにより、高い次元の結論へと導く思考のことを意味する。ミューチュアル・アクションリサーチにおいてニューマン⁷⁾は、研究者が、拡張する意識の理論を包含しており、集められるデータ自体が、研究者と実践者との相互浸透的な場で起こったものであるため、弁証的なものといえる(p.75)。

本研究は、アクションリサーチの過程を回顧的にたどり、アクションリサーチチーム全体の成長・進化の過程、つまり変化の現象を継時的な連続的なパターンとして解釈を行い、そこに示された意味を理解することに努めた。詳細な分析方法はつぎの通りである。

①参加看護師へのインタビューの逐語録と研究者のフィールドノートに記載されたすべての内容を精読した。

②逐語録とフィールドノートから、グリーフケアに対する思考や認識、ケアの仕方、

および相互関係に関する出来事などをひとまとまりの文章として抽出し、意味をこわさないように短文化した。

- ③短文化したデータのうち類似しているものを分類し「会合の様相」として要約し、フィールドノートを参考に会合の順番にならべた。
- ④「会合の様相」を会合毎に内容を解釈して意味を考え、「会合に込められた意味」として示した。
- ⑤「会合に込められた意味」の表現をアクションリサーチチームの継時的に変化するパターン（ありよう）として眺め、大きく変化した時点を一つの「転換点」としそれぞれの「局面」を捉えた。
- ⑥「局面」をアクションリサーチチームの意識的、行動的变化という視点から、意味をすくいあげ命名をした。

7. ミューチュアル・アクションリサーチ実施期間

2017年8月～2020年1月の2年5か月

8. 信憑性と妥当性の確保

1) 信憑性と妥当性について

本ミューチュアル・アクションリサーチにおいて研究者は、参加看護師の変化の過程がわかるように「会合」の会話の内容や様子など出来るだけ具体的にフィールドノートへ記録した。さらに、研究者の思い込みやとらわれなどに左右されないように、参加看護師へインタビューを実施し、どこで学びや気づきを得られたのかという変化のプロセスを参加看護師の言葉から確認した。研究者は、参加看護師の発言に対して必要時、その意図を問い、認知の歪みを減らした。研究者は、分析前に参加看護師と研究者がそれぞれに行ったアクションや出来事について、表を作成し参加看護師に確認をした。そして、成果を記述する際には、信憑性を損なわないように、状況が理解できるようにデータを丁寧に提示することと、誰が読んでも信頼できるようにできるだけ具体的な変化の状況を記述することに心がけた。

つぎに、分析過程においては、アクションリサーチチームで分析内容に違和感がな

いか確認をした。違和感があった際には、アクションリサーチチームで対話を重ね修正を行った。

なお、研究の分析について、本ミューチュアル・アクションリサーチのアドバイザーであり質的研究に精通している大学教員とミューチュアル・アクションリサーチに精通している大学教員のスーパーバイズを受けた。

9. 倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理委員会（承認番号：17-082）および参加看護師が所属する医療機関の倫理委員会（承認番号：2804）の審査を受け、承認を得て行った。

1) 精神的苦痛

本研究では、自己が実践したケアを振り返ることで自分と向き合うことになり、自己の行った看護を自らが否定的にとらえ精神的苦痛を生じる場合があると考えられた。参加看護師が希望した場合、もしくは研究者が必要と判断し本人の同意が得られた場合は、会合への参加・面接を中止し、精神的・心理的苦痛の軽減を図るためすみやかに本研究への参加は中止できることを説明した。

2) 自由意思による自己決定の阻害

参加看護師は、今後の業務への影響や関係性の悪化を懸念し、自由意思による自己決定を阻害される可能性が考えられた。そのため、所属師長より参加看護師の候補者に対して研究協力についての説明を聞く意思があるかの確認をしてもらい、説明を聞く意思があると確認できた者に、研究者が研究協力について同意説明書を用いながら、口頭にて説明を行い、協力の意思を確認した。その際、研究参加は自由意思によって自己決定できること、研究への参加を拒否しても今後の業務に不利益を被ることはないことを伝えた。そして、同意説明書には研究者の連絡先を記載し、候補者からの質問は随時対応した。協力が得られる場合は候補者に同意書へ署名をしていただいた。本研究への協力を同意が得られても、いつでも中止出来ることを説明し、同意撤回書と返信用封筒を同封し、同意を撤回する場合は、同意撤回書の郵送を依頼した。同意撤回書は対象者へ渡す際に、理由を追及されず、既にデータを得た後であれば、データは全て処分されることを説明し、どの段階での同意撤回においてもそれによって不

利益を被ることはないことを説明した。

3) プライバシーの表明

会合の実施場所はプライバシーが確保できるデータ収集施設のカンファレンスルームで行った。面接時は参加看護師それぞれの許可をとり IC レコーダーで録音した。得られたデータは、インターネットの接続のないコンピューターを使用し、データファイルはロック機能付 USB メモリに保存した。研究期間中の USB メモリの保管に関しては鍵のかかる保管庫でのみ行い、終了後も外部への持ち出しを禁止し厳重に取り扱った。また、収集されたデータは、本研究の目的以外には使用しないことを説明し、個人情報を含んだデータ一式は、研究者 2 名が立会いのもとに研究公表後 5 年後に完全廃棄することを伝えた。その際 USB メモリはデータの読み取りが不可能になるよう上書きした後、物理的に破壊し、紙ベースのデータはシュレッダーにて粉碎することを伝えた。研究成果の報告発表に際しては、個人が特定されないように記号化するなどの工夫を約束した。

文献

1. 遠藤恵美子, 嶺岸秀子, 新田なつ子, 齋藤亮子: 日本におけるアクションリサーチとは それを可能にする条件と効果. インターナショナルナーシングレビュー, 24 (5), 41-47. 2001.
2. 嶺岸秀子, 遠藤恵美子: 【看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ】看護におけるアクションリサーチ 総説. 看護研究, 34 (6), 451-463. 2001.
3. 遠藤恵美子, 新田なつ子: 【看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ】看護におけるアクションリサーチ ミューチュアルアプローチの方法. 看護研究, 34 (6), 471-480, 2001.
4. 遠藤恵美子, 三次真理: 【看護の未来を創造する アクションリサーチ-人々とともに, 人々のために】もう一つのアクションリサーチ Margaret Newman 健康の理論に基づいたミューチュアル・アクションリサーチ (MAR) 研究事例. 看護研究, 51(4), 355-365, 2018.
5. 遠藤恵美子: 希望としてのがん看護. 第1版, 医学書院, 東京, 2001.
6. 草柳浩子: 【看護の未来を創造する アクションリサーチ-人々とともに, 人々のために】アクションリサーチの方法. 看護研究, 51 (4), 302-315, 2018.
7. マーガレット・ニューマン著, 手島恵訳: マーガレット・ニューマン看護論. 第1版, 医学書院, 東京, 1995.

第IV章 成果

「統一的・変容的なパラダイム」におけるミューチュアル・アクションリサーチは、部分的に介入して結果を得ることを目的としていない。これまでの実践の場を管理、調整、制御して行う伝統的な科学研究とは異なり、実践者の願いを掲げ、研究者と実践者が協働して実現していく実践研究であり、その実践過程そのものが研究過程とみなされる。そこで本論文では、「結果」でなく「成果」という言葉を用いる。

研究者と実践者である参加看護師によるアクションリサーチチーム結成から 15 回の「会合」が開催され、ミューチュアル・アクションリサーチの過程において、チーム全体の意識的・行動的パターンの変化を継時的にたどると、【懸念と期待の中での合意】(局面 1)、【他施設を模倣したモデル作成に邁進】(局面 2)、【カオス】(局面 3)、【ケアの本質への気づき】(局面 4)、【ケアの浸透】(局面 5)という、5 つの局面が見出された。

これら 5 つの局面を経て、研究者と参加看護師のアクションリサーチチームは変化し、看護実践上の「願い」としての「グリーフケアの導入」が行われるようになった。そのアクションリサーチチームの変化の過程は、定方向に進んだが、その進み方はらせん状であり、混沌の時期を経て進化・成長し変容を遂げたものであった。

成果の記述にあたって、ミューチュアル・アクションリサーチにおいては、局面から局面への変化の過程に焦点があてられる。ここでは、救急外来におけるグリーフケア導入を目指す過程で現れたチームの変化の過程について、研究者と実践者および実践者同士、さらには周囲の人々との相互関係や研究者と参加看護師が行ったアクションなどの重要な出来事など具体的な状況を織り込みながら記述する。

1. アクションリサーチチームの変化の過程

1) 局面 1 【懸念と期待の中での合意】(表 3)

研究者と実践者との相互関係の始まりにおける実践者が抱く研究への両価的な感情を意味し、不安を持ちながらもケアを良くしたい思いの中で研究への参加を表明する局面である。

《1 回目会合の概要》

会合の様相 1-1：研究者は、看護師たち（参加看護師と EICU 看護師）に研究の説明を行い、看護師たちは研究への参加とグリーフケアの導入について部署で検討したいと希望した。

研究者は、1 回目の会合の開催されるまでに救命救急センター長に研究の趣旨を伝え研究に賛同を得ていた。そして、研究者は、救命救急センター長より D 師長の紹介を受け、D 師長と事前の打ち合わせや救急外来、EICU の見学を行った。1 回目会合は D 師長の日程調整により開催された。1 回目会合の参加者は、EICU 師長と EICU 所属の看護師 2 名、D 師長と救急外来所属の看護師 2 名、研究者 1 名と大学教員 1 名の計 8 名であった。D 師長から紹介をうけた研究者は、救急領域でより良いグリーフケアを導入したいという思いをこれまでの救急看護の経験や研究結果を踏まえて語った。その後、研究者は、事前に用意した資料を用いて、ミューチュアル・アクションリサーチの研究手法について説明を行った。そして、ミューチュアル・アクションリサーチの手法を用いて、救急医療の場で先駆的な取り組みといえるグリーフケアの導入を目指し、その過程で生じたチームの変化や周囲に与えた影響を明らかにすることを目的にしていることを伝えた。研究者は「この研究を実現するために研究者である自分と実践者である看護師のみなさんとが、同等の立場となりパートナーシップを組むことが必要」ということを強調して伝え協力を依頼した。

会合に参加した看護師からは「こういうの（グリーフケア）は、必要だと思う」と、発言がありグリーフケアの必要性については、賛同が得られている様子であった。そして看護師からは「部署内で実践可能であるか相談したいので、一度部署内で検討を行いたい」という意見がみられた。そこで、1 回目会合は、2 回目会合において部署内で検討した結果を踏まえ研究参加の意思を示すということで終了した。

研究者は、2 回目の会合が開催されるまでに看護部長に研究の説明を行い実施することへの同意を得た。看護部長からは、研究を実施することに対して前向きな発言が聞かれた。

《2 回目会合の概要》

会合の様相 2-1：参加看護師は、初めて聞く研究手法であり、倫理的手続きについても経験がないため、研究に対して懸念を抱いていることを語り、研究者は参加看護師のどのような小さな疑問にも応えるようにして、詳しく研究手法の説明をし、共に行う研究として倫理的手続きを看護師と一緒に進めることを約束した。参加看護師は、まずは安堵し、研究への参加に合意した。

D 師長と研究者の日程調整により 2 回目会合の日程が決定した。2 回目会合の参加者は、EICU 師長と D 師長、救急外来所属の看護師 2 名（以下参加看護師 A・B）と 2 回目会合より新たに参加した救急外来所属の看護師 1 名（以下参加看護師 C）と研究者 1 名の計 6 名であった。2 回目会合の前半は、D 師長が進行役を担った。まず、EICU 師長から部署で検討した結果について発表を行った。EICU 師長は「EICU のスタッフは、亡くなって帰られた後ではなく、元気になられて帰られた後の方に興味があるようです。」と語り、EICU の看護師が研究へ参加しない意思を示した。次に、D 師長は、部署内で検討した結果として「グリーンケアの導入を目指したい」という意思を示した。よって、救急外来所属の参加看護師 A・B・C の 3 名と研究者 1 名にてアクションリサーチチームの結成に至った。

EICU 師長の退出後、研究者が会合の進行役を担い、今後の研究の進め方について話を続けた。その後、研究者は、救急領域の繁忙な状況やどのようなグリーンケアが実現可能か、また取り組んでみたい援助はどんなことか参加看護師に尋ねた。しかし、参加看護師の発言は乏しく、返答に困惑している様子がかげがえた。D 師長が「こんな風にしたいとか何かある？どうかしら？」と、問いかけると、参加看護師同士で顔を見合わせようやく口にした言葉は、「アクションリサーチって初めて聞きました。私にできるのかしら」「研究ってなると倫理申請とかが大変ですよ。どうやったらいいのか」「研究をあまりしたことがないので」などと、参加看護師は、グリーンケアを導入する事よりも不慣れな研究に対する不安を語った。

このような参加看護師の研究当初の研究に対する懸念については、下記の言葉として個別対話で表現された。

「アクションリサーチというのが・・・いまひとつ研究でしたことがなかったのでど

ういったものかっていうのがなかなかイメージできなくて (A)」「計画書みたいなのをみて、まずアクションリサーチとか聞いたことがない言葉が結構入っていて、ちんぷんかんぷんだったんですよ (C)」「病院を超えて研究を私自身がしたことがなかったので、院内研究はありますけど、そういうなんでしょうか、外部の研究者と協働の研究っていうところも初めてだったし、そういうところに戸惑いましたね (A)」

参加看護師は、「今年、研究をすることが部署内の目標だったんですよ。だから研究をやりたいと思うんですけど、慣れてないので」と発言した。研究者は、研究に対して懸念をみせた参加看護師の思いを傾聴し、研究手法について今後詳しく説明を行うこと、倫理についても一緒に考えていくことを約束した。さらに、研究者と参加看護師のアクションリサーチチームの相談役として D 師長と大学教員をそれぞれアドバイザーとして設定することを伝えた。それらの言葉に参加看護師から安堵した様子が伺えた。

会合の様相 2-2：研究者は、参加看護師がグリーフケアについてどのように考えているか尋ねたいと考え、最初に研究者から救急外来でのグリーフケアの必要性を述べたところ、参加看護師は、研究者の思いに共感し、実現したいグリーフケアについて語り始め、現場がより良くなることに期待を抱いた。

研究者は、グリーフケアについての参加看護師の考えを聞き出したいと思い、研究者自身の救急看護師としての経験の中でグリーフケアの必要性を感じた体験を語った。すると、参加看護師は、「グリーフケアに興味があったんです。何かできることはないかなって思っていて」と語り始め「家族対応をマニュアル化できたらいいよね」や、「看護師が家族の窓口になれたりしないかな」さらには「臨床心理士の協力が得られるかも」など、少しずつ口数が増えていた。特に参加看護師 B は、家族・遺族ケアに興味があり、自己研鑽にてグリーフケアの講習を受けており、自身が実現したいと考えるグリーフケアについて積極的に発言した。

参加看護師のグリーフケアを導入することへの期待感は、下記の言葉として個別対話で表現された。

「グリーフケアに興味はあった。みんなで勉強していくことはいいこと。何か現場に

新たな刺激になるかなって (A)」「グリーフケアというのは、自分が少し勉強していたし、とても興味があったので、みんなで共有したり勉強していくことはすごくいいことかなって思って、自分たちの職場に新しいことを取り入れることに期待した (B)」

会合の様相 2-3：参加看護師は、グリーフケアを導入するために「何からしたらいいですか」と尋ねたため、研究者は、実践の現場での問題を明らかにするために「救急外来においてどのようなグリーフケアを導入したいか他の看護師へ聞いてみたらどうでしょうか」と提案した。

