

2013 年度 博士論文

スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因
—参加観察による記述と解釈—

Clinical autonomy of staff nurses and related factors:
Description and interpretation from a participant
observation study

神戸市看護大学大学院

博士後期課程

看護実践哲学領域

72007001 古 地 順 子

指導教員 グレッグ美鈴

スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因

—参加観察による記述と解釈—

看護実践哲学領域

72007001 古地 順子

指導教員 グレグ美鈴

I. はじめに

看護における自律性は、専門職の特徴的要素であるだけでなく、患者ケアの成果に直接的な影響を与えるとして注目されている。看護における自律性の概念は、直接的患者ケアにおいて看護師が自律的に機能することを指す臨床的自律性と、組織における看護部門または病棟単位で行われる看護運営管理を指す専門職的自律性として大きく 2 種類に区分される。本研究は、看護師個々のレベルで行われる自律的臨床看護実践に着目し、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される状況とその結果に焦点を当てた。これにより、看護職の専門性とその貢献を具体的に示すことができ、患者ケアの効果に寄与している看護実践の明確化が可能となる。さらに看護専門職の社会的貢献の一側面として、病院における看護の重要性を明示することができる。

II. 研究目的

本研究の目的は、直接的な患者ケアを中心とした臨床看護実践のなかで、スタッフ看護師の臨床的自律性 clinical autonomy はどのように発揮されるのか、その結果患者にどのような影響がもたらされるのか、そして、スタッフ看護師の臨床的自律性にはどのような要因が関連しているのかを明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：探索型記述デザイン。
2. データ産出場所：設置主体の異なる 2 病院 4 病棟。
3. データ産出期間：2008 年 6 月から 2009 年 9 月、および 2011 年 8 月から 2012 年 1 月まで。
4. 研究参加者：経験年数 3～4 年以上の看護師。
5. データ産出の方法：看護実践場面を鮮明に記述できるよう指導を受けて訓練し、参加観察及びイン

フォーマル・インタビューを行い、ここでのフィールドメモをもとに参加観察記録を作成した。また参加観察記録及び研究者の解釈を通読した研究参加者にインタビューを行い、この録音をもとに記録を作成した。

6. 分析方法：スタッフ看護師と患者との関わり合いの場面の記述を精読し、スタッフ看護師の臨床的自律性に着目してその判断、意図、行為について解釈した。そして「スタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈」として記述した。これにスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の特徴及び関連要因として小見出しを付し、それぞれに共通する特性を抽出してカテゴリー化した。これらは全て研究指導者のスーパーヴァイズを受けた他、研究参加者のスタッフ看護師ならびに大学院看護学研究科博士後期課程修了者及び在籍中の臨床看護師長、看護教員を含む 6 名の看護職者が通読し、研究者の解釈の説明性が検討され、この解釈に支持を得た。

7. 研究における倫理的配慮：神戸市看護大学及び研究協力施設 2 病院の倫理委員会による承認を得た。

IV. 結果

研究参加の承諾が得られたスタッフ看護師は、女性 11 名、男性 2 名の計 13 名であった。本結果として、9 名の看護師と 10 名の患者との関わり合いにおいて 18 の自律的看護実践が記述でき、スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方とその関連要因を導き出した。

1. スタッフ看護師の臨床的自律性は、「患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種の間で主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する」、「患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする」、「患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決

まり事からはずれる責任を引き受ける」、「そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する」という形で発揮されていた。

2. スタッフ看護師の自律的看護実践がもたらした成果として、「患者に現存する苦痛症状や身体負荷の実質的軽減」、「患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避」、「患者の気分や身体および家族への安寧の提供」、「患者自身による健康管理の促進」、「患者ケア達成による看護師の満足感」、「看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性」が見出された。

3. 臨床的自律性発揮の必要条件として、「共感的理解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」、「看護実践の中の省察からの発想」、「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」、「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」が見出された。

4. 臨床的自律性発揮の促進要因として、「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」、「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」、「病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力」、「患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢」、「患者との相互行為により強化された責任感」、「患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力」、「患者の意思決定を促すやり取りの仕方」が見出された。

V. 考察

本結果からみた臨床的自律性とは、患者に起こり得る身体負荷を先読みし、そこで要求されるケア行為の遂行に足りる判断に留まらず、看護師自身の視点や考えに基づき洞察し、画一的な考え方にとらわれず多角的視座に立ち判断することである。また、医師の指示の実施方法を決定するというように、患者の状況を判断し必要な処置を看護師自身が決定することである。これは、看護師が意図的意欲的に思考を巡らせており、よりよい看護を実践したい、この患者に何かケアをしたいという強い内的動機が存在していると考えられる。

本研究のスタッフ看護師は、患者の状況に鋭敏に感性をはたらかせ共感的に了解し、切実な思いに突き動

かされて臨床的自律性を発揮していた。先行研究が自律的看護実践の成果に焦点を当ててきたのとは異なり、本研究は、臨床的自律性は看護師自らの意思決定に基づき発揮されるのであるが、それは患者との相互作用により可能になるということを明らかにした。

臨床的自律性の発揮を決定づける看護師の判断は、意図をもち、自分の行動を理解し、病棟文化などに影響されずになされる必要がある。看護師の判断は自身の価値観や内的基準に基づき、これらは病棟文化の中で形成されるのであるが、看護の価値に気づいている看護師は、自らが向かうべき先を見据えることができ、それゆえ慣習的行為に流されることはないと考えられる。

スタッフ看護師は、患者の身体負荷回避といった目的を医師と共有するが、医師には予測し得ないトイレ歩行後の疲労など患者の日常生活の些細な状況に着目して判断し、臨床的自律性を発揮していた。このことから、医師の指示を受ける際には患者により適した実施方法の決定を看護師が意図的に目指す必要がある。

看護師の臨床的自律性発揮は、よい看護と共通し、またそれは専門職の特徴的要素であるとともに倫理的行為の実践であり、*expertise* が必要とされる。本結果における *expertise* とは、特定領域における看護実践から会得された患者の療養特性把握と判断能力であり、これは特定領域の看護実践に特徴的な実践能力である。

本研究の結果は、現代医療の中で看護師が自身の考えで看護実践することの重要性を訴え、病棟文化の影響下で慣習的行為に甘んじることへの反省を促すことができる。看護学教育においては、看護学生がより効果的な援助について自身で創造的に探求し、自律的ということを実質的に理解し、現行看護援助の仕方を自律的創造的に考察する必要がある。看護学研究においては、現象それ自体に立ち返り行う実証的研究の蓄積により、特定領域における臨床的自律性の発揮として特有なあり方が明らかになるかもしれない。看護師の臨床的自律性発揮の具体的事例の蓄積により、看護における自律性概念の明確化が進むと考える。

今後、病院設置主体の違い、医師－看護師関係や病棟文化による臨床的自律性発揮への影響、臨床的自律性発揮における意図性、時代により変化する看護師の臨床的自律性について継続的に探究される必要がある。

Clinical autonomy of staff nurses and related factors: Description and interpretation from a participant observation study

Junko Kochi

Kobe City College of Nursing, 2013

Dissertation Advisor: Professor Misuzu Gregg

I. Purpose

The purpose of this study was to clarify how clinical autonomy is practiced among staff nurses, how it affects patients, and what factors are related to it within clinical nursing practice, centering on direct patient care.

II. Methods

1. Study design: Explorative descriptive design.
2. Study Participants: Nurses with 3 to 4 or more years of experience.
3. Data generation: Based on the field notes taken, a participant observation record was created. In addition, after having study participants read through the participant observation record and the researcher's interpretation, they were interviewed again, and based on these audio-recorded interviews another record was created.
4. Methods of analysis: Scene descriptions of nurse-patient interactions were read carefully, and interpretations of staff nurses' decision making, intentions and actions were made, focusing on clinical autonomy. These were then described as "Interpretation of staff nurses' clinical autonomy." To these, subheadings were added as characteristics of and factors related to staff nurses' clinical autonomy, and common characteristics were extracted and categorized. All of these were supervised by the research advisor, and read through by staff nurses participating in this study, and also by 6 other nurses who had completed or were taking a doctoral course in the graduate school of nursing, current nurse managers, and

nurse educators. The researcher's interpretations were discussed and supported by them.

III. Results

A total of 13 staff nurses – 11 female and 2 male nurses – agreed to participate in this study. As a result of this study, 18 autonomous clinical practices were described in the interactions among 9 nurses and 10 patients, and the ways staff nurses practiced clinical autonomy and related factors were derived.

1. Staff nurses demonstrated clinical autonomy in the following ways: "Foreseeing physical load that the patient might experience, taking the initiative among various professions, and deciding how to carry out the physician's orders"; "Taking a favorable view of the patient's individuality, getting actively involved, seeing the patient's pain, and looking ahead of the physician's orders or making suggestions to treatment plans"; "Understanding the patient's feelings, being there for the patient, taking responsibility for doing something above and beyond standard hospital practice"; and "Being proud of practicing a certain care action, and wanting to see the outcome, practicing it independently and without reliance on standard methods."

2. The following outcomes were achieved as a result of staff nurses' clinical autonomy in nursing practice: "Actual alleviation of painful symptoms and physical loads existing in patients"; "Definite avoidance of painful symptoms and physical loads anticipated in patients"; "Provision of peace

and security of mood and body to the patient and family”; “Promotion of self-management of health by the patient”; “Satisfaction of the nurse through achieving patient care”; and “Possibility of deepening and developing the nurse–patient relationship led by effects of nursing practice.”

3. The necessary requirements for nurses to practice clinical autonomy were as follows: “Responsiveness so as to listen with empathic understanding”; “Sensibility so as to accurately understand the meaning of patients’ speech and behavior”; “Awareness that comes from the nurse’s own immovable nursing care standards”; “Inspiration from reflection in nursing practice”; “Understanding of treatment characteristics of patients and decision-making abilities gained through nursing practice in particular fields”; “Being interaction-oriented due to compassion for patients”; and “Communicating respectfully and complying with the patient’s wishes.”

4. Factors promoting clinical autonomy were: “Quick thinking, tolerance and professional attitude exercised by nurses in practice”; “Confidence in the value of nursing backed by experience”; “The ability to allocate and adjust working hours based on an assessment of the situation of all inpatients in the hospital ward”; “A responsible attitude to understanding patient’s feelings and taking them into consideration”; “A sense of responsibility reinforced by interactions with patients”; “Development of awareness of patient care goals and the ability to be flexible in working with other professions”; and “Ways of communication that encourage patient’s own decision making.”

IV. Discussion

Clinical autonomy found in this study includes foreseeing physical loads on patients and making the decision to carry out the required care. In addition, it also includes gaining insight through

the nurse’s own perspective and ideas, and making decisions based not on standardized ideas but from a multilateral standpoint. It also means judging the patient’s situation and deciding on the necessary procedure, for example deciding how to carry out the physician’s directions. It is suggested that nurses use their thinking abilities purposefully and actively, and they have a strong intrinsic motivation to practice better nursing and do whatever they can to care for each patient.

A nurse’s decision which demonstrates clinical autonomy must be made with intention and an understanding of his or her behaviors, and without being influenced by hospital ward cultures. A nurse’s decisions are based on his or her own values or standards, and, although they are formed in the hospital ward culture, a nurse who realizes the value of nursing can look ahead to where he or she should go, and therefore does not settle for taking routine actions.

Nurses’ clinical autonomy, like good nursing, is a characteristic factor of the profession as well as a practice of ethical conduct, and requires expertise. Expertise in this study means understanding of the treatment characteristics of patients and decision-making abilities gained through nursing practice in particular fields, and these abilities are specific to nursing practices in particular fields.

The results of this study emphasize the importance of nurses’ actions based on their own perspective in modern medicine, and urge reconsideration of the attitude of complacency towards standard routines influenced by hospital ward cultures. Through accumulation of specific cases of nurses’ clinical autonomy, the concept of autonomy in nursing will be further clarified.

In the future, the changes in nurses’ clinical autonomy with time, should continue to be investigated.

目 次

第1章 研究の背景と目的.....	1
Ⅰ. 研究の背景と動機.....	1
Ⅱ. 研究の目的.....	3
Ⅲ. 研究の意義.....	4
Ⅳ. 文献検討.....	4
1. 生命医学倫理における自律.....	5
1) 自律の概念.....	5
2) 自律的人間と自律的選択.....	5
3) 自律的行動.....	6
(1) 実質的な自律的行動.....	6
(2) 自律的行動の3条件.....	6
① 意図性.....	7
② 理解の条件.....	7
③ 非支配の条件.....	8
4) 自律と権威.....	8
5) 自律尊重原理.....	9
2. 看護における自律.....	10
1) 看護における自律性への着目.....	10
2) 看護における自律性の概念.....	13
3) 看護における専門職的自律性.....	15
(1) 看護の倫理綱領.....	16
(2) 看護職の副病院長兼務による経営参画.....	17
(3) 訪問看護の普及.....	18
4) 看護における自律性 autonomy に関する実証的研究.....	18
(1) autonomy 測定のための用具.....	18
(2) autonomy サブスケール.....	22
(3) スケールを用いたわが国における autonomy に関する研究.....	23
(4) 看護における臨床的自律性の関連因子.....	25
① 看護師の教育水準と継続教育.....	25
② 看護管理者の支援.....	25
③ 看護師－医師関係.....	26
④ 看護師の仕事の満足.....	27
⑤ Essentials of Magnetism Tool, EOM 要素.....	28
3. 看護師の自律的臨床実践をめぐる課題.....	30

第2章 研究の方法.....	32
I. 探求における基本的考え方.....	32
II. 用語の暫定的定義.....	33
III. 研究デザイン.....	33
IV. 具体的な研究の手順.....	33
1. データ産出を行った場所.....	33
2. データ産出を行った期間.....	34
3. 研究参加者.....	34
1) 研究参加者のスタッフ看護師.....	34
2) 研究参加者のスタッフ看護師が関わり合う患者とその家族.....	35
3) 研究協力病院の医療スタッフ.....	36
4. データ産出の方法.....	36
1) 参加観察.....	36
2) 研究データとその記述方法.....	38
3) データの分析方法.....	38
(1) 比較分析.....	38
(2) 解釈的記述.....	39
4) データ分析の具体的手順.....	40
5. 研究における倫理的配慮.....	41
1) 不利益を被らない権利の保障.....	41
(1) 研究参加者のスタッフ看護師.....	41
(2) 研究協力病棟に入院している患者とその家族.....	41
(3) 研究協力病棟看護師.....	42
(4) 研究協力病棟看護師長.....	42
(5) 研究協力病院の医療スタッフ.....	42
(6) 研究協力病院の看護部長.....	42
2) 自己決定の権利の保証.....	43
(1) 研究協力病棟のスタッフ看護師、看護師長、看護部長への研究参加・協力の依頼...43	
(2) 研究協力病院に入院している患者とその家族.....	44
(3) 研究協力病院の医療スタッフ.....	44
3) プライバシー、匿名性、機密性確保の権利の保証.....	44
4) 情報公開の権利の保証.....	45
第3章 研究の結果.....	46
I. 患者との関わり合いの中で発揮されるスタッフ看護師の臨床的自律性.....	47
1. 地方自治体立 I 病院.....	47

1) I 病院の概要.....	47
2) I-A 病棟の特性.....	48
(1) 診療科とその特性.....	48
(2) 看護体制.....	48
(3) 病棟文化.....	49
2. I-A 病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い.....	50
1) 金田看護師と患者中井さんとの関わり合い.....	50
(1) 研究参加スタッフ看護師の特徴.....	50
(2) 中井さんのプロフィール.....	51
(3) 金田看護師と中井さんとの関わり合い場面の記述ーその 1.....	51
① 参加観察記録.....	51
② インタビュー記録.....	54
(4) 金田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその 1.....	54
① 金田看護師の臨床的自律性ーその 1.....	54
a. 患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬 代替え使用.....	54
② 自律的看護実践の特徴的要素ーその 1.....	55
a. 患者の怒りの感情を共感的に受け止める真摯さ <自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	55
b. 患者とのやり取りの中で駆り立てられた看護師としての責任感 <自律的看護実践の原動力：促進要因>.....	56
c. ‘患者にとって良い’として実行に移せる看護師の中の自信 <自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	57
③ 金田看護師の自律的看護実践がもたらしたものーその 1 ー患者の掻痒感の早期緩和と怒りの平静化、そして患者ー看護師関係の効果的発展 可能性ー.....	58
(5) 金田看護師と中井さんとの関わり合い場面の記述ーその 2.....	59
① 参加観察記録.....	59
② インタビュー記録.....	60
(6) 金田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその 2.....	61
① 金田看護師の臨床的自律性ーその 2.....	61
a. 循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施 時期の調整.....	61
b. 気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施.....	62
② 自律的看護実践の特徴的要素ーその 2.....	63

a. 循環器診療科における看護の専門的知識に基づく判断と患者の病状把握	
<自律的看護実践の展開根拠：必要条件>.....	63
b. 看護師自身が望んだ看護実践領域の場ではたらくこと、そこでの患者ケアが楽しいと思えること	
<自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	64
c. 患者の発言が示す意味への気がかり	
<自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	65
③ 金田看護師の自律的看護実践がもたらしたものーその2	
ーICD 植込み術後の安全の早期確保と看護師の自信への裏づけー.....	65
(7) 研究参加者の金田看護師の意見・感想.....	66
2) 藤田看護師と患者坂木さんとの関わり合い.....	67
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	67
(2) 坂木さんのプロフィール.....	67
(3) 藤田看護師と坂木さんとの関わり合い場面の記述.....	68
① 参加観察記録.....	68
② インタビュー記録.....	73
(4) 藤田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	74
① 藤田看護師の臨床的自律性.....	74
a. 循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪汚れと洗髪実施の意思決定.....	74
b. 活動耐性低下患者の疲労を見て取った身体労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し.....	76
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	77
a. 患者の清潔や身の回りの整頓についての看護師の中の譲れない看護ケアの基準	
<自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	77
b. 患者との関わり合いの中でその時その場で発揮される看護師の判断力・実践力	
<自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	77
c. 自分が行う看護ケアに責任を持ち、患者の言動に注意深く眼を向けその思いや意向を大切に実践の仕方	
<自律的看護実践の基盤にある看護師の基本姿勢：促進要因>.....	78
③ 藤田看護師の自律的看護実践がもたらしたもの	
ー患者への爽快感と笑顔の提供および心負荷の軽減、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性.....	79
(5) 研究参加者の藤田看護師の意見・感想.....	80
3. I-B病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い	
1) I-B病棟の特性.....	81
(1) 診療科とその特性.....	81

(2) 看護体制.....	81
(3) 病棟文化.....	81
2) 沖看護師と患者佐藤さんとの関わり合い.....	82
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	82
(2) 佐藤さんのプロフィール.....	83
(3) 沖看護師と佐藤さんとの関わり合い場面の記述.....	83
① 参加観察記録.....	83
② インタビュー記録.....	87
(4) 沖看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	88
① 沖看護師の臨床的自律性.....	88
a. 肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整.....	88
b. 症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整.....	90
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	90
a. 患者の病状理解に基づく肝性脳症症状悪化の経験的予測と継続的観察 <自律的看護実践の展開根拠：必要条件>.....	90
b. ケアマインドに溢れたプライマリナースだからこそその患者への思い入れ <自律的実践の基盤にある看護師の基本姿勢：促進要因>.....	91
c. 看護師が有する他職種との調整能力および患者ケアの目標達成に向けた方策の意識化と即時的判断力 <自律的看護実践の原動力：推進要因>.....	92
d. ‘患者にとってこうするほうがよい’と確信する看護ケアを実行可能にする看護師の中の自信 <自律的看護実践の促進力：促進要因>.....	93
③ 沖看護師の自律的看護実践がもたらしたもの ー重症肝障害患者への危険回避による安全・安楽の確保ー.....	94
(5) 研究参加者の沖看護師の意見・感想.....	95
3) 島内看護師と患者今村さんとの関わり合い.....	96
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	96
(2) 今村さんのプロフィール.....	96
(3) 島内看護師と今村さんとの関わり合い場面の記述.....	97
① 参加観察記録.....	97
② インタビュー記録.....	102
(4) 島内看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	103
① 島内看護師の臨床的自律性.....	103
a. 気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言.....	103

② 自律的看護実践の特徴的要素.....	105
a. 患者の発言の意味を的確にとらえられる応答性と看護独自の視点から医学的治療の効果を考え併せる判断力 <自律的看護実践の展開根拠：必要条件>.....	105
b. 患者の非効果的保健行動（喫煙行動）に否定性を見せない態度で接する関わり、‘関わりのスキル’ <自律的実践の展開方法：必要条件>.....	105
c. 非効果的保健行動への批判を超えたがん患者の病状とその苦悩への思い遣り <自律的看護実践の起動力：必要条件>.....	108
③ 島内看護師の自律的看護実践がもたらしたもの ー鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性ー.....	109
(5) 研究参加者の島内看護師の意見・感想.....	110
4. 大学医学部附属 II 病院.....	111
1) II 病院の概要.....	111
2) II-C 病棟の特性.....	111
(1) 診療科とその特性.....	111
(2) 看護体制.....	111
(3) 病棟文化.....	112
5. II-C 病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い.....	112
1) 町村看護師と患者森川さんとの関わり合い.....	112
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	112
(2) 森川さんのプロフィール.....	113
(3) 町村看護師と森川さんとの関わり合い場面の記述.....	113
① 参加観察記録.....	113
② インタビュー記録.....	119
(4) 町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその 1.....	120
① 町村看護師の臨床的自律性ーその 1.....	120
a. ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に迫ろうとする意図的接近.....	120
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	121
a. 患者の気持ちを確かめながら歩を進める慎重な関わり、‘関わりのスキル’ <自律的看護実践の展開方法：必要条件>.....	121
b. 患者との適切な距離のとり方、看護専門職としての姿勢 <自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	122
c. 核心から逸れずにきちんと話す関わりの姿勢 <自律的看護実践の起動力：必要条件>.....	123

d. 辛い思いの患者に一步踏み込んで関わることを可能にする看護師の中の自信 ＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞.....	124
③ 町村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの －余儀なくされたストマ造設になんとか立ち向かうようになった患者、そして 看護師の達成感および患者との関係性発展への可能性－.....	124
(5) 研究参加者の町村看護師の意見・感想.....	125
2) 町村看護師と患者押田さんとの関わり合い.....	126
(1) 押田さんのプロフィール.....	126
(2) 町村看護師と押田さんとの関わり合い場面の記述.....	126
① 参加観察記録.....	126
② インタビュー記録.....	130
(3) 町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈－その 2.....	132
① 町村看護師の臨床的自律性－その 2.....	132
a. 胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り.....	132
b. 電解質異常を見て取った現行点滴指示内容の補正を促すための医師への再確認.....	132
c. 怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方先取りした湿布薬貼付の勧め.....	133
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	133
a. 消化器診療科における看護および特定薬剤に関する専門的知識に裏付けられた 判断力 ＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞.....	133
b. 気難しい患者に気遣い、その関係性を良好に保とうとする努力 ＜自律的看護実践の起動力：必要条件＞.....	134
c. 患者のことばを聴き逃さない応答性 ＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞.....	135
③ 町村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの －患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感および患者 との関係性発展の可能性－.....	136
(4) 研究参加者の町村看護師の意見・感想.....	136
3) 山口看護師と患者石川さんとの関わり合い.....	138
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	138
(2) 石川さんのプロフィール.....	138
(3) 山口看護師と石川さんとの関わり合い場面の記述.....	138
① 参加観察記録.....	138
② インタビュー記録.....	143
(4) 山口看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	144
① 山口看護師の臨床的自律性.....	144

a. ストマ造設患者の肛門痛に対する術後屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言.....	144
b. 回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定.....	145
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	146
a. 消化器診療科における看護の専門的知識に裏付けられた観察と判断 <自律的看護実践の展開根拠：必要条件>.....	146
b. 患者の思いや辛さを受け止めようとする応答性と了解的判断力 <自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	147
c. 自立性や積極性、理知的という患者の特性を活かされる考察力 <自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	148
③ 山口看護師の自律的看護実践がもたらしたもの －患者の疼痛緩和および自己管理の促進と規制解除による安堵感－.....	149
(5) 研究参加者の山口看護師の意見・感想.....	149
6. II-D病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い.....	150
1) II-D病棟の特性.....	150
(1) 診療科とその特性.....	150
(2) 看護体制.....	150
(3) 病棟文化.....	151
2) 藤井看護師と患者松沢さんとの関わり合い.....	152
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	152
(2) 松沢さんのプロフィール.....	153
(3) 藤井看護師と松沢さんとの関わり合い場面の記述.....	153
① 参加観察記録.....	153
② インタビュー記録.....	157
(4) 藤井看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	157
① 藤井看護師の臨床的自律性.....	157
a. がんを患う気難しい患者の意向に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みの勧め.....	157
② 自律的看護実践の特徴的要素.....	159
a. 患者の言動に引っ掛かりを持てるアンテナの高さ <自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	159
b. 相手が自分から話し出す聴き方、聴いていることが伝わる関わり、 ‘関わりのスキルーその1’ <自律的看護実践の展開方法：必要条件>.....	160
c. 患者自身の意思決定を促す看護師が主導権を握らない関わり、 ‘関わりのスキルーその2’ <自律的看護実践の展開技法：促進要因>.....	160

d. 患者への関心と関わりへのコミットメント	
<自律的看護実践の起動力：必要条件>.....	162
e.業務の時間配分をコントロールできる全体見積もり力	
<自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	163
③ 藤井看護師の自律的看護実践がもたらしたもの	
一献立内容による患者の気分不快軽減と好みの代替食を持ち込める自由、そして	
看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性一	164
(5) 研究参加者の藤井看護師の意見・感想.....	164
3) 植村看護師と患者下谷さんとの関わり合い.....	165
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	165
(2) 下谷さんのプロフィール.....	166
(3) 植村看護師と下谷さんとの関わり合い場面の記述.....	167
① 参加観察記録.....	167
② インタビュー記録.....	171
(4) 植村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	172
① 植村看護師の臨床的自律性.....	172
a. 訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用...172	
② 自律的看護実践の構造的要素.....	173
a. 看護実践の中の省察を活かせる判断力	
<自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	173
b. はっきりとは言わない患者の意を酌む感性と親切心や思い遣りにより細やかに	
配慮することが身についている実践姿勢	
<自律的看護実践の基盤にある看護師の姿勢：促進要因>.....	174
③ 植村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの	
一患者の発熱による苦痛と家族の心配の軽減、そして自己管理への示唆一	175
(5) 研究参加者の植村看護師の意見・感想.....	175
4) 美木看護師と患者浦上さんとの関わり合い.....	177
(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴.....	177
(2) 浦上さんのプロフィール.....	177
(3) 美木看護師と下谷さんとの関わり合い場面の記述.....	178
① 参加観察記録.....	178
② インタビュー記録.....	184
(4) 美木看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈.....	184
① 美木看護師の臨床的自律性.....	184
a. 自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施.....	184

b. 終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止.....	185
② 自律的看護実践の構造的要素.....	186
a. 苦痛を訴える患者の思いを受け止め、それに応える応答性 <自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	186
b. 患者の気持ちがわかり、患者が喜ぶ方向に向けて提案する志向性 <自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	187
c. 看護師自身が関わりたいという思いと看護師その人のこだわり <自律的看護実践の起動力：必要条件>.....	188
d. 患者の反応をかわいいと思える許容力 <自律的看護実践の推進力：促進要因>..	188
e. 医療用具についての確かな専門的知識とそれを患者に適切に用いることができる 技術力 <自律的看護実践の展開根拠：必要条件>.....	189
f. 患者の発言に細やかに引っ掛かり、その意味を的確にとらえられる感性 <自律的看護実践の展開契機：必要条件>.....	189
g. 病棟全体の患者状況判断と仕事全体の見積もり力 <自律的看護実践の推進力：促進要因>.....	190
③ 美木看護師の自律的看護実践がもたらしたもの －患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感 および患者との関係性発展の可能性－.....	191
(5) 研究参加者の美木看護師の意見・感想.....	192
II. スタッフ看護師の臨床的自律性の特徴.....	193
1. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方.....	193
1) 患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種間において主導権を取り、 医師の指示の実施方法を決定する.....	193
2) 患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、 医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする.....	194
3) 患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、 病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける.....	194
4) そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、 通常のやり方にとらわれず自分で実施する.....	195
2. スタッフ看護師の臨床的自律性がもたらした成果.....	195
1) 患者に現存する苦痛症状や身体負荷の実質的軽減.....	195
2) 患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避.....	196
3) 患者の気分や身体および家族への安寧の提供.....	196
4) 患者自身による健康管理の促進.....	196
5) 患者ケア達成による看護師の満足感.....	196

6) 看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性.....	197
III. スタッフ看護師の臨床的自律性に関連する要因.....	197
1. スタッフ看護師の臨床的自律性の必要条件.....	197
1) 共感的了解により受け止める応答性.....	197
2) 患者の言動の意味を的確にとらえる感性.....	198
3) 看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき.....	198
4) 看護実践の中の省察からの発想.....	198
5) 特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力.....	199
6) 患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性.....	199
7) 患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方.....	199
2. スタッフ看護師の臨床的自律性への促進要因.....	200
1) 看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度.....	200
2) 実践経験に裏付けられた看護の価値の確信.....	201
3) 病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力.....	201
4) 患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢.....	201
5) 患者との相互行為により強化された責任感.....	202
6) 患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力.....	202
7) 患者の意思決定を促すやり取りの仕方.....	202
3. スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因.....	203
第4章 考察.....	204
I. 看護実践における臨床的自律性.....	204
1. 臨床的自律性発揮と看護師の看護実践への向き合い方.....	204
2. 患者との相互作用により発揮される看護師の臨床的自律性.....	209
3. 臨床的自律性発揮を決定づける看護師の価値観および内的基準.....	212
4. 臨床的自律性発揮と医師の指示および医師との関係.....	215
5. よい看護、倫理的行為と共通する臨床的自律性発揮における expertise の必要性.....	219
II. 看護における実践、教育、研究への示唆.....	222
III. 本研究の限界と今後の課題.....	223
第5章 結論.....	226
謝辞.....	229
文献.....	230

図表	表 1. スタッフ看護師の属性
	表 2. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方
	表 3. スタッフ看護師の自律的看護実践の成果
	表 4. スタッフ看護師の臨床的自律性の必要条件
	表 5. スタッフ看護師の臨床的自律性の促進要因
図 1.	スタッフ看護師の臨床的自律性の程度 イメージ
図 2.	スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の関連要因

資料	1-1. 看護部長用研究協力のお願ひ
	1-2. 看護部長用研究計画の概要
	1-3. 研究協力・参加をお願ひする病棟の看護師の皆様への説明手順
	2-1. 病院長用研究協力のお願ひ
	2-2. 病院長用研究計画の概要
	3-1. 病棟看護師用研究協力へのお願ひ
	3-2. 病棟看護師用研究計画の概要
	3-3. 研究協力・参加をお願ひする病棟の看護師の皆様への説明手順
	4 病棟看護師用研究へのご協力のお願い
	5-1. 研究参加者スタッフ看護師用研究へのご協力のお願い
	5-2. 研究参加者スタッフ看護師用同意書
	6-1. 研究協力患者用研究へのご協力のお願い
	6-2. 研究協力患者用同意書
	7-1. 研究協力病棟看護部長用研究へのご協力のお願い
	7-2. 研究協力看護部長用同意書
	8. 主治医用研究へのご協力のお願い
	9. 医療スタッフ用研究へのご協力のお願い
	11-1. 研究協力病院看護部長用研究へのご協力のお願い
	11-2. 研究協力看護部長用同意書

第1章 研究の背景と目的

I. 研究の背景と動機

看護職の自律性は、国際的に望まれ続けてきた看護実践に不可欠の要素 (Pankratz & Pankratz, 1974; Fung-kam, 1998; Ska°r, 2008; Varjus, Leino-Kilip, & Suominen, 2011) であり、わが国においても戦前以来志向されてきた (川島, 2000)。日本における看護職の自律性は、昭和 23 年保健師助産師看護師法の制定により法的に擁護されることとなったのではあるが、この法律が示す看護師業務である「療養上の世話」については、これまで指示規定が明確ではなく、法的責任主体は明確にされてこなかった (稲葉, 1997a,b,c)。そうした経過の中、平成 14 年に厚生労働省が設置した「新たな看護のあり方に関する検討会」において、看護師は患者の療養生活支援の専門家であるとして明確に記されるに至った。そこでは、看護師の独占業務である「療養上の世話及び診療の補助」のうち、「療養上の世話」については、看護師が責任を持って判断すべきものとして明示された。また、患者の苦痛緩和支援については、医師の包括的な指示のもとに看護師が責任を持って行うことや在宅ケアにおける訪問看護師の医師との連携の必要性が明確化された (看護問題研究会, 2004)。その背景には、生活の質的向上を目指す人々の価値観および医療に対する自己決定要求、少子高齢化の高度進展や慢性疾患の増加、ノーマライゼーションの普及など社会の変化に対応する保健医療提供体制の改善要求および看護職への期待がある。このような国の施策に先導される看護師の専門家としての位置づけおよびその裁量権拡大は、看護師が自らの判断・行為およびその結果に対する責任の拡大を意味し、これまで以上に高い自律性を発揮することへの社会からの期待ととらえることができる。

一方、近年医師不足をその主たる理由として、医師だけに許される医行為について、合法的に看護師が実施可能となるための制度化の動きが急速に進められている。これは、「看護師特定能力認証制度骨子 (案)」として、平成 23 年 11 月に提案された厚生労働省が主体となって進めている事業である。同骨子案では、特定の医行為を看護師が実施することを許し、医師にはその状況報告と確認を逐一行うことが規定される (小松, 2012) など、看護職の裁量権に関わるとして物議を醸している。この骨子案もまた、一見すると、国の施策が先導する看護職への役割期待とみることもできる。しかしながら、医師の専門職役割を看護職が代行することを容認することは、患者の立場に立ち、時には医学との見解に異を唱えても患者を擁護してきた看護職本来の役割遂行に歪みを与えることとなる。すなわちこの骨子案は、看護専門家としての裁量権に関して、看護職が自らを問い直すことを促す重大な問題といえよう。

看護職の自律性のある側面を示すもののひとつに、国際看護師協会 (International Council of Nursing, 以下 ICN) の倫理綱領がある。伝統的な看護モデルでは、看護師は医師の補助的役割を果たす者とされ、従順と服従という受動的な美德を身につけることが

期待されていた (Beauchamp & Childress, 1989/永安・立木, 1997)。1953 年初版「看護師の倫理国際規律」では、医師の命令を忠実に遂行することが看護師の義務とされていたが、1973 年の改定では、看護師の責任は、看護を必要とする人々に対するものとされた。ここには、20 年の間に看護職の自律性が発展したことが反映されている (Beauchamp et al., 1989/1997)。わが国においては、1950 年代に看護部門が診療部門から独立して病院組織の中に位置づけられ、医師による支配から独立したこと (日本看護協会, 2007a)、1980 年代後半より増加してきた看護職の副病院長兼任 (武, 2007) による病院経営への参画、訪問看護の急速な普及 (日本看護協会, 2007a) などが、看護職の自律性のある側面を示している。

自律性は、専門職の独立性を際立たせる特徴的要素のひとつとされる (時井, 2002)。看護における自律性は、専門職の特徴的要素であるにとどまらず、看護実践の結果、すなわち患者ケアの成果に直接的な影響を与えるもの (Pankratz et al., 1974; Dempster, 1990; Blegen, Goode, & Johnson et al., 1993; Scott, Sochalski, & Aiken, 1999; Tranmer, 2005; Kramer, Maguire, Schmalenberg et al., 2007) として注目されてきている。

看護における自律性の概念は、大きく 2 種類に区分される (Kramer & Schmalenberg, 2003; Tranmer, 2005)。ひとつは、直接的患者ケアにおいて、スタッフ看護師が自律的に機能することを指し、臨床的自律性 *clinical autonomy* と表現される。これは、看護領域の臨床実践については看護が独自に、医師など他職種と協働する領域では相互依存的に意思決定を行い、患者に必要とされる場合には標準的な実践を超えて行われる看護行為を指す。例えば、呼吸困難が出現した患者の状況について判断し、酸素流量を増量してから医師を呼ぶ、あるいはがん患者の鎮痛剤の効果について判断し、薬剤の種類を変えるといった活動を指す (Kramer, Maguire, & Schmalenberg, 2006)。もうひとつは、組織における看護部門または病棟単位で行われる看護運営管理を指し、組織的自律性 *organizational autonomy* または看護実践管理 *control over nursing practice*、あるいは専門職的自律性 *professional autonomy* と表現される。これは、専門職看護の役割機能のひとつとされ、看護師および患者ケアに影響する幅広い問題に発言権を持つために、看護師同士が協同する行為を指す。例えば、血管造影を受ける患者に関する研究を行い、その結果に基づいてケア計画を改善し、患者のベッド上安静時間を短縮してコスト低下を図る、あるいは病院の看護部門や病棟内に委員会を置き、看護師による患者ケア方針の決定あるいは看護実践規準の作成といった活動を指す (Kramer & Schmalenberg, 2004)。組織的自律性の側面は、看護職全体の発展に寄与することによって個々の看護師による看護実践を支援し、臨床的自律性の側面は、個別の患者ケアの質を高めることによって看護職全体の発展に貢献することから、両者は相互に関連し合っている。その意味において、看護における自律性 *autonomy* の定義は、臨床的自律性と組織的自律性の両者の意味を含む場合、あるいはどちらか一方の意味だけを指す場合でも、専門職的自律性 *professional autonomy* あるいは

看護の自律性 nursing autonomy と表現され、その意味内容に重複や互換性があるとされている (Tranmer, 2005; Kramer et al., 2007)。

こうした看護における臨床的自律性と組織的自律性の概念に照らしてみるならば、看護師倫理綱領の制定や看護部門による独立した組織運営管理、病院経営への参画などは、看護職の組織的自律性の側面といえる。この側面については、わが国でも行政が看護師を専門職として明確化したことにも示されるように、社会的変化とその要請に後押しされ、近年急速に進展しつつある。一方、患者の療養上の世話や苦痛緩和支援、在宅ケアなどで拡大された看護師の裁量権は、直接的患者ケアにおいて自律的に機能する臨床的自律性の側面とみることができる。臨床的自律性は、個々の看護師が有する自律性の上に築かれることが明らかにされており (Tranmer, 2005)、その測定用具についてもさまざまに開発されてきた。臨床的自律性の測定結果によれば、スタッフ看護師は、交替時間や受け持ち患者の決定あるいは委員会への参加といった病棟レベルの活動よりも、患者ケア活動における意思決定の方をより強く好むこと (Blegen et al., 1993) や、看護師の臨床的自律性とその権限との間には高い相関があること (Blanchfield & Biordi, 1996)、そして、がんや整形外科など看護の高い専門性が要求される病棟の看護師は臨床的自律性が高いこと (Kramer et al., 2006) などが明らかにされている。わが国においては、「専門職的自律性」と関連する看護師の特性 (志自岐, 1995) や、「専門職的自律性」の測定用具 (菊池, 原田, 1997) などが量的研究によって探求されているが、「専門職的自律性」の概念、定義あるいは操作的定義については明示されていない。また看護師の臨床的自律性に関する質的研究は現在のところ見当たらず、現実的状况のなかで看護師個々のレベルで行われる自律的臨床実践については、どのようにして行われ、どのような結果を生み出しているのかということに焦点を当てた研究は必ずしも十分とはいえない。Kramer 他 (2006) は、看護師の自律的臨床実践には高い評価が寄せられているにもかかわらず、看護組織構造によって臨床的自律性が育成されることもなく、自律的看護実践と患者ケアの成果との関係性は、これまで実証研究によって支持されることもなかったと述べている。看護師の臨床的自律性は、その人の個人特性に関連し、現実的な看護実践状況の中で生じる複合的多次元的現象であり、看護師とその所属組織の特性、看護管理者およびともに働く看護師仲間、医師および他の医療職などとの相互作用的関係のプロセスである (Scott et al., 1999; Tranmer, 2005)。そこで本研究は、看護師個々のレベルで行われる自律的臨床実践の側面に着目し、スタッフ看護師の臨床的自律性 clinical autonomy (Kramer et al., 2007) が発揮される状況とその結果に焦点を当てる必要があると考えた。

II. 研究の目的

本研究は、スタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床実践において、どのように臨床的自律性 clinical autonomy が発揮される

のか、その結果患者にどのような影響がもたらされたのかを明らかにする。そして、スタッフ看護師の臨床的自律性には、どのような要因が関連しているのかを探索的に探究する。

ここでいう臨床的自律性とは、直接的な患者ケアを中心とした臨床看護実践において、看護管理者や医師などの指示があったとしても、それについて自らが判断し、意思決定し、その責任を負うスタッフ看護師の主体的な行為をいう。

具体的な研究目標は以下の3点である。

1. スタッフ看護師の臨床的自律性は、どのように発揮されるのかを明らかにし、その特徴を抽出する。
2. スタッフ看護師の臨床的自律性は、患者ケアの結果にどのような影響をもたらしたのかを明らかにする。
3. スタッフ看護師の臨床的自律性に関連している要因を探索的に探究する。

Ⅲ. 研究の意義

現在のわが国においては、人口の高齢化や慢性疾患の増加、ノーマライゼーションの普及など生活機能の維持・増進を主眼とした支援が、今後ますます重要となる。人々の療養上の世話の専門家である看護職は、これまで以上にその役割を効果的に果たし、人々の健康生活の維持・増進に実質的に貢献することが期待される。そのためには、看護専門職の自律性が一層高まり、ますます発展することが求められている。本研究において、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される状況を明らかにすることは、看護職の専門性とその貢献を具体的に示すことができ、患者ケアの成果に一層効果的に寄与する看護機能の明確化を促進し、さらに看護専門職の社会的貢献の一側面として、病院看護の効果すなわち看護師の機能の効果について明示することができる。そして、スタッフ看護師の臨床的自律性に影響を与える要因およびそれを促進する要因を明らかにすることは、質の高い患者ケアを実践する看護師育成のための看護教育、患者ケアの効果的成果を生み出すための看護組織の充実に向けた看護管理の面に貢献すると考える。

Ⅳ. 文献検討

自律は、生命医学倫理における基本原理のひとつに置かれている。生命医学倫理は、医療に関する倫理問題を扱う専門領域であり、世界的にさまざまな展開がみられている。その中で Beauchamp 他 (1989/1997) は、生命医学倫理の基礎として、自律、無危害、仁恵、正義の四つを倫理原則とした。そして、これらの原理はあらゆる道徳的人間が共有する一連の基準から導き出された共通道徳とされる。

そこで、自律に関する文献検討では、はじめに生命医学倫理における自律および自律的意思決定の概念を概観し、共通道徳における自律の意味をとらえておく。次いで看護にお

ける自律の概念、自律に関する看護研究について概観し、看護師の自律的臨床実践をめぐる課題について検討する。

1. 生命医学倫理における自律

ここでは主として、生命医学倫理における権威である Beauchamp 他 (1989/1997) および Faden と Beauchamp (1986/酒井, 秦, 1995) の見解に基づいて、自律および自律的意思決定の概念を概観する。

1) 自律の概念

自律 *autonomy* は、地中海文明のルーツの一つであり、複数の文明の接点に位置する国ギリシア語の *autos* (自己) と *nomos* (規則、支配、法律) に由来する語であり、自己支配あるいは自己統治を指すために用いられた。ギリシアの都市国家では、市民は法を課せられるのではなく、自分たちで自分たちの法を作ったことから、自律は、自己統治、自由権、プライバシー、個人的選択、自己の意志に従う自由、自己の行動を起こすこと、自らの人格である、といった多様な観念の集合体に言及するものとして用いられてきた。そのため Beauchamp 他 (1989/1997) は、自律の概念をただひとつの意味しか持たない概念として規定してしまうことには疑問があり、また自律は、通常の意味で用いられる場合には不正確になりがちなので、自律理論の特定の分析目標に照らして概念を精密化する必要があるとしている。

ギリシアからの遺産である *autonomy* ということばは、政治的な自己支配から、個人による自己統治へと理念が拡張されることによって、個人の自律が個人の自己統治を意味するようになった。すなわち自律性とは、「よくわきまえて自らを統治しながら、他人による支配的介入と、意味ある選択に対する不十分な理解のような個人の選択を妨げる制約から自由を保つことである」(Faden et al., 1986/1995, p.8)。

2) 自律的人間と自律的选择

自律性は、同意や拒否といった選択に関連するものであるが、同意や拒否という選択は行為であって、人格そのものとは異なる。自律的人間というのは、外的束縛にしばられることなく、自分のことを自分で管理することができ、かつ情報を得たうえで計画に従って行為することができる。しかし自律的人間であっても、病気や気分、あるいはそのことに無知なことや強制などによる一時的束縛のために非自律的选择をすることがある。また、自律的人間が、医療や研究などに関する同意書を読まず、内容を理解せずに署名する場合には、これを自律的とはいえず、インフォームド・コンセント (Informed Consent, IC, 以下 IC) を与える資格はあっても、IC を与えたことにはならない。

一方、通常自律的ではない人が、ときとして自律的选择をするということもある。例え

ば、通常自分のケアを自分で適切に行うことができず、法的責任能力がないと看做された精神疾患患者が、自分の意思を表明し、自律的選択をすることもある。このことから、自律的人間について、一貫性があり、独立しており、自由であり、権威による支配に抵抗することができ、その価値や信念が自分自身に由来するものである、として規定するならば、自律的選択をする人はほとんどいないことになる。したがって自律的選択の基準は、自律的人間の基準と同じではないとされる (Beauchamp et al., 1989/1997)。そのため生命医学倫理では、意図的に、理解をもって、行為を決定することへの支配的影響なしに行為するという、標準的な選択者における自律的行為、特に IC においては、自律的選択あるいは自律的行動に焦点が当てられている。

3) 自律的行動

(1) 実質的な自律的行動

自律的に行動できる能力があることと、自律的な行動をとることは別のことである。自律的人間が病気や無知などによる一時的束縛のために非自律的選択をすることから、能力をもっていることが、自律的に選択する、あるいは将来選択するという保証にはならない。そこで生命医学倫理、特に IC の理論では、自律的人間というより自律的行動の方に焦点がおかれる。

自律的行動の基本条件は、①意図をもって、②理解して、③何かの影響下ではなく、の3つとされる。①の意図性については、行為は意図的か、すなわち潜在的に自律性があるか、非意図的すなわち非自律的かの二者択一とされる。②と③は、理解と非支配の条件、他者の影響力に支配されないことの条件であり、完全に存在する状態から全くない状態までを示す幅ひろい連続体の上に位置することになる。ここでは、自律性は、理解と非支配の2つの条件の実質的達成度によって見られることになる。したがってここでの行動は、自律的か非自律的かという分類ではなく、どのくらいかという程度によって定義される。

ある脅威は、行動の自律性を阻害することがある。このことから、人が行動を起こす場合、より多くの情報を理解すれば、それだけ自律的行動の可能性が高まる。他者による影響力行使の形態が、行動の自律性の程度に影響を及ぼす。また強制された行動は、たとえ理解度が高くても決して自律的とはいえない。したがって3つの条件のうちひとつでも欠けた行為は非自律的となる。行為が意図的であり、まったくの無知や他者による完全な支配がないような場合は、その行動の自律性の程度は、理解と非支配の条件の達成度の程度に相関する。IC の理論では、意思決定およびそれへの参加の際の実質的な自律性は、その文脈のなかで個別に対処するという規準によって判定される (Faden et al., 1986/1995)。

(2) 自律的行動の 3 条件

① 意図性

Faden 他 (1986/1995) によれば、意図性は、自律的行動の概念に欠かせない条件である。行おうと意図して行った場合のみ、その行動は意図的行動となる。そこでは、人は、自分が行為の原因であることを、あるいは自分が当事者であり、行為者であることを意識することが要求される。ある行為が意図的であることは、行為者が当該の行為を、それが具体化しないまでも計画すること、認識することに結びついていなければならない。意図的な行動とは、計画どおりに行われることを意図した行動である。意図的行動は、他の目的のためではなく、そのこと自身のために求められる。しかし、意図的な行為には、行為者がまったく望まないか、欲しないような行為も含まれる。例えば、乳がん患者が病巣を取り除くことを目的として手術を受ける際、乳房を失う場合がある。こうした際、乳房を失うことは許容できる行為と呼ばれる。IC の理論では、許容できる行為を含む結果をすすんで受け入れた場合、意図的と見なされる。

② 理解の条件

行為者が行動に対する理解を欠くとき、その行動は自律的となり得ないとして、IC の理論では重視されている。Faden 他 (1986/1995) によれば、その人の理解の程度によって、自律的意思決定の質は劇的に変化する。

「理解」ということばは、さまざまな内容の意味を持つ。自律的行動の理論と IC の理論の双方にとって問題となる「理解」の用法は、命題的理解「…として理解すること」とされる。具体的には、その人が自分の行動を、結果も含めて自分で説明できる場合に、その人はその行動を理解したということになる。行動の理解とは、その人の行動の意味と、その行動を遂行する、あるいは遂行しなかった結果として生ずる予測しうる結果、または起こりうる結果を正確に説明した命題または陳述をきちんと理解した場合、その行動の完全な理解を得たとされる。この理想の状態がみたされない程度に応じて、その行動は完全な理解からはずれ、完全な自律的な行動からはずれてくる。

また、ある人の企てた行動の理解が、本来その行動を理解するために重要な事柄について誤った考えに基づいている場合、たとえその人が自分の行動のもとになる誤った考えについて責任があるとしても、その行動は自律的とはいえなくなる。人の考えにしばしば伴う蓋然性と不確実性を解明する方法のひとつとして、考えの妥当性を評価するための証拠を扱う基準を設けることが必要とされる。この方法は、真実性や正しさの基準としてではなく、その考えをもっている人が、その条件下において、それを真実だと信じるのが正当かどうかを問うものである。この考えについての正当性の基準は、それが真実でなくとも、なにが現実かという通常の社会的合意を基盤とした合理的な信念と主張の常識的概念に一致するとされる。

③ 非支配の条件

Faden 他 (1986/1995) によれば、個人の自律性の基本的条件は、その行動が支配から自由であること、自主的であり、何かによって支配されないこと、特に他者による支配によってその人自身の意向が奪われないことである。この条件は、自律的行動の理論における条件として、意図性および理解と同等の立場を有するが、“ある”という基準によって測ることはできず、他によって支配されないというネガティブな条件によって表現される。

IC の理論では、基本概念として影響力と影響力に対する抵抗が用いられている。支配は影響力により発揮されるのだが、すべての影響力をもつというのではなく、多くの影響力は、抵抗し得るものとされる。支配の問題は、意図性とは厳密に区別される。意図的ではない行動であっても、他者の影響力に支配されているとは限らない。また他の影響力にまったく支配されない行動でも意図的ではない場合があり得る。例えば、ある人が偶然誤った同意書に署名する場合、これは意図しない行為となり、かならずしも他者から支配された行為とはならない。また凶器で脅されている人が、意図的に持ち物を差し出す場合もある。強制される場合、人は、自律的に行動する能力は奪われるが、意図的に行動する能力は奪われない。

影響力には、強制、操作、説得という分野がある。この 3 分野では、操作だけが連続線上に乗り、強制と説得は連続の概念をとらない。強制は、常に支配的であり、そこに程度の高低はない。強制的介入は、まったく支配的な行動によって常に自律性を完全に妨げている。説得は、支配的ではなく、非支配の程度には関係しない。説得は、非支配的影響の最も顕著な例とされ、この形態は抵抗が可能であり、受け入れるか拒否するかは常に個人的決断にかかっている。操作は、支配的であったり非支配的であったりして、程度の高低がある。だまし、教化などの影響力は、操作の諸形態とされる。これら 3 つの分野の区別はそれほど厳密ではなく、すべての影響力を操作的、説得的、強制的のいずれかにはっきりと区別したり分類することはできない。これらの影響力の 3 分野は、IC の理論では、主観的解釈に焦点がおかれている。ある特殊な影響力に対して、同じ操作が両者に同じように加えられたとしても、ある人にとって操作や強制になっても、別の人では操作や強制にはならないことがある。そのため操作されるとは、本質的に主観的事柄であり、人の反応に対応する事柄であるとして、IC の理論では重視されている。

4) 自律と権威

個人は、ある団体や伝統の権威 (例えば宗教など) に従うという選択をすることがある。そしてその選択によって、自分たちの自律を行使することがある。その選択者は、団体や伝統の正統性を認め、受容することによって、自分たちの指針とし、自律を行使するのである。こうした場合、団体や伝統の権威に従うことは、他律的すなわち他人による支配という見解は正当化されない。なぜなら、その選択者は、自律的にある団体や伝統の権威に

従うという選択をしたと看做されるためである。

道徳性は、共有された経験や社会的取り決めから現出してくる。有徳な行為、役割上の責任、受容可能な愛の形態、慈愛の行動、自律の尊重、その他多くの道徳的観念は、個人によって自律的に受容されたものではあるが、それは通常、ある部分では文化的伝統に由来しているとされる。

自律と、委任された権威ならびに道徳的伝統とは両立し得る。権威と自律との両立が疑われるのは、権威が正しい方法で委任されたものでないか、あるいは権威それ自身の正統性に問題がある場合とされる。自律は、一方において不道徳とも両立し得るし、また一方において道徳的な権威や伝統とも両立しうる。自律は、思慮深い個人の選択と適正に結びついた概念であって、権威、伝統、あるいは社会的道徳の拒否を必要とするものではない (Beauchamp et al., 1989/1997)。

5) 自律尊重原理

自律的である、あるいは自律的に選択するということは、自律的行為者として尊重されることと同じではない。自律的行為者を尊重するということは、個人的な価値観と確信に基づいて自己の見解をもつ権利、選択する権利、行為する権利を含め、その人の能力や見方を認めることとされる。そして真の尊重とは、単に一定の心的態度を採用することではなく、尊重する行為を含むものとされる。

自律尊重原理は、＜自律的行動は他者の統御的拘束に服従するものではない＞として否定の形で表現され、自律的意思決定を行う権利を正当化し得る基礎を提供する。Beauchamp 他 (1989/1997) は、この原理を「われわれは、個人の思想や行動が他者に重大な危害を＜与えないかぎり＞、その個人の見解や権利を尊重しなければならない」(p.84) という表現により、制限されたり排除されたりすることのない抽象的原理として扱われるべきであるとしている。そして自律尊重原理は、他の道徳原理と同じく暫定的なものであり、ここでは干渉されない権利と自律的行動を束縛しない義務とが強調されている。

自律尊重原理は、人が知り、行為するためには何から自由であるべきなのか、何をもって自律の抑圧に対する妥当な正当化とみなされるのか、ということは決定できない。この原理は、自律的意思決定を育む場面において、尊敬の念をもって対応するという肯定的な義務を生み出す。例えば、他者に対してうそをつかないという一般的義務があっても、他者に情報を公開するという一般的義務はない。だがヘルスケアの専門家は、患者の同意なしには、彼らに何かをする権利は有してはいない。この同意や拒否の権利は、自律尊重原理に基づいているのである。

2. 看護における自律

1) 看護における自律性への着目

19 世紀から 20 世紀初めにかけて医学が急速な進歩を遂げた一方で、それまでの医学職業倫理や医師－患者関係にはほとんど変化はなかった。患者に対する善行的な嘘と情報の非開示が、標準医療として専門職業上の規範となっており、患者の権利と医療行為への同意について議論がなされたのは、1950 年代後半から 1960 年代はじめにかけてであった。Beauchamp 他 (1989/1997) によれば、米国における市民権運動、女性の権利運動、消費者運動、囚人および精神病患者の権利運動が提起してきた課題は、健康問題にかかわるものが多く、こうした社会的関心の高まりが、医療をめぐる権利についての考え方を大衆が受け入れる素地となった。またナチスの残虐行為と米国における被験者への虐待事件が医師の信頼性への疑いを巻き起こし、1950 年代から 1970 年代にかけ、医療分野において IC への関心が高まった。

一方、自律性をその特徴的要素とする看護の専門性については、米国では看護師の職業アイデンティティにかかわる切実な問題として早くから取り上げられてきた (Christman, 1965; Pankratz et al., 1974)。看護職は、女性が大半を占める職種であること、伝統的に医学に従属する仕事であると考えられてきたこと、病院内で与えられる仕事他職種と重複する上、必ずしも専門的知識・技術を必要としない仕事にも従事するため互換可能と考えられていること (Jaycox, 1980/小玉, 1986) などの理由から、看護職は自らの専門性を主張し、社会的に認められる必要性が高かった。さらに社会的にも問題とされていた国家資源としての看護師不足が加わり、看護の内外からの要請により、看護の専門性についての主張は必須の問題であったといえよう。

患者の利益よりも自分自身の利益を優先させる医師もいるという事実を認識した患者たちは、新しい医療技術が恩恵だけをもたらすわけではなく、不適切に使用されると患者にとって害になることに気づき始めた。患者に権力や医学専門知識がない、新しい医療技術をよく知らないなどの理由から、患者が医療の犠牲者となる危険があるとすれば、患者は助けを必要とする。このような患者たちに対して、看護師たちは喜んで助けの手を差し伸べようとした、と Kuhse (1997/竹内, 村上, 2004, p.48) は述べている。性差別の伝統を反映した医師への従属的位置づけが、看護師自身の意識をも長い間にわたって強く支配してきた。そのため、患者の利益を第一に考え、医師に対して時には対立する患者の代弁者となるべきだという主張が、看護師たちの間に広がり始めた。こうして看護師が自らの職業的責任を考えるうえでの枠組みは、従来の医師－看護師の関係から、患者－看護師の関係へと根本的に変換されることになった (Kuhse, 1997/2004)。

1970 年代に入ると、生物医学の技術進歩により、多くの新しい治療法が生み出され、以前であれば生存が不可能だった患者もその延命が可能となった。このころ、昏睡状態の患者 Karen Quinlan の家族が、彼女の人工呼吸器を取り外す決断をした (Pence, 2000/宮

坂, 長岡, 2000, p.45) 米国医療倫理史上最も有名な事件が起き、これが引き金となり、延命治療をめぐる論争が世界中に広がった。こうして死の基準や医療技術の使い方など倫理的問題への根本的な問い直しが始められ、倫理学や法律、医療だけではなく、広く一般の人々の間でも盛んに議論されるようになった。看護における教育水準はすでに向上してきており、高度な知識・技術を身につけた看護師たちにとっても、倫理的葛藤が職務的不満足の大きな要因にあげられるようになっていた。例えば、患者に代替治療について知らせる看護師の権利、ヘルスケア施設における患者の虐待、医師による看護師の仕事の監督、臨床所見に対する看護師の解釈とそれに基づく看護活動、患者の状態に関する家族とのコミュニケーション、医師の治療方針と準備された情報との不一致など (Fagin, 1980/数間, 1986) である。看護師たちが独立した専門職として認められ、道徳的に重大な意思決定が問題となる場合には自分たちの声も考慮してほしいと願うようになった背景には、フェミニズムの台頭が影響している、と Kuhse (1997/2004) は主張する。なぜならフェミニズムは、看護職を表す良い女性、補助的、奉仕など伝統的隠喩に潜んでいる性役割についての固定観念を問題にしたためであるとしている。

一方米国では、医学技術の発展に伴い医療費が高額化し、コスト抑制政策がとられたため、病院は非常な経営困難に直面することとなった (Walker, 1980/小玉, 1986)。病院が赤字経営になると、企業形態をとる営利病院に買収されたり、株式市場から資金を調達したりする病院が現れる (高山, 2000) などの理由から、病院医療の質に影響を及ぼすこととなった。これら医療環境の変化は、病院の再構築や再計画を促した。病院再構築の進行は、病院看護に大きな影響を与え、看護師間の専門職的結びつきは失われ、良質な看護実践のための効果的な競争力の欠如、専門職的リーダーシップの消失、不確かさ、なじみのない仕事環境、そして単純作業化による看護師の自律性の減少、仕事の不満足増加といった変化をもたらした (Tranmer, 2005)。このような背景から、1980年代には病院の質を確認するための全米規模の継続研究が始められた。そのひとつがアメリカ看護師協会 (American Nurses' Association, 以下 ANA) が出資するマグネット・ホスピタル¹研究である。この研究は、優秀な看護ケアおよび患者ケア²を提供する病院を確認することを目的としており、この研究によって確認された病院は、“マグネット・ホスピタル”、“ゴールドスタンダード病院”、あるいは“米国看護師資格授与センター (American Nurses Credentialing Center, 以下 ANCC) 指定病院”として荣誉ある指名を受けた。マグネット・ホスピタルに指名された病院の特徴は、看護師が働くのに好ましい場所 (仕事の満足

¹ マグネット・ホスピタルとは、看護師を磁石のように引き付けて定着させ、質のよいケアを提供する看護部門に支えられた病院をいう。特定の基準を満たす病院は、American Nurses Credentialing Center によってマグネット・ホスピタルに指定される。

² マグネット・ホスピタルに関連する看護研究では、看護ケアという用語は看護領域独自に行われるケアを指し、患者ケアという用語では看護および医学その他の領域がかかわるケアを指しており、区別して用いられている。

度が高い)、患者が質の高いケアを受ける、看護を実践するのに好条件の場所(質の高いケアが提供できる)、そして看護師が就職し(その病院に引きつけられる)、仕事を続ける(就業継続し離職が低い)という点であった。

Kramer と Schmalenberg (2005) によって行われた継続的マグネット・ホスピタル研究では、病院および看護部門の構造と患者ケアの成果との関係性に焦点が当てられた。この研究における看護師へのインタビューや調査から、看護師の自律性、看護実践管理、看護管理者のサポート、看護師－医師関係、看護師の仕事の満足、仕事の継続性、バーンアウト、良質な患者ケアの成果とケア提供者のプロセスといった項目が、研究課題として見出された。また、看護師の自律性は、看護師の個人特性と仕事の文脈の中で生じる複合的多次元的現象、相互作用的、関係的プロセスである (Tranmer, 2005) として、看護師の自律性に影響する因子やその関連性についても研究されている。こうして看護師の自律性は、仕事の満足や仕事の継続性、患者ケアの成果への重要因子とされ、良質な労働環境の鍵となる指標として、看護文献において広範囲に述べられるようになった。このように米国では、看護における自律は専門職としての独立性を意味するだけではなく、患者ケアの質に、そして医療を提供する病院の質に直接的な影響を及ぼすものとして認識されてきている。

わが国においては、志自岐 (1999) が、看護職の専門職性に関して、看護師たちは専門職的権限を有することにより責務を果たそうと志向していたが、1970 年代の社会的認知では、半専門職³あるいは専門労働者というのが一般的であったと述べている。わが国の看護専門職を代表する日本看護協会は 1946 年に創立されたが、看護の専門分化について本格的に検討が始められたのは、1980 年代後半のことであった (南, 2000)。時を同じくして厚生省 (当時) では、「医療分野における新しい職種を考える委員会」を置いていた。その委員を務めていた元日本看護協会長の南 (2000) によれば、1987 年に臨床工学技士、義肢装具士に加えて社会福祉士、介護福祉士が新たに誕生した。なかでも介護福祉士は、看護の独占業務である「療養上の世話」に極めて類似する業務を担う職種であることから、南は、看護の専門分化の必要性を危機感とともに実感したという。

同年発表された厚生省「看護制度検討会報告書」では、医療の高度化・専門化に対応するため、有資格看護師に一定の専門分野の教育が必要であることが示された。これを受け、日本看護協会は、「専門看護婦制度検討委員会」を設置し、1993 年には専門看護師認定制度が発足した。その後、看護教育の高等化により看護系大学および大学院が急増したことから、1996 年には専門看護師教育課程設置の認定は、日本看護系大学協議会に移譲された。しかし臨床の場では、医療の高度化・専門分化がますます促進されつつあり、水準の高い

³ 田尾 (1979) によると、「看護婦はケースワーカーや初・中等教育教師などともに半専門職 semi-profession であるとされるが、このような職業は医師や弁護士のような確立されたプロフェッションの場合のように自信をもって自律性が保証されているわけでもない。しかし、また非プロフェッションのように自律性をまったく前提にしないでもなり立つという職業でもない。」(p.3) とされる。志自岐は、1999 年の博士論文においてこの語を用いているが、その意味については言及していない。

専門的看護実践が求められたことから、1996年より認定看護師の育成が始められた。また、日本看護協会は、1994年日本訪問看護振興財団を設立し、それまで病院の中にいた看護職により、地域における療養者に向けた専門的看護を提供するシステムの普及を図った。このような日本看護協会によるスペシャリスト認定制度の設置や訪問看護の普及のための施策は、看護専門職自身の責任において、看護実践の質保証および向上を図るための責務遂行策といえる。その一方で、わが国の看護の専門職的發展は、看護職自身の自覚によるというより、社会の変化およびそれに対応するための医療行政策に後押しされてきた側面も大きい。古くは、第二次世界大戦後の連合国軍最高司令官総司令部 General Headquarters/ Supreme Commander for the Allied Powers, GHQ/SCAP 公衆衛生福祉部の指導に基づき、1947年に保健師助産師看護師法が制定された(杉谷, 1995)。そして、厚生省による1987年の「看護制度検討会報告書」における専門看護師育成の必要性の声明は、日本看護協会の専門看護師認定制度発足を促すこととなった。また、厚生労働省による2002年の「看護のあり方に関する検討会報告書」における看護師の業務範囲拡大は、専門職としての責任の再認識を看護外部から促されることとなった。そして2011年には、厚生労働省チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループによる「看護師特定能力認証制度骨子(案)」が示された。同骨子案では、特定の医行為を、診療の補助に含まれるとして、保健師助産師看護師法を改定するとある。この制度の主旨は、医師不足を補うことにあり、看護師が医師に代わって医行為を実施することは、これまでの間、「医師とは異なる立場、異なる専門性で、患者の身近にある強みを生かし、患者の気持ちに寄り添いながら、意思決定や意思表示を助ける」(高田, 2012, p47)というあり方を実践してきたわが国看護職の専門性・自律性とは相容れないのではないだろうか。また、同骨子案は、その「法制化に拍車をかけているのが看護界の声を代弁する立場の職能団体」(川島, 2012, p.43)であるとされる。これは、アメリカ看護師協会が、患者のための良質な看護実践への切実な必要性から、看護師と医師との協同的实践領域を定めようとして同国医師協会と対等に協議していることとの立場的差異を著しく見せつけられる事態といえる。今こそ、わが国の看護職にとって自らその自律性が問われているといえよう。

2) 看護における自律性の概念

看護における自律性 autonomy の概念は、Kramer と Schmalenberg (2003) によれば、初期には、患者ケアを提供する際に行われるべきことを決定する力、判断の上で行為すること、意思決定に対する責任をもつこととされていた。1980年代には、autonomy は実践の自由、看護の独立と意思決定、自己管理能力と定義されており、その後、職務、仕事の管理、仕事に関する独立、主導性、許可または要求される日々の職務活動における自由の程度、その人が知り得ることを行う自由、官僚的制約からの自由、そして専門的知識体系を築くこと、能力を反映すること、意思決定における責任と権威を認めることなど、さま

ざまに定義されてきた (Kramer et al., 2003; Stewart, Stansfield, & Tapp, 2004; Varjus et al., 2011)。

Wade (1999) は、professional nurse autonomy の概念分析により、①職務条件に基づいた労働者の意思決定の自由としての構造および職務的自律性、②意思決定において判断を行うその人の自由としての態度的自律性、③態度的構造的側面として社会的法的に与えられた自己統制と外部資源からの影響なく専門職管理を行う自由を含む看護職集合体の自律性の3つを区別した。

専門性として伝統的に考えられてきた professional autonomy の定義の基準は、「外部の専門職から技術的な評価を受けることがなく、社会的に認められ、法的に定義された実践における意思決定の自由」とされる (Kramer et al., 2003; Dempster, 1990)。看護師の仕事の面に焦点を当てた自律性については、これまで2種類の autonomy が、基礎的側面として継続的に注目されてきており (Kramer et al., 2003)、それは臨床看護実践に定着した臨床的自律性 clinical autonomy (Scott et al., 1999; Kramer et al., 2003) と看護職の専門性に焦点をあてた組織的自律性 organizational autonomy (Upenieks, 2002, 2003; Kramer et al., 2007) である。

組織的自律性は、看護師が彼らのユニット（病棟または看護単位）あるいは組織における仕事の意思決定プロセスに関わり合う能力に関連する。組織的自律性は、専門職的自律性 professional autonomy と表現され、看護実践の管理 (Scott et al., 1999) を意味している。Kramer 他 (2006) によれば、professional autonomy という用語が autonomy というラベルにより、専門特性と同じく、官僚的状況で発生する自律性の側面としても使われるので、おそらく混乱が生じるのだという。看護実践の統治は、看護実践管理 control over nursing practice（以下、CNP）という用語により、看護師による実践と実践環境の管理、決定、施策開発を意味している。Kramer 他 (2003) は、1980年代以降の autonomy 文献すべての検討結果から、CNP は専門職的自律性 professional autonomy または組織的自律性 organizational autonomy と同義語であるとし、看護組織の自律性を表すときには CNP の用語を用いている。そして CNP は、看護組織内で共有される管理施策をもつリーダーシップ構造、規則、そして中央および病棟単位の会議・委員会によって促進され、グループあるいはユニット単位の意思決定と責任を意味し、仲間の評価活動を含み、研究と証拠に基づく実践主導の知識基盤をとおして拡張または有効化される、としている。Kramer と Schmalenberg (2004c) は、マグネット・ホスピタルのスタッフ看護師 289 人のインタビューデータから、「CNP は、看護師が、その人に影響する個人的問題に関する意思決定と同様に、可視的に組織化された構造によって可能になる実践施策および諸問題についての意思決定に参加するプロセスである」(p.46) という定義を導いた。そして、スタッフ看護師が認識する CNP についてのインタビューデータでは、「ドレッシング材（創保護フィルム）を購入するといったような実践問題を解決することは、病院のために最も

良い医療品を買うことやその実践基準を打ち立てること、ケアの質のインジケータについて再検討することですし、この病院における看護実践の一般的責務と責任です。」(Kramer et al., 2004c, p.46) と述べられている。

臨床的自律性 *clinical autonomy* は、臨床実践の範囲と環境の中で生じる (Tranmer, 2005) という見解でおおむね一致している。Stewart 他 (2004) は、解釈学的アプローチにより、看護師 43 人を含むフォーカス・グループ討議のデータから、臨床看護師の *clinical autonomy* の理解について、臨床実践の事例検討を行った。その結果、看護師たちは、「全体的なケア計画を理解し、知識と技術を用いて時を得たやり方で患者ケアのゴール達成に貢献する彼らの能力」として *clinical autonomy* を記述した。Kramer 他 (2003) は、スタッフ看護師の *clinical autonomy* の概念を明らかにするために、“あなたは自律的な看護実践ができていますか？ あなたの自律的な看護実践を例証する代表例を挙げてください。” という質問により、マグネット・ホスピタルの看護師 279 人にインタビューし、継続比較分析を行った。その結果、スタッフ看護師が自らの自律的な看護実践を語るとき、看護職の専門性に焦点をあてた組織的自律性 *professional autonomy* ではなく、直接的患者ケアを中心とした臨床看護実践において自律的に機能する *clinical autonomy* を意味していること、そしてその行為が、看護実践の通常の基準を超えていることを明らかにした。そこでの具体例には、1 対 1 の看護あるいは患者ケアの意思決定の状況が提示されていた。例えば、開腹術後患者の食事を柔らかい食事から、普通食に進める決定は自律的な看護実践ではなく、それは知識と判断に基づいてはいるが、医師の指示のある通常の基準的ケアであるとしている。看護実践の通常の基準を超えているケアとは、例えば、進行したアルツハイマー病で精神活動が低下している高齢患者に MRI (核磁気共鳴画像法 *magnetic resonance imaging*) 検査を行う指示が医師から出されたとき、看護師は、患者に鎮静剤あるいは麻酔など侵襲的処置を必要とする上、その後のケアには何も違いを生じないと判断して、医師にその指示を撤回するよう申し出るというような行為を指していた。このような *clinical autonomy* は、「患者への関心を最善のものとして行為すること、そして看護実践領域においては独自の臨床的判断を行い、医学など他の学問領域と重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定すること」と定義される (Kramer et al., 2006, p.480)。

以上、看護における自律性には 2 つに区分される概念があるとされてきたが、現実の看護実践においては、それぞれの職種が相互依存的に関連しながら目的達成に向かうため、各職種間の絶対的境界線を引くことは、もはや時代遅れかもしれないと示唆されており (Porter-O'Grady, 2001)、研究者らはこれに同意し始めている (Kramer et al., 2007)。