参加看護師は、グリーフケア導入に向けて期待を語る一方で「グリーフケアって必要とは思いますが、どうやってやったらいいか、何からしたらいいですか」「色々教えてください」と、グリーフケアを導入するにあたりどのように進めていくか研究者に質問した。参加看護師は、グリーフケア導入という漠然とした課題を前にして先がみえていない状態に戸惑いを感じていた。そのため、会合での態度は、受動的になっていた。このときの参加看護師が抱いた思いは、下記のように個別対話で表現された。

「グリーフケアに興味はあるが、実際にどうしたらいいのかわからなかった (A)」「今までグリーフケアを勉強したっていうのもなかったんで、そこに戸惑いました (C)」

研究者は、自身も救急医療の現場での看護経験があり、参加看護師と共感しあえることが多いことや参加看護師がグリーフケアの必要性を認識していることから、今後、同等な立場で協働していく関係性を構築できる可能性を感じていた。そのため、研究者は、自身が救急外来に勤務していた時に、グリーフケアを必要とする家族に対して何かしたいという思いを抱きながらも家族に対して何もできなかった体験談を語った。そして、今後、家族はどのようなケアを求め、それに対して看護師が何をするすることができるのか一緒に考えていきたいという思いを伝えた。

そして、研究者は「願い」の表明に向けて、参加看護師の行っているケアや現場で看護師たちが実施しているケアの実態について把握し、看護実践上の問題を明確にする必要があると考えた。そのため、研究者は、グリーフケアに対する参加看護師の思いをさらに引き出し、参加看護師が考えるグリーフケアについてより具体的に知りたいと考えた。さらに、参加看護師と研究者がパートナーシップを組み対等な立場で研

究を進めていくには、研究者と参加看護師が互いに理想とするグリーフケアを自身の中で明確にしておくことが重要であると考えた。そこで、研究者は、参加看護師が実現したいグリーフケアについて考え整理できるように、2回目会合の終了前に「救急外来においてどのようなグリーフケアを導入したいか他の看護師へ聞いてみたらどうでしょうか」と参加看護師へ提案した。

2) 局面2【他施設を模倣したモデル作成に邁進】

研究者と実践者との相互関係の深まりの中でグリーフケア支援モデル作成に、チームの思いが凝集されていくチームとしてのパターンを意味しており、モデルという形を示すことが実践の改善に繋がると考えた局面である。

《3回目会合の概要》

会合の様相 3-1：参加看護師は、他の看護師へアンケートを行い、他の看護師が家族対応に困惑していることや帰宅後の家族を気がかりに思っていることを把握し、他の看護師が自分たちと同じ気持ちであることに気づき、ケアの改善の必要性を感じたことを述べた。

3回目会合で研究者は、参加看護師との関係性を深めるため会合の始まりを堅苦しい雰囲気ではなく、歓談から始め、自由に発言できる雰囲気を心がけた。歓談の中で、看護師から他の看護師にアンケートを実施したと報告を受けた。参加看護師は、「これまでにスタッフからご家族さんへの関わりへの不安みたいな現状を聞いていて知っていたので、アンケートを行うことで何かヒントになるものというかね、何か見つけられたらなって思って (A)」という思いからアンケートを行った。そして、参加看護師は、アンケートの結果をグラフにまとめ提示した。

参加看護師によるアンケートの結果は、参加看護師だけでなく救急外来を担う他の看護師も救急外来での家族対応にどうしたらいいのか困惑していること、帰宅後の家族がどうしているのか、何か家族にできることはないのかと救急外来の家族看護について悩みを抱えていることが明らかになった。そして、十分に家族看護ができていない要因として、救急の現場が繁忙なため業務に追われてしまっていること、グリーフケアに関する知識がないことがあげられていた。参加看護師は、アンケートを通して

他の看護師が自分たちと同じ思いであることを知り、現場を変えたいとさらに強く思ったことを言葉にした。その思いは、下記の言葉として個別対話で表された。

「アンケートをとって、みんなも同じようにもやもやしているものを抱えているんだなって。それにみんな、何に困っているのかなっていうのも。声のかけ方だったり、タイミングだったり、それに経験値によっても対応が違うっていうのも見えてきて。それぞれにみんな不安を抱えているんだなっていうのが見えてきて、家族のことを気にしながらも、なかなか業務に追われ、対応ができなかったり。(家族に対して) 帰ったら先の関わりがないのがうちの現状ではあるから (B)」「家族対応に対する不安を抱えている人(スタッフ)がいるんだなって知って、なんか方向性に少し自信が持てた、同じ方を向いている人がいくらかはいるんだなって思いましたね (B)」「仕事を業務として、終わったら OK じゃなくて、こう、家族に対していろんな思いをスタッフそれぞれが抱えているんだなと思い、どうにかしたいと思いました (A)」

会合の様相 3-2：参加看護師は、かつて、グリーフケアの導入を検討したが方法がわからず断念した経験を、他の看護師の思いを知ったことで「グリーフケアの導入は必要なことであった」と語った。

参加看護師は、他の看護師の思いを知り、グリーフケアを導入することは現場にとって良いことになると確信した。そして、参加看護師は「実は、これまでにグリーフケアを導入したいと思い、取り組もうとした経験があるんです。でも、中途半端になってしまって。そのまま。臨床心理士さんにも協力を依頼して、遺族のケアをしたいなって。どうやったらいいのかって考えているうちに流れてしまって。またこの取り組みに挑戦できるんですね」と語った。その経験は、遺族への支援が必要と考え、臨床心理士に協力を依頼し支援を検討していたが、何をどのようにすべきか悩み中途半端になり断念したというものであった。参加看護師は、他の看護師の思いを知ったことで、これまでの断念した経験を「グリーフケアの導入は必要なことであった」と受け止め、あきらめた取り組みに再度挑戦できることへ意欲を見せていた。

会合の様相 3-3：研究者は、参加看護師がグリーフケアに対してイメージを膨らませ

ことができるように、救急外来の遺族の思いが明記された先行研究を提示した。参加看護師は、グリーフケアの導入の必要性和グリーフケアが看護師の役割であることを認識し現場がよりよくなることに期待感を示した。

参加看護師から他の看護師へのアンケートの報告を受けた後に、研究者は、ミューチュアル・アクションリサーチに関する資料を提示し、ミューチュアル・アクションリサーチについて説明をした。グリーフケアを導入する実践過程がすべて研究の分析対象になること、さらには、研究者と参加看護師がパートナーシップを結び協働関係を築いていきたいことなどを重点的に伝えた。参加看護師からは、「なんとなく理解できた」「前よりはわかった」という返答がみられ研究に対して理解を深めていた。

さらに、研究者は、救急領域のグリーフケアに関する資料について提示した。資料は、救急外来で子どもを亡くした親の思いが記載されているものや、欧米で突然に家族を亡くした遺族への支援について明記されているものであった。参加看護師は、研究者が配布した資料を読んで、残された家族の立場にたちグリーフケアの必要性を考える発言や、グリーフケアを看護師としての役割であるという認識を持ち始めた発言が見られ始めた。その思いは下記の言葉として個別対話で表された。

「文献から子どもが亡くなってお母さんが病院から帰った後にこんなだったよとか、こんな思いを抱えていたよというところが知れて、継続的に看護師が関わる意味というのが、病院で亡くなったから終わりではなくて、その先のサポートが必要なのかなって。そういうのは、気になりながらもなかなかそのあたりは、自分自身で足を踏み込んでっていうことができていなかった (A)」「看護師として残された家族へのケアをなんとかしないといけないなって (B)」「帰った後までのケアをすることが病院としての役割というか、看護師というのはその関わりの役割の一部になることがわかりました (A)」

参加看護師は、救急外来におけるグリーフケアの導入の必要性を確信すると同時に、グリーフケアが看護師としての役割の一つであるという認識へと変化を見せ、グリーフケアの導入に向けて意識を高めた。

会合の様相 3-4：参加看護師は、アンケートと先行研究から配置転換した新しい看護

師であっても統一した家族援助が実践できるように「搬送時から帰宅後までの家族への支援内容が明記されたグリーフケア支援モデルを作成し導入する」という「願い」を掲げ、研究者もその考えに賛同した。

参加看護師は、他の看護師へのアンケートと参考文献から遺族の思いを知ったことで、今の救急外来では、家族対応方法について統一したものがなく、家族対応が個人の考えや経験値に委ねられており、個々の看護師によって看護の内容に差があることが問題であると語り始めた。救急看護の経験が浅い看護師は、CPAOA 患者の家族に対応することは難しく、家族に何もできていないことがあることを述べた。さらに、参加看護師は、部署異動してきた看護師が、悲しむ家族に掛ける言葉が見つからず、家族対応に困っていることなどを語った。そして、参加看護師は、初めて救急外来看護を担う看護師であっても誰でも同じように看護ができるように支援モデルを作成したいと提案した。そこで、「搬送時から帰宅後までの家族への支援内容が明記されたグリーフケア支援モデルを作成し導入する」ことを看護実践上の「願い」として掲げた。アクションリサーチチームは、他の看護師へのアンケートを行ったことや、参考文献から遺族の思い、欧米の取り組みを知ったことで、自分たちの部署をより良くするための課題を見出した。研究者もこれまでの救急看護の経験の中で、家族への支援内容を1つのモデルとして提案しておく必要があると考えていたため、参加看護師が掲げた「願い」にすぐに賛同した。

《4回目会合の概要》

会合の様相 4-1：研究者と参加看護師は、アンケート結果と先行研究、これまでの救急外来の実践を語り合いながらグリーフケア支援モデルを作り始めた。

研究者は、3回目会合で「願い」が明確になったことで、参加看護師が行ったアンケートの結果をもとに、グリーフケア支援モデルの作成に着手した。そして、4回目会合では、研究者がグリーフケア支援モデルの試案を提示し、チームで修正していく作業を行った。作業を行っていく中で、参加看護師は、3回目会合で配布した資料内容を参考にし「前の会合で頂いた文献にあったこの援助内容をうちの病院でもできないか」や「今のうちの病院の状況では、難しいから少しやり方を変えてみたらどうでしょう

か」などの発言がみられた。参加看護師の発言内容からは、研究者が3回目会合後に配布した資料を参加看護師が再度読み込み、実現可能な援助内容を考え、4回目会合に挑んでいる姿が伺えた。さらに、参加看護師は、「患者の搬送前のチェックリスト（グリーンディングシート）や、帰宅時にしなければいけないことが書かれているチェックリストがあるんです。これも組み込んだりできないでしょうか（B）」とチェックリストを提示し、これまでの自分たちが行ってきた救急外来での実践を大切にしたいという思いを示した。アクションリサーチチームは、救急外来での実現可能性を考慮しながら修正作業を進めていた。

会合の様相 4-2：参加看護師は、グリーンケア支援モデルを創出していく中で、研究者が配布した参考文献から多職種連携の必要性を感じ、かつてグリーンケアの導入を試みた際に協力依頼をした臨床心理士に家族対応などの協力を得たいと考え、臨床心理士に会合の参加をお願いした。

参加看護師は、「帰宅後の家族への支援に対して協力してくれそうな臨床心理士さんがいるので声をかけてみましようか」と発言した。さらに、「なかなか外来で実際に死亡確認後は、忙しいのもあって家族にゆっくりと関われないことがあります。それに、縊首とか子どもの事故とかって家族に寄り添うのってすごく難しいこともあって。だから、日中すごく対応が難しい家族に関しては臨床心理士さんに対応してもらうとか無理かな・・・」と臨床心理士へ協力してもらいたい思いを語った。参加看護師は、新たな取り組みとして多職種との連携を実現しようとしていた。多職種を交えた取り組みに関する提案は、参加看護師が少しずつグリーンケアに対しての知識をつけ、意識を高めていることの現れであった。そして、会合における発言内容も思い付きで話しをする2回目会合とは異なり、具体的な援助内容を提案する発言に変わり、これまでの会合に対しての受動的な態度から活発に意見を述べる主体的な態度へ変化をみせていた。

会合の様相 4-3：参加看護師は、グリーンケア支援モデルを作成する中で、実際にグリーンケアを導入している他施設の取り組み方法に興味を抱き、「グリーンケアをすで

に導入しているところはどのような取り組みをしているのだろう」と述べた。研究者も同じ思いを抱き、他施設の見学を計画するが参加看護師と日程が合わず、研究者と大学教員のみで見学を行なった。

グリーフケア支援モデルを修正する過程で、参加看護師は「グリーフケアを実際に救急外来でやっている病院ってどうやっているんでしょうか」という発言がみられた。それは、救急外来でのグリーフケアについて考えていく中で、他施設への取り組みへ興味を抱いたゆえの発言であった。

研究者は、先行研究から、救急外来でグリーフケアを導入するという先駆的な取り組みを行っている他施設があることを知った。そこで、研究者は、救急外来でグリーフケアを導入している他施設を見学することで、支援モデルの内容の充実が図れるとともに、参加看護師に救急外来でグリーフケアを実現できるという強い確信を持たせることができるのではないかと考えた。そこで、研究者は、大学教員とともに関西地方の医療施設と関東地方の医療施設の2か所の見学を行った。参加看護師へ一緒に見学するよう促すが、参加看護師は勤務の都合上、予定が合わず断念することになった。参加看護師から「どのようなことを取り組んでいかぜひ教えてください」と言われ、研究者は、その言葉にさらに動かされ、5回目会合で見学内容を報告することを約束し、他施設への見学を行った。

研究者が見学を行った施設は、関西にある2次救急医療施設（以下B施設）と関東にある3次救急医療施設（以下C施設）の2施設であった。B施設は、救急外来にCPA状態にある患者が来院した時には、家族看護専門看護師が処置の間、家族に付き添い、家族の訴えの傾聴を行うなど家族に寄り添う看護を行っていた。さらに、帰宅時には、施設独自で作成した遺族配布用のパンフレットを渡していた。パンフレットには、家族が帰宅後に相談できるように、市・県などの相談窓口が記載されていた。C病院でも同様に、帰宅時に使用する遺族配布用のパンフレットを作成していた。その内容には、家族が帰宅後に相談できる電話相談窓口が記載されていた。C病院では、帰宅後に家族が医療者と再び話がしたいと思ったときや、医療者に相談したいと思うことが生じた時に連絡できる場として、看護師による電話相談窓口を開設していた。そして、両施設ともに共通していたのは、救急外来でのグリーフケアの取り組みは、患者・家族に

もっとも近い存在である看護師が中心となり医師と連携し実施していた。

《5 回目会合の概要》

会合の様相 5-1：参加看護師は、多職種連携を考慮し、自分たちの思いを理解してもらいたいと考え、臨床心理士や医師などの多職種に、自分たちの取り組みやグリーフケアに対する思いを伝えたことを語った。

参加看護師 A は、5 回目会合が始まる前に研究者へ「前回の会合で話題にあがった協力してくれそうな臨床心理士さんに会合に来てもらえないか声をかけてみたんです。そしたら、ぜひ参加したいといってくれて」と語った。参加看護師は、5 回目会合の日程が決まった時点で、臨床心理士へ本研究の取り組みを伝え、会合への参加を依頼した。臨床心理士も快く参加を承諾し 5 回目会合に参加をした。研究者は、参加看護師から臨床心理士の紹介を受けた。臨床心理士は「自分も協力できることはしたい。ぜひ、救急外来で対応が困ったときなどは、自分に連絡をしてくれたらできるだけ自分に対応するようにします」と述べ、日勤帯での家族対応について協力が得られることになった。そして、臨床心理士は「できれば、一度 CPAOA 患者搬送時どのような流れになるのか知りたいので看護師さんのあとをついて勉強をさせてもらえたりしたらうれしいです。現場を知りたいです」と発言し、取り組みへ前向きな姿勢をみせた。参加看護師も「ぜひ、私たちに付いてもらうのは大丈夫ですよ」と答えた。そして、参加看護師は「医師にもね、〇〇先生とかにこういう取り組みをやっているんですよって話をしていたら、グリーフケアの研修にちょうどいかれるみたいなタイミングだったみたいで。じゃあ、そこで学んできたことをお知らせしますねっていってくれて」と語り、医師とも連携するために自分たちの取り組みを知ってもらいたいと考え、自分たちの思いと取り組み内容を伝えた。参加看護師は、研究者が提示した文献からグリーフケアの知識を得たことや、取り組みを通してグリーフケアについて考え始めたことで、多職種へ自分たちの取り組みを伝え、多職種も引き入れたケアの構築を目指し始めていた。そして、取り組みに対する多職種の肯定的な反応が、参加看護師のグリーフケア導入へ突き進む力となった。このような参加看護師の思いは以下の言葉として個別対話で表現された。