3) 看護における専門職的自律性

ここでは、専門職的自律性 *professional autonomy* の側面として、看護の自律性を示すいくつかの事柄について述べる。

(1) 看護の倫理綱領

1950年代から1960年代に社会学分野において、専門職の特質を明らかにする試みが盛んに行われた。専門職の定義は未だ明確とはいえないが、高度の自律性や社会的権限の付与、高度に体系化・理論化された知識・技術の保有、国家または団体による資格認定、職業集団自体の組織化と行為準則の保有、愛他的動機に基づく公共の利益目的という項目が、専門職の特徴的要素（時井, 2002）とされており、加えて独自の倫理綱領を備えていることが、研究者間では概ね合意されている（勝原, 1999; 志自岐, 1999）。

専門職倫理綱領は、看護師や医師など特殊な集団の行為指針を規定するものであり、社会全体を統御して誰にでも等しく適用される道德綱領とは区別される、専門家自身による役割道德を明文化したものである。それゆえ、これは外部から押し付けられた基準とは区別されなければならない（Beauchamp et al., 1989/1997）。

国際看護師協会 ICN は、1899年の設立当初から、看護職が倫理規定を有する必要性を強く認識していた（石井, 野口, 2007）。そして、草稿の経緯を経て1923年から世界のすべての看護師のための倫理綱領の作成に着手し、第二次世界大戦による中断を経て、1953年「看護師の倫理国際規律」が承認された（Fry & Johnstone, 2002/片田, 山本, 2006）。これに先立ち、米国看護師協会 ANA が最初の倫理綱領を作成していた。ANA は、世界最大の職業団体として社会的責務を認識し、1949年初頭に倫理委員会を設置し、1950年「看護師の規律」を定めた。ここでは、「看護師の基本的な責任は、生命を守り、健康を増進することである」としながらも、「緊急時のみ医療行為を行い、その行為をできるだけ早く医師に報告する」、「医師の指示を知的に行い、指示を確認する」（石井他, 2007, p.7-8）と述べられている。ANA「看護師の規律」は、ICN および諸外国の倫理規定に広く影響を与え、ICN「看護師の倫理国際規律」においても、先述のように1953年初版では、「医師の指示を知的にかつ忠実に実行し、非倫理的処置に参加することを拒否する義務がある」（石井他, 2007, p.9）と述べられていた（Beauchamp et al., 1997/1997）。

看護師の倫理的行動の基準は、伝統的に考えられてきた医師への従属的位置づけから、自律した専門職としての地位が形成されるまでの変化に沿って進化してきている。2000年の ICN「看護師の倫理綱領」には、看護実践の重要な側面として、看護師と看護ケアを必要とする人々、看護師と看護実践、看護師と看護専門職、看護師と共働者が大項目に分類されている。現在では、世界の多くの看護師協会がそれぞれの倫理綱領を作成しているか、あるいはしつつあるが、ICN 倫理綱領は、世界各国の専門職倫理綱領のモデルとなっている（Fry et al., 2002/2006）。

わが国では、1988年に日本看護協会が「看護師の倫理規定」を定め、「看護者は、人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する」としている（日本看護協会, 2007b, p.9）。日本看護協会と ICN のかわりかは、1909年に ICN が第2回国際看護婦会議に日本の看護婦（当時）を招待したことに始まる。当時 ICN では、国内に看護婦の自主的かつ独立した

団体を結成することが入会資格とされていたが、明治期日本の看護婦にとってこれを満たすことは困難であった。そのため、前身であった日本帝国看護婦協会が ICN に加盟したのは、1933 年、日本が昭和期に入ってからのことであった（杉谷, 2001）。日本看護協会は、早い時期から ICN と関連があったことから、初版の倫理規定では、人々の健康生活の実現に貢献することを第一義的使命とし得たと考えられる。しかしながら、ICN 倫理綱領が 1953 年初版から 1973 年改訂へと、世界情勢および時代の趨勢に沿って改正されているにもかかわらず、日本看護協会の「看護師の倫理規定」がこれよりも 15 年の後に制定され、大きく遅れたことが指摘されている（石井他, 2007）。

（2）看護職の副病院長兼務による経営参画

わが国では、1987 年に全国で初めて、次いで 1993 年に看護職副病院長が誕生した。武（2007）によれば、その後、主として民間病院に看護職副病院長を置く病院が増え、徐々に増加したが、10 年間ほど横ばい状態を保っていた。しかし、2001 年に発表された全国国立病院・療養所総看護師長協議会報告書により、全国の国立病院・療養所院長の 83% が看護職副病院長を置いた方がよいと考えている事が判明した。この影響により、看護職を副病院長に置く病院数は増加していき、2004 年には 51 病院であったのが、2006 年 11 月の時点では 115 病院となった。武（2007）は、ある県の病院管理者として、その管理下にある病院すべてに看護職副病院長を置くことにより、病床稼働率が 7% 上昇、外来患者数が 10% の増加をみたと述べている。そして、看護職副病院長を置くことの効果として、看護職の地位向上、医師－看護師関係が良くなる、病院の活性化などを挙げている。

看護職副病院長として病院経営に参画している鈴木（2007）は、看護部長としての発言では一部署の意見にとどめられていた提案が、副病院長として発言することにより、経営に関わる問題として受け止められるようになり、患者中心の議論ができるようになったと述べている。例えば、薬剤の調合作業について、看護部と薬剤部のどちらが行うかという問題では、両部署の活動および病院全体を考慮に入れ、患者中心の議論を重ねた。その結果、両部署からの要望として分包器（数種類の薬剤を仕分けし、1 袋に包装する器械）の導入に至り、両者の業務負担が軽減し、看護師が患者のそばにいる時間を増やすことにつながったという。このような看護部長の副病院長兼務により、他職種部門との調和を図り、病院全体の効率を上げること、および患者を中心とした議論の提案による看護の専門性発揮については、看護職副病院長の太谷（2007）も同様の成果を述べている。

看護職副院長の存在が増加し注目されるようになると、組織における看護職副院長の位置づけや役割、業務・活動の実態調査（神田、林, 2004）や、看護職副院長の現状についての実態調査（日本看護職副院長連絡協議会, 2007）などが行われた。巴山、山澄と鶴田（2009, p.8-10）は、病院の政策形成過程における活動内容について、看護職副院長に半構成的面接を行った結果、政策立案段階では、「職員の提案を取り入れた具体策の立案」、「合

意形成のための十分な調整」、「明確な主張と次善策の承認に向けた交渉」といった要素を、政策決定段階では「政策の有用性の説明による会議メンバーへの説得」、「巻き込むべき人的資源の見極め」、「役割や地位の獲得」といった要素を、看護職者が意思決定に参画する際に必要な要素として導出している。こうした結果にみられるように、病院の政策形成過程においても看護の専門性が発揮されるようになった。

(3) 訪問看護の普及

わが国の訪問看護は、1972 年頃から少数の病院や一部の地方自治体において行われていたのだが、1982 年老人保健法の制定により、急速に訪問看護への注目が高まった。杉谷 (2001) によれば、日本看護協会では、職能団体として取り組むことの重要性を認識し、本部内に委員会やプロジェクトチームを発足させることとした。そして、訪問看護の経済的基盤確保のため、当時の厚生省や国会議員への陳情を行い、退院患者継続看護指導料を診療報酬上にのせることを、看護職によって可能にした。また、1985 年には訪問看護準備室を設置し、これを基盤として 1993 年の日本看護協会総会では、財団法人日本訪問看護協会の設立を可決するに至った。

在宅ケアの普及と発展が急務とされ、1987 年から国が制度創設モデル事業に乗り出したことを受けて、日本看護協会は、各都道府県看護協会とともに訪問看護ステーションの創設に取り組んだ。その後、重点事業として 1995 年開始の新ゴールドプランに対する国の目標値の 1 割を目指すこととして、日本看護協会立訪問看護ステーションの設置に向けて精力的に活動した。その結果、2001 年には全国 5100 箇所を越える訪問看護ステーションが事業展開するに至り、2005 年までに 9900 箇所のステーション設置を目指すこととなった。そうした中、訪問看護をはじめとした在宅ケアサービスの普及・発展を図るため、「公益財団法人 日本訪問看護財団」(日本訪問看護振興財団, 1994) を設立するに至った。日本看護協会は、このように訪問看護事業を経営面において支援しつつ、看護の質保証にも取り組んでおり、21 世紀・超高齢化社会に向けた高齢者介護、自立支援のための政府への提言も行っている (杉谷, 2001)。こうした看護職能団体による地域ケアへの看護力の普及は、専門職的自律性のひとつの側面を示しているといえよう。

4) 看護における自律性 autonomy に関する実証的研究

ここでは、本研究に関連のある臨床的自律性 clinical autonomy に関する看護研究を中心に述べる。

(1) autonomy 測定のための用具

1970 年代に Pankratz 他 (1974) は、他の専門職が看護を絶滅させる前に、看護師は自律的役割を引き受けることができるのかという問いを立てていた。そして、看護師は自律

性を発揮することにより患者が明らかに利益を得ることが示されれば、自らそのようにするだろうと述べ、最も早く看護師の autonomy を測定する看護の態度スケール Nursing Attitude Scale を開発した。これは nursing autonomy に、患者の擁護、患者の権利、伝統的な役割制限の拒否の 3 つのサブスケールを置いて測定する。設問内容には、「私は、医師の行為に納得できない場合、当然その問題を追及する」(香春, 1990, p.81, 訳項目 7)、「患者は自分の診断を告げられるべきである」(香春訳項目 21)、「患者には、ケアを拒否する権利があると私は思う」(香春訳項目 29) といった項目が含まれる。看護師 702 人に対する 69 項目質問紙により、autonomy スコアの高さは、看護師の教育背景、リーダーシップ性、職場の学術的環境、伝統的な役割制限の拒否と関連があることが明らかにされた。しかしながら、ここでは nursing autonomy についての定義は明確にされていない。また、Nursing Attitude Scale は設問の言葉づかいが曖昧なため、応答者によって解釈がまちまちになる (Tranmer, 2005) との論評がある。

Katzman (1989) は、質的研究によって、スタッフ看護師やナース・プラクティショナーの意思決定の権限が欠如しているために、患者ケアにおいて彼らの法的倫理的役割をしばしば遂行できないでいると結論づけた。そこで、看護師と医師との間の葛藤量とその範囲を特定するために、看護の役割権限目録 Authority in Nursing Roles Inventory, ANRI を開発した。看護師 110 人と医師 53 人に対する 25 項目質問紙により、看護師がより権限を望むものに対して、医師が最も高い不満を示す項目は、「看護師は患者ケアにおいて医師と同じくらい発言する」、「看護師は患者に何を教えるかを定める」、「看護師はフィジカルアセスメントを始める」の順であることが示された。また、「看護師は疼痛管理を決定する」および「看護師は健康問題についての患者の反応を判断する」(p.209-210) という項目では、医師は看護師の権限を減らすことを望んでいることが明らかにされた。

Dempster (1990/1995) は、看護の専門性はその自律性あるいは自律的实践によって測定できるとして、看護師の実践における自律的行動の範囲を測定する用具を開発した。デンプスター実践行動スケール Dempster Practice Behavior Scale, DPBS は、実践状況における看護師の個人的 autonomy の拡大に関する顕在的潜在的な行動、行為、遂行に焦点を当てているが、バイアスの反応を避けるため autonomy という語をタイトルに含んでいないとしている。Dempster は、看護内外の文献検討およびグラウンデッド・セオリー・アプローチによる質的データから、実践における autonomy に関する側面として、自律的実践行動に結びつく看護師のレディネス(準備性)、エンパワーメント(権限を与えること)、行動の実現性、評価の 4 つを明らかにした。さらに、これらの概念に基づき開発した質問紙へのナース・プラクティショナーおよび登録看護師 569 人の回答により、4 つの側面をサブスケールとする 30 項目質問紙が開発された。これには、「私は、自分の実践とその行為に責任をもつ」、「私は、実践すべきことに権威をもって役割を果たす」、「私は、実践において独立して機能するための法的基盤を提供されている」(p.5) といった項目が含まれる。

Blegen、Goode と Johnson 他 (1993) は、1990 年代に、スタッフ看護師の *autonomy* を増加させるため、病棟管理およびケア提供理論に変化が起こっているが、これらの変化は一般的な広いレベルで報告されているに過ぎず、スタッフ看護師による特定の意思決定の変化については記述されていないと述べている。そして、スタッフ看護師が望む特定の患者ケアおよびユニット（病棟）管理についての意思決定、スタッフ看護師が互いに同意する関わりの範囲、スタッフ看護師とヘッドナースの知覚を比較することを目的として、質問紙を開発した。患者ケアに関する 21 項目、ユニット管理に関する 21 項目を持つ質問紙は、スタッフ看護師自律性質問紙 *Staff Nurse Autonomy Questionnaire, SNAQ* と呼ばれる。スタッフ看護師 356 人とヘッドナース 130 人に対する *SNAQ* によって、スタッフ看護師はユニット管理に関する活動よりも患者ケア活動における *autonomy* のほうをより高いレベルで好むことが明らかにされた。また、看護師が独自の決定を要求するのは、患者ケア活動においては、「セルフケア活動」、「健康増進」、「薬剤について患者に教えること」、「患者が落ち込むことを防ぐこと」、「皮膚の破綻を防ぐこと」、「疼痛管理」などであり、ユニット管理活動においては、「交替時間の調整」、「自身の休憩と昼食時間の決定」、「受け持ち患者の割り当て」、「部門の委員会に参加する」(p.341)、といった項目が明らかにされた。

Blanchfield と Biordi (1996) は、スタッフ看護師が効果的な実践を行うためには、彼らの権限の承認と患者ケアを管理し提供する *autonomy* によって力づけられる必要があると述べている。そして、Katzman の ANRI など既存スケールのサブスケール項目から、看護の権限と自律性スケール *Nursing Authority and Autonomy Scale, NAAS* を開発した。NAAS は、スタッフ看護師の権限と *autonomy* についての看護師の知覚、*autonomy* の重要性についての看護師の知覚を測定する。NAAS の *autonomy* スケールには、「看護師は、時々、自分たちのより良い専門的看護判断に反して事を行うよう要求される」、「看護師は、管理者が自分たちを支援してくれることを適当と考えており、あてにすることができるので、仕事における重要な決定をする自由がある」、「看護師は、非常に多くの責任はあるが、権限は不十分である」(p.44) といった項目が含まれる。看護管理者 88 人とスタッフ看護師 511 人に対するこの 50 項目質問紙により、スタッフ看護師の *autonomy* の知覚は、看護管理者のそれより有意に高く、夜勤看護管理者は、スタッフ看護師の権威と *autonomy* の重要性をより高く評価しており、集中治療室または救急ユニットで働く看護師は、他の専門ユニットで働く看護師に比べて権威の知覚が有意に高く、看護師の権限と *autonomy* の知覚は、所属する病院によって大きく影響を受けることなどが明らかにされた。

この他に、モラル実行の側面に焦点を当て、ルールに自律的に従うことを測定する Kurtines' *Autonomy Scale* (Kurtines, 1978) や、看護学生の *autonomy* に関連する特性と行動を測定する *Autonomy, the Caring perspective Instrument, ACP* (Tranmer, 2005)、集中治療室看護師の仕事遂行と意思決定に関する項目を測定する *The Hellenic intensive care nursing autonomy scale* (Papathanassoglo, Tseroni, Karydaki et al., 2005) などが

ある。また、Varjus 他 (2011) は、1966 年から 2009 年の間に公刊された病院看護師の専門的自律性についての経験的研究に焦点を当てて文献レビューを行った。その結果、専門的自律性の測定用具については、以前に開発された仕事特性や看護師の職務満足度、仕事環境あるいは autonomy の測定用具が用いられたり、それらの修正版が用いられていたことを明らかにしている。

わが国における autonomy 測定のための用具は、これまでのところ 2 つ存在するが、看護職により開発されたものは、菊池と原田 (1977) の「看護の専門職的自律性測定尺度」に限られている。この尺度は、基礎看護教育における看護技能の到達目標を取り上げた書籍、指導の手引きを参考にして、看護師の専門職的自律性を構成する状況の認知、判断、実践の側面を測定する項目を導き、作成された。看護師 370 名の回答から最終的に、認知能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力の 5 サブスケール、47 項目の質問紙とされた。しかしながら、ここでは「専門職的自律性」の定義づけは明確にされていなかった。また、その質問項目は「私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる (認知能力項目)」、「私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる (実践能力)」、「私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる (具体的判断能力)」、「私はモデルを用いて看護方法を決定することができる (抽象的判断能力)」(p.247) といった設問となっており、これらは、看護師の自律性というより看護アセスメントや患者との関わり方といった看護実践の仕方に関する設問陳述と言わざるを得ない。また、「自立的判断能力」として、「私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない」、「私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない」、「私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない」、「私は患者の意志を尊重せずに看護方法を選択してしまう」、「私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない」(p.247) の 5 設問が置かれており、これも看護師の専門的自律性の側面というより、患者把握と看護アセスメントに関する設問陳述と言わざるを得ない。そして尺度としての検討については因子分析が行われているが、むしろ内容的妥当性や構成概念妥当性については触れられておらず、看護師の専門的自律性を測定する用具としては疑問が残る。

また、応用心理学の領域において、田尾 (1979) による「自律性の測定尺度－看護師の場合－」が開発されている。この尺度は、サブスケールに地位、専門的スキル、個人特性を下位概念として置く 36 項目の質問紙で、自律性調査項目には、「困ったことがおきても自分で始末している」、「自分のしている仕事は専門的な知識をもった人以外には分からない」、「たいていの仕事は自分の判断に任されている」(p.10) などが置かれている。このように設問項目は、専門職一般に共通するものと言わざるを得ず、看護職に特有の自律的側面を測定するとは考えにくく、この意味で内容的妥当性に疑問が残る。

(2) autonomy サブスケール

1980年代に始められたマグネット・ホスピタル研究では、マグネット・ホスピタルに指定される病院を選択するための変数が評価された。そこでは、患者ケアの効果的な結果に結びつく病院と看護部門の構造的な特色、すなわち看護師の仕事への高い満足、患者への良質なケア提供、看護実践のための良好な環境、看護師が引きつけられ就職する、離職せずに仕事を続けるという特性が明らかにされた。これらの特性は、マグネティズムおよびマグネット・ホスピタルの特徴として知られるようになった (Kramer & Schmalenberg, 2005)。これらの特性や特徴に基づいて、看護師の仕事インデックス Nursing Work Index, NWI という測定用具が開発され、マグネット・ホスピタルおよびマグネット・ホスピタルに指定されていない病院の仕事環境において、スタッフ看護師の仕事の満足と良質なケアの生産性の違いを区別するのに用いられた。

NWI は、マグネット・ホスピタルの初期の研究のなかで明らかにされた 65 の特質から直接開発された (Kramer & Hafner, 1989)。これは、看護師の仕事の満足、ケア提供の能力、専門的組織特性の存在に関連した個人的価値を測定する。NWI はさらに、ひとつの看護ユニットまたは組織の特徴をよりよく測定するために修正され、3 つのサブスケール概念が引き出された。それは **autonomy**、仕事環境の管理、医師との関係性であり、これには、「看護管理者は看護スタッフに支持的である」、「看護師は自分の実践を自身で管理する」、「患者ケアや仕事についての重要な意思決定は自由である」、「私の判断に対して責任をとる」、「看護管理者は医師と争ったとしても看護スタッフの意思決定を支援する」 (Kramer et al., 2004a, p.367) という 5 項目が含まれる。

その後、Kramer 他 (2005) により、NWI は時代遅れであり、その多くの項目は定義が一般に共有されないし理解され得ないとされ、Aiken と Patrician (2000) により作られた NWI 改訂版もまた、マグネット的仕事環境に対して時代遅れであるかあるいは適合しないとされた。そして Kramer 他 (2005) は、「良好な看護師－医師関係を築き維持すること」、「自律的看護実践」、「患者が最優先であることに関心をよせる文化」、「臨床の仕事仲間との協同」、「看護実践管理 CNP」、「職員配置の適性さの知覚」、「教育的支援」、「看護管理者の支援」 (Kramer et al., 2005, p.280) という 8 つのマグネティズムの本質的要素を明らかにし、Essentials of Magnetism Tool, EOM を開発した。ここでの **autonomy** サブスケールには、「(看護師が何かを行うときには) 最初に許可を得なければならない」、「看護師は困難に陥ることを恐れる」、「官僚的ルールへの抑制」、「**autonomy** のための認可と支援」、「肯定的責任」、「実践領域の結合」、「証拠・知識に基づく実践」 (Kramer et al., 2004a, p.369) という 7 項目が含まれる。

さらに改訂版 Essentials of Magnetism Tool, EOM II においては、**autonomy** サブスケールは、「看護師が独立して実践する際、このユニットでは“トラブルに巻き込まれる”か、“大きい危険を冒す”ことを恐れる」、「看護師は、看護管理者が彼らを支援するのを“感

じている”か、あるいはそれを知っているので、このユニットでは自律的看護実践は促進される」、「スタッフ看護師は、自律的な決定をする前に、看護管理者または医師から指示あるいは同意を得なければならない」、「このユニットにおいて、看護師は看護の実践範囲では独立した決定を、そして看護が他の領域、例えば医学、呼吸療法、その他と重なる実践範囲では相互依存の決定をする」、「看護師のエビデンスに基づく実践活動が、堅実な臨床的決定に必要とされる知識基盤を提供する」、「この組織には、看護師が独立して、あるいは相互依存して決定をするのを妨げる多くの規則あるいは基準がある」、「この病院では、看護師には患者にとってためにならないと判断されることであってもやらなければならない」、「看護師は、肯定的建設的な自律的看護実践の成果を生むために学ぶべき責任がある」、「このユニットでは、我々看護師に独立して機能して欲しいとする感覚が、看護管理者から感じられる」という 9 項目に改訂されている。

EOM II は現在、その病院がマグネット・ホスピタルか否か、そして看護師にとって良好な労働条件であるか否かを判断する用具として、「clinical autonomy」の他に、「仲間の臨床的能力」、「教育的支援」、「看護師－医師関係」、「看護管理者の支援」、「可視的で適切な職員配置」、「看護実践管理」、「患者中心の文化」を構成要素とした 58 項目スケールとなっており、その使用許可や分析結果については、Health Science Research Associates により有料で管理されている。EOM II の autonomy スケールは、EOM に比べてその具体性が増しており、clinical autonomy についてより明確に表されている。

(3) スケールを用いたわが国における autonomy に関する研究

Pankratz 他 の Nursing Attitude Scale は、1991 年に Collins と Henderson により病院看護師の記述的研究に用いられ、nurse autonomy が実質的には年を経ても変化しないことが見出された (Tranmer, 2005)。しかし、autonomy の概念分析を行った Wade (1999) によれば、Nursing Attitude Scale は時代遅れであり、その項目を開発した人々の専門領域が明記されておらず、その内容および構成概念妥当性は疑問視されている。

Nursing Attitude Scale は、わが国でも 1984 年、香春 (1990) により邦訳され、日本語版 Pankratz Nursing Questionnaire, PNQ として用いられた。香春 (1990) は、異なる看護基礎教育課程に学ぶ学生の専門職的自律性の差異を明らかにするため、日本語版 PNQ を 262 名の学生を対象に用いた。その結果、看護大学、看護短期大学、看護専門学校の各最上級学年の学生では、看護大学に学ぶ学生のスコアが高かったことを示した。

その後日本語版 PNQ は、江口他 (2002) により、看護師の専門職的自律性に影響する要因を明らかにするため、大学病院の看護師 318 名に用いられた。その結果、外科病棟の看護師のスコアが最も高く、外来看護師のスコアが最も低いこと、看護師の仕事の満足と相関があることが示された。江口他 (2005) はまた、手術室看護師の専門職的自律性を把握するため、手術室看護師 349 名に用い、経験 20 年以上の看護師が、サブスケールの患

者の擁護と患者の権利において平均が最も高いことを示した。江口他は、この2つの研究において日本語版 PNQ の総得点ではなく、サブスケール毎の平均を提示しており、スケール総得点は明らかではない。

日本語版 PNQ は、さらに志自岐 (1995) によって設問表現が修正され、看護師 451 名に用いられ、看護師の自律性が自尊感情および内的統制志向と相関があることが示された。この志自岐 (1995) による修正日本語版 PNQ は、吉野 (2000)、仲澤、井上と吉成他 (2001)、佐藤、栗生田と白土他 (2004)、栗生田、佐藤と小池他 (2004)、吉田 (2007) により用いられている。しかしながら、オリジナルの Nursing Attitude Scale がスケールとしての妥当性を疑問視されていることから、これらの日本語版 PNQ を用いた研究知見についても、その妥当性が問われるといわざるを得ない。

Dempster Practice Behavior Scale, DPBS は、Cajulis と Fitzpatrick (2007) により、急性期ユニットで働くナース・プラクティショナー54名の autonomy レベルを測定するために用いられた。DPBS は得点幅 30 から 130 の 30 項目スケールで、Cajulis 他の結果では、全体平均 117.37 と全体的に高く、急性期ユニットで働くナース・プラクティショナーの 41%が非常に高い、31.5%が極めて高い、19%が中等度に高い値を示し、年齢、経験年数および教育背景、ナース・プラクティショナー資格、専門領域による有意差はなかったことが示された。

DPBS は、わが国でも 2001 年に小谷野によって邦訳され、日本語版 DPBS として用いられた。小谷野 (2001) は、急性期病院における看護師の自律性の程度と特徴および影響因子を明らかにすることを目的として、日本語版 DPBS を急性期病院に勤務する女性のスタッフ看護師 1036 名に用い、全体平均 90.81、サブスケールではエンパワーメントがやや高く、行動の実現性が中等度、レディネスと評価は低いことを、また DPBS スコアと看護師としての自己実現スケールに高い相関があったことを示した。しかしながら急性期病院のスタッフ看護師の自律性を特徴づける事柄については明言されていない。

日本語版 DPBS は、西田と中村 (2002) により、手術室看護師の道徳的感性和自律性の特徴を明らかにする目的で、手術室看護師 50 名、外来看護師 55 名に用いられた。その結果、DPBS スコアは全体平均が、手術室看護師 90.4 ± 11.7 、外来看護師 92.9 ± 11.6 、手術室看護師の自律性は経験年数と相関があることが示された。しかし、手術室看護師の道徳的感性を示す数値の提示がなく、自律性との関連については明確に述べられていなかった。

わが国における看護職により開発された自律性尺度は、先述したように、菊池他 (1977) の「看護の専門職自律性測定尺度」のみであり、これを用いたものはこれまでに、大島 (2000)、崎と野津 (2002)、辻、竹田と伊良部 (2004)、井辺、赤眞と西岡 (2004)、千葉と岡本 (2005)、丹山、隈本と山口他 (2005)、本山、冷川と梶原他 (2005)、友澤 (2006)、前沢 (2006)、新田 (2007)、渡辺と奥野 (2007)、越田、片山と大西 (2008)、亀井、大竹と赤間他 (2010)、本田、今村と杉森他 (2012)、中村と岩永 (2012) の 15 件の研究がある。

しかしながら、この尺度については、看護師の専門職自律性の測定用具としての妥当性に疑問が残るため、これを用いた研究結果についても信頼できる知見とは言いがたいと考える。このようにわが国では、看護師の臨床的自律性に関する研究は、これまでのところ十分とはいえない。

(4) 看護における臨床的自律性の関連因子

① 看護師の教育水準と継続教育

看護師の臨床的自律性 *clinical autonomy* は、看護師個々の専門的知識・技術および自律性と、専門職自律性 *professional autonomy* の相互関係により発展するといわれている (Tranmer, 2005)。Kramer と Schmalenberg (2004a) は、マグネット・ホスピタルのスタッフ看護師へのインタビューにより、スタッフ看護師は、質の高いケアを提供する仕事環境において最も重要な因子が、彼らの仲間の能力であるとしたことを示した。スタッフ看護師は、有能な看護師からの報告を得たいこと、彼らの勤務終了後の受け持ち患者の報告は有能な看護師に伝えたいこと、そして、緊急時には常に援助が必要なため、彼らの患者が緊急事態のとき、そのユニットにおいて彼らを援助してくれる有能な看護師の存在を把握していただきたいことを明らかにした。Kramer 他 (2007) はまた、スタッフ看護師の *clinical autonomy* を可能にする構造のひとつに、教育プログラムと証拠に基づく実践 *Evidence based practice*, EBP 活動を挙げており、詳細な評価に基づいた知識の提供によって証拠に基づく実践を行うことは、自律的意思決定に欠かせないとしている。

Goode (2005) は、マグネット・ホスピタルはスタッフ教育を継続することの重要性と、個人として専門家として成長することの必要性について長い間理解してきたと述べている。そして、新しい卒業生が安全な質の高いケアを提供するために必要な技術と知識を身につけるために必要な支援を提供する手段として看護専門研修プログラムが試されており、質の高いケアと患者の安全のために、能力のある看護師が不可欠であるとしている。

② 看護管理者の支援

Blegen 他 (1993) は、1990 年代において、「近年、スタッフ看護師の *autonomy* を増加させるために、ユニットの看護管理やケア提供理論に変化が起こってきている。」(p.339) と述べている。Kramer 他 (2007) は、スタッフ看護師の自律的实践に関与するマネジメント実践を明らかにする目的で、8 箇所のマグネット・ホスピタルにおいてスタッフ看護師、看護管理者、医師へのインタビューを行った。その結果、看護管理者の行為として、スタッフ看護師の仕事の自立性 *independent* 確立、スタッフ同士の団結性の育成、肯定的責任の説明、ユニット（病棟あるいは看護単位）文化の促進、行動開始と持続が、*clinical autonomy* を支持するものとして明らかになった。そして、看護管理者が支持的となり得るひとつの鍵となる手段は、スタッフ看護師の仕事の自立性 *independent*、グループ活動

およびそのユニットにおける看護師の団結性形成に熟達することであるとされた。スタッフ看護師が、必要な装備を選ぶために仲間とともに仕事をする、方針または実践について再検討すること、予定を立てることは、そのグループが共同する機会と動機を与える。また、8 病院のすべてから、自律的意思決定に必須なユニット文化を確立し、育成し、継続させることが看護管理者の役割であるという見解が出された。そこでは、病棟看護師長のような看護管理者は、あるひとつのユニットに専任の、看護師の自律的实践を支持することであった。Kramer 他 (2007) は、スタッフ看護師の *clinical autonomy* が可能になるためには、ユニット文化が病院文化よりも重要になり、特にユニット文化の側面は、看護師と医師両者の患者に対するやる気の問題によって説明され、多くの研究者がそれに言及していると述べている。そして、看護管理者が、スタッフ看護師および彼らの意思決定を尊敬し、スタッフが予定を立てること、仕事を割り当てること、任務を組織立てること、患者ケアを指揮することにおいて自律的に機能することを求めることが、スタッフへの信頼とサポートの合図であるとしている。

③ 看護師－医師関係

Kramer と Schmalenberg (2003) は、マグネット・ホスピタルに働く看護師には良い看護師－医師関係があると報告しているが、それは医師とのどのような関係をいうのかは明確ではないと述べている。そして、スタッフ看護師 279 人と看護管理者 146 人にインタビューを行った結果から、看護師－医師関係に関連する変数はパワーであるとして、5 段階のカテゴリーが生成された。その後、これらの 5 カテゴリーには修正が加えられ (Kramer & Schmalenberg, 2004b)、次のような 4 カテゴリーとなった。

カテゴリー1 は、協働的仲間的関係である。この関係性の特徴は、看護師と医師とが、相互の尊敬と信頼によって、ともに働くことである。仲間的関係において、パワーは対等である。スタッフ看護師へのインタビューでは、「私たちは対等です…私の継続的なアセスメントと観察により、患者の病気と治療に対する反応について、私は医師よりずっと多くのことをわかっています」(p.52) というデータがこの関係性を表している。だが、協働的関係としては、パワーは非対等である。スタッフ看護師へのインタビューでは、「医師たちは私が言うべきことは聞いてくれるし、私たちと一緒にケアプランを作ってくれますが、医師はまだ頂点にいます。彼が言うことは、私が言うことよりも重要です」(p.52) というデータがこの関係性をよく表している。

カテゴリー2 は、学生－教師関係である。看護師は多くの場合学生の役割をとるが、教師の役割をとることもある。各々の役割をとる人は、その関係性から利益を得るが、教師として行動する人が大部分のパワーを持つ。学生－教師関係は、協働的仲間的関係の前身であるとされている。

カテゴリー3 は、友好的見知らぬ人的関係である。この関係性は、敵対的関係ではない

が、信頼および仲間的または協働的關係のような相互の協同に欠け、情報の形式的伝達と非対等的パワーが特徴である。スタッフ看護師へのインタビューでは、「…形式的で不毛だわ！ 医者は指示を書いて机の上に置いていく。私は彼が何を書いたのか読めなくて、時々彼を追って走らなきゃならないのよ。私は彼に報告するけれど、応答がないのはしばしば、あるいはぶつぶつ文句をいうのよ。」(p.53) というデータがこの関係性をよく表している。友好的見知らぬ人的関係は、前述の肯定的関係のうちの 1 つに発展することができるか、あるいは対立的/敵対関係に下がるかという点でとりわけ重要な関係性とされる。

カテゴリー4 は、対立的敵対者関係である。この関係性は、怒り、葛藤、あきらめ、あるいは権利の乱用が特徴的である。パワーは非対等で、看護師、医師ともにアウトカムは否定的である。

Kramer 他 (2004b) は、建設的看護師－医師関係、すなわち彼らのいうカテゴリー1 または 2 の関係性は、看護師の仕事を満足させ、仕事を継続させ、離職を減少させるための不可欠要素であるとしている。そして、看護師の *clinical autonomy* を促進することに効果的に関与することを明らかにしている。

④ 看護師の仕事の満足

Tranmer (2005) によれば、1980 年代初期から、看護師の *autonomy* と仕事の満足・離職の間関係性についてたくさんの文献が著わされてきた。1990 年代初頭に、病院の再構築・再計画の進行が、看護師間の結びつきのなさ、仕事のための競争力不足、専門家のリーダーシップの消失、不確かさ、なじみのない仕事環境、そして単純作業化された職場における *autonomy* の減少、仕事の不満足の増加を導いた。そうした中、マグネット・ホスピタル研究では、看護師の仕事の満足を増加させる努力や看護師の離職についての探求が行われた。これらの研究によって、看護実践に関する意思決定へのスタッフ看護師の *autonomy* と参加が、仕事の満足を予測する明らかな指針であることが明確に示された。

Goode (2005) は、仕事の満足は通常、従業員が彼らの仕事を好む階層として定義されるが、これは実に複合的、多次元的概念であるとしている。Kramer 他 (2003) は、登録看護師の仕事の満足の 80% 以上は、質の高いケアを提供し得ることとして特徴づけられることを明らかにした。そして仕事の不満足が、長期欠勤や離職と強く結びついていることも明らかにした (Kramer & Schmalenberg, 1989)。離職が起るとき、これは臨時スタッフまたは時間外労働による人員配置に関する経費、オリエンテーションと新人募集費用のために組織に財政的影響を及ぼしている (Goode, 2005)。

Kramer 他 (2004a) は、インタビュー結果から、スタッフ看護師は、看護実践管理 CNP とは看護師が自身で実践を監督し、人事的問題に関する情報を提供し、意思決定のためにスタッフの意見が反映される適切な組織的構造を持つことであると認識していることを明らかにした。そして看護実践管理 CNP の実践、すなわちスタッフ看護師によって作られ

る実践政策と課題は、より効率的で的確だけでなく、結果として患者がより良いケアを受け、より費用効果が高く、専門職業的であり、被雇用者として価値があり、看護師が彼らの職務と仕事への満足度をよりいっそう感じることを示した。Kramer 他は、看護師が質の高いケアを提供するための仕事環境の中に存在すべき不可欠要素のひとつに看護実践管理 CNP を位置づけた。このように、看護師の clinical autonomy と仕事の満足、そして看護実践管理 CNP は、仕事環境における不可欠要素であり、これらの要素が不在のとき、看護の質的保持に影響を及ぼし、ケアの質が損なわれる (Goode, 2005)。

⑤ Essentials of Magnetism Tool, EOM 要素

看護師不足が国家的問題とされていた 1980 年代初頭、ANA は、看護師を引きつけ、仕事を継続させ、仕事に満足させると同時に、良質な患者ケアに基づいて成功している病院を確認する研究の出資者となった。これは、マグネット・ホスピタル研究として最近まで継続されていた。この看護師のための最良質の病院を確認し認めるための探求は、1983 年から 1989 年のオリジナルマグネット・ホスピタル研究、1989 年から 1993 年のマグネティズム magnetism (マグネット・ホスピタル的資質) とゴールドスタンダードを規定し、これに資する病院を評価する期間、1994 年から現在まで続いている米国看護師資格授与センター ANCC マグネット・ホスピタル認可プログラム、1993 年から現在まで続いている良質な看護ケアプロセス研究の 4 段階あるいは期間に分類される。

Kramer 他 (2005) によれば、4 つの段階を通じて、Donabedian の構造－プロセス－アウトカム structure-process-outcome, SPO パラダイムが用いられた。SPO パラダイムは、初めは病院の医学的ケア評価に有益なツールとして提案された。構造は、病院設定における医学的組織的特性であり、安定した環境の局面から成り立ち、スタッフや資格をもつ看護執行部のような人的資源の特性を含む。プロセスは、ひとつの目的に向かう一連の操作あるいは活動であり、ケアを生み出す活動、操作、関係性とともに現実的な対人関係、技術的ケアを含む。アウトカムは、成し遂げられたこと、患者と看護師の仕事の満足を含むスタッフと患者における関わり合いの結果である。アウトカムのインジケータ (指標) は、死亡率、患者の肯定的または否定的反応、看護師の質的指標への感度、バーンアウトや離職のような看護師の就業結果である。アウトカムはまた、臨床ユニット (病棟あるいは看護単位) における “看護師が判断する良質なケア” の提供に不可欠な特性の存在と、良質なケアを提供するスタッフの知覚を反映する。SPO パラダイムの原理は、構造とプロセスはともにアウトカムに影響するということである。構造－プロセス－アウトカムは、結果的に構造が導くプロセスと、アウトカムへのプロセスに関連する。良質な患者ケアに貢献する構造的特徴は、プロセスやアウトカムより測定しやすいが、それらの存在だけでは良質なケアを保証することはできない。

第 1 段階のオリジナルマグネット・ホスピタル研究では、16 箇所のマグネット・ホスピ

タルのスタッフ看護師 1634 人、看護管理者 273 人、クリニカル・エキスパート 225 人、看護最高幹部 118 人のサンプル、およびマグネット・ホスピタルではない 8 箇所のメディカルセンター、地域コミュニティ、市営の病院のスタッフ看護師 2336 人のサンプルに NWI が用いられ、2 年ごとの継続訪問、参加観察、インタビューが行われ、比較された。それらの活動から、autonomy、看護実践管理、看護管理者の支援、看護師－医師関係、およびそれらのプロセスと、看護師の仕事の満足、仕事の維持、バーンアウト、看護のイメージ、良質な患者ケアの生産性といったアウトカムとの関係性、ケア提供者のプロセスについての定義および測定方法に対する洞察や手がかりが見出された。

第 2 段階のマグネティズム・ゴールドスタンダード病院評価期間は 1989 年から 1993 年の間で、ここでの研究は、経験的研究、観察、および第 1 段階で行った研究データの比較からなる。Kramer 他 (2005) は、看護師の自律的实践、看護実践管理、看護師－医師関係のような出来事の参加観察を行い、同時に患者、医師、看護管理者、看護幹部メンバーにもインタビューを行った。さらに、幹部ミーティング、医学および看護会議、そして看護師の仕事の満足を支え、良質な患者ケアを可能にするあらゆるミーティングやカンファレンスに参加し、特に仲間の評価やクリニカルラダー評価のような看護ミーティングに意見を与えた。スタッフ看護師が自律的に機能していると述べ、NWI の autonomy 項目に高いスコアであれば、Kramer 他 (2005) は、看護師が自律的に機能しているか否かを調査・観察し、医師、看護師、患者との検討をとおして確かめた。

1994 年から続いた第 3 段階は、米国看護師資格授与センター ANCC マグネット・ホスピタル認可授与期間である。オリジナルマグネット・ホスピタル研究では、アウトカムに基づくマグネット・ホスピタル指名の条件が作られた。ANCC プログラムは構造とアウトカムの同時評価に基づく。構造的基準セットは、1983 年の地域的インタビューの間に 41 病院から得られた病院の特徴と特性であり、マグネティズムの焦点は 14 項目とされる。それは、①看護のリーダーシップの質として、専門職看護組織へのリーダーの参加およびスタッフ擁護とサポートの哲学に導かれるリーダーシップ活動、②組織的構造として、ユニット（病棟あるいは看護単位）レベルの意思決定を育成する権力分散構造、③管理スタイルとして、看護リーダーの可視的な参加的管理およびスタッフとのコミュニケーション、④人員政策とそのプログラムとして、自由競争による給料と給付金・最小のシフト交替・柔軟な人員配置・利用可能な教育などの機会促進、⑤ケアの専門家モデルとして、ケア調整者である登録看護師の看護実践の責務と責任、⑥ケアの質として、組織的優先事項である良質なケアを提供し得る環境、⑦質の改善として、質改善活動へのスタッフ看護師の参加および教育活動、⑧相談と資源として、十分な相談と活用可能な人的資源、⑨autonomy として、専門家基準と調和した学際的文脈の中の独立した判断、⑩共同体および病院として、長期にわたる到達可能なプログラム、⑪教育者としての看護師、⑫看護のイメージとして、患者ケアにとって完全・不可欠と見られている看護サービス、⑬学際的關係性と

て、すべての職業間における相互の尊敬が示される、⑭専門職の発展として、方向づけ、入院サービス、公式教育と継続、能力に基づく臨床的発展のための機会、である。これらの14項目の基準は、マグネット・ホスピタル指名を授与される組織的特色であり、通常、特定のアウトカムにおいてマグネット・ホスピタルと非マグネット・ホスピタルを比較することによって、運用されている。

1993年から2008年まで続いている第4段階は、良質な看護ケアプロセスの期間である。2001年、KramerとSchmalenbergは、マグネティズムに結びつく構造的特色をもつNWIの65項目を、1983年から2000年までの4000人以上のスタッフ看護師の回答によって、これまで良質なケアに重要として滅多に指定されなかった項目を除外することによって37項目に減らした。マグネット・ホスピタルスタッフ看護師は、良質な患者ケアのために最も重要な10項目を選択するよう頼まれ、看護師の約2/3に選ばれた8項目がマグネティズムの必須項目EOMに指定された。この8項目とは、教育的支援、同僚の臨床的能力、clinical autonomy、看護実践管理CNP、看護師－医師関係、看護管理者の支援、可視的で適切な人員配置、患者中心の文化、である。これらの定義、概念、および8つの必須項目のケア提供者または対人関係プロセス例を引き出すために、スタッフ看護師289人にインタビューが行われた。プロセスとアウトカムとの間の結びつきは、それぞれのスタッフ看護師が彼らのユニットにおける良質なケアと彼ら自身の仕事の満足におけるデータを提供したことから得られた。Spearmanの ρ 順位相関係数は、看護師－医師関係スコアが、看護師が判断したユニットにおけるケアの質というアウトカムと有意な相関があることを示した。autonomyと看護実践管理CNPの相関は有意であった。仕事の満足は、看護師－医師関係、autonomy、看護実践管理CNPと有意な相関があった。

その後Kramer他(2008b)は、マグネティズムの全8要素を測るツールEssentials of Magnetism EOMのサブスケール、臨床的自律性clinical autonomyと看護師－医師関係についてのマグネット・ホスピタルスタッフ看護師による定義と項目を明確にした。そして、EOMの構成概念妥当性は、マグネット・ホスピタルとその比較対象病院における看護師のスコアを比較することによって確立され、EOM IIとして改定された。

3. 看護師の自律的臨床実践をめぐる課題

これまでの文献検討から、看護師の自律的臨床実践に関連するものとして、看護における臨床的自律性clinical autonomyの概念、看護師の臨床的自律性の測定用具、臨床的自律性に関連する因子が明らかになった。

看護における臨床的自律性の概念は、患者への関心を最善のものとして、すなわち患者中心に行為すること、そして看護実践領域においては看護独自の臨床的判断を行い、医学など他の学問領域と重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定することと定義される(Kramer et al., 2007)。また看護師の自律的臨床実践は、患者に必要とされ

る場合には標準的な実践を超えて行われる看護行為とされる (Kramer et al., 2003)。こうした看護行為は、英語圏の文献において看護師によって語られたインタビューデータとして具体的に記述されている。そこに見られる看護行為は、例えば患者にとって侵襲的検査の指示が医師から出された場合、看護師はそうした検査の結果によって患者ケアの内容には何も変化はないとして、これを拒否するというものであった。この事例のような看護行為は、日本の病院看護においても行われているようにも思われるが、わが国においてはこれまでのところ、看護師の自律的臨床実践に関する実証的研究はほとんど行われていない。また、日本の病院で働くスタッフ看護師は、看護における臨床的自律性について、どのように知覚しているかということもまた明らかではない。

看護師の臨床的自律性 *clinical autonomy* の測定用具には、Katzman (1989) による、看護師と医師の葛藤量とその範囲を特定する看護の役割権限目録 *Authority in Nursing Roles Inventory*, ANRI、Dempster (1990) による、看護師の実践における自律的行動の拡大を測定するデンプスター実践行動スケール *Dempster Practice Behavior Scale*, DPBS、Blegen 他 (1993) による、スタッフ看護師が望む患者ケアおよびユニット（病棟あるいは看護単位）管理の意思決定とスタッフ看護師が互いに同意する関わり範囲を測定するスタッフ看護師自律性質問紙 *Staff Nurse Autonomy Questionnaire*, SNAQ、Blanchfield 他 (1996) による、スタッフ看護師の権限と *autonomy* およびその重要性についての看護師の知覚を測定する看護の権限と自律性スケール *Nursing Authority and Autonomy Scale*, NAAS、そして *clinical autonomy* をサブスケールとする EOM II が開発されていることが明らかになった。しかしながら、わが国における看護師の臨床的自律性 *clinical autonomy* を明確に定義し、これを測定するための道具は現在のところ開発されておらず、臨床的自律性に関する実証的研究は十分とはいえない。

看護師の臨床的自律性に関連する因子は、看護師の教育水準と継続教育、看護管理者の支援、看護師－医師関係、看護師の仕事の満足その他、同僚の臨床的能力、看護実践管理 CNP、可視的で適切な人員配置、患者中心の文化があることが明らかになった。これらの因子は、臨床看護実践の中で相互に関連し合いながら、看護師の自律的機能に影響を与えていると考えられる。だが、わが国の臨床看護実践の現実的状况において、これらがどのように効果的あるいは非効果的に影響するのかという具体的側面については、これまでのところ明確にされているとはいえない。

以上のことから、本研究が試みるスタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床的実践において、いつ、どのような意図で、どのように看護師の臨床的自律性 *clinical autonomy* が発揮されるのか、その結果、患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにすること、そしてスタッフ看護師の臨床的自律性への影響要因および促進要因を探索的に探求することは、実証的研究として、わが国における看護師の臨床的自律性の具体的側面を明らかにするために有効であると考えられる。

第2章 研究の方法

I. 探究における基本的考え方

臨床的自律性 *clinical autonomy* が、直接的患者ケアにおいて、スタッフ看護師が自律的に機能することを指していることから、本研究では、患者と看護師との直接の関わり合い、すなわちスタッフ看護師の看護実践に焦点を当て、そこで発揮されると思われる臨床的自律性について記述的に探究する。

自律性は、同意や拒否といった選択に関連するが、同意や拒否とは行為であり、人格そのものではなく、自律的選択の基準は、自律的人間の基準と同じではないことから、医療に関する倫理問題を扱う専門領域、生命医学倫理においては、標準的な選択者における自律的行為、自律的行動に焦点が当てられている (Beauchamp et al., 1989/1997; Faden et al., 1986/1995)。そこでの自律的行動の条件は、①意図をもって、②理解して、③何かの影響下ではなく (非支配)、の3つとされる。①の意図性については、行為は意図的かすなわち潜在的に自律性がある、非意図的すなわち非自律的かの二者択一である。②と③は、理解と非支配の条件、他者の影響力に支配されないことの条件であり、ここでの行動は、自律的か非自律的かという分類ではなく、どのくらいかという程度によって定義される。

看護実践においては、看護計画があらかじめ立てられていたとしても、その計画に忠実に看護行為が遂行されるというより、患者との現実的な関わり合いの中で、患者の言動などから看護師が気づかされたり考えや思いが浮かんだりしながら、看護計画は随時修正されていき、これにより看護師の行為が引き出されるといえよう。なぜなら看護行為は、看護師の意思のままに行われるものではなく、患者の意思を確かめつつ、その意向に沿って行われるというのがその特徴である。そのため、看護における行為の意図性は、患者との関わり合いの中で生じたり、あるいは変化し得るものと考えなければならない。

そこで、生命医学倫理における自律的行動の3条件を参考に、スタッフ看護師の自律的実践の基本的条件として、①の意図性については、その看護行為が患者中心のケアとなることに向けて意図的か (潜在的に自律性があると看做す)、非意図的か (非自律的であると看做す) のいずれかで判断される。②の理解の条件については、スタッフ看護師が、患者中心のケアとなることに向けて、自分の行動を結果も含めて自分で説明できることとし、これは程度の問題とする。③の非支配の条件については、看護管理者や医師など他者からの非支配、他者の影響力に支配されないこととし、これも程度の問題とする。理解と非支配の条件は、完全に存在する状態から全くない状態までを示す幅ひろい連続体の上に位置するものと考え (図 1. スタッフ看護師の臨床的自律性の程度 イメージ)。従って、ここでのスタッフ看護師の看護行為は、自律的、非自律的という分類、すなわち有か無として分類するのではなく、程度によって定義される。但し、看護実践において看護管理者は、スタッフ看護師に対して指導、助言など教育的に関わる場合があり、これにまったく影響

を受けないということは現実的ではない。また、医師が患者の診療に関する指示を出す場合、これは支配的影響とは呼ばない。そのためここでは、看護管理者や医師などの指示があったとしても、看護の実践に際してはスタッフ看護師が自ら判断し、意思決定し、その責任を負う主体的な行為に焦点を当てる。

II. 用語の暫定的定義

1. スタッフ看護師

病院ではたらく看護師のうち、主任、係長、看護師長などの管理的役職をもたず、主として患者のベッドサイドケアを行う有資格者。

2. 臨床的自律性 clinical autonomy

患者中心のケアとなることに向けて意図的であり、看護師が自らの行動を結果も含めて説明でき、他者の影響に支配されることなく、看護実践領域においては看護独自の意思決定を行い、医学など他の学問領域と重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定し、患者に必要とされる場合にはその部署で日常行われている標準的な実践を超えても行い、その責任を負おうとする看護師の姿勢および行為とする。

III. 研究デザイン

本研究は、スタッフ看護師の臨床的自律性について探求する。ここでの研究課題は、先行研究による蓄積がわが国では少なく変数が把握されておらずほとんど知られていない、また、既知の理解では不十分な領域を理解するために、対象を新たな視点から見直したいとするものである。目的は、スタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床実践のなかで、スタッフ看護師の臨床的自律性は、いつ、どのような意図で、どのように臨床的自律性が発揮されるのか、その結果患者ケアの効果はどのようであったかを明らかにする。そこで、研究の理論的視点は、「人々の経験は文脈に縛られており、時、場所、人間という行為者の心と切り離すことはできない。多元的な現実世界は人々により社会的に構築されている。参加者の行為や経験、教育のプロセスの意味を探究し理解することを目的とする。」という解釈主義的視点（interpretive paradigm）（高木, 2011）が有効と考える。そのため、研究のタイプを質的研究とし、探索型記述デザインとする。

IV. 具体的な研究の手順

1. データ産出を行った場所

本研究への協力を依頼する施設は、設置主体の異なる2つの病院を対象とするため、複数の診療科を有する病院を対象として任意に、関東地区所在の医療法人を設置主体とする

一般病院 5 施設、地方自治体を設置主体とする一般病院（以下、地方自治体立とする）1 施設、大学医学部付属病院 7 施設の計 13 施設に対して、それぞれの病院の看護部長宛てに口頭および文書にて研究の概要を説明の上、協力をお願いしたところ、2 病院から快諾を得ることができた。

本研究への協力に承諾が得られた 2 病院のうち、一方は地方自治体立一般病院、もう一方は大学医学部付属病院であった。それぞれの病院では、2 か所の病棟においてデータ収集することが許された。病棟の選定については、地方自治体立一般病院では、看護部長が推薦し、研究協力を承諾した病棟看護師長 2 名が管理する 2 病棟であった。大学医学部付属病院では、全病棟看護師長が出席する会議（看護師長会議）において、看護部長が募集し、自ら研究協力を希望した病棟看護師長 2 名が管理する 2 病棟であった。

地方自治体立一般病院 2 病棟の診療科は、一方が循環器系疾患の単科診療科、もう一方が多科混合診療科であった。大学医学部付属病院 2 病棟の診療科は、一方が消化器系疾患の外科内科総合診療科、もう一方が多科混合診療科であった。

2. データ産出を行った期間

2008 年 6 月から 2009 年 9 月、2011 年 8 月から 2012 年 1 月までとした。原則として 1 病棟において 2 ヶ月程度のフィールドワークとした。

3. 研究参加者

1 病棟において参加観察およびインタビューを行う研究参加者のスタッフ看護師は、2、3 名から数名とし、原則として経験年数 3～4 年以上の看護師とした。

研究参加の承諾が得られたスタッフ看護師は、女性 11 名、男性 2 名の計 13 名であった。研究参加のお願いに当たっては、2 病院 4 病棟のいずれにおいても病棟看護師長より推薦された数名を対象に、研究者が直接口頭および文書にて研究計画と研究参加方法および倫理的配慮について説明を行い依頼したところ、それぞれの看護師から快諾を得ることができた。研究参加者の内訳は、地方自治体立一般病院では、循環器系疾患の単科診療科病棟のスタッフ看護師が 4 名、多科混合診療科病棟のスタッフ看護師が 3 名、医科大学付属病院では、消化器系疾患の外科内科総合診療科病棟のスタッフ看護師が 3 名、全病室を個室とする多科混合診療科病棟のスタッフ看護師が 3 名であった。具体的には次の手順による。

1) 研究参加者のスタッフ看護師

- (1) 2 病院それぞれに看護部長・病院長へ研究協力の依頼を、文書（資料 1-1,2,3. 10-1,2. 2-1,2）に基づいて行った。
- (2) 看護部長より紹介された 2 病棟の看護師長へ、それぞれの病棟看護チームに向けた研究協力の依頼を文書（資料 3-1,2,3. 7-1,2）に基づいて説明し、同意を得た。

- (3) 2 病院の看護部長とそれぞれ 2 病棟の 4 看護師長が、研究協力依頼のために各病棟看護師全員への説明の場を設定した。この際、病棟全体に向けた研究協力の依頼とともに参加観察およびインタビューを依頼する研究参加者について、各病棟それぞれの看護師長より紹介され、原則として経験 3～4 年目以上のスタッフ看護師にお願いすることを説明した。
- (4) 病棟看護師全体に向けて、研究の趣旨ならびに研究者の活動として、病棟看護チームの活動に参加すること、原則として経験 3～4 年目以上の 3～4 名のスタッフ看護師に個別に研究参加者として日勤の日に 1 日同行させていただくこと、勤務終了後にインタビューをお願いすることについて、文書（資料 4）に基づいて説明した。その後、研究者が席をはずし、病棟看護チームとして研究参加の是非を検討していただいた。その際、個々の看護師が自由に意見を述べられるよう配慮していただくことを各病棟の看護師長にお願いした。なお、反対意見がある場合には研究実施を見合わせる可能性があることを予め説明しておいた。また研究説明の場に参加していなかった看護師については、2 病棟それぞれに看護師長と相談し、周知の期間を設け、検討していただくことを依頼した。
- (5) 研究協力について病棟看護師全体の同意が得られた後、個々のスタッフ看護師へ、参加観察として研究者がその看護師の日勤の日に終日同行すること、勤務終了後に行われた患者ケアについて判断したことや意図したことなどに関するインタビューを行うことについて、文書（資料 5-1）に基づいて説明した。同意が得られ、文書（資料 5-2）に署名をしたスタッフ看護師を研究参加者とした。
- (6) 病棟看護師が、研究参加者を個別に依頼したスタッフ看護師の活動場面で登場する場合には、彼らの言動および影響をデータとすること、また研究に協力しないかまたは途中で辞退した場合には、その看護師の言動および影響をデータとはしないことについて説明し、同意を得た。

2) 研究参加者のスタッフ看護師が関わり合う患者とその家族

本研究は、スタッフ看護師が行う患者との関わり合いが重要なデータとなることから、研究協力病棟に入院している患者とその家族に、次のように研究協力を依頼した。

- (1) 研究協力が得られた各病棟それぞれの看護師長から、当該病棟の入院患者とその家族全員に向けて研究者がその病棟に入り込んでいることを周知していただいた。
- (2) 研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当することを知り得る限り早い時点で、事前にその患者とその家族に文書（資料 6-1）を用いて研究の説明を行い、研究協力を依頼した。この際、研究者が研究参加者のスタッフ看護師に同行し、知り得た情報をデータとすることを明確に伝えた。なお、患者の病状により研究者の同行が悪影響を

与えらるゝと考ゑられた場合、また排泄援助などプライバシーに関わるケア場面では、ケアを担当する看護師の判断により研究者が同行を控ゑることを伝ゑた。研究者の同行を控ゑてほしいときはいつでもお伝ゑいただければ意向に従うことを説明した。同意が得られ、文書（資料 6-2）に署名をいただいた患者と家族を研究協力患者とした。患者の状況および病棟の状況等により、事前に研究協力の同意を得ることができないまま、研究参加者のスタッフ看護師に同行した際には可及的速やかに上記のように説明を行い、同意を得た。

- (3) 病状その他により患者から直接研究協力の同意を得ることが困難な場合、その家族に文書（資料 6-1,2）を用いて研究の説明を行い、研究協力を依頼した。

3) 研究協力病院の医療スタッフ

研究者は、研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当する患者と関ゑること、看護師—患者関係および病棟文化について把握する必要から、患者の主治医ならびに他の医療スタッフに研究者の身分およびその活動について、次の手順により理解と同意を得た。

- (1) 看護部長・病院長より、研究者が当該病院において研究活動を行うことについて、各部署への周知を依頼した。
- (2) 研究協力病棟それぞれの看護師長から、当該病棟の医療スタッフ全体に向けて研究者がその病棟において研究活動をすることを周知していただいた。
- (3) 研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当する患者の主治医に、研究参加者から研究者を紹介していただいた。その後、研究者がその主治医に研究活動の目的および活動内容について文書（資料 8）により説明し、同意を得た。また患者から研究者が同行したスタッフ看護師と関ゑり合つた内容をデータとすることを許可され、研究協力に同意を得ていることを明示した。
- (4) 研究者が同行する際、研究参加者のスタッフ看護師と関ゑり合う医療スタッフに、研究参加者から研究者を紹介していただいた。その後、研究者が研究活動の目的および活動内容について文書（資料 9）により説明し、同意を得た。

4. データ産出の方法

1) 参加観察

本研究は、スタッフ看護師と患者との直接の関ゑり合いによる看護実践に焦点を当てる。この場合、看護師と患者との相互行為の中から立ち現ゐれる看護実践の現象をとらゑるためには、その場に身を置き、研究参加者の体験と活動が彼らにとって意味することを理解する必要がある。看護実践においては、看護計画があらかじめ立てられていたとしても、看護師の意思のままに行ゐれるものでは決してなく、患者の意思を確かめつつ、その意向

に沿って行われるというのがその特徴である。そのため、看護における行為の意図性は、患者との関わり合いの中で生じたり、あるいは変化し得るものと考える必要がある。そのため本研究では、参加観察によるデータ収集を行い、看護実践における看護師の考えや判断、意図に関する事柄についてはそのときどきに、あるいは事後にインタビューを行った。参加観察においては、現場に特有の意味をとらえ記録するようなやり方でフィールドメモに随時記録した。研究者は、その場に溶け込み、研究参加者とほとんど同じような形で出来事を解釈し体験することを連続的に学びながら参加観察を進行した。参加観察については、フィールドノーツを記録する作業を同時に進行した。フィールドノーツはデータ収集を明確な基準に沿ったものにするための一つの方法であるとともに調査者の解釈の根拠を公にする方法でもある（好井、桜井, 2000）。

具体的には、通常行われているスタッフ看護師の看護実践について終日同行し、行動とともにしつつ参加観察を行い、必要とされる場合には患者ケアに参加した。インタビューは原則としてその日の勤務終了後に行った。スタッフ看護師や病棟の都合により、その日にインタビューができなかった場合には次の同行日に行った。記録は次の手順による。

- (1) 研究参加者のスタッフ看護師への同行に先立ち、研究参加者の所属部署における臨床状況の種類、所属する医療機関およびその組織における看護部門の特性、看護管理体制の特性を把握するための観察を行い、フィールドメモ⁴に記録した。ここでいうフィールドメモとは、目の前で進行中のシーンや出来事、相互作用を観察したり自ら体験したりしながら、それらの物事の詳細な内容や自分が受けた印象などについてその都度メモした短い記録を指す。
- (2) 病棟および看護チームの雰囲気、看護師・看護師長の1日の業務、診療科特性とそこでの看護の専門性、入院患者の特性、他部門との連携、病棟にいる他職種の役割と活動などを把握することに努め、フィールドメモに記録した。
- (3) フィールドノーツの記録に先駆け、スタッフ看護師と患者との関わり合いの場面について、研究者は、両者のやり取りおよびそこでの振舞いや仕草、感情の動きなどが鮮明に伝わる記述ができるための指導を受け、訓練を行った。
- (4) 研究参加者のスタッフ看護師の患者ケアを中心とした看護活動に終日同行し、臨床的自律性に焦点を当てつつ看護師の行為に参加観察し、フィールドメモに記録した。
- (5) 研究参加者の勤務終了までに観察されたスタッフ看護師の臨床的自律性に関する質問事項を整理し、研究参加者の患者状況についての知覚、判断およびその根拠、行われた行為の意図、その他自律的看護実践に関して気づいたことについてインフォー

⁴ フィールドワーク中にメモした短い記録は、後の時点になって記憶を呼び起こし、重要な意味を持つ行為や情景について生き生きとした描写を展開するものとなる（Emerson, Fretz, & Shaw (1995)／佐藤・好井・山田(1998)）。

マル・インタビューを行った。

- (6) 研究参加者から有効なデータを引き出すために、研究者は研究参加者の語りに集中することに努めた。この際、許可を得てレコーダーに録音した。
- (7) 観察した内容やフィールドメモ、インタビューの録音データを総合し、フィールドノーツとして、同行したその日のうちに記録した。この際、フィールドメモを効果的に配列し、データを補完し、参加観察記録とした。参加観察記録は、何が起きたかについて詳細に記述することを心がけた。
- (8) 参加観察記録は後日、原則として次のフィールドワーク時に、すべての研究参加者のスタッフ看護師に通読していただき、事実関係の誤りや重要事項についての記載漏れがないことを確認した。

2) 研究データとその記述方法

本研究のデータは、フィールドノーツおよびインタビュー記録に基づき記述した参加観察記録である。

インタビュー記録については、同行したその日の勤務中および終了後、そしてフィールドノーツの通読後に行った研究参加者スタッフ看護師へのインフォーマル・インタビュー結果に加え、研究者によるスタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈の記述を研究参加者本人に通読していただき、これについて述べられた意見や感想の記録を含む。

具体的な記述方法は次の手順による。

- (1) 研究参加者が通読した参加観察記録において、そこでの看護実践ではスタッフ看護師の臨床的自律性がどのように発揮されているかについて、研究者の解釈を記述した。またそれぞれの看護実践において、スタッフ看護師の臨床的自律性に関与していると考えられる特徴的な要素について解釈の記述を加えた。
- (2) この参加観察記録および解釈の記述について、それぞれの研究参加者に通読していただき、研究者の解釈が納得いくものか否かを確認し、意見や感想をいただいた。その際、研究参加者のスタッフ看護師が行った看護実践における考えや判断、意図についての研究者の解釈部分については、誤解や誤認がないか確認した。
- (3) 参加観察記録および解釈の記述は、全て研究指導者にスーパーヴァイズを受けた他、大学院看護研究科博士後期課程修了者および在籍中の臨床看護師長、看護教員を含む6名の看護職者が通読し、研究者の解釈の説明性について検討した。

3) データの分析方法

(1) 比較分析

Glaser と Strauss (1967／後藤，大出，水野，2005) は、比較分析という方法を一般的な

方法と区別して規定した。そこでは、はじめに見つけてきた証拠が正しかったかどうかを検証するために、比較対象となる別の証拠と比較され、事実確認のための反復確認が行われる。それは「一般に、社会学者は反復確認が事実確認のために最上の方法だという点で合意している。」(p.32) という理由による。

本研究は、スタッフ看護師が患者との直接の関わり合いによる看護実践のなかで、いつ、どのような意図で、どのように臨床的自律性を発揮するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなものであったかを明らかにする。この探求では、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される現象を探索的にとらえつつ、それを明るみに出す必要があることから、こうした比較分析の方法を参考にすることは効果的であると考ええる。

(2) 解釈的記述

本研究は、探索的な現象探究であることから、スタッフ看護師の臨床的自律性について解明するに当たっては、「ある現象が何を意味しており、いかに経験されるかということを見い出したい」(Manen, 1990, p.29) という人間科学研究の方法を参考とする。ここでは、「我々が経験したことがある、あるいは経験し得ることだと認識して肯くことができる」(p.27) よう記述することが求められており、記述とは、解釈と互換可能なものととらえ、こうした記述を解釈学的記述としている。人間科学研究においては、「解釈は、何らかの意味を読み込むことではなく、事物それ自体がすでに示しているものを明らかにすることである。…我々は、同時に自らを隠しているものを解釈しようと試みるのだ。」(Gadamer, 1986, p.68) という解釈学の見解を支持している。

本研究においては、スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の現象について解釈的に記述することから、こうした生き生きとした現象の本質の記述を目指す人間科学の方法を参考にすることは効果的であると考ええる。

以上のように本研究においては、社会学における比較分析、人間科学における解釈学的記述という異なる学問的立場の方法を参考とする。これは、関心や目的によって価値が決まるという「関心相関性選択」(西條, 2010) という論理に従うものであり、どのように実世界を認識し、どのようにその意味を捉えるかという理論的視点として、両者の方法は解釈主義的視点に立っており(本田, 高木, 2008)、本研究の立場と矛盾が無いと考える。

関心相関性とは、西條(2010)によれば、「関心や目的に応じて、存在や意味、価値といったものが相関的に立ち現れるという考え方」(p.14)とされる。すなわち、方法の有効性は、関心や目的に応じて相互に関連し合って(相関的)決まることから、絶対的に正しい方法というのは原理上あり得ない。それゆえ、関心に照らして有効な方法を選べばよい(関心相関性選択)とされる。

4) データ分析の具体的手順

本研究のデータは、比較分析による視点から順次収集された。そして、個別具体的な事例の解明については、解釈的記述を試みた。具体的手順は次のとおりである。

- (1) 本章の 2) 研究データとその記述方法 (1) に述べた研究参加者が通読した参加観察録を精読し、ここで起きていることが何かを把握した。
- (2) 全参加観察録の中から本研究が注目するスタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されている看護実践として、スタッフ看護師とひとりの患者との関わり合いの場面とそれに関連する前後の看護師同士のやり取りや他職種とのやり取り、スタッフ看護師への事後のインタビュー箇所を抜き出し、経時的に配置した。
- (3) (2) のスタッフ看護師と患者との関わり合いの場面について精読し、スタッフ看護師の臨床的自律性に着目しつつ、その判断、意図、行為について、研究参加者とほとんど同じような形で出来事を解釈することに努め、それがどのように発揮されているかを記述し、これを「スタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈」とした。
- (4) 「スタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈」では、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮された看護実践を“自律的看護実践”と呼び、これを示す内容について言語で表現し、見出しとして付した。
- (5) スタッフ看護師の臨床的自律性の発揮に関与していると思われる看護師の態度あるいはそれ以前にみられた行動や発言など、その看護実践を特徴づけている事柄について、「自律的看護実践の特徴的要素」として解釈を加え、これを示す内容について言語で表現し、小見出しとして付した。
- (6) スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮された自律的看護実践がもたらした結果について解釈を加え、これを示す内容について言語で表現し、「スタッフ看護師の自律的看護実践がもたらしたもの」とした。
- (7) 「スタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈」の内容は、見出しを付した「自律的看護実践」、小見出しを付した「自律的看護実践の特徴的要素」、「スタッフ看護師の自律的看護実践がもたらしたもの」とした。
- (8) (1) から (7) についての一連の記述を「スタッフ看護師と患者さんとの関わり合い」として、その構成を「研究参加者スタッフ看護師の特徴」、「患者さんのプロフィール」、「スタッフ看護師と患者さんとの関わり合い場面の記述」、「スタッフ看護師の臨床的自律性についての解釈」とした。
- (9) (8) の「スタッフ看護師と患者さんとの関わり合い」全てについて、研究指導者にスーパーヴァイズを受けた。また、これを大学院看護研究科博士後期課程修了者および在籍中の臨床看護師長、看護教員を含む 6 名の看護職者が通読して、研究者の解釈の説明性について検討した結果、これが支持された。

5. 研究における倫理的配慮

本研究は、病院で入院患者ケアの責任を担うスタッフ看護師を対象とするため、研究活動を実施するにあたり、以下のような倫理的配慮を行った。なお、本研究を進めるに先立ち、神戸市看護大学倫理審査委員会による審査を受け、その承認を得た後に研究活動を開始した。また、本研究実施に際して、神戸市看護大学および関係機関における個人情報保護に関する規定に基づき活動した。

また、本研究協力施設からの要請により、当該施設 2 病院に設置された病院倫理委員会において審査を受け、その承認を得た後に当該病院における研究活動を開始した。

1) 不利益を被らない権利の保証

(1) 研究参加者のスタッフ看護師

研究参加者の選定は、看護部長または看護師長の紹介に基づいて行われたため、研究者が研究参加依頼の説明の際には、スタッフ看護師が研究参加を断れない雰囲気をつくらぬよう努め、スタッフ看護師の任意であること、研究参加への回答は翌日以降でよいことを説明した。

研究への参加・不参加は自由であり、研究に協力しない場合でも通常の業務および職場における人間関係に何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究参加に同意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究参加者には何も不利益が生じないことを説明し、厳守した。

研究参加者の看護師が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、患者との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明した。また、患者の病状その他により、研究者が同行することが悪影響を及ぼすと考えられる場合には、指示してくだされば同行を控えることを伝え、これを遵守した。

なお、研究者の年齢および背景が、スタッフ看護師にとって意図せざる脅威を感じさせてしまう懸念がないとは言えないため、この点には十分留意して、研究参加の依頼および参加観察、インタビューの際の口調や態度に気をつけるよう心がけた。

(2) 研究協力病棟に入院している患者とその家族

研究への協力・非協力は自由であり、研究に協力しない場合でも入院中の診療ならびに看護には何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究協力に同意した後に、あるいは研究協力途中において、研究協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には患者とその家族には何も不利益が生じないことを説明し、厳守した。

研究参加者のスタッフ看護師が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、看護師との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明した。また、患者の病状その他により、研究者が同行することが悪影響を及ぼすと考えられる場合、そして排泄場面などプライバシーに関わるケアの場合には、ケアを担当するスタッフ看護師に申し出て、あるいは相談の上で研究者は同行を差し控えることを伝え、これを遵守した。

(3) 研究協力病棟看護師

研究への協力・非協力は自由であり、研究に協力しない場合でも通常の業務および職場における人間関係に何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究協力に同意した後に、あるいは研究協力途中において、研究協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究協力看護師には何も不利益が生じないこと、研究協力をしないかまたは途中で辞退した場合には、その看護師の言動および影響をデータとはしないことを説明し、厳守した。

(4) 研究協力病棟看護師長

研究協力病棟の選定は、看護部長の紹介に基づいて行われたため、研究者が研究参加依頼の説明の際には、看護師長が研究参加を断れない雰囲気をつくらないよう努め、看護師長の任意であること、研究参加への回答は翌日以降でよいことを説明した。

研究への参加・不参加は自由であり、研究に参加・協力しない場合でも通常の業務および職場における人間関係に何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究参加に同意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究協力看護師長には何も不利益が生じないことを説明し、厳守した。

(5) 研究協力病院の医療スタッフ

研究への協力・非協力は自由であり、研究に協力しない場合でも通常の業務および職場における人間関係に何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究協力に同意した後に、あるいは研究協力途中において、研究協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究協力病院の医療スタッフには何も不利益が生じないことを説明し、厳守した。

(6) 研究協力病院の看護部長

研究への参加・不参加は自由であり、研究に参加・協力しない場合でも通常の業務および職場における人間関係に何も悪影響を及ぼさないことを説明した。また、研究参加に同

意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究協力病院の看護部長には何も不利益が生じないことを説明し、厳守した。

2) 自己決定の権利の保証

(1) 研究協力病棟のスタッフ看護師、看護師長、看護部長への研究参加・協力の依頼

最初に、看護部長・病院長へ研究の趣旨および概要を説明し、研究協力をお願いした。その際、研究者が2病棟それぞれに異なる期間専属し、看護チームに入り込むこと、研究参加者スタッフ看護師の看護活動に同行すること、従って研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当する患者が受ける検査や診療の場に同行すること、チーム・カンファレンスなど病棟の活動等に参加すること、必要に応じて看護部長・病棟看護師長にインタビューをさせていただくことについて、文書（資料 1-1,2,3. 7-1,2. 10-1,2）に基づいて説明した。

研究協力の意思を確認した後、該当する2病棟それぞれの看護師長を紹介していただき、本研究への協力が可能かどうかを看護部長および2病棟それぞれの看護師長により十分検討していただき、研究協力の承諾を得た。この際、当該病棟より研究協力に同意された2病棟それぞれの看護師長へ必要に応じてインタビューを依頼することを説明した。

この後、2病棟の看護師長より、2病棟それぞれの看護師全体に向けて研究者をご紹介いただき、研究者は、2病棟それぞれの看護師全体（これを看護チームと呼ぶ）に、本研究の趣旨および概要を文書（資料 4）に基づいて説明し、研究協力をお願いした。これに先立ち2病棟の看護師長には、それぞれ看護チームのなかで反対意見がある場合には研究実施を見合わせる可能性があることを予め説明した。この後研究者は席をはずし、2病棟それぞれの看護チームならびに看護師長により、研究協力の是非について十分検討していただいた。なお、研究説明の場に参加していない看護師については、2病棟それぞれの看護師長と相談し、周知の期間を設け、検討していただくことを依頼した。

2病棟それぞれにおいて看護師全体により研究協力への同意が得られ、病棟看護師長の紹介に基づいて選定されたスタッフ看護師個々に、研究参加者の依頼を文書（資料 5-1,2）に基づいて行い、看護師長への必要時インタビューの依頼を文書（資料 7-1,2）に基づいて行った。この後、2〜3日検討していただく時間を設けた。但し、病棟看護師長の紹介に基づいて選定された看護師については、研究者が病棟看護師個々を知らないために紹介を依頼したものであり、病棟看護師長により研究参加を強要あるいは指示するものではないこと、研究に参加または協力を辞退しても何も不利益を被らないことを説明した。

2病棟それぞれの看護チームの看護師には、研究参加者のスタッフ看護師の看護活動において関わり合った場合には、その場面の登場者として参加観察の対象となること、研究参加者のスタッフ看護師とのやり取りやカンファレンスなどにおける彼らの言動および影響をデータとさせていただくことについて文書（資料 4）に基づいて説明した。また、2

病棟それぞれにおいて看護師全体に向けた説明の際に不在だった病棟看護師に向けて、別途説明の時間を設け、承諾を得た。

以上を経て、研究参加者、病棟看護チームメンバーとして、またインタビューへの研究参加・協力の同意が得られ、それぞれの承諾書に署名をいただいた。

(2) 研究協力病院に入院している患者とその家族

研究協力が得られた 2 病棟それぞれの看護師長から、当該病棟の入院患者とその家族全体に向けて研究者がその病棟に入り込んでいることを周知していただいた。

研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当することを知り得る限り早い時点で事前にその患者とその家族に文書（資料 6-1,2）を用いて研究の説明を行い、研究協力を依頼した。この際、研究者が研究参加者のスタッフ看護師に同行し、知り得た情報をデータとすることを明確に伝えた。患者の状況および病棟の状況等により、事前に研究協力の同意を得ることができないまま、研究参加者のスタッフ看護師に同行した際は、可及的速やかに説明を行った。病状その他により患者から直接研究協力の同意を得ることが困難な場合、その家族に文書（資料 6-1,2）を用いて研究の説明を行い、研究協力を依頼し、承諾を得た。

(3) 研究協力病院の医療スタッフ

2 病院それぞれの看護部長より、研究者が当該病院において研究活動を行うことについて各部署への周知を、研究協力が得られた 2 病棟それぞれの看護師長より、当該病棟の医療スタッフ全体に向けて、研究者がその病棟において研究活動をするについて周知を依頼した。

研究参加者のスタッフ看護師がケアを担当する患者の主治医に、研究参加者から研究者を紹介していただいた。その後、研究者がその主治医に研究活動の目的および活動内容について文書（資料 8）に基づいて説明し、患者から研究参加者のスタッフ看護師と関わり合った内容をデータとすることを承諾され、研究協力を同意を得ていることを明示した。

研究参加者の看護師に同行する際に関わる医療スタッフに、研究参加者から研究者を紹介していただいた。その後、研究者が研究活動の目的および活動内容について文書（資料 9）に基づいて説明し、承諾を得た。

3) プライバシー、匿名性、機密性確保の権利の保証

研究者が研究活動において知り得た病棟看護師、入院患者とその家族、病棟看護師長、看護部長に関する情報の一切は、個人が特定されないよう仮名を用いて匿名化を図った。病院組織および看護部門について、施設名が特定されないよう記号化して匿名化を図った。

研究参加者へのインタビュー、申し送りや病棟カンファレンス状況の録音は、必ず研究依頼の際に許可を得た。録音データ、フィールドワークにおけるメモ、文書データ、各種

資料はすべて、個人や施設が特定されないように記載に関しては記号化し、鍵のかかる場所に保管した。研究終了後はすべて復元不可能な状態に裁断または消去してから破棄する。

得られたデータを扱うコンピュータは、インターネット等の電子メディアと接続していないものを用いた。

研究結果は、学位論文として大学内において発表し、大学に提出する他、学会や学術誌その他の雑誌に発表するが、この際、個人および施設名が特定されることのないように個人情報の保護に万全を期すことを説明し、厳守する。

4) 情報公開の権利の保証

本研究の目的、方法、参加・協力の内容、研究者がお約束すること等について、文書（資料 1-1,2,3. 2-1,2. 3-1,2,3. 4. 5-1,2. 6-1,2. 7-1,2. 8. 9. 10-1,2）に基づいて十分に説明した。研究に関する質問には、いつでもお答えする旨を伝えた。研究中あるいは研究終了後、研究参加者が研究結果について知りたい場合はいつでも開示できること、研究協力病棟の入院患者とその家族から研究結果の開示の希望がある場合は「研究協力のお願ひ」に送付先をご記入いただき、研究終了後に送付可能であることを説明した。研究協力病棟の看護師には、病棟看護師長宛に研究結果を送付し、閲覧できるよう依頼する。

第3章 研究の結果

本章では、スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因を探求する第一段階として、スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の現象を描写した「患者との関わり合いの中で発揮されるスタッフ看護師の臨床的自律性」について記述する。この記述においては、スタッフ看護師の臨床的自律性に焦点を当てて解釈した結果を示す。次の段階では、それらの解釈から導き出された「スタッフ看護師の臨床的自律性の特徴」および「スタッフ看護師の臨床的自律性の関連要因」を示す。そこでは、スタッフ看護師の臨床的自律性がどのように発揮されるのか、また、スタッフ看護師の臨床的自律性は患者ケアの結果にどのような影響をもたらしたのかという問い、そしてスタッフ看護師の臨床的自律性に関連している要因は何かという問いに焦点を当てて解釈した結果を示す。

なお、本章で提示する患者との関わり合いの中で発揮された9名のスタッフ看護師の臨床的自律性についての記述は、研究参加に承諾が得られたスタッフ看護師13名と、研究者の同行当日に彼らが受け持った患者延べ182名との関わり合いの中から研究者が収集した全ての事例の中から精選した結果である。本結果における研究参加者のスタッフ看護師の数が、13名中9名のデータに限られ、精選された理由は次の2点による。まず、研究協力が得られた病院は、2施設ともに急性期診療を行っており、各4病棟の日勤時間帯はそれぞれ業務が複雑なことから患者の安全が最優先され、日常の看護業務を無事かつ速やかに遂行するのが精一杯という状況が多いと思われた。そのため、研究者が終日同行する中で、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いの場面に遭遇することがない日も多くあった。また、13名全てのスタッフ看護師と患者との関わり合いを参加観察する中で、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われた場面においても、研究参加者とのインタビューにおいて、その判断や意図が明確にとらえられず、データを十分に得られない場合があった。その多くは、スタッフ看護師の都合（日勤終了後に別の仕事があるなど）や病棟の状況（勤務交替時に緊急入院や患者の急変があるなど）など時間的な都合によるものであり、これにより同行当日の患者ケアに関する判断や意図について、後日彼らに想起してもらうことが難しいものであった。本章で提示する事例は、研究参加者と同行中あるいは勤務終了後に、それぞれの看護実践について話しをする機会を持つことが許され、彼らの考えや判断内容を引き出すことが出来たものである。これらのスタッフ看護師の看護実践についての考えや判断内容をとおして、研究者は臨床的自律性の現象を共感的に読み解いて、より多面的に創造的に解釈することが可能となった。このようにして、当初10名のスタッフ看護師の臨床的自律性について記述することができた。

次に、この10名のスタッフ看護師の臨床的自律性についての記述は、全て研究指導教授によるスーパーヴァイズを受けるとともに、大学院看護学研究科博士後期課程修了者お

よび在籍中の臨床看護師長、看護教員を含む 6 名の看護職者が通読し、研究者の解釈の説明性について検討した。その結果、1 事例がスタッフ看護師の臨床的自律性としての説明性に納得が得られず、これを結果から排除した。その理由は情報不足であり、当該事例について補足が必要と思われるデータが、時間が経過したことによって追加収集することができなかったためである。本章で提示する事例は、こうした検討において、研究者の解釈の説明性が認められた 9 名のスタッフ看護師と 10 名の患者との関わり合いの記述である。

I. 患者との関わり合いの中で発揮されるスタッフ看護師の臨床的自律性

本節では、患者との直接的な関わり合いによる看護実践において発揮されたスタッフ看護師の臨床的自律性について記述する。記述方法として、はじめに、研究フィールドとなったそれぞれの病院の概要および病棟の特性について記述する。次に、スタッフ看護師と患者との関わり合いに登場する研究参加者スタッフ看護師の特徴（表 1. スタッフ看護師の属性）と患者のプロフィールを記述する。そして、スタッフ看護師と患者との関わり合いの場面について、参加観察記録およびインタビュー記録から、両者のやり取りの文脈および時間的経過に従って抜粋し、それに関連する看護師同士のやり取りや出来事、インタビュー記録とともに記述し、そこで行われた看護実践における臨床的自律性に着目し、その解釈について述べる。解釈においては、本研究の目的に沿って、まず、それぞれの研究参加者スタッフ看護師の臨床的自律性について記述する。次に、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮された看護実践としてこれを自律的看護実践と呼び、その特徴的な要素、すなわち臨床的自律性の発揮に関与していると思われる要素について記述する。

なお、本結果の記述により研究参加を依頼した個人や施設が特定されることを避けるため、研究参加者スタッフ看護師と患者との関わり合い場面を記述する際には、登場する人物はすべて仮名を用い、日時も実際とは異なる数字に置き換えた。文章内の「1 行空き」は、記述の前後に時間的なひらきがあることを、「…（略）…」の表記は、そこでの関わり合いに関係性の低い事象あるいは冗長な状況描写の記録を省略していることを示す。（ ）内の記載は、研究参加者に確認の上、意味が通じるよう研究者がことばを補足したものである。

1. 地方自治体立 I 病院

1) I 病院の概要

地方自治体を設置主体とする I 病院は、高度専門医療を提供する一般病院として地域に貢献している。病院機能評価認定を受けており、病床数は 500 床程度、診療科は全 20 科である。発症直後から回復するまでの急性期治療を行う一般病床として、平均在院日数短縮化の方針がとられ、特定の疾病に対する治療計画については標準化し、クリティカルパ

ス⁵を用いている。診療体制は、原則として紹介予約制度により診療を行う三次救急医療機関であり、地域における医療連携を推進している。

近年、さまざまな病院で医療事故が生じ、マスメディアが騒がしく問題にするようになって以来、I 病院では医療事故防止のための約束事が厳重に定められており、看護師が医師の指示を受ける際もその実施方法が細かく規定されている。

2) I-A 病棟の特性

(1) 診療科とその特性

I-A 病棟は、循環器内科の単科診療科で 30 数床を有する。救急医療では CCU: Coronary Care Unit ネットワークの 1 施設として 24 時間体制をとっているため、昼夜を問わず緊急入院を受け入れている。

循環器診療科の特性として、患者の安静度および日常生活動作の自立度については、心機能についての医学的判断が必要なことから全て医師の指示が必要となる。従って、患者の入浴や洗髪といった日常生活の援助行為についても、看護師が独自に実施可能と判断したとしても、医師への確認なしに実施することはできない。

(2) 看護体制

看護体制は、プライマリナース・モジュール型継続受持ち方式という看護方式が用いられている。勤務体制は、日勤・準夜勤・深夜勤の三交替制をとっている。

日勤の勤務者数は、A、B モジュール⁶に各 3 名の看護師、1 看護師長または日勤責任者の計 7 名で、各モジュールに 1 名のリーダー看護師を置く。各リーダーは、原則として重症度の比較的低い患者を 3~4 名受け持ち、所属モジュールの受け持ち患者全員の状況把握および他部署との調整を図る。各メンバーは、1 看護師 4~5 名の患者を受け持つ。夜勤の勤務者数は準夜、深夜とも看護師各 3 名であり、うち 1 名がリーダーとなり、他 2 名は、A、B それぞれに所属するモジュールの看護師 1 名あたり 15 名程度の患者数を受け持つ。リーダーは夜勤責任者を担い、準夜、深夜勤務では夜間帯の病棟全体の責任を持ち、直接

⁵ critical path 研究、開発、製造、インフラ整備などのプロジェクトで、開始から終了までの所要時間を決定する一連の工程の組合せをさす経営用語。限界工程、臨界工程、最長経路などと訳される。医療においては、質の高い医療を提供することを目的として、入院から退院までの計画を立てたもの。患者には、検査の予定や治療の内容、リハビリテーションの計画等いつ頃どの様な状態になれば退院することができるかなどを一覧表に説明する。医療側としては、その様に計画を立てて医療を行うことにより、無駄なく、無理なく、もれなく、間違いなく、診療を進めることができ、立てた計画を定期的に評価することにより、常によりよい医療を提供することができる(松島, 2012)。

⁶ module 機能の単位を指す用語。I-A 病棟では、それぞれの看護師が患者を入院から退院まで受け持つプライマリナースの役割を持つのだが、さらにそれぞれが、プライマリナースが不在のときにその役割を代行するアソシエイトナースとなるため、このペアがいくつか集まると、患者担当のグループができる。病棟所属看護師の半数ずつになるようこの患者担当グループを 2 つに分け、これを A、B モジュールと呼んでいる。各モジュールでは、入院患者の約半数ずつをグループで担当することになり、日々の各勤務帯で数回の情報交換を行うため、それぞれの看護師は、自身が所属するモジュールの担当患者の状況をその経過を含めて把握している。

には患者を受け持たない。日勤、夜勤ともにリーダー役割をとるのは、4 年以上の経験を有する看護師であり、看護師長が各勤務帯のリーダーを決定する。看護師数は、看護師長を含む 20 数名、全員女性である。

日勤看護業務は、8 時 30 分始業 17 時 15 分終業とされ、平均業務終了時刻は 17 時 30 分である。その日の担当看護師が受け持ち患者のケアに責任を持ち、患者への医師の指示は、原則としてリーダーが受け、メンバーにその情報を伝える体制となっている。しかし、リーダー役割をとれる看護師の場合、医師の指示内容およびその緊急性等によっては、その日メンバー業務を担っていても自身で指示を受け、リーダーに情報伝達をすることもある。全館オンラインの電子カルテシステムによる診療記録管理により、ナースステーションおよび必要箇所ノート型パソコンが移動式ワゴンに乗せて設置されている。注射、点滴、服薬、処置についての看護記録記入方法には病院の規定があり、またこれらについては、複数の看護師によるいわゆるダブルチェックが義務化されている。

(3) 病棟文化

病棟文化とは、スタッフ看護師が所属する病院、病棟の中で形成されてきた慣習や振る舞いの体系をいい、その病院、病棟に所属する看護師や医師その他の医療スタッフが意識するか否かに関わらず適応し、学習させられている思考や行為のパターンを指す。

I-A 病棟では、患者ケアのための情報源は主として電子カルテであり、看護師同士の口頭伝達による引継ぎの場は設けていないため、看護師たちはそれぞれに受け持ち患者への医師の指示や看護記録などからその日の患者ケアに必要な情報を収集している。そのため、日勤では早い人で 6 時 30 分頃から出勤する看護師もいるという。一方、経験年数を重ね、リーダー役割を取っている看護師では、8 時 20 分頃ナースステーションに姿を現す人もいる。こうした違いは、単なる看護師経験年数だけではなく、業務を確実に遂行し比較的ミスが少ないタイプ、業務遂行が遅延しがちでミスが多いタイプ等看護師の仕事の仕方、あるいはその看護師自身の患者情報や医師の指示等さまざまなことについて気になる程度等に関連しており、それによって出勤時間が決まるようだ。また、看護チーム全体の中で、看護師個々が同僚から受けている評価、すなわち「仕事にミスがない」とか「仕事が遅い」といった見方であるが、これも出勤時間に関与していると思われる。新人看護師は一様に早朝から出勤している。

看護部長によれば、I 病院では、看護師は卒後 3 年を経て一人前という全館的な認識があるという。I-A 病棟でもこうした認識は共通しており、看護チームとしては、新人看護師は先輩看護師に従順かつ依存的であり、先輩看護師は新人看護師に対して指導・助言をおしまない。全体的には穏やかな関係性に見え、ナースステーション全体ではもの静かに業務が遂行されている。

病棟看護師長は、モジュールの看護活動については各リーダーに責任を一任しており、

相談されたときに随時応じている。看護師個々に対しては、状況に応じて声をかけたり、業務を手伝ったりしており、スタッフからの信頼は厚い。

看護師－医師関係は、概ね同僚的な関係⁷といえよう。支配的、指示的態度をとる医師は、特定の数名の男性を除く他は比較的少ない。看護師の医師への発言の仕方から、個別には遠慮がちな態度もみられるが、概ね医療者としての対等な関係性が伺われ、患者中心という考え方が両者の間で了解されていると見ることができる。

経営管理は比較的厳重であり、看護師の時間外勤務については、相応の理由がないと認められないのだという。そのため、看護師たちは出来る限り時間内に業務を終了することを心がけている。また患者には、治療上必要とされる医療器具や衣料品については全て自己負担とされ、病院内外の購買部門にて購入するよう求められる。

循環器診療科の I-A 病棟では、患者の急性期治療が中心に置かれ、病床稼働率上昇を目指して短期入院制度をとっていることから、患者は特定の治療が済めば早々に退院を予定される。こうした診療方針に従い、看護ケアも特定の治療に関連した医療処置的内容が中心となり、患者の清潔・整容に向けたケアである全身清拭や陰部洗浄などは、機能別看護方式として日勤看護師全員によって分担され、受け持ちにかかわらず一斉に行われている。

2. I-A 病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い

1) 金田看護師と患者中井さんとの関わり合い

金田看護師への同行回数は間隔をあけた 2 回、担当した患者数は延べ 9 名であった。そのうち、金田看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは、以下の 2 場面であった。

金田看護師と中井さんとの一連の関わり合いには、二つの特徴的な看護実践が含まれていた。そこで、それぞれの看護実践に関連する金田看護師と中井さんとのやり取りを 1 場面毎に記述するが、2 つの場面においてそれぞれ必要となるため、参加観察記録の記述箇所には一部重複がある。

(1) 研究参加スタッフ看護師の特徴

金田看護師は 20 歳代の女性、看護師歴 6 年目である。地方自治体立看護専門学校 3 年課程を卒業直後、同系列のこの I 病院に就職し、A 病棟に配属された。金田看護師は、学生時代に看護学実習で配置されたこの I-A 病棟での勤務を希望したといい、これまで他の病棟勤務の経験はない。そして I-A 病棟は、「自分が希望した部署なので、学ぶことが楽しいです。」と言っている。金田看護師は、リーダー役割を取るようになって 3 年を経て

⁷ 看護師と医師とが、相互の尊敬と信頼によってともに働く関係を指す (Kramer et al., 2003) が、ここでの力関係は必ずしも対等ではなく、医療チームのリーダーとして医師が看護師より優位な立場をとる。

おり、I-A病棟のリーダー層の中では中堅あるいは上層部の位置にあり、後輩看護師からの信頼は厚い。例えば、4年目を迎えリーダー役割を取り始めた後輩看護師から、看護師による医師の指示遂行の仕方についてよく相談を受けたり、経験2・3年目の看護師から患者の病状把握の仕方について尋ねられている。

金田看護師は、インフォーマル・インタビューにおける「看護師の自律性ということについて、どのようにお考えですか」という質問に、「自律性、ですか？ 難しいですね。そんなことば、聞いたことがないので。」とことばを切った。また、「どのようなお仕事をしたときに、ご自分が満足しますか」という質問に、しばらく考えてから、「患者の個別性に合わせた看護ケアができたと感じたとき。」と応えた。そこで「具体的な例を教えてくださいか」と聞くと、金田看護師は、「保清とか退院指導ですかね。あと、退院に向けた計画とか。」と応えた。そして「どのような仕事をしたとき、不満足を感じますか」という質問に、「患者様に必要と考えたケアが時間の都合で出来なかったとき。」と応えた。

(2) 中井さんのプロフィール

中井さんは、60歳代の男性である。数ヶ月前に路上で倒れているところを発見され、救急車で別の病院に収容され、入院していたという。I-A病棟には、心室頻拍に対する体内式除細動器 **implantable cardioverter defibrillator ICD**（以下ICD）植込み術目的で入院している。看護師たちの情報によると、中井さんは、心肺蘇生後の低酸素脳症による記憶障害、健忘があるという。例えば、中井さんが入院している6人部屋から病棟内の共同トイレに一人で行くと、どこの部屋に帰るのがわからなくなることがあるというのだ。看護師とのやり取りでは一見普通に見えるが、ややボーっとしていることがある。

(3) 金田看護師と中井さんとの関わり合い場面の記述ーその1

① 参加観察記録

男性6人部屋の入り口すぐの左側ベッドに中井さんがいる。深夜勤務の看護師の報告では、昨夜は同室患者の一人がせん妄のため夜中ずっと騒いでおり、この部屋ではほとんどの患者が眠れなかったようだと言っていた。

金田看護師は、ベッドの周りを囲んで閉め切ったカーテンの中に入ると、「おはようございます、中井さん。担当替わります。」と、静かな調子で朝の挨拶をした。中井さんは無精ひげを生やし、髪の毛もぼさぼさで、手術室に行く際に着用させられた術衣の前がはだけており、胸帯がむき出しになっていた。昨日、左鎖骨下の皮下にICDを埋め込んだため、左上肢が胸帯で体幹に固定されている。ベッドの上では掛け物が乱れ、シーツも皺くちゃになっており、中井さんの夜間の眠れなさ、寝苦しさを物語っている。金田看護師が、「昨日はねむれました？」と穏やかに聞くと、中井さんは、不機嫌に「眠れっこねえよ。ったく。後で後でって、ちっとも（看護師は）来やしねえしよ。」と、金田看護師の顔を横

目でにらみ見上げながら言った。金田看護師は、困ったような表情で、気の毒そうに中井さんの顔を見つめながら、同情、同感するように、「ねえ。」とだけ言った。そして、少しの間があってから、「もうすぐ部屋、替われるようにしますから。もう少し待ってください。」と言った。中井さんはそれには応えず、口の中で何かぶつぶつ言っている。金田看護師が、気分を変えるかのように声の調子を明るくして、「左手、動かさないでくださいね。」と言うと、中井さんは、金田看護師のほうを見ないまま、「昨日、だいぶ動かしちゃったよ。」と言った。中井さんは目が鋭く、怒っているような表情だったが、それ以上怒りをぶつけるような言動はなかった。金田看護師は黙って点滴の速度を調整してから、そっとカーテンの外へ出た。

金田看護師は、今日の受け持ち患者全員への挨拶を済ませると、ナースステーションに戻った。…（略）…朝の看護師同士の情報交換の始まりである。この日は主任看護師がモジュールリーダーで、「じゃあ、お願いします。」と言うと、…（略）…金田看護師がメモ用紙を見ながら言った。「中井さんは、ご立腹で。昨日うるさいして。できるだけ部屋を移動したいけど健忘もあるし、って感じです。レントゲンと心電図ありますが、連れていきます」。リーダー看護師は、時々メモをしながら聞いていたが特にコメントはなかった。

金田看護師は、抗生物質の点滴を持って部屋に行った。「中井さん、抗生剤の点滴をしますね。」と言い、ベッドの左側へ回り込むと、中井さんは黙ったまま金田看護師のほうを見た。金田看護師は、中井さんの左前腕に固定してあるサーフロー（プラスチックカニューレ型静脈内留置針）の接続部を見ながら、「お名前確認させてください。」と静かに言う。中井さんは、「だめ。名前変わっちゃったから。」と言ったのだが、その表情は、朝の挨拶のときとは違って穏やかで、口元には笑みを浮かべていた。金田看護師は、中井さんがおどけて冗談をいっているのだとわかったようで、にっこり笑って、「あらあ。じゃあ、どうしましょうかあ。」と言いながら、彼の顔を覗き込んだ。そして再びその腕に目を落とすと、「中井正様。」と、明るい声になって言い、ネームバンドのバーコードを照合した。金田看護師が、抗生物質の連結管を中井さんの点滴チューブに接続すると、中井さんは「きたきた。」と言った。金田看護師は、「きたあ？」と、そのことばに応答してから、「ここ、痛くないですか。」と言い、点滴が落ちていくのと、サーフローから薬液が血管内に入るとを目で追いながら聞いた。血管外への点滴漏れや発赤・腫脹はなく、中井さんは、「痛くない。」と言った。

金田看護師が、滴下速度を調節しながら、「1 時間くらいかかります。」と言うと、中井さんは「ここ、痒くて。掻いちゃったよ。」と言いながら、右手をパジャマのズボンの中に入れて右臀部を掻いている。金田看護師は、滴下速度を調節し終わってから、ベッドの右側に回り込んだ。そして「ちょっと、見せてください。」と言うと、中井さんは黙って右手

をズボンから出し、左側に体を向けた。金田看護師は、中井さんのパジャマのズボンを下げ、臀部を覗き込んだ。中井さんの右臀部坐骨付近には、直径 8mm ほどの膨隆疹が数箇所でき、全体では直径 6cm ほどの幅、8cm ほどの長さとなっており、引っかいたような擦過傷が数筋ついていた。金田看護師は、「あら、ひっかいちゃった？ 後で先生に診てもらいましょうね。」と言い、中井さんの衣服を整えた…（略）…。

廊下を歩きながら、研究者が「ご機嫌直ったんですかね、朝は怒ってましたよね。」と言うと、金田看護師は、「ええ。怒ってましたね。どうしようかと思っちゃったけど。少し寝たせいか、ご機嫌直ったんですかね。」と言って、クスッと笑った。研究者が「朝とずいぶん違うんでびっくりしました。今、冗談をいったんですよねえ。」と言うと、金田看護師は、「ちょっと、驚きましたね。」と、笑顔のまま言った。

金田看護師がナースステーションに入ると、反対側の入り口から男性医師が入ってきた。すると金田看護師は、「先生、ちょうどよかった。中井さんがね、ここ（自分の右臀部を手で示しながら）が痒いっていうんだけど、診てもらっていいですか。」と言った。その男性医師は、「ああそう。」と言いながら、ナースステーションを横切ってそのまま廊下に出た。金田看護師は、その後に続いて行った…（略）…。

男性医師は、中井さんの臀部を覗き込み、「ああ、テープかぶれか抗生剤かってとこだなあ。」と言いながら体を起こして、「どっちにしても、薬出しとくよ。」と言った。中井さんは、右手で点滴を指しながら、「これのせい？ だって、これ昨日もやったでしょ。」と言うと、医師は、「うーん。なんとも言えないからなあ。抗生剤だとしても昨日からで。今日（痒みの症状が）出ても時間的にはそうとも言えるし。でも一番あやしいのはテープかぶれかな、場所的にいっても。とにかく、薬出しとくから。ね。」と言うと、返事を待たずに部屋を出て行った。中井さんは何も言わなかった。金田看護師は、黙って点滴速度を確認すると、医師を追って部屋を出た。

金田看護師は、ナースステーションに入ると、処置室の戸棚からリンデロン V 軟膏⁸のチューブを取り出した。それは病棟在庫薬だった。そして「指示と同じものなので。」と、研究者に見せながら説明した。医師の処方指示は先ほど出されたようだが、まだ病棟に処方薬は届いていないらしい。金田看護師は、「また怒るので。すぐにいかないと。」と言うと、軟膏チューブを持って中井さんの部屋に向かった。その途中で、廊下に置いてあるワゴンからビニール手袋を取り、中井さんのベッドのカーテンの中に入っていった。そして、「中井さん、先生からお薬出たので、塗りましょう。」と言うと、中井さんは黙って体をよじり、右臀部を金田看護師のほうに向けた。金田看護師はビニール手袋をはめると、中井さんのパジャマのズボンをめくって、患部にリンデロン V 軟膏を塗った。中井さんは、「オ

⁸ リンデロン V 軟膏は、作用が強力な副腎皮質ホルモン剤。吉草酸ベタメサゾン 0.12%1g を含有しており、適応は湿疹、皮膚炎群など（高久,矢崎, 2011）。

オー」と声をあげたが、不快な様子ではなく、おどけたようだった。金田看護師は薬を皮膚に塗りこむと、中井さんのズボンをあげて衣服を整えた。

準夜勤との交替時間が近づいてきた。金田看護師は「すみません、報告します。」と言い、今日の日中の報告を始めた。リーダー看護師はメモを取りながら聞いている。「中井さんは少し休めたみたいで、機嫌直ってます…（略）…お尻の痒いのは抗生剤かテープかって、先生言ってたけど、リンデロンで軽減しています。」と言った。

② インタビュー記録

日勤の仕事がおおむね終わると、金田看護師は、「これからは、あとは記録なんです。何かありますか。」と、聞いてくれた…（略）…。「中井さんにリンデロン軟膏の病棟ストックを使ったのは、どのようなお考えだったんですか」と聞くと、金田看護師は「夜眠れないうって怒ってたし。なんか待たされたようなことも言ってましたよねえ。なので、また待たせると怒るかなっていうのもあって。でも、そうやってやるから薬のミスとかに繋がって言われるのかも。」と言って笑った。そこで「病棟ストックを使うことが、ですか？」と聞くと、金田看護師は、「原則は、患者の処方でやるってことで。ここでは病棟ストックを使わないことになってるんです。数が合わなくなるとか、間違えるとかってミスに繋がるからって。」と応えた。

(4) 金田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその1

① 金田看護師の臨床的自律性ーその1

a. 患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬代替え使用

金田看護師が点滴を調節していると、中井さんが臀部搔痒感を訴えた。そこで、金田看護師が報告すると、医師はその原因をテープかぶれか抗生剤アレルギーであると判断し、塗布薬の軟膏を処方した。この薬剤は作用が強力な副腎皮質ホルモン剤であるが、医師からは通常の処方となされていたのであり、特別に至急の指示が出されたわけではなかった。

I 病院では電子カルテ上で医師が処方指示を出すと、その入力データが薬剤部で受け取られ、当該の薬剤は器械による物流システムによって病棟に送られてくるのだが、これには一定の時間を要する。金田看護師は、こうした物流システムにより中井さんの処方薬が病棟に到着するのを待たずに病棟在庫薬によって代替えした。患者の処方薬については、病棟在庫薬による代替えは行わないとする原則があり、これは薬剤投与ミスを避けるためのI 病院の決まり事とされている。

一方、中井さんは、医師が部屋を出て行った後、自分から“早く薬を塗って欲しい”といった催促をしてきたわけではなかった。だが金田看護師は、病院の決まり事を敢えて逸

脱し、通常の仕方を先取りしたのである。その理由は、自分に怒りをぶつけてきた中井さんを恐れたからというより、夜勤看護師の対応に立腹していた彼に配慮して、金田看護師は、再び待たせることを避けることに重点を置いたのだと考えられる。なぜなら、金田看護師が点滴施行時に名前を確認する際、中井さんは口元に笑みを浮かべて冗談を言っていた。このことから金田看護師は、朝の挨拶時とは違って穏やかな表情でおどけている中井さんを、機嫌が直ったととらえていた。こうしたことから、金田看護師は中井さんを恐れたというより、彼を待たせることを避けようとしたと考えることができる。

病院の決まり事からの逸脱は、一方では、誤薬や薬品数の過不足という医療ミスに繋がるとされるリスク、また、所属組織の原則に背くというリスクを伴う行為でもある。そして、病棟在庫薬により代替えした薬剤は軟膏であり、その使用量の正確な返却は難しいのだが、これは設置主体の経営方針である患者の自己負担という点からも、病院側が経済的リスクを負うことになる。金田看護師が、そうした行為に取って及んだということは、そのリスクを覚悟したということになる。また、病棟在庫薬の中でも軟膏の使用に際しては、薬品数の過不足あるいは予薬量の間違いといった医療ミスには繋がり難い、あるいはリスクの程度はかなり低いという金田看護師の判断があったとも考えられる。

このように、金田看護師の病棟在庫薬による処方薬の代替え使用は、夜間にさんざん待たされて怒っていた中井さんの感情に配慮したために行われたのであり、ここには、自分の担当時には待たせないとして患者の気持ちに配慮する、患者を労い大切にするという意図、そして早期に軟膏を塗布することによって掻痒感を軽減し、効果的治療を促進するという意図があった。また、処方された軟膏がⅠ病院における本来の物流システムにより手元に届くまで待つことも可能であったのだが、金田看護師が取ってこうしたリスクを覚悟の行為に及んだことは、日常的に行われている標準的な看護実践を超えるものであり、ここに金田看護師の臨床的自律性が存在する。このような看護師の臨床的自律性が発揮された実践を自律的看護実践と呼ぶこととする。

② 自律的看護実践の特徴的要素－その1

a. 患者の怒りの感情を共感的に受け止める真摯さ

＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞

金田看護師が朝の挨拶に行くと、中井さんは、不機嫌に眠れなかったと訴え、夜勤看護師が騒ぐ患者の対応に追われ、自分の要求には速やかに応えてもらえなかった怒りをぶつけてきた。このような場合、看護師はつい言い訳のような発言をしてしまい、返って相手を怒らせてしまうこともある。だが金田看護師は、気の毒そうに中井さんの顔を見つめながら、同情するように、「ねえ。」と言うだけであった。

金田看護師は、チーム調整の場で「ご立腹で。昨日うるさいして」と言っている。しかし中井さんからこうした発言は、実際には無かった。すなわち、夜間同室患者の騒ぎに

よりうるさいとしたのは金田看護師の解釈であり、中井さんの置かれていた状況から察して、彼の気持ちをこのように解していたのであろう。それゆえ、中井さんが立腹するのは無理のないこととして受け止め、金田看護師にぶつけてきた怒りの感情をことば少なく同情的同感的に受け止めたのだと考えられる。これに続けて金田看護師は、中井さんの部屋を移動する旨を述べていた。この発言は別の見方をすれば、夜間に部屋がうるさかったことを認めていることになる。金田看護師は、怒っている中井さんを前にして当惑もあったのだろうが、彼自身も手術当日の夜であり、眠りを邪魔されて苛立つ気持ちを察し、速やかに対応してもらえなかった中井さんの怒りの感情を真摯に受け止めていたのだ。だからこそ、その怒りの元となった夜間のうるさかった状況を認め、それを回避する方策として部屋移動の話を持ち出したのだろう。つまりここでは、金田看護師は一切の言い訳をしておらず、中井さんの怒りを正面から受け止めようとする共感的な姿勢で臨んでおり、真摯に中井さんに関わっていたのである。

この共感的に受け止める真摯さにより、金田看護師は、病棟在庫薬の代替え使用という看護実践を行うこととなった。この意味で、金田看護師の真摯さは、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていた。そしてこの展開契機は、金田看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

b. 患者とのやり取りの中で駆り立てられた看護師としての責任感

<自律的看護実践の駆動力：促進要因>

朝の挨拶の際、はじめ中井さんは金田看護師をにらみ見上げ、不機嫌に怒りをぶつけてきた。この後点滴を行うため、金田看護師が、名前を確認させてくださいと言うと、中井さんは、「だめ。名前変わっちゃったから。」と言った。このとき彼の表情は、朝とは違って穏やかで、口元には笑みを浮かべていた。こうした中井さんを見て、金田看護師は、彼がおどけて冗談をいっているのだとわかったようだった。これは、点滴を実施しに来た人物が、先刻自分が怒りをぶつけた金田看護師であることを認識し、それゆえ中井さんは冗談を言ったのだと考えられる。この冗談は、自分が怒りをぶつけたにもかかわらず、金田看護師が共感的に真摯に接してくれたことを、中井さんが感じ取っていたため、“今は怒ってはいないよ”あるいは“さっきはすまなかった”といった思いを伝えようとして発せられたのではないだろうか。金田看護師は、後に少し眠ったためか機嫌が直ったようだったと言っていた。だが中井さんは、そうした理由だけで機嫌が直ったわけではないだろう。中井さんは、眠りを邪魔されて苛立つ気持ちや速やかに対応してもらえなかった怒りの感情をぶつけたのではあるが、金田看護師がその該当者ではないことはわかっているはずである。それゆえ中井さんは、金田看護師に今度は怒っていないという思いあるいは謝罪の気持ちを、冗談というかたちで伝えていたと解釈することは可能であろう。一方金田看護師は、中井さんがおどけていることに気づいて、その冗談にきちんと応えていた。ネームバンド

を確認しながら、明るい声で彼の名前を読み上げたのは、金田看護師の“もう怒っていないことはわかりましたよ”というサインと見ることができる。

このように、両者のやり取りは、怒りをぶつけてきた中井さんに、金田看護師が共感的に真摯に関わったことから、そうした姿勢が彼に伝わり、次のときには冗談を言い交わす仲に発展した。これは、看護師の真摯な関わりの姿勢が患者に伝わり、患者が自分から態度を変化させ、それに看護師がまた応えるという双方向的に影響し合う関係、患者－看護師間の相互影響的關係といえよう。

こうして金田看護師が点滴を調節していると、中井さんは臀部搔痒感を訴えた。この訴えによって、金田看護師の自律的看護実践が行われることになったのだが、中井さんは、朝のように怒ったままであれば、果たしてこのように訴えただろうか。中井さんは、自分が怒りをぶつけても、それに対する言い訳をするのではなく、自分の気持ちを真摯に受け止めてくれた金田看護師だからこそ、こうした訴えを口にしたのではないだろうか。また金田看護師も、中井さんの訴えを聞き流すことなくしっかりと受け止め、観察を行い、医師に報告した。そして金田看護師は、中井さんの搔痒感への対処において、この日中井さんを待たせることは避けたかったのだ。なぜなら、中井さんは夜間に看護師から待たされたことに怒っていたのであり、金田看護師は、自分が担当する際には彼を待たせることは決してしないという思いから、看護師としての責任感を強くしたのだと考えられる。これは、患者に一般的に向けられる看護師の責任感というだけではなく、金田看護師が中井さんとの一連の関わり合いの中で駆り立てられ、その思いを一層強くした責任感、すなわち患者－看護師間の相互影響的關係により強化された彼への責任感ということができる。この金田看護師の責任感は、ここでの自律的看護実践が行われるための駆動力となっていたということができる。そしてこれは、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

c. ‘患者にとって良い’として実行に移せる看護師の中の自信

<自律的看護実践の推進力：促進要因>

金田看護師は、病棟在庫薬の代替え使用という病院の決まり事から逸脱する行為を行った。こうしたリスクを伴う行為を実行に移すことができたのは、前述のような責任感に加えて、看護師をそのようにさせる要因すなわち‘患者にとって良い’として実行に移せるだけの金田看護師の中の自信があったからではないだろうか。看護師は、患者への看護ケアについて、こうすることがこの患者にとって良いと判断し、実行に移すのだが、その場合、あるリスクを伴うことについて、あるいは他者からの意見に影響され、その実行に際して躊躇することがある。また反対に、人が何と言おうと、これは患者にとって良いのだとする根拠や自信を持っている場合、看護師は、そうした看護ケアを躊躇することなく実行することができると思う。

金田看護師は、I-A病棟のリーダー層の中では中堅あるいは上層部に位置しており、そ

の信頼は厚いという。後輩看護師たちが、医師の指示遂行の仕方について相談したり、患者の病状把握の仕方について尋ねるということは、金田看護師がそれに相応しい人物だからであり、従って、彼女は看護業務を確実に遂行でき、看護ケアを効果的に実践し、病棟看護師たちからもそのような評価を受けているのだろう。このように、人から信頼されることは、一方でその個人が自信を抱くことに繋がると考えられる。また、金田看護師は、I-A病棟で6年目を向かえ、リーダー役割を取って3年を経ていることから、病院内の薬剤物流システムについて熟知していると考えられる。そして病棟在庫薬の使用についても、このときが初めてではないように思われる。すなわち金田看護師は、病棟在庫薬による代替えを行っても、ミスに繋がらないように処理できるという実績を有しており、それゆえこのことには自信があったと見ることは可能であろう。このように、金田看護師には、病棟看護師たちからの信頼やI-A病棟における看護経験によっても裏打ちされて、‘患者にとって良い’としてリスクを伴う病棟在庫薬の代替え使用を、実行に移せるだけの自信があったと考えられる。この金田看護師の中の自信は、ここでの自律的看護実践が展開されるための推進力となっていたということが出来る。そしてこれは、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

③ 金田看護師の自律的看護実践がもたらしたものーその1

ー患者の掻痒感の早期緩和と怒りの平静化、そして患者－看護師関係の効果的発展の可能性ー

金田看護師が、軟膏を塗りましょうと言うと、中井さんは黙って体をよじることによって応答し、不快ではない反応をみせていた。そして、後に金田看護師が述べていたように、この日中井さんは、朝のような怒りを再び表現することではなく、また臀部の痒みを再度訴えることはなかった。このことから、金田看護師が行った自律的看護実践は、中井さんが痒みを訴えた時点から短時間の間に薬剤を塗布することにより、より早く症状を緩和するという効果的な結果をもたらしたといえる。

また、中井さんは夜間の看護師の対応に立腹していたのだが、勤務交替した日勤の金田看護師からは、そうした怒りの感情を受け止めようとする共感的態度によって真摯に応答してもらうことができた。このことは、中井さんの憤懣やる方ない思いを少しでも落ちつかせることに有用であったと考えられる。そして、点滴実施の際に中井さんが冗談を発することができたのは、朝までの怒りの気持ちに平静がもたらされていたためといえよう。

加えて、金田看護師のこうした関わりは、中井さんが看護師に信頼を寄せることに繋がり、これにより患者－看護師関係が効果的なかたちへと発展していく可能性をもたらしたと考えられる。

(5) 金田看護師と中井さんとの関わり合い場面の記述－その2

① 参加観察記録

朝の看護師同士の情報交換の始まりである…(略)…。金田看護師がメモ用紙を見ながら言った。「中井さんは、ご立腹で。昨日うるさいして。できるだけ部屋を移動したいけど健忘もあるし、って感じです。レントゲンと心電図ありますが、連れていきます」。

…(略)…金田看護師が、気分を変えるかのように声の調子を明るくして、「左手、動かさないでくださいね。」と言うと、中井さんは、金田看護師のほうを見ないまま、「昨日、だいぶ動かしちゃったよ。」と言った。

金田看護師は、ビニール製のディスポエプロンを着用し、廊下の清拭車から蒸しタオルを数本持ってきた。そして、ベッドサイドの椅子に置くと、「中井さん、体拭いてパジャマに着替えましょうか。」と言った…(略)…。着替えを準備すると、金田看護師は「じゃあ、ちょっとこれはずしますね。」と言い、中井さんの胸帯を開き始めた。中井さんは目を閉じており、何も言わなかった…(略)…。そして黙々と拭き終わると、金田看護師は、「じゃあ、上向きますよ。」と言った。そして、中井さんが仰臥位になるのを手伝ってから、胸帯を丁寧にしっかりと巻いていった。創部にはガーゼの上からドレッシング剤が貼られており、全体が覆われていたが、ガーゼに出血や浸出液は見られなかった。

時間は 11 時を少し回っていた。金田看護師は、車椅子を押して中井さんの部屋へ向かった。「中井さん、レントゲンと心電図に行きます。」とカーテン越しに声をかけたが、中井さんは黙っていた。金田看護師は、「起きられますか。」と優しく言いながら、車椅子をベッド脇に付けた…(略)…。中井さんはスリッパを履き、「あーあ」と言いながら、ベッド柵につかまって立ち上がろうとしたので、金田看護師は、車椅子まで体がよろけないうように支えて誘導した。そして、中井さんの乗った車椅子を押してレントゲン室に向かった。

レントゲン撮影が終わると、金田看護師は中井さんが車椅子に座るのを支えた…(略)…。金田看護師は、同じフロアにある心電図室の前に車椅子を止めた。そして検査室の中に入って行き、「I-A 病棟の中井さんです。」と言うと、中で技師が、「じゃあ、終わったら電話しましょうか。あと 2・3 人いるんですよ。」と言っている声が聞こえた。金田看護師は少し迷った表情をして出てくると、「胸帯があるから。」と独り言のように言い、中井さんが座った車椅子の隣のベンチに腰を下ろした。中井さんは、「いいよ。戻って。用があるんだろ。」と言った。金田看護師はそれには応えず、またすぐに立ち上がって検査室の中に入って行った。そして、「胸帯はずしちゃっていいですから。終わったら呼んでください。こちらでやります。」と言いながら出てきた。そして腰をかがめて、「じゃあ、終わったらまた来ますので。」と言うと、中井さんは右手をあげてそれに応えた。

廊下を歩きながら、金田看護師は、「蘇生脳症もあって、健忘とかもあるから、すぐ忘れちゃうんです。」と教えてくれた。そして階段を上りながら、「午後でもいいんですけど、リード（心臓内に留置された ICD 電極）がずれちゃってるといけないので。午前中に（レントゲン写真を）見ておいたほうがいいので。昨日は大丈夫だったんですけど。」と言った。研究者が「そういう判断があったんですね。」と言うと、金田看護師は、「いえ。でも、私だけかも。」と言って、照れくさそうに笑った。そこで「それは、中井さんだからってことですか？」と聞くと、金田看護師は、「いえ。ICD を入れた人はみんな、ですね。中井さんは認知的なものもあるけど、安静にしてばかりでもっていうのはあるから。」と言った。そして、「私たち（昼休憩の交代）前半なんですけど。私、あの人（中井さん）迎えにいくから。」と続けた。研究者が「中井さんの認知的なものというのは？」と聞くと、金田看護師は、「健忘とかがあるので、さっき言ったことも忘れちゃったりとか。それと、少し反応がはっきりしないときがあるんです。ボーっとしてるっていうか。」と応えた。

PHS（Personal Handy-phone System）で電話を受けた金田看護師は、「お迎えに行きます。」と言った。休憩に入る時間が既に 25 分ほど超過しているが、どうやら金田看護師は、中井さんの検査が終わったという連絡を待っていたようだ。金田看護師は階段で 2 階におり、心電図室に向かった…（略）…。金田看護師が、静かに「中井さん」と、声をかけながらカーテンの中をのぞくと、中井さんは眠っているようだった。金田看護師は、「中井さん、終わりましたよ。」と、そっと囁くように声をかけながら、中井さんの胸帯に手を伸ばした。中井さんは、うとうとしながら目を開け、「やあ、ここのほうが静かで、ずっといいよ。寝られる。」と言ったが、その表情は朝よりずっと穏やかだった。金田看護師は、胸帯をきっちりと締め直しながら、「帰りましょう。」と言うと、中井さんはゆっくり起き上がった。そして自分でスリッパを履くと、車椅子に腰掛けた。金田看護師は、中井さんの乗った車椅子を静かに押してエレベータに向かった。

準夜勤との交替時間が近づいてきた。金田看護師は「すみません、報告します。」と言い、今日の日中の報告を始めた。リーダー看護師はメモを取りながら聞いている。「中井さんは少し休めたみたいで。機嫌直ってます。あと、レントゲン問題なかったみたい。」と言った。

② インタビュー記録

日勤の仕事がおおむね終わると、金田看護師は、「これからは、あとは記録なんです。何かありますか。」と聞いてくれた。「中井さんのレントゲンですが、医師の指示では何時にという時間指示はないんですか？ それは看護師が判断して何時か決めるということですか？」と聞くと、金田看護師は、「まあ、先生は午前中に、っていう思いはあると思うんですけど。でも他にもやることがあればできないときもあって。私はできるだけ午前中に

行かれるように努力します。早期発見の意味も含めて。」と言った。

「今日、お昼休みを返上して中井さんのレントゲン、お迎えに行ったのはどういうお考えだったんですか？」と聞くと、金田看護師は、「交替時に人がいないっていうのもあるけど、胸帯も直したかったし。夜中、動かしちゃったって言ってたから。」と言った。そこで「それは、他の看護師に頼めないということですか？」と聞くと、金田看護師は、「っていうより、まあ、自分がやろうかなって。」と言い、「じゃあ、金田さんが自分でやりたかったってことですか。」と聞くと、金田看護師は「まあ、そんなところですかね。」と言って笑った。そこで「それには、中井さんが怒ってたっていうことも関係ありますか。」と聞くと、金田看護師は、「ああ、それはあんまり（ないです）。（左上肢の）固定のほうが大きかったですね。」と言った。

(6) 金田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその2

① 金田看護師の臨床的自律性ーその2

a. 循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整

金田看護師は、朝の情報交換の時、中井さんのレントゲンと心電図があるので搬送すると述べていた。これは、この日の彼の治療計画を報告しているのであり、それはまた金田看護師自身の行動計画の提示でもあった。金田看護師は、この日中井さんを含む複数の患者を担当しており、それぞれの患者個々にケアを進める中で、午前中にと意図して中井さんをレントゲン検査室へ搬送したのだった。

I 病院では、検査等により病棟外に移動する患者の搬送は、安全に対する責任からすべて看護師が行うことになっている。その際、日勤では主として受け持ち看護師がそれに当たるのだが、病棟全体の患者の病状や治療計画により、必要に応じて各モジュール内あるいは日勤看護師全員で調整し、その時々により搬送者を決定している。

また患者の検査等の指示は、医師がオンライン化された電子カルテに入力し、各検査室等では、それらの指示が入り次第そこでの予定を組んでいく。看護師もそうした指示を電子カルテ上で確認し、それぞれ受け持ち患者の予定に組み入れ、その日の行動計画とする。レントゲン撮影等は多くの場合、検査室等から連絡が来てから患者を搬送することになる。看護師はそれぞれベッドサイドケアに追われているため、病棟を離れる患者搬送は、時間指定されているもの以外は後回しにされ、結果的に検査室から呼び出されることになる。つまりレントゲン検査への患者搬送は、その多くが看護師による計画というより、検査室によって組まれた順番により行われるのであり、これが慣習化されている。また I-A 病棟の看護師によれば、検査室では外来患者を優先するため、入院患者の時間指定のないレントゲン撮影は多くの場合後回しに予定されるため、午後になることが多いという。

金田看護師は、リードがずれているといけいないので、午前中に見ておいたほうがよいと

説明していた。中井さんに挿入されている ICD は、電気刺激を発生して心拍出に有効な脈波に移行させる機器であり、この電気刺激を心臓に送るための導線がリードと呼ばれる。金田看護師の発言は、中井さんのように ICD 植込み術後早期には、心臓内に挿入したリードの位置が移動する可能性があることを知っており、こうした医療機器のしくみやはたらきを理解していることを示している。また金田看護師は、中井さんの「昨日、だいぶ動かしちゃったよ。」という発言を気に掛け、異常の発現を心配し案じていたのだろう。従ってここには、ICD 植込み術後患者の病態生理および術後に予測される異常など看護ケアに関する知識に基づく科学的判断があり、これは、循環器診療科における看護の専門性の高い判断といえる。そして、金田看護師の午後でもよいという発言の意味は、レントゲン検査の実施については、その日の検査室稼動時間帯内であれば特に時間的制約はないということである。また金田看護師は、早期発見の意味も含めて、私はできるだけ午前中に行かれるように努力すると述べている。これは、医師の指示に明確な時間指定はないが、その検査目的からみて指示日の早い時間帯に実施することが望ましいと判断していることを示している。こうして金田看護師は、科学的専門的知識に基づく判断により、午前中に行かれるように努力し、中井さんを搬送したのだ。

また金田看護師は、それは中井さんだからなのかという質問に、ICD 植込み術後患者はすべて対象となると応え、「でも、私だけかも」と言っている。これは、I・A 病棟の多くの看護師がベッドサイドケアに追われ、搬送業務が後回しになりがちな中で、金田看護師が、努力している自分を自負する発言と受け取ることもできる。これらのことから、金田看護師には ICD 植込み術後患者のレントゲン撮影に対する信念ともいえるべき判断があるように思われる。そしてこの金田看護師の信念は、循環器診療科における看護の専門的知識に裏打ちされて確固としたものとなっており、中井さんの場合に発揮されたのだろう。

このように金田看護師の搬送行為は、医師の指示を単に遂行したというのではなく、また検査室の予定にただ従ったというのでもなく、そこには循環器診療科における看護の専門性の高い科学的判断があり、検査の実施時期を意図的に調整するという信念に基づいた目的性があった。またこれは、病棟を離れる患者搬送を後回しにするという看護業務遂行上の慣習性に流されることのない意図的行為として、金田看護師の臨床的自律性が発揮されている。それゆえ、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

b. 気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施

金田看護師は、中井さんの帰室搬送は自分が行うと決めていた。I・A 病棟では、11 時 30 分から 13 時 30 分の時間帯に昼食休憩を交替する。この間、先に休憩に入る看護師は、残る看護師にそれぞれの役割を移譲し、受け持ち患者のケア責任を離れることになる。だが金田看護師は、中井さんの帰室搬送を残る看護師に役割委譲しなかったのだ。

これに先立ち金田看護師は、中井さんの清拭終了後、ICD 植込み部位を固定するための

胸帯を丁寧にしっかりと巻いていた。これは、金田看護師が中井さんの手術部位の固定に念を入れていたことを示している。そして、心電図室で順番を待つこととなり、やむを得ず中井さんをおいて一度病棟に戻るときには、こちらでやりますと言っていた。ここには、中井さんの胸帯固定は自分の手で行うという金田看護師の意思が見て取れる。また金田看護師は、中井さんの帰室搬送を他の看護師に頼めないのかという質問に、自分がやろうと思ったと応えており、その理由は、左上肢の固定をしたかったとしている。つまり金田看護師には、中井さんの手術部位を納得のいくように自分の手で確実に固定したいという思いがあったのだ。そしてそこには、ICD 植込み術後の創部を安静に保つ、すなわち治療を効果的に促進するという意図があった。

看護師の手が交替しても、胸帯を巻くという看護技術を引き継ぐこと、あるいは患者の帰室搬送は十分可能である。別の看護師に役割を移譲しないという場合、そこには、その看護ケアの実施に対する看護師の強い意思と責任感、あるいは自分が行うほうが良いとする看護師の自負心さえ伴う思いがあるのではないだろうか。金田看護師は、病棟の決め事として交替時間となったので単に役割を交替する、あるいは慣習的に行われる業務交替の必要に迫られてそうせざるを得ないというあり方とは異なり、ここには、他の看護師への役割移譲は敢えてせずに、自分の手で行うという明確な意思があり、自ら主体的に中井さんの胸帯を巻き、手術部位を確実に固定するという判断があったといえる。

また強いて言うならば、昼食交替は、休息时间という就業者の権利でもあり、雇用者側からみれば就業者の休息時間は確保する義務がある。金田看護師は、こうした就業者としての権利を放棄し、雇用者に義務違反を強いたことになり、ここにはリスクが生じることとなる。その意味で、中井さんの帰室搬送を他の看護師に役割移譲しなかった行為には、金田看護師の臨床的自律性が発揮されており、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素－その 2

a. 循環器診療科における看護の専門的知識に基づく判断と患者の病状把握

＜自律的看護実践の展開根拠：必要条件＞

中井さんは、心室頻拍の治療のため ICD 植込み手術を受けた。心室頻拍（Ventricular Tachycardia：VT）は、心室細動に移行して致命的となる重症不整脈である。心室細動では心臓が痙攣した状態と同様となるため有効な心拍出量が得られず死に至る。こうした心室頻拍の治療には、体内植込み式除細動器 ICD が用いられる。

ICD は、パルス・ジェネレーターと呼ばれる電気刺激発生装置と心臓に電気刺激を伝えるための導線（リード）の二つの部分からなる医療機器である。リードは、鎖骨下静脈を通して心臓内に挿入され、パルス・ジェネレーターは、鎖骨下部の皮下に埋め込まれる。ICD はリードを通じて常に心拍数を監視し、心拍数があらかじめ設定された基準から外れると、状況に応じて心臓ペースングまたは電気ショックが自動的に選択され、作動する。

こうして心室頻拍を脳および全身の血液循環に有効な脈拍に変換するのである。

金田看護師は、リードがずれているといけない、昨日は大丈夫だったと述べていた。この発言は、前述のように、心臓内に留置されたリードの位置が移動する可能性があり、もし移動すれば機器が効果的に作動しないばかりか誤作動などの危険が予測されることから、ICD 植込み術後早期には、そうした異常の発現に備える必要があると判断していることを示すものである。これは、ICD という医療機器のしくみとはたらき、および植込み術後患者の病態生理に関する知識に基づく科学的判断であり、循環器診療科における看護の専門性の高い判断といえる。また、昨日は大丈夫だったという発言は、手術当日の中井さんのリードの状態には異常がなかったことを、金田看護師が確認していたことを示している。この確認もまた、ICD 植込み術後患者の看護ケアに必要とされる専門的判断に基づいて行われたといえる。

一方、中井さんは、路上で倒れているところを発見されたのだが、このとき彼が脳虚血による失神状態であったことは間違いないだろう。金田看護師は、蘇生脳症もあって健忘もあるから、すぐ忘れてしまうと述べていた。蘇生脳症（正しくは蘇生後脳症）とは、心肺蘇生により脳循環の回復までに時間がかかったことによって、脳に低酸素による障害が残った状態をいう。そして健忘とは、記憶障害を指しており、蘇生後脳症ではこうした症状が出現する。従って、金田看護師の発言は、中井さんのこうした病状を把握していることを示している。

このように、金田看護師は、中井さんの病状を科学的に把握しており、循環器診療科における看護の専門的判断に基づいて、術後 1 病日目の中井さんのレントゲン撮影時期を調整したのである。こうした患者の病状把握および循環器診療科における看護の専門的判断は、ここでの自律的看護実践が展開される根拠となっていた。そしてこの展開根拠は、金田看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

b. 看護師自身が望んだ看護実践領域の場ではたらくこと、そこでの患者ケアが楽しいと思えること

＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞

看護師は、それぞれ看護ケアに迫られているときには、病棟を離れる搬送業務については、思い通りにいかないときもあるだろう。そうした中でも、金田看護師が、ICD 植込み術後患者のレントゲン検査にはできるだけ努力することについて、次のように解釈できる。

金田看護師は、I-A 病棟は自分が希望した部署なので学ぶことが楽しいと述べている。自分が希望したとは、循環器疾患患者への看護実践に関心が高いということであり、また I-A 病棟の看護チームにも好感が持てたのだろう。金田看護師は自らの関心から、特に循環器疾患患者のケアに必要な科学的知識について積極的に学んでいると推察される。また学ぶことが楽しいという表現から、I-A 病棟の看護師として課せられた看護業務が決して苦になってはおらず、そこでの看護実践を通して、さまざまな看護の知識が得られること

に喜びを見出していることが伺われる。こうした状況にあるとき、人は生き生きと活動することができ、課された業務として認識するのではなく、自らの関心事として積極的に仕事に向かうことが可能となる。金田看護師が、患者搬送にできるだけ努力をする背景には、このような自ら関心を寄せた看護実践領域の場ではたらくことと、そこで学ぶことが楽しい状況があると考えられる。金田看護師は、自らの関心から身につけた知識を積極的に活かすことによって看護ケアを実施し、それができたとき、そこにまた楽しさや満足感を感じるのだろう。そして、ICD 植込み術後患者のレントゲン撮影に対する金田看護師の信念も、こうした看護ケアを繰り返す中で確固なものとなっていたと思われる。

このように学ぶことが楽しいと思えるとき、看護業務をただ淡々と遂行するというのではなく、そこでは、患者ケアに必要なことにはできるだけ努力するという看護師の意図的、自律的な看護実践が促されることとなる。この意味で、自ら希望した看護実践領域の場ではたらくこと、そしてそこでの看護実践において学ぶこと、患者ケアが楽しいと思える状況は、金田看護師の臨床的自律性発揮を促進する要因となり得る。

c. 患者の発言が示す意味への気がかり <自律的看護実践の展開契機：必要条件>

金田看護師は、昼食交替時の帰室搬送を自ら行った理由について、中井さんが夜間だいぶ動かしたと言っていたことから、胸帯を固定し直したかったと述べている。

中井さんの胸部には ICD が埋め込まれており、この機器が皮下組織の中に固定されるまでには数日を要する。そのため、術後患者は患側上腕を体幹に固定され、皮下組織の安静が図られる。だが中井さんは「昨日、だいぶ動かしちゃったよ。」と言っていた。金田看護師は、この発言を聴き逃すことなく、気にかけていたのだ。中井さんの発言は、手術当日の夜間に創部の安静が保てなかった可能性が高く、手術部位に異常が生じる危険性を示唆している。そうであるならば、一刻も早く異常を発見し対処する必要がある。金田看護師にはこうした判断があったと考えられる。そのため金田看護師は、自分の目で中井さんの手術部位の安否を確かめたかったのではないだろうか。このような中井さんの発言への金田看護師の気がかりは、彼の帰室搬送を他の看護師に役割移譲せず、その手術部位を自分の手で固定するという看護実践の契機となっていたといえる。この意味で、中井さんの発言への気がかりは、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていた。そしてこの展開契機は、金田看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

③ 金田看護師の自律的看護実践がもたらしたもの—その 2

—ICD 植込み術後の安全の早期確保と看護師の自信への裏づけ—

金田看護師は、中井さんのレントゲン撮影結果に問題はなかったと述べていた。中井さんが、夜間に患側上肢をだいぶ動かしたらしいことから、リード位置の移動が危惧された

が、幸いそれは起こってはおらず、中井さんの安全が早期に確保されたことになる。この意味で、金田看護師の自律的看護実践は、術後の中井さんの安全を確保することに効果をもたらしたといえる。

一方、金田看護師には、ICD 植込み術後患者のレントゲン撮影に対する信念があった。こうした信念ともいうべき基準に基づく判断ができる背景には、中井さんのように異常なしという結果を数多く得てきた金田看護師のこれまでの実績があったと考えられる。中井さんの検査結果は、金田看護師が今後も自身の信念に基づいて ICD 植込み術後患者のレントゲン撮影時期を計画するためのさらなる実績となったといえることができる。

(7) 研究参加者の金田看護師の意見・感想

‘金田看護師と中井さんとの関わり合い場面の記述—その 1、その 2’ および ‘金田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈—その 1、その 2’ について、研究参加者の金田看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「いやあ、すごいですね。なんか、私のことじゃないみたいですね。ちょっと、恥ずかしい感じです。こんなにっぱに書かれちゃって。」と言い、照れたように笑った。そして「でも、こんなことあったなあと思い出しました。確かあの時、いろいろ（インタビューで）聞いてもらったので、その時の判断とかは、書いてもらったとおり。そうだったと思います。」と話してくれた。

また、「病棟在庫薬による処方薬の代替え使用についての解釈への感想をお聞かせください。また、判断のところについて確認してください。」とお願いすると、「私は結構、軟膏とかの病棟ストックは割と使う方だと思います。『医療ミスには繋がり難い、あるいはリスクの程度はかなり低い』って書いてもらったとおりですね。きっと、この時は中井さんがまた怒るといけないって思ったんだと思いますね。そう、『どうしようかと思った』って書いてあったように。」と話してくれた。

そして、「ICD 植込み術後患者のレントゲン撮影についての解釈への感想をお聞かせください。また、判断のところについて確認してください。」とお願いすると、「このとおりでいいと思います。」と言ってから、「昔、先輩から教わったことがあるんですよ。ICD やペースメーカーの植込み術後は、dislocation（位置を変えること、転位の意。循環器診療科では ICD などのリードの位置移動を指す）が起こるかもしれないから、気をつけなさいって。しかも、あの時覚えてますか？ 私、思い出したんですけど、そう。個室にいた患者様が、あの人もペースメーカー植込み術後で、夜中に暴れたからって。それで植込んだところに皮下気腫ができちゃって。すごかったじゃないですか。それで、ちょっと（中井さんにも）気にしてたんだと思いますね。」と話してくれた。

最後に、「今日はとても楽しかったです。また、読ませてください。なんか、ちょっと嬉しかったです。」と話してくれた。

2) 藤田看護師と患者坂木さんとの関わり合い

藤田看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、担当した患者数は延べ 12 名であった。そのうち、藤田看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の 1 場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

藤田看護師は 30 歳代半ばの女性、高校を卒業後、ある企業に事務職として 8 年勤務したが、手に職をつけたいと思い、地方自治体が設置する看護専門学校 3 年課程に入学した。同校を卒業後、地方自治体関連病院の混合病棟に 4 年勤務した後、I 病院に異動となり、この I-A 病棟で 2 年目を迎えた。看護師歴は 6 年、リーダー歴は 3 年目である

藤田看護師は、「前の（最初に就職した）病院は楽しかったけど、ここ（I 病院）への異動は私が希望したんじゃないんですよ。ここ（I-A 病棟）の仕事はつまんない。面白くない。前のところに帰りたい。」と話している。‘どのような点が面白くないのか’と尋ねると、「全部！何もかもがつまらないし、ぜんぜん楽しくない。忙し過ぎて患者様とゆっくり接することができないし、自分が落ち着かないです。」と即答した。‘では、前のところはどんなところがよかったのですか’と尋ねると、「患者様のこととか、みんなでワイワイやれて。みんな協力して仕事を終わらせるんですよ、あっちは。ここは、みんな自分のことだけって感じで。苦痛ですね。なかなか慣れないし、それにみんな若いっていうか。私にはここは合わない感じがする。」と話した。‘前のところでは、どんなお仕事をしたとき楽しかったですか’と尋ねると、「患者様が、自分のケアで満足したときですかね。」と言い、‘具体的には’と聞くと、「私、保清（清潔ケア）とかって、ここみたいにみんなで一斉にするの、好きじゃないんですね。患者様と相談して、じゃあお体拭きましようかっていう感じで、ゆっくりお話ししながらっていうほうが楽しい。」と話してくれた。

(2) 坂木さんのプロフィール

坂木さんは、50 歳代の女性で専業主婦、ご主人と一人娘との 3 人暮らしである。数日前から発熱が続いたため、大動脈弁閉鎖不全という心臓弁膜症により通院中の I 病院を受診し、その日に A 病棟に緊急入院となった。入院後の検査により、細菌性心内膜炎と診断された。入院以来この日までの 15 日間、抗生剤点滴による治療と安静臥床が続いている。トイレ歩行程度の運動負荷は、医師より許可されているが、坂木さんは心機能が低下しており、疲れやすい（活動耐性の低下）ため、看護師たちが歩行時に付き添うことを申し合わせており、随時ナースコールをすることになっている。発熱と倦怠感により、坂木さんがあまり多くは話しをしないため、看護師とのやり取りでは体温や食事摂取量の確認といったことが中心となっている。坂木さんは、発熱による緊急入院患者として、特定患者の報告欄すなわちその病棟における病状等の要注意患者として名前が挙げられている。

(3) 藤田看護師と坂木さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

深夜のリーダーが、「…（略）…坂木さんは夜間 38 度に上がりましたが、朝は 36.5 度に下がっています。トイレ付き添っています。」と報告した…（略）…。

藤田看護師は、女性の 6 人部屋に行った。窓側のベッドにいる坂木さんに、「おはようございます、坂木さん。今日担当します。よろしくお願いします。」と言うと、ベッドに横になっていた坂木さんは、「よろしくお願いします。」と言ってにっこりした。坂木さんは、体格は中肉中背で、顔色は青白く活気はなかった。夜勤看護師がワゴンに乗せた電子カルテから点滴名を読み上げると、藤田看護師は、実物の点滴を見ながら声を出して確認した。それが終わると、藤田看護師は、「ちょっと、見せてくださいね。」と言って、坂木さんの左前腕から入っている点滴ラインを刺入部から確認していった。そして、点滴架台の脚に自動輸液ポンプの電源コードと点滴チューブが一緒になって巻きついているのに気がついて、その絡みをほどこき始めた。藤田看護師が手を動かしながら、「なんか、絡まっちゃってるけど。」と言うと、夜勤看護師は申し訳なさそうに、「すいません。」と言いながら見ている。藤田看護師が絡みをほどこいてようやく整理し終わると夜勤看護師はもういなかった。藤田看護師が改まったように、「坂木さん、今日レントゲンがあります。」と言うと、坂木さんは、藤田看護師の手元を見るともなしに黙って眺めていたのだが、静かな声で「はい、わかりました。」と応えた。藤田看護師が、「じゃあ、また後で来ますね。」と言うと、坂木さんは、「はい。ありがとうございました。」と、ベッドに横になったまま応えた。

藤田看護師は、「今日は、シーツ交換の日なんですよ。」と言い、寝具類を乗せたワゴンを押して男性 6 人部屋に向かった。I 病院では、空きベッド以外の寝具交換はすべて看護師が行うのだ。看護師たちは、先に始めている相手を探して 2 人ずつペアになり、患者が空けているベッドの寝具類を交換し始めた。藤田看護師は、シーツを剥がしながら、「私、今日チームが違うんでよくわかってないんです。情報がよくつかめていないんです。」と言った。研究者が「じゃあ、今日は別チームのお手伝いなんですか。」と聞くと、藤田看護師は、「そうなんですよ、(看護師の) 休みとかが出ると手伝いにいくんです。」と言った。本日、藤田看護師は本来所属している A モジュール⁹ではなく、看護師に欠員が出たため B モジュールのメンバーとして患者を担当するので、毎日行われるモジュール毎の情報交換による患者の状況把握が十分ではないのだそうだ。隣のベッドでは、20 歳代と思われる看護師

⁹ module 機能の単位を指す用語。I-A 病棟では、それぞれの看護師が患者を入院から退院まで受け持つプライマリナースの役割を持つのだが、さらにそれぞれが、プライマリナースが不在のときにその役割を代行するアソシエイトナースとなるため、このペアがいくつか集まると、患者担当のグループができる。病棟所属看護師の半数ずつになるようこの患者担当グループを 2 つに分け、これを A、B モジュールと呼んでいる。各モジュールでは、入院患者の約半数ずつをグループで担当することになり、日々の各勤務帯で数回の情報交換を行うため、それぞれの看護師は、自身が所属するモジュールの担当患者の状況をその経過を含めて把握している。

が大きな声で私語を話しながら笑っている。藤田看護師が顔をしかめて、「若いのね。」と小声で言った。歩ける患者がほとんど出て行った同室では、カーテンに囲まれた中に患者が一人、点滴をしているためベッドに横になっていた。

9時40分、ナースコールがあり、藤田看護師は女性の6人部屋に入って行った。「坂木さん、どうされました。」と聞くと、坂木さんはベッドから起き上がりながら、「トイレ。」と言った。藤田看護師は、「点滴、自分でできますか?」と聞くと、坂木さんは、「はい。なんとか。」と言いながら、自動輸液ポンプの電源コードを本体から引き抜いて、床頭台に引っ掛けた。そして、点滴架台につかまりながらベッド脇に立った。坂木さんの点滴架台には、電源コードがはずれると内臓電源に切り替わる自動輸液ポンプが取り付けられており、歩行時にはこの電源コードをはずしていくのだ。坂木さんは、医師の指示では“トイレへの自力歩行可”という安静度、すなわちトイレに歩く程度の運動負荷は許容できる状態なのだが、時折ふらつくので、看護師付き添いのもとで歩行するという看護師間の申し合わせになっている。坂木さんは、これまでも何度かトイレまで歩行しており、点滴架台を押して歩行することに慣れてきたようだ。