「臨床心理士さんも参加してくれたり、私たちだけじゃなくて多職種も巻き込んで活動できるイメージが・・・，より私たちの行動が加速したのかなって。(A)」

会合の様相 5-2：研究者は、他施設の救急外来でのグリーフケアの実践内容について報告したことで、参加看護師は、自分たちも他施設と同じように遺族配布用パンフレットや電話相談窓口を開設することで、より充実したグリーフケアが実施できるのではないかと期待感を高めた。

臨床心理士にグリーフケアの導入に向けた取り組みに関して話をした後に、D 師長が会合に参加をした。5 回目会合で、研究者は、D 師長へ他施設の見学の報告を行うことを伝えていたため、D 師長も参加をした。5 回目会合の参加予定者が全員そろったところで研究者は、見学内容の報告を行った。見学内容の報告を聞いた D 師長から「パンフレットもだけど、電話相談もできそうよね。まずは、私とか、認定看護師が中心になって電話をとれるようにしてみたらいいし。また次のリーダ会で検討してみよう」と発言がみられた。さらに、参加看護師は「家族が帰るときに何も渡すものがないからこんな（遺族配布用）パンフレットあったらいいですよ」と発言し、遺族配布用パンフレットの作成に意欲を見せた。参加看護師は、先駆的な取り組みを行っている他施設と同じように、遺族に配布するパンフレットの導入や電話相談窓口の設置などが導入できるかもしれないという状況に胸を弾ませた。これらの参加看護師の思いは、以下の言葉として個別対話で表現された。

「病院見学の報告を聞いて、自分たちが今検討しているグリーフケア支援モデルは、取り組みとして可能なんだって。それで、遺族へのパンフレットや電話相談窓口も入れたこれ（グリーフケア支援モデル）が出来上がったら、自分の病院でも（グリーフケアが）できるんかもしれないって。なんかわくわくした (B)」「他の病院でやっているパンフレットを見た時は、あっこういうのもあるんだ一って、思って。なんか救急でこういうのを導入してもいいんだなって思って。やっぱりそういう看護があると継続的な看護じゃないけど、こうほんとに現状では、やっぱり(家族へ) 関わりっていうのが限られていたので。こんなの（パンフレットの配布）ができたらいいなって (C)」

そして、臨床心理士は、研究者からの報告を聞き、電話相談窓口について話しをし

ているときに「電話相談に関して看護師がすべて対処しようと思わずに専門的なところにトリアージする役目と思ったらどうでしょうか。治療の内容が聞きたいならそのとき対応した医師だし、精神的なフォローを望むなら臨床心理士だし。そうやって連携がはかれたらいいですよ」と提案した。参加看護師は「それなら看護師の負担も減るし、いいですよ。確かに電話って相手の表情も見えないから怖いところはありますよね」「自分が対応してない家族だとわからないし、どうやって答えたらいいか迷うこともあるもんね」と語った。そして、参加看護師 C は「パンフレットについても臨床心理士さんにみてもらいましょうよ」と研究者に投げかけた。研究者は、試案ができれば助言を頂けるように臨床心理士に依頼した。臨床心理士は快く同意した。研究者の他施設の取り組みに関する報告は、グリーフケア支援モデルの作成に期待感を高めるものであった。

会合の様相 5-3：参加看護師は、他施設の取り組みに刺激され自己のこれまでの看護を「業務的であった」と内省したことに、研究者は「傍に寄り添い話を聞くだけでもグリーフケアにつながるのではないか」と言葉をかけた。その言葉に参加看護師は、これまでも家族にグリーフケアを実施していたことに気づいた。

研究者からの病院見学の報告が終了した時点で臨床心理士と D 師長は退出した。研究者と参加看護師は 4 回目会合に引き続き支援モデルを作成する作業を行った。参加看護師は、4 回目会合よりさらに積極的に発言し、修正作業に取り組んでいた。その作業の中で、他施設の取り組みと自分たちの行っている看護を比較し、これまでの看護について振り返りを始めた。それは、看護師の業務負担の軽減の視点からエンゼルケアを業者が行い、看護師が実施しない現状についてであった。エンゼルケアを行う部屋への移送やエンゼルケア後の霊安室への搬送も業者が行い看護師は関わっておらず、患者と家族が帰宅するお見送りの際に看護師と医師が霊安室を訪れていた。そのため、看護師は、死亡宣告後に家族とゆっくり話をする時間が持てていないという現状であった。それらの現状に、参加看護師は「こう自分たちの看護を振り返るとこれまでの自分たちの看護がいかにか業務的だったか反省する (A)」「もっと自分たちにできることがあったんじゃないかな (C)」と口々に語り、これまでの看護を振り返り内省する姿

がみられた。

研究者は、参加看護師が自己の看護を「業務的であった」と内省する発言に対して、「家族は、看護師がただ側に寄り添ってくれるだけで救われているのではないか、例えばエンゼルケアを看護師がするということがグリーフケアになるのではなく看護師が家族の思いを汲み、寄り添うということを大切にすべきではないか」と伝えた。その研究者の発言に対して、「私は、家族に家に帰るための説明とかする時に少しだけ話をしたりしてるのよね。私たちは気づかないうちにグリーフケアをしているのかもしれないですね。もっと自信をもって看護をしたらいいんだ (C)」と述べた。この時の研究者と参加看護師の対話は、参加看護師にとって、これまでの自己の看護を振り返り、グリーフケアの一部を実施できていたと自己の看護のありよう（パターン）を認識する機会となった。これらの思いは、下記の言葉として個別対話で表現された。「これまで、そんな風に考えて家族に接していなかったなって反省して。自分の看護の振り返りにもすごくなったなって。一つ一つ丁寧に、そういう視点で関わっていなかったというのをまずは反省しましたね (C)」「私たちのこれまでのケアがグリーフケアになっているって目からうろこでしたね (A)」

会合の様相 5-4：参加看護師は、グリーフケア支援モデルが完成した際に現場へ導入するためには、他の看護師へグリーフについて理解を深めてもらっておく必要があると考え勉強会を計画し開催した。

5回目会合が終わりに近づいたころ参加看護師Cは「これ（支援モデル）を現場に導入するに向けて、まずは、悲嘆って何？グリーフケアって何？の初歩的なレベルで勉強会をしてみようかと考えているんです (C)」と提案した。参加看護師は、今後、作成している支援モデルが完成し、現場にスムーズに導入するために、他の看護師にグリーフケアについて興味を持ってもらう必要があると考えた。そして「スタッフの中には、必要と思って勉強している人もいるけど、ほとんどの人がグリーフケアってわからないと思うんです (B)」と語った。さらに、参加看護師Cは「私たちが計画して勉強会の資料を作ってみるんでまた確認してください。臨床心理士さんにもみてもらおうと思ってるんです (C)」と語った。「自分たちの取り組みについて、だいたいみんな

知ってはいるんですけど、なかなかいざ導入しようと思うと難しいと思うんで。導入に向けての準備をしといたほうがいいのかなんて (B)」と語り、現場にグリーフケア支援モデルを導入するための課題を自分たちで明確にしていた。そして、課題に対し、勉強会という解決策を見つけ、勉強会を計画し実施しようとした。研究者は、「ぜひ、私も勉強会に参加させてください。何か必要な資料とかあったら探すので、言ってくださいね」と伝え見守った。参加看護師は、グリーフケアの現場への導入を目指し、自分たちで導入するための課題をみつけ手段を見出していた。この時の参加看護師の姿は、かつて、グリーフケアの導入を目指し断念していた時とは違い、自分たちに足りないものは何か考え、模索し、その解決策を見出し行動に移すまでに変化を見せていた。

《勉強会の概要》

参加看護師は、他の看護師全員が参加しやすいように同じ内容の勉強会を3回実施できるよう日時の計画をたてた。そのため、他の看護師は、ほぼ全員参加することができていた。勉強会は、参加看護師が作成した資料を用いて講義形式で行われ、最後に質疑応答の時間が設けられていた。講義内容は、悲嘆とは何か、グリーフケアとはなにかという内容に焦点が当てられていた。用いた資料は、事前に臨床心理士からアドバイスをうけて作成していた。質疑応答では、他の看護師から「救急でグリーフケアって聞いたことないけど、やっている病院はあるの？どんなことをしているの？」という質問や「もっと家族に関わる時間を増やさなきゃいけないね」などの活発な意見がでていた。参加看護師は、これまでの会合において配布した資料や他施設の見学内容から得た知識だけでなく、「これまでの自分たちがしていることもグリーフケアの一部であり、自信をもってケアをしてほしい」ことや「家族の一番近くにいる看護師だからこそできることがあるのではないか」という自らの思考も交え返答した。勉強会終了後、研究者は、他の看護師から「とても勉強になったわ。またいろいろ教えてください」と声をかけられた。

《6回目会合の概要》

会合の様相 6-1：参加看護師は、勉強会をきっかけとして、家族に関する記録の充実や家族への声掛けが積極的に行われ始めたことを報告した。

6 回目会合は、5 回目会合後に勉強会を 3 回開催したため、3 か月期間が開いての開催となった。参加看護師は、6 回目会合が始まるとすぐに、勉強会後の他の看護師の変化について「勉強会をしてから少しずつ周りの看護師たちがかわってきたんです」と、研究者に語った。「みんな家族に関する記録が充実したり、家族対応の時間が増えたりしてきているのを実感する」と語り、勉強会を実施したことで少しずつ現場が変化していることを実感していた。これらの思いは下記の言葉として個別対話で表現された。

「スタッフは、(勉強会が) 刺激になったっていうのが大きいよな。参加することで、家族に対してどういった看護をするべきなのかっていうのを考えたり。勉強会を実施したことで、記録チームとかの、その CPAOA の家族への記録・・・それが充実し始めましたね (A)」「(グリーフケアに) 興味をもってちゃんとお勉強している人は、自分で色々、試行錯誤して取り組んでいるんですけど、どこを基盤？何が正解かそれで迷っている人もいたからそういうグリーフケアっていうのがあるんだよ、こういう考え方もあるんだよってことを示したことで、少し、なんだろう・・・その人にとっての一つの道筋になったのかなって。あとは、そういうグリーフケアっていうのを全く知りませんでしたって人もいたので、考える機会はすごく大きかったのかなって。そういう機会にもなったのかなって。たぶん、みんなこう、なんとなく、こう家族へ声をかけていったらよかったのかな、こう関わっていったらよかったのかなっていうのもあるし、後、ケアとしてこういうものなんだと捉えていた、今回の勉強会がそれをグリーフケアとして捉えるきっかけになったのかなって (B)」

会合の様相 6-2：研究者と参加看護師は、他施設の取り組みを参考にしながら遺族配布用パンフレットや電話相談窓口の設置の資料を作成した。研究者と参加看護師は、遺族配布用パンフレットの形が整っていくことでグリーフケア導入に近づきつつあると胸を高めた。

現場の変化を語り合った後に、研究者は、遺族配布用パンフレットと電話相談窓口に関する試案を提示した。参加看護師からは、「うわぁー」と歓声あげ「いいですね」

と発言がみられた。研究者は、パンフレットに使用する写真について、実際に妻を突然に亡くした遺族である写真家をお願いしたり、市や県とも連携をとるという視点からも連絡先を記載することを検討したりしてはどうかと提案した。それに対して、参加看護師からも賛同が得られ、チームで写真を選びデザインを検討した。写真選びの際には、自分たちがパンフレットに込める思いを考え、それに似あう写真を選択するなど、パンフレットへの思いをそれぞれに語り合った。パンフレットを作成していく作業は、会合だけでなくメールでも何度も行われ、研究者と参加看護師にとって楽しみの一つになっていた。そして、実際にできあがったパンフレットをみて、グリーフケアが導入できるのだという手応えを感じた。これらの思いは、以下の言葉として個別対話で表現された。

「こういうもの（パンフレット）が出来上がった時点で、私、すごいつて思って。写真とか、みんな考えてさ。あの時は盛り上がったな (A)」 「パンフレットをみてほんとに現実になるんだって。実現できるんだって思いました (B)」 「やっぱり、なんだろう、見えることによって、こう、可視化されることによってより現実味を感じたというか・・・このパンフレットを見たことは大きいな。気持ちが高まった (A)」

遺族配布用パンフレットは、参加看護師と研究者にとってグリーフケア支援モデルの要といえる部分になっていた。そのため、参加看護師と研究者にとって、パンフレットが完成した時の達成感はまだで「願い」が達成したかのような手応えを感じていた。

3) 局面3【カオス】(表4)

モデル作成への取り組みが否定されたことを契機とした混沌を意味しており、研究者と実践者との落胆が強く、両者の相互関係にも揺らぎが見られたが、一方で混沌の中にあるがゆえの互いの気遣いが生じた局面である。

《7回目会合の概要》

会合の様相 7-1 : E 師長から取り組みに対する実践者としての姿勢の甘さやグリーフケアとして提案する支援に根拠がないことや、遺族配布用パンフレット等の導入が難しいと指摘され、この取り組み自体を否定された。参加看護師と研究者は「グリーフ

ケアを導入することは、現場にとって良いことになる」と考え、遺族配布用パンフレットや電話相談窓口の設置を含めたグリーフケア支援モデルの作成に取り組んできた認識の甘さを痛感した。

6 回目会合後、参加看護師と研究者の予定が合わず 2 か月会合が開催されなかったが、支援モデルの検討は、メールで修正を続け完成間近になった。そのようななか、研究者は、D 師長から 3 月に部署移動をすることになったと報告を受けた。研究者は、D 師長に挨拶へ伺うと D 師長から「今後のことは新しく師長になる E 師長が引き継ぐことになる」と説明を受けた。そのため、参加看護師は、研究の趣旨からこれまでの経緯、現在取り組んでいる課題（支援モデル、パンフレット、電話相談窓口）を E 師長に報告をした。E 師長は本研究の取り組みについて疑問を抱き、教育師長や救命救急センター長も交えての 7 回目会合が開催されることとなった。7 回目会合は、参加看護師と研究者に加え、E 師長、教育師長、救命救急センター長、アドバイザーである大学教員の 8 名で開催された。研究者は、研究の目的、研究手法やこれまでの研究の経過について説明をした。参加看護師は、E 師長へ遺族配布用パンフレットや電話相談窓口に関する資料、グリーフケア支援モデルに関する資料を事前に渡していた。E 師長は、遺族配布用パンフレットや電話相談窓口の導入は病院全体との調整がいることなので今の時点では難しいこと、さらに今作成しているグリーフケア支援モデルについて根拠をつけて提示するべきであると助言した。参加看護師が開催した勉強会に関しても、救命救急センターのグリーフケアとは何なのかを考え、説明すべきであったと助言した。そして、参加看護師に、研究に対してもっと主体的に実践者として関わらべきだと伝えた。それらの言葉を参加看護師は、下を向き傾聴していた。そして、参加看護師は、研究者へ「この研究の趣旨はなんだったのか」と質問を投げかけた。この質問に、研究者は、研究の趣旨を説明しながら参加看護師が師長の言葉に対し混乱しているのだろうと感じた。研究者と参加看護師は、E 師長の言葉をうけ、パンフレットの導入や電話相談などの新たな取り組みが他施設の取り組みを模倣することによって実施できると考えていた自分たちの認識が甘かったことを痛感した。遺族へパンフレットを配布することは、参加看護師と研究者にとって、グリーフケア支援モデルに組み込みたいケアの一つであった。そのため、パンフレットが導入できないという現

実を受け止められず、今後どのようにグリーフケア導入という課題に向き合うべきか混乱し、自分たちが掲げた「願い」が間違いだったのか、研究の意義もわからなくなった。それらの思いは、個別対話の中で以下の言葉として表現された。

「D 師長さんから研究の話をしていただいたということで安心をできてしまっていて、この新しい取り組みが部署をより良くするって思っていたけど、確かに（パンフレットなど新しい取り組みを導入するには）看護部に相談しないといけないことだよなって。私も突き進んでしまっていたところがあると思う・・・ちゃんと師長や看護部への報告の段取りをしていなかったっていうのも導入できなくなった要因なのかなって。で、けっこうこのパンフレットを作るっていうのに重きをおいていたから、そこがなくなってしまったらこの支援モデルはどうなってしまうのかって思っていましたね (C)」

「E 師長から勉強会の内容についても指摘を受けたんですよ。病棟のグリーフケアと救急のグリーフケアって何が違うのかって。言葉の定義をちゃんと考えないといけないと思った・・・これまでの自分たちの取り組みに対する認識の甘さを痛感しましたね。自分の病院での救急のグリーフケアっていうのを考えられてなくて。研究者任せになっていたなってところはあるかなと思う (C)」

《8回目会合の概要》

会合の様相 8-1：参加看護師と研究者は、師長の指摘により今後の方向性がわからなくなった。会合での対話も進まず、次第に研究者のメールに対して参加看護師からの返信がなくなり連絡が途絶え、混沌とした状態に陥った。

7回目会合後、研究者は、E 師長の言葉について参加看護師と話すことはなく、参加看護師Cの「また日程調整しますね」と発言をうけ帰路についた。8回目会合に向けて日程調整をメールで行い、8回目会合は1か月後に実施された。会合が始まると、以前のように活発に意見が交換されるのではなく、参加看護師と研究者はともに「なんだかすみませんでした」と謝罪をかわした。しかし、謝罪を交わしただけで、7回目会合の師長の言葉をどのように感じているのか研究者と参加看護師は、その思いを口にすることはなかった。会合では、E 師長からの「グリーフケア支援モデルに記載されている援助の根拠はなんなのか」という問いに関して話し合った。しかし、対話は弾まず、

発言した参加看護師に対して「その考えはおかしいですよ」と、参加看護師同士で否定し合う発言がみられ、居た堪れない空気になっていた。これまでに良好と思っていた参加看護師と研究者の関係、さらには参加看護師同士の関係は崩れかけていた。参加看護師 C から「自分たち（参加看護師）だけで考える時間が必要ではないか」という発言があった。それを受け、参加看護師 A は、「アクションリサーチっていうのは、自分たちだけで考えたのでは意味がない。研究者も入ってみんなで、解決策を見出していけないと。こういうときも含めてアクションリサーチでしょ」と返答した。研究者も一緒に考えたいと思いを伝えるもの話は膨らまず、研究者もどうしていいかわからなくなっていた。会合を開始して 2 時間が経過したところで、次回の会合までに各々が自分の考えを整理することを課題として終了した。

その後、次回会合の日程調整に関する連絡はなく、8 回目会合後 2 か月が経過していた。研究者と参加看護師は、これまでに作成していたグリーフケア支援モデルの要と考えていたパンフレットが導入できないことでグリーフケアができないと考え、今後どのようにグリーフケアを行っていけばいいのかわからず迷走していた。そして、次第には、研究に取り組む意義すらわからなくなった状態に陥った。研究者は、次回の日程調整のメールを参加看護師に行うが、参加看護師からの返信がなく、研究者と参加看護師の連絡は途絶えた状態になった。このときの思いは、以下の言葉として個別対話で表現された。

「(気持ちが) 下がっていたんでしょうね。下がったというか、戸惑った。迷走したって感じよな。この先どう取り組んだらいいんだらうって。ここで、いったんストップが入ってしまったから、これがもう一度練り直しなのかなって。どういう方向性で考えていけばいいのかなって。やっぱり私たちもやるからには、ある程度形にはしたいなって思っていたので (A)」「なんかこう、グルグルグルグルまわっているような・・・迷走してた。もう一度練り直しかなって (B)」「パンフレットも配布しないこれ(支援モデル) にどう価値を見出したらいいの? って思いました (C)」

《9 回目会合の概要》

会合の様相 9-1：研究者は、参加看護師のグリーフケア導入に対する思いを風化させ

たくなくと考え、参加看護師へ月に一度程度メールを送付し続けた。

研究者は、8回目会合の居た堪れない空気に、研究先の病院に身を置くことの厳しさを痛感していた。研究者は、8回目会合の様子の報告と今後の対応についてアドバイザーの大学教員へ相談を行った。大学教員は、研究者へ参加看護師の研究への気持ちが途切れないように連絡し続けることを進めた。そこで、研究者は、参加看護師に対し、8回目会合後2か月が経過した時点で状況をうかがうメールを送った。研究者は参加看護師から返信がみられなかった時も期間を置き、1か月に1回程度送り続けた。参加看護師からは「日程が合わずすみません。また調整します」などの返信がみられるようになった。

会合の様相 9-2：参加看護師は、グリーフケアの導入を断念することで研究者が研究をできなくなり困ることを懸念した。研究者は、研究のことは気にせず、グリーフケアを導入したいか否かを検討してほしいことを伝えた。参加看護師は、参加看護師のみで話し合うことを希望し、その結果、「搬送時から帰宅時までの支援に焦点をあて取り組みを継続させたい」と希望し、「願い」を搬送時から帰宅時までの支援に焦点をあてることに修正した。しかし、会合での対話は盛り上がりせず混沌とした状態が続いた。

その後、研究者と参加看護師による会合が開かれず3か月が経過していた。参加看護師は、前回の会合の際に研究者に対して「グリーフケアの導入を断念することで研究者が研究をできなくなり困るのではないか」という懸念をしていた。その言葉をかけられたときに研究者は、何と返答すべきかわからず返答できなかった。研究者は「研究ということは気にせず、グリーフケアを導入したいかどうか、自分たちがどうしたいのかということを考えてほしい」という思いをメールで伝えた。参加看護師は、研究者からのメールを受け「今回の取り組みは必要と思っている。できる範囲でやりたい。3人で話し合い、今回は、病院内でできるグリーフケアに焦点をあてたいという方向になった。今後も引き続き取り組んでいきたい」というメールを研究者に送付した。研究者は、すぐに日程調整に関するメールを送付し9回目会合が開催されることとなった。参加看護師のグリーフケアに対する思いは、これまでの取り組みの中でグリーフケアの知識を蓄積したことにより「現場にとって必要なこと」という認識に変わった。

ていた。

9回目会合が開催され、会合は「これからどうしましょうか」という参加看護師の発言のもと始まった。まずは、E師長の助言を振り返り、自分たちの掲げた「願い」を実現可能性も考慮しながら修正してみる事となった。その結果、これまで遺族の帰宅後の支援までも含めて検討していたが、まずは、病院内でできることに焦点をあてて、「誰でも同じように搬送時から帰宅までの家族への支援内容が明記されたグリーフケア支援モデルを作成し導入する」という「願い」を新たに設定した。しかし、以前のよう
に会合内での活発な意見交換は見られず盛り上がりはみられなかった。「願い」を再設定したところで9回目会合は終了となった。

4) 局面4【ケアの本質への気づき】

慰めの言葉も見つけられず、悲しみにくれる家族の傍らで、なお看護師として添うことの意味に気づくパターン認識を意味しており、悲しみを深くする人が今を耐えてこれから生きて行くために必要なケアを考えていく局面である。

《10回目会合の概要》

会合の様相 10-1：研究者は、参加看護師がグリーフケアの導入に対する意味を見出すことができるように、研究者が行った「遺族の医療者へのニーズに関する研究」の研究結果を伝えた。研究者と参加看護師は、遺族が医療者を必要としていることを熱く語り合い、取り組みへの意欲を取り戻した。

9回目会合後、メールで日程調整を行い10回目会合が開催された。研究者は、参加看護師がグリーフケアの導入に対する意義を再び見出すことができるように、会合のはじめに遺族へのインタビュー調査の研究結果を発表させてほしいと述べ、遺族の医療者へのニーズを伝えた。遺族は、患者の処置中に看護師などの医療従事者に傍に寄り添ってもらいたいと思っていることや、家族だけで過ごす最期の時間が欲しいと思っていること、そして、帰宅後も家族を亡くした辛い状況が続き、そのために関わった医療者と話ができる機会がほしいと思っていることなど、遺族のインタビューで得られた医療者への要望をできる限り生の声のまま伝えた。参加看護師は研究者の発表をうなずきながら黙って聞いていた。研究者の発表後、参加看護師は、「遺族の思い

はしりませんでした。(救急外来にいる家族は) そんな思いだったんですね (C)」「これ(遺族の思い)を聞くだけでもこの研究をする意味を感じます (A)」と口々に感想を述べた。その後、参加看護師と研究者は、支援モデルの修正作業を開始した。参加看護師は、作業中に「家族のため・・・」「自分たちにできること」という言葉を頻回に用い「グリーフケアはパンフレットだけではない。家族のために病院内でもできることはある」と発言が見られ始めた。そして、そこには、以前のように会合で活発に発言する研究者と参加看護師の姿があった。研究者と参加看護師は、遺族のニーズを知り、そのことを熱く語り合ったことで、患者・家族のために何かしたいという思いに至り、再び、グリーフケア導入に対する意欲を取り戻した。そして、参加看護師は、遺族のニーズを他の看護師へ伝えたいという思いを抱いていた。それらの思いは、下記の言葉として個別対応で表現された。

「(子どもが亡くなった時) お母さんに何かできることはなかったのか。救急のスタッフみんなでこの取り組み(グリーフケア導入)をすることに意味があることに気づきました (A)」「ほかのスタッフにもぜひ、この遺族の思いは伝えたい。知ってもらって考えてもらいたい (B)」

支援モデルを修正する作業を行う中で、参加看護師は、7回目会合でE 師長よりグリーフケア支援モデルの援助内容に根拠がないと受けた助言に対し「研究者が述べた医療者への遺族のニーズが根拠になるのではないかと」発言がみられた。参加看護師と研究者は対話を重ね、これまで作成していたグリーフケア支援モデルに遺族のニーズを援助の根拠として表記することで他の看護師へもわかりやすくなり、さらには、遺族のニーズが他の看護師へも伝えられると考えた。参加看護師と研究者は、少しずつE 師長からの言葉と向きあい始めていた。

《11回目会合の概要》

会合の様相 11-1: 参加看護師は、実際にグリーフケアが必要な小児の外傷死に遭遇し、医師が家族に涙を流しながら「帰宅後話を聞きたいときには連絡してほしい」と自分の名刺を渡した対応をみて、「このままではいけない」という認識を持ったことを語った。そのことを研究者と語り合ったことで、これまでの支援モデル作成という形へのこだ

わりから、「患者・家族のために共感し寄り添えるケアをしたい」という思いに至り、「真の願い」が見いだされた。

11回目会合は、看護師Cが自身の都合で急遽不参加となった。そのため、参加看護師と研究者は座談会を開催することにした。7回目会合後から参加看護師と研究者は、グリーフケアの導入への意欲を取り戻したものの、両者ともに心の中で、迷惑をかけて申し訳ないという思いを根底に抱いていた。座談会では、誰でも自由に発言できる場とし、雑談を交えながら話を進めていた。座談会の中で、参加看護師は、最近遭遇したある症例について話し始めた。それは、幼い子どもの交通事故で、搬送時まだ脈はあったが外傷がひどく病院到着後に心肺停止状態になり救命できなかった症例についてであった。その子どもの両親、特に母親は、子どもの死を前に泣き崩れ、救急外来は壮絶な状況であった。そして患児を担当した医師が、涙を流しながら両親へ丁寧に状況の説明を行った後に「帰宅後、いつでも話を聞きたいときは対応するから」と自らの名刺を手渡したという内容であった。参加看護師Bは、「あの時ね、医師から家族に渡せるものはないかっていわれたんですよ。家族が相談できる場所とか、遺族会とか、病院の連絡先とか記載されたもので。でも、渡すものがなくて。そしたら医師が自分の名刺を渡していたんですよ。それであの子どもは確かに救われるかもしれないけど、それじゃだめだなって。このままではいけないって。やっぱりみんなで作ったパンフレットみたいな遺族に渡すものって必要なんじゃないかなって思いました(B)」「最近、そういうパンフレットを必要とする事例が続いたから余計に必要性を感じるよね。小児科の先生にも家族に渡せられるものはないのかって聞かれたし。家族のために何かしたい(A)」と語った。参加看護師は、医師が自分の名刺を家族に渡した姿をみて、「このままではいけない」という認識を持ったとともに、断念したパンフレットの必要性を感じ、今後の課題であると確信していた。

参加看護師と研究者は、小児の外傷死の体験を語り合ったことで、家族の悲しみの強さに心を動かされ、さらに医師が家族に寄り添う姿を見て「患者・家族のために共感し寄り添えるケアをしたい」という思いに至っていた。

会合の様相 11-2：参加看護師は、壮年期の男性の自死の症例に遭遇し、第一発見者の

娘が不安定な状態であった。娘に付き添いを行っていた他の看護師から相談をうけ、臨床心理士と連携をはかり、臨床心理士が救急外来で付き添いを行ったことを語った。

座談会で、さらに参加看護師は、壮年期の男性の縊首により CPAOA で搬送され死亡した症例についても語った。その症例は、第一発見者が娘で、来院時、娘がパニックを起こしていた。担当した他の看護師は、家族対応に困惑し、参加看護師へ相談を持ち掛けた。参加看護師が、5 回目会合に参加した臨床心理士に対応について相談したところ、臨床心理士が救急外来での家族対応を引き受けたことを語った。参加看護師 B は、「家族対応に困ったときに、（他の看護師が）私たちに相談してきてくれて。この取り組みをしていたから、臨床心理士さんとのつながりもできていたし、相談できてよかった。今後も臨床心理士にこうやって介入してもらえたらなって。そして、スタッフが家族をみて、なんらかの介入がいるって気づけたことやそれを私たちに相談してくれたことも現場が変化してきているってことなのかな (B)」と語った。参加看護師は、これまで作成していたモデルと実践とが結びついたことで現場に変化が生じていることを感じた。そして、参加看護師は、これまでの取り組みが間違いではなかったという思いを抱いていた。それらの思いは、以下の言葉として個別対話で表現された。

「若いスタッフも自分たちに家族対応で困ったら相談してくれるようになっていたりして。実際に対応に困ったんですけど・・・って相談してくれたりして。これは、あの勉強会を実施してそして、自分たちの取り組みをみんながなんとなく知っているからそこに目がいき始めたのかなって。自分たちの取り組みがよかったと思えた (B)」 「実際に家族と関わる時間ってスタッフみんな増えている気がするよね。意識してできているというか、そこに目が向き始めたというか (A)」

5) 局面 5 【ケアの浸透】

他職種を巻き込んでグリーフケアが波及していくことを意味しており、ケアの支援モデルの導入の実現という変容に至る局面である。

《12 回目会合の概要》

会合の様相 12-1: 参加看護師は、グリーフケアを多職種にも知ってもらいたいと考え、エンゼルケアを担当するメディカルスタッフと対話を行った。メディカルスタッフが、