藤田看護師が、坂木さんの足元を見守りながら歩く方向を手で促すと、坂木さんは、点滴架台につかまりながら、ややおぼつかない足取りで、そろそろと部屋の入り口に向かって歩き出した。藤田看護師は、坂木さんの半歩ほど後方に位置し、その歩き方を見ながら一緒に歩いている。「大丈夫ですか? ふらふらしませんか?」と聞くと、坂木さんは「はい、大丈夫みたいです。」と笑顔で応えた。坂木さんは、藤田看護師がやや見上げるほどの背丈で、ショートカットの後ろ髪は寝癖のように突っ立って地肌が見えている。坂木さんは、少し前傾した格好でゆっくりと足を運び、病室のすぐ斜向かいにある引き戸のついたトイレに入っていった。藤田看護師は、坂木さんがトイレに入り、ドアを閉めたのを確認すると、「じゃあ、終わったら呼んでください。」と言い、ナースステーションに戻った。

藤田看護師が処置室で注射薬の準備をしていると、クラークが「坂木さん、レントゲンがきます。」と言いに来た。藤田看護師は、「はい。」と言いながら処置室を出ると、先ほど坂木さんの入ったトイレに向かった。坂木さんはドアを開けてちょうど出てきたところだった。藤田看護師は、並んで歩きながら、「坂木さん、いつも自分で行きたいですか?」と聞くと、坂木さんは、「そうですね。微妙なところなんです。この間は途中で疲れちゃって。」と言った。藤田看護師が、「じゃあ、辛いときだけ呼んでもらうようにしますか。」と聞き、坂木さんが、「そうですね。お願いします。」と言っているうちに、病室の自分のベッドに着いた。部屋の前の廊下には、ポータブルのレントゲン機を押して技師がやって来っていた。藤田看護師は、その技師に「帰ってきました。」と声をかけた。

坂木さんは、また自分で自動輸液ポンプに電源コードを接続し、ベッドにゆっくりとし

た動作で腰掛けた。藤田看護師が「大丈夫ですか？」と、心配そうに顔を覗き込みながら聞くと、坂木さんは、「ええ。大丈夫です。ありがとうございました。」と言ったが、息切れしており、やや疲れた表情だった。レントゲン技師が器械を部屋の中に引き入れてきたので、藤田看護師が、「坂木さん、レントゲンが来たので。」と、申し訳なさそうに言うと、坂木さんは、「はい。」と返事をした。藤田看護師が、技師に向かって「座って撮りますか？」と聞くと、彼は「そうですね。」と言った。藤田看護師は、坂木さんが腰かけているベッドの頭部分を 90 度までリモコンで上げてから、「じゃあ、坂木さん。ベッドに上がって寄りかかりましょうか。」と言った。坂木さんは、「はい。」と言い、ゆっくりとした動作でベッドの上に脚を上げようとした。藤田看護師は、坂木さんの脚を手で支えながら、彼女がベッドに上がるのを手伝った。坂木さんがベッドに納まるのを待っていたように、技師がフィルム板をその背中に当てようとしているので、藤田看護師は、坂木さんの上体を支えてそれを手伝った。技師は坂木さんの体とフィルム板の位置を調整し始めた。藤田看護師は、それを見届けてから、「坂木さん、じゃあ。」と言った。坂木さんが顔でうなずいたのを見ると、藤田看護師は部屋を出た。

藤田看護師は、「坂木さん、お熱と血圧測りますね。」と言い、ベッドサイドにしゃがみ込んだ。坂木さんが、ベッドに仰臥したまま、渡された体温計を自分で左腋下に挟んでから右腕を差し出すと、藤田看護師は、その腕にマンシェットを巻いた。そして、自動血圧計の血圧値が表示されるまで待ちながら、「頭洗っていいか、さっき先生に聞いたら OK ってことだったので、後で洗いましょうか。」と言うと、坂木さんの顔がぱっと明るくなり、「うれしい！」と、顔をほころばせながら叫んだ。藤田看護師は、その反応にかえって驚いたように、「ちょっと気になっちゃって。」と言った。すると坂木さんは、訴えるような口調で、「気持ち悪かったの。こんなに長い間髪を洗わなかったことないから。」と言った。藤田看護師は、にっこりとした笑顔でうなずいてから、「じゃあ、後で小さいタオル用意しておいてください。」と言いながらマンシェットをはずすと、坂木さんは「はい！」と、声をはずませて返事した…（略）…。藤田看護師が思い返したように、「ああ。でも、お熱あったら、洗髪はやめておきますか？」と聞くと、坂木さんは、「いえ。37 度 1 分くらいなら大丈夫。」ときっぱりと応えた。そうしていると体温計の音が鳴った。坂木さんが、自分で体温計を取り出してそのまま差し出すと、藤田看護師はそれを受け取った。藤田看護師が、「37 度 2 分。」と言って彼女の顔を見ると、坂木さんはにっこりとして顔でうなずいた。藤田看護師もにこっとして、「じゃあ、後で迎えにきますね。」と言うと、坂木さんが「はい。」と応え、藤田看護師は体温計と血圧計を持って部屋を出た。

廊下に出たから、研究者が「喜んでましたね。」と言うと、藤田看護師は、「そうですね。」と言ってクスッと笑ってから、「ちょっと、髪の毛が突っ立っちゃってて。」とつぶやくように言った。ナースステーションに戻ると、藤田看護師は、病棟備品のある倉庫へ直行し

た。そして、棚からシャンプーとリンスを手につくと、藤田看護師は、坂木さんの部屋の前にある洗面所にとって返した。洗面所にはシャンプー台が設置してある。藤田看護師は、シャンプー台の前に椅子を置いてから、洗髪用ケープとシャンプー、リンスを鏡の前の棚に置いた。研究者が、「いつ洗髪しようと思われたんですか？」と聞くと、藤田看護師は、「さっき、トイレに立ったじゃないですか。結構歩けるようになったんで。あれで歩くんじゃ気の毒だと思って。」と応えた。そして、歩きながら「今日から、病棟内歩行可になったんですよ。」と教えてくれた。

藤田看護師は病室に入って行き、「坂木さん、準備できましたので、行きましょうか。」と言い、ベッドを覗き込んだ。坂木さんはベッドに横になっており、オーバーテーブルの上には洗ったタオルが置いてあった。坂木さんは、藤田看護師の声がすると、「はい。」と返事をしてから、勢いよく起き上がり、ベッドサイドに立ち上がった。と、その瞬間よろめいて、ベッドの足側の柵に臀部をぶつけた。藤田看護師は驚いて、「あら！ 大丈夫？」と言いながら、咄嗟に坂木さんの腕をつかんだ。坂木さんは笑って、「ええ。大丈夫です。ちょっとつまずいちゃった。」と言った。藤田看護師が早口になって、「お尻、大丈夫ですか？ 痛くないですか？」と聞くと、坂木さんは、「ええ、大丈夫です。嬉しくてよろけちゃった。」と、照れくさいような恥ずかしいような笑いを浮かべた。藤田看護師は、「じゃあ、ゆっくりでいいですから。」と言い、オーバーテーブルに置かれたタオルを指して、「これ、いいんですか？」と聞いた。坂木さんは、「はい。お願いします。」と言うと、ベッド柵につかまりながらもう歩き始めていた。藤田看護師は、タオルを持って坂木さんの隣に並び、そろそろと歩くのを見守りながら、シャンプー台まで 5m 程の距離を移動した。

藤田看護師が、椅子を指して、「じゃあ、こちらに。」と言うと、坂木さんは、シンクの縁につかまりながら腰を下ろした。藤田看護師は、「首にタオル、巻きますね。」と言い、坂木さんの首にタオルを巻いて洗髪用ケープをかけた。坂木さんは、「嬉しい。やってもらえと思わなかったわ。」と、また嬉しそうに言った。藤田看護師は、シャワーのお湯の温度を調節して、「はい。じゃあ、頭を前にしてお願いします。」と言うと、坂木さんはシンクの中に頭を垂れた。藤田看護師は、坂木さんの髪を少し濡らして、「熱さはこれくらいでいいですか？」と聞くと、坂木さんは、「はい。」と応えた。藤田看護師は、坂木さんの髪全体を湿らせてからシャンプーを手に取り、その髪に行きわたらせた…（略）…藤田看護師は、坂木さんの髪を再びお湯でよくすすいでから、「はい、お疲れ様でした。」と言いながら、シャワーのお湯を止めた。そしてケープをはずし、坂木さんの頭を手早くタオルで包みながら、「どれくらい洗ってなかったですかねえ。」と言うと、坂木さんは頭を上げて、「12日に入院したから。15日。よかったあ。すっきりしました。」と言った。藤田看護師は、髪的水分をふき取ると、「じゃあ、乾かしましょうか。」と言ってから、気づいたように、「ちょっと、ドライヤー持ってきます。」と言い、慌てて走っていった…（略）…

藤田看護師が、坂木さんの髪をドライヤーで乾かしていると、坂木さんはしみじみと、

「ああ、気持ちよかったあ。ほんとにありがとうございました。」と言った。藤田看護師は、手を動かしながら、「よかったですねえ。」と応えているうちに、すぐに髪が乾いたので、「じゃあ、坂木さん、お疲れ様でした。お胸とか苦しくないですか？」と聞くと、坂木さんは、「ええ、大丈夫です。ありがとうございました。」と、満足そうに言った。藤田看護師は、使ったものを手早く片付けて棚にまとめると、「じゃあ、ゆっくりでいいですよ。」と言った。坂木さんは、シンクの縁につかまってゆっくりと立ち上がり、そろそろと部屋に向かって歩き始めたので、藤田看護師は、その後ろから歩調を合わせてついて行った。

ベッドに着くと、藤田看護師は、「さっきのベッドにぶつけたところ、ちょっと心配なので見せてください。」と言いながら、カーテンを閉めた。坂木さんは、「はい。」と言って、ゆっくりとした動作でベッドに横になった。藤田看護師は、坂木さんがベッドに落ち着くのを待ってから、そのズボンの中を覗き込んだ。ベッド柵にぶつけた左臀部には、内出血斑などはできていなかった。藤田看護師が、「一応、大丈夫みたいですけど。なにかおかしかったら、すぐに教えてくださいね。」と言うと、坂木さんは「私ったら、嬉しくて慌てちゃったのね。」と笑って言ったのだが、その表情に疲れは見られず、息切れもなかった。

時間は 12 時を回っており、藤田看護師は、配膳車を押して廊下を移動した。各部屋に配膳をしていると、女性医師が空の車椅子を押して坂木さんの病室から出てきた。どうやら本日急に入った検査を終えて、坂木さんを送ってきたようだ。藤田看護師は、「先生、坂木さん、お食事は。」と聞くと、その女性医師は、「SBE¹⁰（亜急性細菌性心内膜炎）確定したのでオペになるかもしれない、今日か明日か。だから禁食で。」と言った。藤田看護師は、顔を曇らせて、「今日になるかもしれないんですか？」と聞き直すと、女性医師は無愛想に、「うん。わからないけど。」と言いながら、ナースステーションのほうへ立ち去った。

藤田看護師は病室に入っていく、声を落として「坂木さん。」と声をかけた。坂木さんはベッドに横になってぐったりしており、疲れた様子だった。藤田看護師はベッドサイドにしゃがみ込んで、静かに「今、私も先生から聞きました。」と言ってことばを切ってから、「お食事はしないでってことで」と言いかけると、坂木さんは、「口の中、麻酔で気持ち悪くて。」と、元気のない声で言った。藤田看護師は黙って立ち上がり、坂木さんの枕元にある床頭台の上に置かれた吸い飲みを手にとると、足早に部屋を出て行った。そしてすぐに戻ってくると、「坂木さん、起きられますか？」と聞きながら、オーバーテーブルの上に水の入った吸い飲みを置いた。坂木さんが「疲れちゃった。」と、力なく応えると、藤田看護師は、「じゃあ。」と言って、床頭台の上に置かれていた口腔用膿盆を坂木さんの口元に置

¹⁰ 心腔、弁、大血管を含めた心内膜への感染により細菌性集簇を含んだ疣腫 *vegetation* を作った全身性敗血症の状態を言う。菌血症、血管塞栓、心障害の症状が起こる。古くは「亜急性細菌性心内膜炎：Subacute Bacterial Endocarditis：SBE」と呼ばれていたが、細菌以外の真菌などの微生物も原因となるので、現在では「感染性心内膜炎：Infective Endocarditis」という名称が使われている（MyMed 医療電子教科書, 2012）。

いて、吸い飲みを差し出した。坂木さんは身体を少し持ち上げて、吸い飲みを受け取ると、「すみません。」と、聞こえないような声で言いながら、うがいを始めた…（略）…。坂木さんは再びベッドに横になりながら、「ありがとうございました。さっぱりしました。」と言った。藤田看護師が、「まだ麻酔が残ってるから。間違って（肺に）入っちゃうといけなから。2時間は何も口に入れないでくださいね。」と言うと、坂木さんは「はい、わかりました。ありがとうございました。」と言った。

15時を過ぎると、藤田看護師は電子カルテに向かった。そして、坂木さんの看護記録に「本日医師の許可にて洗髪するも、終了後疲労感みられず。本日心臓外科コンサルトし、明後日オペ予定。症状出現なし。他フローチャート参照。」と入力した。これに先立ち、藤田看護師はリーダー看護師と一緒に、電子カルテから坂木さんの経食道エコーの検査結果を見ていた。所見は、「大動脈弁の石灰化があり、大動脈弁尖が大動脈側に反転している部位あり。」とのことだった。坂木さんの洗髪実施を報告すると、リーダー看護師は、「ずっと熱があってできなかったからねえ。よかったね。」と言った。

② インタビュー記録

看護記録が終わると、藤田看護師は、「何か、ありますか？」と聞いてくれたので、「坂木さんの状態を教えてくださいませんか」と尋ねた。藤田看護師は、「大動脈弁の一部が反対側にひっくり返っているみたいで。早くオペするみたいです。血栓が飛びやすいからって。さっき主治医に、あの女の先生ね。聞いたら、知らないっていうんですけど。外科の指示では明後日オペって書いてあったんですよ。」と、不服そうな口ぶりで言った。「ところで、洗髪についてですが、ここでは、洗髪も医師に許可を得るんですか？」と尋ねると、藤田看護師は、「ええ。循環器だから、一応そういうのはみんな先生に聞いてからってことになってますね。」と応えた。「それで、看護記録に『医師の許可にて洗髪する』って書いたんですか？」と聞くと、藤田看護師は「そうです。」と応えた。「でも、今日の坂木さんの洗髪をしようって決めたのは、藤田さんですよ。あれは、どうしてそう思ったのですか」と言いかけると、藤田看護師は、「私、ああいうの許せないんですよ。患者さんのお髪が汚いとかっていうの。」と言った。「なるほど。それとか、点滴チューブの絡まりとか？」と言うと、藤田看護師は、ここぞとばかりの口調になって、「この人って、そういうところ全然気にしないんですよ。私、そういうところがなじめないなあって。」と言った。「じゃあ、前回のとき、この病棟は面白くないっておっしゃってたのは、その辺ですか？」と聞くと、藤田看護師は、「ええ。そういうのもありますけど。そればかりじゃないですね。」と応えた。そこで「という？」と聞くと、藤田看護師は、笑って、「まあ、いろいろと。」と、ことばを濁した…（略）…「では、坂木さんに洗髪をしよう、しても大丈夫だっていうような判断は、どうしてできたのでしょうか？」と聞くと、藤田看護師は、「あの方、今

日から病棟内歩行可って指示が出てたんですよ。だからもう、洗髪はこっちがやるのであればいいかと思って。」と応えた。そこで「というと、病棟内歩行可という指示があれば、洗髪はその許容範囲に入るということで医師と合意されているんですか？」と聞くと、藤田看護師は、「さあ、そういうことはしてるか、わかりませんが。で、一応先生に聞いてからにしていますけど。」と応えた。さらに、「坂木さんの洗髪については、いつの間に医師に聞かれたんですか？ 私気づかなかったんですけど。」と聞くと、藤田看護師は「さっき、ゾラデックス（ホルモン製剤の注射薬）用意してたときです。私、先生に電話して。そのついでに聞いたら、いいんじゃないって。」と話してくれた。注射薬を用意していたときは、9時40分頃、坂木さんがトイレに入っている間のことだった。

「坂木さんのレントゲン、あのとき技師さんに『座って撮りますか？』って言ったのは、どうしてですか？」と聞くと、藤田看護師は、「え、そうでしたっけ。よく見てますね。どうだったかなあ。」と考え込んだ。そして、「ああ、そうそう。あれね。ああ、坂木さんが疲れてたんで。ベッドを挙げたほうがいいかなって、きっと咄嗟にそう思ったんだと思います。ほんとなら、レントゲンは立位のほうがいいし。わざわざ、歩ける人を寝かさなくてもねえ。」と言うので、「じゃあ、意図的に座って撮るように言ったってことでいいですか？」と聞くと、藤田看護師は、「そうですね。なんか、技師さんも待ってたみたいだし。坂木さんに焦らせるのはよくないと思ったんですよ。辛そうだったし。」と話してくれた。そして最後に、「今日は、坂木さんが洗髪してもらってとても喜んでいましたが、それについてどう思われますか？」と聞くと、藤田看護師は「いつも、こういうケアができるといいんですけどね。私、こういうケアがしたいんです。でも、あんなに喜ぶと思わなかった、ねえ。」と言って笑った。

(4) 藤田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 藤田看護師の臨床的自律性

a. 循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の汚れと洗髪実施の意思決定

坂木さんは、心臓弁膜症があり、今回は発熱のために緊急入院となり、抗生剤点滴と心負荷軽減のための安静保持による治療により15病日を迎え、この日まで髪を洗うことなく経過していた。藤田看護師は、この日は本来所属しているモジュールではなく、別の看護チームの受け持ち患者坂木さんを担当し、ナースコールで呼ばれて彼女のトイレ歩行に付き添った。こうした中で藤田看護師は、坂木さんの洗髪を計画したのだ。

この洗髪については、坂木さんの髪が汚れて乱れており見栄えが悪く気の毒であるとして、藤田看護師が計画したものである。ここだけとらえるならば、専門性が高いとはいえない判断となるだろう。しかし藤田看護師が、坂木さんの髪の汚れによる乱れを認識したのは、ナースコールで呼ばれてそのトイレ歩行に付き添う中での出来事であった。それは、心臓弁膜症により活動耐性が低下している坂木さんが、ベッドから起き上がり、自動輸液

ポンプの電源コードを自力で処理する動作の後、点滴架台につかまりながら、おぼつかない足取りでトイレに向かうという一連のプロセスを、藤田看護師がひとつひとつ見守る中で気づきであった。藤田看護師が、ふらふらしないかと聞くと、坂木さんは、「はい、大丈夫みたいです。」と応えている。坂木さんが“大丈夫です”と言い切るのではなく、“みたいです”としているのは、おぼつかない足取りの自分に、坂木さんは体力的に自信がもてなかったのだろう。こうした状況の中で看護師が注目するのは、当然のことながら患者の安全すなわちその足元や歩の運び、身体のだらつきといった活動耐性の面、そして点滴架台の転倒予防といった安全性の面である。だが藤田看護師は、そうした点に注目を向けながらもさらに、坂木さんの後ろ姿を目にしてその髪が汚れにより乱れていることを見て取ったのだ。つまり藤田看護師は、歩行に付き添い安全を確保するだけにとどまらず、坂木さんの整容および身体の清潔という観点からも観察を行い、生活者としての把握をしかも瞬時にしていたのだ。そしてここには、病棟内歩行程度の負荷が許容されるのであれば、看護師が行う坂木さんの洗髪実施は可能であるという藤田看護師の判断があった。この洗髪計画はまた、坂木さんの歩行に付き添い見守るというケアから、藤田看護師が自ら新たに導き出した看護ケアということになる。

さらに、藤田看護師は坂木さんの洗髪実施について医師に確認していた。I-A 病棟は、循環器疾患の診療科病棟であり、ここでは看護師独自の業務である療養上の世話に属する清潔ケアについてさえ、心負荷という点から医師の指示が必要とされている。そのため医師に聞いたのだが、これは単に指示を仰いだというより、藤田看護師がすでに坂木さんの洗髪実施は可能であると判断していたのであり、これを確認することにより医師の保証を得ることとなり、確実に実施できるための手段を講じたということになる。

また I-A 病棟では、洗髪については、患者個々の病状や担当患者全体のケア内容や業務量に合わせて、その日の担当看護師が計画し、実施することになっている。しかし、発熱により緊急入院となった坂木さんには 15 病日を経過する中でこの日に至るまで、洗髪は実施されてこなかった。ここには、坂木さんの病状により数日間は急性期治療が優先され洗髪ができる状態ではなかったこと、そしてこの日から病棟内歩行可として安静度拡大が指示されたことが関与している。だが一方でこれは、病状の急性期が過ぎ、特定の治療が済めば患者に退院を迫るという短期入院制度を取り、もっぱら急性期の患者を対象とする I 病院および A 病棟の診療科特性とも関連があるように思われる。坂木さんのような緊急入院であれば、発熱に対する治療とその原因追究を中心とした急性期医療が行われるため、こうした方針が看護師にも影響し、その日その時に必要とされる医療処置や検査が無事に遂行されることに力点が置かれることになる。そして、こうした患者ケアの仕方は、病棟全体の看護業務遂行上の慣習を形成することとなる。I 病院の看護部方針では“患者の全人的ケアを目指す”と謳われてはいるものの、現実的には、在院日数が短いことやクリティカルパスの導入により、藤田看護師が望むような看護ケア、すなわち患者の意思を尊重

し、患者と相談して計画、実施するという本来的な看護ケアの仕方は難しくなっている。このような病棟の慣習に、多くの I-A 病棟看護師が知らずのうちに影響され、この日まで 15 日間も坂木さんの洗髪が計画されなかったのだと言わざるを得ない。こうした中で、坂木さんの歩行に付き添う中でとらえた髪の汚れとそれに対する洗髪実施は、病棟の慣習的業務遂行の仕方に飲み込まれることなく、藤田看護師がその眼で患者をとらえ、自身の考えや判断により看護ケアを行う姿勢が揺るがなかったことにより可能となった。ここに臨床的自律性が存在するのであり、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

b. 活動耐性低下患者の疲労を見て取った身体労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し

坂木さんがトイレから出て部屋に戻る際、廊下にはレントゲン技師がやって来ていた。藤田看護師がともに歩き、坂木さんがベッドに腰掛けるまでを付き添うと、彼女は息切れしており、疲れた表情であった。藤田看護師は坂木さんの疲れを見て取っており、この時すでに技師が部屋の中にレントゲン器械を引き入れてきていた。そこで藤田看護師は、技師に向かって「座って撮りますか？」と言った。これには、藤田看護師が述べていたように、トイレ歩行による疲労に加えて、坂木さんに人を待たせていることへの焦りを感じさせ、さらに負担を増してはいけないという判断があった。そしてもう一方では、レントゲン撮影は座位のほうがよりよいとする判断も同時になされており、加えて、待っていた技師への配慮もあったのだ。従って、藤田看護師が技師に向けた発言は、問いかけや質問ではなく、促しあるいは指示であったといえよう。ここには、活動耐性が低下した坂木さんのトイレ歩行による疲労を見て取り、咄嗟に彼女の身体労作がより少ないレントゲン撮影の方法を選択するという藤田看護師の臨床的自律性が発揮されていた。

こうして藤田看護師は、ベッドに横になるという身体労作を負荷しなくて済むよう、腰かけているベッドの頭部分を 90 度まで上げてこれに寄りかかるよう促し、坂木さんがベッドに上がるのを手伝った。この一見当たり前のようにみえる藤田看護師の行為には、疲れている坂木さんが寄りかかることができるようにベッドの方を動かす、彼女が力を入れてベッドに脚を上げる動作に手を貸すという二つの援助行為が含まれているのだが、これは坂木さんにとって必ずしも必要とされるわけではない。また、レントゲン技師が坂木さんの背中にフィルム板を当てる際、藤田看護師は、彼女の上体を支えようと手を差し延べていた。多くの場合看護師は、自力で動くことができる患者の撮影操作については、その殆どを技師に委ねてしまっている。しかし藤田看護師は、坂木さんの上体を支える援助を積極的に行っているのだ。これは、歩行ができ自力で動くことができてとしても、そのトイレ歩行による坂木さんの疲労を見て取り、辛そうだととらえたからこそ、藤田看護師はそうにしないではいられず、自然と手が出たのである。ここには、課された看護業務をただ淡々とこなしていくあり方とは異なり、自らの意思と判断によって、患者の看護に

責任を持ち、より援助的に関わろうとする看護実践の姿勢が存在する。こうした看護実践は、日常的に行われている看護実践の標準性を超えるものとして、藤田看護師の臨床的自律性が発揮されており、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 患者の清潔や身の回りの整頓についての看護師の中の譲れない看護ケアの基準

＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞

藤田看護師は、坂木さんの歩行を見守りつつも、その後ろ姿を目にして髪の毛の汚れによる乱れを認識したのだが、ここに注目できたのはなぜか。インタビューで述べていたように、藤田看護師には患者の髪の毛の汚れは許せないという思いがあり、これは、彼女の中に確固として設けられている看護ケアの基準とも言うべき価値観なのであろう。

また、藤田看護師は、坂木さんの点滴架台の脚に自動輸液ポンプの電源コードと点滴チューブが一緒になって巻きついているのに気がついて、その絡みをほどいていた。これについて藤田看護師は、「この人って、そういうところ全然気にしないんですよね。私、そういうところがなじめない」と言っていた。坂木さんは、自力歩行可といえども、看護師の付き添いのもとにそれが可能となる程度の体力である。歩行時には、坂木さんが自力で自動輸液ポンプの電源コードを本体から切り離すため、点滴チューブが絡んでいては危険であるばかりでなく、点滴架台に点滴チューブが巻きついていること自体が、点滴パックからの滴下チューブの離脱、あるいは点滴架台の転倒因子となることから、これは点滴管理上危険な問題状況といえよう。藤田看護師は、こうした状況を看護師が気にしないことにはなじめないと感じるのであり、ここには、患者の髪の毛の汚れは許せないという思いと同種のある基準、藤田看護師の中の確固たる看護ケアの基準が存在すると思われる。

このような患者の髪の毛の汚れや点滴チューブの絡みについての思いは、藤田看護師の価値観であり、彼女の中に確固として設けられている基準、患者の清潔や身の回りの整頓についての譲れない看護ケアの基準ということができる。藤田看護師の中にこのような基準があったからこそ、トイレ歩行に付き添う際にも坂木さんの髪の毛の汚れや乱れに注目することができたと考えられる。この意味で、藤田看護師の中の譲れない看護ケアの基準は、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていたといえる。そしてこの展開契機は、藤田看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

b. 患者との関わり合いの中でその時その場で発揮される看護師の判断力・実践力

＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞

藤田看護師は、点滴架台に巻きついた電源コードと点滴チューブの絡みをほどいていた。これは、日勤と夜勤の役割交替時のことであり、看護師たちが患者の点滴実施状況を確認して回っている最中の出来事であった。こうした場合、点滴確認を優先することから、点

滴チューブの絡みをほどくといった行為は、看護師によっては後回しにすることもある。しかし藤田看護師は、気がついたその場で即実践に移していた。

また、藤田看護師は、トイレ歩行に付き添った際、坂木さんの髪の毛の汚れや乱れを瞬時に観察し、洗髪を計画した。こうした観察や判断は、電子カルテや看護師同士のやり取りから得た情報、すなわちあらかじめ有していた情報に基づいたのではなく、坂木さんと直接関わり合う中で、その時、藤田看護師がその眼でとらえ、その場で判断したのであり、これによって看護ケアが実践されたのである。むしろ藤田看護師は、電子カルテや看護師同士のやり取りから得た情報を重視しなかったわけではない。ここでは、藤田看護師が、この日が初対面の坂木さんと出会ったその場で、彼女の整容や身体の清潔という観点から観察し、生活面からの把握を瞬時にしていたことに意義があり、注目に値すると考える。

そして、藤田看護師は、トイレから戻る際の疲れを見て取ったことから、坂木さんの身体労作負荷を回避するレントゲン撮影方法を促すとともに、人を待たせていることへの焦りを感じさせ、彼女の負担を増してはいけないと判断していた。また一方で、レントゲン撮影は座位のほうがよりよいとする判断も同時にしていた。これらもまた、その眼でとらえた情報によりその場で判断し、実践された看護ケアであった。

さらに、藤田看護師は、坂木さんが女性医師に送られて検査から戻ってきたときの場面でも同様に看護ケアを実践していた。坂木さんが、口の中が麻酔で気持ち悪いと言うと、藤田看護師は黙って部屋を出て行き、戻ってきたその手には水の入った吸い飲みがあった。これは、口の中が気持ち悪いという坂木さんの訴えから、藤田看護師が即座に“口腔含漱”を思いついたことを示している。そして坂木さんが、疲れちゃったと言うと、藤田看護師は、横になったまま含漱ができるよう口腔用膿盆と吸い飲みを差し出した。ここでの藤田看護師は、“うがいをしますか”といった質問などはむしろせず、坂木さんの口腔内不快感を取り去るためのケア行動を瞬時に起こしている。ここには、藤田看護師のその時その場で判断すると同時に看護ケアを実践するという判断力・実践力が示されている。

このように、藤田看護師が、この日坂木さんとの関わり合いの中で行った一連の看護ケアには、その時見て取った状況から何をすべきかを即時的に判断し、患者に必要な看護ケアをその場で即実践するという判断力・実践力が発揮されていたといえる。こうした判断力・実践力が、ここでの自律的看護実践を効果的なかたちへと推し進めていたのであり、これは、藤田看護師の臨床的自律性を促進する要因といえることができる。

c. 自分が行う看護ケアに責任を持ち、患者の言動に注意深く眼を向けその思いや意向を大切にすることの実践の仕方

＜自律的看護実践の基盤にある看護師の基本姿勢：促進要因＞

藤田看護師は、自分が勤務交替時点確認の最中にある看護師の一員であっても、点滴チューブの絡みをほどく行為を後回しにすることなく優先していた。また、技師がレント

ゲン撮影のフィルム板操作をしていると、藤田看護師は坂木さんの上体を支えて手伝った。こうした援助行為から、自分が担当する患者のケアには責任を持っている、あるいは自分が行う看護ケアには責任を持つという、藤田看護師の看護に対する責任感が感じられる。

また一方で、藤田看護師は、ナースコールで呼ばれて行った際、坂木さんに点滴は自分でできるかと聞いていた。そして坂木さんがそろそろと歩き出すと、藤田看護師は、ふらふらしなないと聞いていた。こうした声かけは、おぼつかない足取りで歩く坂木さんの体力を考慮に入れて、藤田看護師が注意深く眼を向けていることを示している。さらに、トイレから戻る途中、藤田看護師は、いつも自分ひとりで行きたいかと聞いていた。これは、トイレに行くたびに毎回看護師を呼ぶことに気を遣うであろうとして、坂木さんに配慮した発言である。また別の見方をすれば、看護師たちが申し合わせて付き添うことにしているトイレ歩行について、坂木さん自身の意向を伺っているとみることもできる。坂木さんが、「微妙なところなんです。この間は途中で疲れちゃって。」と言うと、藤田看護師は、辛いときだけ呼んでもらうようにしますかと言っており、ここには、坂木さんの思いや意向を大切に作る姿勢が伺える。

加えて、藤田看護師は、一般社会において企業に就業していた経験があり、大人として振る舞うことができるのだろう。そして先述のように自身の中に確固として有る看護ケアについての価値観あるいは信念があり、これに基づいているため、病棟の慣習に左右されることがないのだろう。

このように、藤田看護師は、自分が行う看護ケアには責任を持っており、患者の言動に注意深く眼を向け、その思いや意向を大切に作る姿勢がある。こうした看護実践の仕方は、その看護師歴の中でしっかりと藤田看護師のなかに築かれてきたのだと思われる。そしてこれが、看護実践における藤田看護師の基本姿勢なのではないだろうか。この看護実践における基本姿勢は、患者との関わり合いの中でその時その場で患者の状況を判断し、効果的な看護を実践するための基盤となっており、これは、藤田看護師の臨床的自律性をさらに発展させ、促進させる要因となっていると考えられる。

③ 藤田看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者への爽快感と笑顔の提供および心負荷の軽減、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性－

藤田看護師が洗髪を提案すると、坂木さんは顔をほころばせて叫んだ。その反応に、藤田看護師がかえって驚くくらい坂木さんは喜んでいて。入院当初は発熱による倦怠感が優位であったにせよ、坂木さんは、数日が経過する中では髪の毛の汚れが気になりだし、発熱による発汗とともに、日に日に不快感が募っていたことは想像に難くない。にもかかわらず、坂木さんが「やってもらえると思わなかった」と述べているように、入院中に髪を洗うことが可能であるとは思っていなかったのであり、これは看護の責任と言わざるを得ない。

こうした折、藤田看護師が洗髪を申し出たことは、坂木さんを殊のほか喜ばせ、気持ちを高揚させた。ここには、洗髪ができて爽快感を得られることへの喜びだけでなく、やってもらえるとは思っていなかった洗髪が実は可能であるという、坂木さんの嬉しい意外性への驚きがあったと考えられる。心臓疾患を患い、発熱に苦しむ中での入院生活は、坂木さんにとって辛い日々であったと思われる。だがそのような中でも、洗髪によって坂木さんに笑顔がみられ、喜びの感情や気持ちの高揚をもたらしたことの意義は大きく、その療養生活の質 **Quality of Life** を一時でも向上させることに寄与したといえる。

また、活動耐性が低下している坂木さんにとって、ベッドからトイレまでの歩行、その直後の排泄行動、そしてトイレからベッドまでの帰室という一連の身体労作は、相当な疲労感を招くのである。そして坂木さんの病状は、自覚的な疲労感が強いだけでなく、閉鎖不全を生じている大動脈弁尖が、さらに大動脈の血流方向に反転しているという極めて重篤な状態であり、それゆえ外科的治療が急がれている状況にある。従って、トイレ歩行可あるいは病棟内歩行可という医師の指示があったとしても、トイレからの帰室直後、レントゲン撮影を座位で行うよう技師に促した藤田看護師の看護ケアは、坂木さんの心負担が回避される結果をもたらした、その意義は大きいといえる。

一方、藤田看護師は、どのような仕事をしたとき楽しいかという質問に、患者が自分のケアにより満足したとき、と応えていた。洗髪を申し出ると殊のほか喜ばれ、洗髪後の坂木さんは、何度も爽快感と嬉しさを表現していた。このような状況は、まさに藤田看護師が楽しいとしている看護ケアプロセスである。そして、洗髪後の坂木さんの反応についてどう思うかという質問に、いつもこういったケアができるとよい、こうしたケアがしたいのだ、そして、あんなに喜ぶと思わなかったと言っていた。こうした発言から、藤田看護師も自分の行った看護ケアに満足していたことがわかる。また、このような看護ケアの提供は、患者に好意、好感をもたれることから、患者－看護師関係の効果的発展に寄与するものとして、藤田看護師と坂木さんとの関係も一層発展し、より効果的な看護ケアの提供につながると考えられる。

(5) 研究参加者の藤田看護師の意見・感想

‘藤田看護師と坂木さんとの関わり合い場面の記述’および‘藤田看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の藤田看護師本人に通読してもらい、次のような文書によるコメントをいただいた。

「大変興味深く読ませていただきました。当初は、自分でお役に立てるのかと心配していましたが、このような論文になるとは、驚いております。この論文の場面は、私もよく覚えています。…解釈については、当時古地様と一緒に話ししながら実施していたと思いますので、特に何もありません。ただ、私のことをこのように立派に書いていただいたことに、心から感謝しております。また、お会いできるといいですね。」

3. I・B病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い

1) I・B病棟の特性

(1) 診療科とその特性

I・B病棟は、神経内科および複数の診療科が混在する病棟で40数床を有する。I病院は三次救急医療機関であるため、多科を有するB病棟では空床があり次第、昼夜を問わず緊急入院を受け入れている。入院患者は日常生活動作 Activities of Daily Living（以下ADL）が自立していない患者が多く、患者ケアに時間を要す。他科混合診療科の特性として、入院患者の疾病構造がそのときどきにより異なり、医師の指示の仕方はそれぞれの診療科毎に異なるため、看護業務もそれに伴って煩雑となり、単科診療科病棟に比べて業務量も多くなる。また、医師たちは病棟に不在のことが多く、患者の病状報告や指示確認等については看護師から電話連絡したり、電子カルテ上でのやり取りが多い。

(2) 看護体制

看護方式、勤務体制ともに概ねI・A病棟と同様である。看護師数は、師長を含む20数名、全員が女性である。日勤看護業務は、定刻では17時30分であるが平均終了時刻19時30分である。

(3) 病棟文化

I・B病棟でもI・A病棟と同様、電子カルテから受け持ち患者の情報を収集している。定刻始業時間8時30分のところ、日勤では6時30分頃から出勤するスタッフ看護師もいるが、平均的には8時00分頃ナースステーションに集合する。

I・B病棟は、診療内容や医師の指示の仕方が煩雑なため、情報収集には時間を要する。こうした状況は看護経験年数には関わらないようだが、その看護師がさまざまなことについて気になる程度が出勤時間に関連することはI・A病棟と同様といえる。

看護チーム全体の中には、「仕事にミスが多い」、「仕事が遅い」、「チーム全体に目を向けない」といった評価基準が存在し、一部の看護師たちの間で看護師個々に対するそうした評価が共有されている。看護経験年数の長い特定の看護師たちに対するこうした評価はより厳しく、これは病棟看護師長も共有している。病棟看護師長によると、I・B病棟では、先輩看護師が新人を見る目は比較的厳しく、指導・助言をするのだが、新人にとっては威嚇的に感じられるようだ。全体的な関係性としては、中堅層がコアを形成しており、ここから外れる年配看護師集団、若手看護師集団という3層が存在するという。

病棟看護師長は、モジュール活動についてはリーダーに責任を一任しており、相談されたときに応じている。看護チームの3層の関係性を把握しており、看護師個々に状況に応じて声をかけたり、スタッフからの相談を聞いたりしている。看護師－医師関係は、おおむね同僚同士の関係といえよう。医師の支配的、指示的態度は比較的みられない。看護師

の医師への発言から、患者中心であることが両者の間で了解されていることが伺われる。

病棟看護師長によれば、看護師の時間外勤務は I 病院内 1 位の長時間を記録し、I・B 病棟への配置希望者はほとんどいないという。また I・B 病棟は PPC 方式¹¹における患者の病状、看護の必要程度としては中等度以下と見なされることから、看護師の仕事満足感も低いそうである。

看護ケアも I・A 病棟同様、全身清拭や陰部洗浄などには機能別看護方式が用いられ、日勤看護師全員によって分担され一斉に行われている。そうした中でも、看護師によっては、その日の自分の受け持ち患者を意図的に選んでいる姿が散見される。

2) 沖看護師と患者佐藤さんとの関わり合い

沖看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、そのうち 1 日は直接患者を担当せず、検査や他科受診など病棟を離れて患者搬送などを担当する日であった。同行中沖看護師が担当した患者数は延べ 9 名であった。そのうち、沖看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

沖看護師は 20 歳代半ばの女性、地方自治体が設置する看護専門学校 3 年課程を卒業し、同系列の I 病院に就職した。希望による配属ではないが I・B 病棟に勤務し、この年 5 年目となる。この病棟について、沖看護師は「業務量が多すぎて煩雑、患者と深く関われない。」と言う一方で、「同年代の仲間がいるからいろいろと話せて楽しい。しょっちゅうワイワイやってる感じですね。ここの仕事は大変だけど、嫌じゃないです。看護長（病棟看護師長）が相談しやすいんで、いつも話し聴いてもらってます。」と述べている。

沖看護師は、この病棟における臨床実習指導者を担当しており、看護師長が、「沖さんはねえ、看護学生があこがれる先輩で、沖さんのような看護師になりたいって、アンケートでいつも書かれるのよね。患者さんに優しいし、学生にも親切なの。」と述べている。また、沖看護師に臨床指導を受けた学生のひとりが I・B 病棟への配属を希望し、新卒看護師として就職してきたという。沖看護師は、この新卒看護師のプリセプター¹²を担っている。そしてリーダー役割を取って 2 年目を向かえ、I・B 病棟リーダー層の中核に位置し、後輩看護師たちに優しく指導、助言している姿がよく見られる。

沖看護師は「患者さんと話しをするのがやっぱり一番楽しい。」と言い、「どのような仕

¹¹ Progressive Patient Care, PPC は、段階的看護とも称され、1957 年アメリカ、マンチェスター記念病院で実験された医療・看護方式のひとつである。患者個々の医療・看護上のニーズを中心に病院の全機能を組織的・系統的に編成し、それぞれの看護単位に割り当て、患者の病気の程度と患者が必要とするケアの程度に合わせて病棟を割り当てる（菊地他、1993）。

¹² 新人看護師が新しい職場に適応し、個々の能力を十分に発揮できるように個別技術指導をはじめ、精神的サポートを行いながら新人看護師（Preceptee）の自立を支援する先輩看護師（Preceptor）。

事をしたときに満足を感じますか」という質問に「患者さんから感謝されたときです。あと、忙しくてもみんなで協力して、仕事が終われたときですかね。」と応えている。「具体的には」と尋ねると「そうですねえ、うーん。」と少し考えてから、「例えば、患者さんのために自分が一生懸命考えて、その人にとって一番楽なやり方、体の位置を変えるときとか、動けない人をお風呂に入れてあげて、ありがたうって言われたときとかですね。ちょっとしたことですけどね。」と話してくれた。

(2) 佐藤さんのプロフィール

佐藤さんは 80 歳代の小柄な女性、看護師とのやり取りは物静かで、自分から何かを要求することはほとんど無く、口数は少ない。病気のために活気がないこともあるのだが、病棟看護師によれば、もともと物静かな方だといわれており、時折見舞いに来院してくる娘さんともあまり多くは話しをしないようだ。

佐藤さんは、肝性脳症の診断名で入院しているが、これまでも同病名により数回の入院退院を繰り返している。現在は、慢性的肝機能障害とそれにもなう腹水貯留があり、自宅療養は家庭的な事情もあって難しく、転院先を探して長期療養型の入院施設へ移動する予定となっている。しかし、佐藤さんの病状が安定した時期をみて、主治医や看護師たちが転院を具体化させようと準備しているうちに、肝性脳症の発現に關与する血中アンモニア値¹³が上昇してしまい、そのために転院の機会が先送りとなったことが幾度かあるという。この日も、血中アンモニア値がその 2 日前の検査結果より 2 倍以上に上昇しており、再び積極的な治療および安静が必要な状況となっていた。

(3) 沖看護師と佐藤さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

夜勤看護師の報告が終わると、モジュールメンバーが朝の情報交換のために集まってきた。…(略)…次に沖看護師が、「うちは、…(略)…佐藤ミツ子さんが、2月4日の採血ではアンモニアが 113 だったのが、今日(2月7日)の採血では 263 なので、またアミノレバン¹⁴入れるんですけど。10時10分に PT¹⁵入ってるから、どうしようかなって。一応連絡取ってみます。以上です。」と報告した。

沖看護師は、朝の挨拶のため女性の 6 人部屋に行った。入り口すぐのベッドには、佐藤ミツ子さんが横になっていた。佐藤さんの顔や人の目に触れる皮膚の色は土気色を呈して

¹³ 血中アンモニアは、アミノ酸代謝の中間代謝産物で、肝、腸管、腎などで産生される。重症肝疾患では、腸管などにおけるアンモニア産生の増加と肝の処理機能の低下などにより血中アンモニアが増加する。基準範囲は血漿アンモニア 15~80 $\mu\text{g/dl}$ 、異常値は 80 $\mu\text{g/dl}$ 以上、血漿アンモニア 160 $\mu\text{g/dl}$ になると意識障害をきたす場合が多いが、血漿アンモニア値と肝性脳症症状の程度は必ずしも相関しない(金井, 2006)。

¹⁴ 血漿遊離アミノ酸パターンの不均衡を是正し、速やかに肝性脳症を改善する(高久他, 2011)。

¹⁵ 理学療法士 Physical Therapist の略であるが、ここでは運動療法 physical training の意味で用いられている。

おり、その腹部は、痩せて小柄な体に似合わず衣服の上からもそれと認められる程大きく膨らんでおり、カーテンを廻らせているベッドの周囲には、アンモニア臭が立ち込めている。沖看護師がベッド脇にかがみ込み、「おはようございます。今日担当沖になりますので、よろしくお願いします。」と、耳元で囁くように言うと、浅い呼吸をしている佐藤さんは、「お願いします。」と、かすれた小さな声で応えた。沖看護師は、「今日、ちょっと点滴をね、入れますので。」と、ゆっくりとした口調で言うと、佐藤さんはうつろな表情のまま「はい。」と返事をして、沖看護師の顔を見ている。沖看護師は続けて、「でね、今日リハビリも、ここでやってもらおうと思うんですけど。」と続けると、佐藤さんは表情を変えずに、「はい。いいです。」と言った。沖看護師は続けて、「もしかしてそれができないって言われたら、今日は中止にして。」と言ったが、佐藤さんは何も言わなかった。沖看護師は少し間をおいてから、言いにくそうな口ぶりになって、「ちょっとね、採血の値がやっぱりね、悪かったんですよ。」と言った。佐藤さんが「ああ、そう。」と、あまり抑揚のない言い方で応えると、沖看護師は「ボーっとします？」と、確かめるように佐藤さんの顔を覗き込んだ。佐藤さんは、うつろな目つきで、「ううん。」と言うので、沖看護師は「そんなことはない？」と、いたわるように佐藤さんの腕をさすりながら言った。そして顔を近づけ、その視線を追いながら、「私の名前は覚えてる？」と聞くと、佐藤さんは「沖さん。」と応えた。沖看護師は安堵したように頷いてから、「じゃあ、お名前言える？ ご自分の。」と聞くと、佐藤さんは、「佐藤ミツ子。」と応えた。沖看護師は、にっこりして「はい。」と言い、「ちょっとね、今日点滴入れます。じゃあ、あとで来ます。」と、静かに言って部屋を出た。

廊下に出ると、沖看護師は、「佐藤さんは肝硬変で。肝性脳症を繰り返していて。あの方、ここで一番長いんですよ。もう半月近くになりますね。転院とかいうと肝性脳症で長引いてって感じで。これで3回目かなあ。」と話し出した。研究者が、「そうなんですか。それで。あのおなかの腹水ですか。」と聞くと、沖看護師は「そうなんですよ。もう慢性的だから全然取れないんですよ。ここにも何回も入院してるんですけど、今はもうターミナルステージってところですかねえ。」と、声を落とした。

沖看護師が廊下を歩いていくと、一人の男性と行き会った。沖看護師が、「あ、リハビリの先生ですか。」と声をかけると、理学療法士の名札をつけたその男性が「はい。」と言い、立ち止まった。沖看護師が、「佐藤さんのリハビリなんですけど、ちょっと今日データが悪くて。なんか怖いから。」と言いかけると、理学療法士は、「あ、そう。」と相槌を打った。沖看護師が続けて、「ベッドサイドでできるようであればお願いしたいと思って。」と言うと、理学療法士は、「わかりました。」と言った。さらに沖看護師が、「連絡、どうしようかなと思ってたんですけど。」と笑顔で言うと、理学療法士も、「そうですか。じゃあ、ちょっとよかった。」と笑顔で言った。そして、「ええとじゃあ、時間がちょっと別の時間になりますけど、入れておきますね。」と言うので、沖看護師は、「すいません。で、何日か点滴が続くそうなんですけど。」と言った。理学療法士は、「ああ、じゃあその間、ベッドサ

イドでいいですよ。」と言うので、沖看護師は、「いいですか。」と確かめるように言った。理学療法士が続けて、「ええ。そういうことだったら。」と言うと、沖看護師は、「点滴、はずれ次第掲示板（電子カルテ上の連絡欄）に載せますので。」と、にこやかに言った。理学療法士は、「わかりました。」と言うと、どこかの部屋に向かって行った。

沖看護師は、検温の道具を乗せたワゴンを押して病室に向かった。そしてカーテンの中を覗きながら、「佐藤さん。」と声をかけた。佐藤さんは掛け物をかけずにベッドに横になっていた。沖看護師は、「血压とお熱測りますね。」と言い、ベッドサイドに入り込んだ。そして「おなか痛いとか、そういうのはない？ 大丈夫？」と聞くと、佐藤さんは、かすれた声で、「ない。」と応え、沖看護師がさらに、「気持ち悪いのはないですか。」と囁くように聞くと、佐藤さんは頷いた。沖看護師は、ベッドサイドにしゃがみ込んだ。そして、自動血压計のマンシェットを巻きながら、「体重測りに行った？ 朝、測った？」と、ゆっくりとした口調で聞くと、佐藤さんは、「測ってない。」と小さな声で応えた。沖看護師は、カフに加圧してから「じゃあ、血压測ったら体重測りに行きます？」と聞くと、佐藤さんは、「そうね。」と返事した。そして沖看護師が、「おなか、張る？」と聞くと、佐藤さんは、「張ってるかな。」と聞こえないような声で、腹部に手をやりながら応え、沖看護師が、「今日から点滴続くからね、点滴やるから。」と優しく言うと、佐藤さんは、「点滴やるの。」と、鸚鵡返しに聞き返した。沖看護師は、「そう。今日からやるって。」と、静かに応えてから、彼女の下肢に目をやり、「脚ってむくんできた？」と言って、その脚を手で触った。佐藤さんは毛糸の靴下を履いており、足首のゴム編み部分が脚にくい込んで痕になる程の浮腫があった。沖看護師は、その痕をさすりながら「くっきりだねえ。」と言ってから、顔を覗き込んで「かゆみはない？」と聞いた。佐藤さんは、「痒くはない。」と応えた。自動血压計の値が出たので、沖看護師は「95 の 55」と言い、そっとマンシェットをはずした。それから、「ちょっとごめんね。」と言うと、佐藤さんのパジャマの上着をめくりあげ、腹部を聴診した。そして、「おなかはまだ動いてる。ガスは出てるかな、この分だと。たまに出る？」と聞くと、佐藤さんは「はい。」と応えた。沖看護師が「はい。じゃあ。」と言って立ち上がり、血压計を片付けていると、佐藤さんは「スイカみたい。」と、自分の腹部を触りながら言った。

沖看護師が、「じゃあ、起きましょうか。」と言うと、佐藤さんはゆっくりとベッドに起き上がる動作を始めた。沖看護師は、サッと佐藤さんの肩に手を回すと、「はいじゃあ、起き上がって1、2の3」と声をかけ、佐藤さんをベッドに座らせた。そうして佐藤さんがベッドに端座位になったのを確かめると、沖看護師は、彼女の足元を見ながら、「足、上げられるかしら。」と言った。佐藤さんは、自力でベッドに腰掛けしているのだが、そのまま足を上げるには腹部が膨満しており、安定が悪かった。沖看護師は、佐藤さんの足を注意深く持ち上げ、運動靴を履かせながら「夜は寒くなってきました？」と話しかけると、彼女は

「うん、寒かったねえ。」と応えた。沖看護師は、「寒かったあ」と相槌してから、両足に靴を履かせ終わって、「はい。」と言い、ベッドの足元に置かれていた歩行器を引き寄せた。佐藤さんが歩行器につかまって立ち上がると、沖看護師は、「めまいとか、する？」と、顔を覗き込みながら聞いた。佐藤さんは、「しない。」と応え、沖看護師はその様子を見ながら、「フラツキも、しないね。」と、全身を眺めて確かめるように言った。そうして沖看護師が、体を支えながらゆっくりと廊下に出ると、佐藤さんは骨ばったか細い足でゆるゆると歩き始めた。かなりゆっくりとした歩調で体重計までの数メートルを移動すると、沖看護師は、「はい、じゃあこっちに。」と言い、佐藤さんを体重計の前に立ち止まらせた。佐藤さんは靴を履いたままだったので、「いいの？」と聞くと、沖看護師は、「仕方ないね。」と言い、そのまま体重計に乗るよう促した。値を見ながら沖看護師は、「42.1 (Kg)、はい。じゃあ、ここにつかまって。」と言うと、佐藤さんの手を取って再び歩行器につかまらせた。2人はまた、今来た廊下を病室に向かってゆっくりと歩き始めた。

佐藤さんが「廊下をね。」と、聞き取れないような声で言うので、沖看護師は、「ええ？」と耳を近づけて聞き入った。そこへ、先ほどの理学療法士が向こうからやってきた。そして、「(病室に) いないから、どこへいったかと思った。」と言うと、沖看護師は驚いたように、「ああ、ほんとですか。すいません。」と応えた。理学療法士も佐藤さんの歩行に同行して歩き出したところで、沖看護師が、「これから点滴入れるんですけど、その前に(機能訓練を) やってもらいましょうか。」と、佐藤さんに問いかけていると、理学療法士が横から「じゃあ、その前にやっちゃおうか。」と言うので、沖看護師は、「じゃあ、その前に。」と、今度は理学療法士に言った。病室に到着すると、沖看護師は、「はい。じゃあ、ゆっくりでいいからね。」と言いながら、佐藤さんがベッドに腰掛けるのを手伝った。佐藤さんは、細い脚が体重を支えきれないようで、ベッドにストンと腰を落とし込んだ。沖看護師は、歩行器をベッドの足元に片付けてから、「じゃあ、(医師に) 言っとこう。」と、独り言のように言った。それまで見ていた理学療法士が、「座った状態から始めましょう。」と言って佐藤さんの脇に立ち、場所を交替するかたちになると、沖看護師は、「はい、じゃあ、お願いします。」と言い、部屋を後にした。

ナースステーションに入ると、沖看護師は PHS で電話をかけた。「…あ、先生。佐藤さん、今リハビリ始まったんですけど、点滴その後にしていいですか…ええ、ええ。ちょっと、動きもよくないし。いえ、意識ははっきりしてるんですけど…ええ、動作が緩慢というか…ええ、お願いします。終わったらまた連絡します…はい。」

14 時になると、午後の情報交換のためのカンファレンスが始まった。沖看護師の番になると、「うちは、…(略)…佐藤ミツ子さんは、その一昨日前に採ったアンモニア値が 113 なのが、今日になって 263 まで跳ね上がり、今日から 4 日間だけアミノレバンを落とすことになってます。本人的には変わらないですけど。またいつ前と同じような感じになるか

わかんないので、とりあえずリハビリはこちらでもらって。PT ベッドサイドでもらってます。で、点滴をその後にしました。」と報告した…（略）…。

沖看護師は、パソコンに看護記録を入力した。「意識レベル清明だが、本日採血にてアンモニア 263（前回 2/4 アンモニア 113）と高値。本日より 4 日間アミノレバン開始となる。状態変化みられないが、本日のリハビリはベッドサイドにて実施していただく。PT 終了後に点滴開始 11：00」

② インタビュー記録

同行日当日は、日勤と準夜勤との交替時に緊急入院があり、勤務終了時のインタビューはできず、次に会えたのが 2 週間後であった。そこで、この日のフィールドノーツを沖看護師に読んでもらい、インタビューを行った。

「お読みいただいた感想やお考えについて、お聞かせください」と言うと、沖看護師は、「いやあ、なんかすごいですね。あの時の場面がすごい実況中継みたいで（笑い）。ああ、私こんなこと言ってたんだとか、こんなことやったんだって、リアルすぎてちょっと恥ずかしいですけど。でも面白かったです。」と話してくれた。そして「佐藤さんのアンモニア値についてのあの時のお考えを、覚えている限りで結構ですので、教えてください。あの日は何か予測があったんですか。」という質問に、「私、佐藤さんのプライマリなんで、結構気にはしてて。いつもデータはみてたんですけど、あの日は上がっちゃってたんですよ。」と応えた。そこで、「ああ、沖さんはプライマリだったんですか。」と言うと、沖看護師は、「でも、プライマリだからっていうか、佐藤さんは肝性脳症を繰り返してるんで。また（アンモニア値が）上がってなきゃいいとは思ってたんですけどね。」と言い、一度ことばを切ってから、「あの方、気の毒なんです。娘さんがいるんですけど、お嫁に行って。いつも来るあの方です。それで一人娘さんなんです。で、おうちに帰るっていうのも、帰るところがないっていうか、一人じゃあ生活できないし。それで、転院先を探してたところへ今回の（アンモニア値上昇）、ですから。」と続けた。

また、「リハビリをベッドサイドでもらおうと考えたのはどうしてですか？」と聞くと、「朝、先生から PT の指示が出てたんですよ。だけど、時間しか書いてなかったんです。訓練室という自分の目が届かないところで症状が出てしまっただけは、と思いました。病室であれば、病状がわかっているのですぐに対処できますが、訓練室では病棟ほどすぐに対処できないと思うので。」と応えた。続いて、「そうした判断について、もう少し詳しく教えてください。」と尋ねると、沖看護師は「佐藤さんの場合、アンモニアの値と肝性脳症の症状出現が一致することは少ないのですが、でも前にアンモニアがやっぱり 200 台に上がっちゃったことがあって。そのときもすぐにではなかったんですけど、ボーっとしてるっていうか、反応がなくなったことがあったんですよ。それもあって。あの日はアンモニアの値が急激に上昇していたので。だから、症状は出ていなくても、できるだけ安静に、

身体負荷を少なくしていただこうと思いました。でも、アンモニアの値が高値というだけで、リハビリができない状態ではなかったため、訓練室に行けないから今日は中止とするのではなく、ベッドサイドでできるのであれば、実施してもらいたいと思いました。」と応えた。「では、沖さんは、佐藤さんのリハビリを自分の目の届くところで実施してほしいと思って、病室でのリハビリを PT さんと調整したってことですか。」と確かめると、沖看護師は「そうですね。一昨日 113 だったのが、この日 263 だったのは、ちょっとこわかったですね。今回は 2 日の間に跳ね上がってるんで、ちょっとと思いました。」と言った。

「点滴の開始時間ですが、リハの後にしたのはどうしてですか」と尋ねると、沖看護師は「点滴はアミノレバンでしたが、あの時点では症状は出てなかったし。それにリハビリは短時間だったから、その後でいいと思ったんですよ。ちょっと動きも緩慢という感じでしたよね。で、あの方血管が脆いし、動いて漏れるのもやだになって。」と応えてから、訴えるように、「でね、聞いてくださいよ。あの後 3 日かな、4 日かな、してから急にまた、ボーっとしてておかしいねって言ってたら、昨日の準夜で下血しちゃって。それで夜中に血圧下がってって感じで、今日は FFP（新鮮凍結血漿）入れてるんですけどね。今はもう、ちょっと声かけしてもあんまり反応がないんですよ。下血も続いているし。」と続けた。

この日の佐藤さんの状態は、血圧 78/46、脈拍 112 回/分、呼吸数 28 回/分、体温 38.7 度、ジャパン・コーマ・スケール¹⁶Ⅱ-20 とのこと、個室へ移動して集中管理が行われていた。沖看護師は、この日も佐藤さんを担当していたのだが、「今回は、ちょっと（回復するのは）難しいかも。」と、声を落としていた。

（4）沖看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 沖看護師の臨床的自律性

a. 肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整

沖看護師は、朝の情報交換の場で、佐藤さんの肝性脳症の症状増悪に関与する血中アンモニア値が 2 日の間に 113 から 263 と 2 倍以上に上昇していること、医師よりアミノ酸代謝改善剤の点滴指示が出されたことを報告していた。沖看護師が連絡を取ってみると言っていたのは、PT, Physical Training 運動機能訓練の実施場所について、佐藤さんが訓練室に出向くのではなく病室で行うよう理学療法科と調整するためである。

そして沖看護師は後に、医師から PT の指示が出されたが、時間しか書かれていなかったと話している。患者の理学療法は、医師の指示により計画される。だがその具体的方法については、理学療法科が、それぞれの患者の実施順序および機能訓練プログラムにより計画する。佐藤さんのように医師の指示に時間しか書かれていない場合、理学療法科では、

¹⁶ ジャパン・コーマ・スケール Japan Coma Scale, JCS は、日本で使用される意識障害の深度（意識レベル）分類である。覚醒度により 3 段階に分け、それぞれにさらに 3 段階があることから、3・3・9 度方式とも呼ばれる。表記方法はローマ数字の大分類に続いて 3 桁以下の整数で小分類を表す。Ⅱ-20 は、大声で呼びかけたり強く揺るなどで開眼する。

患者が訓練室に出向いて実施する方法が通常の仕方とされている。そのため沖看護師は、佐藤さんの血中アンモニア値が2日の間に上昇したことから、肝性脳症症状の出現あるいは増悪の可能性を予測し、運動機能訓練を病室で行うと意思決定したのだ。

また沖看護師は、アンモニア値と肝性脳症の症状出現が一致することは少ないのだが、以前にもアンモニア値が200台に上がり、そのとき佐藤さんはボーっとして反応がなくなったことがあったとも述べている。このように沖看護師は、佐藤さんの病状経過については、看護ケアをとおして経験的に把握している。そこで、肝性脳症の症状発現が危惧されるため、できるだけ安静にして身体負荷を少なくと意図して、医師から時間のみ指定された理学療法士の指示について、病室から訓練室までの移動にかかる身体負荷を加えることを避け、そして万一症状が出現してもすぐに対処できる病室での実施を計画したのである。さらに、沖看護師は、アンモニア値が高値というだけで、リハビリができない状態ではなかったため、訓練室に行くことができないから今日は中止とするのではなく、できるのであればベッドサイドで実施してもらいたいと思ったと述べている。これは、佐藤さんの運動機能訓練の機会を損なわないようにすることもまた、同時に意図していたことを示している。ここには、医師から出された理学療法士の指示を忠実に実施するというのではなく、肝性脳症を患う佐藤さんにとって安全な状態で運動機能訓練を行えるように、そして万一症状が出現した場合にも備え、医師や看護師が早期に対処できる安全圏にその実施場所を置くよう配慮するという沖看護師の判断があった。

沖看護師は朝の挨拶の際、この日の運動機能訓練は病室で行うと佐藤さんに伝えていた。これは、看護師同士の情報交換直後の行為であり、これによれば、沖看護師はこの時点ですでに、この決定をしていたことがわかる。さらに沖看護師は、理学療法科との間で調整ができなければ、この日は運動機能訓練を中止とすることも意図していたのである。これは、佐藤さんの病状悪化を危惧する沖看護師の安全策と言えよう。このように沖看護師の意思決定は確固としていたのであり、それゆえ朝の挨拶の時点で、採血の値が悪かったという理由とともに佐藤さんに説明することができたのだろう。そして検査結果の説明を医師に委ねることなく看護師の判断によって行ったこと、また、運動機能訓練実施場所を病室とする説明を、理学療法科との調整結果を待たずに行ったところにもまた、沖看護師の臨床的自律性が発揮されている。

こうして沖看護師は、ちょうどI・B病棟に来合わせていた理学療法士と、佐藤さんの運動機能訓練実施場所について調整することとなった。この行為は、沖看護師が理学療法士と廊下で行き合ったその場での調整となったのだが、これは、ただ単に課された看護業務を淡々とこなしていくといった仕事の仕方、慣習的に業務を遂行するというあり方とは異なり、沖看護師が佐藤さんのケア計画を明確に意識化していたことによって可能となったのである。このように、肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定および理学療法士との調整という看護実践は、業務遂行上の慣習性を超えており、佐藤さんの病状

に合わせてその治療計画の安全性を確保するという沖看護師の意図的行為として、臨床的自律性が発揮されており、これは自律的看護実践と呼ぶことが出来る。

b. 症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整

沖看護師は、体重測定後の帰り道で、運動機能訓練の後で点滴を実施しようと佐藤さんに話していた。そして、病室に到着し、理学療法士が佐藤さんの機能訓練を始めると、沖看護師は「じゃあ、(医師に) 言っとこう。」と、独り言のように言っていた。

佐藤さんのこの日の点滴指示は、日中の時間帯というだけで、特に時間指定はなかった。そして一方では、10時10分開始の理学療法の指示も同時に出されていた。沖看護師は、後のインタビューで点滴をリハの後にした理由について応えている。これによると沖看護師は、点滴はアミノ酸代謝改善を目的としており、開始時点では症状は出ていない、また理学療法の所要時間は短時間である、そして佐藤さんの血管は脆いため運動により点滴漏れを避けたいと判断していた。こうした理由により、沖看護師は、運動機能訓練終了後に点滴を実施すると決定したのだ。これは、医師による明確な時間指定のない点滴指示に対して、患者の状況に合わせてその実施時間を適切なときに決定するという看護師の意思決定である。こうして沖看護師は、医師と点滴実施時間を調整した。このように患者の病状および行動に合わせ、その治療目的を理解した上で点滴実施の適切な時間を決定し、医師と調整するという実践は、業務遂行上の慣習性を超えた意図的行為として、沖看護師の臨床的自律性が発揮されている。そしてこれは、自律的看護実践ということができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 患者の病状理解に基づく肝性脳症症状悪化の経験的予測と継続的観察

<自律的看護実践の展開根拠：必要条件>

佐藤さんは、重症肝障害のため腸管におけるアンモニア産生が増加しているとともに、肝解毒機能の低下により血中アンモニア濃度が高度に増加している。沖看護師は、佐藤さんのこうした病状を理解しており、その検査値については、プライマリナースの自分はいつも気にかけており、データを見ていたと述べていた。この発言は、沖看護師が、佐藤さんの病状悪化の指標となる検査値を常に把握するよう努めていたことを示している。これは、患者を入院から退院まで受け持ち、その看護ケアに責任を持つ役割を与えられた責務とみることもできる。だが沖看護師は、沖さんはプライマリだったのかという質問に答えて、「でも、プライマリだからっていうか、佐藤さんは肝性脳症を繰り返してるんで。また上がってなきゃいいとは思ってた」と述べている。この発言には、私は佐藤さんが心配なのだという意味が込められていたように思われる。沖看護師は、与えられた役割としての責任感からというより、症状増悪を繰り返している佐藤さんの病状経過を把握してい

るからこそ、また検査値が悪化していないといいのだがと危惧したのであり、ここには危機感を伴う沖看護師の予測があったと考えられる。つまり沖看護師は、佐藤さんその人を気にかけ、彼女の病状経過の理解と看護ケアを通した経験的知識を動員した予測によって新旧の検査結果の比較を行いながら、継続的に観察し、判断していたのである。この経験的予測と継続的観察は、ここでの自律的看護実践が展開される根拠となっており、これは、沖看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

b. ケアマインドに溢れたプライマリナースだからこそその患者への思い入れ

＜看護実践の基盤にある看護師の基本姿勢：促進要因＞

朝の挨拶の際、沖看護師は、血液検査結果について言いにくそうに切り出した。佐藤さんは抑揚のない言い方で応えていたが、沖看護師は、ボーっとする症状はないか尋ねながら、いたわるように佐藤さんの腕をさすっていた。こうしたしぐさや関わりから、沖看護師が、佐藤さんの病状悪化を憂いており、その身を案じていることが伺える。これは、沖看護師が役割として以上に、深く心を傾けた佐藤さんへの思い入れがあることを示しており、彼女に個別の関心あるいは同情心を寄せているとみることができる。

佐藤さんは、顔や人の目に触れる皮膚の色は土気色を呈しており、腹部は衣服の上からもそれと認められる程、腹水により大きく膨らんでいる。ベッド周囲にはアンモニア臭が立ち込めており、沖看護師の問いかけに、うつろな表情の佐藤さんは、浅い呼吸にかすれた小さな声でようやく応えていた。こうした状態の彼女の体重測定に付き添う際、沖看護師は、ベッドに起き上がる時には即座に佐藤さんの肩に手を回して介助し、その足に靴を履かせ、彼女が歩行器につかまって立ち上がると体を支えながら歩き始めた。これは、肝性脳症の病状とその程度から判断して、看護師が当然計画すべき援助行為ともいえる。しかし一方で、著明な腹水貯留があり、呼吸も浅く、問いかけにようやく応答している佐藤さんの身体的辛さや体力の無さを、沖看護師が理解しており、思い遣っているゆえに、自然とその手が出たと見ることでもある。

そして体重計の前では、靴を履いた佐藤さんが「いいの？」と聞いていた。これは、I・B病棟では体重計に土足で乗らないという決まりがあることを佐藤さんが知っているため、沖看護師の指示がないことから質問したのだ。しかし沖看護師は、彼女が土足のまま体重計に乗ることを容認した。これは、些細な身体動作でも佐藤さんには決して楽ではないことを理解しているゆえに、沖看護師が咄嗟に配慮し、病室からの歩行に加えてさらに立位のまま靴を着脱する労作を省くという決定をしたのである。ここには、患者を思い遣るゆえに、意図して病棟の決まり事に背くという判断があり、沖看護師の臨床的自律性が発揮されていたといえる。

また、沖看護師は、佐藤さんの運動機能訓練終了後に点滴を実施するとした理由について、「あの方血管が脆いし、動いて漏れるのもやだなって。」と述べていた。これは、点滴

が漏れることによって、佐藤さんにさらなる身体的苦痛を与えることは、沖看護師が嫌なのだという意味である。すなわち、単に点滴漏れを避けるというだけでなく、佐藤さんに苦痛を与えたくないという沖看護師自身の思いが込められている。

加えて、沖看護師によると、佐藤さんは寛解期を迎え退院が可能となった際の療養先については、一人娘が嫁いでいることからそれを家族に求めることは難しいという。そのため、I 病院 B 病棟からの転院先は療養施設となり、他人に囲まれた生活を余儀なくされることとなる。これを沖看護師は気の毒だとしており、肝硬変の末期にある佐藤さんが人生の終焉のときを家族とともに過ごすことが難しい状況にあることに心を痛み、彼女の身上を思い遣っていることが伺える。

一方で、沖看護師は、どのような仕事をしたときに満足を感じるかという質問に、患者のために一生懸命考えてケアを行い、ありがとうと言われたときであると応えている。この発言によれば、沖看護師は、患者のために一生懸命考えて看護を実践することに満足を感じるのであり、これが沖看護師の看護実践の基本姿勢といえよう。このような看護実践の仕方は、課された看護業務を淡々と遂行するだけのあり方とは異なり、患者により一層の気持ちを傾ける姿勢、いわゆるケアマインドに溢れた姿勢となる。すなわち、看護師には患者への畏敬の念、親密感、共感、思い遣りなど深く心を傾ける思い入れの心情が沸き起こり、相互作用として、患者からは信頼や親密感を寄せられ、感謝される結果となり、患者からお礼のことばが述べられたとき、さらに看護師の中には達成感が生じることになる。こうして自然とその手を差し伸べるかたちで、沖看護師の佐藤さんへの思い入れが、そのやり取りの中に具体化されたのではないだろうか。またこのような沖看護師の姿勢ゆえに、看護学生があこがれる先輩とされ、沖さんのような看護師になりたいと人から言われ、患者に優しく看護学生にも親切であると評価されるのであろう。

沖看護師が検査結果を常に気かけ継続的に観察していた背景には、このようなケアマインドにより佐藤さんを我が受け持ち患者 **my patient** とする特段の思い入れがあったと考えることは不可能ではないだろう。このような沖看護師の、佐藤さんに思い入れた関わりの姿勢、患者のために一生懸命考える看護実践の仕方は、彼女の看護実践の基本姿勢といえる。そしてこれは、沖看護師の臨床的自律性をより一層高めることに寄与すると考えられ、臨床的自律性の発揮を促進する要因といえることができる。

c. 看護師が有する他職種との調整能力および患者ケア目標達成に向けた方策の意識化と即時的判断力 <自律的看護実践の駆動力:促進要因>

沖看護師は、朝の情報交換の場で理学療法士と連絡を取ると話しており、この段階では電話連絡あるいは電子カルテへの入力により理学療法科と連絡を取ることを想定していたと思われる。だが沖看護師は、たまたま廊下で行き会った理学療法士とその時その場で調整を始めている。ここに、沖看護師の他職種との調整の巧みさがあるように思われる。す

なわち、I・B病棟に來合わせていた理学療法士の姿をとらえ、相手の顔を見てやり取りできる機会として、出会ったその時を調整の場に仕上げてしまうやり方は、電話連絡あるいは電子カルテへの入力よりも、より円滑かつ効果的な調整を行うことが可能となる。