グリーフケアについて学習し、家族への声掛け等に配慮しながらケアを行っていることを知り、今後、家族対応で気をつけてほしいことなどの情報をお互いに共有し合うことを約束した。そして、メディカルスタッフから対話の中で、病院全体で取り組んでいきたいという言葉が見られ、参加看護師は、グリーフケアが浸透し始め、自分たちの願いが周囲にまで波及していることを実感した。

座談会で参加看護師と研究者は、互いの思いを知ることができ、12回目会合では、以前のように和気藹々とした雰囲気で開催された。会合のはじめに、参加看護師Cは、産休に入る報告をした。参加看護師Cからは「都合がいいときは、会合に参加します。最後までやり遂げたいです」と発言がみられた。参加看護師A,Bと研究者は、ぜひ参加してもらいたいという思いを伝え、こちらからもメールなどで報告することを約束した。参加看護師のリーダーは、看護師Cから看護師Aとなった。看護師Cが最後の会合参加でもあり、本日中に支援モデルを完成させたいと話し合い修正する作業を行った。修正作業を行う中、参加看護師は、座談会で会話に上がった小児や壮年期の患者の症例について医師と振り返りを行う機会があったと述べた。振り返りは、家族対応に焦点が置かれ医師とグリーフケアの必要性について語り合ったというものであった。その時の思いは、以下の言葉として個別対話で表現された。

「ちょうどそのあたりでね、小児科の交通外傷だったり、壮年期の男性の自殺だったりけっこう症例がかさなったりして、先生たちとも帰宅後の遺族を支えられる取り組みがあるといいよねってちょうどタイムリーに話ができたんですよ。いつも話す救急の先生だけじゃなくって、4歳の時の子の話は、小児科の先生とも話をして、その必要性をすごく感じられていたから他科にわたって先生は同じ思いをもたれているっていうことに気付けた(B)」「救急だけの問題ではなくって、小児科だったり他の科も問題、問題というか課題と捉えていて、病院として取り組む必要があることなんだよなって感じたな。私たちも医師とかそういうところに投げかけをするようになったかな。多科という言いすぎかもしれないけど、こう枠を広げた視点で考えて。そういった小児科の先生にも話をふって、どう思いますかって話を伝えたり (A)」

参加看護師は、家族のケアを充実させていくために、救急領域だけのスタッフだけでなく、小児科の医師との連携の必要性を感じ、小児科の医師と対話をしていた。参

加看護師は他科の医師にまで自分たちのグリーフケアに関する考えを伝えられるようになっていた。

そして、12回目会合後、13回目会合の日程調整の際に、病院全体で取り組む必要があると考えた参加看護師Aは、以下のようなメールを研究者に送った。

「ER（救急外来）でグリーフケアの研究をある大学の研究者と合同でしていることをメディカルスタッフさんに話をお伝えしたら、エンゼルケアについて緩和ケアのスタッフと個々で話をしていること、当院はエンゼルケアが1万件/年間あること、またメディカルスタッフさんがエンゼルケアの資格を持っていて、家族のケアについても熱心にかかわっていただいていることがわかりました。『病院全体で取り組みできるといいですね。』と、とても乗り気でした。今後、病院全体でCPAOA患者の家族へ継続的に関わるといいなと思いました(A)」

参加看護師は、多職種との対話を通じて自分たちの「願い」が周囲にまで波及し、グリーフケアが現場に浸透し始めていることを実感した。

《13回目会合の概要》

会合の様相 13-1：参加看護師は、壮年期の自死の症例に関して、臨床心理士が娘に帰宅後も継続的にカウンセリングを行っていることを語った。自分たちの認識の変化が多職種にまで波及し、「患者・家族のため」のグリーフケアが実現しつつあることを語り合った。

13回目会合が開催され、これまで作成したグリーフケア支援モデルを修正する作業を行った。グリーフケア支援モデルには、従来実施している看護に加え、新しい項目として、臨床心理士に家族対応を依頼することやエンゼルケアルームへの搬送を看護師が行うこと、さらには家族への声のかけ方、家族が望むのであれば処置中の立ち合いなどを許可するなどの援助内容を組み込み、患者搬送時から帰宅までの家族への一連のケア内容を表記した。参加看護師が、「以前話した壮年期の男性の自死のことですが」と話し始めた。「(縊首で搬送された患者の) 家族があの時すごかったから、臨床心理士さんに実際介入してもらったじゃないですか。この研究の取り組みを通じていろいろ話をしていたから実際に相談しやすくて。そのあとも、臨床心理士さんが（家

族の) フォローしてくれているみたい. 臨床心理士のカウンセリングを受けられるようにしてくれたみたい (B)」と語り, 帰宅後の継続的な支援が実施され始めていることを語った. 自分たちの「願い」が多職種に伝わり, 救急外来チーム全体でケアが変わり始めていることを語りあった.

《14 回目会合の概要》

会合の様相 14-1: 「患者・家族のためのグリーフケア」ということを大切にしたいと考え, これまでに作成した支援モデルの名前を「救急外来に CPA で搬送された患者の家族へのサポートプラン」と変更した. 研究者と参加看護師は, 実践と対話を繰り返しながら, 患者・家族へのより良いグリーフケアが創出できるように検討を重ねた.

14 回目会合も 13 回目会合に続き, グリーフケア支援モデルの修正を引き続き行った. 前回の会合で完成したと感じていたが, 研究者と参加看護師は, それぞれに見直し, 改良が必要な部分を指摘し合った. 参加看護師からは, 「グリーフケア支援モデル」という名前を改良したいという提案があった. 参加看護師は「グリーフケアって家族のためのもので, 私たちはその家族を支えるってことを大切にしたい」と発言し, これまで「グリーフケア支援モデル」と命名していたものを「救急外来で突然に家族を亡くした遺族へのサポートプラン」と変更した. 参加看護師と研究者は, ともに活発に意見を出し合ったため, 一つの援助項目においても 30 分以上かけて討議することもあった. 特に, 参加看護師からは, 「家族のために」という言葉が頻繁に聞かれ, 家族のために自分たちができることを検討していた. そして, 参加看護師は「この間, 患者の霊安室の搬送を行ってみました」など, 実践を行いその内容を語り合った. このように, 実践と対話を繰り返しながら, その内容をサポートプランに記載していった. サポートプランを作成していく中で討議をすることがあっても, 参加看護師と研究者, 参加看護師同士は, それぞれの専門性を尊重し合い認め合っていたため, 互いの意見に耳を傾けることができていた.

《15 回目会合の概要》

会合の様相 15-1: 研究者と参加看護師は, E 師長に報告を行い, E 師長は参加看護師

の成長と評価と、家族へのケアが充実しつつある現場の変容にも称賛する言葉をかけた。E 師長から「救急外来で CPA で搬送された患者の家族へのサポートプラン」導入の承諾が得られ、現場への導入に至った。

14 回目終了時、研究者は、「そろそろ師長さんに報告を行いませんか？」と発言した。参加看護師も E 師長へ報告することへ賛同した。15 回目会合は、参加看護師 A, B と研究者、E 師長の 4 名で開催された。研究者は、これまでの取り組みについて E 師長に説明し、作成したサポートプランを提示した。研究者は、以前作成していたグリーフケア支援モデルから、病院内で実施できる援助に焦点をあて、家族のために救急外来チームができることを検討し、サポートプランを作成したことを伝えた。そして、それぞれの援助内容に他の看護師が理解できるように根拠をつけたことを伝えた。E 師長は、「援助への根拠がついて、現場で活用できるものになった。ぜひ、活用したい」と述べ、今後、サポートプランを現場へ導入していくことに同意が得られた。さらに師長は、研究者と参加看護師のこれまでの苦勞を労う言葉と、参加看護師の成長を評価する言葉をかけた。また、現場の家族ケアが充実しつつあることに対しても「この取り組みのおかげである」と称賛した。研究者と参加看護師は、遺族配布用パンフレットの必要性を感じ、なんとか導入できないかという思いを E 師長に伝えたところ、今後、病院や緩和ケアチームへ相談し導入を検討していくという言葉がみられた。そして、最後に E 師長は、研究者に対して「看護師たちにとって家族ケア、グリーフケアについて勉強するいい機会になった」と述べた。

15 回目会合において、E 師長から参加看護師の成長と現場の変化を称賛する評価が得られ、参加看護師自身も自己の成長を感じることができた。参加看護師は「救急外来で突然に家族を亡くした遺族へのサポートプラン」を他の看護師へ伝え、現場へ導入し実践に至った。

2. 実践現場における具体的な成果

本ミューチュアル・アクションリサーチにより得られた実践現場における具体的な成果は、以下の 5 つが挙げられる。

1) 「救急外来に CPA で搬送された患者の家族へのサポートプラン」が創案され、看護

師によって活用されるようになった。

- 2) 「救急外来に CPA で搬送された患者の家族へのサポートプラン」の導入により、看護師は経験年数に関係なく、患者・家族への支援が実施できるようになり、患者・家族と向き合うようになった。
- 3) 家族に関する記録が充実するようになった。
- 4) 看護師だけでなく医師や臨床心理士も患者・家族に寄り添った支援を行うようになった。
- 5) 看護師と医師、看護師と臨床心理士など他職種同士が連携しながら患者・家族への支援を行うようになった。

本ミューチュアル・アクションリサーチにより作成された「救急外来に CPA で搬送された患者の家族へのサポートプラン」により、実践現場にはつぎの具体的なケアに変化が得られた。(表 5)

救命処置時

- 1) 家族の待機室を家族の状態をアセスメントし待合室もしくは個室の提供を選択
- 2) 家族の状態をアセスメントし家族への付き添いを看護師もしくは心理士へ依頼
- 3) 同胞などの幼い子どもがいる場合は、幼い子どもへの配慮
- 4) 家族が望んだ場合は、家族への電話連絡の代行
- 5) 医師からの IC 後家族に理解状況を確認
- 6) 蘇生行為中の立ち合いの希望の有無と付き添い

死亡確認時

- 1) 死亡確認に立ち会う家族の意向の確認
- 2) 同胞等の幼い子どもがいる場合の預かり
- 3) 患者の傍に行けるような声かけや患者に触れてもいいことを伝える声かけ

死亡確認後

- 1) 警察からの事情聴取の際の個室の提供
- 2) 医師からの追加の説明の希望の有無の確認
- 3) エンゼルケア実施の希望の確認

死亡帰宅時

- 1) 家族会の紹介などの声かけ

死亡帰宅後

- 1) 臨床心理士による家族の経過観察

今後アクションリサーチチームで作成した「遺族配布用パンフレット（案）」については配布を検討していく予定である（図 3-1, 3-2）.

表3 アクションリサーチチームの変化の過程（局面1・2）

【命名】：意味	会合の様相
局面1 【懸念と期待の中で の合意】：研究者と 実践者との相互関係 の始まりにおける実 践者が抱く研究への 両価的な感情を意味 し、不安を持ちなが らもケアを良くした い思いの中で研究へ の参加を表明する局 面である。	<p>会合の様相1-1 研究者は、看護師たち（参加看護師とE I C U看護師）に研究の説明を行い、看護師たちは研究への参加とグリーフケアの導入について部署で検討したいと希望した。</p>
	<p>会合の様相2-1 参加看護師は、初めて聞く研究手法であり、倫理的手続きについても経験がないため、研究に対して懸念を抱いていることを語り、研究者は参加看護師のどのような小さな疑問にも応えるようにして、詳しく研究手法の説明をし、共に行う研究として倫理的手続きを看護師と一緒に進めることを約束した。参加看護師は、まずは安堵し、研究への参加に合意した。</p>
	<p>会合の様相2-2 研究者は、参加看護師がグリーフケアについてどのように考えているか尋ねたいと考え、最初に研究者から救急外来でのグリーフケアの必要性を述べたところ、参加看護師は、研究者の思いに共感し、実現したいグリーフケアについて語り始め、現場がより良くなることに期待を抱いた。</p>
	<p>会合の様相2-3 参加看護師は、グリーフケアを導入するために「何からしたらいいですか」と尋ねたため、研究者は、実践の現場での問題を明らかにするために「救急外来においてどのようなグリーフケアを導入したいか他の看護師へ聞いてみたらどうでしょうか」と提案した。</p>
	<p>会合の様相3-1 参加看護師は、他の看護師へアンケートを行い、他の看護師が家族対応に困っていることや帰宅後の家族を気がかりに思っていることを把握し、他の看護師が自分たちと同じ気持ちであることに気づき、ケアの改善の必要性を感じたことを述べた。</p>
	<p>会合の様相3-2 参加看護師は、かつて、グリーフケアの導入を検討したが方法がわからず断念した経験を、他の看護師の思いを知ったことで「グリーフケアの導入は必要なことだった」と語った。</p>
	<p>会合の様相3-3 研究者は、参加看護師がグリーフケアに対してイメージを膨らますことができるように、救急外来の遺族の思いが明記された先行研究を提示した。参加看護師は、グリーフケアの必要性とグリーフケアが看護師の役割であることを認識し現場がよりよくなることに期待感を示した。</p>
	<p>会合の様相3-4 参加看護師は、アンケート調査と先行研究から配置転換した新しい看護師であっても統一した家族援助が実践できるように「搬送時から帰宅後までの家族への支援内容が明記されたグリーフケア支援モデルを作成し導入する」という「願い」を掲げ、研究者もその考えに賛同した。</p>
	<p>会合の様相4-1 研究者と参加看護師は、アンケート結果と先行研究、これまでの救急外来の実践を語り合いながらグリーフケア支援モデルを作り始めた。</p>
	局面2 【他施設を模倣した モデル作成に邁 進】：研究者と実践 者との相互関係の深 まりの中でグリーフ ケア支援モデル作成 に、チームの思いが 凝集されていくチー ムとしてのパターン を意味しており、モ デルという形を示す ことが実践の改善に 繋がると考えた局面 である。
<p>会合の様相4-3 参加看護師は、グリーフケア支援モデルを作成する中で、実際にグリーフケアを導入している他施設の取り組み方法に興味を抱き、「グリーフケアをすでに導入しているところはどのような取り組みをしているのだろう」と述べた。研究者も同じ思いを抱き、他施設の見学を計画するが参加看護師と日程が合わず、研究者と大学教員のみで見学を行なった。</p>	
<p>会合の様相5-1 参加看護師は、多職種連携を考慮し、自分たちの思いを理解してもらいたいと考え、臨床心理士や医師などの多職種に、自分たちの取り組みやグリーフケアに対する思いを伝えたことを語った。</p>	
<p>会合の様相5-2 研究者は、他施設の救急外来でのグリーフケアの実践内容について報告したことで、参加看護師は、自分たちも他施設と同じように遺族配布用パンフレットや電話相談窓口を開設することで、より充実したグリーフケアが実施できるのではないかと期待感を高めた。</p>	
<p>会合の様相5-3 参加看護師は、他施設の取り組みに刺激され自己のこれまでの看護を「業務的であった」と内省したこと、研究者は「傍に寄り添い話を聞くだけでもグリーフケアにつながるのではないかと」言葉かけた。その言葉に参加看護師は、これまでも家族にグリーフケアを実施していたことに気づいた。</p>	
<p>会合の様相5-4 参加看護師は、グリーフケア支援モデルが完成した際に現場へ導入するためには、他の看護師へグリーフについて理解を深めておく必要があると考え勉強会を計画し開催した。</p>	
<p>会合の様相6-1 参加看護師は、勉強会をきっかけとして、家族に関する記録の充実や家族への声掛けが積極的に行われ始めたことを報告した。</p>	
<p>会合の様相6-2 研究者と参加看護師は、他施設の取り組みを参考にしながら遺族配布用パンフレットや電話相談窓口の設置の資料を作成した。研究者と参加看護師は、遺族配布用パンフレットの形が整っていくことでグリーフケア導入に近づきつつあると胸を高めた。</p>	

表4 アクションリサーチチームの変化の過程（局面 3.4.5）

	【命名】：意味	会合の様相
局面3	【カオス】：モデル作成への取り組みが否定されたことを契機とした混沌を意味しており、研究者と実践者との落胆が強く、両者の相互関係にも揺らぎが見られたが、一方で混沌の中にあるがゆえの互いの気遣いが生じた局面である。	会合の様相7-1 E師長から取り組みに対する実践者としての姿勢の甘さやグリーンケアとして提案する支援に根拠がないことや、遺族配布用パンフレット等の導入が難しいと指摘され、この取り組み自体を否定された。参加看護師と研究者は「グリーンケアを導入することは、現場にとって良いことになる」と考え、遺族配布用パンフレットや電話相談窓口の設置を含めたグリーンケア支援モデルの作成に取り組んできた認識の甘さを痛感した。
		会合の様相8-1 参加看護師と研究者は、師長の指摘により今後の方向性がわからなくなった。会合での対話も進まず、次第に研究者のメールに対して参加看護師からの返信がなくなり連絡が途絶え、混沌とした状態に陥った。
		会合の様相9-1 研究者は、参加看護師のグリーンケア導入に対する思いを風化させたくないと考え、参加看護師へ月に一度程度メールを送付し続けた。
局面4	【ケアの本質への気づき】：慰めの言葉も見つけられず、悲しみにくれる家族の傍らで、なお看護師として添づくことの意味に気づくパターン認識を意味しており、悲しみを深くする人が今を耐えてこれから生きて行くために必要なケアを考えていく局面である。	会合の様相9-2 参加看護師は、グリーンケアの導入を断念することで研究者が研究をできなくなり困ることを懸念した。研究者は、研究のことは気にせず、グリーンケアを導入したいか否かを検討してほしいことを伝えた。参加看護師は、参加看護師のみで話し合うことを希望し、その結果、「搬送時から帰宅時までの支援に焦点をあて取り組みを継続させたい」と希望し、「願い」を搬送時から帰宅時までの支援に焦点をあてることに修正した。しかし、会合での対話は盛り上がりせず混沌とした状態が続いた。
		会合の様相10-1 研究者は、参加看護師がグリーンケアの導入に対する意味を見出すことができるように、研究者が行った「遺族の医療者へのニーズに関する研究」の研究結果を伝えた。研究者と参加看護師は、遺族が医療者が必要としていることを熱く語り合い、取り組みへの意欲を取り戻した。
局面5	【ケアの浸透】：他職種を巻き込んでグリーンケアが波及していくことを意味しており、ケアの支援モデルの導入の実現という変容に至る局面である。	会合の様相11-1 参加看護師は、実際にグリーンケアが必要な小児の外傷死に遭遇し、医師が家族に涙を流しながら「帰宅後話を聞きたいときには連絡してほしい」と自分の名刺を渡した対応をみて、「このままではいけない」という認識を持ったことを語った。そのことを研究者と語り合ったことで、これまでの支援モデル作成という形へのこだわりから、「患者・家族のために共感し寄り添えるケアをしたい」という思いに至り、「真の願い」が見いだされた。
		会合の様相11-2 参加看護師は、壮年期の男性の自死の症例に遭遇し、第一発見者の娘が不安定な状態であった。娘に付き添いを行っていた他の看護師から相談をうけ、臨床心理士と連携をはかり、臨床心理士が救急外来で付き添いを行ったことを語った。
		会合の様相12-1 参加看護師は、グリーンケアを多職種にも知ってもらいたいと考え、エンゼルケアを担当するメディカルスタッフと対話を行った。メディカルスタッフが、グリーンケアについて学習し、家族への声掛け等に配慮しながらケアを行っていることを知り、今後、家族対応で気をつけてほしいことなどの情報をお互いに共有し合うことを約束した。そして、メディカルスタッフから対話の中で、病院全体で取り組んでいきたいという言葉が見られ、参加看護師は、グリーンケアが浸透し始め、自分たちの願いが周囲にまで波及していることを実感した。
		会合の様相13-1 参加看護師は、壮年期の自死の症例に関して、臨床心理士が娘に帰宅後も継続的にカウンセリングを行っていることを語った。自分たちの認識の変化が他職種にまで波及し、「患者・家族のため」のグリーンケアが実現しつつあることを語り合った。
		会合の様相14-1 「患者・家族のためのグリーンケア」ということを大切にしたいと考え、これまでに作成した支援モデルの名前を「救急外来にCPAで搬送された患者の家族へのサポートプラン」と変更した。研究者と参加看護師は、実践と対話を繰り返しながら、患者・家族へのより良いグリーンケアが創出できるように検討を重ねた。
会合の様相15-1 研究者と参加看護師は、E師長に報告を行い、E師長は参加看護師の成長と評価と、家族へのケアが充実しつつある現場の変容にも称賛する言葉をかけた。E師長から「救急外来にCPAで搬送された患者の家族へのサポートプラン」導入の承諾が得られ、現場への導入に至った。		

表 5 救急外来にCPAで搬送された家族へのサポートプラン

【家族来院状況】キーパーソンは○で囲む
夫 妻 父 母 祖父 祖母 きょうだい その他 ()

救急外来にCPAで搬送された患者の家族へのサポートプラン

医療者へのニーズ	支援の根拠	支援への判断基準	支援の内容	ポイント
<p>家族の特機室として個室を提供</p> <p>如置に関わらない医療者による家族への付き添い</p> <p>幼い同胞への配慮</p> <p>家族の状況に合わせた現状説明</p> <p>状況の細かな説明</p> <p>蘇生行為への立ち合いの提供</p>	<p>ONS-FACE II</p> <p>患者に行われている治療や処置に対して安心感、希望などを保証したいとするニーズ</p> <p>患者自身の物理的・身体的不安 誤・安眠・利便を求めるニーズ</p>	<p>待機室 <input type="checkbox"/>待合 <input type="checkbox"/>個室</p> <p>付き添い <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>幼い子どもへの配慮 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>電話連絡の代行 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>医師からの説明後の再度の説明 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>蘇生行為への立ち合いの希望 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>蘇生行為への立ち合いの判断 <input type="checkbox"/>付添い者がいれば可能 <input type="checkbox"/>不可能</p> <p>処置室の整理 <input type="checkbox"/>済</p>	<p>家族待機室を提供する</p> <p>家族への付き添いを依頼する</p> <p>看護士 <input type="checkbox"/>心理士</p> <p>幼い子どもへの配慮する</p> <p>家族への電話連絡を代行する</p> <p>医師からの説明に立ち合う</p> <p>処置室の状況を家族に伝える</p> <p>蘇生行為中の面会時の場所の指示する</p> <p>蘇生行為中の面会時の声掛けを行う</p> <p>死亡確認に向け環境を整える</p>	<p>・必要な場合は売店を伝えたり、掛物を提供する</p> <p>面会協力依頼事項の伝達</p> <p>・処置部屋の入り口からの面会になること</p> <p>・処置中のスタッフに話しかけないこと</p> <p>・面会はわずかな時間であること</p> <p>・混乱を期した場合運やかに退室すること</p> <p>・面会は2名までとすること</p> <p>・処置中の患者に触れないこと</p> <p>・面会后、待機室に戻っていただくこと</p>
<p>患者の傍で死亡宣告</p> <p>家族が病院到着後の死亡宣告</p> <p>幼い同胞の預かり</p> <p>運もりがあるうちに家族の時間を確保</p>	<p>患者の傍に近づき、何かしてあげたいと思うニーズ</p>	<p>死亡確認に立ち会う家族の意向 <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>妻 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>きょうだい</p> <p>死亡確認に家族を案内する <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>妻 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>きょうだい</p> <p>幼い子どもの預かり <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>患者の管の抜きや処置 <input type="checkbox"/>済</p> <p>所持品の返却 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>警察からの事情聴取状況 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>医師からの追加説明の希望 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p>	<p>死亡確認に立ち会う人を確認する</p> <p>死亡確認に家族を案内する</p> <p>幼い子どもを預かる</p> <p>患者の傍に行けるように声をかける</p> <p>患者に触れてもいいことを伝える</p> <p>「帰宅までの流れ」を説明する</p> <p>家族待機室を使用するよう警察へ伝える</p> <p>家族への説明時に立ち会う</p> <p>家族と話をする時間を確保する</p>	<p>・チェックシートを用いる</p>
<p>患者の所持品の丁寧な扱い</p> <p>医療費の支払い方法の説明</p> <p>警察の事情聴取時の配慮</p> <p>医師からの死因と解剖に関する説明</p> <p>家族の気持ちを取り戻した書葉がけ</p> <p>エンゼルケアへの参加</p>	<p>エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>エンゼルケアの立ち合いの希望 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族会の紹介 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族が求める情報 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>エンゼルケアの立ち合いの希望 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族会の紹介 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族が求める情報 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>エンゼルケアの立ち合いの希望 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族会の紹介 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>家族が求める情報 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>・エンゼルケアへの参加</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p>
<p>家族会や相談窓口の紹介</p> <p>患者に関する情報の提供</p>	<p>医師、看護、家族、知人などの人的、社会的リソースを求めるニーズ</p>	<p>家族会や相談窓口の紹介 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>患者に関する情報の提供 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>家族会や相談窓口の紹介 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>患者に関する情報の提供 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>・エンゼルケアへの参加</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p> <p>・エンゼルケアの立ち合いの希望</p>

相談窓口のご紹介

当院救急科で大切な方をなくされたご家族様を対象に、電話相談窓口を設けております（無料）。
質問や相談がございましたらお話をいただき、少しでも、お手伝いできることがあればと考えております。

☎ 000-000-0000（代表）
受付時間 毎週〇曜日 10:00～16:00

「**救急家族サポートにつないでください。**」と伝えてください。
（上記以外のご連絡は担当者がおりませんのでご了承ください）
担当者：〇〇病院救急科看護師

その他の相談窓口

〇〇市にお住まいの方
〇〇市健康相談（電話・面接・訪問）
〇〇市保健所保健課精神保健係
住 所：〇〇市〇〇番地
電 話：000-000-0000
相談日時：平日〇曜日～〇曜日
8:30～17:15
（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始休み）

〇〇市以外（〇〇県）にお住まいの方
〇〇県精神保健福祉センター心の電話相談
〇〇県精神福祉センター
住 所：〇〇市〇〇区〇〇町0丁目0番0号
電 話：000-000-0000
相談日時：毎週〇曜日・〇曜日・〇曜日
午前 9:30～12:00
午後 13:00～16:00



表紙の写真について
大切なご家族を突然になされる体験をされた、
とある写真家の方のご写真で、
本リーフレット作成に際して
このお写真を寄贈していただきました。

医療機構
〇〇病院 救急科
〒000-0020 〇〇県〇〇市〇〇〇-0
電 話：000-000-0000
FAX：000-000-0000

【作成者】
川崎医療福祉大学大学院
二宮 千春・中新 美保子



大切な方をなくされた
ご家族様へ

医療機構
〇〇病院 救急科
MARUMARU HOSPITAL

図 3-1 遺族配布用パンフレット（案）前面



図 3-2 遺族配布用パンフレット（案）後面

第V章 考察

1. アクションリサーチチームの局面ごとの変化について

1) 局面1【懸念と期待の中での合意】

研究者と実践者との相互関係の始まりにおける実践者が抱く研究への両価的な感情を意味し、不安を持ちながらもケアを良くしたい思いの中で研究への参加を表明する局面である。

ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論（以下ニューマン理論とする）によると、「人間と環境は絶えずお互いに物質やエネルギーを交換しており、人間と環境が相互依存的交流を通じて常に成長・成熟する」といわれている¹⁾。本研究においては、人間を参加看護師、環境を研究者にあてはめ、両者は欠くことができない「統一体」として捉えるように枠組みを設定した。よって、研究者と参加看護師は「統一体」すなわち相互依存的関係になる必要があった。遠藤²⁾は、この相互依存的関係をパートナーシップという言葉で表し、「パートナーシップの関係においては、一方だけでは決して成立せず、かといって両者が統合されたものでもなく、双方が自立性と協調性をもって意思決定に参画し、その時々状況の中で自分たちの専門とする力を発揮していく」と述べている。

特別養護老人ホームの看護師と介護士を実践者としてミューチュアル・アクションリサーチを行った小山³⁾は、研究者と実践者の研究当初の関係について、研究者は、実践者が多忙な業務の中、自分たちで問題に取り組まなければならない研究に負担を感じているととらえ、実践者との関係にぎくしゃくした雰囲気が漂い協働が成立するか不安を抱いたと述べている。本研究における研究者と参加看護師の研究当初の関係性も、参加看護師は研究手法や倫理の手続きが不慣れなこと、グリーフケアを導入するために何から手をつけてよいかわからないことが影響し、協働関係が成立できていない状態であった。そのため、研究者と参加看護師の相互作用は、非常に低いエネルギー交換であり、むしろ研究者から一方的に与える作用であったといえる。そのことから、会合においての参加看護師の姿勢は受動的な態度になっていたと考える。これまでの先行研究において看護師の研究に対する思いは、研究を実施する時に「時間

的余裕がない」ことや、「どのような手順で行えばよいかわからない」という理由から看護研究を困難なものと捉えていると報告されている^{4,5)}。このことからわかるように、参加看護師が突然現れた研究者を前にして、ミューチュアル・アクションリサーチという聞きなれない研究に戸惑うのは当然の反応といえる。しかし、ここで重要なのは、この関係性のまま進むのではなく、どうすればパートナーの関係性を築くことができるのかを考えなければならないということである。そこで研究者は、参加看護師が抱えていた懸念を一つ一つ払拭できるように、どのような小さな疑問にも答えるように対話を重ねた。対話を繰り返し行った相互作用の結果、ケアを良くしたいという同じ目的を共有することができ、チームの「要」ともいえる、仲間づくりの一步が始まった。そして、それは、アクションリサーチチームの中での研究者と実践者というそれぞれの役割を互いに理解し合えるきっかけになり「自分たちの専門とする力」つまりはアクションリサーチの中での役割を理解できたと考える。研究者は、アクションリサーチについて詳細な説明を行うことや倫理申請の手続きを一緒にすることなどの研究に関することを役割とし、一方で、参加看護師は、実践者として現場の実情と現場を変えたいという思いを語れることを役割と認識した。アクションリサーチチームの中での各々の役割を認識し「自分たちの専門とする力」を出し始めたことで、参加看護師の抱えていた懸念は軽減し研究参加の合意に至ったと考える。

さらに、参加看護師の上司である D 師長や救命救急センター長そして看護部長までもが研究に対して前向きであったことも研究参加の合意に至る要因の一つであったと考える。アクションリサーチの実践に向け満たされることが望ましい組織的条件の 1 つに、「管理者が変化を支持し、プロジェクト成功のために意欲的に参加する」と挙げられている⁶⁾。とくに、参加看護師の直属の上司である D 師長とは、研究者が数回の打ち合わせや救急外来の見学を通して親睦を深めていた。そのため、参加看護師は、D 師長が研究に対して前向きであったことや研究者と親睦を深めていたことで、外部の研究者への警戒心がほどけより良いケアのために取り組みたいという思いに至ったと考える。これらのことが要因となり、参加看護師は、研究者とパートナーの関係となりアクションリサーチチームの一員になることに合意が得られたと考察される。

2) 局面 2【他施設を模倣したモデル作成に邁進】

研究者と実践者との相互関係の深まりの中でグリーフケア支援モデル作成に、チームの思いが凝集されていくチームとしてのパターンを意味しており、モデルという形を示すことが実践の改善に繋がると考えた局面である。