さらに、沖看護師は理学療法士に話す際、まず佐藤さんの病状を伝え、続いてベッドサイドで行うよう沖看護師の要望を述べている。患者が安全な状況で運動機能訓練を行うことは、理学療法士としても望むところであり、沖看護師の申し出は当然のこととして受け入れ可能であり、これは理学療法科の許容範囲に入る。このことは、沖看護師にとって明確に認識にのぼっていたわけではないように思われるが、相手の許容範囲を見越していることになり、そこでの調整を効果的に行う上で有効であったと考えられる。そして、この調整内容が相手の許容範囲にあるという点では、佐藤さんの点滴を運動機能訓練後に実施するよう医師と調整した場面においても同様であった。沖看護師は、医師に佐藤さんの運動機能訓練が始まったことを伝え、そして点滴をその後にしてよいかと切り出し、次に佐藤さんの状態を伝えている。沖看護師が医師に電話をかけた時点では、すでに運動機能訓練が始められており、医師としても当然その最中に点滴を実施することは避けようと判断するであろう。また、動作が緩慢な佐藤さんにとって、点滴の留置針や滴下チューブがその動作を規制し危険が伴うことが考えられ、これは医師としても避けたいことである。ここでも、沖看護師の申し出は医師に受け入れ可能だったのであり、その許容範囲に入っている。このように沖看護師が、他職種との間の調整内容が相手の許容範囲内に入るようにもっていくやり方は、ひとつの調整能力ということができる。

また沖看護師のように、たまたま見かけた理学療法士をうっかりやり過ごすことなく対応できるためには、患者の病状経過や計画されている治療内容などの全体がそれぞれ別々にではなく統合的に掌握されており、患者ケアの目標達成のための方策が看護師の中で常に意識化されていること、そしてそのために看護師がなすべきことを即時的に判断する力が必要であり、沖看護師にはそれが実現されていたと見ることができる。この意味で、沖看護師が有するタイムリーに調整の場を設けそこで話しを決めていく調整力、他職種との間でその内容が相手の許容範囲内に入るようにもっていく調整力、および患者ケア目標達成に向けた方策の意識化と即時的判断力は、ここでの自律的看護実践の駆動力となっていた。そしてこれは、臨床的自律性が発揮されることを促進する要因ということができる。

c. ‘患者にとってこうするほうがよい’と確信する看護ケアを実行可能にする看護師
の中の自信

＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞

沖看護師は、朝の情報交換の時点で、佐藤さんの運動機能訓練を病室で行う意思決定をしており、理学療法科との間でこの調整ができなければ、この日は中止とすることも意図していた。血液検査結果に示された佐藤さんの病状を危惧する安全策として、沖看護師の意思決定は確固としていたのであった。それゆえ、佐藤さんにそうした説明をすることが

できた。そしてその説明を医師に委ねることなく、沖看護師は自身の判断によって行っていた。沖看護師は、佐藤さんの状況を継続的に把握しており、佐藤さんもまた沖看護師の名前を明確に言える程に両者の関係が築かれていると思われる。沖看護師には、佐藤さんを我が受け持ち患者として思い入れる一方で、佐藤さんから担当看護師として信頼されているという自負があったのではないだろうか。

また、沖看護師は、理学療法科との調整結果を待たずに、佐藤さんに運動機能訓練実施の場所を病室とする説明を行っていた。そして、点滴実施についても、すでに運動機能訓練が始まってから医師と調整をしていた。これは、佐藤さんにとって、運動機能訓練実施の場所は病室とするほうがよい、点滴は運動機能訓練後に実施するほうがよいとする沖看護師の確信があったからこそ、実行できたことであろう。看護師は、患者への看護ケアについて、こうすることがこの患者にとって良いと判断し実行に移すのだが、その場合、あるリスクを伴うことについて、あるいは他者からの意見に影響され、その実行に際して躊躇することがある。また反対に、人が何と言おうとこれは患者にとって良いのだとする根拠や自信を持っている場合、看護師はそうした看護ケアを躊躇することなく実行することができると思う。

沖看護師は、看護師経験5年を有し、リーダー役割を取って2年目、I・B病棟リーダー層の中核に位置しており、この中核グループは看護師長からの信頼も厚い。後輩看護師たちに優しく指導、助言している姿がよく見られ、沖看護師を慕ってこのI・B病棟勤務を希望する新人看護師もいるという。また、看護師長からは看護学生があこがれる先輩と評価されている。このように、同僚や看護管理者から信頼され、肯定的評価を受けることは、一方でその個人が自信を抱くことに繋がると考えられる。このように、沖看護師には、病棟看護師たちからの信頼やI・B病棟における看護実践経験にも裏打ちされ、受け持ち患者佐藤さんから信頼されているとする自負を抱き、‘患者にとってこうするほうがよい’と確信する看護ケアを実行に移せる自信があったと考えられる。こうした沖看護師の中の自信は、ここでの自律的看護実践が行われるための推進力となっており、臨床的自律性発揮を促進する要因となっていた。

③ 沖看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－重症肝障害患者への危険回避による安全・安楽の確保－

この日午後の沖看護師の看護記録によれば、佐藤さんは、意識レベル清明であり、状態に変化はみられないとのことであった。つまりこの時点では、肝性脳症症状は出現してはいない。また沖看護師が医師と調整し、運動機能訓練終了後に点滴を実施した結果、それは無事に終了し、佐藤さんの血管に点滴もれが発生することはなかった。

こうした沖看護師の自律的看護実践の積極的な意味は、重症肝障害のある佐藤さんにとって、病室で理学療法の運動機能訓練を行うことにより身体的負荷を最小限にとどめるこ

ととなり、かつ肝性脳症症状出現に対する対処に備えることができたことである。そして身体を動かす運動機能訓練終了後に点滴を施行したことにより、血管から薬液が漏れることなく順調な静脈内注射が可能となったことである。すなわち、運動機能訓練実施場所の理学療法科との調整は、佐藤さんの症状増悪や身体的負荷という危険を回避し、その安全を確保することに繋がった。また、点滴実施時期の医師との調整は、静脈内留置針の逸脱や血管外への薬液漏れという危険を回避してその安全を、そして静脈内留置針の刺し直しという患者に苦痛を与える侵襲を回避してその安楽を確保したことになり、佐藤さんの安全・安楽にとって効果的であった。この意味で、沖看護師の自律的看護実践は、患者にとっての不利益を回避することに貢献したといえることができる。

(5) 研究参加者の沖看護師の意見・感想

‘沖看護師と佐藤さんとの関わり合い場面の記述’および‘沖看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の沖看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「すごい。すごいですよね。いやあ、こんな論文になるんですね。いやあ、もう何も言うことないですよ。ええ。でも、この人思い出しました。ね、亡くなっちゃったんですよね、すぐにね。」と言った。そこで研究者が、「ええ、準夜で FFP がっしておっしゃってましたよね」と応えると、沖氏は、「ええ、ええ。はい、そうでしたね。私が看とったんじゃないかな。」と言い、「解釈についてご意見を伺えればと思うんですが」と尋ねると、沖氏は再び記述を見なおしてから、「いやあ、でも、これ一緒にやったんですよね。っていうか、書いてもらって前にも見せてもらったんですよね。一回話したんですよね。それで多分、こういうふうになったんじゃないかなって。ねえ、でもこんなことがあったんだなって思い出しますよねえ。こんなことやってたなあって。」と話してくれた。「では、それぞれの解釈にはご納得いただけますか」と尋ねると、「ええ、もう。何も言うことないです。」と応えた。そして最後に、「ありがとうございました、こんなに格好よく書いてもらって。」と加えた。

3) 島内看護師と患者今村さんとの関わり合い

島内看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、担当した患者数は延べ 14 名であった。そのうち、島内看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

島内看護師は、20 歳代半ば過ぎの女性、地方自治体が設置する看護大学を卒業後、同系列の I 病院に就職し、特に希望したわけではなく B 病棟に配属された。島内看護師は、I・B 病棟で 5 年目を向かえリーダー歴は 2 年目となり、他の病棟での勤務経験はない。

病棟看護師長によると、「ここは多科混合病棟なので、仕事は煩雑で忙しくて大変。なんたって 10 数科も入ってるのよ。だから他の病棟に比べると一番時間外（超過勤務）が多いの。島内はそんな中で育ったから、力がついてると思う。5 年目だけど、他の部署の 5 年生よりはしっかりしてるわね。いろんなことに気がつくのね。だからときどきストレスフルになっちゃうときもあるけど。」とのことである。また看護師メンバーについて、「ここは、年輩の看護師が多いけど、島内が I・B 病棟のリーダー的存在で、この子の仲間たちグループが病棟を引っ張ってるのね。先輩たちはちょっとやる気がなくて。」と話している。

島内看護師は、「ここの仕事しか知らないけど、ここは自分が育ったところだから好きですね。おばさんたち（数人いる 40 歳以上の年輩看護師たち）はちょっと問題あるけど、仲間がいいからやってけるんです。でも、医者だめ。こっちから言わないとやってくれない。それがここのやりにくいところかな。まあでも、毎日患者さんと接するのは楽しいですよ。」と話している。そして「どんなお仕事をしたときに満足感が持てますか」という質問に、「ここじゃあ、満足感なんて持てないかも。忙し過ぎるし、なんたって仕事が煩雑でしょう。うーん、難しいなあ。」と困ったように応えたが、少し考えてから、「ああ、でも、忙しいけどやっぱりみんなと一緒に仕事終わらせて、なんとか終わったねって言って、ワアワアやってるときは楽しいですね。」と応えた。

(2) 今村さんのプロフィール

今村さんは 60 歳代の男性、白髪に小太りの体型で、強面の表情を見せており、土建屋の棟梁といった風格を示している。今村さんは、胆管がんの診断名で I・B 病棟に入院している。がんが腹腔内に転移しており、経皮経肝胆管ドレナージ percutaneous transhepatic cholangio - drainage PTCD¹⁷ を行う中、発熱が続いており、胆汁性腹膜炎が疑われている。黄疸が著明であるが、日常生活行動はほぼ自立している。がん性疼痛に対して鎮痛剤

¹⁷ 胆石や腫瘍などで胆道がつまり、胆汁が排出されなくなった場合に、皮膚から瘻孔をあけ、直接肝内胆管にチューブを挿入し、胆汁を体外に排出する。

座薬が処方されており、疼痛の程度に合わせて今村さんが自分で挿入している。

看護師たちによれば、今村さんは気難しく、自分の思いどおりにならないと怒鳴ったり看護師に罵声を浴びせたりするという。医師にも言いたいことをはっきりと述べ、声を荒げていることもしばしば目にする。そして、入院中の治療計画にかかわらず、好きな時に病院建物の外部に設けられた喫煙所にタバコを吸いに行くので、今村さんが日中病室にいることはむしろ少ない。そのような今村さんを、看護師たちの多くが敬遠しており、彼の喫煙については仕方がないとして黙認している。そのため看護師たちが今村さんに積極的に関わろうとすることは少ないのだが、なかには「タバコに行くなら、短時間にしてくださいね。」などといった発言により、今村さんに怒鳴られた看護師が数人いるという。

(3) 島内看護師と今村さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

夜勤看護師が、日勤全体に向けた報告の中で、「…(略)…今村さんは、昨日準夜で 38.6 度まで上がっていますが、今朝は 36 度台、深夜は落ち着いています。タバコに行くんで、短時間でってことは言ってます。」と報告した。

8 時半を少し回ると、B モジュールの始業時ミーティングが始まった…(略)…。島内看護師は、「今村さんは、昨日ちょっとお熱出たみたいで。もしかしたら胆汁性の腹膜炎かって(電子カルテ所見欄に)書いてありましたけど。まあ、タバコ吸いに行ったりとかは変わらないみたいですね。」と報告した。

島内看護師は、男性の 6 人部屋に行った。入り口すぐのベッドでは、主治医の女性医師が仰臥している今村さんと話しをしていた。島内看護師は、二人の話しを邪魔しないようにベッドの足元の方に寄り、しゃがんでいる女性医師の頭越しにそっと点滴台に近づき、確認し始めた。そこでは女性医師が、「…結局この熱がコントロールできないわけですよ。…(略)…この週末の結果、土日で。」と、ことばを切りつつ、今村さんの機嫌を伺いながら話している。今村さんがイライラした口調で「じゃあ、蓋して」と言いかけると、女性医師は「ううん。蓋をしたというよりは、そこの部分の膿はもう引けなくなっちゃったからね…」と、ことばを選びながら言っていた。島内看護師は点滴速度を確認した後、今村さんには声をかけずに、足音を立てないようにそっと部屋を出てきた。

島内看護師は廊下に出ると小声で、「今村さんは胆管がんの方で、PTCD とかしてて。ちょっと、コンプライアンス¹⁸が非常に悪くて。タバコ吸いに行きたいだとか、怒鳴った

¹⁸ 医師から処方された薬剤を患者が指示どおりに服用するなど指示や指導されたことに従う行動がとれることをいう(志自岐他, 2006)。島内看護師はこの意味でこのことばを用いていたことを確認した。

りだとかしてねえ。今もああやってねえ、なんか、怒って先生に言ってますが。ストレスが強いのか、コンプライアンスが低いのか。」と説明してくれた。

9 時を少し回った頃、島内看護師は、先ほどの女性医師と廊下で行き会った。その医師は自分から話しかけてきて、「島内さん。今村さん、タバコ吸いたいわ。今、怒ってるの。」と言うと、島内看護師は「ねえ、なんで怒ってるの?」と聞いた。女性医師が、「検査しても結果が出ないんで。どっちにしても熱が下がってないから、なんで検査ばかりするの、みたいな感じで。」と応えると、島内看護師は、「あああ」と、会得したように声を発した。女性医師が、「あと、ちょっと下痢があるみたいで。出たらチェックしたいので、便培養をお願いします。」と言うと、島内看護師は「ああ、はい。」と返事をしてから、思い出したように、「なんかね、血液培養。もうね、数えたら 4 回くらい取ってるんだけど。」と言った。女性医師は、「すいません。かなりとってます。」と、申し訳なさそうに応えた。

女性医師が去った後、島内看護師は今村さんについて、「安静の必要なね、検査した日さえ、タバコ吸いに行けないと、すごい怒っちゃうんですよ。」と、訴えるような調子で言った。研究者が、「そうなんですか。」と言ってから、「転移してるんですか。」と聞くと、島内看護師は、「ええもう。すごい全身転移して。ほとんどもう、やりようがないと思いますけどね。」と言った。研究者が、「それで苛立ってるんですかね。」と聞くと、島内看護師は、「うん、なんか。」と、ことばを切ってから、「でも本人にはたぶん（病状について）、全部は言ってないので。本人は夜連日熱出るし、おなかは痛いし。そっちのほうじゃないかと思う。」と言った。少し間があってから、「本当はこういう病院じゃないほうがいいですよ。なんかもうちょっとね、ケアできるところのほうが。」と言いながら、島内看護師は、検温の道具を乗せたワゴンを押して歩き始めた。そして彼の部屋に着き、ベッドを覗いたのだが、今村さんは不在だった。島内看護師は、「あとどれくらい行ってるんだろうか。」と、つぶやくように言って部屋を後にした。

時計は午前 11 時少し前を指していた。島内看護師は、自分の受け持ち患者の検温をほぼ終わらせており、今村さんを残すだけとなっていた。「ちょっと行ってこようかしら。」とつぶやくと、モジュールリーダーや日勤責任者の看護師に「ちょっと出かけてきます。」と言った後、島内看護師はエレベータホールに向かった。

島内看護師は、エレベータを 1 階で降りると、救急車が車を寄せる駐車場に向かった。駐車場の一角には屋根のあるビニール幕で仕切られた簡易喫煙所が設けられている。そこでは、パジャマ姿の患者や私服の人が数人座ってタバコを吸っていた。

島内看護師は、ビニール幕越しに今村さんの姿を目でとらえると、「あ、あそこに。」と言ってから、「人一倍黄色い。」とつぶやきながら喫煙所に近づいていった。そして、喫煙所の一番奥に座っていた人物に、「今村さん。」と声をかけた。名前を呼ばれたその人は、

顔色が黄土色で肩からバスタオルを羽織っており、どこか遠くを眺めるような目で前方を見ていたが、島内看護師の声がすると、こちらに顔を向けた。島内看護師は今村さんの前まで進み、腰をかがめて、「ちょっとね、抗生剤そろそろつなぎたいんですけど。」と、穏やかな口調で言った。今村さんは首を傾けて、「え、なんですか？」と聞き直したので、島内看護師は、もう一度ゆっくりとした口調で、声をやや大きくして、「抗生剤をね、そろそろつなぎたいからね、お部屋に行ってほしいんですけど。」と言った。すると今村さんは、「じゃあ、戻るか。」と言い、タバコの灰を灰皿に落とした。

島内看護師は、「そうですね。ちょっとごめんなさい。」と言いながら、今村さんの横にある点滴台に近づいた。そして、「ここで点滴だけ合わせていいですか？」と言い、点滴速度を調節した。今村さんは、それには応えず、腰掛けているベンチにおいたペットボトルを手にとると戻る準備を始めた。島内看護師が、「じゃあ、上でお待ちしていますので。」と言うと、今村さんは「え？」と、耳に手を当てて聞き返した。どうやら難聴のようだ。島内看護師がもう一度、「お待ちしておりますので。」と言うと、今村さんは、「病室で？」と聞き返した。島内看護師はにっこりとして、「ええ、病室でお待ちしておりますわ。お気をつけて戻られてくださいね。」と穏やかに言うと、今村さんを待たずに喫煙室を後にした。

病棟に戻る途中、島内看護師は、「すごいなんか、また黄色くなっちゃって。」と言ってから、しみじみとした口調で、「なんか、辛いんでしょうね、彼も。なんかボーっとしちゃって。」と言いながら、エレベータに乗り込んだ。研究者が、「穏やかでしたね。」と言うと、島内看護師は、「うん。ねえ。」と大げさに相槌してから、「なんかたぶん嫌でしょうね。一緒になって帰るの。」と言った。研究者が、「ああ。じゃあ、今は意図的に先に来ちゃったんですか？」と聞くと、島内看護師は、「ええ。気にしてないよ的な、パフォーマンスというか。」と言い、クスッと笑ってから、「彼、ちょっと難しいんで。こっちも気を遣いますよね。」と応えた。研究者が、「どんなところに、ですか？」と聞くと、島内看護師は、「うーん。なんていうんだろう。怒らせないようにっていうか、機嫌を損ねないようにっていうか。ほら、彼すぐに怒鳴るっていうじゃないですか。」と言っているうちに、エレベータのドアが開いた。少し歩いてから、島内看護師は声の調子を落として、「あと、それもあるけど、病気が病気だし。なんかね、辛いんだろうなって。」と、静かに言った。

11 時を少し回った頃、今村さんは自分のベッドに戻っていた。島内看護師は、「今村さん、お待たせしました。」と言いながら、カーテンの中に入って行った。そして、「お熱と血圧測らせてくださいね。」と言い、ベッドサイドにワゴンを引き入れた。島内看護師はベッドサイドに腰をかがめて、「今村さん、ごめんなさいね。ちょっとご挨拶遅れて。今日担当する島内と申します。」と言うと、今村さんはベッドに仰臥したまま、頸でうなずいた。

島内看護師が血圧計を取り出すと、左前腕に点滴をしている今村さんは、「血圧こっち。」と言い、右腕を差し出した。島内看護師は、「こっちですね、はい。」と言い、その腕にマ

ンシエットを丁寧に巻きながら、「今村さん、痛みどうですか？ 痛いの？ まだ。」と聞くと、今村さんは顔を上に向けたまま、「時々ね。」と、かすれた声で応えた。そして今度はおもむろに、「あのう、9時半にさ。」と言い、島内看護師の方に顔を向けたので、島内看護師は「ええ、ええ。」と、手を止めて耳を傾けた。今村さんが続けて、「例の、座薬。」と言うと、島内看護師は、「うんうん」と相槌しながら、身を乗り出すような格好になった。今村さんは、「2度目ね、入れたんだけど。」と言い、島内看護師は、「ええ、ええ。」と、マンシエットに手を置いたまま、合いの手を入れた。今村さんが、「あのう、水便で。ここまで間に合わないから。1階の、トイレ。」と、ことばを切りながら言うと、島内看護師は、真剣な眼差しを向けながら、「うんうん。」と相槌した。今村さんが、「あすこで出しちゃったよ。」と言うと、島内看護師は、「ん、ん。」と顔で頷いてから、「2回目も出ちゃった？」と聞いた。今村さんは、「2回目も出しちゃった。」と応えてから、残念そうに、「もったいねえなあ。」と続けた。島内看護師は、「今村さん、そしたら痛み止め、ちょっと点滴にしてもらいましょうか。」と言って、顔を覗き込んだ。すると、今村さんは即座に、「うん。」と、島内看護師の顔を見ながら返事した。島内看護師は、「ねえ、もったいないないですもんねえ。せっかくそうやって（座薬を入れて）もねえ。」と言うと、今村さんは柔和な笑顔になって、嬉しそうに、「うふふふふ」と笑ってから、またしみじみと、「もったいねえなあ。」と言った。そして、島内看護師が、「今村さん、じゃあ今ずっと下痢ってことですね？」と、その顔をまっすぐ見つめ、確かめるように聞くと、今村さんは顔を上に向けながら、「そうだねえ。」と応えた…（略）…。

今村さんが、「そのねえ。9時40分だよ。」と言うので、島内看護師は、「あ、9時40分。はい。」と、まじめな顔になって聴き入った。そして、「流れちゃうとね。ちょっとね。」と続けると、今村さんは、「もったいねえよねえ。」と後を続けた。島内看護師も「もったいない。」と繰り返していると、自動血圧計の値が出たので、「血圧、102の60ですね。」と言った。そしてマンシエットをはずすと、今村さんが、開放された右腕で体温計を差し出したので、島内看護師がそれを受け取って、「お熱大丈夫でした。36度3分。」と言うと、今村さんは、「うん。それくらいだと楽なんだよね。37度8分だとかさあ、37度5分なんていわれるともう、あれで。うわうわうわって（胸に込み上げてくるような様子を手で示しながら）。あはははは」と、大声をあげて愉快そうに笑った。島内看護師は、「辛いですよねえ。」とことばを継いで応え、そして「今は、おなかどうですか、少し痛いんです？」と聞くと、今村さんは、「大丈夫。」と穏やかな表情で言った。島内看護師は、「じゃあ、お通じ。もう1日5、6回いってるのかしら？」と聞くと、今村さんは、「やあ、もっと行ってるよ。」と言った。島内看護師が、「じゃあ、2回目（の座薬）も流れちゃったってことですね？」と聞くと、今村さんは、「もったいねえよねえ。」と、力を入れて言ったので、島内看護師も、「もったいないわねえ、ちょっと。」と合わせるように繰り返した…（略）…。

島内看護師は、接続チューブに抗生剤点滴を接続してから、「はい。じゃあ、今村さん。

またお伺いしますので。」と言った。すると、ベッドの上に胡坐をかいていた今村さんが、「あのさ、看護師さん。」と改まったように言ったので、島内看護師は、「はい。」と言ってその顔を覗き込んだ。今村さんが、「あのう、点滴。混ぜてくれるの？」と聞くと、島内看護師は、再びベッドサイドに腰をかがめた。そして、…（略）…「だから、あの。下痢が落ちついたら、また座薬でいいと思うんですけど。とりあえず点滴にしてもらいましょうか。」と言うと、今村さんは静かな調子で、「わかりました。」と応えた。島内看護師は、「はい。」と相槌してから立ち上がって、「じゃ、ちょっとまた、後でお伺いしますね。」と言うと、今村さんは、「お世話になりました。」と言い、深々とお辞儀した。

廊下に出てから、研究者が「ずいぶんと穏やかでしたね。」と言うと、島内看護師は、「タバコ吸ったから。ゆうゆうタバコ吸ったからね。欲求が満たされると落ち着くらしいですね。うふふ。」と、冗談っぽく言って笑った。そして、ステーションに向かいながら、「ボルタレン¹⁹却下。」と言って PHS を取り出すと、島内看護師は、「…先生。今村さん、ボルタレンを点滴にしてもらってもいいです？ 下痢でねえ、出ちゃうんですよ。…なんかねえ、たぶん数時間。あのう、数分以内には行きそうな感じ。…うん。あ、はい…はい、すいません。」と、医師とやり取りしていた。

14 時を少し回った頃、島内看護師は、「今村さん。ちょっと点滴だけ合わせますねえ。」と言いながら、ベッドに近づいて行った。昼休憩から出た 13 時半頃、島内看護師は、今村さんに出された指示を電子カルテで確認し、ロピオン²⁰の点滴を接続したのだった。

島内看護師が点滴速度を調整していると、今村さんが研究者のほうをみて、「あなた、おめでとう。」と言った。研究者が、「はい？ 何でしょう。」と聞き返すと、今村さんは、「おめでとうございます。」と言うので、もう一度「なにが、ですか？」と聞くと、今村さんは、「一流の看護師さんに、なれるよ。」と言った。研究者が、「どうしてですか？」と聞くと、今村さんは、「目指しなさい。」と、にこやかに言うので、研究者は、「はい。ありがとうございます。」と頭を下げた。すると、島内看護師が振り向いて、「何で一流になれるの？」と聞いた。今村さんが、「うん。努力して。」と言うと、島内看護師はよくわからない様子で、「努力？」と言いかけたが、今村さんはことばを遮るように、「そう。君みたく。」と言った。島内看護師が、「あははは。」と声を出して笑ってから、「なんでしょうねえ。どうしちゃったんだろう、今日は。」と照れたように言うと、今村さんも笑いながら、「あははは。

¹⁹ ボルタレン座薬は、ジクロフェナクナトリウムとして通常 1 回 25～50mg を 1 日 1～2 回、直腸内に挿入する。炎症や発熱を引き起こすプロスタグランジン(PG)の合成酵素「シクロオキシゲナーゼ (COX)」を阻害する。

健康成人にボルタレンサボ 25mg 及び 50mg を朝食 1 時間後に単回直腸投与した場合 35℃で融解し、平均血漿中濃度は 1.3 時間がピークとなり、3～4 時間の間に下降（高久他, 2011）。

²⁰ ロピオンは、鎮痛効果の発現が速やかで、持続的な作用をもつ唯一の静注用非ステロイド性鎮痛剤。癌性疼痛、術後疼痛に対して優れた鎮痛効果を発揮。フルルビプロフェンアキセチルとして 1 回 50mg をできるだけゆっくり静脈内注射する。発痛物質のプロスタグランジン生合成を強力に阻害する（高久他, 2011）。

先輩に見習ってねえ。」と言い、もう一度研究者の方を向いて「なれるよ。目指しなさい。」と言った。島内看護師は点滴調整を終って、「はい、今村さん。また来ますね。」と言うと、今村さんは、「はい。どうもありがと。」と、とても機嫌よさそうに笑顔で応えた。

島内看護師が、もう一度確かめるように、「大丈夫ですか？ 痛いの。」と聞くと、今村さんは、「うん。大丈夫よ。」と、事も無さげに言い、「あれだよ。おかげさんで。」と、ニヤニヤして続けた。島内看護師が、「あああ、おかげさん。はい。あれねえ。」と、納得したように言うと、今村さんは、「あははは。」と、大きな声をあげて愉快そうに笑った。島内看護師も一緒に笑って、「ああ、あの煙のお薬ね。」と言ってから、おどけて、「なんたつてもう。」と呆れた口ぶりで言うと、今村さんは、指を 2 本口に当ててタバコを吸うしぐさをしながら、「そうなのよ。ほんとになあ、しょうがねえよ。あははは。」と言って笑った。島内看護師も笑いながら、「はい、じゃあまた伺います。」と言って部屋を出た。

14 時 30 分になると、モジュールカンファレンスが始まった。最初に島内看護師が話し始めた。「今村さんは、今日は解熱してますねえ。」と、弾んだ声で言うと、リーダー看護師が、「はい。」と相槌した。島内看護師が、「また夜になったら上がるかもしれないけど。あと、下痢してて。疼痛時とか発熱時とか、ボルタレンだったので、ロピオンに替えてもらいました。なので点滴でいってもらって。で、下痢頻回で。それから、もう血液培養は 4 回取ったので、指示あるまで取らなくていいってことで。」と言うと、リーダー看護師は、「ああ、よかったねえ。」と言った。島内看護師は、「でもなんか。本人ちょっと、ストレスみたいになっちゃって。」と続けると、リーダー看護師が、「うん。」と困ったような口調になって相槌し、島内看護師は、「この間ほら。チューブ、PTCD とかやったのに、熱も下がらないしって。なのでまた、明日 MRCT とかやって。どこが胆汁つまってるか見るみたいです。」と言った。そして、「でもねえ。今日、看護師にはご機嫌いいですよ。すごく。」と嬉しそうに言い、「ねっ。」と、同意を求めるように研究者に顔を向けた後、「まあ、好きにタバコ吸いに行けてるのもあるんですけどねえ。」と、明るい口調で続けた。

② インタビュー記録

「今村さんの座薬を点滴にしようと思ったのはどうしてですか」と尋ねると、島内看護師は、「あのとき話し聞いていたら、どうやらと思ったんでね。だって、9 時半に座薬入れて 9 時 40 分にはもう水様便で出ちゃってるって言ってたから。こりゃあもう（座薬は効いていない）、って。」と応えた。そして、「看護記録には下痢の記載はなかったんですか」と聞くと、「ええ。無かったですね。私も朝、ほらあの時、先生から聞いて知ったんですよ。」と応えた。研究者が、「ところで、あの時先生も、今村さんの下痢については聞いていらっしやったんですよええ」と言うと、島内看護師は、「あははは。そうだよええ。でも、あの時は今村さんに怒られてたから、しょうがなかったんじゃない。それどころじゃないって

いうか。」と笑って言った。また、「先生にも怒って話しをするんですか」という質問に、島内看護師は、「ええ。もう誰彼かまわず怒鳴るっていう話ですよ。」と言うので、「島内さんは、いつもあんなに穏やかに話ができるんですか」と尋ねると、島内看護師は、「私は（受け持ちは）今日初めてだったんですけど。まあ、タバコ吸って気分がよかったんじゃないですか。」と言った。研究者が「私には、島内さんの関わり方によって、だったのではないかと思えたんですけど。」と言うと、島内看護師は、「そうですかねえ。」と、照れくさそうに笑って言ってから、「ああ。でも、私的にも気は遣いましたね。」と、まじめな顔になって言った。そこで、「具体的に教えていただけますか」と聞くと、島内看護師は、「うん。あの人、何か言うとすぐに怒鳴るっていうのは、みんな（看護師たち）の情報で知ってましたから。その辺で、怒らせないように。言い方に気をつけながらかな。タバコのこととは否定しませんでした、怒るから。でも、今日は話してるうちに、結構、機嫌いいなって思いながら。こっちもちょっとほっとしたというか。」と話してくれた。

「午後の点滴を合わせに行った時のことですけど、あそこでのやり取りについてはどう思いましたか」という質問に、島内看護師は、「ああ、ねえ。全くって感じだけど。やっぱ、ゆうゆうタバコ吸ったから。機嫌はよかったですよね。」と応え、研究者が「午後に痛みがあまりなかったのは、ロピオンが効いていたんでしょうか？」と聞くと、島内看護師は、「ロピオンは比較的速く効くんですけど。あの時は13時半ちょっと過ぎに点滴落として、3〜40分経ってましたよね。それ（ロピオンの効果）かなっても思ったけど。まあ、ご本人の言うとおりの、煙のお薬ってことで話を合わせたっていうか。」と応えた。「では、あの会話は意図的に？」と聞くと、島内看護師は、「っていうか、まあ、彼に話しを合わせたっていう感じですね。もちろんタバコが痛みに効くわけではないですけど。文句言われないうでタバコ吸いに行ってたのは、気分的にはよかったんだと思いますね。」と話してくれた。

「ところで、今村さんが私に『一流の看護師さんになれるよ』って言ったのは、島内さんのような『先輩に見習って』いるからということだと思ったんですけど。あの話し、どう思われましたか？」と聞くと、島内看護師は、「うーん。何と言うか。」と言ってから、照れたように、「ねえ。どうでしょうって感じですよ。」と、ことばに困ったようだった。しかしその表情から、島内看護師には今村さんの発言が快く受け取れたように思われた。この日の日勤の看護記録は、島内看護師により、「ロピオン点滴にて効果あり。疼痛緩和されているとのこと。機嫌よい。熱は36度台。」と記入されていた。

(4) 島内看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 島内看護師の臨床的自律性

- a. 気難しいがん患者から症状の訴えを引き出せたことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言

検温の際、今村さんは、水様性下痢が続いており、座薬を2度入れたと自ら話し出した。

今村さんはがんを患っており、島内看護師によれば、全身に転移しており、ほとんどやりようがない状態だという。そしてがん性疼痛に加えて発熱が続いているため、鎮痛解熱剤の座薬が処方されており、今村さんが自分で挿入している。しかしこの日の朝は、2度座薬を挿入したのだが、そのすべてが水様便とともに排出されてしまったという。島内看護師は、今村さんのこの発言を受けるとすぐに、痛み止めの座薬を点滴にしてもらいましょうかと言った。これについて島内看護師は、今村さんの発言から、9時半に挿入した座薬がその10分後には水様便により排出されてしまったと理解し、こうした状態では座薬は吸収されていないと確信したという。ここには、下痢が続いている今村さんにとって、座薬の効果は期待できないとする島内看護師の判断があった。

がん性疼痛や発熱に対する処方については、その薬剤および与薬方法の選択は、当然医師によって行われる。今村さんには、ボルタレンという鎮痛解熱剤が座薬として処方されていた。島内看護師は、座薬ではなく、その与薬方法を点滴による静脈内注射に変更することを考え、医師に電話連絡したのである。これは、治療効果が確実に得られ、患者の苦痛が緩和されることを目指した島内看護師の意思決定による医師への提言である。

一方、I・B病棟看護師によれば、今村さんは気難しく、自分の思いどおりにならないと看護師や医師に言いたいことをはっきりと述べ、好きな時にタバコを吸いに行くので、積極的に関わろうとする看護師は少ないという。こうした中、島内看護師も、彼はコンプライアンスが非常に悪いと言っていた。しかし、今村さんと接するときには、島内看護師は皮肉や苦言を述べることなく、むしろ穏やかに関わっていた。島内看護師は、一方で「病気が病気だし…辛いんだろうな」とも言っており、がんを患う今村さんの苦悩を思い遣っていることが伺われる。島内看護師は、こうした思いから、タバコを吸いに行ったり怒鳴ったりする今村さんを、ストレスが強いとして、その心中を理解しようとしていたようだ。このような島内看護師の姿勢によって、今村さんは、彼女に警戒心や敵対心を持つことなく、むしろ現在彼が気になっている病状について話そうという気持ちになり、自ら話し出したのではないだろうか。今村さんの下痢持続については、主治医から聞いたとはいえ、それまでの看護記録には記載がなく、島内看護師がこのとき彼自身から直接引き出したことになる。島内看護師は、皮肉や苦言を述べるだけの関係性を超えて、がんを患う今村さんの苦悩を思い遣り、その行動の意味を理解しようとして関わっていたのである。それゆえ島内看護師は、現在の病状について話してくれた今村さんの思いに応えたいとして、与薬方法の変更をその場で考えることができたのだ。そしてこの関わりは、今村さんを敬遠し、積極的に関わろうとしないことが、むしろそこでは標準的となっているI・B病棟の看護実践を超えた行為ということができる。

このように、気難しいとされる今村さんの苦痛な心中を理解しようとして関わり、下痢持続の訴えを引き出せたこと、そして、鎮痛解熱薬剤与薬方法を座薬から点滴静脈注射に変更する意思決定を行い、医師に提言する行為には、島内看護師の臨床的自律性が発揮さ

れており、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

- a. 患者の発言の意味を的確にとらえられる応答性と看護独自の視点から医学的治療の効果を考え併せる判断力 <自律的看護実践の展開根拠：必要条件>

今村さんが、もったいないと言うと、島内看護師は、鎮痛解熱剤を点滴にしようと即答していた。こうした応答ができたのは、今村さんの発言の内側にある真の思い、つまり“座薬は効いてはいないよ”という彼が言わんとする本質を的確にとらえることができたためではないだろうか。また、今村さんの水便という発言の意味を、単に便の性状としてだけ受け取るのではなく、島内看護師は、直腸粘膜機能が変調をきたしているにとらえたのである。それゆえ粘膜吸収により発現する座薬効果と関連づけ、下痢症状のある現在、今村さんに鎮痛解熱効果は得られていないという判断に至ったのである。

一方、医師の視点はこれとは異なり、主治医は、今村さんの下痢症状に対して便培養検査を指示していた。これによるならば、患者が下痢をしていると聞いて、医師の視点は、その原因追究の手段として細菌学的検査を計画することに向けられている。

島内看護師は、今村さんの下痢症状の意味を直腸粘膜機能の変調にとらえ、座薬の効果発現へと思考が及んだのである。これは、医師とは異なる看護師の視点であり、患者の諸機能の具体的詳細に目を向け、個別の生活状況を把握しつつ、医学的治療の効果を判断・考察するという看護の専門性であり、看護独自の視点ということができる。

このように島内看護師が、今村さんの発言の意味を的確にとらえられる応答性、そして下痢症状と座薬について医学治療の効果を考え併せる看護独自の視点からの判断力は、ここでの自律的看護実践が成立するための根拠となっていた。そしてこの展開根拠は、島内看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

- b. 患者の非効果的保健行動²¹（喫煙行動）に否定性を見せない態度で接する関わり、
‘関わりのスキル’ <自律的看護実践の展開方法：必要条件>

同じ病棟に勤務する看護師たちは、看護記録や日々のカンファレンス、看護師同士の話しの中から、その患者を直接受け持つか否かにかかわらず情報を共有している。特に今村さんのように入院加療中の喫煙や、そのために病棟を長時間離れるといった非効果的保健行動をとり、またそうした行動を注意されると怒鳴ったりする患者は猶のこと、その情報は詳細に病棟看護師たちの間で共有され、印象を強めることとなる。そしてそのような患者は、問題患者と認識され、敬遠されることがある。この日も夜勤看護師が、今村さんに、タバコを吸いに行くのなら短時間でと伝えたと報告していた。これは、今村さんが医療者

²¹ 療養行動、疾病管理行動、健康探求行動をまとめて保健行動とよぶ（有田他, 2010）。

とのやり取りの中で、すぐに怒ったり怒鳴ったりすることから、I・B病棟の看護師たちは、やむを得ず彼の喫煙行動を黙認していることを示すものである。そして夜勤看護師のこうした発言は、せめて病室を空ける時間だけでも短くするよう伝えることによって、そこに、喫煙やそのために長時間病棟を離れる彼の行為を肯定しているわけではない、あるいは肯定することは出来ないといった思いを込めているようにも解釈できる。

今村さんを受け持つのはこの日が初めての島内看護師も、彼はコンプライアンスが非常に悪いと述べている。これは、I・B病棟看護師たちの多くが抱いている今村さんに対する思いを、島内看護師も共有しているのであり、例外ではないことを示す発言と言える。しかし島内看護師は、今村さんとのやり取りにおいては、終始穏やかで好意的であり、彼の喫煙行動に関して皮肉を言ったり苦言を呈したりすることなく接していた。島内看護師が、受け持ち患者の検温をおおむね終了した時点でも、今村さんは部屋を空けたままであり、ベッドにはいなかった。そのため、島内看護師は喫煙所に行ったのだが、そこでは抗生剤をつなぎたいので部屋に戻ってほしいと言っていた。この発言では、点滴実施という治療上の必要性が前面に出されており、島内看護師は、今村さんの喫煙や病室を空けていることへの皮肉や苦言を述べてはいない。

こうして検温の際、島内看護師は、はじめに挨拶が遅れたことを謝罪し、この日の担当であることを伝えていた。看護師は一般に、自分が働く病棟の入院患者については、常に情報を共有し日々話し合っていることから、業務の煩雑さの中では、自身がその患者と初対面であっても、そのことに意識が向かないことさえある。しかし島内看護師は、喫煙所では朝の挨拶をしていないことや、この日の担当看護師であると名乗ってはいないことを明確に認識していたのであり、そのため、ここで改めて詫びているのである。ここに、島内看護師が今村さんに対して意図的に、そして慎重に関わろうとしている姿勢が伺われる。

また、血圧測定の際、今村さんが「血圧こっち。」と言って右腕を差し出したとき、島内看護師は、従順な受け応えをしている。こうした状況のとき、看護師は血圧を測定することに気を取られ、患者の発言に応じて返事することより、その腕にマンシェットを巻く行動のほうが優先される場合も少なくない。あるいは看護師であれば、患者のどこの血管から点滴が注入されているかを把握しており、従ってどちらの上肢で血圧測定するかについては、すでに自身で判断していることから、今村さんのような指示的な発言に、素直には応答できない看護師もいるだろう。だが島内看護師は、今村さんの発言に対して快く応答していた。ここにも、島内看護師が今村さんに丁寧かつ慎重に、そして好意的に関わろうとしている様子が見て取れる。

このような今村さんへの関わりの姿勢には、島内看護師の明らかな意図性と気遣いが存在していた。それは、自分はタバコを吸いに行くことを気にしていないように見せているパフォーマンスだという発言、そして怒らせないように言い方に気をつけたという島内看護師の発言から明らかである。また島内看護師は、今村さんの喫煙に関する否定的な発言

を意図的に控えていた。それは、I・B病棟看護師の多くが、やむを得ず彼の喫煙行動を黙認しているのであり、島内看護師もこの例外ではないものの、否定的発言によって、今村さんを怒らせることを避けたいと意図するものである。これらのことから、今村さんがこの日終始穏やかな態度であったのは、こうした島内看護師の丁寧かつ慎重な意図的関わりが影響していたと考えられる。島内看護師のほっとしたという発言は、今村さんが機嫌よく応答していることを明確に認識しつつ関わっていたことを示している。

さらに島内看護師は、今村さんの喫煙行動に対して積極的に否定性を見せないよう、むしろ好意的に接していた。ロピオン点滴調節のために訪室した際、島内看護師が、痛みは大丈夫かと聞くと、今村さんは「あれだよ。おかげさんで。」と応えた。この「おかげさん」とは、“タバコを吸ったおかげで” という意味であり、島内看護師が「あれね。」と言ったのは、彼の意味するところを理解したことを示している。ここで使われた「あれ」ということばは、特定の仲間だけに通用する特別の語、つまり隠語の役割を果たしたことになり、島内看護師には、今村さんが用いた隠語の意味が通じたのである。この反応に今村さんが大声で愉快そうに笑ったのは、島内看護師が自分の意味するところをとらえてくれたとして、あるいは冗談が通じたとして、さらには、自分の喫煙行動に苦言や皮肉を言われなかったことを快く思ったのだろう。すると島内看護師も共に笑って、おどけて言った。島内看護師がここで、「あの煙のお薬ね。」と、明確にことばで表現しているのは、今村さんが用いた「あれ」ということばの意味を、タバコをとらえてよいのかを上手に確かめているとも解釈できる。また一方で、島内看護師は、喫煙に関することばを自ら用いたのであり、そしてそれを苦言や皮肉としてではなく、今村さんとのやり取りの文脈上の意味確認として用いている。ここには、今村さんに警戒心を持たせたくない、彼を非難する気は毛頭ないことを伝えたいといった島内看護師の好意的な意図が伺われる。

このように島内看護師が、喫煙に関することばを否定的にではなく用いたことは、今村さんにとって意外だったのかもしれない。これまで喫煙行動に関する苦言や皮肉を言われてきた今村さんにとって、看護師の発言は、その多くが否定的なものとして映ってきたのだろう。今村さんは指を2本口に当ててタバコを吸うしぐさをしながら、「ほんとになあ、しょうがねえよ。」と言って笑っていた。この発言は、看護師たちから喫煙行動について非難されていることを今村さんがわかっており、そのため、“島内看護師もそのように言いたいのだろう”として先取りし、しょうがないと言ってみせているとも解釈できる。あるいは、今村さんは、喫煙が健康に及ぼす影響などについて知らないわけではないのだろうが、タバコをやめない自分に対してしょうがないと言ったのかもしれない。いずれにせよ、この日今村さんは苦言や皮肉を言われなかったことによって、島内看護師に警戒心や敵対心を持つことなく経過していた。こうして島内看護師との間でタバコに関してむしろ愉快で和やかなやり取りを交わすに至ったということができる。

このような患者の非効果的保健行動に否定性を見せない態度による接し方は、意図的な

関わりの仕方であり、‘関わりのスキル’ということができる。この意味で、島内看護師の‘関わりのスキル’は、ここでの自律的看護実践が展開していくための方法となっていた。そしてこの展開方法は、島内看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

c. 非効果的保健行動への批判を超えたがん患者の病状とその苦悩への思い遣り

＜自律的看護実践の起動力：必要条件＞

コンプライアンスが非常に悪いと述べる島内看護師が、なぜ、今村さんの喫煙行動に一貫して否定性を見せない態度で接することができたのだろうか。

島内看護師は、喫煙所で今村さんの姿を目にして、「すごいなんか、また黄色くなっちゃって。」と言っていた。この発言は、島内看護師が、彼の黄疸の増強すなわち胆管がんとその全身転移による病状悪化を見て取り、そこにやり切れなさを感じていることを示している。また島内看護師は、しみじみとした口調で、「辛いんでしょうね、彼も。なんかボーっとしちゃってて。」と話していた。こうした発言から、がんを患う今村さんの苦悩を思い遣っている島内看護師の気持ちが伝わってくる。

今村さんは、毎日続く発熱や疼痛に加えて、納得がいくような検査結果が出ないことに苛立ちを隠せないようだ。そのため、今村さんにとって入院中の喫煙は、ストレス・コーピングの方法とも言える。カンファレンスの場で、今村さんをストレスフルみたいであると述べていることから、島内看護師は、思わしくない病状に苛立つ今村さんを理解しようとしていることが伺われる。それゆえ島内看護師は、今村さんへの喫煙に関する否定的発言を控えたのだろう。だがそれは、単に今村さんが怒るからという理由だけではなく、ストレスフルになっている今村さんの心情を、島内看護師が理解できるゆえに、彼の喫煙行動を否定しなかった、あるいはできなかったのだと考えられる。タバコを吸いに行ったり怒鳴ったりする今村さんを敬遠し、積極的に関わろうとする看護師が少ない中で、島内看護師は、非効果的保健行動に対して苦言や皮肉を言うなどの批判を超えて、がんを患う今村さんの病状とその苦悩に心を傾け、思い遣っていたのである。

さらに、本当はもっとケアができる病院のほうがよいと話していることから、島内看護師は、予後が良好とはいえない今村さんにとって、今以上のケアもしくはがん患者への専門的看護が必要であると考えていることが伺える。

このように、島内看護師は、思わしくない病状に苛立っている今村さんを理解しようとしており、それゆえ彼の喫煙行動に一貫して否定性を見せない態度で接することができたのだと考えられる。そしてこうした島内看護師の、今村さんの病状とその苦悩への思い遣りは、彼との関わりの基盤に置かれていたということができる。この意味で、島内看護師の今村さんへの思い遣りは、ここでの自律的看護実践の起動力となっていた。そしてこれは、島内看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

③ 島内看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性－

今村さんが自ら下痢症状について話し出したことにより、島内看護師は、鎮痛解熱剤効果が有効となるよう、その予薬方法の変更を医師に提言した。その結果、今村さんの疼痛は、彼が機嫌よく、笑顔で「大丈夫よ。」と言える程度にとどまっていたといえる。また、この日の看護記録には、島内看護師により、点滴により疼痛緩和されている、機嫌よく熱は 36 度台、と記入されていたことから、続いていた発熱に対しても効果が現れていたことがわかる。このように、島内看護師が行った自律的看護実践により、鎮痛解熱剤の効果が早期に発現し、がん性疼痛や発熱といった今村さんの苦痛症状が緩和されたのである。

また、今村さんが喫煙に関する隠語を用いて島内看護師との間でその意味が共有され、そしてその理屈が滑稽であることから笑いが起こり、両者には、面白いとかおかしいといった和やかな笑い、すなわち快の感情が共有されていた。さらに、島内看護師が、今村さんの喫煙行動について否定性を見せない態度で接したことにより、今村さんとの間で面白おかしいやり取りができたこと、声を出して笑えたことは、苛立つことの多い今村さんにとって、少しでも和やかなときをもてたこととして有意義であったといえる。

一方、島内看護師は、自身が提言した方法によって今村さんに鎮痛解熱剤が投与された結果を、彼の反応からみて効果があったようだ判断していた。自身の実践が患者の役に立てたと思えるこのような自覚は、看護師に非常に高い満足感をもたらすと考えられる。

加えて、島内看護師は、今村さんがこの日は機嫌よく過していたことを認識しており、これにより安堵していた。今村さんの機嫌がよかった理由について、研究者が島内看護師の関わり方によると思えたと言うと、島内看護師は照れくさそうに笑ってから、その関わりの意図性について語り始めた。また午後のカンファレンスにおいても、看護師にはすごく機嫌がよいと、嬉しそうに報告していた。こうした発言から、島内看護師の意図的な気遣いが今村さんを機嫌よくさせていたことを、自身でも自覚していると思われ、満足感が得られたのだと考えられる。

このように、島内看護師と今村さんとのやり取りが快適に進んだこと、その看護実践が患者に効果的であったことは、看護師が患者の信頼を得ることにつながり、今後さらに両者の関係をより援助的な関係へと発展させる基礎となり得る。これにより、看護師はさらに効果的な看護実践への意欲が促進される要因となる。

島内看護師が行った自律的看護実践によって、がん性疼痛と発熱が早期に緩和され、さらに今村さんが笑える時をもつことができたことは、そこで行われている標準的な看護実践における関わり以上に、患者に対するプラスの効果として看護の効力を発現するとともに、看護師自身の満足感をもたらしたということができる。

(5) 研究参加者の島内看護師の意見・感想

‘島内看護師と今村さんとの関わり合い場面の記述’および‘島内看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の島内看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「看護師の自律性って、最初よくわかんなかったけど。難しいなっと思ってたけど、読ませてもらってなんとなくわかった感じがしましたね。でも、こんなふうに論文になるんですね。すごいですね。最初、私なんかについて大丈夫なのかなって思ってたんですよ。…（略）…でも、私たちって、結構考えてやってるんですよ。いつも何気にやってるけど、こうやって書いてもらえると、そうなんだって思います。」と話してくれた。

「解釈への感想をお聞かせください」との問いの中で、島内看護師は、「これって、あの日終わってからいろいろ聞いてもらって、それで書かれたんですよ。ここに書いてくれたのでいいと思います。確かに、今村さんに接するときは、ちょっと警戒したっていうか、気は遣いましたけど。そう、結構機嫌いいなって思いながら、私もちょっと。うん。あと、座薬はねえ。確かに、下痢してるって言うから点滴でって、したけど。たしかに吸収されないって思ったけど、この『直腸粘膜機能の変調』っていうのは、そういうことになるなって思いました。あと、『看護独自の視点』って格好いいですよ。看護師って、そう。結構やってるんですよ。」と話してくれた。

最後に、「研究参加者っていうんですか？ 私、こんなふうになると思わなかったから、嬉しかったです。ありがとうございました。また、連絡してください。」と言ってくれた。

4. 大学医学部附属Ⅱ病院

1) Ⅱ病院の概要

大学医学部を設置主体とするⅡ病院は、1,000 数床を有する特定機能病院として高度先進医療とともに、医療連携を介した地域完結型医療を提供する。全館オンラインの電子カルテシステムによる診療記録の管理をしている。医師の指示による注射や点滴、内服薬にはそれぞれバーコードが付されており、パソコンに反映される端末入力器にそれらが読み取られると、それが看護記録の一部となる。

2) Ⅱ-C 病棟の特性

(1) 診療科とその特性

Ⅱ病院 C 病棟（以下、Ⅱ-C 病棟）は、消化器系疾患の総合診療科で外科系内科系の急性期診療を行い、40 数床を有する。患者によってはストマケアなどの術後診療にも比較的時間をかけている。

(2) 看護体制

看護体制は、入院から退院まで、24 時間ケアの責任を持つ担当看護師によるモジュール型継続受け持ち方式と呼ばれる看護方式がとられている。勤務体制は、日勤・準夜勤・深夜勤の三交替制をとり、4 週 8 休（週休 2 日制）である。

日勤の勤務者数は、A、B モジュール²²に各 4 名の看護師、看護師長または日勤責任者の計 9 名である。各モジュールにはコーディネーターという役割担当を 1 名置き、これは、Ⅱ病院におけるメンバー看護師が、受け持ち患者のケアに責任を持ち、医師の指示受けや他部署との調整など個々に独立して機能することからこのように呼ぶ。看護師は 4 名の患者を受け持つ。コーディネーターの役割は、メンバーと同じ役割を持ちながらモジュール全体の患者状況を把握する。従ってここでは各メンバー個々に責任が重くなる。但し、看護体制の一部変更があり、研究開始 3 ヶ月を経過したある日より、コーディネーターは患者を受け持たずにモジュール全体の患者把握と医師の指示受け、他の 3 人のメンバーは患者を分担して受け持つことと変更された。

夜勤の勤務者数は、準夜勤、深夜勤とも各 4 名であり、A、B それぞれに所属モジュールの看護師がそれぞれ 8 名程度の患者を受け持つ。責任者は、準夜、深夜とも病棟全体の責任を持つ。コーディネーター役割をとるのは 4 年以上の経験を有する看護師であり、看

²² 一病棟内に二つのチームを編成し、それぞれのチームは更に数名ずつのモジュールに振り分けられる。看護師はそのモジュールの中でそれぞれの担当患者の入院から退院までの一貫した看護を提供する。患者の重症度や看護度に偏りがないようにモジュールを決める。チーム内を単位化して考えていくのでモジュール module 型看護方式という名前がついたとされる。つまりはプライマリーナーシングと固定チームナーシングの折衷方式であり、患者とそのモジュールを受け持つ看護師の関係が明確となり、患者との信頼関係が築ける。看護師にはプライマリーナースとしての判断力や自立性が求められ、リーダーのサポート力があればプライマリーナーシングと比較して看護水準が保ちやすい。

看護師長が作成する勤務表に基づき、前日の日勤看護師たちの合意によって翌日の各勤務帯のコーディネーターを決定する。看護師数は、男性数名を含む 20 数名である。

日勤看護業務は、8 時 30 分始業 17 時 30 分終業とされ、平均業務終了時刻は 19 時 30 分である。患者ケアには、一部機能別看護方式が用いられ、シーツ交換、環境整備と呼ばれるベッド周囲の掃除は、朝の患者挨拶終了後に、所属モジュールを問わず看護師たちが一斉に、全病室を順に行っていく。

(3) 病棟文化

看護師長は穏やかな人柄で、スタッフの意見をよく聞くため、特に中堅以上の看護師は自分たちの意見を主張しやすい雰囲気がある。旧来のモジュール制ではそれぞれの看護師が等しく患者ケアの責任を持つため、それまではメンバー相互に相手の仕事の仕方に干渉することは少なかった。しかし、一部看護体制を変更したことにより、先輩看護師は新人や若手看護師の仕事の力量に気づくこととなった。

消化器外科内科の急性期診療科として煩雑多忙な業務を担う中でも、看護師たちの患者との関わりは比較的ゆっくりとして穏やかで、病棟全体は明るく静かな雰囲気である。

看護師－医師関係は、おおむね仲間的関係といえよう。看護師たちは、医師が手術や検査・処置のために、病棟に不在であったり、指示が未記入のままであったりと、指示内容に不備があることについては、「馬鹿やろうってくらい、(正確に) 出ませんよ。」と言いつつ、医師たちの状況に理解を示している。そして医師への質問や指示内容の確認を上手に行い、両者の関係性が良好に保たれているようだ。

5. II-C 病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い

1) 町村看護師と患者森川さんとの関わり合い

町村看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、担当した患者数は延べ 13 名であった。そのうち、町村看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは、それぞれ相手が異なる以下の 2 場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

町村看護師は、20 歳代後半の男性、看護専門学校卒業後、別の大学病院に 3 年勤務した後 II 病院に移動し、救命救急センターに 2 年半勤務した。その後 II-C 病棟に配転となり、2 年目を迎えた。看護師歴 7 年目である。「僕はここに来たときから消化器が希望だったんです。でもここは、医師と一緒にやってるって感じじゃないから。もう長くないかともいいかなくて感じです。ナースはナースでって感じで。ナースの知識だけじゃあ、限界があるじゃないですか。一緒にチームでやるほうがいいと思うんですけど。」と話している。

II-C 病棟では配転した年からリーダー役割を取り通算 5 年目を迎え、現在はトップリー

ダー層に位置し、夜間や休日体制のときには看護師長代理を任される。後輩看護師たちの相談によくのっており、その信頼は厚い。また、新人や 2、3 年目の看護師たちの指導に関して、看護師長のよき相談相手になっている。「どんな仕事をしたときに満足しますか」という質問に、「やっぱり医師と一緒に患者さんのこと考えて、じゃあ、それはこっち（看護）でやるから、そっちはお願いって感じでやるほうが、僕は好きですね。看護師だけでやってても、結局医師の方針とかと違うと意味ないじゃないですか。」と話してくれた。

(2) 森川さんのプロフィール

森川さんは、50 歳代の女性、ふっくらとした体型がその温厚な人柄を示しているようである。看護師とのやり取りは穏やかで、静かな物腰である。Ⅱ-C 病棟には、大腸憩室炎症の治療目的で入院したのだが、絶飲食と薬剤点滴による内科的治療中に炎症が悪化し、下行結腸ろう²³が形成され、入院期間が延長された。その上、内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査後に膵炎を発症したことから、その回復を待って治療計画が進められたため、約 7 ヶ月の入院生活が続いている。ある日の看護師の情報交換では、「森川様、膵炎と下行結腸ろうができていて、経過観察しています。カルテ見ると、昨日外科のカンファにかけてってところまで書いてあったんですけど…(略)…本人にはまだ全然説明してないと思うので、何か言ってきたら傾聴していきます…(略)…絶飲食になってます。」と話されていた。また、別の日の担当看護師は、「森川様、…(略)…オペになりそうってところだと思いますので、ちょっと入院長期化してるし、傾聴していけたらと思います。」と報告していた。そしてこの看護師が検温に行くと、森川さんは、「切らないで帰れるといいな、なんて。」と、独り言のようにつぶやいたのだが、看護師は黙って聞いていた。このように、森川さんには、Ⅱ-C 病棟看護師たちの多くが傾聴する関わりを中心としているようである。

(3) 町村看護師と森川さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

8 時 45 分を少し回ると、看護師同士の情報交換が始まった。…(略)…町村看護師が、「森川さん、下行結腸ろうなんですけど、ストマ²⁴造設の IC (Informed Consent : ここでは主として医師から患者への病状や治療計画についての説明を指している) があって。何人かにもう泣いてるみたいですね。本人、コーピングの手段として感情表出とか、できてるみたいなので。また訴え等聞いて、理解を促して行ければなと思っています。」と言った。

²³ 瘻(ろう)は通常、大腸の憩室が膀胱など他の臓器に接触している場合や憩室が破裂した場合に形成される。大腸に含まれる細菌類によって腸壁の炎症が起こり、隣接する他の臓器の組織を穿孔し、瘻を形成する(福島, 2012)。

²⁴ ストマ stoma とは、消化管や尿路を人為的に対外に誘導して造設した開放孔を指す。通常、ストマにパウチ(便を収容する袋)などのストマ用装具を取り付け、パウチから排泄した便や尿を一時的に収容するようにして生活する。

町村看護師が、「失礼します。」と言い、ベッドに近づくと、横になっていた森川さんは、「はい。」と返事した。町村看護師が…（略）…「森川さん、どう？ 気持ちは。」と問いかけると、彼女は横になったまま、考え考え、「落ち着いてきた、のかなあ。これでも。」と言い、町村看護師は、「ほんとお。」と、相槌した。森川さんが、「最初聞いたときは、すごいショックだったけど。」とことばを繋ぐと、町村看護師は、「そりゃあ、ショックだよ、そんなのお。」と、気持ちを込めて同意するように言った。森川さんが、「涙が出てきたもん。ほんとに。…（略）…自分になると思わなかった。」と言うと、町村看護師は、ゆっくりとした口調で、「そう。そりゃそうだよね、たぶん。すごく受け入れが難しいと思うんだ。それもさ、基がさ、違う病気で（入院して）来てるからさあ。ええっ！ と思うだろうけど。」と言いながら、点滴ラインを確かめている。…（略）…「ご家族とかは何って言ってる？」と聞くと、森川さんは、「うん。まあしょうがないねえって。だって、それしか道はないんだもん。」と、嘲笑的な言い方をした。町村看護師も愛想笑いをすると、森川さんが続けて、「どっちか選べっていえば、違うのを選ぶけどね。これしかないし。これも、ずっとこのままだるのも辛いしねえ。」と、しみりとして言うと、町村看護師は、「うんうんうん。」と相槌した…（略）…。森川さんが、「こんなに長くなるとは思わなかったもん、だって。最初は 2 週間っていったのに。」と言い、寂しそうな笑いを浮かべ…（略）…町村看護師が、「そうか、210 日。」と言いながら点滴を接続していると、森川さんは、「次から次と、よく（トラブルが）あったねえ。」と、呆れたように言った。…（略）…町村看護師は、「ねえ。」と、同意するように相槌してから、「大体みんな、その前に参っちゃうパターンがすごく多い。もうやだ、こんなの、とか。」と慰めるように言うと、森川さんが笑って、「病院じゃ、嫌っていったって。自分の問題じゃない。」と、ことばをかぶせた。

町村看護師は、「少し、でも表情が落ち着いてて、安心しちゃった。もっと、ガーンってへこんでるかと思った。」と、静かに言うと、森川さんは、「一時的（なストマであること）に救われてる。あれにしがみついてる、感じ。あれがなかったらひっくり返ってたかも。」と言った。町村看護師がため息をつく、森川さんは、「立ち直れないでいたかも。」と続けた。町村看護師が、「ゴールを近いと信じてがんばるしかないからね、ちょっとね。」と自分に言い聞かすように言うと、森川さんは、「うん。」と力なく相槌した。

町村看護師は、「森川さん、今回ね。あの、おなか人工肛門造るから。」と、さらに声をひそめて言うと、森川さんは、「うん。」と、暗い声になって返事した。町村看護師は、少し緊張した面持ちで、「なので、ちょっとイメージ化できるように。でね、手術後とか、見るの怖いと思うほう？」と聞くと、森川さんは「うん。」と応えた。町村看護師はことばを選びながら、「あの、この手術受けられる人、みんな（手術部位を）見るのが怖いっていう人、たくさんいるのね。だから‘見る’からが、僕たちの目標なの。まず今日は見るだけ、とか。」と静かに言うと、森川さんは、「ああ、そう。」と聞こえないような声で、うつむいたまま言った。

町村看護師は、「だから、肛門を、今使えないからこっちにもってきてるだけ、っていう考えなので。そんなに焦らずに、ゆっくりやっていけばいいと思うので。」と言ってから、改めて森川さんの顔を覗き込んで、「脅しになってない？ 僕の説明。」と聞いた。森川さんは、町村看護師の顔を見上げて、「うん。なっちはいない。」と応えた。町村看護師は、「大丈夫ね。」と確かめるように言ってから、「いやあ。緊張するもん。そんなの。」と、少しくだけて言うと、森川さんは、「あああ。嫌だな、ほんとに。」と、思いを吐き出したようだった…（略）…「こわいよお。」と、辛そうに訴えるように言った。町村看護師は、「そうそう。怖いつて思うのはいいんだけど。それをね、ずっとね、心の内に溜める人がいてね。そういう人が一番、（ストマを）造ったとたんに、なんでこんなものができちゃってるのか。わかってたんだけど、動揺しちゃうパターンが多いから。」と言った。そして一旦ことばを切ってから、「だから、そういうふうだね。しゃべるほうがいい。しゃべることで自分の心理をね、掃除してって。こうやっていくんだっていうのが、なんとなくイメージつくから。」と続けた。森川さんは、腹部を覆っている掛け物に目を落とし、黙って聞いている。

町村看護師は、気遣いながら遠慮がちに、「もし必要そうだったら。パンフレットとかで。写真とかもあるから、見てみてもいいし。希望があれば。」と静かに言うと、森川さんは少し迷ったようだったが、「ちょっと見てみようかな。」と言い、一旦ことばを切ってから、「見ないよりはね。ちょっと。」と続けた。町村看護師が、ほっとしたようにやや声のトーンを上げて、「じゃあ、ちょっと僕。探してみるね。」と言うと、森川さんは、「頭の整理のためにね。」と言って、寂しそうに笑った。緊張していた空気が和んだようだった。

町村看護師は、隣の病棟にストマのパンフレットを探しに走った。そして戻ってくると、その足で森川さんの部屋に向かった。「森川さん。」と声をかけると、カーテンの中から「はい。」という返事が聞こえた。町村看護師が、「持ってきたけど。ここでお話しする？ 個室がいい？」と聞くと、森川さんは、不安そうな表情になって、「そんなに重要な話？」と聞いた。町村看護師が明るい調子で、「ううん。大して重要じゃない。あの、見るけど。ほら、あんまりことばを言ってほしくないっていう人もいるから。」と応え、森川さんは囁き声になって、「あっち。」と言った。…（略）…町村看護師が、「じゃあ、準備できたら、ステーションに来てもらっていい？」と聞くと、森川さんは「はい。」と応えた。

町村看護師は、説明室に森川さんを案内した。そして、彼女をテーブルに座らせると、「僕、ご飯配ってくるから。それまでちょっとこれ、見てて。」と言い、ストマケアと書かれた A6 サイズの冊子を 2 冊、森川さんの前に置いた。そして、町村看護師は、研究者に「一緒にいてもらっていいですか。」と言って部屋を出て行った。

森川さんは、はじめに 1 冊の冊子を手に取ってぱらぱらとめくった。そして少しの間ながめていたが、内容に眼を通すというより、ただページをめくるといった感じだった。研

究者は隣に座り、黙って森川さんの横顔を見ていた。森川さんは、「臭わないのかしら。」と聞くので、「みなさん、こう、腹帯みたいなのをやって。中にデオドラントみたいな消臭剤を入れたりとかして。それほど気になるような感じはないですよ。」と応えた。少しすると、森川さんは、冊子に目を落としたまま、顔が真っ赤になってきた。そして、「なんで、こんなことになっちゃったんだろう。」と言い、見る見る手が震えてきたかと思ううちに、その眼からは涙が溢れていた。森川さんは、持ってきたハンドタオルを手にとると、「泣かないって思ってきたのに、涙が出てきちゃう。」と言い、眼を押さえた。研究者も涙が浮かんできた。森川さんは、両手でハンドタオルを持って顔を覆っている。思わず森川さんの背中に手を置いて、研究者が「ねえ。」と言うと、森川さんは声をあげて泣き出した。

二人で一緒に泣いていると、町村看護師がドアを開けて入ってきた。そして森川さんの前に座ると、「大丈夫？ 二人とも。」と言った。森川さんは、タオルで涙を拭いて、「うん。うん。」と、自分で気持ちを押さえ込んでいるようだった。町村看護師は、その様子を少しの間見ていたが、「うん。いいと思う。そうやって感情を表出できるのって、大事。」と、彼女を励ますかのように言った。森川さんは、「うん、大丈夫。」と言ったが、その時は少し落ち着いたような表情になっていた。

少しの間があってから、町村看護師は躊躇している様子だったが、「どう、少し見てみた？」と聞いた。森川さんは鼻先で笑って、「まだ。あんまり。」と言うので、町村看護師は思い切ったように、「あのね。」と言い、冊子を手にとって、ストマの写真が載っているページを開き、森川さんの前に置いた。それから、「これね。いろんなものがあるけど。これが正常なやつ。」と言って、写真のストマをゆび指すと、森川さんはそこにじっと目を落とした。町村看護師は、静かに話し出し、「森川さんの場合ね。大腸のむくんだところを切って、おなかに腸の一部を出して。半年から1年くらいして落ち着いたら、またつなげて中に戻すっていう手術でね。」と、ゆっくりと説明するように言ってから、今度はなだめるかのように、「あの、朝言ってたんだけど。ゴールがちゃんとある。永久式のストマではないから。一応ゴールをそこに目指してやっていくものだから。今はまた治るっていう気持ちで受けてもらえばいい。」と言って、一度ことばを切った。森川さんは黙ってうなずきながら、タオルで鼻を押さえている。

町村看護師は、その様子をじっと見ていたが、ようやく静かな調子で切り出し、「で、すごく森川さん。今もたぶん、古地さんに自分の思いを伝えてたんじゃないかなと思うんだけど。」と言い、さらに森川さんの顔色を伺いながら、「それがね、何よりも受け入れるための、早い。」と言ってことばを切った。それから少しの間があってから、「なんていうんだろうな。どんどん言ってもらっていい。それで不安なこととか、聞きたいことは、どんどん聞かないと。自分の中で考えちゃうと、重いものになっちゃう、ストマが。」と続けた。また少しの間があってから、町村看護師は、「もう治療をする上で切るのは仕方ないでしょう。で、それももう、仕方ないことなのかなって思うから。それをどうやって受け入れる

かは、もう森川さん次第で。森川さんのものの考え方によるんだ。」とことばを選ぶように言った。森川さんは、黙って首を振っている。町村看護師が続けて、「たぶん、森川さんは、少し受け入れはしてるけど。やっぱりほんとは嫌だったなっていうのが、強いんじゃないかなって。あの、こんなに長くなっていたから。なんで内科的に治らなかったかなっていう思いはあるんだけど。」と言うと、森川さんは、涙をぬぐいながら、盛んに首を振って頷いている。町村看護師も頷きながら、「あのう、たまにさ。森川さんが、ああ、手術になっちゃったとかって言うでしょ。あれはね、決して文句ではないし。ほんとの気持ちだと思うから、隠さず言ったほうがいい。むしろ言わないと、溜まっちゃうから。」と、ゆつくりと静かに言うと、森川さんは、黙って頷きながら涙をぬぐっている。

少しの間、沈黙があった。…（略）…そして探るように「見てどう思う？」と、そっと尋ねると、森川さんは鼻にタオルを当てたまま、「まあ、怖いっていうのが先にくる。」と応えた。町村看護師が、「何が怖いと思う？」と静かに聞くと、森川さんは、「なんか知らないけど。」と、やや早口で即答した。町村看護師は、「やっぱり普通の体とちょっと違うとか、そういうふうにとってるかねえ。どうだろう。自分の中で。」と、ことばを選ぶように尋ねると、そのことばが終らないうちに、森川さんが、「うん。それはあるかもしれない。」と、はっきりとした口調で応えたので、町村看護師は、「うんうんうん。」と同意するように相槌した。そして、「あとは？ 何かある？ 痛みが怖いとか。」と言いかけると、森川さんは、「それはないんだけどね。」と応えた。町村看護師が続けて、「うん。管理が出来るっていうのは？」と聞くと、森川さんは、「うん。まだ接してないからわからないし。」と応えたので、町村看護師は、「じゃあ、やっぱりそこかな、一番は。それを造られるっていうことが怖いのもかもしれない。」と、しみじみと言った。森川さんが、「うん。それはあるかもしれない。」と言うと、町村看護師は、「うんうんうん。」と同意を示したのだが、このときの森川さんは、もう涙はおさまったようだった。…（略）…少し考えてから町村看護師が、「怖い。怖いかあ。」とつぶやくように言った。少しの間があって、「でももう、怖いを受け入れるのは、森川さんしかないからね。僕たちがどんなに説明しても、たぶんそれはもうわかってるっていう気持ちになってくると思うんだ。わかってるけど、怖いっていうのはちょっとねえ。少しずつ受け入れをどうしていいか。僕らもわかんないんだけど。」とことばを切り、考えながら言っていると、森川さんは黙って聞いている。

町村看護師は、「で、術後ね。見たくないと思ったら、見なくていい。まずは。ちょっと今日、見てみようかなと思ったときでいいから。それは僕たちも焦らないでやっていこうと思うから。」と言って一度ことばを切った。そして、「あと、今すごく気になることとか、ある？」と聞くと、森川さんは、「それずっと、取り外してそれするの？」と、パウチ²⁵の