研究者は、看護実践の場における「願い」を表明するために「どのようなグリーフケアを行いたいのか他の看護師に聞いてみてはどうでしょうか」と参加看護師へ提案した。アクションリサーチチームは、この研究者のアクションを契機に、救急外来が抱える問題と向き合うことになった。遠藤²⁾は、ミューチュアル・アクションリサーチの「願い」を表明するために、いま自分自身が行っているケアについて、また自分の病棟で提供されている看護師集団のケアの実体について十分認識する必要があると述べている。参加看護師は、アンケートにより他の看護師がどのようなグリーフケアをしたいと思っているのか、患者・家族ケアで何を問題としているのかを認識した。そのことを会合で研究者と共有し、対話の中から「誰でも同じように搬送時から帰宅後までの家族への支援内容が明記されたグリーフケア支援モデルを作成し導入する」という「願い」を掲げるに至った。研究者にとってもこの「願い」は、自身が救急看護師として現場で従事していたときから課題と感じていたものであった。そのため、アクションリサーチチームとして研究者と参加看護師は、共通認識を持ち「願い」の実現に向けて取り組み始めることができた。

また、参加看護師となった3名の平均看護師経験年数は、20.3年であり、うち1人は、救急認定看護師の資格を有していた。日本看護協会⁷⁾は、スペシャリストをある学問分野や知識体系に精通している看護職と定義している。参加看護師3名は、スペシャリストに該当するほどの救急看護の経験を有していた。そのため、参加看護師は、アンケートにより他の看護師がどのようなグリーフケアをしたいと思っているのか、患者・家族ケアで何を問題としているのかを把握したことで、他の看護師も自分たちと同じ思いを抱えており、問題と向き合い自分たちが現場を変えていかなければならないという思いに至ったと考える。よって、参加看護師がアンケートを行ったことは、現場の問題が明らかになり「願い」が表明されただけでなく、参加看護師の「より良い現場にしたい」という思いを湧き立たせることになったといえる。さらに、このア

ンケートは、他の看護師へもアクションリサーチチームが行う取り組みを知ってもらいきっかけになり、他の看護師の中には取り組みに関心を見せるものもいた。この時点からすでに、他の看護師とアクションリサーチチームとの相互作用がみられ、他の看護師の取り組みへの関心がチームの原動力の一つにもなっていた。

つぎに、参加看護師は、研究者から先行研究の提示をうけたことで、グリーフケアに対する知識を得た。それをきっかけに、グリーフケアを導入している他施設の取り組みを知りたいという思いに至った。他施設の取り組みは、帰宅後の家族が困らないように相談できる連絡先として市町村の連絡先や遺族会等が記載されたパンフレットを帰宅時に遺族配布していた。そして、相談できる連絡先の一つとして、病院に電話相談窓口を開設し、救急外来の看護師が対応する制度が整えられていた。これらの取り組みは、アクションリサーチチームにとって、あまりに魅力的な取り組みであり、これらの支援を模倣しモデルとして示すことで、現場の改善につながるという思いに至った。そのため、アクションリサーチチームは、遺族配布用パンフレットの導入と電話相談窓口の開設に力点が置かれるグリーフケア支援モデルの作成に、他施設の取り組みを模倣しながら邁進することになったと考える。

また、他施設の情報も、これまでの自分たちのグリーフケアの見方と異なることを知るものにもなった。さらに詳細に述べれば、他施設の取り組みを知り、参加看護師はエンゼルケアを業者に行ってもらっている状況に「自分たちの看護を振り返るとこれまでの自分たちの看護がいかに業務的だったか反省する」や「もっと自分たちでできることがあったんじゃないか」と自己の看護を内省した。それに対し研究者は「エンゼルケアをすることがグリーフケアになるのではなく、看護師が家族の思いを汲み、寄り添うということを大切にすべきではないか」という言葉をかけた。その言葉によって、参加看護師は「私は家族に家に帰るための説明とかする時に少しだけ話をするようにしている。私たちは気づかないうちにグリーフケアをしているのかもしれない。もっと自信をもって看護をしたらいいんだ」という気づきを得た。このようにアクションリサーチチームは、対話の中から内省と気づきを得るようになり、これは、研究者と参加看護師の相互関係の深まりによるものであったと考える。相互関係の深まりにより、研究者と参加看護師は、会合でも互いに活発に意見を述べるようになった。

た。その姿は、研究者と参加看護師のパートナーとしての関係が対等なものになり、活発なエネルギー交換が行われるようになっていたといえる。

3) 局面3【カオス】

モデル作成への取り組みが否定されたことを契機とした混沌を意味しており、研究者と実践者との落胆が強く、両者の相互関係にも揺らぎが見られたが、一方で混沌の中にあるがゆえの互いの気遣いが生じた局面である。

統一的変容的パラダイムに基づいたミューチュアル・アクションリサーチの研究プロセスは、予期せぬところで困難に直面し、あたかもカオスのような状況に陥るといわれている²⁾。本ミューチュアル・アクションリサーチにおいても、アクションリサーチチームは、これまで取り組みが順調に進んでいると感じている中、研究に対して支持的であったD師長の異動に遭遇した。このD師長の異動は、グリーフケアの導入に影響するのではないかという不安をチームに与えた。さらに、新しく師長となったE師長からの遺族配布用パンフレット等の導入は難しいことやグリーフケア支援モデルに根拠がないこと、さらには実践者の研究に対する姿勢についてなどの言葉は、他施設の取り組みに魅了され他施設の取り組みの一部を模倣し、支援モデルを作り上げることに邁進していたアクションリサーチチームにとって、自分たちの取り組みに対する認識の甘さを痛感させるものであった。この出来事は、自分たちのこれまでの取り組みを否定されたように感じられ、研究者と参加看護師にとって「どうしたらいいのかわからない」という混沌とした状態、つまりカオスの状態に陥ったものであった。混沌状態に陥ったアクションリサーチチームは、会合を行っても対話がうまく進まず、次第に連絡も途切れた。さらに、参加看護師からは「自分たちだけで話し合いたい」と発言がみられ研究者と参加看護師のパートナーとしての関係も限界の状態に至った。そのため、研究者は「この取り組みは断念せざるを得ないのではないか」という思いにまで至っていた。

ニューマン⁸⁾は、人間はカオスに陥っている自分自身の姿（パターン）を認識すれば、その姿を映し出している意味を考え、そのカオスの状態をどう乗り越えればよいかという洞察を得て、これから進むべき方向や行動を自分で見出していく力があると述べている。研究者は、カオスの時期を乗り越えるにはどうしたらいいのか考え、参

加看護師が抱いていたグリーフケアを行いたいという思いを信じ、月に1回程度メールを送付し続け、会合が開催されることを期待していた。そして、10回目の会合の開催が決定した際に、アクションリサーチチームが混沌とした状態を乗り越えるきっかけになるのではないかと考え、研究者は、自身が行った「救急外来で予期せぬ死を遂げた患者の遺族が抱く医療者へのニーズ⁹⁾」の研究結果を伝えることを決めた。研究者は、遺族の医療者へのニーズとして家族が患者処置中に処置を優先しながらも家族ケアを求め、死亡宣告後は看護師に寄り添いを求めていることや帰宅後も継続的な支援を求めていることなどを伝えた。この研究者のアクションは、研究者が参加看護師の内部の力を信じ、現場のために力になりたいという熱い思いを抱いていたからこそ行われたものであった。その研究者の思いが参加看護師に伝わり、参加看護師のみの話し合いで「患者・家族のためにこの取り組みを継続させたい」という思いに至ったと考える。一方で、研究者にとっても、参加看護師が「研究を断念することで研究者が困るのではないか」という言葉は、「仲間」としての気遣いであったと感じられた。その気遣いの言葉があったからこそ、研究者は、「仲間」として参加看護師を信じ、この状況を耐えることができたと考える。ニューマン¹⁰⁾は、患者と看護師の関係を池の中に投げた2つの小石によりできる波紋に例え、2つの波紋は大きく輪を描いて拡大していくと同時に、ぶつかり合った両者の波紋の間には、波紋が重なり合って新しい何かが生まれると述べている。窮地にあった参加看護師に対して、研究者が問題をアセスメントしたり解決に向けて助言をしたりするのではなく、参加看護師の内部の力を信じ遺族のニーズを伝えたことは、参加看護師が自己のパターンに気づきパターンに意味を見出し、そこから自分の今後のとるべき行動を見出すプロセスを促進するものであった。一方で、参加看護師が研究者にかけた気遣いの言葉は、研究者にとって参加看護師の内部の力を信じさせ耐える力となり、自分がとるべき行動を見出させた。その上で、研究者と参加看護師が遺族のニーズについて共有し両者で熱く語りあったことは、家族が自分たちを必要としているという確信を得て、グリーフケア導入に向けた意欲を取り戻すことになったと考える。まさに、この作用は、ニューマンが述べる2つの波紋が重なり合って新しい何かが生まれた時点であったといえる。

4) 局面4【ケアの本質への気づき】

慰めの言葉も見つけられず、悲しみにくれる家族の傍らで、なお看護師として添うことの意味に気づくパターン認識を意味しており、悲しみを深くする人が今を耐えてこれから生きて行くために必要なケアを考えていく局面である。

参加看護師は、E 師長からの指摘後、小児の外傷死の症例に遭遇した。家族は、悲しみの強さに混乱し、救急外来は壮絶な状況になった。その家族に対して、医師が涙を流しながら名刺を渡した姿を見た参加看護師は、「このままではいけない」という認識を持った。救急領域のグリーフケアとして黒川は、「患者・家族の向き合うことになる死別による悲嘆を理解し、家族が患者の臨終場面を振り返った際に可能な限りの治療や十分なケアを受けたなど少しでもよかったと思えるような記憶を残すことができるようケアに努める必要がある」と述べている。医師が涙を流しながら名刺を渡したことは、子どもの死という親にとって耐えがたい状況、特に母親は慟哭している中であって、家族の気持ちに涙を流しながら共に感じ、さらに、帰宅後のことまで思いをはせて名刺を差し出した、その行為こそは真の寄り添いであり、家族がいつか臨終場面を振り返った際に、十分なケアを受けられたと感じることができる癒しとなり、グリーフケアであると考えた。

この場面を見た参加看護師は、「医師の行動によってこの家族は救われた」と思ったと同時に「このままではいけない」と、グリーフケア導入への意識を高めた。これまで数十年の救急看護の経験がある看護師にとって、このような症例への遭遇は少なくないと考えられる。しかし、医師の名刺を渡した行為をみて、救急外来で命を落とす家族のどなたに対しても、救急外来スタッフ誰でもが、救急外来の場においてこのような行為が行われるようにすることが自分たちの取り組みであり、看護師としての役割であることに気づいた。これまで、グリーフケアの導入について、他施設を模倣し「現場をよりよくするため」と形にこだわるという思考から、患者・家族の思いに共感し、寄り添えるケアを「患者・家族のため」にしたいという思考にパターンが変わった時点と考えられ、これは、家族・患者への心情の深まりであり、看護師として悲しみを深くする人が今を堪えてこれから生きていくために必要なケアという添うことの意味に気づいたチームのパターン認識であったと考える。

局面 2 で「願い」を見出したとしていたが、この時点で「グループケア支援モデルを作成し導入する」という願いについて、モデルという形へのこだわりから、患者・家族へ寄り添うために何が出来るかという、願いに込められた意味の重要性に気づき、真の願いを見出すことに至った。この一連の流れは、小山³⁾が行ったミューチュアル・アクションリサーチと同様にカオスの後に願いが見いだされる過程であり、本研究における概念枠組みとも一致した。

ニューマン理論は、看護師と患者を統一体として述べているが、本研究は研究者と看護師を統一体ととらえてきた。ニューマン¹⁾は、カオスの真っただ中にいるときには、患者が自分自身の姿を認識するためにも看護師の助けが必要と述べ、豊かな環境としての看護師の存在を必要としている。本研究においては、カオスに陥った際に、研究者の存在だけでなく、実際の患者・家族とそのケアにあたった医師の存在が重要であったと考えている。患者・家族の悲しみの強さにここを動かされ、医師の行動に感銘し、研究者とその体験を語り合った参加看護師はこのケアの場面に意味を見出し、「患者・家族のため」というグリーフケアの本質に気づくことができた。研究者のみならず周囲の環境との相互作用からも意味を見出しパターン認識に至ったことが、本ミューチュアル・アクションリサーチの特色と考えている。

5) 局面 5 【ケアの浸透】

多職種を巻き込んでグリーフケアが波及していくことを意味しており、サポートプランの導入の実現という変容に至る局面である。

ニューマンの統一的-変容的パラダイムに照らし合わせれば、グリーフケアの意味を見出したアクションリサーチチームは、自己のパターン認識により変容と表現できるほどの大きな変化を遂げたといえる。例えば、サポートプランを作成する際に、「患者・家族のために何が出来るのか」を念頭に考え、エンゼルケアを担当するメディカルスタッフに家族対応で気にかけてもらいたいことを伝えたり、エンゼルケアを行う部屋への搬送は家族に寄り添うことができるように看護師が行うことを実施したりした。それは、まさに、局面 4 のパターン認識による認識の変化に続く、参加看護師の行動変容といえるものであった。

そして、それらの参加看護師の行動変容は、壮年期の男性の自死の症例の際に看護

師が待機中に家族に寄り添い、家族の不安定な状態を察知したことから、臨床心理士に相談し、引き継いだ臨床心理士は帰宅後の家族へのカウンセリングを継続的に行うなど、多職種にまで波及したグリーフケアの実践に至った。この一連のケアは、従来見られなかった実践であり、明らかにケアのパターンが変化したといえる。アクションリサーチチームのグリーフケアの認識の変化が行動変容を起こし、患者・家族のためのグリーフケアとして周囲の多職種までに波及し、救急外来ならではのグリーフケアが実現したといえる。このケアは、サポートプランに記述し今後継続的に実施されることとなった。このように、参加看護師が実践を行い、その内容をアクションリサーチチームで対話を重ね、サポートプランの完成に至った。

このアクションリサーチチームが患者・家族に共感し寄り添うというグリーフケアの本質に気づき行動変容に至ったことは、グリーフケアを積極的に行なっている在宅看護や高齢者看護においては当たり前のことかもしれない。しかし「救命ありき」と考えられている救急外来において、「死に直面した」家族に焦点を当て、スタッフ自らが患者・家族のためにグリーフケアとして行動を起こし、多職種を含めた救急外来全体のケアのありようが変化したことは大変重要な意味を持っていると考える。

2. アクションリサーチチームの変化の過程について

アクションリサーチチームの進化・成長の過程は、特徴的な局面1から局面5を「らせん状」に進み、変容を遂げた過程として表された。ニューマンは進化・成長の過程について統一的-変容的パラダイムによると「変化は定方向に進化するが、その進み方は、予想できない『らせん状』の進み方である」と述べている²⁾。本研究において、局面1から局面2は、アクションリサーチチームがアクションリサーチを行うことで日常とは違う「ゆらぎ」を感じるものの、「願い」を掲げ、それに向かって相互作用しながら学び、考え、時に悩みながらもグリーフケアに対する意識を高める進化・成長の過程であった。その後、局面3では、E師長の言葉によりカオスという混沌とした状態に陥るものの、実際にグリーフケアを必要とする家族に出会い、パターン認識したことで「真の願い」が表明され、大きく進化・成長し変容した局面4となった。その後、多職種たちを巻き込みながらケアを実践し、他の看護師だけでなく多職種にまで