²⁵ ストマでは、自分で排便・放屁をコントロールすることができない。そのため、出てくる便やガスを一時的に溜める袋を使用し、これをパウチ（装具）という。

図を指しながら聞いた。町村看護師が使い方を説明すると、森川さんは「それだけ？」と聞いた。町村看護師は、「これだけ。」と応えた。

森川さんは「臭わないの？ それがすごく気になる。」と、鼻先で笑って言うと、町村看護師は、「ここにね、フィルターがあるのね。だから、ここから臭いを出すようにはなってる…（略）…このなかに入れる消臭剤もあるし。その辺で対応していくって感じかな。そんなにすごいね、なんか臭いっていうことはないと思う。」と説明し、その間、森川さんは黙っていた。少しの間があってから、町村看護師が、「簡単な説明だけど。」と言うと、森川さんは静かに、「ありがとう。」と言った…（略）…。森川さんは、「涙が出てくる。」と言い、また涙を拭き始めた。町村看護師は、一瞬ことばを失ったようだったが、「いいと思う。どんだね。感情の発散だから。じゃないとやりきれないっていうのが、正直あると思うから。感情表出したほうが楽だと思う、自分的にも。」と、早口で言った。彼自身も当惑しているようだった。森川さんは少しの間、タオルを顔に当てて涙を抑えていたが、かすれた声で、「ありがとう、ごさい、ました。」と、途切れがちに言った。町村看護師は、自分も救われたというように、「いい？ じゃあ。」とその場を収めるように言った。そして、「これはもうちょっとね。イメージだけ、つけられるようにしてもらって。いい？」と言って、冊子を森川さんに差し出し、パンフレットやパウチを片付け始めた。そして、「そのことでまた聞きたいこととかあったら、聞いてもらって全然かまわないので。」と言うと、森川さんは、自分に言い聞かせるように、「がんばらなくちゃ。」と、ため息まじりに言いながら、椅子から立ちあがった。町村看護師が、「あとは大丈夫？」と優しく聞くと、森川さんは冊子を手に取り、「はい。あとまた、わかんないことあったら、聞きます。」と言って、また涙を拭いた。そして、「すいませんでした。」と言って頭を下げたので、町村看護師は、「いいえ。とんでもないです。じゃあ、以上になります。」と、明るい声で言い、説明室のドアを開けた。森川さんが、また「すいませんでした。」と言いながら部屋を出かけると、町村看護師は、「ちゃんと話せる機会があつてよかったよ。」と言った。すると森川さんは、「気が重い。そうは言っても。」と応えたので、町村看護師は、「気が重い。そりゃあそうよ。重いよ。」と言いながら一緒に部屋を出た。森川さんは、はっきりした口調で、「ありがとうございました。」と言って自分の部屋に向かったので、町村看護師は、「いいえ。」と言いながら、その姿を見送っていた。

18時を少し回った頃、廊下で点滴台を押しながら歩いている森川さんと行き会った。森川さんは、「さっきは、ありがとうございました。」と、お辞儀をしながら言った。研究者が、「いいえ。こちらこそ。いくらかお気持ちは落ち着かれましたか？」と尋ねると、森川さんは、「ええ。お陰様で。いくらかはね。お話しを聞いてもらったので、少し。」と言った。「そうですか。少しでもお楽になれば。」と言うと、「でも、町村さん達も助けてくれそうだから。なんとか、がんばります。がんばらなくちゃ。」と、笑顔を見せてくれた。

② インタビュー記録

この日、日勤業務が概ね終了すると、町村看護師は、「今日は、いろいろとやってもらってありがとうございました。何かありますか?」と聞いてくれた。「今日のあの、ストマの話は、意図的に進められたんですか」と尋ねると、町村看護師は、「ええ。あの、ここに入院して長いのは、知ってますよね。ERCP²⁶やった後、膵炎起こして。で、もう、朝も本人さん言っていたみたいに、210日かな。くらいになるんですけど。結局下行結腸ろうは、あの。もともとは（大腸）憩室だったのが炎症起こして。それから結腸ろうに移行したんですけどね。それでも、切らないと内科的には無理ってことで。で、外科がストマのICやったんですけど。その後、何人かの看護師に泣いてるんです、記録とか見ると。なので、ちょっと今日は、できたら入ろうかと。」と応えた。そして「他のナースたちには何と言っていたんでしょうか」と聞くと、町村看護師は、「ああ。手術になっちゃった、とか。で、できればやりたくないとかって、（看護記録に）書いてあって。」と応えた。「その時は、どのような関わりをなさったのかは、書いてありましたか」と聞くと、「ええ。傾聴したって。たぶん、みんな、泣かれたんだろうなと思います。」と応えた。

「今日は、朝点滴交換しながら、町村さん、ちょっと最初は様子を見てたのかなと思ったんですが。その後の森川さんへの関わりについて、お考えを教えてくださいか」と聞くと、町村看護師は、「うん。朝はどんな感じかなってというのは、ありましたね。確かに。でも、結構話してくれたから、うん。もし、できそうだったら、ちょっとイメージしてもらって、とは思っていたんですけど。」と言うので、「それは、朝から計画されていたんですか」と尋ねると、町村看護師は、「いや。朝のときは、どうかなって感じだったんですけどね。ほら、パンフレットとかあるよって言ったら、森川さんが言ったじゃないですか。見てみようかなって。あれで、僕、よしって。急いでパンフレット探しにいったんです。」と応えた。「説明室に行ったとき、ちょうど配膳と重なったんですけど、あれは」と言いかけると、町村看護師は、「あははは。丁度配膳車が来ちゃったんですよ。よかった、古地さんがいてくれて。きっと、森川さん。何か言うんじゃないかなって思っ。うふふ。お願いしちゃいました。」と言って笑った。「というと、何かを予測して?」と尋ねると、「ほら、僕らスタッフには言わないけど、他の人には話すってこと、あるじゃないですか。あの、結構僕らには気を遣うほうなんです。もう長いし。あの、森川さんって、病院のヘルパーさんやってたんですよ、別の病棟の。」と応えた。

「町村さんが、切るのは仕方ないでしょうって。それをどうやって受け入れるかは森川さん次第って、おっしゃったとき。ちょっと私、緊張したんですけど。そのあたりは、どんな思いだったんでしょうか」と尋ねると、町村看護師は、「うん。僕、結構ああいう話し

²⁶ Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography の略語。内視鏡的逆行性胆道膵管造影。内視鏡を用いて膵液の流れる膵管と胆汁の流れる胆道（胆嚢と胆）の様子を調べる検査法。

は、うん。ちょっとその、核心っていうか。そういうのはちゃんと話した方がいいって思ってる人なので。で、森川さんって、感情表出できる人なので。だから、うん。ちゃんと話ししようと思ってた。もう、自分がどう考えるかっていうところの問題ですよ。だから、うん。よかったです、今日は。」と、ひとつひとつ考えながら応えてくれた。

「ストマ造る人の心理って、辛いですね」と言うと、町村看護師は「辛いと思いますね。でも、たぶんカルチ（がん）じゃないっていうのがあると思うんですよ。で、今日のあれで、もうだいぶ受容に傾いてるかなって思ってるんです。話しの感じからして。たぶん、閉じるっていうのがね、彼女の希望なんでね。」と言った。

(4) 町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその 1

① 町村看護師の臨床的自律性ーその 1

a. ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に迫ろうとする意図的接近

森川さんの病状は、大腸憩室の炎症が進行して下行結腸にろう（瘻）が形成されるに至っており、加えて検査後に腓炎を合併したことから、その回復に時間を要している。ろうとは、腸内細菌による大腸憩室の炎症が進行し隣接する組織にまで及んだため、穿孔を生じて形成された他臓器との間の異常な連絡路で、これにより隣接臓器にも炎症が拡大する。そのため、下行結腸のろう形成部分を切除し、一時的ストマ造設により腸管の機能回復を待つという治療方針が立てられ、これが外科医から森川さんに説明された。森川さんは、Ⅱ・C 病棟での入院が約 210 日に及び、当初目指されてきた内科的治療による大腸憩室炎の回復どころか、ストマ造設を余儀なくされる事態を招いており、自分がそうなると思わなかったとして苦悩のなかにある。こうして町村看護師は、森川さんの辛い思いに理解を示しつつ、一方では、治療として手術しか方法はなく、その受け入れは森川さん次第であると述べ、彼女の気持ちの核心部分に接近していった。そしてストマの具体的な話しへと展開し、町村看護師がパンフレットなどで見るのもよいと促すと、森川さんは少し迷ったようだったが、「ちょっと見てみようかな。」と応じた。そこで、町村看護師は、冊子にあるストマの写真を見せ、術後の森川さんに生じる状況を説明するに至ったのだ。

森川さんは、これまでに何度か看護師に自分の気持ちを吐露し、泣くことによって感情を表出してきた。そうしたときの看護師たちの対応は、森川さんの話しに親身になって耳を傾け、その辛い気持ちを受け止めようとしてきたのだろう。だが、Ⅱ・C 病棟の看護師たちにとっては、森川さんのこれまでの入院経過を知っているだけに、彼女の気持ちを受け止めることは実は重たいことであり、容易いことではなかったと思われる。森川さんは、医師から病状を説明され、自分の治療方針について理性的には理解しているのだろう。しかし、説明室で町村看護師を待つ間、「なんで、こんなことになっちゃったんだろう。」と言って号泣していた。この発言に込められた思いが、森川さんの本音なのだと思う。

こうした思いを吐露された看護師たちは、それゆえ傾聴することで精一杯の状況さえあったのではないだろうか。

そのような中で町村看護師は、傾聴し気持ちを受け止めることからさらに一步進んで、余儀なくされたストマ造設を否定的にではなく受け止められることを目指した関わりを展開したのだ。そしてこの関わりは、森川さんとのやり取りの中で偶然展開されたのではなく、町村看護師が意図的に計画していたのである。

町村看護師は、森川さんの感情表出をコーピングの手段ととらえていた。そして、そのようなコーピングの次の段階として、理解を促していこうとしたようだ。この理解とは、手術という治療方法について否定的にではなく肯定的に理解することであり、ストマについての具体的な理解を指しており、こうして術後の森川さんに生じる状況について説明するに至ったと考えられる。これにより森川さんは、怖いのが先に立つと自分の気持ちをこたばにし、その思いのうちを表出した。そうしてストマ用パウチの話しに及び、最後には「がんばらなくちゃ。」という森川さんの前向きな発言が聞かれることとなった。この一連の関わりは、森川さんが、泣いて感情を表出しているとしても、彼女にとってストマ造設は治療上仕方のないことであり、町村看護師が、森川さん自身の考え方の問題と判断したことによって可能になったと考えられる。そして町村看護師は、ここでの関わりを、「核心…そういうのはちゃんと話した方がいい」という判断によって展開したのだ。森川さんの病状経過を知る看護師にとって、彼女の気持ちの核心部分に迫る話しをすることは、決して容易いことではないと考えられる。きちんと話した方がよいとする町村看護師でさえ、実際に目の前で森川さんに泣かれた際には当惑していたように、その実は緊張感を伴うであろうし、これは、彼の中でいわば覚悟を要することだったと思われる。

このように、町村看護師は、森川さんがその余儀なくされた治療方法を自身のために肯定的に受け止められることを目指し、彼女の気持ちの核心部分に接近しようと計画していた。ここには、辛い思いを傾聴し気持ちを受け止めるといった関わりに留まらず、そこからさらに一步進んで、その核心部分に覚悟を伴って接近するという町村看護師の臨床的自律性が存在する。傾聴し受け止める関わりとは、そこで行われている標準的な看護実践であり、この意味で町村看護師の行為は、標準的な看護実践を超えた関わりといえる。それゆえ、ここでの町村看護師の森川さんへの関わりは、自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 患者の気持ちを確かめながら歩を進める慎重な関わり、‘関わりのスキル’

＜自律的看護実践の展開方法：必要条件＞

町村看護師は、朝の情報交換の時点ですでに、森川さんに一步踏み込んで関わることを意図していた。しかし町村看護師は、森川さんの辛い問題に触れることについては慎重に構えており、実際の場では、彼女の気持ちを探るように、そしてひとつひとつ確かめなが

ら進めていた。点滴交換時には、その導入でもあるかのように彼女の心境を尋ね、森川さんが、最初に聞いたときはすごいショックだったと言うと、町村看護師は気持ちを込めて同意した。そして、涙が出てきた、自分になるとは思わなかったと言う森川さんに、町村看護師は、彼女の気持ちを代弁する姿勢を示した。また、森川さんから、一時的ストマであることに救われているとの発言があると、町村看護師は彼女の思いを支持した。このように慎重にやり取りを進める中で、町村看護師は、森川さんが自分の思いを話してくれたので、具体的にイメージしてもらえそうと判断するに至ったのであり、その計画を具体化させていった。こうして町村看護師は、彼女の気持ちを確かめながら、慎重にストマについての具体的な話しを始めた。そして、人工肛門造設について説明すると、森川さんは、嫌だ、怖いとその辛い思いを口に出した。そこで町村看護師は同情の意を示し、森川さんの気持ちに沿いつつ、写真などで見てみてもよいとして、気遣いながら一步を進めると、森川さんは少し迷ったようだったが、「ちょっと見てみようかな。」と言った。後に町村看護師は、森川さんのこの発言によって急いでパンフレット探しにいったと述べている。これは、理解を促そうと意図し、イメージ化を図ろうと計画していたストマの具体的な話しが、町村看護師によって一方向的に進められたのではないことを示している。嫌だ、怖いという森川さんが、それでも自分の身に起こった状況に自ら立ち向かえることを目指していたのだが、それは、辛い気持ちの核心すなわち造られたくない人工肛門についての話しであるからこそ、町村看護師は慎重に、彼女の気持ちを確かめながら行きつ戻りつ、そしてことばを選びながら進めていたと考えられる。こうした関わりゆえに、町村看護師は、森川さんから前向きな発言を引き出すことができたのだろう。

このような関わり方、気持ちを確かめながら慎重に歩を進めるやり方は、患者の辛い気持ちの核心に接近するときのひとつの方法ととらえることができ、町村看護師の‘関わりスキル’ということができる。この‘関わりスキル’は、ここでの自律的看護実践が展開されるための方法となっており、この展開方法は、町村看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

b. 患者との適切な距離のとり方、看護専門職としての姿勢

<自律的看護実践の推進力：促進要因>

森川さんの辛い気持ちを聴かされたⅡ-C病棟看護師の中には、彼女の話しを傾聴することで精一杯、あるいはその気持ちがわかるだけに自身が辛くなる者さえいたと考えられる。患者の辛い思いを聴かされることは、その人を支援する看護師にとっても気が重い、あるいは緊張が高まる状況をもたらすこととなる。それは、看護師が患者に思い入れる程度や看護師自身の感情コントロールのあり方、あるいは患者と向き合う基本姿勢といったことに影響を受けるためと思われる。

そのような中で、町村看護師は、治療として手術しか方法はなく、その受け入れは森川

さん次第であるとして、自分自身の感情と切り離れた客観的な発言をしている。また、町村看護師は、同行していた研究者を森川さんへの看護ケアに意図的に動員して、彼女はⅡ-C 病棟看護師には言わないが他の人には自分の思いを話すことがあるのではないかと述べていた。この発言から町村看護師は、患者の思いを自分自身で受け止め、そこに感情を入れ込むといったあり方とは異なり、森川さんが自分にではなくても、誰かにその思いが表出できればよいとするあり方、すなわち患者との間にある程度の距離をおいた姿勢を見せている。こうした町村看護師の姿勢は、自身の感情に左右されることなく、効果的に関わることを可能にする患者との適切な距離のとり方といえよう。看護師が患者との関係性において、自身の感情に左右されないことは、専門職として必要とされる姿勢であり、責任ある行為といえる。この町村看護師の姿勢が、森川さんの辛い気持ちの核心に接近するための効果的なやり取りを可能にしていたといえる。すなわち、傾聴し受け止めることから一歩踏み込んだ関わりが可能となった。この意味で、町村看護師の患者との適切な距離のとり方は、ここでの自律的看護実践を効果的に進めていく推進力となっており、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

c. 核心から逸れずにきちんと話す関わりの姿勢

＜自律的看護実践の起動力：必要条件＞

Ⅱ-C 病棟看護師の多くが行ってきた傾聴する関わりとは、言い換えれば、そこでの森川さんの思いを受け止め共感すること、あるいは彼女に同情し寄り添うことであり、その時点で必要とされる関わり、いわゆる短期ゴールを目指したケアといえる。

そのような中で、町村看護師は、森川さんの辛い思いの核心に迫ろうと意図した関わりを展開した。このねらいは、余儀なくされた治療方法について、森川さんが自分の問題として肯定的に受け止められることであった。これは、一時的とはいえ、ストマとともに生活することとなる森川さんの今後を展望した関わりといえる。こうした関わりが可能であったのは、先述のように、町村看護師が患者との適切な距離のとり方ができることに加えて、ストマ造設は治療上仕方のないことであり、彼女自身がどう考えるかという問題として客観的にとらえ、森川さんのいわゆる長期ゴールを見据えることができ、これを設定していたためと考えられる。

森川さんの病状経過を知る看護師にとって、辛い思いの核心に迫る話しは、緊張感を伴い覚悟を要することであり、誰もが容易くできることではないと考えられる。また、森川さんの長期ゴールを設定できたとしても、一歩踏み込んだ話しとして躊躇を伴うことから、傾聴する関わりに留まってきた看護師も多いのだろう。しかし町村看護師は、その核心から逸れることなく、森川さんと辛い思いやストマの具体的な話しについてきちんと話すことを実行した。このような関わりの姿勢が、森川さんへの看護ケアを推し進めていたのであり、ここでの自律的看護実践の起動力となっていた。そしてこの起動力は、町村看護師

の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

d. 辛い思いの患者に一步踏み込んで関わることを可能にする看護師の中の自信

＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞

町村看護師は、患者の気持ちの核心部分についての話しはきちんとした方がよいと思っていると述べていた。このように言える背景には、これまでの患者との関わりの中で、よいと言える結果を残してきた経験があるからではないだろうか。つまり町村看護師は、これまでも患者との間で核心に迫る話しをしてきたのであり、それによって患者に効果的な結果をもたらすことができた経験があるとみることができる。それゆえ、きちんと話した方がよいとする見解を持てるのであろう。これは、看護経験を積む中で培われた町村看護師の見解であるが、そこには、患者に効果的な結果をもたらした実績による自信があるように思われる。看護師は、患者への看護ケアにおいて、こうすることが患者にとってよいと判断し、実行に移すのだが、その場合、リスクを負うことについて、あるいは森川さんのように深刻な心境にある患者とのやり取りは、その実施について躊躇することがある。また反対に、このほうがよいとする根拠や自信を持っている場合、看護師は躊躇することなく実行に移すことができると考える。その意味で、森川さんの辛い気持ちの核心部分に近づくことができた背景には、自身の看護経験および実績に裏打ちされた町村看護師の中の自信があったと考えられる。そして、この町村看護師の中の自信は、ここでの自律的看護実践の推進力となっていたのであり、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

③ 町村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

—余儀なくされたストマ造設になんとか立ち向かうようになった患者、そして看護師の達成感および患者との関係性発展の可能性—

町村看護師は、傾聴し気持ちを受け止めることからさらに一歩進んで、森川さんの辛い気持ちの核心に接近していき、彼女から前向きな発言を引き出すに至った。そして、森川さんは後に、「町村さん達も助けてくれそうだから。なんとか、がんばります。がんばらなくちゃ。」と、辛い中にも笑顔を見せていた。このことから、森川さんは、否定的な受け止めに終始留まっているのではないととらえることができる。そして、余儀なくされたストマ造設に対して少なくとも彼女自身でなんとか立ち向かおうとしている様子が見て取れる。内科的治癒を期待していたにも関わらず、思いがけない展開に驚愕と恐怖、衝撃を経験している森川さんにとって、この状況は受け入れがたい現実であろう。「なんで、こんなことになっちゃったんだろう。」という思いは、日々のなかで、あるいは一日のなかで繰り返し森川さんの心にこみ上げてくると思われる。だが、そうした中で、町村看護師の自律的看護実践によって、森川さんが余儀なくされたストマ造設を肯定的に受け止めることに少しだけ近づいたのではないかと考えられる。

一方、町村看護師は、この関わりにより森川さんは、だいぶ受容に傾いていると思うと述べている。患者の重たい問題に関わることは、看護師にとっても平易なことではなく緊張感を伴うだけに、町村看護師は、森川さんとの間で核心に迫る話しを進められたことに、ある達成感を得ることができたのではないだろうか。そして、町村看護師は自身が意図したように、森川さんが少しでもストマ造設を肯定的に受け止める方向を向き始めたことを、その手ごたえとして感じられたのだと思われる。

加えて、森川さんのような重く辛い状況についてのやり取りを通して、彼女の発言にあるように、患者が看護師に助けてもらえそうと思えたことは、その関わりが一部であったとしても成功したことを示している。そしてこの成功は、患者からの信頼を一層強めることとなり、患者－看護師関係をより効果的に発展させる可能性に繋がると考えられる。

(5) 研究参加者の町村看護師の意見・感想

町村看護師と森川さんとの関わり合い場面の記述’および‘町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の町村看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「なんか、僕このシーン覚えてますよ。ね、古地さんにいっぱいやってもらった日でしたよね。たしか。」と言い、懐かしそうに読んでくれた。「解釈についてご意見を伺いたいのですが」と尋ねると、町村看護師は記述を見ながら、「この日は一緒にやったんですよね。僕が森川さんと話す前に古地さんにちょっと話しててもらって。そう。配膳させてもらって。うん、よく覚えてます。でも、これって、前にも見せてもらったんですよ。あの時もなんか、僕こんなふうに考えたかもって言ったんじゃないかなかったっけ。たしか、そうです。思い出しますねえ。」と話してくれた。「森川さんへの関わりについて、覚えている範囲でいいですので、あの時の判断について、お話しいただけますか」と聞くと、町村看護師は、「そう。書いてもらったみたいに、森川さんがストマを重たく考えちゃって、拒否的にならないといいなって思ったんだと思います。それで、運よく、っていうか、森川さんもその気があるみたいだったんで、ストマの写真見せたりできたんですよ。たしか。…あの後、古地さんが来なくなってからですけど、術後も彼女、結構ストマ管理とか、ちゃんと出来てたんですよ。で、みんな、結構うまくいってるねって話してて。そう。僕は病棟替わっちゃったけど、あの後、ストマ閉鎖もううまくいったって。下の子たちから聞きましたよ。」と言った。「では、それぞれの解釈にはご納得いただけますか」と尋ねると、「ええ。もちろん。面白かったです。僕って結構、こんなこと考えながらやってたんだなって、思いました。」と応えた。最後に、「ありがとうございました。立派な論文に書いてもらっちゃって。なんか、格好いいですね、僕って。」と言って笑った。

2) 町村看護師と患者押田さんとの関わり合い

(1) 押田さんのプロフィール

押田さんは、60 歳代後半の男性、目つきが鋭く、口髭を生やしており、それが術後は無精ひげのように伸びてしまっていることや、入院中の履物が雪駄で、寝衣が浴衣姿であることから強面の印象を与えている。今回の入院では、胃がんのため胃全摘術を受け、約 2 週間が経つ。術後 1 病日より離床し、トイレや洗面などは自力歩行しているのだが、進行したがんにより吻合部に狭窄を生じており、嘔気・嘔吐が続いている。

看護師たちによれば、押田さんは入院時から気難しい人柄とされ、特に手術後には、気分不快などのせいか苛立ちが強度で、看護師に怒鳴ったり、罵声を浴びせたりしたという。中には、押田さんの発言に抗議し、彼と口論になった看護師も数人いるという。また押田さんは、怒りが収まらないうと当該の看護師以外の者に八つ当たりしたり、別の看護師に告げ口をしたりするという。そのため、II・C 病棟の看護師の多くは、押田さんを恐れて敬遠しているという。

(2) 町村看護師と押田さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

8 時 48 分、朝の情報交換開始である。本日のコーディネーターである町村看護師が最初に報告した。「押田さんは、胃全摘されて 12 病日ですね。あの（胃切除後の消化管吻合部）狭窄のためか、全然食べ物が入らなくて、ずっと吐いて。吐いては吃逆、吐いては吃逆を繰り返してるみたいですね。昨日も夜間 4 回くらい吐いて。寝てる間にも 1 回吐いてるみたいなので。誤嚥の可能性かなり高いと思うので、呼吸状態等注意していくのと、あと体勢ですね。本人にも指導して、あまり仰臥位にならないようにしていきたいと思います。夜間に胃管を入れるかっていう話しをしてみたいなんですけど。本人がまだ入れないで、（主治医の）先生と相談してから決めたいということなので。多分、先生、今日の日中回診に来ると思うので、そのときおそらく胃管入れると思います。今、流動食べてます。」

9 時 30 分を少し回っていた。町村看護師は、男性 4 人部屋の入り口すぐのベッドに行くと、開いているカーテン越しにそっと顔を覗かせた。そして、「おはようございます。今日、日中の看護師は町村になりますので、よろしくお願いします。」と言うと、ベッドに横になっていた押田さんは、「町村さんはなに、出身は因の島？」と、突然聞いてきた。口髭が無精ひげのように伸びている押田さんの顔は蒼白で頬がこけており、浴衣は無造作に合わせたままになっていた。押田さんの脇には向かいのベッドの患者が立っており、何か話しをしていたようだったが、そっと戻って行った。町村看護師は、押田さんの話しに受け答えをしてから…（略）…「体、楽そう？ 思ったより、もったきつそうかと思ったけど。」と、顔を覗き込んで聞くと、押田さんは、「楽になったよ。熱があるって言ってたけど、ちょっ

と楽になった。…（略）…（朝の）食事が来たときはね、まだ全然よくなかったよ。周りがみんなね、おいしそうな臭いでしょ。だから俺、外へ飛び出したんだよ。それで帰ってきたら、随分調子よくなったから。牛乳とそのオレンジのやつ、ちょこっと（食べた）。」
と言うと、町村看護師は、「うん。食べれるものだけ、食べておいて。あんまり無理しなくていいから。」と言い、点滴を調節して「はい、またちょっと後で伺います。」と言うと、押田さんは、「OK。」と応えた。町村看護師は、カーテンをきっちりと閉めて部屋を出た。

廊下に出ると、町村看護師が声をひそめて、「手術後はすごかったんですよ。少しおかしくなってます。」と言うので、研究者が「せん妄ですか？」と聞くと、町村看護師は、「せん妄っていうか、本当にイライラしてて。なんか、僕にはあまり厳しいところ、見せないんですけど。結構バトった（看護師と争った）って言ってたから。それでね、ちょっとでもカーテンが開いてると怒るんですよ。きちんと閉めないとすごく怒るんですよ。それでね、他の看護師にはすごくきつく言うんですよ。ことばもかなり汚い言葉使うらしくて。」と話してくれた。そこで、「あまりそんなふうには、見えなかったですね。」と言うと、町村看護師は、「ねえ、見えませんよね。今は怒ってるようではまったくなかったけど。何かあると後で言うみたいですね。」と言って肩をすくめた。

時計は10時50分を指している。先ほど内視鏡室に下りた押田さんが、ヘルパーに搬送されて戻ってきたのが、ナースステーションから見えた。その後を追った町村看護師は、「押田さん、お帰りなさい。」と言いながら、部屋に入って行った。車椅子に座った押田さんは、辛そうな声で、「大変だった。」と言うので、町村看護師は、「大変だったよね。きつとね、うん。」と、同意するように言った。そして、押田さんの鼻腔から入れられている胃管を見て、「あ、見事に入ってきたんですね。」と言いながらヘルパーと交替して、押田さんの車椅子をベッドに近づけた。…（略）…胃管は、押田さんの口髭の上から粘着力の弱い紙テープで固定されただけで、排液バックは接続しておらず、鼻腔から垂れ下がったままであった。町村看護師は…（略）…押田さんがベッドに横になるのを見届けてから、「大丈夫だね、はい。じゃあねえ、ちょっと横になって待っててください。それ、今すぐやります。」と言うと、押田さんは、「はい。」と返事したので、町村看護師は、カーテンをきっちりと閉めて部屋を出た。

廊下で町村看護師は、「うん。たぶん。（消化管内容物の排出によって）減圧しなきゃダメだったと思います、狭窄があつて。ご飯、止めじゃないかな。たぶん、ご飯出てると思うから。」と言いながら、ナースステーションに戻った。

町村看護師は、排液バックと延長チューブを持って再び押田さんの部屋に向かった。そして、「失礼します。」と言ってカーテンの中に入ると、押田さんの胃管に延長チューブを

つないだ。そしてその先端を排液バックの水の中に挿入してウォーターシール²⁷にした。三方活栓を開放すると、胃管から薄墨のような消化管排液が、勢いよく流れ出てきた。町村看護師が、「見える？ じょぼじょぼじょぼって流れてるの。ほら、今すごい勢いで流れてるでしょ。」と言って排液バックを指差すと、押田さんも、ベッドから身を乗り出して、「黒いのがねえ。ああ、出て来るねえ。」と言って眺めている。町村看護師は、「そう。これが溜まってたやつ。だから、すごく楽になると思う、今から。しゃっくりも止まると思います。溜まってるのが出てるので。」と、排液バックを見ながら言った。押田さんはつぶやくように、「うれしいなあ。(ヒックという吃逆音)」と、吃逆しながら言った… (略)…。町村看護師が「押田さん。先生、何か言ってました？ ご飯食べないでね、とか。」と聞くと、押田さんは「いや。」とだけ応えた。そこで町村看護師が、「ちょっとね、確認するまで、食べないでもらっていいです？ 申し訳ないですけど。」と言うと、押田さんは、「うん、わかった。(ヒック)」と返事をした。… (略)…。町村看護師が、「もう、500くらい出てきたのかな。」と言うと、押田さんは、「いやだねえ。(ヒック)」と、呆れたように言った。町村看護師は、「うん、これほど溜まってたから。もうこれが全部流れてるから、おなか自体は楽になる。ただ、(胃切除後の消化管吻合部) 狭窄があると思うので。この狭窄が開いてくれるのを待つって感じになると思うので。」と説明してから、「じゃあ、普通に横になってもらって。鼻のテープだけ、貼り替えさせてもらいます。」と言うと、黙って聞いていた押田さんは、「はい。」と言って、ゆっくりと体を横に傾けた。

町村看護師は、テープをはさみで切りながら、「押田さん、皮膚、弱いほうだったっけ。」と聞くと、彼は吃逆しながら、「(ヒック) 弱い。」と応えた。… (略)…。町村看護師が、「じゃあちょっと、ぐいっと横になれます？」と言うと、半身を傾けていた押田さんは、ゆっくりと横になりながら、「腰も痛いね。(ヒック)」と言った。町村看護師は、「腰痛い。」とことばを繰り返しながら、内視鏡室から貼ってきた紙テープをそっと剥がした… (略)…。テープの切れ端を片づけながら、町村看護師は、「はあい。一応、ご飯配らないようにはしてるんですけど、もし来ても食べないで少し待っててくださいね。」ともう一度繰り返すと、押田さんは、「(ヒック) はい。」と応えた。町村看護師が、「じゃあ、失礼します。」と言いながらカーテンをきっちりと閉めていると、押田さんは機嫌よさそうに、「はい、(ヒック) サンキュー。」と言った。

町村看護師は、ナースステーションに戻ると、主治医に電話をかけた。「看護師町村ですけど。…押田さん、今(胃管からの排液が) 500 くらい出てきました。…はあい…じゃ、食止め、水止めですよ。で、先生、後で指示書に書いといてくださいね。…」。

²⁷ ウォーターシール式吸引法 (water seal absorption)。水封式とも呼ばれ、水により大気と体内とを遮断する方法。水圧を利用した吸引法であり、一定の圧をかけられることや胸腔圧 (陰圧) などを水でさえぎることで大気圧 (陽圧) と遮断できる。入れ物を倒すことで圧を維持できなくなるため、倒れないようにする必要がある (堀川, 2012)。

町村看護師は、昼の交替のため引き継ぎをした。「押田さん、結局ね。狭窄があって、胃管入れてきてる。59cm（挿入した胃管の長さ）でやって。つないだ瞬間 500 くらいか、流れてきてる。今、だいぶ溜まってるんだけど。で、絶飲食になって。本人には説明してるから、多分ご理解得られてると思う。もしね、主治医の先生来たら、もしだよ。ここにさあ。この紙（町村看護師の書いたメモと指示書）置いとくから、点滴 2 本でいいですかって（確認して欲しい）。」と言うと、引き継ぎの看護師は、「はあい。」と返事をした。

13 時 30 分、町村看護師が昼休みから戻ると、引き継ぎの看護師が、「押田さんがね、ナースコールしてきて。トイレに歩いていいのかって。いいですって、言ってます。」と報告した。町村看護師は、「あ、僕。説明不足って怒られちゃう、こわい。」と言いながら、押田さんの部屋に早足で向かった。すると、浴衣姿の押田さんが、点滴台を押しながら廊下を歩いているのに行き会った。町村看護師は近づきながら、「ね、押田さん、説明が足りなかったみたいだから。ちょっと困ったみたいだから、ごめんなさい。」と言った。そして、「あの、自由に歩いてもらっても、今までどおり生活は変わらなくて平気。」と、やや早口で続けると、押田さんは立ち止まって、「うん。（ヒック）」と、吃逆しながら相槌した。町村看護師は、安堵したように口調を普通に返して、「ただ、もしね。もう結構歩かれるでしょ。こういうの（排液バックを指して）に電解質っていうのが混ざっててね。そういうのが足りなくなっちゃうと、フラフラしたり、めまいがしたりすることあるから。めまいとか気持ち悪いとか、何か症状があるときはナースコールを押して。一緒に行きましょう。」と言うと、押田さんは前屈みで点滴台につかまるようにして立っており、「ああ。」と返事した。そして…（略）…「トイレ行ってからは、気分がいいから。あそこからここまで。」と、数メートルの距離の廊下を指して言う、町村看護師は、「うん。ふらつきとかないですよ。」と、押田さんの顔を覗き込んで聞いた。すると、押田さんは手を振りながら、「ない、ない。」と言った。町村看護師が、「はあい。じゃあ、今日は無理せず。」と言うと、押田さんは、「どうもどうも。サンキュー。（ヒック）」と言い、町村看護師は、「はあい。じゃあ失礼します。」と言ってナースステーションに戻った。

時間は 14 時 40 分を過ぎている。…（略）…町村看護師が点滴の速度を確認している横で、押田さんは、吃逆するたびに、「いてて。いてえなあ。（ヒック）」と、独り言のように言いながら、うつむいたままベッドに腰掛けていた。町村看護師は、ベッドサイドにしゃがむと、「ほんと。」と言って、押田さんの顔を見上げた。そして、「多分、何もしないままだったら痛いままだけど。」と、探るように言ってから、静かに「湿布貼って。もし効かなかったら、また次考えればいいけど。あの、効くかもしれないから。」と言うと、押田さんは、「（ヒック）そおお。」と言って、顔を上げた。町村看護師は「…（略）…今お持ちしますので。お待ちください。」と言うと、さっと立ち上がり、カーテンを閉めてから、ナース

ステーションに早足で戻った。

町村看護師は、病棟在庫の湿布薬カトレップ²⁸を1袋取り出して、管理ノートに押田さんの名前と取り出した量を記入した。そして、再び押田さんの部屋に戻った。押田さんはまだベッドに腰掛けたまま、吃逆を繰り返していた。町村看護師は、「また、しゃっくり、止まらなくなってきました？」と言ってから、「腰ね、どうしようかな。どうやって貼ろうかな。」と言い、少し考えているようだった。そして、「立つことって、可能です？」と遠慮がちに聞きながら、押田さんの顔を覗き込むと、彼は「(ヒック) え？」と言ったが、ゆっくりと立ち上がろうとした。町村看護師は、「立って。お尻まくりあげちゃっていいです？」と聞くと、押田さんは点滴台につかまって腰を上げた。…(略)…町村看護師は、「2枚、じゃあ貼ってみましょうか。」と言った。押田さんが、「そうね。(ヒック)」と言うので、町村看護師は、「貼るとき、ちょっと、びっくりするくらい冷たいですよ。」と言いながら湿布薬を貼った。…(略)…町村看護師は、「はい。じゃあ、失礼します。」と言って、きっちりとカーテンを閉めて部屋を出た。

16時を少し回った頃、町村看護師は、体温計を持って押田さんの部屋へ向かった。「失礼します、押田さん。」と言うと、ベッドに臥床していた押田さんは、「うん。」と返事した。町村看護師は、「ちょっと、お熱測ってもらいます。」と言って体温計を差し出すと、押田さんは、「親方が言うんなら。」と、かすれた声で言った。町村看護師が、「親方が言うから？ふふふ」と言って笑ってから、「親方でもないけど。まあいいや。」と言いながら点滴速度を調節していると、押田さんは、自分で体温計を挟んだ。…(略)…町村看護師は、「38度。なんか体の割りにはお熱高いね。」と言ってから、…(略)…「はい。じゃあ、氷まくら、お持ちします。腰はどうですか？」と聞くと、押田さんは明るい声になって、「楽になったよ。腰、すっきりしたよ。」と言ってにっこりとした笑顔で言うので、町村看護師は、「ほんと。よかったです。」と、嬉しそうに笑った。

② インタビュー記録

18時30分を回った頃、町村看護師は、「今日の日勤の仕事は大体こんなところですよ。後は、何かありますか。」と聞いてくれた。そこで、「押田さんが胃管入れて帰って来られたとき、お食事は食べないでって説明されてましたが、あれはどんなご判断で。」と尋ねると、町村看護師は、「あのね、彼はもう結構メタってる(がんが転移している)んですよ。かなり進んで。でね、術後からもう、吻合部のはがん性狭窄だろうってことで。だから、胃管入れるかって話し(深夜の看護師が)してたとき、もう入れたらって(そのほうがよい)。」

²⁸ Catlep パップ1枚 70mg (10×14cm)。非ステロイド抗炎症薬、インドメタシン貼付剤。鎮痛作用に優れ、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛などに適用(高久他, 2011)。

と応えた。「というと？」と尋ねると、町村看護師は、「多分、狭窄が強いので。それで胃管入れるので。つまり通過障害ですよ。中に溜まっちゃってたんですね。だから（吻合部術創の）減圧の意味でも、うん。今までご飯食べていいよってしてたのは、結局もう、食べられるだけ食べてもらって、っていう意味でしたから。」と言った。そこで、「ということは、もう食事制限はしないで、という意味ですか。」と聞くと、町村看護師は、「そうそう。」と応えてから、「で、あんなに排液が出てたでしょ。消化管からのですから。もう食事は止めないって。ここへ上がってきて 500、最終 800 だっけ。下でも抜いてきたって言ってたから、もう軽く 1000 は出てるでしょうね。多分、かなり（吻合部術創に）圧もかかってたと思います。」と続けた。「では、点滴指示の再確認をされたのも、そういったご判断からでしたか？」と尋ねると、町村看護師は、「そうよ。だって先生、言わないと指示出さないから。あんなに排液出てて、点滴 2 本でいいのって思って。多分、電解質もくるってくると思いますよ。忙しいのはわかるけど、この野郎って感じですよ。」と言って笑った。「では、点滴の指示は変わったんですか。」との問いに、町村看護師は、「うん。明日採血の指示が出てた。で、点滴は 24 時間になってましたね。」と教えてくれた。

「では、押田さんの腰の湿布について教えてください。あれは、処方の先取りと考えていいんでしょうか。」と尋ねると、町村看護師は、「ああ、あれね、うん。ほんとにはあまりやっちゃいけないんだけど。病棟在庫って置かないんだけど、湿布は結構前の患者さんが置いてったやつがあって。で、使うときはノート管理にしてるんです。で、先生に言って本人さんの分、後で処方してもらってことで、返すことになってるんです。」と応えた。そこで、「それって、医師たちとの間で決めたんですか？」と尋ねると、町村看護師は、「よくわかんないですけど、僕が来たときからそうになってましたから。先生たちも結構、それでやってくれてるから。そうなのかなあ、多分。」と応え、「だとすると、いわゆる医師の包括的指示のもとに、ってことになるんですかねえ。」と言うと、町村看護師は少し考えてから、「そうかなあ。そういうことになりますかねえ、多分。」と応えた。「では、今日の押田さんの場合は、患者さんの希望というより、町村さんの処方になりますよね。そのあたりのご判断は？」と尋ねると、町村看護師は、「うん。彼、結構気難しいじゃないですか。で、僕も多分、ヘマやると怒られると思ってちょっと怖かったですけど。でも、ずっと嘔吐としゃっくりで。なんか、ちょっとかわいそうかなって。で、しゃっくりで（腰に）響くみたいなこと、言ってたから。じゃあ、効くかわかんなかったけど、湿布して少しでもよくなればって思ったのかな。」と言って笑った。「でも、楽になったよっておっしゃって。よかったですよね。」と言うと、町村看護師は、「うん。ねえ。よかった、ほんと。ちょっと笑ってた。ですよ。あの、僕ね、押田さん笑ったの初めて見た。」と教えてくれた。

(3) 町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈ーその 2

① 町村看護師の臨床的自律性ーその 2

a. 胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り

町村看護師は、押田さんが胃管を入れられて戻ってくると、排液バックを接続して、その排液の性状や量を観察した。そして、押田さんに昼食を食べないように伝え、また胃管のテープ固定後にも再び繰り返し、念を押すように説明していた。町村看護師は後に、押田さんは胃切除後の吻合部にがん性狭窄が生じており、消化管通過障害を起こしているので胃管を挿入したと述べている。すなわち町村看護師は、押田さんが胃管を入れられてきた事実から、術後吻合部狭窄の増強を見て取り、通過障害を生じていると判断したのである。そこで町村看護師は、押田さんに食事を経口摂取しないよう説明したのだ。

現行日本の病院では、一般に入院患者の食事については、その内容が食事箋として処方され、これは医師の指示となる。特に消化管手術後の患者の食事は治療計画上重視され、押田さんのように通過障害がある場合には、食事摂取によって病状が悪化することもある。町村看護師は、医師の指示の有無にかかわらず、自身の判断において押田さんの食事摂取を止めたのであり、これは医師の指示を先取りしたことになる。そして、すぐに医師に絶飲食の必要を確かめ、事後確認のかたちをとり、指示書に記入するよう伝えたのである。食物を経口摂取すれば通過障害を生じている消化管に食物が貯留し、胃切除後吻合部のがん性狭窄部が圧迫され、再び夜間のように嘔吐を繰り返すことになる。町村看護師は、押田さんがそうした苦痛を味わうことを避け、病状が悪化することを予防したのである。これは、消化器診療科において看護を実践する町村看護師の専門的判断による看護実践といえることができる。また、このように患者が胃管を入れられてきたことの意味を理解し、さらなる悪化予防を意図して経口摂取を止める判断および行為は、日課業務を慣習的にただこなすといった仕事の仕方とは異なる。これは、患者の病状把握に基づき個別特性に注目した主体的行為として、業務遂行上の慣習性を超えており、ここに町村看護師の臨床的自律性が存在する。そしてこれは、自律的看護実践と呼ぶことができる。

b. 電解質異常を見て取った現行点滴指示内容の補正を促すための医師への再確認

町村看護師は、点滴について主治医に確認して欲しい旨を引き継ぎの看護師に伝えていた。これは医師への確認行為ではあるが、言い換えれば、点滴指示内容変更の促しである。これに先立ち、町村看護師は押田さんに、排液バックを指して電解質が足りなくなるとフラフラしたりめまいがしたりすると説明していた。そして、インタビューの際にも、電解質もくるってくると思うと述べている。ここには、押田さんの胃管からの排液が、数時間の間に 1000ml も排出されたことによって、電解質バランスが異常に傾いているとする町村看護師の判断があったのだ。そしてこうした判断から、町村看護師は、押田さんの点滴内容補正の必要を見て取り、現行指示を再確認することによってその内容変更を医師に促

したのである。またこれは、消化器診療科における看護実践家としての専門的判断であり、そこで日常的に行われている標準的な看護実践を超えているということができる。このように、胃管排液の観察により電解質異常を予測して体液補正の必要性を判断し、現行点滴指示内容について医師にその変更を促したことは、町村看護師の臨床的自律性が発揮された実践であり、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

c. 怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方を先取りした湿布薬貼用の勧め

押田さんは、吃逆のたびに、「いてて。いてえなあ。」と、独り言のように言っていた。これは、吃逆による身体の振動が、押田さんの腰痛を増強させている状況である。そこで町村看護師は、何もしないよりはよいとして、押田さんに湿布薬の貼用を勧めた。そして、カトレップという病棟在庫薬を彼に貼用した。通常、湿布薬は医師によって処方される。Ⅱ病院 C 病棟では、事後報告による処方が医師から容認されているようだ。しかし、町村看護師が述べているように、医師が容認しているとしても、それが正当と認められているわけではない。そうした中でも、町村看護師は病棟在庫薬を使用した。すなわちこれは、医師の指示を先取りしたことになる。町村看護師は、その発言によると、前日から嘔吐と吃逆を繰り返していただけでなく、腰痛がある上に吃逆によってその痛みが増強するという押田さんの苦痛を、少しでも和らげようとしていたのだ。そしてこうした思いから、本来は控えるべき病棟在庫薬を敢えて使用する意思決定をしたと考えられる。これは、押田さんの苦痛を少しでも和らげたいと意図して、積極的に勧められる手段ではないことを認識しつつそのようにする、すなわちリスクを覚悟したということである。

また、押田さんは、入院時から気難しい人柄とされ、特に手術後には、気分不快などのためか苛立ちが強度で、看護師に怒鳴ったり、罵声を浴びせたりしたという。そのため、Ⅱ・C 病棟看護師の多くが押田さんを敬遠している。こうした中でも、町村看護師が、押田さんの重なる苦痛に注目し、少しでもそれを緩和しようとしたこと、そしてリスクを負うかたちとなっても医師の指示を先取りし、病棟在庫薬を用いた行為は、そこで行われている標準的な看護実践を超えている。このように、押田さんの腰痛への看護ケアには、町村看護師の臨床的自律性が発揮されており、これは自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 消化器診療科における看護および特定薬剤に関する専門的知識に裏付けられた判断力

＜自律的看護実践の展開根拠：必要条件＞

町村看護師は押田さんの病状を把握していた。そのため、胃管が入れられたことの意味を術後吻合部狭窄の増強と察し、通過障害が生じていると判断することができた。これは、押田さんの胃がんの進行程度や、胃全摘術における吻合方法や術後の影響に関する知識に基づいた判断であり、消化器診療科における看護の専門的知識といえる。

また、町村看護師は、電解質異常によるフラツキやめまいについて押田さんに説明していた。ここには、胃管の留置部位を理解し、その排液成分を予測し得る科学的知識を有し、これに基づく判断があったと考えられる。町村看護師は、Ⅱ-C病棟に希望して配属されていることから、消化器疾患患者の看護に関する専門的知識には優れていると考えられる。

加えて、町村看護師は、病棟在庫薬の中からカトレップという湿布薬を使用した。カトレップは、非ステロイド抗炎症薬インドメタシンを含有し、鎮痛作用に優れた貼付剤である。病棟在庫薬の中からこれを選択使用した町村看護師は、当然こうした湿布剤についての知識をもち合わせていたと考えられる。

このように、町村看護師は、消化器系の機能およびその疾患や治療に関する専門的知識、そして特定薬剤に関する知識に基づき、これを裏付けとして押田さんのケアに関する判断をしていたと考えられる。従って、町村看護師のこうした専門的知識に裏付けられた判断力が、ここでの看護実践を可能にしていたのであり、自律的看護実践を展開する根拠となっていた。そしてこの展開根拠は、町村看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

b. 気難しい患者に気遣い、その関係性を良好に保とうとする努力

<自律的看護実践の起動力：必要条件>

町村看護師は、押田さんは手術後に苛立ちが激しく、またカーテンをきちんと閉めないとすごく怒るのだと話していた。そして、彼の部屋を出る際には、町村看護師はカーテンを毎回きっちりと閉めていた。これは、押田さんがすごく怒るからそのようにしていたのであろう。だが一方で、そうした行為は、町村看護師が自身の動作についてその都度細やかに気遣っていたためと見ることもできる。看護師にとってカーテンを閉めるという行為は、患者のプライバシー保護のための重要な気配りである。しかし、病室のカーテンはその易可動性によって、閉める動作の反動や動いている看護師の身体に触れることによって隙間ができてしまうことは珍しくない。それゆえカーテンをきっちりと閉める行為には、実は意識的に細やかな注意を払う必要があり、町村看護師はこれを実行していたのである。

また、昼交替中に押田さんからナースコールがあったと報告を受けた際、町村看護師は、彼の部屋に早足で向かい、説明が足りなかったとして謝っていた。このやり取りから、町村看護師は、押田さんのナースコールの意味を、自分の説明不足ととらえたことがわかる。つまり町村看護師は、安静度に変更はないという説明をしていなかったことに気づき、これを反省したのだ。押田さんは、胃管挿入によりそれまでのように自由に歩いてもよいのかわからず、ナースコールをしてきたのだが、これについては、交替中の看護師から必要な回答が得られていた。しかし町村看護師は、説明を怠った自分の問題として反省し、謝罪したのだ。町村看護師は、後に「僕も多分、ヘマやると怒られると思ってちょっと怖かったです」と述べているように、押田さんとのやり取りでは慎重になっていた、あるいは

緊張していたことが伺われる。それゆえ町村看護師は、自分のこうした説明不足すなわちへまには、すぐに謝罪することにより、押田さんとの関係性を悪くしないよう努力していたと考えられる。そして、こうした努力の背後には、単に関係性を悪化させたくないというだけではなく、それにより、必要な看護ケアが提供できなくなることを避けたいという思いが存在していたと考えられる。

一方、押田さんは、この日町村看護師との一連の関わり合いの中で、すごく怒るあるいはきつく言うといったことはなかった。そして出身は因の島かといった質問をするなど、押田さんは、町村看護師に私的な会話さえ持ちかけていた。これは、押田さんが町村看護師を好意的に感じていたからではないだろうか。また、16時過ぎの体温測定の際、押田さんは、町村看護師に「親方が言うんなら。」と言っていた。この発言から、押田さんが、町村看護師はⅡ-C病棟看護師の中でも上層部に位置し、信頼に値すると感じていることが伺われる。手術後に何人かの看護師たちと争ったという中で、押田さんがこのように感じられた背景には、退室の度に毎回カーテンをきっちり閉めていく、へまをしたときには自分の問題として反省し、謝罪するといった町村看護師の姿勢があったからではないだろうか。言い換えれば、押田さんは、町村看護師の細やかな気遣いや自己反省的な姿勢を評価していたからこそ、町村看護師には厳しい姿勢を見せないのであり、親方と呼び、私的な会話さえも持ちかけたのだと考えられる。

このように町村看護師が、その関係性を良好に保とうと努力していたことによって、押田さんとの関わり合いが円滑に進んでいたということができる。この意味で、町村看護師が押田さんに気遣い、彼との関係性を良好に保とうとした努力は、ここでの自律的看護実践の起動力となっていた。そしてこの起動力は、町村看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

c. 患者のことばを聴き逃さない応答性 <自律的看護実践の展開契機：必要条件>

町村看護師は、吃逆のたびに腰が痛いと言っていたことから押田さんに湿布を貼用した。これに先立つ午前中のことである。内視鏡室から戻ってきた押田さんの胃管を固定し直そうとして、町村看護師が、ベッドに横になるよう促したとき、彼は「腰も痛いね。」と言っていた。町村看護師はそのことばを鸚鵡返したのだが、彼はこのとき、皮膚が弱いという押田さんの顔に貼られたテープを剥がすという繊細な作業を行っていた。こうした場合、看護師は自分の手先に集中する余り、患者の発言をつい聞き流してしまうこともあるだろう。また、押田さんは、何かをして欲しいといった要求としてこの発言をしたわけではなく、単に自分の状況を口にしたに過ぎなかったと思われる。だが町村看護師は、この押田さんの発言を聴き逃してはいなかった。町村看護師のかわいそうという発言から、嘔吐と吃逆に苦しんでいる押田さんを気遣っていたことがわかる。それゆえ、押田さんが腰が痛いと言ったとき、この発言に注意を向けることができ、何か看護ケアを提供したいと考え

たのだろう。そこで、押田さんが吃逆のたびに腰が痛いと言っていることに、すぐに応答することができたのである。この意味で、患者のことばを聴き逃さない応答性は、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていた。そして、この展開契機は、町村看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

③ 町村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性－

町村看護師は、押田さんに胃管が入れられたことから、消化管通過障害を見て取った。そこで、医師の指示を先取りして経口摂取を止めるよう押田さんに説明した。こうして、押田さんは夜間のように嘔吐するには至らず、その苦痛を再び味わうことを回避することとなった。また町村看護師は、胃管排液を観察して電解質異常を予測し、現行点滴指示について医師にその内容変更を促した。これにより、押田さんには翌日の採血および 24 時間持続点滴の指示が出され、早期に必要な医療が施されることとなり、さらなる悪化の防止および安全が確保された。そして町村看護師は、押田さんの発言を聴き逃すことなく応答し、湿布を貼用した。その結果、押田さんは明るい声で、「楽になったよ。腰、すっきりしたよ。」と笑顔で応えていたことから、その腰痛が緩和され、気難しく怒りっぽいとされる押田さんに笑顔がもたらされたことが示された。がんを患い、その手術後も決して順調とはいえない状況にある押田さんにとって、一時でも笑顔になれたことは、彼の QOL という点から見て、その意義は大きいと考えられる。

一方町村看護師は、点滴の指示は変わったのかとの問いに、翌日に採血の指示が出され、24 時間持続点滴になったと述べており、自分の行為によって、押田さんに適切な指示が出されたことに満足していたことが伺われる。そして医師の指示が変更されたことは、町村看護師の判断が的確であったことを示す事実でもあり、これは彼が消化器診療科における看護実践にさらに自信をもつことに繋がると考えられる。また、押田さんの湿布貼用について、「よかった、ほんと。ちょっと笑ってた…僕ね、押田さん笑ったの初めて見た。」と述べていたことから、町村看護師は、押田さんの腰痛が楽になったことに安堵したことがわかる。そして、気難しいとされる押田さんが、初めて笑顔を見せたことを町村看護師は嬉しく思い、自分の看護ケアの結果として達成感あるいは満足感を得ていると考えられる。

さらに、町村看護師の関わりによる腰痛緩和という事実は、押田さんにとって看護師への信頼を深めることに繋がり、患者－看護師関係をより効果的発展に導くこととなる。

(4) 研究参加者の町村看護師の意見・感想

‘町村看護師と押田さんとの関わり合いの記述’ および ‘町村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’ について、研究参加者の町村看護師本人に通読してもら

い、次のようなコメントをいただいた。

町村看護師は、「これって、前にも読ませてもらって、いろいろと聞いてもらったやつですよ。よく覚えてます、僕。ここ（「町村看護師と押田さんとの関わり合いの記述」）のところは、前のときに聞いてもらったんです。すごいリアルだって言って。これだけでもすごいって思ったのに、また（解釈部分が）増えたんですね。」と話した。そして、「今度は解釈について、ご意見やご感想をいただけますか」と言うと、町村看護師は、「うん。確かに、僕。消化器は希望してたから、結構その辺の知識は勉強しましたね。だからここに来たかったんですもん。あと、押田さんに怒られないようにっていうのは、古地さんとも一緒に結構、気い遣いましたよね（笑い）。…（略）…湿布。湿布はねえ、この間聞いてもらったとおりで。うん。納得です。すごいですよね、これ。また読ませてくださいよ。こういう研究なら、また一緒してもいいかなと思いましたけど。もう来ないんですか。」と話してくれた。

3) 山口看護師と患者石川さんとの関わり合い

山口看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、担当した患者数は延べ 13 名であった。そのうち、山口看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

山口看護師は、30 歳代半ばの女性、同系大学グループの 3 年課程看護短期大学を卒業後、Ⅱ病院に就職した。山口看護師は、「ここしか知らないんです。中のことはわかるんですけど。外の状況は積極的に目を向けないとわからないです。」と話している。また、ここへの配属は希望かと聞くと、山口看護師は、「Ⅱ-C 病棟、今の病棟は、希望ではないですね。… (略) …ただちょっと、そのときは、移動はまだしたくなかったんです。まだその部署で、完全にこなせたっていう認識がなかったんで。」と話してくれた。看護師経験は 10 年、Ⅱ-C 病棟の前は手術室に 5 年勤務していたという。そして、「ここは、患者さんとお話しができるからいいです。やっぱり、患者さんの反応があるほうがやりがいというか、いいです。オペ室は、あまり患者さんとの関わりがないので。」と言い、「どんなお仕事をしたとき、満足できますか」との問いに、「時間をかけてゆっくりお話ししたり、患者さんが納得して自分のことが管理できるように、指導できたときですかねえ。」と話してくれた。

山口看護師は、リーダー歴は 7 年目を迎え、Ⅱ-C 病棟看護師のなかでもリーダー上層部に属し、同級生や先輩からも「山口先輩」という愛称で呼ばれており、静かな物腰なのだが信頼性が高いらしく、新人・中堅といった各層の看護師たちからよく相談を受けている。

(2) 石川さんのプロフィール

石川さんは、50 歳代後半の男性、会社勤務をしており、病室では日中ノート型パソコンを使用し、仕事をしている。看護師とのやり取りは穏やかで、理知的な印象を受ける。直腸がんのため、腹腔鏡下高位前方切除術²⁹を受け、一時的回腸ストマを造設し、11 病日になる。ストマ管理についても殆ど習熟しており、看護師たちも安心して自己管理を任せられると言っている。

(3) 山口看護師と石川さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

8 時 45 分を少し回ると、モジュールミーティングが始まった。山口看護師が始めに患者状況を報告した。「石川さん、ラパロ（内視鏡）下で回腸ストマ造設して 11 病日になりま

²⁹ 直腸がんの手術方法の 1 つ。腹膜翻転部（S 状結腸が終わり、大腸が真っ直ぐになった部分で肛門につながる：研究者加筆）の上、S 状結腸部で腸を切り、肛門管と吻合する肛門括約筋温存手術である（TAKANO HOSPITAL, 2012）。

す。もう今ノールート（点滴なし）になっていて、常食摂取中。ストマのセルフケアのほうはほぼ確立されていて。今、中2日にして明日（ストマ用パウチの）交換予定になっています。先日抜糸ももう済んでいるので。次回交換して、創部のほうと皮膚のトラブルがなければ、今使っているリムーバー等々買っていただこうかと思っています。今のところ不明なことは質問していただけるので、本人に合わせて指導していければと思います。」

山口看護師は、朝の挨拶をするため男性4人部屋に入って行った。左側列窓側のカーテンの中を覗いて、「石川さん、おはようございます。」と言うと、ベッドの上に正座していた石川さんは、「あ、おはようございます。」と、お辞儀をしながら応えた。石川さんは、髪をきちんととかし、Tシャツにトレーナーズボンをはき、眼鏡をかけた様子が理知的な印象を与えている。山口看護師が、「日中担当、山口です。」と言うと、石川さんは、「あ、はい。」と頭を下げた。そして山口看護師が、「よろしくお願いします。」と続けると、石川さんは、「先ほど先生方がいらっしゃいました。」と言った。…（略）…石川さんはやや小声で、身を乗り出すような姿勢になって、「あのう、肛門のほうからね。」と囁くように言うので、山口看護師が顔を近づけると、石川さんは、「たまに、によろ一っところ。ネバっとしたもんが出てくるんですけど。」と言い難そうに続けた。山口看護師は、「はい、はい。」と明るい口調で相槌すると、石川さんは、「だからそれ。今、先生に聞いたら、こっちの大腸のが一部回ってくるのも、あるかもしれないと、いうことと。」と言い、山口看護師は、「ええ。」と頷きながら相槌すると、石川さんは、「あと、縫合部のところが細菌と戦って、それが若干出るのかもしれないと。そんなお話がありました。」と続けた。山口看護師がゆっくりした口調で、「そうですね。まあ、粘液みたいなのが時々出るかも知れんですけど。まあ。それは特に大きな異常ではないので。」と言って医師の説明に同意を示すと、石川さんも、「ええ、そうですね。」と相槌し、山口看護師は、「大丈夫です。」と、ことばを継いだ。…（略）…山口看護師が少し間を置いてから、「ではまた。後ほど検温に来るので、よろしくお願いします。失礼しました。」と言って丁寧にお辞儀をすると、石川さんは正座したまま、「ありがとうございました。」と言いながらお辞儀をした。

廊下に出ると、歩きながら山口看護師は、「あの方は、腹腔鏡で。高位前方切除術と回腸ストマを造設して。で、創部の安静を保つための一時的ストマを造設して。で、まあ6ヶ月後くらいにまた、再手術でまたストマを戻すっていう方です。」と説明してくれた。研究者が、「それで明るいんですね。」と言うと、山口看護師は、「そうです。それでもう、ほとんど創のほうは調子がよくて。あとは装具の種類の選択と。まあ、手技はほとんど確立されているので。それくらいですね。なので、ちょっと明るい感じです。」と言った。そこで、「肛門からののは？」と聞くと、山口看護師は、「休ませてる腸からの粘液だと思います。なので、心配ないですけど。今肛門は使っていないので、ちょっと括約筋がうまくいっていないのかも。気にされてるんでしょうね。」と話してくれた。

9時30分を回っていた。…(略)…オーバーテーブルの上にはノート型パソコンが開かれている。山口看護師は遠慮がちに、「ちょっと。検温のほう、させていただいてもいいでしょうか?」と聞くと、石川さんは、「はい。」と応えた。山口看護師は、ワゴンから端末入力器を取り上げ、石川さんの左手首に巻かれたネームバンドのコードを器械に読ませてから、「はい。お願いします。」と言って体温計を渡した。すると石川さんは、体温計を腋に挟みながら少し言い難そうに、「あのう。」と言って、照れ笑いのように鼻先で笑って、「ちょっと、看護師さん。」と言うので、山口看護師は、「はい。」と改まったように返事をした。石川さんは、「あのう、肛門のほうがね。」と言い始めたので、ワゴンに向かっていた山口看護師は、「はいはい。」と言ってベッドのほうに向き直った。石川さんが遠慮がちに、「ええと。随分あのう、痛みがですねえ。」と言うと、山口看護師は“承ります”といったふうに、「はい。」と相槌し、石川さんは、「出てきた感じなんで。」と続けた。山口看護師は、ゆっくりとした口調で「はい。」と受けて、少しの間があってから、「もしあれでしたら、痛み止めを一回、飲んでみましようか?」と言うと、石川さんは、「あ。飲んでもいいですか?」と、聞き返した。山口看護師が、「ええ。で、一回飲んでみて。どんな感じなのか。」と言うと、石川さんはニコツとして、「そうですね。」と納得したように言った。山口看護師は、「じゃあ、ええと。たぶんピンクの錠剤になるかなと思うんですが、痛み止めなので。それをお持ちしますね。」と、ゆっくりした静かな口調で言うと、石川さんは、「はい。ありがとうございます。」と言って頭を下げた。

山口看護師がワゴンの上でメモをしていると、石川さんが、「そしてあの、あそこ(室内トイレに設置された尿を溜める器械³⁰を指差して)のお小水取るときに。どうしても、あのう。」と言い淀んだので、山口看護師は、「はい。便と混じってしまう?」と先を促した。石川さんは、「じゃなくて。あのう、筋肉が、ですね。」と言い始めたので、山口看護師が、「はい。」と改めて聴く姿勢を示すと、石川さんは、「肛門の筋肉に一緒にいっちゃうんですね。グッと踏ん張ると。」と言った。山口看護師が、「うんうんうん。」と、合点がいったというように相槌すると、石川さんは続けて、「それで、お小水取ってくるとまた、ジワーンと痛みが出てくるんですよ。」と、小声になって言った。山口看護師は、「はあ。」と相槌し、石川さんが、「そう。で、筋肉使っちゃうから。」と続けると、山口看護師は、少し考えてから、「ああ。あのう、お小水の量は、もう大体安定してきているので。」と、ゆっくりした口調で言った。石川さんが、「ええ、ええ。安定して、少ないですね。」とことばを挟み、山口看護師は、「はい。」と受けてから、「お小水のほうはもう溜めなくても」と言いかけると、石川さんは、「ああそうですか。」と安心したように言った。山口看護師は、さらに続けて「大丈夫です。」と言うと、石川さんはにこっとして、「ああ、わかりました。」

³⁰ II-C病棟の各病室にはトイレが付設されており、患者の尿を溜めるための器械が設置されている。この器械は、尿を注入すると自動的に量を測定し、記憶・累計するしくみになっている。

と応えた。山口看護師が、「お通じのほうも、まあ大体、決まってきたので。」と、ひと言ひと言を丁寧に区切りながら言うと、石川さんは、「はい、はい。」と相槌しながら聞いている。山口看護師は続けて、「急に増えたとか、急に減った、以外だったら。」と一度ことばを切ってから、「もうそんなに。細かく測らなくても、大丈夫かなと思いますので。」と続けると、「ああ、ああ。」と声を出して相槌していた石川さんは、明るい口調になって、「ああ、そうですか。」と言った。山口看護師が、「そうしたら、お小水溜めるときに。あのう。」と、少し間をおいてから、「おしっこのほうに注意を。そんなに注目しなくていいから。少しいいかもしれないですね。」と言うと、石川さんは、「ああ、そうですか。」と、安堵したように言うので、山口看護師は、「はい。」と受けた。石川さんが、「わかりました。」と言うと、山口看護師は、「なので、お小水はもう。」と続け、石川さんは、「ああ。じゃあ、あそこに入れなくていいわけですね。」と確かめるように聞いた。山口看護師は、「大丈夫です。終了でいいと思います。」と、はっきりとした口調で言うと、石川さんは、「わかりました。」と言ってまたにっこりした。そこへ、体温計の音が鳴った。山口看護師が、…(略)…改まって「肛門のほうの痛みがあるというのは、さっき聞いたんですが。こっちのおなかの表面は、もう。」と聞くと、石川さんは、「ええ、痛くないです。」と応えた。

山口看護師は声のトーンを変えて、「ちょっと、あのう。多分、見た目なんともなっていないと思うんですけど。」と、少し遠慮がちに言ってから、「お尻のほうって、一回見せてもらってもいいですか？」と聞くと、石川さんは「ああ、そうですか。ええ。」と、特に何ともないといった口調になって言った。そして…(略)…ベッドに寝ると、体を横に向けて、申し訳なさそうに「すみませんね。」と言いながら、自分でズボンを下げた。山口看護師は、カーテンをきっちりと閉め直して、「いいえ。」と言い、両手にゴム手袋をつけると、「ありがとうございます。」と言って、肛門部を観察した。肛門周囲には白色粘稠粘液が付着しており、肛門自体には発赤や出血は見られなかった。山口看護師は独り言のように、「手術のときだけかな。」と言い、次に、「うん。特になんか、出血とかは確かにないですね。」とやや声を大きくして聞こえるように言うと、石川さんは、「ああ、そうですか。」と言った。山口看護師は少しの間観察してから、「うん。やっぱり、少し粘液みたいなのが。」と言うと、石川さんは顔をこちらに向けて、「ええ、ええ。」と相槌した。山口看護師は「出ているだけで。」と続けてから、「傷ついてる感じではないですね。」と言うと、石川さんは、「あ、なるほどね。」と、少し安心したように言った。そして、「じゃあ、よかったですね。ありがとうございます。」と続けた。…(略)…山口看護師が、「はい。じゃあ、痛み止めをまずは、持って参ります。」と言うと、石川さんも、「はい。まずは、飲んでみます。」と応えた。山口看護師は、静かな口調で「では、ちょっと取りにいきます。失礼します。」と言って、ワゴンを押して部屋を出た。

廊下で、研究者が「肛門痛があるんですか？」と聞くと、山口看護師は、「そうですね。

あのう、手術操作のときに、肛門から、吻合器³¹みたいのをグッと入れて。断端とか吻合してるので。多少痛みがあるかもしれないですね。もしかして。」と話してくれた。さらに、「ご自分でいろいろとおっしゃる方なんですか？」と聞くと、山口看護師は、「そうですね。突っ込んでくるとかじゃなくて。結構、具体的に質問できる人なんですよ、頭がよくて。そう。なので、入院中にこれ使って、これが痛みはどう影響するとか、評価できるんですね。あの、どうなるか、なんて。言ってくれるので。」と話してくれた。「では、痛み止めを飲んでみては、とおっしゃったのはそういった意味からですか？」と聞くと、山口看護師は、ワゴンを押して廊下を歩きながら、「そうですね。痛いつてことなので。彼は、お薬の効果とかも自分で評価して教えてくれるので、一度使ってみてもいいかなと思ったんで。」と言った。そこで、「今まで飲んだことはないんですか？」と聞くと、山口看護師は、「ええ。オペ後はエピ³²（硬膜外麻酔）でなんとか自制内（我慢できる程度）だったので。疼痛時屯用（内服薬）でも出てたんですけど、お薬は使わなかったんです。」と話してくれた。そうしているうちに、ナースステーションに到着した。

山口看護師は、ナースステーションで女性医師を見つけて、「あ、先生。」と声をかけると、その医師は、「はい。」と返事した。山口看護師は、「ちょっとねえ。気になってるんですけど、石川さん。ちょっと痛いんで、肛門のところが。ロキソプロフェン³³を1錠。」と言うと、医師は、「はい。」と言い、山口看護師が、「飲んでいきます。」と続けると、医師は「はい。お願いします。」と返事した。

山口看護師は、薬剤の引き出しから石川さんの名前の書かれた袋を取り出し、屯用鎮痛剤ロキソプロフェンを1錠手に取った。そして男性4人部屋へとって返すと、「石川さん」と言いながらベッドに近づいて行った。…（略）…山口看護師が、「お飲みください。」と続けると、石川さんは、「はい。」と返事した。山口看護師は、「じゃあ、失礼します。」と言って部屋を後にした。

11時30分を少し回ると、山口看護師は、昼交替の看護師に引継ぎをした。「石川さんは、お変わりないです。ちょっと、なんか肛門のほう痛いって言って。11時過ぎにロキソニンを1錠飲んでるんで。まあ、また飲みたいとか、痛くてしょうがないっていう感じでもないんで、そのまま経過観察でいいです。」

³¹ 自動吻合器。各種腸管手術に用いられる。直腸手術の場合は、切離予定部の肛側腸管に巾着縫合器をかけて切除し、腫瘍のある腸管を切除した後、自動吻合器で吻合を行うため口側腸管にアンビルヘッドという器械の接続部分を装着し、肛門より吻合器を挿入し端端吻合する（小林他, 1997）。

³² epidural anesthesia 硬膜外腔に直径0.5mm程のカテーテル（チューブ）を留置し、麻酔薬を持続的に投与する。麻酔薬は硬膜を通過してゆっくり脊髄に効くため、血圧低下等の副作用が緩やかとなる。

³³ 非ステロイド抗炎症薬で強い鎮痛効果があり、消化管障害作用が少ない（高久他, 2011）。

時間は 14 時近かった。午後の部屋廻りをして、山口看護師がゆっくりとした口調で、…（略）…「お薬飲んで、どうですか？ 痛みの変化。」と聞くと、石川さんは、「あの。今は、随分おさまっていますね。ただ、これがその。飲まなくてもこうなのか、どっちかわからないんですけど。」と言った。山口看護師が、「ああ。」と頷いて聴いていると、石川さんは膝に手を置いて、「あの、今のところは。」と言うので、山口看護師は、「落ち着いてますか？」と聞き返し、石川さんは、「はい、落ち着いています。はい。」と応えた。

山口看護師が、「じゃあ、まあ。もしあれですかね。帰るときに。」と言うと、石川さんは「はい。」と改まったように相槌した。山口看護師は続けて、「痛み止めとか、例えば出してもらっておいて。それで、痛いときに飲めるような。」と言うと、石川さんは、「そうですね。ええ。」と、同意するように言った。山口看護師はゆっくりとした口調で、「お薬を退院時にももらえると、安心っていう感じでしょうか？」と聞くと、石川さんは、「そうですね、ええ。あの、家に帰るときに。」と応え、山口看護師は、「うん。」と相槌した。石川さんが、「あの。いづらか出していただければと思うんですが。」と言うので、山口看護師は、「はい。じゃあ。」と言って部屋を出た。

廊下に出ると、山口看護師は、「ねえ。お仕事もしているの。結構、早期退院をめざして。セルフケアの確立に向けては、かなり体力と行動力のある、優秀な患者さん。効果的治療計画管理。」と言って笑った。

ナースステーションに戻ると、山口看護師は電子カルテに石川さんの看護記録を記入した。「S（主観的データ）：ちょっと肛門のところがチクチクします。A（アセスメント）：肛門周囲に疼痛あり。出血、発赤、熱感なし。ロキソプロフェン 1 錠内服。肛門より、少量の粘液の流出あり。本人から医師にも報告したが、吻合部から出ていると思われるため、様子見ようと説明受けた。明日パウチ交換予定。」

② インタビュー記録

18 時 30 分を過ぎると、山口看護師は、「今日は大体こんなところですけど、お話しとかするんですけど？」と聞いてくれた。「石川さんの肛門痛があるとおっしゃっていたことについて、痛み止めを勧めた件ですが…（略）…疼痛時屯用のお薬は、オペ後の患者さんには誰にでも処方されるものなんですか？」と聞くと、山口看護師は、「先生にもよるんですけど、大体処方されていますね。エピを抜いてから痛みが強くなる人がいるので。それで。」と言った。「じゃあ、主に術創の痛みに対しての処方ってことですか？」と聞くと、山口看護師は、「ええ。創が痛いっていう患者さん、結構いるので。でも、石川さんはオペ後の創痛は、あまり訴えはなかったと思います。エピで乗り切れちゃったというか。」と応えた。