波及をみせ、患者・家族へ充実したグリーフケアが浸透した局面 5 を迎えた。この過程は、局面 3 のように混沌とした状態に陥った際に逆戻りしたかのように見える。しかし、局面 3 においてアクションリサーチチームは、パターン認識を行う中でグリーフケアの導入について「患者・家族のため」という認識に至り高い進化・成長をみせた時であった。これらのいったん後戻りしているようにみえるが、前に進んでいる軌跡の状態は、らせんを描くような進み方であり、ニューマンが述べる「らせん状」の進み方と一致していたといえる。そして、局面 1 から局面 5 の連続する進化・成長の過程の中でみせたアクションリサーチチームの変化の早さや大きさには違いがあったと考察する。

さらに、ニューマンは、イリヤ・プリコジンの散逸構造理論を用いてより高いレベルへの意識の進化・成長の過程を説明した。散逸構造理論において、ゆらぎとは、システムの秩序・構造の動揺のことであり、ゆらぎは偶然によって生じる現象といわれ、その発生、変化を予測することは難しく、さらに、ゆらぎの増大により恒常性・安定性を保てなくなった状態を「混沌」と呼び、混沌状態から新たな次元の秩序・構造を作り上げ、ふたたびシステムの安定を取り戻すことを「進化」と呼んだ¹²⁾。このゆらぎのなかからより高いレベルへの意識の進化・成長について、本ミューチュアル・アクションリサーチの過程を当てはめて考えると一連の過程は図 4 のように整理される。本ミューチュアル・アクションリサーチの過程においてもアクションリサーチチームは、混沌状態に陥っている中、環境との相互作用の中でひとりでの秩序や構造が生まれる自己組織化が行われ、その時期を通りすぎたときに別の価値観に培われた高い意識としての人間の進化・成長をみせていた。この過程は、イリヤ・プリコジンの散逸構造理論とも合致しているといえる。

そして、遠藤¹⁾は、ミューチュアル・アクションリサーチがめざすものは、個々のナースの願いの実現に向けての、専門職ナースとしての「自己革新」であり、1人のナースの考え方や見方の変化と、それに伴う意味の変化、さらに行為の側面の変化を含めたナース全体の変化であると述べている。本ミューチュアル・アクションリサーチにおいて参加看護師は、掲げた「願い」に対し、グリーフケア支援モデルを作るという形を優先していた。しかし、モデルとして形を作ることも大切であるが、最も重要

なことは、「患者・家族のため」という思いを常に持って救急外来でのグリーフケアを実践することであった。そのことに気づき、局面4で「真の願い」としてグリーフケアの導入への本来の意味を見出した参加看護師は、救急外来で患者・家族に寄り添った充実したグリーフケアを行うようになった。この参加看護師の「願い」の実現に向けて取り組む中でのグリーフケアの導入に対する考え方や見方の変化、それに伴う意味の変化、行為としての実践の変化は、「自己革新」といえると考える。さらには、本ミューチュアル・アクションリサーチにおいては、参加看護師の革新が他の看護師にまで波及し、救急外来の看護師集団としても実践が変化しており「自己革新」を遂げたと考えられる。そのことにより、必然的に実践の場における変化としてケアの質の向上に至ったと考える。

3. 救急領域においてグリーフケアの導入を目指しミューチュアル・アクションリサーチを行うことの意義

救急外来という「救命ありき」の現場にグリーフケアを導入することは、先駆的な取り組みであったといえる。先述したように、救急医療において死の転帰を辿る患者の要因は、事故や自死、急激な疾病の増悪、災害などの予期せぬ出来事である。そのため、救急領域で亡くなる家族が複雑性悲嘆を生じる可能性は高く、30%以上の遺族が複雑性悲嘆を生じていることが報告されている¹³⁾。また、筆者が行った遺族のニーズに関する研究によっても遺族が患者搬送時から帰宅後までの支援を医療者に求めていることが明らかになっている⁹⁾。これらのことからわかるように、医療者の助けを求める患者・家族のニーズに応えることは医療者の責務といえ、救急外来におけるグリーフケアの充実喫緊の課題である。しかし、救急領域のグリーフケアは、現段階において診療報酬が加算されず、その場にいる医療者の専門職としての意欲に負うところが大きい。ただでさえ次々に患者が搬送され、多忙な救急外来の現場において、病院滞在時のみならず帰宅後までの支援を含めたグリーフケアを実施することは、医療者の相当な覚悟が必要といえる。しかし、本ミューチュアル・アクションリサーチにおいて、研究者と看護師が救急外来へのグリーフケアの導入に向けて取り組みを行ったことで、「救命ありき」の現場に、「死に直面した」家族への支援の重要性が認識

され、グリーフケアのあり方が変わるというアクションリサーチチームの進化・成長がみられた。そして、それが救急外来チーム全体にまで波及し、看護師だけでなく多職種も巻き込み救急外来チーム全体で患者・家族への支援が充実したグリーフケアの実践が行われるようになったことは本研究で得られた成果であったといえる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、中国地方にある 1 ヶ所の救急外来における取り組みの成果であり、特定の研究者と実践者、そしてチームの参加者間の相互関係により成り立ったものであり、他施設において同じように研究が進められたとしても、同じような成果が得られるとは限らない。よって、本研究の成果を一般化することはできない。しかし、本ミューチュアル・アクションリサーチで得られた知見は、実践者の変化と現場の変容を遂げる可能性を明らかにした。したがって、ミューチュアル・アクションリサーチを行うに際しては参考資料になると考える。そして、今後の救急外来におけるグリーフケアの可能性を示唆させるものであり、さらなる救急看護の発展に期待を示すものだと考える。

今後の課題は、本研究において成し遂げた変化が、今後救急外来においてどのような過程をたどっていくのか、研究終了後の状況を追跡していくことが必要であると考えられる。

文献

- 1) 遠藤恵美子, 新田なつ子:【看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ】看護におけるアクションリサーチ ミューチュアルアプローチの理論. 看護研究, 34 (6), 465-469, 2001.
- 2) 遠藤恵美子, 新田なつ子:【看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ】看護におけるアクションリサーチ ミューチュアルアプローチの方法. 看護研究, 34 (6), 471-480, 2001.
- 3) 小山千加代: 特別養護老人ホームで「より良い看取り」を実施するための取り組み —研究者と実践者との協働によるミューチュアル・アクションリサーチ. 老年看護学, 16(1), 38-47, 2011.
- 4) 加納典子, 福田由紀子, 桂川純子: A 病院における看護職の研究に関する実態調査 —困難と感じる要因と支援方法—. 日本赤十字看護学会誌, 8 (1), 74-80, 2008.
- 5) 横山映理子, 大久保暢子, 柳橋礼子: 臨床看護師の研究意欲と困難性に関する検討. 聖路加国際大学紀要, 4, 47-52, 2018.
- 6) 江本リナ, 草柳浩子, 川名るり: 研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門 —看護研究の新たなステージへ. 筒井真由美編著, 第 1 版, ライフサポート社, 横浜, 2010.
- 7) 日本看護協会: 看護に関わる主要な用語の解説 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈.
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf> (2020 年 12 月 31 日確認)
- 8) マーガレット・ニューマン著, 手島恵訳: マーガレット・ニューマン看護論. 第 1 版, 医学書院, 東京, 1995.
- 9) 二宮千春, 中新美保子: 救急外来で予期せぬ死を遂げた患者の遺族が抱く医療者へのニーズ. 川崎医療福祉学会誌, 30 (2), 2021.
- 10) 遠藤恵美子: 希望としてのがん看護 マーガレット・ニューマン “健康の理論” がひらくもの. 第 1 版, 医学書院, 東京, 2001.
- 11) 遠藤恵美子: マーガレット・ニューマンの理論に基づく看護実践 看護師の見方

が変わり，ケアの違いを生み出す マーガレット・ニューマンの看護理論とは. 看護実践の科学, 38 (1), 34-39, 2013.

- 12) 日本総合研究所編:生命パラダイムの時代. 第1版, ダイヤモンド社, 東京, 1993.
- 13) 安藤満代, 瀧健治, 牧香里, 爲廣一仁, 山下寿, 財津昭憲:救命救急の集中治療室 (ICU) で家族が亡くなった遺族の精神的健康度と複雑性悲嘆. 日本臨床救急医学会雑誌, 16(2), 91-94, 2013.

アクションリサーチチームの
進化・成長の過程

散逸構造の過程

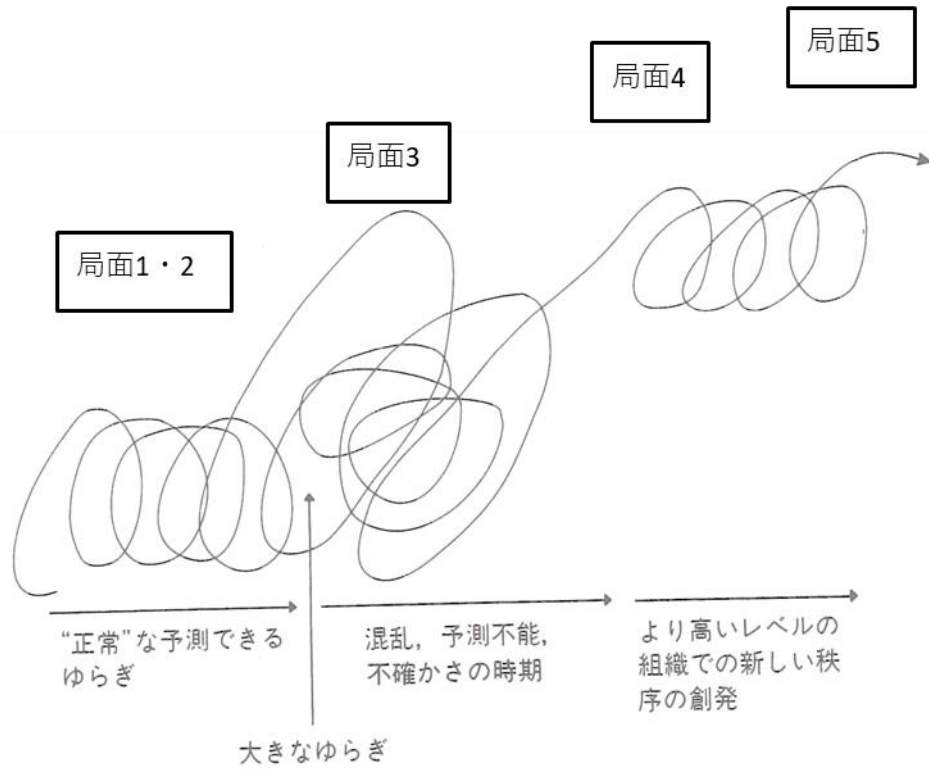


図4 プリコジンの散逸構造の理論とアクションリサーチチームの進化・成長の過程

第VI章 結論

本研究は、ニューマンの「拡張する意識としての健康」の理論を理論的枠組みにしたミューチュアル・アクションリサーチの手法を用いて実施された。目的は、研究者と実践者である看護師との協働により救急外来でグリーフケアの導入へ取り組む中で、研究者と実践者のチーム全体に生じた意識的、行動的变化の過程を明らかにすることであった。

本ミューチュアル・アクションリサーチは、2年5カ月の期間に全15回の会合が開催された。救急外来でグリーフケアの導入に取り組む中で、研究者と参加看護師により結成されたアクションリサーチチームは、5つの局面をたどりながら変化し、進化・成長を遂げた。それは、研究者と参加看護師がパートナーを組むことへ合意をしかう時期の局面1【期待と懸念の中での合意】から始まり、参加看護師の「願い」を表明し、その実現に向かってグリーフケアを導入している他施設の情報を得て自施設で活用できるようにグリーフケア支援モデルを作成することにチームが邁進した時期の局面2【他施設を模倣したモデル作成に邁進】に至った。その後、師長の部署異動を機に、新師長から受けた助言によりチームがカオスに陥る時期の局面3【カオス】となり、混沌とした状態が続く中、小児の外傷死や壮年期の男性の自死のグリーフケアを実際に必要とする症例に遭遇したことでグリーフケアの本質に気づき、より高い成長を見せた時期の局面4【ケアの本質への気づき】を経て、グリーフケアがアクションリサーチチームだけでなく、他職種を含む救急外来チーム全体にまで浸透した時期の局面5【ケアの浸透】であった。

アクションリサーチチームの変化の過程は、局面3のように混沌とした状態に陥った際に逆戻りしたかのように見える。しかし、この時は、実際に搬送された患者やグリーフケアを必要とする家族との出会い、研究者と参加看護師、参加看護師同士の相互作用を通じてパターン認識を行っており、局面4に至った際には、グリーフケアの本来の意味を見出すというより高い進化・成長をみせていた。これらのいったん後戻りしているように見えるが、前に進んでいる軌跡の状態は、一定方向にらせんを描くような進み方であった。

そして、それぞれの局面での変化は、研究者と実践者、実践者同士の相互作用のパターンの変化としてとらえることができる。局面4で、実際にグリーフケアを必要とする患者・家族の悲しみの強さに心を動かされたことは、患者・家族との相互作用によるパターンの変化によるものと考えられ、患者・家族までを巻き込み進化・成長を遂げた本ミューチュアル・アクションリサーチの特色といえる。

本ミューチュアル・アクションリサーチでは、参加看護師が自己革新といえる変容を遂げた。それが、他の看護師、多職種にまで波及し、救急外来におけるグリーフケアのあり方が変わり、救急外来で亡くなる患者とその家族への質の高いケアが実現した。これまで「救命ありき」の現場に、「死に直面した」家族の支援が行われるようになったことは、今後救急外来でのグリーフケアの可能性を示唆させるものであり、さらなる救急看護の発展に期待を示すものであったと考える。本研究で得られた成果は、今後救急外来でグリーフケアの導入を試みようとしている施設や新しい取り組みを導入しようと考えている施設にとって参考資料になるものとする。

謝辞

本論文は、多くの方のご指導やご協力のおかげで書き上げることができました。

本研究の実施にあたり、参加看護師となってくださった看護師の皆様方にはご多忙の中、快くご承諾くださり、救急看護の実践者としての「願い」の実現のために共に歩んでくださいました。長い年月にもかかわらずご協力くださったこと心から感謝申し上げます。また、参加看護師の皆様方の所属病院の看護部長をはじめ、救命救急センター長、教育師長、D師長、E師長、救急外来の看護師の皆様には、研究の趣旨にご理解頂き、研究者が現場に入ることへ様々なご配慮を頂きました。皆様方の存在があったからこそなした成果だと心から感謝申し上げます。

本研究の分析にあたり、ミューチュアル・アクションリサーチについて貴重なご助言を受け賜りました新潟大学大学院保健学研究科 教授 小山千加代先生には、未熟な私に、データの意味を掬い上げ、解釈する仕方や実践研究における感動の伝え方を深く丁寧にご指導いただきましたこと心から感謝申し上げます。小山先生からのご指導により私自身の本研究手法への未熟さや学術研究への取り組み方の至らなさを実感することができたことは、今後の糧になるものであります。

本研究の遂行する全ての過程にわたり、川崎医療福祉大学医療福祉学研究科保健看護学専攻 教授 中新美保子先生には、4年間もの長期にわたり、多大なご指導とご支援を頂きました。主指導教員の中新先生には、常に、救急医療に奮闘されている看護師のため、そして何より患者・家族の皆様のために貢献できる研究を目指すことの大切さや研究者として感謝の気持ちを忘れずにいる研究者としてのあるべき姿勢を示していただきました。常に、傍で温かく励まし続けてくださったこと、論文完成に至るまで導いてくださったことに心から感謝申し上げます。また、指導教員の川崎医療福祉大学医療福祉学研究科保健看護学専攻 教授 竹田恵子先生、大田直実先生には、丁寧な指導と的確なご助言、励ましのお言葉をかけてくださったこと心から感謝申し上げます。そして、貴重な意見や励ましのお言葉をくださった中新ゼミの皆様にも深く感謝いたします。

最後に、これまで自分の思う道を進むことに対し、温かく見守りそして支え続けてくれた両親、ならびに夫に感謝いたします。