「石川さんが肛門が痛いとおっしゃったとき、どんなお考えが浮かんだのか教えていただけますか？」と尋ねると、山口看護師は、「ラパロ下で直腸を切るんですけど。そのとき肛

門から吻合器、あの 3cm くらいの太さのを、グッとかう、入れるんですね。それで、こう、かなり広げるので。傷とかになってるのかなと、ちょっと思ったので。まあ、何もなかったですけど。」と応えた。そこで、「そのように思えたのって、山口さんが手術室経験があることと関係ありますか？…（略）…これは消化管の手術に立ち会ったナースじゃないとわからないことかなと思ったんですが。」と言うと、山口看護師は、「ああ、そうかもしれませんね。そうですね。病棟（勤務の経験）だけだとどんな手術操作しているか、わからないかもしれませんよね。」と言い、「それで、肛門の観察もなさったのですか？」との問いに、「はい。一応傷が無いかは見ておきたかったの。」と応えた。

「蓄尿は、医師の指示によるものですか？」と尋ねると、山口看護師は、「術後は水分バランスを見ようということ。ここでは術後のルーティンの指示になってるので。それで。あと、回腸ストマの人って、水様性の便が出るんですね。それもあって、結構長くなることがあるんですけど。うーん。医師の指示っていつでも。」とことばを切ったので、「では、蓄尿開始はルーティンだとしても、終了はナースの判断でってことですか？」と聞くと、山口看護師は、「そうですね。ここの先生たちは、言わないと指示を書かないくらいなので。その辺はもう、うちらでやってますね。」と言って笑った。「では、今日、石川さんの蓄尿を終了にしたあたりのご判断について教えてくださいませんか？」と聞くと、山口看護師は、「ええ。もう、あの。石川さんは 11 病日経ってるし。尿量もお通じの量も安定してきてたんですね。なので、もう止めていいと。それに彼、お小水溜めるときにつて。あのよう（肛門痛があると）言ってたので。」と応えた。そこで、「では、蓄尿中止については、石川さんの肛門痛がっていうより、その前にもう、山口さんは、そろそろ中止しようとお考えだったということですか？」と尋ねると、山口看護師は少し考えてから、「そうですね。でも、石川さんが言ってくれたので、きっかけにはなったと思います。」と言った。

「退院時処方に痛み止めを入れるか、石川さんに聞いていらっしゃったのですが。あれはどういったご判断で？」と尋ねると、山口看護師は、「石川さんは、頭のいい方なので。彼なりにセルフケアはもう、ほとんど確立してるんですね。それで、今日みたいに肛門が痛いっていうときにも、飲めるようにしたらいいかなと思い。自己管理できるので。今、早期退院に向けて、いろいろと準備しているんですよ。あ、そうだ。さっき先生には言ったんですけど。一応、電カル（電子カルテ）に入れておかないと。」と言って立ち上がった。

（4）山口看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 山口看護師の臨床的自律性

a. ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言

検温時に石川さんは、肛門痛が出てきたと言った。そこで山口看護師は、鎮痛剤の服用を提案した。その後山口看護師は、手術に吻合器を使用するため痛みがあるかもしれない

と話していることから、石川さんの肛門痛を手術操作における吻合器挿入の影響と判断したことがわかる。吻合器とは、手術操作が困難とされる骨盤腔内の手術のために開発された、患部切除後の消化管口側と肛門側との吻合に用いる器械、消化管自動吻合器を指し、これは専門的特殊器械である。こうした消化管自動吻合器を用いた手術操作に関する知識は、手術室看護の経験を有する山口看護師の専門的知識ということができる。この専門的知識によって、山口看護師は、石川さんが訴える肛門痛の意味を読み取ったのである。

また、山口看護師は、石川さんの肛門痛に対して鎮痛剤を使うとする意思決定をしていた。そして、彼は具体的に質問ができ、治療効果についても評価ができると話していることから、石川さんは薬の効果を自分で評価し得るとの判断を同時にしていたのだ。

山口看護師によれば、石川さんは、術後は硬膜外麻酔で我慢できる程度だったため、疼痛時屯用内服薬が処方されていたが使わなかったという。この疼痛時屯用とは、硬膜外麻酔の薬剤効果発現期間が終了した後、主に術後創痛に対して処方される内服用鎮痛剤である。屯用とは、患者の疼痛の程度により適宜使用してよいという医師の包括的指示、すなわち患者の処置や与薬などの対応をあらかじめ一定の範囲で認めておく医師の事前指示により用いられる方法である。山口看護師は、こうした屯用鎮痛薬を石川さんの肛門痛に適用したのだが、これは術後創痛に向けた薬剤の応用的使用ということである。ここには、石川さんの肛門痛を手術操作における消化管自動吻合器挿入の影響とみて、医師の包括的指示を応用的に使用するという山口看護師の判断があったと考えられる。

また山口看護師は、昼食後、石川さんに鎮痛剤服用後の症状について聞いていた。そして、石川さんが、今は随分おさまっていると応えると、山口看護師は、退院時に痛み止めをもらえると安心だろうかと聞いていた。これは、退院時処方に屯用鎮痛剤を加えるという提案であり、山口看護師が、入院中のみならず自宅に帰ってからも石川さんが自己対処できることを意図した行為であった。同時に、石川さんの退院時処方について医師に提言することでもあった。こうした行為は、退院後の状況も見据えて医師に提言するものとして、日常的に行われている標準的な看護実践を超えている。

このように、ストマ造設術後の肛門痛を手術操作における消化管自動吻合器挿入の影響とみて屯用鎮痛剤を応用的に適用する勧め、そして、石川さんが自宅に帰ってからも自己対処ができることを意図して退院時処方に屯用鎮痛剤を加える提案は、山口看護師の判断により実践された行為であり、ここに臨床的自律性が存在する。そしてこれは、自律的看護実践と呼ぶことができる。

b. 回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定

鎮痛剤服用の話しが一段落すると、石川さんは、蓄尿のための採尿後に肛門痛が生じると言った。これに対して山口看護師は、尿量は大体安定してきているので終了でよいと応え、蓄尿中止を宣言した。

山口看護師によれば、Ⅱ・C 病棟では、手術後患者には循環動態管理として水分出納の記録が指示されており、尿量測定のための蓄尿開始については医師によるルーティンの指示が出されるが、その終了は看護師の判断に委ねられているという。石川さんの場合は、回腸ストマ造設により水様性の便が出るため長くなっているとして、この日まで続けられていた。こうした中、山口看護師が述べているように、石川さんの発言が契機となったが、11 病日が経過し、術後循環動態が安定してきたので蓄尿による量測定はもう必要ないとの判断があり、蓄尿中止の意思決定をしたのである。またここには、そうした理由とともに、石川さんの採尿に付随して生じる肛門痛を回避するという山口看護師の明確な意図があった。また、蓄尿終了の判断は看護師に委ねられていることから、石川さんの蓄尿がこの日まで続いていたということは、Ⅱ・C 病棟看護師の間で、そうした判断が業務遂行上の慣習性の中に埋没していたと言わざるを得ない。この意味で、山口看護師が自身の判断により石川さんの蓄尿を終了したことは、業務遂行上の慣習性を超えた行為として、臨床的自律性が存在する。そして、この看護行為は自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 消化器診療科における看護の専門的知識に裏付けられた観察と判断

＜自律的看護実践の展開根拠：必要条件＞

朝の挨拶時、石川さんは言い難そうに、肛門に関して話し始めた。これについて山口看護師は、粘液が時々出るかも知れないが、それは異常ではないので大丈夫だと説明し、後には、休ませている腸からの粘液なので心配ないと述べている。

石川さんが受けた高位前方切除術では、大腸の S 状結腸部で腸を切り、肛門管と吻合して肛門括約筋を温存し、さらに小腸の回腸部で腸管を切り離し、大腸側の切り口は縫合して腹腔内に残しておき、口側小腸を腹壁に開けた孔から引き出して回腸ストマを形成する。回腸ストマは、大腸まで食物を通過させないために造られるのであり、休ませている腸とは、この切り口を縫合して腹腔内に残しておく部分の大腸を指している。

石川さんは、S 状結腸部で患部を切除したのちの肛門管と吻合した術後の腸管創部の安静、すなわち大腸に食物が移動して消化運動をさせないことが必要とされている。つまり、術後の肛門側腸管に消化内容物を通過させることによって生じる吻合部の縫合不全を回避するのである。だが、この場合でも腹腔内に残された大腸粘膜の機能は失われていないため、大腸粘液は生成される。そして山口看護師が、現在肛門を使っていないので括約筋がうまくいっていないと述べているのは、手術の影響により、肛門括約筋が十全に機能していないことを指しており、このため大腸粘液あるいは縫合部修復のための組織液成分が肛門から漏出するのであろう。山口看護師は、このような術後の腸管におけるメカニズムを理解していたからこそ、石川さんの発言の意味を的確にとらえることができたのであり、特に大きな異常ではないので大丈夫だと説明することができたのだ。

しかしその一方で、山口看護師は、石川さんの肛門部を観察していた。これに先立って石川さんは、すでに医師から説明を受けたと話していた。こうした場合、看護師は、肛門という羞恥心を伴う部位の観察は敢えて控えることもあるだろう。だが、山口看護師は後のインタビューにおいて、3cm くらいの太さの吻合器を入れて肛門をかなり広げるため、傷になっているのか思い、見ておきたかったと述べている。ここには、手術操作および術中に使用する消化管自動吻合器という専門的特殊器械についての知識に基づく判断があった。それゆえこれは、消化管手術を受ける患者の看護実践経験がある山口看護師だからこそ可能となった観察といえる。

このような回腸ストマ造設患者の腸管メカニズムや、手術操作および手術器具に関する知識は、消化器診療科における看護を実践している山口看護師の専門的知識ということになる。そして、こうした専門的知識を基盤として、山口看護師は、石川さんが訴える肛門痛の意味を洞察できたのであり、それへの対処を考えることが出来たといえよう。この意味で、山口看護師の消化器診療科における看護の専門的知識は、ここでの自律的看護実践が展開するための根拠となっていた。そしてこの展開根拠は、山口看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

b. 患者の思いや辛さを受け止めようとする応答性と了解的判断力

<自律的看護実践の展開契機：必要条件>

検温の際、石川さんが肛門について話し始めると、ワゴンに向かっていた山口看護師は、ベッドのほうに向き直った。そして石川さんが、痛みが出てきた感じと続ける間、山口看護師は、そのひとつひとつに相槌しながら聴いていた。そして、「痛み止めを一回、飲んでみましようか？」と言うと、石川さんは、「あ。飲んででもいいですか？」と言った。このやり取りでは、山口看護師は、石川さんのことばを丁寧に聴いている。こうした応答の仕方は、相手が言い難いことを話しているその思いを了解しており、それを真摯に受け止めつつ聴いているサインと見ることができる。このやり取りに先立ち、朝の挨拶の際にも、石川さんは言い難そうに肛門について話していた。山口看護師は、このときも時間をかけて丁寧に彼の話を聞いており、後に「気にされてるんでしょうね。」と述べていることから、石川さんが肛門痛を気にしていることを了解していたことがわかる。

こうして山口看護師が、鎮痛剤服用を提案すると、石川さんは、飲んででもいいですかと言っているが、これは、石川さんの意図するところだったと思われる。つまり石川さんは、“随分痛みが出てきたので、痛み止めを飲みたいです。”と言いたかったのだろう。山口看護師は、羞恥心を伴う話題について話さなければならない石川さんの気持ちを了解しており、また彼がそうした部位について気にしていることもわかっていた。それゆえ山口看護師は、石川さんが肛門痛の話を始めたとき、すぐに向き直って話を聴き、その場で彼の言外にある思いを察し、鎮痛剤服用を提案することができたのだと考えられる。山口看

看護師は、石川さんの羞恥心および痛みによる辛さや気になる気持ちがわかり、これに応えようとして、その対処方法を即時的に判断し鎮痛剤服用を勧めるに至ったのであり、これは了解的判断といえる。

また、石川さんが採尿後に肛門痛が生じると訴えると、山口看護師は蓄尿中止とした。このとき、山口看護師は、術後循環動態が安定してきているという判断もあったのだが、それ以上に、採尿後に痛みが生じる石川さんの辛さがわかったことから、その場でこの判断をしたのだ。山口看護師は、患者の思いや辛さがわかり、これに応えようとする応答性を有し、そのための対処について即時的に判断する了解的判断ができるのである。こうした山口看護師の応答性や了解的判断は、ここでの看護実践が成立するために不可欠な契機となっていた。そしてこの展開契機は、山口看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

c. 自立性や積極性、理知的という患者の特性を活かせる考察力

<自律的看護実践の推進力：促進要因>

看護師の情報交換における発言などから、山口看護師は、石川さんはストマ管理がほぼ自分で出来るようになっており、具体的な質問ができる上に、服薬などの効果についても評価が出来るかと判断していることがわかる。それゆえ山口看護師は、鎮痛剤服用を勧めた。ここには、痛みに対して鎮痛剤を与薬するというだけではなく、石川さんが服薬後の効果について自己評価できることから、山口看護師は、そうした薬効についても共に検討しようとする意図を含んでいたのだ。

そして、山口看護師は、石川さんの退院時処方に屯用鎮痛剤を加える判断をした。患者が疼痛を訴えてきたことに対して屯用鎮痛薬を用いることは、多くの看護師が経験している。そうした場合、患者の現存の疼痛に対応して1回ないし複数回、鎮痛薬を使用するというのが一般的であろう。だが、山口看護師は、石川さんが激痛を訴えたり、鎮痛剤を何度も要求してきたりした訳ではないのだが、彼の退院後の疼痛についても展望していた。ここには、石川さんは退院後も自立して適正に鎮痛剤を服用できるとする山口看護師の判断があったと考えられる。そしてこうした判断は、石川さんの自立性や積極性、そして理知的といった患者特性を的確にとらえたことによって可能となっていた。

このように山口看護師が、鎮痛剤服用の勧めや退院時処方に屯用鎮痛剤を加えるといった判断をする際、石川さんの自立性や積極性、そして理知的といった患者特性を活かそうとしていたことは、真に患者とともに紡ぎ出す看護実践といえることができる。そして、こうした山口看護師のあり方は、ここでの看護実践を効果的に進めていく推進力となっており、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

③ 山口看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者の疼痛緩和および自己管理の促進と規制解除による安堵感－

山口看護師が鎮痛剤服用を提案すると、石川さんは、「あ。飲んでもいいですか?」と言っていたことから、彼自身そうしたいと思っていたことが伺われる。石川さんにとって、山口看護師のこの提案は、わが意を得たりという満足な結果をもたらしたのである。また山口看護師が、服薬後の痛みの変化を尋ねると、石川さんは、今は随分おさまっていると言っていた。この発言によると、石川さんは服用後約3時間の時点では、随分痛みが出てきたと訴えた時の状況からは脱していたといえよう。そして、山口看護師が退院時処方に屯用鎮痛剤を加える提案をすると、石川さんは同意を示していた。自立性・積極性のある石川さんにとって、退院後に痛みに対して自分で対処できることは、自己管理をさらに促進することとなる。

さらに、採尿後に肛門痛が生じるという訴えを受けて、山口看護師が蓄尿中止を宣言すると、石川さんは安堵したように、「じゃあ、あそこに入れなくていいわけですね。」と言ってにっこりした。患者は、入院によってさまざまな検査・処置を受けるのだが、これは言い換えれば、医療による日常生活の規制ということになる。石川さんが手術後に続けてきた蓄尿も、排泄のたびに課せられる規制であり、これを中止することは、日常生活の規制が解除されることである。そして、石川さんは、採尿行為により肛門痛が喚起されることから、同時に解放されることになったのである。

(5) 研究参加者の山口看護師の意見・感想

‘山口看護師と石川さんとの関わり合い場面の記述’および‘山口看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の山口看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

山口看護師は、「かなり克明ですね、驚きました。私って、こんなこと言ってたのかなって思って。自分のやったことと違って、後からこうやって読むのって初めてですけど、ちょっと恥ずかしかったです。でも、面白いっていうのもありましたね。」と、全体的な感想を述べてくれた。

「それぞれの解釈についてご意見をいただけますか?」と言うと、山口看護師は、「確かに、ロキソプロフェンについては、創痛に向けて出されてましたけど、はい。肛門痛に応用したかたちでしたね。そうですね。」と述べ、また、「石川さんって、セルフケアがかなりできる方なので、そう。退院時のお薬もご自分で管理できればって、考えてやったと思います。ここに書いてある解釈で、違和感はないです。蓄尿も、はい。」と話してくれた。そして、「石川さん、先週無事に退院されましたよ。ストマケアはかなりできてるので心配ないと思います。痛み止めも出してもらって。」と教えてくれた。

6. II-D 病棟におけるスタッフ看護師と患者との関わり合い

1) II-D 病棟の特性

(1) 診療科とその特性

II 病院 - D 病棟（以下、II-D 病棟）は、産科・小児科を除く複合診療科の患者を収容する病棟で、定床 30 数床である。患者は外来からの予定入院の他、緊急でも入院してくる。患者の状況によって入院期間が数ヶ月におよぶこともある。

(2) 看護体制

看護師数は、病棟看護師長を含めて 20 数名を有し、看護師配置基準 7 : 1 体制³⁴をとっている。患者の入院から退院までの看護ケアについて、1 人の看護師が 2 から 3 名の患者を受け持ち（プライマリナース）として責任を負う、プライマリナースング II 病院方式と呼ばれる看護体制を用いている。

8 時 30 分から 17 時までが日勤と呼ばれる勤務時間帯であり、勤務終了平均時刻は 17 時 30 分頃である。勤務者は、病棟責任者の看護師長の他、II-C 病棟と同様にコーディネーターと呼ばれるリーダー役割を持つ看護師が 1 名と、4 から 5 名のメンバー看護師により構成される。16 時 30 分から翌朝 8 時 30 分までを夜勤として 3 名の看護師を置き、日勤夜勤の 2 交替制をとっている。夜勤帯のコーディネーターは、夜間の病棟責任者を兼ねる。日勤では、1 人の看護師が担当する患者数は、その看護師の「受け持ち」を含む 4 から 5 名で、各看護師はそれぞれ担当患者の看護ケアに責任をもつ。コーディネーターは患者を直接担当はせず、各看護師の業務内容による役割分担および調整、医師その他との連絡・調整を役割としている。入院全床に対して 1 機能単位看護体制をとり、その勤務帯のコーディネーターが全患者を把握するかたちをとっている。

日勤看護師の日課業務として、スタッフ看護師は 8 時 30 分に集合し、夜勤コーディネーターから夜間の患者の入退院状況および特別な出来事などについて 1、2 分程度で報告を聞く。次に、日勤責任者の病棟看護師長またはその代理から、当日の入退院予定、病棟行事、看護中央部門からの連絡事項を聞く。8 時 45 分になると、日勤スタッフ看護師たちは、それぞれに電子カルテや夜勤看護師から得た情報をもとに、担当患者の病状や診療計画を全体に向けて報告する。それに対応して、コーディネーターが、特定の患者情報や医師その他との調整内容などを加えていく。こうして全員の報告・調整が終わると、スタッフ看護師たちは各自の仕事に散っていく。

スタッフ看護師は、各自が準備したワゴンを押して、それぞれが担当する患者の部屋に朝の挨拶に回り始める。多くの看護師は、朝の挨拶時にその日の検査や医療処置、清潔ケ

³⁴ 2006 年度の診療報酬改定において入院収入の前提となる看護師の配置基準が改定され、配置数を厚めとした 7 対 1 入院基本料が創設された。7 対 1 とは、入院患者 7 人に対して看護職員 1 人が勤務している状態のことを指す（看護師の就職ガイド, 2010）。

アの実施時間を、それぞれの患者と調整する。そして、患者のバイタルサイン、すなわち体温、血圧、血中酸素飽和度および脈拍を測定する。これは、検温と呼ばれるスタッフ看護師の日課業務のひとつであり、患者の病状によるが日勤帯では最低一回行う。看護師は、検温の時、前日の朝 9 時から当日の朝 9 時までの排尿回数と排便の有無、食事摂取量を患者に尋ねる。これらは、スタッフ看護師が毎日患者から聞き、記録する必須項目とされており、バーコード読み取り式端末入力器に数量データとしてその場で入力される。

検温の際には、患者のバイタルサイン測定だけではなく、患者の病状に合わせたさまざまな看護ケア、すなわち看護師による情報提供や患者の話を聴くこと、および点滴や注射などの医療処置が行われる。Ⅱ・D 病棟では、こうした検温がその看護師の担当する患者全員に行われると、スタッフ看護師の午前中の業務がおおむね済んだことになる。一方、入院患者の病状が悪化したり、急な医療処置の指示が出されたり、あるいは患者の緊急入院といった予定にはない急な出来事が生じると検温は中断され、看護師たちはそれらの出来事に手を取られることになる。こうした場合、コーディネーターが主として業務分担をするのだが、必要に応じて別のスタッフ看護師も動員される。

看護師たちは、12 時から 14 時の間は 2 人 1 組となり、1 時間ずつ交替で昼食休憩をとる。スタッフ看護師は、この時間帯は交替相手の担当患者のケアを引き受けるため、8 から 10 名の患者を担当することになる。看護師たちが昼食休憩を終え、日勤看護師が全員揃うのは 14 時を回ってからである。この頃からスタッフ看護師は担当患者の清潔ケアを始める。おおむね 16 時半を回った頃、それぞれ清潔ケアが終わり、スタッフ看護師はナースステーションに集まってくる。そして看護師たちは、担当患者について医師の指示を受けるとともに、翌日の検査や医療処置など患者用の説明文書を作成する。そしてそれらの説明文書を持って、看護師たちがそれぞれ担当患者の部屋を回り終わると、その日の日勤業務が終了となる。以上がⅡ・D 病棟の日勤看護師の慣習的な業務の流れである。

(3) 病棟文化

Ⅱ・D 病棟全体は、もの静かで、ナースステーションの中は整然としている。病室・廊下ともに絨毯が敷かれているせいか、物音もあまり聞こえない。この病棟では、ナースコールの呼び出し音はほとんど聞こえず、呼び出し音が鳴ったとしても、看護師が速やかに対応するので、器械やアラームの音が少なく、ナースステーションは実に静かである。

病棟看護師長によれば、Ⅱ・D 病棟は他の病棟に比較して看護師の経験年数が高く、看護師たちも患者への接し方には一層気を使っているという。どの看護師も人当たりが穏やかで礼儀正しく、患者や外来者への接し方や言葉遣いは丁寧で気配りが行き届いている。

スタッフ看護師たちは、病棟看護師長に気軽に相談できるらしく、彼女の存在は威圧的・管理的ではないようだ。病棟看護師長は、全入院患者の病状や現時点の看護問題をよく把握しており、1 日に最低 1 度は各病室を訪問している。

看護師－医師関係はおおむね良好で、仲間的関係といえる。混合病棟のため、さまざまな診療科の医師が病棟にやってくるが、病棟に常在しないせいか、看護師に「お願いします。」「お願いしていいですか。」といった依頼のかたちで指示を出している。看護師たちは、少数の特徴的な医師を除き、多くの診療科の医師たちと対等なやり取りをしている。

スタッフ同士やコーディネーターは、相互に協力して日勤業務の終了に心がけており、全体的に協力的である。新卒看護師は、比較的のびのびしている人、いつもおどおどしている人、やや反発的な人とさまざまだが、先輩看護師たちは、おおむね穏やかな接し方で業務指導にあたっている。看護師たちは、普段はそれぞれに先輩を尊重した態度であるが、時折ふざけたり、戯れたりしており、なごやかな雰囲気である。病棟看護師たちは、研究者に対しても気遣ってくれており、研究参加者のスタッフ看護師以外の人でも自発的に声をかけてくれる。

2) 藤井看護師と患者松沢さんとの関わり合い

藤井看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、担当した患者数は延べ 15 名であった。そのうち、藤井看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

藤井看護師は 30 歳代の女性、この年看護師歴 12 年目を迎えた。3 年課程看護専門学校卒業後、すぐにこの大学医学部付属Ⅱ病院の小児科に就職した。藤井看護師は希望して小児科に勤務したのだが、病棟が縮小改編され、配属部署の変更を余儀なくされたため、周産期病棟を希望して移動した。しかしその半年後にこのⅡ-D 病棟に移動となり、現在 6 年目でリーダー歴は 9 年目を迎えた。

「ご希望の科じゃないというところで、やる気とか違いますか」という質問に、藤井看護師は、「うーん。やる気は（無いわけではない）。仕事自体は、変わらないじゃないですか。なので、仕事は全然好きなんですけど。なんですかね。子どもってこう、癒されるじゃないですか。そういう時間がほしいんです、なんか。遊ぶ時間。（やるべき業務は）なんにもなくて。ああ、あの子に会いにいこうとか、あの子のためなら、とか。ちょっと、もっと情が入るじゃないですか。いやあ、この病棟にいて、あの人に会いたいとか思ったことないんで、私。…（略）…子どもは癒されますよ。そういうところが好きなの。」と応えた。

また、「一番嬉しいって思うのは、どんなお仕事したときですか。嬉しかったとか、よかった今日は、とか。」という質問に、藤井看護師は、「…（略）…すごく、がら、ガラが悪いって言っちゃあ変ですけど、松沢さんみたいな、ああいうキャラの（別の患者）。ちょっと会社のトップでやってきて。ガチャガチャやってきた人で。でも年齢もまだそんなにいてなくて。まだまだ働けるような人で。で、ちょっと乱暴で。口が悪くて。その人に透

析をすることになったんですね、シャントを造って。で、退院指導で。内服のコントロールと食事と水分のコントロールとっていうのを、とりあえず。その人なりにいえること。水分制限とか本当はできないんですけど、食事も。食事制限なんてほとんどできないんですけど。これだけは食べないでとか、なんかそういう指導もしたんですよね。それで、結構向こうも頑張ってくれて。そう、なんとか。普通の指導じゃないんですけど。一番いい指導（本来的な）じゃないんですけど。マニュアル的な指導じゃなくて。そんなことは到底できないですよ。その人にとっては。そんな制限なんてできないんです。で、できることを何点かみる指導を。なんかレビュー（看護研究発表）でちょっと発表したんですけど。それは、ちょっと楽しかったです…（略）…ちょっと関わるのが深かった人ですね。」と応えた。

（2）松沢さんのプロフィール

松沢さんは、工場関連の会社を個人経営している 60 歳代の男性である。10 数年前に直腸がんの手術後、腎臓に転移が見つかり、尿管ステントを挿入している。それ以来、化学療法のために数回の入院を繰り返しており、左前腕に点滴用ポートを挿入している。体格は痩せており、ぼさぼさに伸びた髪の毛が骨ばった顔を強調している。顔色はやや黒味があった蒼白で、抗がん剤治療に苦しんできた様子が伺われる。

今回、松沢さんは 3 日前から発熱したため、市販薬を服用して様子をみていたが、翌日になっても 38 度から解熱せず、食欲不振が続いたため、Ⅱ病院を受診し、D 病棟に緊急入院となったが、Ⅱ・D 病棟への入院は複数回目だという。藤井看護師は、松沢さんについて、「あの人はリピーターなんですよ。…結構言うことが、言うんですよ。ちょっと気が強いというか。」と話している。この「リピーター」ということについて、別の看護師は、「なんか、急に当たる（八つ当たり）らしく、急にスイッチ入っちゃうみたいなんですよ。怒鳴ったりとかするみたいで。ちょっと緊張しますね。できれば、あまり関わりたくないかも。怖いですよ。」と話している。このようにⅡ・D 病棟看護師の多くは、松沢さんに対応するのが怖いとして、必要以上に関わりたがらず敬遠しているという。松沢さんは、この日入院 4 病日目を迎えていた。

（2）藤井看護師と松沢さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

藤井看護師は、点滴や指示書、血圧計などを乗せたワゴンを押して、朝の挨拶と抗生剤点滴のために松沢さんのいる個室に向かった。部屋の前まで来ると、藤井看護師はワゴンを部屋の外に止めた。そして、ドアをノックしてから、「失礼します。」と、遠慮がちに言いながら、そうっと部屋の中に入っていった。やや緊張しているようだった。

松沢さんは、ベッドに横になったまま向こう向きになり、携帯電話で話しをしていた。

そして、「ああ、もしもし。ああ、おかあさん、ちょっと待つて。」と大きな声で言い、藤井看護師のほうを振り返ったので、藤井看護師は、「ああ、いいですよ、いいですよ。大丈夫。」と、何回か言った。松沢さんは、「今さあ。看護婦さん、いろいろやってるからさあ。後で。」と言い、電話を切った。藤井看護師は、「大丈夫ですか？」と、すまなそうに聞くと、松沢さんは、仰臥位になりながら、「いいよ。」と、機嫌よさそうに言った。そして、「これ（点滴）、取れただけほっとしたから。」と言い、左前腕に目をやった。藤井看護師は、「よかったですね。」と相槌してから遠慮がちに、「今、お熱とか測っていいですか？」と聞くと、松沢さんは、「ああ、いいよ。」と応えた。藤井看護師は、「じゃあ。」と言い、ドアのところまで戻り、部屋の外に止めてあったワゴンを部屋に引き入れた…（略）…。

藤井看護師は、点滴ラインを松沢さんの左前腕ポートのチューブに接続して落とし始め、滴下速度を調節した。そして、「じゃあ、お熱測っちゃいましょう。」と言い、体温計を差し出すと、松沢さんは、「はい。」と言って受け取り、自分で腋に挟んだ。藤井看護師は、ベッドサイドにしゃがみ込んでから、「朝ご飯はどうでした？ 食べられました？」と、ゆっくりした口調で尋ねた。松沢さんは、前を向いたまま、体温計を挟んだ左腕を反対の手で押さえながら、「うん、食べられる。たいていもう、半分は食べられる。」と応えた。藤井看護師は松沢さんの顔を見上げ、「半分。じゃあ朝も半分ですか？」と、確かめるように聞くと、松沢さんは、「いや。今日は嫌いなのが 2 点あったから、それだけ。他のやつは全部食べた。」と応えた。藤井看護師が、「全部食べた。」と、笑顔で相槌すると、松沢さんは続けて、「そう。その 2 点だけ。だって今日、ご飯が出てさあ。バナナが出て、卵が出てた。そおーんな、食えるわけじゃないじゃない。んな、バナナのでかいのさあ。」と、声を大きくして堰を切ったように話し出したので、藤井看護師は、笑顔のまま聞いている。松沢さんがさらに、「だから、バナナと卵とね、全部食べた。大体、抗がん剤で食欲がねえのにさあ、んなの、無理だよ。」と、さらに声を大きくして言うと、藤井看護師は笑顔で‘うん、うん。’というように応えながら、松沢さんの腕にマンシエットを巻いた。

松沢さんは前を向いたまま、「で、僕が一番拒絶反応をしてるのは、炒め物なのね。」と続けると、藤井看護師は一瞬手を止めて、「炒め物？」と、そのことばを繰り返した。松沢さんは、「うん。炒め物は絶対だめ。」と、また声を大きくして言った。藤井看護師が、「ふーん。」と声に出して顔を覗き込むと、松沢さんは続けて、「前は好きだったんだけどねえ。」と言った。藤井看護師はそのことばに即応して、「炒め物禁(食事箋の禁止事項)にします？」と聞いた。松沢さんは一瞬黙ってから、「ん？」と、聞き返すように顔を向けたので、藤井看護師は、「炒め物、出してもらうの、やめます？」と聞き直した。松沢さんが藤井看護師の顔を見て、「うん、やめてよ。」とすぐに応え、藤井看護師はもう一度、「炒め物、やめます？」と確かめるように繰り返した。松沢さんは表情を和ませて、「うん。」とはっきり返事した。藤井看護師が続けて、「なんかあと、嫌なものありますか？」と聞くと、ベッドに寄りかかったまま、松沢さんは、「うん。あと焼き魚。」と言った。藤井看護師が、「焼き

魚。」と、静かにことばを繰り返すと、松沢さんは、「うん、あの皮の臭いがねえ。」と訴えるように言うので、藤井看護師は、「あ、嫌なんだ。」と、後を続けた。松沢さんが、「うん、気持ち悪い。もーお、気持ち悪くなっちゃう。」と、得意げに話したすと、藤井看護師は、「ああ、なるほど。」と相槌した。それから、「ちょっと待ってください。」と言いながら立ち上がって、「炒め物と、焼き魚と。」と言い、ワゴンの上の自分のメモに書き込んだ。松沢さんも、「うん、炒め物と焼き魚。」と、藤井看護師のことばにかぶせるように言った。そして、「それ以外なら何でも我慢して食べちゃう。」と続けた。藤井看護師は、「うん、うん。」と頷きながらメモを書き終わり、松沢さんのほうに向き直って、「あと、他にありますか？」と尋ねた。松沢さんは、少しの間があってから、「ない。」と応え、「あとは何でも我慢して食べちゃう、半分は。その２点だけはうちでもだめ。」と、やや早口に続けた。

藤井看護師が彼の顔を覗き込んで、改まったように、「おうちの人は何か持ってきてくれますか？…（略）…持ってきてって言えば、持ってきてくれるんですか？」と聞くと、松沢さんは、「あ、そお。」と、意外そうな声で応え、寄りかかっていた体を前に乗り出した。藤井看護師がもう一度、「持ってきてくれるの？ 家族が。忙しい？」と、ことばを切りながら聞くと、松沢さんは、「ああ、うん。あの、いいって言えば、買ってきてくれるよ。」と応えた。藤井看護師が、「ほんと」と言いかけると、松沢さんは語調を強めて、「だって、前（の入院のとき）はフリーパスだもん、俺。もう（病院食を）食べなくなっちゃっていいから、好きなもの買ってきて食べていいよ、だったんだもん。前は。」と、噴き出すように言った。藤井看護師は、「うんうん、前はね。」と、同意するように相槌しながら聞いている。松沢さんがさらに、「もう、全部フリーパスだったんだもん。」と、訴えるように言うと、藤井看護師はことばを選ぶように、「なんか、もし、病院食がなかなか食べられないんであれば。」と遠慮がちに口を開いた。…（略）…松沢さんは、「いい？ 自分で。」と、また彼女のことばを遮った。少しの間があってから、藤井看護師が遠慮がちに、「少し持ってきてもいいかなと思ったんですけど。」と続けると、松沢さんは「うん。」と、声を大きくした。

藤井看護師は、話しを戻すように、「まあ、でもとりあえず。その炒め物と焼き魚は、禁にします。」と言うと、松沢さんは、藤井看護師のことばが終らないうちに、「そう。直腸がんやったときはさあ、そうだよ。」と、思い出したように話し出したので、藤井看護師は、「そうですか。」と相の手を入れた。…（略）…そして、ワゴンの上の指示書を見ながら、「持ってきてもらったものを食べても。食べれるんだったら、どんどん食べてもらっていいと思うんです。」と続けると、松沢さんは明るい口調になって、「あ、そう。」と嬉しそうに言った。藤井看護師が、「一応ちょっと、先生にもう一回聞いてみるので。」と付け加えると、松沢さんも「うん。」と、納得したような調子で相槌した…（略）…

藤井看護師は静かに、「ねええ。結構食が変わったって言ってましたもんね。」と、同調するように言った。その言葉が終らないうちに、松沢さんは、「うん、変わったんじゃないよ。だから、抗がん剤のあれ、やった人じゃないとわかんないよ。」と、やや強い語調で言

った。藤井看護師は、「うん。」と頷きながら、静かにゴム球を握り、カフに加圧し始めた。松沢さんは、独り言のように、「やった人じゃないとねえ。」とかすれたような声でつぶやき、そして、「このねえ、苦しみは。」と、藤井看護師から顔を背けて吐き捨てるように言った。藤井看護師は、次の彼のことばを待っているような様子で、ゴム球の空気を抜き、血圧を測り終わってから、「124 の 70 です。」と、静かに言った。そして、「お熱、いいですかね。」と言うと、松沢さんは、「鳴った？」と、今度は明るい声になって聞いたので、藤井看護師はにっこりとして、「ええ。」と応えた…（略）…。

廊下で研究者が、「患者さんに、すぐあのお場で食事自分で持ってきてもいいですよ、とかって言ったのは、どうしてですか？」と聞くと、藤井看護師は「ああ、いい。いいですよ。治療食じゃなかったし。食べたほうがいい。食べるに越したことはないと思ったんですよ。だいぶ味覚が変わったって、なんか入院の日からずっと言っていたんで。昔は結構大食いだったみたいで。食べれるだけ食べてたのに、すっかり食べれなくなっちゃったって、ずっと言ってる。なんか気にしてたみたいで。今回は、（入院目的が）熱だから。食事は何食べてもいい。で、治療食じゃないし。それで、ですかねえ。」と話してくれた。

藤井看護師は、ナースステーションに戻り、食事箋に変更内容を記入した。そして食事箋を出すため一人で配膳室に走って行ったのだが、戻ってくると、「松沢さんの部屋に寄ってきました。」と言った。そして、「炒め物禁っていうと、だいぶ、変な食事が出てくるのかなと思って。ちょっと、どんな食事が出てくるかわかんないですってことだけ、伝えておきました。万が一、なんか。“なんだよ、これ”って言われると困るので。」と、笑って話してくれた。研究者が、「心配りがすごいですね。」と言うと、藤井看護師は、「いや。あの人はリピーターなんですよ。あのリピーターで。結構言うことは、言うんですよ。ちょっと気が強いというか。会社経営してて、家の人も。なので、言っておくことは言っておかないと。“なんでこんなのかよ”とか、言われるんで。」と言った。

13 時を少し回っていた。藤井看護師は「失礼します。」と言い、松沢さんの部屋に入ると行く…（略）…松沢さんはペットボトルの水を飲み込んでから、「今、女房に食べ物、買ってきてもらおう。」と言ったので、藤井看護師は、「うんうん。」と相槌した。藤井看護師は、ほとんど手がついていないお膳を見ながら、「ああ、そうか。昼はまだ（食事変更の知らせが）反映してなかったんですね。」と言うと、松沢さんは、「うん。」とうなずいた。藤井看護師が、「でも、何かしら」と言いかけたが、また松沢さんがことばをかぶせて、「いいよ。だから、（病院食以外のものを）食べていいっていうから。女房に。昔も、前もそうだったから。買ってきてここで食べるからいいよ。別に、いい。かまわない。その代わり、必ず食べるから。」と言った。

藤井看護師は、ナースステーションに戻ると、松沢さんの主治医に電話をかけた。「先生、Ⅱ・D 病棟なんですけど。あの、松沢さんですが。食事、持ち込み食、別にいいですよ…で、なんか、結構やっぱし食べれないみたいで。焼き魚とか炒め物とかも、全然食べれなくて。なんかまあ、好きなもの、食べたいって言って。結構…なんかやっぱりさっぱりしたものがいいみたいで。一応食事オーダーは炒め物禁とか、焼き魚禁とか、全部入れてみたんですけど。はい…一応オーダーも入れて、やってみますが、そんな感じになってます…はい、ありがとうございます。」

② インタビュー記録

後日のインタビューで、「松沢さんが、あのとき『抗がん剤やった人じゃないとわかんないよ、この苦しみは。』と、やや強い語調で言ったのを覚えてますか」という質問に、藤井看護師は、「ああ、ええ。あれねえ。わからないですよねえ、うん。だから、わからないですって思いました。っていうか、そうは（本人には）言わないけど、私にはわかりません、はい。って感じです。だけど、それを（あのときは私に感情を）ぶつけてきたわけじゃないって思うから。自分でわかってる人だから。うん、なんていうか。難しいですよ。でも、逃げたいとかは思わないですけど。」と応えた。

「炒め物とか焼き魚と、いろいろ禁にしましたが、その後お食事は食べられるようになったんですか。」という質問に、藤井看護師は、「結局、病院食も食べられるものを食べるって感じで。食べるものが少ないときは、奥さんに買ってきてもらって食べてるみたいですね。ただ、焼き魚が出なくなったのでよかったっては、言っていましたねえ。」と言った。「よかったですね」と言うと、藤井看護師は嬉しそうに、「ええ、あはは（声を出して笑い）。まあ、食べればねえ、体力的にもいいし。」と言い、少し照れくさそうにも見えた。

(4) 藤井看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 藤井看護師の臨床的自律性

a. がんを患う気難しい患者の意向に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みの勧め

藤井看護師は、検温において朝食摂取量を尋ね、松沢さんから不快感を覚える献立について訴えを引き出すことができ、ここから時間をかけた長いやり取りが始まった。そうして藤井看護師は、炒め物と焼き魚を出さないよう病院食事箋を変更することとなった。

患者の希望や訴えにより、病院が用意する献立のいくつかをその食事箋からはずすということは、多くの看護師によって日常的に行われている。だがここでの藤井看護師は、松沢さんの発言によって、単に病院食事箋の変更を決定しただけではないように思われる。藤井看護師は、松沢さんについて、味覚が変わってしまったと入院の日からずっと言っていたと言い、以前のように食事が摂れなくなったことを気にしているようだと述べている。

このことから藤井看護師は、がんを患う松沢さんの病いの苦悩に配慮し、思い遣っていることが伺われる。そのため藤井看護師は、松沢さんに対して自分ができる看護ケアは何かと模索していたのではないだろうか。その彼が、いくつかの献立に不快感を覚えることを知り、藤井看護師は、そうした不快感を積極的に回避することを目指し、食事箋の変更を意思決定し、実施したのだ。従ってここには、がんを患う松沢さんを思い遣り、看護ケアを提供したいという藤井看護師の明確な意図があったといえる。

また、藤井看護師は、家族は何か持ってきてくれるのかと松沢さんに聞いている。藤井看護師は、松沢さんが一家で会社を営んでいることを知っており、家族が入院中の松沢さんの食事に配慮し、代替食を差し入れることが可能なのかという心配もあつての質問であつた。松沢さんは持ってきてくれると応え、そして以前の入院のときは自由だったのだと、わが意を得たりというように発言している。こうして藤井看護師は、松沢さんが自分で選択した代替食を持ち込むよう勧めるに至つたのである。

特定の献立を病院食事箋からはずしたことによってその選択肢が狭まるため、代替食の持ち込みを勧めることもまた、多くの看護師が思いつく対策である。だが藤井看護師の行為は、単純な代替案として食品の持ち込みを勧めたのではなく、この背景にもまた、がんを患う松沢さんの苦悩への配慮があつた。藤井看護師は、松沢さんの「抗がん剤のあれ、やった人じゃないとわかんないよ。」という発言に対して、自分には抗がん剤治療の辛さはわからないが、あのときは自分に感情をぶつけてきたわけではないと思うし、逃げたいとは思わないと語っている。このことから藤井看護師は、松沢さんの苦悩を具体的にわかることはできないのだが、逃げることなく真摯に受け止めようとしていることが伺える。

藤井看護師は一方で、今回の入院目的は発熱に対する治療であり、必要とされる食事制限は設けられてはいないとする科学的根拠に基づく判断をしていた。つまり藤井看護師は、松沢さんが、抗がん剤治療により特定の食品に不快感を覚えることを理解し、それゆえ病院食に拘束されることなく、彼自身で食品選択することにより、少しでも食事摂取が進むこと、そして解熱治療のための体力維持を目指し、代替食の持ち込みを考えたのである。松沢さんが、「だって、前はフリーパスだもん」と、やや語調を強めて言ったのは、藤井看護師の提案が、まさにそのとき、彼の意に適っていたことを示している。

現行日本における入院患者の食事内容は薬剤処方に準じており、医師により食事（処方）箋として指示が出される。これによれば、松沢さんが不快感を覚える食品を病院の献立からはずす食事箋の変更、そして彼に代替食持ち込みを勧めるという藤井看護師の行為は、医師の指示に先んじたことになる。藤井看護師が、一応先生に聞いてみる、と発言していたのは、このことを認識していたためである。

藤井看護師は、松沢さんはリピーターで、言いたいことをはっきり言う、気が強い、と述べており、Ⅱ・D病棟の多くの看護師たちと同様、彼が急に八つ当たりを始め、怒鳴ったりすることは知っていただろう。実際、藤井看護師は、松沢さんの部屋を訪問した時点で

は、緊張を隠せなかったようだ。だが、松沢さんとの間では、単なる日課業務として必要事項を知るためだけのやり取りとしてではなく、藤井看護師は、彼の発言を聞き流すことなく、そのひとつひとつに注目して応答していた。その背景には、前述のように、がんを患ってきた松沢さんの苦悩への配慮があった。こうした向き合い方は、急に怒鳴ったりする彼を敬遠するといったあり方を超えて、その苦悩に配慮し、なんとか看護ケアを提供しようとする姿勢であり、そこで通常行われている標準的な看護実践を超えている。このように、がんを患う気難しい松沢さんの話を聴き、その意向に合わせ、医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みの勧めには、藤井看護師の臨床的自律性が発揮されている。そしてこれは、自律的看護実践ということができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 患者の言動に引っ掛かりを持てるアンテナの高さ

＜自律的実践の展開契機：必要条件＞

藤井看護師が、朝食摂取について尋ねると、松沢さんは、「うん、食べられる。たいていもう、半分は食べられる。」と応えていた。一般的なやり取りでは、ここで“松沢さんの朝食摂取量は2分の1であった”と受け取られ、そのまま通り過ぎてしまうことが多い。なぜなら、単に看護業務遂行上の日課として検温が行われるのであれば、看護師は、バイタルサインの測定値や患者から必要な応えを得ることに集中するため、何気なく発せられたように見える患者の発言の意味までを、そこで探ろうとすることはむしろ少ない。しかし藤井看護師は、「じゃあ朝も半分ですか？」と、聞き直している。松沢さんは、食べられたではなく、食べられると応えており、これには、藤井看護師が聞きたかった応え以上の意味が含まれていることが伺える。また、松沢さんが「たいてい、半分は」と言ったのは、彼にとって平均的な食事摂取量を指す表現であり、一方藤井看護師は、この日の実際の朝食摂取量を尋ねたかったのである。藤井看護師は、松沢さんの言う平均的な食事摂取量から“今朝も半分だった”という解釈を加え、自分の中で置き換えることも可能だったであろうが、そのようにはせずに松沢さんにきちんと確かめている。

藤井看護師は、自分の質問と松沢さんの応えとがぴったりと整合していないことをやり過ごすことなく、そこに何かを感じたのではないだろうか。松沢さんのこうした発言の仕方に、藤井看護師は引っ掛かったのだと思われる。そしてこの引っ掛かりによって、藤井看護師は、この後に続く松沢さんとの食事に関するやり取りへと発展させていったのである。この意味で、藤井看護師の松沢さんの発言への引っ掛かりは、その言動の奥にある意味をとらえようとする高いアンテナ、言い換えれば看護的感性として、ここでの自律的看護実践が展開していくための契機となっていた。そしてこの展開契機は、藤井看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

b. 相手が自分から話し出す聴き方、聴いていることが伝わる関わり、‘関わりのスキルーその1’

＜自律的看護実践の展開方法：必要条件＞

朝食摂取量に関するやり取りにおいて、松沢さんが、「今日は嫌いなのが2点あったから、それだけ。他のやつは全部食べた。」と言うと、藤井看護師は、復誦することにより相槌していた。松沢さんの発言によれば、嫌いな2点それだけが残したのであり、正確には出された朝食を全て摂取したわけではない。だが藤井看護師は、嫌いな2点とは何であるかといった質問はせず、つまり自分の思いや考えを述べたり理屈を言ったりせず、松沢さんの発言を肯定的に聴いていた。

また藤井看護師は、松沢さんがさらに、朝食に出された食品について発言したとき、そのひとつひとつを黙って聴いており、ここでも口を挟まずにいた。この口を挟まないこと、即時的な発言をしないことは、相手の話しを中断させることがないため、相手のペース、文脈によって話しを進めることができる。こうして松沢さんは、炒め物という不快感を覚える献立名を具体的に挙げることもできた。

人は、自分が話しをしているとき、相手の姿勢・態度から、真摯に聴いてくれていると受け取ることができ、このことが、話し手にさらに話しを続けようという気にさせることがある。看護師の場合、患者の話しを真摯に聴くことはむしろ当然のこととされており、これは、傾聴といった言葉で表現される看護の技術に位置づけられることもある。その場合の技術性とは、看護師が患者の話しに心を傾け、聴き入っているというだけではなく、真摯に聴いているそのことが、当の相手に伝わるような聴き方、それが意図的にできること、そうした態度、姿勢を指していると考えられる。松沢さんには、藤井看護師が真摯に聴いていることが伝わっていたのであろう。それゆえ、松沢さんは自分から話しを続ける気になったのだと考えられる。

このような藤井看護師の関わり方は、真摯に話しを聴いていることが患者に伝わる看護の技術とみることができ、患者が自ら話す気になるような展開にもっていく‘関わりのスキル’ということができる。こうした関わり方は、看護師であればいつでも誰でもできるわけではなく、状況によっては課された看護業務の速やかな遂行を迫られることから、看護師主導のやり取りにならざるを得ない場合もある。その意味で、‘関わりのスキル’は、単なる受け応えだけの表面的なやり取りを超えた看護実践の仕方といえる。この藤井看護師の‘関わりのスキル’は、ここでの自律的看護実践が展開されるための方法となっていた。そしてこの展開方法は、藤井看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

c. 患者自身の意思決定を促す看護師が主導権を握らない関わり、‘関わりのスキルーその2’

＜自律的看護実践の展開技法：促進要因＞

松沢さんが「炒め物は絶対だめ。」と言うと、藤井看護師は「炒め物、出してもらうのや

めます？」と聞いた。すると松沢さんは、「うん、やめてよ。」と返事した。そして藤井看護師が、他に何かいやなものはあるかと尋ねると、松沢さんが応え、こうして炒め物と焼き魚を病院食の献立からはずすこととなった。そこに向かうまでのやり取りでは、藤井看護師は、松沢さんの発言に対して、すぐに何かを提案するのではなく、彼に質問するかたちをとっている。別のやり取りの仕方として、看護師が決定し、“では、炒め物は出さないようにしましょう。”として患者に提案するやり方もあるだろう。だが藤井看護師は、その決定を松沢さんに委ねている。これは、藤井看護師と松沢さんとの間の特徴的なやり取りの仕方といえる。

ここで、松沢さんへの訪問の仕方に着目すると、藤井看護師は、血圧計や点滴を載せたワゴンを一度外に置き、それから部屋に入っていった。そして、検温を始めてよいか尋ね、松沢さんから許可を得て、はじめてワゴンを部屋に運び入れていた。看護師が患者を訪問する際、多くの場合、その目的を複合的に併せ持っている。藤井看護師はこのとき、朝の挨拶および日中の担当が自分であると伝えること、点滴を施行すること、そして検温を行うことを目的としていた。そうした場合、看護師は、必要な物品を携えたワゴンとともに部屋に入るのが自然であろう。しかしそのようにはしなかったことから、藤井看護師が、松沢さんとのやり取りには、慎重さや丁寧さをもって、そして細やかに気遣っていることが伺える。この背景には、藤井看護師の松沢さんのとらえ方が関与していると考えられる。松沢さんはⅡ-D病棟への入院を繰り返しており、彼自身も家族も病院やスタッフに対してはっきりものを言い、折りに触れてクレームをつけるととらえて、藤井看護師が、警戒もしていることが見て取れる。また、会社のトップでやってきたという発言から、藤井看護師は、松沢さんを人から何かを言いつけられるのではなく、自分でいろいろと決定してきたととらえていることが伺われる。このように、入退院を繰り返しクレーマーとされる松沢さんには、看護師からの指示的な提案の仕方、看護師が主導する関わり方は適さない。藤井看護師は、それを感じ取っていたのではないだろうか。それゆえ、どうすることがよいかを尋ね、松沢さんに決定してもらうかたちのやり取りとなっていたと考えられる。

また、藤井看護師は松沢さん一家が会社を営んでいることを知っており、それゆえ家族は忙しいかと尋ねた。すると松沢さんは、わが意を得たりというように発言していた。この関わり方もまた、“おうちの人に何か持ってきてもらってください”というように決定して提案する、看護師が主導権をとるやり取りではなく、松沢さんの気持ちや思いを確かめつつ、それに合った方向に向けていくやり取りの仕方であった。

このような関わり方は、看護師がいくつかの選択肢や何通りかの方法など情報を提示して質問し、それを患者が意思決定するようにもっていく看護の関わりの技術であり、看護師が主導権を握らず患者自身の意思決定を促す‘関わりのスキル’ということができる。これは、松沢さんのように看護師が警戒心を抱かざるを得ないような患者の場合、その患者特性に合わせて、普通のやり取り以上に看護師が意図的に慎重に展開する‘関わりのス

キル’として看護実践のひとつの仕方といえる。そして、この藤井看護師の‘関わりのスキル’によって、ここでの自律的看護実践が効果的に推進されていたのであり、これは、臨床的自律的の発揮を促進する要因となっていた。

d. 患者への関心と関わりへのコミットメント

<自律的看護実践の起動力：必要条件>

藤井看護師は、松沢さんが食事が摂れなくなったと何度か話しており、気にしているようだと言っていた。藤井看護師には、松沢さんが大食いだったことを誇っていたかのようにさえ感じられ、それが現在ではすっかり食べられなくなったと繰り返し話されたことにより、彼自身がそれを気に病んでいるととらえたのだろう。あるいは、食事が摂れないと繰り返し聞かされてもどうすることもできないため、藤井看護師自身が辛かったのかもしれないが、松沢さんの心の内をこのように察し、藤井看護師が受け止めようとしていたことが伺われる。このことから、藤井看護師は松沢さんの食事摂取状況を気にかけ、それに関する発言には、とりわけ関心を寄せていたと考えられる。

また一方で、藤井看護師は、嬉しいと思うのはどんな仕事をしたときかという質問に、ある透析導入患者に対する退院指導を行った体験を例に語っていた。この例に出てくる患者は、柄が悪く、松沢さんのように乱暴で口が悪いといったタイプで、健康維持のための自己管理など適切にはしようとしなないという、いわゆる看護師にとってはある意味厄介な人なのだが、藤井看護師が一生懸命関わったことにより、両者の関係性が深まり、結果としてその患者もある程度の健康管理行動をとるようになったという。藤井看護師は、この患者を「関わるのが深かった人」と表現し、その関わりを楽しかったとしている。

患者が乱暴で口が悪いという厄介なタイプである場合、看護師はそのやり取りには緊張感を覚え、時には恐怖を感じることもある。また、患者が健康維持のための自己管理を適切に行おうとしなないとき、看護師は、必要以上に自身の感情抑制や忍耐力が要求されることになる。そのため、そうした患者との関わり合いを避けて通りたいと思ったり、苦手としたりする看護師も少なくない。しかし藤井看護師は、厄介な患者であるからこそ、その関わり合いが表面的なものでは看護の効力は発揮できないことを知っており、そのためには患者との関係性は結果的に深くなるという体験がある。そうして深まった患者との関係が楽しかったというのだ。それゆえ藤井看護師は、他の看護師が苦手とする、乱暴で口が悪い患者との関わり合いには、むしろ面白さを感じていると思われる。またそのような患者との関わり合いであるからこそ、彼が頑張ってくれたとき、藤井看護師は、よりいっそうの達成感を感じることができ、看護実践が面白く思え、看護の醍醐味さえ感じられるのではないだろうか。

松沢さんは、がん治療のためⅡ-D病棟に何度か入院を繰り返しており、自己主張が強く、時には看護師に暴言を吐くいわゆる厄介な患者とされている。別の看護師によれば、松沢

さんは、急に八つ当たりをして怒鳴ったりするので、緊張するためあまり関わりたくない、怖いという。だが藤井看護師は、松沢さんのような患者は、警戒心を持たないわけではないのだろうが、関わりたくないとは決して思っていないかったのだ。藤井看護師は、むしろ松沢さんに積極的に関わろうとする姿勢があったと思われる。

こうして藤井看護師は、松沢さんへの気遣いや関心によって、その発言に注目することができた。そして炒め物と焼き魚というキーワード、ここでの自律的看護実践が展開されるために重要な意味をもつ看護情報を松沢さんから引き出すことができたのだ。つまり松沢さんは、入院4病日までの間では表現してこなかった食品名とそれにより不快感が生じることを、藤井看護師だからこそ表現することができたのである。これは、松沢さんに看護ケアを提供するための重要な新情報であり、藤井看護師は、これを自らの関心と積極的な関わりによって相手から引き出したことになる。このような松沢さんへの関心と、彼に積極的に関わろうとする藤井看護師の‘関わりへのコミットメント’は、ここでの自律的看護実践が行われるための起動力となっていた。そしてこの起動力は、藤井看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

e. 業務の時間配分をコントロールできる全体見積もり力

<自律的看護実践の推進力：促進要因>

藤井看護師は、検温を始めるに際して、松沢さんのベッドサイドにしゃがみ込み、そしてゆっくりとした口調で話しを始めた。また、彼が話しているとき、藤井看護師は、血圧を測るため、すでに松沢さんの腕にマンシェットを巻いていたのだが、彼の発言を受けて立ち上がり、メモに書き込んでいた。これらの行為にみられる姿勢は、課された看護業務をただ淡々と遂行するあり方とは異なり、松沢さんの検温に時間をかけようとする藤井看護師の判断があったと考えられる。

さらに、藤井看護師と松沢さんの一連のやり取りでは、前述のように、相手が自分から話し出す聴き方、聴いていることが伝わる‘関わりのスキル’、そして患者自身の意思決定を促す看護師が主導権を握らない‘関わりのスキル’が発揮されていた。こうした話しの聴き方ややり取りの仕方は、藤井看護師が、患者との関わり合いに時間をかけることを厭わず、むしろ意識的に時間をかけて患者と関わろうとしていることを示している。

スタッフ看護師に課される1日の看護業務内容とその量は、担当する患者数および患者個々の病状や検査・手術など医療処置の内容や量によって決まる。果たすべき責務を持つスタッフ看護師たちは、それぞれ個々の看護業務を遂行するだけでなく、その日その勤務帯における病棟全体の看護業務がつつがなく終了するために、相互に協力し合うことが求められ、この相互協力もまたチームメンバーとしての責務となる。そして、スタッフ看護師のチームメンバーとしての任務は、同じ勤務帯で働く看護師のメンバー構成、例えば看護師の経験年数や個々の仕事の仕方といった条件によって量的質的に異なってくる。そ

うした中で看護師は、病棟全体の業務遂行状況を考慮に入れつつ、自分に課された担当患者の検温や医療処置などに時間を配分する。その場合、新卒あるいは経験年数の浅い看護師では、病棟全体の業務遂行状況を考慮に入れることは難しく、自分の担当患者の検温や医療処置などを時間内に終わらせることに精一杯となることが多い。

藤井看護師は、松沢さんとのやり取りに十分ともいえる長い時間をかけている。これは、Ⅱ-D 病棟でコーディネーター役割がとれる層に位置し、また他にも複数患者を受け持つ藤井看護師が、無意識・無計画に行っていたのではなく、意図して彼との関わりに時間をかけようと目算していたのだと思われる。ここには、自分の担当患者全員の状態および病棟全体の状況把握に基づいた、松沢さんとの関わりに時間をかけることが可能だという藤井看護師の判断があったと考えられる。これは、藤井看護師に業務の時間配分をコントロールできるための全体を見積もる力が備わっていたためであり、この全体見積もり力は、ここでの自律的看護実践が効果的に展開されるための推進力となっており、藤井看護師の臨床的自律性発揮を促進する要因となっていた。

③ 藤井看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者の気分不快軽減と好みの代替食を持ち込める自由、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性－

藤井看護師の自律的看護実践により、松沢さんは代替食を自由に用意できるという安心を得ることが出来た。また藤井看護師は、この後、松沢さんの様子について、病院で食べられるものが少ないときは持ち込みをしていること、また焼き魚が出なくなったのでよかったと言っていたことについて語っている。このことから、松沢さんは、病院から提供される食事によって与えられる不快感は軽減しており、少しでも食事摂取が進んでいるとみることができる。

そして、藤井看護師が嬉しそうに食べられればよいと照れくさそうに言っていたことから、自分が行った看護実践が、松沢さんに効果をもたらしたと感じられたのだと見ることができる。これらのことから、藤井看護師の自律的看護実践は、課された看護業務としてただ淡々と遂行するケア以上に、患者に対する看護の効力を発現するとともに、看護師自身の満足感をもたらしたということができる。また、このような看護ケアの提供は、患者に好意、好感をもたせることから、患者－看護師関係の効果的発展に寄与するものとして、藤井看護師と松沢さんとの関係も一層発展し、より効果的な看護ケアの提供につながると考えられる。

(5) 研究参加者の藤井看護師の意見・感想

‘藤井看護師と松沢さんとの関わり合い場面の記述’ および ‘藤井看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’ について、研究参加者の藤井看護師本人に通読して

もらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「驚きました。っていうか、ええ。なんて言えばいいかわかんないですけど。すごい、感動しました。これって、私？ って思いましたね。だって、（松沢さんにとって）なんかすごいことやったのかなって（笑い）。これって、あのときですよええ、古地さんがいろいろと聞いてくれて。（文字にすると）こんなふうになるんですね。すごいですね、論文って。」と話してくれた。

そして、「解釈への感想をお聞かせください」と尋ねると、藤井看護師は、「ええ。この『患者の言動に引っ掛かりを持てる』ってところ。松沢さんって、リピーターっていうか、怖いじゃないですか。だから、私的にも気を遣ったんですよ。怒られないようにって。で、何か言ってきたらちゃんと聞いて応えなくちゃっていうのがあって。それで、書いてあるように、勝手に解釈しないようにしましたね。」と応えた。そこで、「では、ここでの関わりはかなり気を遣っていたんでしょうか」と聞くと、「そう。最初お部屋に行ったときも、ちょっと緊張してたんですけどね。でも、話しているうちに、炒め物とか焼き魚とかって話しになり。ああ、なんかやってあげられるな、みたいに（笑い）…（略）…。で、ここにも書いてあるけど、松沢さんって、こうしろ、ああしろって言うと、どうもスイッチ入っちゃう（怒る）らしいんですよ。みんなの話しだと。だから、私もああしろこうしろってならないように、って思っていましたね。」と、話してくれた。また「他に、解釈のところでご納得がいかなかったとかってありましたか」と尋ねると、藤井看護師は「いやもう、こんなにりっぱに書いてもらって。納得いかないなんて、そんな（ことはない）。ああ、でも、私このときは、ええ。業務配分ですか？ やってましたね。この日は落ち着いてたじゃないですか。だから、松沢さんともゆっくり話しできるなって考えたと思います。私、ああ、古地さんも一緒でしたよね。松沢さんの入院とったの。あの後少し話しして。それで、『昔は結構大食いだった』って言って。『食べれるだけ食べてたのに、すっかり食べれなくなっちゃった』って、ずっと言っていたんですよ。それで、ああ、なんか気にしてるんだなって。そしたらこんな感じになって。でも、あの後松沢さん、言ってくれたんですよ。『お陰で焼き魚出なくなって助かったよ』って（笑い）。あと、てんぷらも、てんぷらとねぎも禁にしたんですよ。」と話し、「最後に、ここでの関わりは、藤井さんにとってご満足がいくものだったんでしょうね。」と言うと、藤井看護師は「ええ。今思うと、よかったなって。」と話してくれた。

3) 植村看護師と患者下谷さんとの関わり合い

植村看護師への同行回数は間隔をあけた 4 回、担当した患者数は延べ 19 名であった。そのうち、植村看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加者スタッフ看護師の特徴

植村看護師は、40 歳近い女性で、複数の附属病院を有する医科大学グループの 3 年課程看護短期大学を卒業後、同グループのⅡ病院に就職した。消化器系外科病棟に配属され、7 年勤務した後、結婚退職し、数年を経て再びⅡ病院に再就職し、このⅡ-D 病棟で 3 年目を迎えた。看護師歴は通算で 18 年、リーダー歴は 10 年目だという。

「どんなお仕事をしたとき嬉しいと思いますか」という質問に、「そうですね、(患者が私を) 名前で覚えていてくれるような事をしたときですかね。私が何をしたとかじゃないかもしれないですけど。なんか、そういう(患者との) 関係が作れるとき、嬉しいですね。看護婦さんっていうんじゃなくて、植村さんって名前で呼んでくれるとき、嬉しいですね。」と応えた。そこで、「そのように名前で呼ばれたときは、どういった心当たりがあるときですか」と聞くと、「うーん。あまりないんですよ。私って、そんなに何をどうしたらいいかって思いがあってやるような、熱い思いがあるわけじゃないんです。熱い思いっていうか、信念みたいなものはないんですけど。必要とされているときはやってあげたい、尽くしてあげたいなってしまうんですね。人は看護婦に全部心を開くとは、私は思っていないので。そこだけは忘れないでいきたいなってしまうんです。」と応えた。

ある患者が再入院してきた際、病棟看護師長に、植村看護師に再び担当(プライマリイナース)してほしいと希望したという。これについて植村看護師は、「前の入院のとき何かこう、えらく感激してくれたことがあったらしいんですよ。それは何だったのって聞いたら、おしぼり渡してくれたのが植村さんが初めてだったんだって、言われたんですよ。それがすごく嬉しかったらしいんですね(笑い)。そういうところって私にはわからなくて。たしかあの時、彼は点滴をしてたんです。自分で動くことはできたんですけどね。でも、お膳を配るついでに(おしぼりを) 渡したんでしょうね、きっと。私はあまり覚えてないんですけど。」と話している。

(2) 下谷さんのプロフィール

下谷さんは 70 歳代の女性、白髪まじりの頭髮がきれいに整えられて品の良い身なりをしており、絹製のパジャマにはアイロンがかかっている。看護師とのやり取りでは、下谷さんの口調はいつも穏やか、静かな物腰である。肝細胞がんを初発病巣として、数年前に肺がんのため肺葉部分切除術を受け、今回の入院では、膵臓がんのため別の階にある消化器病棟で膵臓全摘出術を受けた。その後、経腸栄養等の治療が続いていたが、状態が安定

したためⅡ-D病棟の個室に移動してきた。現在は、膵臓摘出によりインシュリンが分泌されないため、退院に向けて注射による血糖コントロールおよび自己管理指導が行われている。ある看護師によれば、下谷さんは、「病状は安定しています。指導も済んで、もうほとんど自分でできるようになってるんです。お手本のような方で。もう、ばっちりで、何のトラブルもなく。」という。簡易応接セットのある下谷さんの部屋には常に夫が付き添っており、彼が血圧や体温などの測定値あるいは医師や看護師とのやり取りについて詳細にノートに記録している。

また、下谷さんは肝細胞がんに関する治療のため、週3回インターフェロン³⁵の筋肉注射が隔日投与されており、こうした注射の後には発熱が生じる。だが下谷さんは、植村看護師によると、「あの人、あまり言わない人なので、辛いとか。」だという。

(3) 植村看護師と下谷さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

昼の休憩が終わると、植村看護師は、「…(略)…あとは、下谷さんって午後からひとり受け持つ人がいるんですけど。」と言った。今日は、昼交替後から受け持ち患者が一人増えるという。10時からの病棟会(カンファレンス)のために午前のみ勤務した看護師の担当患者を引き継ぐらしい。植村看護師は続けて、「イントロン³⁶を13時くらいに打ってるんで、具合悪くないか、ちょっと見にいつて。」と言うと、保冷库へ向かった。そして、「もしかしたら座薬っていうかもしれない。」と言いながら、ボルタレン座薬を1個取り出した。そして研究者に、「下谷佐和子さんって、膵臓の全摘をしたんです。オペはもう終わって、全身状態はいいんですけど。肝臓がもともと(原疾患)で。今イントロンとか打って。で、膵臓も取ってるんで、血糖もコントロールがつかなくて、っていう感じで。創はもういいんですけど。で、今イントロン使ったので、熱が出てくると思うので。予防的に、ボルタレン座薬を使ってかまわないってことなので。熱を測りながら、(下谷さんに)聞きながら、ちょっと早めに入れようかと思って。」と説明してくれた。

研究者が「イントロンとは? それを使うと発熱が」と言いかけると、植村看護師はやや早口になって、「そうですね。イントロンはインターフェロンです。で、あの結構、熱発するんですよ、注射すると。それで39度くらいまで上がったりするんで。辛かったら早く入れちゃおうかなって。(本人に)聞きながら、うん。」と言った。そこで「使ってかまわ

³⁵ 人間等がウイルス感染を受けた時などに体の中で作るタンパク質の一種で、主な作用として抗ウイルス作用、免疫増強作用、抗腫瘍作用などがあり、遺伝子のタイプにもよるが、B型肝炎では約3割、C型肝炎では約5割～9割が治療効果を期待できる。ただし、強い副作用(発熱や頭痛、筋肉痛、脱毛、めまい、不眠など)を伴うことが多い(内閣府大臣官房政府広報室)。

³⁶ インターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)注射用凍結乾燥製剤。C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善、HBe抗原陽性でかつDNAポリメラーゼ陽性のB型慢性活動性、肝炎のウイルス血症の改善、腎癌、慢性骨髄性白血病、多発性骨髄腫に効果がある(2011年2月改訂第21版効能書)。

ないというのは、医師の指示で？」と聞くと、植村看護師は、「うん。前回は私が担当したんですけど、やっぱり 39 度くらいに上がっちゃったんですね。で、その時、私先生に聞いたんですよ。熱が上がってからじゃなくて早めに（座薬を）入れてもいいかって言ったら、かまわないってことだったんで。」と話してくれた。

植村看護師は、下谷さんの部屋に行った。軽くドアをノックしてから、小声で「失礼します。」と、遠慮がちに言いながら部屋の中に進み入り、「こんにちは。」と、そっと声をかけると、ベッドに横になっていた下谷さんは、からだをよじって振り返った。そして、穏やかな口調で、「こんにちは。」と応えた。ご主人は部屋にいなかった。植村看護師は、ベッドサイドに立って、「今日、午後から私担当します、よろしく。」と言うと、下谷さんは、にこやかに「よろしくお願いします。」と言った。どうやらまだ、辛い状態にはなっていないようだった。植村看護師が、「今日は、1 時くらいに？」と聞くと、下谷さんは、「今日は 1 時 20 分頃、（注射）したのね。うーん、まだ 1 時間。」と、テレビの横に置いてある時計を見ながら言った。そして、「2 時間くらいで来るかしら、と思って。」とゆっくりした口調で言うのを、植村看護師は、「うん、うん」と相槌しながら聞いている。そして、「ちょっと、どうかなと思って来たんだけど。」と言うと、下谷さんは、「ありがと。」と、笑顔になって言った。植村看護師も一緒に笑顔になり、「まだ。まだ大丈夫？」と聞くと、下谷さんは、「まだ、大丈夫そう。うん。」と応えた。そして、「だから、うん。2 時間以内には、寒気がくるかも。」と言うと、植村看護師は、「うん、寒気がくる。座薬、一応持っただけ。まだ入れなくて大丈夫？」と聞いた。下谷さんは「まだ、大丈夫。ここに置きといても。」と言い、顔でオーバーテーブルを指した。

植村看護師が、「いいですか。」と確かめるように言ってから、「じゃあ、あの、入れた時間を後で教えてもらって。」と続けると、下谷さんは、少し不安そうに顔を曇らせて、「自分で入れられます？ わかんないんだけど。」と言った。植村看護師が会得したように、「ああ、入れたことはない？」と聞くと、下谷さんはきっぱりと、「ない。」と応えたので、植村看護師は、「ああ。じゃあ、呼んでくれれば。」と言った。下谷さんは「そうですか、いい？ すいません。」と、ほっとしたように言った。植村看護師は、「じゃあ、一応置いておくので。」と言って、ポケットからボルタレン座薬を取り出し、オーバーテーブルの上に置いた…（略）…。すると、下谷さんはゆっくりとした動作で起き上がって、「どっち向きでもいいの？」と聞いてきた。植村看護師は、すぐに質問の意味を解したように、「一応ね。こういう形してるので。」と言って、座薬を手にとると、ロケット型の先端の尖っている部分を指差して見せた。下谷さんも座薬の先端を指差しながら、「これを先にこう、入れるの？」と聞くので、植村看護師は、「そう。こう入れるの。」と、座薬の入れ方を手振りとともに説明してから、「でもね、ゼリーとか、つけたほうがいいから。あの、呼んでください。」と加えた。そして、「私後で持ってくるけど。いい？ 私のポケットに入れておくから。」

と言って、一度はオーバーテーブルの上に置いた座薬を、再び自分のポケットに収めた。すると下谷さんは、「すみませんね。やらせちゃって申し訳ないです。」と言って体裁笑いをしてから、「ちょっとわかんないので。お願いするのです。」と、言い訳のように言い、植村看護師は、「そうですね。じゃあ、きたかなと思ったら、呼んでください。」と、晴れやかな口調で言った。下谷さんは安心したように、「はい、わかりました。ありがとうございました。」と、ベッドの上で頭をさげながら言った。…（略）…植村看護師は、「じゃあまた、後で。」と言い、出口に向かおうとすると、下谷さんは丁寧にお辞儀をしながら、「すみません。ありがとうございました。よろしく。」と言った。

廊下で研究者が「今は、お元気そうでしたね。」と言うと、植村看護師は、「そうですね。元気は元気なんですけど。隔日、月水金かな。今日は水曜日ですよ。月・金はまた違う薬を使って。ちょっと違う名前の薬を使ってるんですけど。ちょっとそれを使った後、やっぱり 39 度とか熱発して。でもあんまり辛いって言わないんですよ。で、昨日も私が見て（担当をして）。昨日も見えて一昨日も見たのかな。なんか、自分でわからないみたいなんですよね。」と話してくれた。「というのは？」と聞くと、植村看護師は、「なんか、熱発して座薬が効いて血圧が下がったのか、低血糖だったのか。とにかく座薬入れて寝て起きてから少しボーっとしてたんで、血糖測ってみようと思って測ったら 60 とかになって。で、ブドウ糖 IV（静脈注射）したりして。ちょっとガタガタしたんですよ。でも、自分では症状がよくわかってないみたいで。」と話してくれた。研究者が「じゃあ、低血糖症状やその徴候について、よくおわかりじゃないってことですね。」と聞くと、植村看護師は、「そうみたいですね。もともと DM（糖尿病）じゃないからですかね。」と言いながら、ナースステーションに入って行った。

15 時を過ぎ、植村看護師は下谷さんの部屋に向かった。そして、「失礼します。」と言いながら、ドアを開けたままカーテンがひかれている部屋に入って行き、ベッドの足元に立つと、「上がってきた感じですか。」と、声をかけた。横になっていた下谷さんは、「ええ。なんか脚が。手はそれほどでもないんだけど。」と応えた。そして、「指先だけ。」と、自分で脚の先を手で触りながら言った。先ほどと違って、今は下谷さんに笑顔はなかった。すると、窓際のテーブルについていたご主人が、「やっぱり 2 時間くらいですかね。」と言ったので、植村看護師はそちらに顔を向けて、「そうですね。」と同意するように言った。ご主人は、ノートを見ながら、「2 時間だ。丁度 2 時間だ。」と言った。ノートには、毎日毎時間の体温や血圧の値、医療処置内容が記入してあった。

下谷さんは、自分で熱を測っていたようで、「37 度 4 分。それほどでもない。」と、体温計を取り出して言うと、植村看護師が、「うん。上がってくるかもしれないですね。」と言ってから、「（座薬を）入れますか？」と聞くと、ご主人が横から、「ちょっと、自分でやってみる？ 座りながら。」と言った。下谷さんは、少し迷ったような表情でベッドからゆっ

くりと起き上がった。そして、「じゃあ、どっち。」と言い、身体を左右によじったりして姿勢のとり方に困っていた。植村看護師が「入れてみます？」と聞くと、ご主人は、「なんか、ちゅっと入れるんですか。」と言い、椅子から立ち上がってベッドに近づいてきた。植村看護師は、「そうですね。あの、入り口に向かってこう、きゅっと入れればいいんですけど。ただ、あの、少し入れるだけだと、おなかの力入ると戻ってきちゃうことがあるので。少し奥まで入れたほうがいいと思うんですね。」と言いながら、座薬を二人に見せた。そして、「わかっちゃえば、なんともないんですけど。」と付け加えると、ご主人は、「最初は何でも、おっかないんだ。」と言った。植村看護師は、「私、入れてもいいですか。」と聞くと、下谷さんは「ああ。はい。」と言い、すぐに横になった。するとご主人は、「じゃあ、私、見ておこう。」と言って、植村看護師の手元を覗き込んだ…（略）…。植村看護師が、「これでどうですか。」と聞き返すと、そばからご主人も下谷さんの顔を覗き込んで、「なんともない？ 入れて。」と聞いた。下谷さんは、「うん、別になんともない。」と応えた…（略）…。下谷さんが、「意外と、もっとぐーっと押すのかなと思って。」と言うと、植村看護師は、「ううん。あの、少し奥まで。ぽこっと入るように。押し込んで。少し押さえてて。」と、言葉を選ぶように言ったので、下谷さんは「ああ、抑えてて。出てこないようにね、確かめて。」と会得したように言った。そして、「わかりました。」と言ってから、「なんか、怖いような気がするけど。」と言うので、植村看護師は、「なんかね、怖い感じしますよね。」と同意するように言った。

植村看護師が、「寒気はしませんか、大丈夫？」と聞くと…（略）…。下谷さんは「はい。」と返事した。そして「すいません、ありがとうございます。」と言い、身体を横にしたので、植村看護師が掛け物をかけるのを手伝った。下谷さんは、「すいません、お手数かけて。」と言い、毛布にくるまった。それから下谷さんが、掛け物の中から頭を持ち上げて、「ええと。もう2時間くらいたったら、血糖とかも調べたほうがいい？」と聞いたので、植村看護師は少し考えて、「うーん、この間も。でも一応ね。5時半頃には測りますけど。今そういう感じ？ この間の具合悪い感じ？」と問いかけた。すると下谷さんは、「この間はねえ、こうやって寒気がきて。寝ちゃったの。からだがなんか熱くなったなと思って。起きかかったら看護婦さんが来たの。で、測ったらば、（血糖が）低かったの。」と言った。植村看護師が、「うん、そうでしたねえ。」と相槌すると、下谷さんは、「自分では全然わかんない。」と続けた。植村看護師が、「今、測っておきましょうか。」と聞くと、下谷さんは、「うん、ちょっとわからない。」と言うので、植村看護師は、「わからないですよ。また注射のせいか、血糖のあれなのか、わからないから。大丈夫なら大丈夫でいいし。」と言った。下谷さんが、「そうですね、はい。すいません。」と言うと、植村看護師は、「じゃあ、ちょっと今準備してきます。」と言い、部屋を出た。

廊下に出るとすぐに、植村看護師は、「あの方は、低血糖の具合の悪さなのか、ちょっとまだわかんない感じで。ちょっと注射とかぶっちゃって。なんか、おなかが空いてきて健

康になってきたのかしら、なんて言っていたら、夕方に熱が 39 度とかになって。今血糖測定、やっちゃいます。」と歩きながら言い、ナースステーションに入って行った。そしてコーディネーターの看護師に、「とりあえず座薬入れたんだけど。なんか、ちょっと。」と言うと、その看護師は「寒いのか？」と聞いた。植村看護師は、「なんか冷たくなってきた気がするって。うん。で、一昨日夕方、低血糖になってるんだよね。で、ちょっとまだ、自分としてもわからない。熱なのか、血糖なのか。わからなくてっていうから、ちょっと測ってみようって言って。」と言った。コーディネーターが、「あ、わかりました。じゃ、今測ってきます。」と言うので、植村看護師は、朗報を受け取ったときのように、「いい？ お願いして。」と聞き返し、コーディネーターは、「はい、いいです。わかりました。」と応えた。植村看護師は、別の受け持ち患者を手術に搬送する時間になっていたのだ。

16 時半を少しまわった頃、植村看護師が、「失礼しまあす。」と、声を落として静かに部屋に入っていくと、下谷さんはベッドに横になっていたが、覚醒していた。「お熱、測りました？」と、静かに聴くと、ご主人が、「今、測った。38 度 3 分。」と応え、下谷さんは、「あれからすぐに寝ちゃって。今起きたの。」と言った。植村看護師が、「大丈夫ですか。」と聞くと、下谷さんは、「ええ、ぐっすり寝ちゃったから。」と言い、表情は穏やかだった。するとご主人が、「良かったなあ、いいこと教えてもらって。」と言った。

植村看護師は、廊下に出ると「上がってないと思ったけど。上がってましたね、やっぱり。でも、前みたいに辛そうじゃなかったから。」と言った。そしてナースステーションに戻ると、電子カルテを調べて、下谷さんの「15:40 血糖 184」という記録を確認した。

② インタビュー記録

17 時を少し回った頃、植村看護師は、「日勤の仕事は大体これで片付いたんですけど。何かありますか。」と聞いてくれた。研究者が、「下谷さんの座薬ですけど」と言いかけると、植村看護師は、「ああ、イントロンでしたよね。熱が、どうせ上がると思ったので。」と、自分から話し始めた。そして、「(注射を) やって確かもう、2 回目か 3 回目だと思ったんですけど。なので、熱型わからなかったんですけど。早めに使ってもいいって言われてたので。だったらもう、上がり始めて使っちゃおうかなと思って。その方が多分いいかと思って。あの人、あまり言わない人なので、辛いとか。その前の低血糖症状とかも、今一こう、何が具合が悪いのかよくわからないところが、感じとしてありそうだったので。まあ、その、発熱（による苦痛）はあまり味わわせなくてもいいかと思ったので使っちゃいました。私も、いつも自分が熱出るときも早めに使っちゃう方なので。」と、やや早口で続けた。「では、前はかなり具合が悪かったんですか。」と尋ねると、植村看護師は、「ええ、多分。辛かったと思いますよ。でも、あまり言わないんですよ、あの人。自分でも何が具合悪いのかわからなかったんじゃないかなあ。」と応えた。そして、「前回のときに植村さ

んが受け持ちしてて、下谷さんの熱が上がっちゃってからじゃなくて、早めに座薬を使ってもいいかって聞いたということでしたね、先生に。そのときの判断についてお話していただけますか？」と聞くと、植村看護師は、「もともとは（ボルタレン座薬の使用は）‘発熱時’っていう指示だったんですよ。で、前に私が担当したときも 39 度とか、やっぱり出たんですね。それで（座薬を）入れたんですけど、なんかその後、寝て起きてから少しボーっとしてたんで、血糖測ったら 60 とかになって。さっきも言いましたっけ。とにかくちょっと具合悪くなったんですね。それでもう、熱が出るのが分かってるんだったら先に使ってもいいんじゃないかって思って。で、先生に聞いたら、かまわないってことだったんで。」と応えた。「じゃあ、下谷さんが熱が出て辛くなることを予防しようと思って、先生に確かめたんですね。」と聞くと、植村看護師は「そうですね。」と応えてから、「別に、ボルタレンは熱が上がりきってからじゃなくてもいいですもんね。私も、自分で使いますから。」と続けた。「それは、植村さんのお考えだったんですか？ それともチームで相談して？」と尋ねると、植村看護師は、「あの時は、あの日は私が考えました。でも、その後記録に書いたの。今はなんか、みんなそうしてくれてるみたいですね。」と話してくれた。

また「ところで、下谷さんは座薬を入れるのはまだ、ご自分でやったことがなかったんですね。」と言うと、植村看護師は、「そうですね。『ここに置いといて』なんて言うから、てっきり自分で入れてるかと思っちゃったけど。」と言った。そこで、「それで植村さんはあの時、座薬をまたポケットにしまったんですか。」と聞くと、植村看護師は、「ああ、あの時ですね。」と相槌し、研究者が続けて、「私には、あの時植村さんは、下谷さんが心配そうなのがわかってそうしたように思えたんですけど。」と言うと、植村看護師は、「ええ。やってほしいのかなって。たぶん私だから言ってるんだろうなって。あ、そう思ってるんだ、みたいな。」と言って照れたように笑った。「と言うと、下谷さんとは何かそういった関係ができていますか。」と尋ねると、植村看護師は、「いえ、別にそんなのじゃないんですけど。あの人、あんな感じで結構気を遣う人なんです。それで、何か頼むときも遠慮しているっていうか、人を選んでるっていうか。そんな感じがする。」と言ってから、「結構、あの人やればできるんだけど、最初はちょっと恐がるんですよ。で、まあ、初めてなら、ちょっとやってあげてもいいかなって。」と続けた。

(4) 植村看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 植村看護師の臨床的自律性

a. 訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用

植村看護師は、下谷さんについて、イントロンを注射したので熱が出てくると思う、予防的にボルタレン座薬を早めに入れようと思うと述べ、午後から受け持つための挨拶に行った。イントロンとは、C 型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善に効果のあるインターフェロンであり、副作用として発熱を伴うことがあるとされる。植村看護師が注射 2 時間

後に再び訪ねると、下谷さんは体温 37.4 度、発熱による苦痛症状はまだ発現していなかった。そこで植村看護師は、この時解熱剤ボルタレン座薬を挿入した。

連日担当した植村看護師によれば、下谷さんは前回の注射後に 39 度台の発熱があり、座薬を入れた後に具合が悪くなったという。そこで植村看護師は、下谷さんに発熱による苦痛は味わわせなくてもよいとして、発熱時という指示のボルタレン座薬について、発熱することが分かっているのであれば先に使ってもよいと考え、注射後 2 時間、体温 37.4 度の時点で使用すると判断した。そしてこれは前回下谷さんの具合が悪くなったことへの反省から、植村看護師は高熱になる前に解熱剤座薬を使用してよいか医師に確認しておいたのだ。ボルタレン座薬は、即効性で強力な効果があることから、37 度台と緩やかな体温上昇のときに使用すると、それ以上の上昇を抑え、高熱による苦痛症状を緩和できると考えたようだ。ボルタレン座薬の効果持続時間は成人で約 6 時間とされている。

このように、注射後に 39 度といった高熱にまで体温上昇するのを待たずに、予防的に早めに解熱剤を使用することは、植村看護師が考えた下谷さんの苦痛を積極的に軽減するための対策であった。ここには、注射後の発熱が薬剤の特性上避けられないのであれば、発熱時投与という医師の指示にそのまま従うのではなく、患者の苦痛を最低限におさえるために、解熱剤を予防的に早期に使用するようその実施方法を工夫するという植村看護師の判断があった。そして、それまでの下谷さんへの発熱時の看護ケアを振り返り、彼女に苦痛を味わわせたくないとして、解熱剤使用時期を工夫したことは、日常的に行われる看護実践の標準性を超えており、植村看護師の臨床的自律性が存在する。そして、こうした看護実践は自律的看護実践と呼ぶことができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 看護実践の中の省察を活かせる判断力 <自律的看護実践の展開契機：必要条件>

下谷さんは、インターフェロン注射を始めて 2 回目か 3 回目とされ、その回数はまだ少ないようだ。そして、前回の担当時は 39 度の発熱により座薬を入れたという植村看護師の発言は、この日まで、下谷さんが高熱に体温上昇してから、発熱時という医師の指示に従って解熱剤が使用されていたことを示している。

こうして植村看護師は、下谷さんがそれまでと同様に 39 度まで発熱してから解熱剤を使用したところ、低血糖を併発する事態に遭遇した。植村看護師は、高温の発熱や低血糖といった症状により辛い思いをしていると思われる状況でありながら、下谷さんは辛いといった訴えを自分からはあまり言わないととらえている。そうした下谷さんだからこそ、植村看護師は、苦痛症状は感じさせたくないと考えたのだろう。その結果、解熱剤の早期使用によってその苦痛を最小に抑えようとしたのだ。これは、植村看護師が、前回下谷さんを担当したときの注射後の発熱や低血糖に関する一連の看護ケアをとおして考えたことであり、ここには、看護ケアを実践しながら反省するという、看護実践の中の省察があっ

た。こうした看護実践の中の省察は、そのままに捨て置かれることなく、植村看護師によって確実に次の注射日に、医師への確認を済ませた上で実施されたのである。この意味で、植村看護師による看護実践の中の省察は、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていた。そしてこの展開契機は、植村看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

b. はっきりとは言わない患者の意を酌む感性と親切心や思い遣りにより細やかに配慮することが身についている実践姿勢 <自律的看護実践の基本姿勢:促進要因>

植村看護師が、座薬を入れた時間を後で教えてほしいと言うと、下谷さんは、不安そうに顔を曇らせて「自分で入れられます？ わかんないんだけど。」と言った。植村看護師は、この発言から、下谷さんはこれまで自分では座薬を挿入したことがないことを察し、彼女の言外にある“自分ではできない、あるいは自信がない”というメッセージを受け取っていた。下谷さんが、きっぱりと「ない。」と応えたのは、植村看護師がそのように察し、自分のメッセージを受け取ってもらえたことがわかったための反応と見なすことができる。そこで植村看護師が、呼んでください、すなわち“私が挿入しましょう”と言うと、下谷さんは、ほっとしたようだった。後のインタビューで植村看護師は、「やってほしいのかなって。たぶん私だから言ってるんだらうなって。あ、そう思ってるんだ、みたいな。」と述べており、この発言からも、植村看護師が下谷さんの思いに気づいていたことが裏付けられる。下谷さんが「やらせちゃって申し訳ないです。」と言って体裁笑いをしたのは、植村看護師が自分の思いを分かり、意を酌んでくれたことへの返礼と見ることができる。

また座薬挿入後、下谷さんが血糖も調べたほうがよいかと聞いた場面では、植村看護師は、後刻血糖測定を予定している旨を伝えてから、さらに今現在症状があるのかと尋ねた。すると下谷さんは、自分では全然わからないと言った。そこで植村看護師が、今測っておきましょうかと聞くと、下谷さんは、さらにわからないと言った。ここでのやり取りでは、下谷さんは、わからないとことばでは言いつつ、血糖を測定してほしいらしいことが伺える。この後に続くやり取りで、植村看護師が「わからないですよ…大丈夫なら大丈夫でいいし。」と返すと、下谷さんは、「そうですね、はい。すいません。」と言っており、植村看護師がこの時血糖測定してくれることを期待しているようにとれる。植村看護師がこの後、準備してきますと言っていることから、こうした推察は的外れではないといえる。

このように植村看護師は、はっきりとことばにしてはいないのだが下谷さんの思いがわかり、その意を酌むことができ、それに応えていた。ここには、そうした下谷さんの思いに気づく植村看護師の感性がはたらいていた。

一方、座薬を挿入し終わって、下谷さんが身体を横にした際、植村看護師は掛け物をかけるのを手伝っていた。下谷さんは、このときはまだ気分不快が生じる程の体温上昇はしておらず、自分で掛け物を掛けることが困難なわけではなかった。だが植村看護師は、そ

れを手伝ったのであり、彼女の手が自然に出た状況ともいえる。そしてこれは、植村看護師の親切心や思い遣りから自然になされた行為と思われる。

加えて、植村看護師は、ある患者が再入院の際、再びプライマリナースになってほしいと希望されたという。植村看護師が、点滴をしている患者に食事のお膳と共におしぼりを渡す配慮をし、それが大変喜ばれたようだ。ここでも植村看護師は、自分で動くことができる患者にそうした行為を行っており、これはその患者の必要性からというより、植村看護師の親切心や思い遣りによる行為と考えられる。それゆえこの患者は、そのように親切で思い遣りのある植村看護師に再び担当してほしいと考えたのだろう。植村看護師は、自分にはわからない、あまり覚えていないと述べているように、患者にそっと掛け物を掛けたり、さりげなくおしぼりを渡したりといった細やかな行為については、明確な認識のもとに行っているのではないのだろう。すなわち、植村看護師の患者への親切心や思い遣りによる細やかな行為は、すでに身についている行為の仕方、看護ケアを実践するときの基本姿勢なのではないだろうか。

このように、下谷さんは口に出してははっきりと言わないが、座薬を入れて欲しいとか血糖を測って欲しいといった思いに気づき、その意を酌むことができる植村看護師の感性、そして親切心や思い遣りにより細やかに配慮し行為する実践姿勢は、ここでの看護実践が効果的に進むことを促進していたといえる。そして、こうした患者の意を酌む感性、親切心や思い遣りにより細やかに配慮することが身についた植村看護師の実践姿勢は、ここでの臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

③ 植村看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者の発熱による苦痛と家族の心配の軽減、そして自己管理への示唆－

植村看護師は、下谷さんの治療に用いられるインターフェロンが、その特性上注射後に体温上昇を来すことから、発熱時投与という医師の指示にそのまま従うのではなく、高熱による苦痛を積極的に軽減するため、予防的に早期に解熱剤座薬を使用した。これにより下谷さんは、その1時間半後には、あれからすぐにぐっすり寝たと言い、表情は穏やかだった。下谷さんの体温は、38.3度まで上昇したもののそれ以上には至らず、植村看護師が、前みたいに辛そうではなかったと言うように、下谷さんの大きな苦痛を回避することができた。そして、夫も、「良かったなあ、いいこと教えてもらって。」と言い、付き添っていた家族の心配も軽減することとなった。また、この夫の発言から、今後も下谷さん夫妻によるボルタレン座薬の予防的使用が継続されることが予測され、退院を間近に控えた下谷さんの健康管理にも有用性を与えたと考えられる。

(5) 研究参加者の植村看護師の意見・感想

‘植村看護師と下谷さんとの関わり合い場面の記述’ および ‘植村看護師の看護実践に

おける臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の植村看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

全体的な感想として、「ああ、これ、この間の場面ですよ。へええ。こんなふうになるんですね。面白かったです、すごく。この座薬を早めに使うことって、自律的看護実践っていうんですね。なんか、そうなのかって思って、勉強になりました。私って、もしかしてすごいことやってたんですかねえ（笑い）。」と言い、「解釈についてご意見やご感想をお聞かせください」と言うと、「この『看護実践の中の省察』っていうのが、すごい格好いいですね。でも、看護師って、こういう。なんていうのかなあ。自分のときに患者さんが具合悪くなったりすると、次は絶対そうならないようにって考えますよね。あの時も、何が起こったんだろうって。うん。だから、ここにも（書いて）あるけど、下谷さんが血糖測って欲しそうって思ったことは思ったんですけど。でも、私もどうせなら今測っちゃってもいいかなって思ったと思いますね。あと、私って、自分ではあまり考えてないけど、やっぱり患者さんに親切なんですかねえ（笑い）。」と話した。そこで、「ええ。同行させていただいていると、結構そういう場面ありましたね。他の患者さんにも。下谷さんの掛け物もそういったひとつと思ったので、こう解釈したんですけど。」と言うと、植村看護師は笑って、「やだ。ただのお節介なんですよ、多分。黙って見てられない性分なんです。」と話してくれた。「そこが、『身についた実践姿勢』なのではないでしょうか」と言うと、植村看護師は、「そうなんですかねえ。でも、そう言っていただくと、なんか。ちょっと嬉しいっていうか、恥ずかしいですけど。」と、照れたように言った。そして、「今日は、とても楽しかったです。これ（本記述）って、後で私にももらえますか？ 自分の記録みたいで大切にしたいです。」と話してくれた。

4) 美木看護師と患者浦上さんとの関わり合い

美木看護師への同行回数は間隔をあけた 3 回、うち 1 回は午後からの同行であり、担当した患者数は延べ 19 名であった。そのうち、美木看護師の臨床的自律性が発揮されていると思われる患者との関わり合いは以下の場面であった。

(1) 研究参加スタッフ看護師の特徴

美木看護師は、30 歳代半ば過ぎの女性、准看護師を経て看護師養成所を卒業した。Ⅱ病院には 7 年前に中途採用で就職し、消化器内科外科混合病棟に数年勤務した後、D 病棟に配属された。美木看護師は、「最初内科を希望してたんですけど、（看護部から）どこでもいいわよねって言われて。ちょうど約 1 年前にここに移動になったんです。私、もともとは、ちっちゃい 200 床くらいの病院に勤めてて。だから、大学病院って、ここしか見たことないんです。」と話している。Ⅱ-D 病棟では、主任看護師となるため看護部が主催する研修などに参加しており、病棟看護師長が不在のときにはその代行役割を任されている。看護経験は准看護師を含めて 17 年目、リーダー歴は 10 年目だという。

「どんなお仕事の仕方をしたときに楽しいって思えますか」という質問に、美木看護師は、「どっちかという、やっぱりベッドサイドにいたほうが。管理の仕事よりも、ベッドサイドにいるほうが好きですね。逆に夜勤とかそういう、スタッフの仕事のほうがいい。」と言い、「じゃあ、患者さんとの関わりがお好きなんですか」と聞くと、「ええ、そうですね。」と応えた。そして「具体的には」と尋ねると、美木看護師は、「そうですね。やっぱりさっきのあの、浦上さんのみたいな…（略）…本人の、少しでも希望をかなえてあげて、みたいに。」と話し、ここで記述する患者との関わり合いを指した。

(2) 浦上さんのプロフィール

浦上さんは 50 歳代の女性、年齢より若く見える外見で、話し方にも幼さが感じられる。美木看護師によると、「結婚してるけど、子どももいないんですよ。最初に部屋を移るときも、絶対にやだとかいって駄々をこねて。ちょっと特殊なキャラ（character）って感じです。…（略）…ちょっと年齢の割にねえ、ちょっとねえ。甘えてるっていうか。」という。「認知的には問題ないんですか」という質問に、「さあ。どうなんですかね。なんかあるんじゃないかって感じですけど。」と応えた。

ある場面を例にすると、浦上さんの血管に点滴漏れが生じたため、ある看護師が留置針の刺し換えを試みて失敗した際のことである。別の看護師が代わって再穿刺を試みようと、左前腕の血管を探していると、浦上さんが、「さっきの看護婦さんが、我慢しなさいって言ったの。すごーく痛かったあ。」と訴えるように言った。その看護師はしばらく血管を探していたが、急に「やめます。」と言い、駆血帯をはずした…（略）…廊下を歩きながら、その看護師は、「さっきの一言でやめることにしました。主治医にやってもらいます。」

…（略）…あの人、痛いとかっていうと、なんか、ちょっと低いのかなって思う部分がある。そんなところがある感じなんですね。で、ちょっと、普通じゃないっていうか。で。ああいう過剰なところがあって。」と話してくれた。

この場面に見られるように、浦上さんは、ある看護師との対応の中で感じたり思ったりしたことを、別の看護師に告げ口のように話すことから、Ⅱ-D 病棟の看護師たちの多くは、彼女との対応には気を遣っており、敬遠しているようだ。

浦上さんは、尿管結石により入院後、左尿管ステント³⁷挿入術を受けたのだが、その後高熱が続き、右股関節腔に膿瘍があることが発覚した。そのため、整形外科による排膿ドレナージ³⁸を行い、現在ドレナージチューブは抜去されているが、まだ床上安静を必要とする。そして、この日の前日くらいから高熱が出るのが少なくなり、車椅子に乗って室外に出られるようになった。Ⅱ病院の他病棟での治療を含めて約 2 か月となる入院生活の中で、浦上さんは、車椅子に乗り部屋を出て、ディルूमなどへ散歩することを、「ものすごく楽しみ。」と言っている。

(3) 美木看護師と浦上さんとの関わり合い場面の記述

① 参加観察記録

美木看護師は、午前中は研修のため不在の病棟看護師長に代わって管理業務を行っていたが、午後からは、研修に出る別のスタッフ看護師が担当する患者 4 人のケアを引き継いだ。Ⅱ病院では、患者にとっては、午前と午後の担当看護師が異なることがあるのだ。

11 時 30 分近い時間になると、美木看護師は、「もう保清（清拭・洗髪等の清潔ケア）とかは終わってるんです。だけど、他の（看護師）担当の浦上さんが、ちょっと残ってるんですけど。そこにちょっと入ろうかと思って。」と言った。浦上さんは、この日、美木看護師の担当ではなく、別の看護師が担当している…（略）…。

美木看護師は、「あもう。右のこの、股関節のところが化膿していて。で、ドレナージしていたのが、とりあえず（チューブが）取れたんですけど。でもまだしっかり治ったわけじゃないみたいで。だからまあ、別科で（整形外科で治療中）。一応車椅子 OK みたいな感じです。でもまだ、介助が必要な感じなんですよ。トイレとか見てると。」と言った。そこで、「なるほど。それじゃあ、まだ（靴下は）脱げないですね。」と言うと、美木看護師は、「まだまだです。あの人、自分でトイレに行けるようになるまでは脱げませんからね

³⁷ ステントとは、人体の管状部分（血管、気管、消化管等）を管腔内部から広げる医療機器である。素材としては、316L ステンレス、タンタル、コバルト合金、ナイチノール（ニッケル・チタン合金）などの医療用ステンレス（金属）が用いられている。

³⁸ ドレナージとは、体内に溜まった余計な水分や血液等を特定のシリコンチューブにより体外に排出する措置を指す。感染症の原因物質を除去したり、組織に溜まった体液等を体外に排出することによって減圧を図る為に行われる。

って言ったら、ええーっ！ とか言って。」と言って笑った。浦上さんは、床上安静が続いており、深部静脈血栓形成予防のために医療用弾性ストッキング³⁹を着用しているのだが、別の看護師に同行した際にも、その締めつけがきつくて足が痛いと話していたのだ。

ナースステーションに戻るとすぐにナースコールが鳴った。浦上さんの部屋からだった。美木看護師は廊下に出て歩きながら、「年齢の割にねえ、ちょっとねえ。甘えてるっていうか。旦那さんはそれがかわいいと思ってるんですかねえ。普通だったらちょっと、って感じですよねえ。」と、囁くように話してくれた。浦上さんの部屋に行くと、美木看護師は、「失礼します。」と言いながら、トイレの中を伺った…（略）…美木看護師は、浦上さんが座った車椅子をトイレの外に出した。そして、「ディルームから帰ってきたら」と言いかけると、浦上さんが「はい？」と言って、美木看護師の顔を見上げた。「ちょっと、足を洗いませんか。」と続けると、浦上さんは、「あ、はい！」と言って顔を輝かせた。美木看護師が、「ねえ。靴下、その間脱げるから。そしたら。」と笑い声で話すと、浦上さんは「えええ！」と感嘆の声をあげ、すぐに「うふふふ。今あ？」と嬉しそうに笑って言った。美木看護師が「ええ。」と応えてから、「先に洗うほうがいい？ ディルームが先がいい？ どっちがいいですか？」と顔を覗き込んで聞くと、浦上さんは振り向きながら、「脱げる？」と聞き、美木看護師は、「ええ。」と、胸を張って応えた。浦上さんは、「じゃあ、足！」と即答した。美木看護師が、「じゃあ、先に足、洗おうか。」と言うと、浦上さんは…（略）…「わあ、ほんとにいい。うわあいい！」と、子どものように歓喜の声をあげた。

ベッドに向かって車椅子を押しながら、美木看護師が、「嫌だったんだもんね、靴下ね。」と同情するように言うと、浦上さんは、「嫌あああ。」と気持ちを込めて訴えるように言い、美木看護師が、「きつくて、痛くなっちゃうからね。」と続けると、「そうなの。眠れなくて。」と、浦上さんが応えた。美木看護師が、「ねえ。」と、理解を示すように相槌すると…（略）…浦上さんは声を裏返して、「ほんとにいい？」と、美木看護師を見上げた。「ええ。今準備してきます。」と、美木看護師がきっぱりと応えると、信じられないことでも起こったかのように、浦上さんが、「ほんとにいい？」と繰り返した。あまりの大げさな反応に、美木看護師が大笑いすると、浦上さんは、「だって、あんまり駄目だって言われてたから。どうしましょう。」と、子供っぽい口調で言った…（略）…。

廊下に出て、研究者が「すごい感動のしかたでしたねえ。」と言うと、美木看護師も笑って、「今日もね。午前中、からだ拭いたときに、この靴下（弾性ストッキング）まだ脱げないの？ って。」と言うので、研究者も「この間も言っていましたねえ。」と返した。美木看護師は、「そうなんですか。旦那さんもね、夜勤で来た時、これまだ脱げないんですかって。

³⁹ 静脈血栓の形成には、静脈の内皮障害、血液の凝固亢進、静脈の血流停滞の3つの成因がある。3つの成因が様々な程度で個々の危険因子に作用し、複数の危険因子が関与して深部静脈血栓症が発症する。離床困難な患者や手術を受ける患者などはそのリスクが高いとされ、入院中は術前術後を問わずリスクが続く限り、予防として医療用ストッキングを終日装着することが、「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年度改定版）」に示されてから、Ⅱ病院ではこれに従い、手術を受ける患者や床上安静を必要とする患者に義務付けている。

だから何回も言ってるでしょって。歩けるようになるまではって。」と言ってから、大声で笑って、「やっぱり、あれだなって。似た者キャラですよ。」と言いながら、準備室に入って行き、足浴用のバケツにお湯を汲み始めた。そして、「なんか、1本ねじが、って感じですよね。なんか、呆れちゃって。」と笑いながら言うので、研究者が「なんか、年より若い感じですねえ。」と言うと、美木看護師は、「そうなんですよ。20歳くらい年齢が低い感じ。ほんとに。」と言ってまた笑った。「午前中、美木さんが清拭されたんですか。」と尋ねると、美木看護師は、「はい。で、ちょっと（足が）臭かったんで。これは、拭いただけじゃあって。」と応えた。そこで「ああ、それで。」と言うと、美木看護師は、「ええ、これはちょっとと思って。」と言い、「なるほど。それで、午後やろうと考えたんですね？」と聞くと、美木看護師は、「ええ。何しろ、39度台の熱がずっと出てて。午後になるとボーンと上がって。なんか、なかなか良くななくて。」と言いながら、バケツを2つ用意した。そして、「なんか、あちい！なんて言われたりして。こんなに熱くちゃあ、なんて。言いそうですよねえ。」と言うので、研究者が、「想像がついちゃうんですか？」と聞くと、「そうですよお。でも、ちょっとかわいいかな、なんて。」と、美木看護師は楽しそうに応え、「で、思わず、足洗うの、やりたくなったりして。」と続けた…（略）…。

美木看護師は、「失礼します。」と言ってドアを開け、「お待たせしました。」と言いながらワゴンを部屋の中へ引き入れた。浦上さんは、美木看護師の姿をとらえると、「夢じゃない。」と言って振り返った。美木看護師は、「夢？」と聞き返したが、すぐに「夢じゃないですよ。」と言って笑いながら、お湯の入ったバケツを床に降ろした。そして「ちょっと、足元失礼しますね。」と言い、浦上さんの足元にバケツを置いた。浦上さんは、「夢じゃない、夢じゃない。」と言って、子どものようにはしゃいでいる。…（略）…美木看護師は、「はい。じゃあ、靴下脱いじゃいましょう。」と言った。浦上さんが、「うわあーい。」と歓喜の声をあげたので、美木看護師は声をあげて笑った。浦上さんが、「思わず、一気に両脚出しちゃいました。」と言いながら2本の足を差し出したので、美木看護師は愉快そうに笑い続けた。美木看護師が、浦上さんの足を片方ずつ自分の膝の上に乗せて弾性ストッキングを下げ降ろそうとすると、浦上さんは、「うわああ。」と、感動の声をあげた。美木看護師も、その言い方を「うわああ。」と真似てから、「解放感。」と言って彼女の顔を見上げた。浦上さんが「はああ。」と、深いため息を吐いたので、美木看護師は思わず笑い声をあげた。…（略）…浦上さんは、バケツに両脚を入れながら「信じられない。」とため息まじりに言い、本当に解放感を感じている様子で、また「はああ。」と、声に出しながら大きく息を吐いた。そして、「いやだ。またなんか、また泣きそう。」と言い、美木看護師が、「どうでしょう。大丈夫ですか？熱くないですか？」と聞くと、浦上さんは声を裏返して、「だいじょうぶでえす。」と言った。

美木看護師は「よかったです。」と言い、手で膝にお湯をかけた。浦上さんは、「うれしい。」と大きな声で言った。そして、「もう、だって。もう2カ月だから。下（の病棟）か

ら。」と言うと、美木看護師は、「そうですよね、ずっとね。」と同情するように相槌した。浦上さんは、「下にいるときは、一人で泣いてて。」と続け、美木看護師は、「ねえ。」と同意するように返した。そして、「そうっと泣いてたの？」と聞くと、浦上さんは、甘えて告白するような口調で、「そうっと。わからないように泣いてました。」と言ってから、普通の口調に戻して、「それからずっとです。足、マッサージ。」と言うと、美木看護師は、「うん。やってくれてましたもんねえ、旦那さんねえ。」と同調した。浦上さんは「ああ、夢じゃない。」と言いながらバケツの中を覗き込んだ。美木看護師が、「夢じゃないですよ。」と言い、浦上さんの足をお湯の中でさすっていると、浦上さんは、「うわあ。気持ちいい。」と感嘆の声をもらした…（略）…そして、「すいません。私、駄目なんです。嬉しいと、こう。抑えることができなくなるんです。」と言って涙ぐんだ。美木看護師は、一瞬驚いたようで、「こんなに喜ばれるなんて、ねえ。」と、研究者に同意を求めてから、「ねえ、本当。やってよかったと思いますよ。」と言って顔を見上げると、浦上さんは、「うわああ。」と、またはしゃいだように笑った…（略）…。そして洗い終わり、「はい。」と言ってその足を再びお湯につけると、浦上さんは、「なんか、指がわかる。」と言うので、美木看護師は、「指がわかる。」と繰り返してから、「わかんないんですか、（弾性ストッキングを）履いてると？」と聞いた。浦上さんが、「今まで、ギュウッと、すっごい締めつけられてて。指が確かにあるんだけど、なんていうんでしょう。感覚がなんか、麻痺しちゃう。」と応えると、美木看護師は、やや真面目な顔になって、「常に痺れてる感じになっちゃいます？」と聞いた。浦上さんは、「はい。」と力強く返事した。そして、「その通りです。」とはっきりした口調で言った。美木看護師が声をあげて笑うと、浦上さんは、「すいません。」と言った。美木看護師が、「いいえ。」と返すと、浦上さんは「まだなんか、痺れてる感じがあるんですよ。」と言って、お湯の中で足の指を動かしながら、また「ああ、嬉しい。」と言った。

美木看護師は、浦上さんの足を床に広げたバスタオルの上に置いた。すると、浦上さんが突然、「美木さん、好きです。」と言うので、美木看護師は、思わず声をあげて笑い出した。浦上さんは、「最初から、美木さん好きです。最初会ったとき、なんかビビッときたの。」と言うので、美木看護師は、「ビビッときた？」と、はにかんだように聞き、浦上さんは、「なんか、私に、電気がビビッときた感じ。」と言った。そして、「わあ、言っちゃった。」と照れたように続けた。美木看護師は笑いながら、「じゃあ、ちょっと、足を伸ばす感じにしましょうか、少し。ちょっとね。」と言った。

両脚をバケツから上げて、美木看護師が、「はい。じゃあ、いいでしょう。」と言うと、浦上さんが、「ひょっとして、今日は靴下なしで寝られるんですね。」と言った。美木看護師が、「いや。靴下は履いてもらわないとダメなんですよ。」と即答すると、浦上さんは、「うわああ」と、残念そうな声をあげた。美木看護師が笑って、「今だけ。」と言うと、浦上さんは、「ええっ！ 喜ばされてた。」と言うので、美木看護師は、やや驚いたように、「あら。じゃあ、靴下なしでいいと思わせちゃったの？ ごめんなさいね。ヌカ喜びさせちゃっ

た？」と聞いた。浦上さんが、子どもっぽい口調で、「もういいのかと思った。」と言うと、美木看護師は、「ああ、そうかそうか。洗ってる間は、履かなくて済むから。」と、やや申し訳なさそうな口調になって説明した。浦上さんは、「あーあ。」とがっかりしたような声を出した。美木看護師が「つかの間の。」と言うと、浦上さんも口をとがらせて、「つかの間だった。」と言ったが、すぐに「でも、いいや。つかの間でも。」と続けた。…（略）…美木看護師は、「お風呂もシャワーもまだ浴びれないから。せめて、これぐらいはね。」と言うと、浦上さんは、「すいません。」と言って頭を下げた。

使った物品を積んだワゴンを廊下に出してから、美木看護師が「そしたら、」と声をかけると、浦上さんは思わず「はい。」と返事した。美木看護師は、「じゃあ、靴下」と言って浦上さんの足元にしゃがみ、今度は言い難そうに、「履こうかな。」と言った後すぐに、「ディルム行こうか。」となだめるように続けると、浦上さんは念を押すかのように「履いてからですね。」と声の調子を落として言った。美木看護師は、“困ったね”とでもいうように笑顔を作って浦上さんの顔を見上げた。浦上さんが、「履かないで行きたいと思ってるけど。ダメなんですね。」と未練がましく言うと、一瞬の間があってから、美木看護師は、「少しだけなら。」と言った。そして、「ちょっとの間だけ、履かないで行く？」と問いかけると、浦上さんは目を輝かせた。美木看護師は続けて、「ただトイレに行くようだったら、やっぱり履いておいてもらったほうが。こう、歩き出したときとかに、あれ、症状が出ることもあるから。」と言うと、浦上さんは穏やかな口調で、「そうですか。」と応えた。美木看護師が、きっぱりとした口調で、「うん。じゃあ、少しの間。ね。10分か15分履かないでいるだけでも違うでしょう。」と言うと、浦上さんは、「すいません。」と言って頭を下げた。

…（略）…廊下を歩きながら、美木看護師が「脚、スースーしちゃうんじゃないですか。」と言うと、浦上さんは、「気持ちいいです。今まで、ギュウッと締めつけられてたから、それがいいから。すごくいい。」と言っているうちに、ディルムに到着した。浦上さんが、「じゃあそうすると、帰るとき、あれ（ナースコール）がないから」と言いかけると、美木看護師は、「ああ、いいですよ。10分くらいしたら、来てみますから。」と応え、浦上さんは、「ああ、すみません。はい。」と言ってから、「嬉しい。」と続けた。美木看護師が、車椅子のストッパーをかけて、「はい、じゃあ、ここで。10分後に。」と言ってから、「15分後にしますか？」と聞き直すと、浦上さんは、「はい。お願いします。じゃあ、15分後で。」と言って、まだ強い日差しが射している窓の外に目をやった。

ディルムを後にすると、美木看護師は、「すごい。喜んで。」と言って笑った。そして、廊下に置いたワゴンを押しながら、「ちょっとやっぱり。面白いキャラ（人柄）、ですよええ。」と同意を求めるように言い、「だから、なんか楽しみながらできるみたいなの。」と続けた。研究者が「でも、あんなに感動する患者さんは初めてです。」と言うと、美木看護師も「ほんとですよええ。」と呆れたような口調で同意してから、「でもなんか。逆に乗せられてるのかなあ、なんて思うときもありますよねえ。」と言った。研究者が「でも、美木さん

好きって言ったのは、なんかわかるような気がします。ほっとするんだと思います、患者さんが。」と言うと、美木看護師は照れたように、「いやいや、そんなことないですよ。」と、笑いながら言ってから、「きっとあのう、みんな（他の病棟看護師）年が若くて。年が、きっとあれなんでしょうね。」と言った。研究者が「いや、年だけじゃないと思います。なんか、私もここに来て美木さんを見かけると、なんかホッとするっていう。だから、わかるような気がするんですけど。」と言うと、「そうですかねえ。何も出ませんよ。」と、また照れたように笑った。

ちょうど 15 分程立っていた。美木看護師は、足早にディルームに向かった。窓の外を眺めている浦上さんの姿をとらえると、美木看護師は、彼女の背中にそっと手を置いて、「浦上さん。はい、お時間になりました。」と言った。浦上さんは、声のする方に顔を向けて「はい。」と、静かに応えた。車椅子の脇にしゃがんで、美木看護師が、「靴下履いてここにいます？ お部屋に戻ります？」と聞くと、浦上さんは、「また戻ってきちゃっていいですか？」と聞き返した。美木看護師が、「それか、私が靴下をとりに行つて。ここで履くのもいいですよ。そうする？」と言うと、浦上さんは嬉しそうな顔になって、「いいですか？」と言い、美木看護師の顔を覗き込んだ。美木看護師が立ち上がりながら、「はい。じゃあ、今持ってきますね。」と言うと、浦上さんは、「すいません。」と、甘えたような声を出した。美木看護師は、「はい。」と言ってディルームを後にすると、小声で「靴下は履かせなきゃあって感じ。」と言いながら浦上さんの部屋に向かった…（略）…。

美木看護師は、浦上さんの足に弾性ストッキングを履かせ始めた。浦上さんは、足に弾性ストッキングが通されると、「うわああ」と声をあげた。「さっきのは夢だったんだあ。」と言うので、美木看護師も「現実に戻されたって感じね。」と相槌すると、浦上さんは「そう。引き戻されちゃった。うわあ。」とまた声をあげた。美木看護師は、「はい、じゃあ、足を降ろしてもらっていいですか。ちょっと、もう少しこっちに引っぱりますね。折るとまた、圧迫されちゃうから。ここを 1 枚にしておいてもらって。」と言い、膝関節部分に弾性ストッキングの中枢側を合わせ、足先を余らせて、全体を脚の末梢に向けてフィットさせた。浦上さんが美木看護師の手元を見ながら、「ああ、そうね。」と言うと、「こっち（膝関節側の太い部分）を合わせてもらえば。こっち（足先の細い部分）はちょっと余っちゃうけど。」と、美木看護師が言った。浦上さんは、足の指をストッキングの中で動かして、「そっちのほうが、いいかもしれない。」と言った。両脚に弾性ストッキングを履かせ終わってから、美木看護師が「はい。どうでしょう。」と聞くと、浦上さんは、「あ。ちょっと違う。だいぶ楽。」と言い、両方の足首を動かしている。美木看護師は、「そう。よかった。」と言った…（略）…。そして、「はい。じゃあまた、10 分くらい？ 15 分くらい？ あと。」と聞くと、浦上さんは「はい。10 分でも 15 分でも。」と言うので、美木看護師は「はい。じゃあ 15 分くらいしたら、また来てみます。」と言って、ディルームを後にした。

② インタビュー記録

準夜勤への報告が終わると、美木看護師は「何かありますか？ 一応ケアは終わったんですけど。」と聞いてくれた。「午前中に、美木さんが浦上さんの清拭をしたのは、どういう理由だったのですか」と尋ねると、美木看護師は、「別に理由ってこともないですけど。っていうか、保清のある人から順にやっていったら、たまたまって感じですかね。」と応えた。

「浦上さんだからやろうと思ったとか？」との問いに、「いや。それは特には、うん。なかったですね。」と応えた。「では、たまたま清拭したら、足が臭かったので洗おうと？」と尋ねると、「そうですそうです。でも保清のとき、一応拭いたんですけど、やっぱりこれは洗いたくなって。」と言うので、「清拭のときにはではなく、午後からにした理由は何かあったんですか？」との問いに、「そうですね。午後から受け持つ人はもう殆ど終わってたし。今日は病棟も落ち着いてましたからね。入院とかも無かったし。午後からゆっくりやろうかと思って。」と応えた。「でも、今日美木さんの受け持ちではなかったですよ。それなのに？」と聞くと、美木看護師は、「ええ。午前中、この靴下まだ脱げないのって言ってたじゃないですか。それだし前の時も。で、ああ、結構嫌なんだろうなって思って。だったら足洗えば、脱がせてあげられるからって。」と応え、「それは美木さんがやってあげたかったってことですか？ 受け持ちにやってもらうのじゃなくて？」と聞くと、「ああ。全然。受け持ちにやってもらおうとは思えないですね。うん。でも、彼女（受け持ち看護師）には午後から足洗うねって言いましたけどね。」と応えた。「ところで、弾性ストッキングのサイズはあれで合ってるんですか？」と聞くと、「あの人、ちょっと（笑い）足太いじゃないですか。で、ちょっと合わないんだけど、Lじゃあ、ちょっと（ゆるい）って感じで。しょうがなくって。だからちょっとゆるいところで合わせてるんだけど、すぐにきつくなっちゃうんですよ。」と応えた…（略）…。

「どんなお仕事の仕方をしたときに楽しいって思えますか」と聞くと、美木看護師は「そうですね。やっぱりさっきのあの、浦上さんのみたいな。普通の人だったら、やっぱり靴下脱いだら、すぐ履かせなきゃって思うと思うんだけど。その、車椅子に座ってるときに別に立つわけでもないし。そこに座ってるんだったら。少しの間だったら、とりあえずいいかなみたいな。本人の少しでも、希望をかなえてあげて、みたいに。」と応えてくれた。

（4）美木看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈

① 美木看護師の臨床的自律性

a. 自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施

美木看護師はこの日、管理業務を担いつつ、浦上さんの清拭を業務分担した。その中で、足が臭かったので拭いただけでは不十分と考え、美木看護師は足浴を計画した。ここには、足が臭いというだけではなく、浦上さんが辛いと訴える医療用弾性ストッキングへの思いがあった。美木看護師は、浦上さんやその夫から靴下はまだ脱げないのかと、何度となく

言われてきたようだ。浦上さんは、締めつけられて感覚が麻痺すると言い、それが辛くて泣いていたと言う。そうした浦上さんやそれを見ている夫の話しから、美木看護師は、足を洗えば、一時でも医療用弾性ストッキングを脱がせてあげられると考え、足浴を計画したのだ。そして、これまで高熱のために清拭や足浴などの清潔ケアが十分にできなかったことも考え併せ、美木看護師は、浦上さんの足を洗うことに決定したのだろう。このように美木看護師の足浴計画には、医療用弾性ストッキングの締めつけが辛いと訴える浦上さんの苦痛緩和の意図があり、果された看護業務あるいは役割分担として行った清拭から、さらに新たな看護ケアを考案するという自主性が存在していた。

加えて、浦上さんはこの日、別の看護師が担当していた患者である。美木看護師は、午後から4名の患者を担当していた。Ⅱ・D病棟では、清潔ケアについては、フリーと呼ばれるスタッフ看護師や主任看護師などが受け持ち看護師たちと業務分担して行うことになっている。これは、いわば清潔ケアの仕方についての病棟の慣習ともいえる。美木看護師は、浦上さんの足浴を受け持ち看護師にやってもらおうとは考えないと述べ、自分が立てた計画を自ら実施したのであり、ここには美木看護師の責任感が伺われる。それゆえ、美木看護師は、病棟の慣習にとらわれることなく主体的に浦上さんの足浴を実施したといえる。

また、浦上さんは、ある看護師との対応の中で不快に感じたり思ったりしたことを、別の看護師に告げ口のように話すことから、Ⅱ・D病棟の看護師たちの多くは、彼女との対応には気を遣っており敬遠しているという。そうした中でも美木看護師は、医療用弾性ストッキングの締めつけが辛いと訴える浦上さんに対して、清拭が済んだ上にさらに新たに足浴を計画し実施した。Ⅱ・D病棟の看護師たちの多くがそうであるように、彼女を敬遠するというのがそこで行われている日常的な看護実践とするならば、美木看護師の浦上さんへの足浴実施は、これを超えた行為といえる。

このように美木看護師が行った足浴は、浦上さんの苦痛緩和と一層の清浄効果および爽快感や解放感をもたらすことを意図した自主的な看護ケア計画である。そして、他看護師の受け持ち患者への計画・実施として業務遂行上の慣習性を超え、そこで行われている日常的な看護実践を超えた行為として、美木看護師の臨床的自律性が発揮されている。そしてこれは自律的看護実践ということができる。

b. 終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止

美木看護師は、浦上さんやその夫から「この靴下まだ脱げないの？」と、これまで何度となく言われてきていた。靴下すなわち医療用弾性ストッキングは、足首から心臓方向へ圧迫力が段階的に弱くなる構造に出来ており、圧迫効果による下腿の筋ポンプ作用の増強と微小循環の改善による浮腫の軽減に有効であるとされている。Ⅱ病院では、『肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年度改定版）』に従い、手術を受ける患者や床上安静を必要とする患者を対象に、深部静脈血栓形成予防

として医療用弾性ストッキングの終日装着を義務付けている。

浦上さんは、左尿管ステント挿入術および股関節腔排膿ドレナージといった外科的治療を受けた上、現在も床上安静が指示されており、深部静脈血栓形成のリスクが続いている。それゆえ、医療用弾性ストッキングを終日装着していなければならないのだが、浦上さんはその締めつけが辛いと何度も訴えてきた。

足浴が終わり、医療用弾性ストッキングの再装着を促すと、浦上さんは、履かないで行きたいと思っていると未練がましく言うので、美木看護師は、少しだけならと言った。足浴の間、その締めつけから解放され、嬉しい、夢ではないと言って喜んでいた浦上さんを見た美木看護師は、彼女の思いに応えようとしたのだろう。そしてここには、深部静脈血栓塞栓症の発症が起立・歩行時に多いとされる医学的見解、科学的根拠に基づく美木看護師の判断があり、それゆえ 10 分か 15 分履かないでいるだけでも違うとして、その許容時間についての意思決定があった。

一方で美木看護師は、「普通の人だったら、やっぱり靴下脱いだら、すぐ履かせなきゃって思うと思うんだけど。」として、多くの看護師が、足浴などの必要から患者のそれを脱がせた際には、深部静脈血栓形成リスク患者への医療用弾性ストッキング終日装着の義務付けに従って、速やかに再装着するだろうと述べている。だが美木看護師は、敢えてそのようにはせず、再装着までの時間を 15 分延長したのだ。これは、その義務付けから見ると、延長した 15 分間はそこから逸脱することになる。このように、浦上さんの苦痛緩和のために、美木看護師はその義務付けから敢えて逸脱したのだ。病院の義務付けから逸脱することはリスクを負うことであり、美木看護師は、こうしたリスクを覚悟したことになる。そして、患者のためにリスクを負う行為に及ぶことは、そこで行われている標準的な看護実践の範囲を超えており、美木看護師の臨床的自律性が発揮されている。そしてこれは自律的看護実践ということができる。

② 自律的看護実践の特徴的要素

a. 苦痛を訴える患者の思いを受け止め、それに応える応答性

＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞

美木看護師は、医療用弾性ストッキングが嫌だったのね、きつくて痛いからねと浦上さんに同情するように言っていた。このことから、靴下はまだ脱げないのかと何度となく言うてくる浦上さんの思い、そして圧迫による下肢の苦痛の程を、美木看護師がしっかりと受け止めていることが伺える。また、浦上さんの病状について、美木看護師は、股関節腔排膿ドレナージは終了したが、まだ完全治癒には至っておらず、彼女には今後も床上安静による医療用弾性ストッキング装着が続くと認識していた。これらのことから、美木看護師は、浦上さんの思いを受け止めたことによって、せめてこれくらいは、としてその思いに応え、足浴による看護ケアによって、その苦痛を緩和しようとしたと考えられる。

また、足浴後に浦上さんが履かないで行きたいと言っていると言ったとき、美木看護師は、少しだけならと応えていた。ここには、座位であれば医療用弾性ストッキングの未装着は短時間であれば可能であるという判断があり、これは、浦上さんの思いに応えようとしてなされた判断であった。そして、美木看護師は、浦上さんの希望を少しでもかなえてあげたいとしてその思いに応え、医療用弾性ストッキングの再装着時期を延長した。

このように、美木看護師は、浦上さんの下肢圧迫が辛いという思いを受け止め、これに応えて足浴を、そして、履かないでいたいという思いを受け止め、これに応えて医療用弾性ストッキング再装着時期の延期を行うこととなった。従って、美木看護師が浦上さんの思いを受け止め、その思いに応えようとしたことは、ここでの自律的看護実践が行われるための契機となっていたといえる。そしてこの展開契機は、美木看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

b. 患者の気持ちがわかり、患者が喜ぶ方向に向けて提案する志向性⁴⁰

＜自律的看護実践の推進力：促進要因＞

ディルームに到着した浦上さんに、美木看護師は、10分程したら来ると言った。そして美木看護師はすぐに、15分後にしますかと聞き直していた。すると浦上さんは、15分後でと、長いほうの時間を指定したのだが、これは、彼女にとって喜ばしい問いかけであったに違いない。このやり取りに先立ち、美木看護師は、少しの間、10分か15分履かないでいるだけでも違うだろうと言っており、ここには、15分程度なら弾性ストッキングを履かないでいることは許容できるという判断があった。それゆえ、10分という時間より一層長い15分と言い直すこととなったのである。そしてこれは、美木看護師が、少しでも長く医療用弾性ストッキングの圧迫から解放されたいとする浦上さんの気持ちをわかっていたためと考えられる。

また、こうして定めた15分の後に迎えに行った際、浦上さんは、また戻ってきてよいかと聞き返した。そこで美木看護師は、自分が靴下を持ってきてここで履くのもよいと言った。これは美木看護師が、その発言から、まだディルームにいたいという浦上さんの気持ちがわかり、自分が動くことにより浦上さんが楽しみにしている時間を継続できるよう提案したのだと考えられる。

このように、美木看護師は浦上さんの気持ちがわかり、それゆえ彼女がより喜ぶ方向に向けてさまざまに提案しているといえることができる。しかしこれは、美木看護師の中で必ずしも明確に認識されていたわけではないだろう。こうした美木看護師の意識のあり方は、患者の思いを受け止め、その思いに応えようとする応答性に通底するものであり、彼女の

⁴⁰ 心が一定の目標に向かってはたらくこと。こころざし向かうこと。現象学の用語として、意識とは常に何者かについての意識であるということ。我々が何かを考えたり、思い浮かべたり、期待したりするとき、我々の意識はその何かに向かっている。

行為の根底にある姿勢といえる。こうした姿勢、すなわち思考的な心的状態が向けられる意識のあり方は志向性と呼ばれる。こうした美木看護師の志向性は、ここでの自律的看護実践を効果的に推し進めてきたということができる。そして、患者の気持ちがわかり、患者が喜ぶ方向に向けて提案する美木看護師の志向性は、臨床的自律性の発揮を促進する要因ということができる。

c. 看護師自身に関わりたいたいという思いと看護師その人のこだわり

<自律的看護実践の起動力：必要条件>

美木看護師は、清拭のときに足を拭いたのだが、やはり洗いたいと述べていた。清拭は、看護においては入浴に代わる日常生活の援助技術とされており、この方法によって患者の身体の清潔は充足される。浦上さんの足は清拭をしたのであるから、その清潔は保持されたと見てよいだろう。だが、美木看護師は改めて足浴を計画した。この背景には、前述のように浦上さんの辛い思いがわかり、それゆえ苦痛緩和を図るという意図があった。しかしここには、こうした意図に加えて、浦上さんの足は拭いただけでは納得がいかず、洗いたいとする美木看護師の清潔ケアについてのある基準あるいはこだわりがあるように思われる。こうした基準あるいはこだわりがあるからこそ、すでに清潔が充足されたはずの浦上さんに、さらに足浴が計画されたと考えることは可能であろう。

一方、美木看護師は、浦上さんの反応は想像がつくと言いき、かわいいと思えて足を洗いたくなる、また面白い人柄だから楽しみながらできると言っていた。Ⅱ・D病棟看護師たちの多くが浦上さんを敬遠している中でも、美木看護師は、彼女に気を遣ったり敬遠したりというより、その発言から、むしろ浦上さんを好意的に見ており、その関わりを楽しんでいることが見て取れる。つまり美木看護師は、浦上さんと関わりたかったのであり、その手段として足浴を用いたと考えることができる。

このように、拭くだけでは納得がいかず洗うとする清潔ケアについてのある基準あるいはこだわり、そして多くの看護師が敬遠する個性的な患者をむしろ好意的にとらえ、その人と関わりたいたいとする美木看護師の思いが、ここでの足浴の計画・実施を可能にしていたと考えられる。また、こうしたある基準あるいはこだわり、そして患者に対する思いは、美木看護師の看護実践の基盤にある姿勢といえる。こうした姿勢は、ここでの看護実践が行われるための起動力となっていた。そしてこの起動力は、美木看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件ということができる。

d. 患者の反応をかわいいと思える許容力 <自律的看護実践の推進力：促進要因>

美木看護師は、前述のように、年齢の割に幼く見え、別の看護師に告げ口されることからその関わりには気を遣うとされる浦上さんを好意的に見ており、彼女との関わりを楽しんでいるとみられる。これは、Ⅱ・D病棟看護師たちの多くが浦上さんに気遣い敬遠してい

るのとは異なり、これを超えて、甘えているように見える彼女をかわいいとして、美木看護師が許容しているものと考えられる。すなわち美木看護師には、こうした個性的な患者に対してある許容力を有しているということではないだろうか。そしてこの美木看護師の許容力が、ここでの浦上さんへの一連のケアを可能にし、促進していた。この意味で、美木看護師の浦上さんに対する許容力は、ここでの自律的看護実践を進める推進力となっており、臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

e. 医療用具についての確かな専門的知識とそれを患者に適切に用いることができる技術力
＜自律的看護実践の展開根拠：必要条件＞

足をお湯につけながら、浦上さんが指がわかるというと、美木看護師は、靴下を履いていると感覚がわからないのかと聞いた。そして浦上さんが、締めつけられて感覚が麻痺していると応えると、美木看護師は、真面目な顔になって、常に痺れているのかと聞いた。これは、美木看護師が、浦上さんの足に医療用弾性ストッキングによる循環障害が生じていないかを確認している行為ととらえられる。医療用弾性ストッキングの既製のサイズには S・M・L の 3 段階があり、足首が 16～20mmHg の圧迫圧で、サイズがしっかり合ったものを使用するとされている。美木看護師は、後に、浦上さんは足が太いのでサイズがうまく合わないのだが、L サイズではむしろゆるいので仕方がないと述べており、彼女に医療用弾性ストッキングのサイズが丁度よく合っていないことを認識していた。それゆえ、浦上さんの履かないで行きたいという要望に応えることができたのだとも考えられる。そしてここには、深部静脈血栓塞栓症についての医学的見解、科学的根拠に基づく判断がなされていた。

こうして美木看護師は、浦上さんの医療用弾性ストッキング再装着の際には、膝関節部分にその中枢側の太い部分を合わせ、足先の細い部分を余らせるようにして、全体を下肢の末梢に向けてフィットさせて履かせていた。これは、美木看護師が、医療用弾性ストッキングについての確かな専門的知識を持っており、浦上さんが「ちょっと違う。だいたい楽。」というように、サイズが丁度よく合っていない医療用弾性ストッキングであっても、適切に装着させる技術力を有していたことを示している。このような専門的知識と技術力は、ここでの自律的看護実践が展開されるための根拠となっていたと見ることができる。そしてこの展開根拠は、美木看護師の臨床的自律性が発揮されるためのに不可欠な必要条件とすることができる。

f. 患者の発言に細やかに引っ掛かり、その意味を的確にとらえられる感性
＜自律的看護実践の展開契機：必要条件＞

足浴のとき、浦上さんが、今日は靴下を履かずに寝られるのかと言うと、美木看護師は、履いてもらわないといけないと即答した。だが次に浦上さんが、「喜ばされてた。」と言う

と、美木看護師は驚いて、靴下を履かなくてもよいと思わせてしまったとして謝罪した。こうしたやり取りの場合、看護師の多くは、浦上さんの発言に対して、“靴下は履いてもらわないといけません。”という説明を繰り返すことになるのではないだろうか。だが、美木看護師は、その発言から、浦上さんがこの日はもう医療用弾性ストッキングを履かなくてもよいというとらえ違いをしているとすぐに気づいたことがわかる。これは、足浴が終わって浦上さんの足を拭きながらのやり取りであったのだが、美木看護師は、足を拭くこと、すなわち目の前のやるべき手技にとらわれて彼女の発言を聞き逃したりやり過ぎたりすることなく、その発言の意味を的確にとらえることができたのだ。

また、ディルームに迎えに行った際、浦上さんは、「また戻ってきちゃっていいですか？」と聞いていた。こうした場合、看護師の応答として、“ええ、いいですよ。靴下を履いたらまた戻ってきましょう。”としてもいいだろう。だが美木看護師は、自分が靴下を持ってきてここで履くのもよいと言っていた。これは、美木看護師が、浦上さんの発言から、まだディルームにいたいという彼女の言外の気持ちがわかったことを示している。ここでも美木看護師は、浦上さんの発言の意味を的確にとらえていた。これは、美木看護師が、その発言に細やかに引っ掛かることができ、その発言の意味を的確にとらえることができる感性を有しているためといえよう。

このような美木看護師だからこそ、この靴下はまだ脱げないのかという浦上さんの発言を、仕方ないとしてやり過ぎしてしまうのではなく、その発言の意味に注意を向けることができたのではないだろうか。こうして、浦上さんの発言の言外の意味を的確にとらえることが可能となったと考えられる。それゆえ、患者の発言に細やかに引っ掛かり、その意味を的確にとらえることができる美木看護師の感性は、ここでの自律的看護実践が展開されるための契機となっていた。そしてこの展開契機は、美木看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠な必要条件といえることができる。

g. 病棟全体の患者状況判断と仕事全体の見積もり力

<自律的看護実践の推進力：促進要因>

美木看護師の午前中の清拭により、浦上さんの足の清潔は保持されたと見てよい。だが、美木看護師は改めて足浴を計画した。こうした計画は、いわば看護師の自由裁量による付加的なものであり、優先されるべき患者ケアや遂行されるべき看護業務が順当に進んでいる状況においてこそ可能となる。そして、看護師はチームとして活動していることから、患者ケアの順当な遂行状況は、一般にひとりのスタッフだけにではなく、各看護師それぞれにそれがもたられさせた場合に可能になるのである。美木看護師は、この日、午前中は病棟看護師長に代わって管理業務を行っており、Ⅱ・D病棟全体の患者状況を把握していたと思われる。そして、すでに清拭・洗髪等の清潔ケアは終わっていると述べていたことから、美木看護師は、各スタッフ看護師の患者ケアの遂行状況もまた、把握していたといえる。

そうした中で、美木看護師自身も4人の患者ケアを引き継ぎながら、他の看護師が担当していた浦上さんの足浴に時間をかけ、さらに彼女の意向に合わせてディルムへの往復を繰り返していた。そして、午後から受け持つ患者へのなすべきケアは殆ど終わっており、今日は病棟も落ち着いていた、入院も無かったので午後からゆっくりやろうと思ったと述べており、ここには、美木看護師の病棟全体の患者状況および各看護師の患者ケア遂行状況についての判断があった。

美木看護師のこうした判断とは、いつでも誰でもが容易にできるとは限らず、担当する患者の重症度や業務量あるいは看護師経験の程度、その日その勤務帯の看護師同士の組み合わせなどにより、各看護師の患者ケア遂行状況あるいは全患者の状態にまで目を向けることができない場合もある。従って、美木看護師が病棟全体の患者状況を判断し、各看護師の患者ケア遂行状況を把握していたことは一種の能力として、仕事全体の見積もり力ととらえることができる。この美木看護師の病棟全体の患者状況判断と仕事全体の見積もり力は、ここでの自律的看護実践が展開されるための推進力となっていたといえることができる。そしてこれは、美木看護師の臨床的自律性の発揮を促進する要因となっていた。

③ 美木看護師の自律的看護実践がもたらしたもの

－患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性－

浦上さんは、医療用弾性ストッキングの締めつけが辛いため泣いていたと言っていた。そうした浦上さんやそれを見ている夫の話しを心に留めており、清拭時に彼女の足が臭かったことと関連づけ、美木看護師は足浴を計画することとなった。これにより、浦上さんは、よかった、嬉しい、夢ではないと言って喜び、涙ぐむほどの反応を見せた。そして足浴が終わると、美木看護師は、浦上さんが楽しみにしているディルムへの散歩をする間、終日装着しているべき医療用弾性ストッキングを短時間休止した。これにより、浦上さんは、気持ちよい、嬉しかったと言い、相当に喜んでいた。

このように、美木看護師の足浴の計画実施と医療用弾性ストッキングの短時間休止は、殊のほか浦上さんを喜ばせることとなった。だがこれは、単に足の締め付けから解放されたというだけではなく、Ⅱ病院の他病棟での治療を含めて約2か月となる辛いことの多かった入院生活の中で、浦上さんは、美木看護師との和やかな時間を過ごし、自分の要求を受け入れてもらえる体験をすることとなったのである。それゆえ、浦上さんは思わず、「美木さん、好きです。」という発言に至ったのではないだろうか。

一方、美木看護師は、浦上さんから好きだと言われて、思わず笑い出したのだが、この発言は患者からの称賛であり、看護師として嬉しい体験であったに違いない。また、足浴に喜ぶ浦上さんを見て、美木看護師は、「こんなに喜ばれるなんて、…本当。やってよかったと思いますよ。」と言っており、自分の計画が予想以上に患者を喜ばせたことに満足感を

得たことが見て取れる。そして患者との関わりが好きだという美木看護師にとって、こうした浦上さんとの関わりは、看護実践への達成感をもたらしたと考えられる。さらに、美木看護師の足浴や医療用弾性ストッキングの短時間休止といった関わりは、浦上さんにとって快いものであり、これによって彼女の美木看護師への信頼も一層高まると考えられる。そして、両者の関係性はより効果的に発展していくと考えられる。

(5) 研究参加者の美木看護師の意見・感想

‘美木看護師と浦上さんとの関わり合い場面の記述’および‘美木看護師の看護実践における臨床的自律性についての解釈’について、研究参加者の美木看護師本人に通読してもらい、次のようなコメントをいただいた。

美木看護師は、「いやあ、実にリアルですね。なんか、あの日が目に浮かぶ感じです。」と言い、「解釈については納得がいきますか」と聞くと、「ええ、ええ。私言っていないのに。どうして古地さんがわかったのかと思いました。」と応えた。

「解釈の具体的なことについて、コメントいただけますか」と尋ねると、「そうですね。確かに浦上さんの靴下については、何とかしてあげたいとは前から思っていましたね。で、足洗おうと思ったのは、ええ。書いてもらった通りでいいと思います。あと、きっと、こう考えて。うん。こんなふうに（解釈部分を指して）判断して、やってたんだらうなと思う。こんなふうに書いてもらって、ちょっと嬉しいです。なんか、励みになるというか、ええ。」と応えてくれた。

そして、「あと、ここ（「患者の気持ちがわかり、患者が喜ぶ方向に向けて提案する志向性」の項を指して）は、ちょっと難しかったですけど。ああ、なんか、そうなんだって。結構すごいんだな、私って。偉いことになるんですね（笑い）。…（略）…ああ、それでね。浦上さんが言ってましたよ。あの足洗ってくれたとき一緒にいた看護師さんはもう来ないの？ って。なんか、あの日はすごく嬉しかったらしくて（笑い）。何回も言われて。また乗せられて、あの後も何回か足浴やったんですけど。それでなんとか、退院して行ったんですよ。結構大変な人でしたよね。」と話してくれた。

II. スタッフ看護師の臨床的自律性の特徴

前節では、患者と直接関わり合う看護実践において、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される現象について描写し、解釈的に記述した。そこでは、9名の看護師と10名の患者との関わり合いにおける18の自律的看護実践が記述された。本節では、それらの解釈的記述から導かれるスタッフ看護師の臨床的自律性の特徴について述べる。

1. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方

18の自律的看護実践それぞれにみられる特性、およびそこで行われている標準的な看護実践からの卓越性にみられる特性について、共通性が見出された。これにより、スタッフ看護師の臨床的自律性について4通りの特徴的な発揮の仕方を取り出された（表2. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方）。

1) 患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種の間で主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する

「循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整」、「活動耐性低下患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し」、「肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整」、「症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整」、「訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用」という5つの自律的看護実践それぞれにみられる特性、およびそこで行われている標準的な看護実践からの卓越性にみられる特性の共通性から、「患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種の間で主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する」というスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方を取り出された。

この臨床的自律性発揮の仕方では、特に「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」という必要条件に基づいて、例えば藤田看護師が、歩行後の坂木さんの疲労を見て取り、さらに体を動かすことは労作となり、身体負荷となると判断していたように、患者に起こり得る苦痛や身体負荷を先読みしていた。それゆえ、この事態を未然に防ぐため、スタッフ看護師が医師を含む他職種の間で主導権を握り、患者ケアを達成したところに看護実践の特徴がある。

しかし、ここでのスタッフ看護師は、主導権を取ることそれ自体を意図していたわけではなく、患者ケア目的達成のために、関連する他職種との交渉や調整を行っていたのであり、これが結果として医療チーム内において看護師が主導権を取るかたちになったのである。それゆえこれは、医師の指示の実施方法を看護師が決定するという自律性だけではなく、他職種による医療チームにおいて、患者のためにスタッフ看護師が主導権を握るという自律的看護実践によって、ここでの臨床的自律性が特徴づけられる。

2) 患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする

「胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り」、「怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方先取りした湿布薬貼付の勧め」、「回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定」、「がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定」、「気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤と薬方法変更の意思決定と医師への提言」、「電解質異常を見て取った現行点滴指示内容の補正を促すための医師への再確認」、「ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言」という7つの自律的看護実践それぞれにみられる特性、およびそこで行われている標準的な看護実践からの卓越性にみられる特性の共通性から、「患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする」というスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方が取り出された。

この臨床的自律性発揮の仕方では、気難しいなど個性的な患者は、普通スタッフ看護師が敬遠しがちになるところを、特に「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」により、例えば、すぐに怒鳴ったりすることから気難しいとされる今村さんに、島内看護師がその非効果的保健行動への批判を超えて彼の思いを気遣っていたように、好意的積極的に関わっていき、それゆえ患者から苦痛の訴えを引き出すことができた。そこで、そうした苦痛を回避するために、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をするに至ったのであり、ここに看護実践の特徴がある。それゆえこれは、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言するをという自律性だけではなく、多くの場合敬遠されがちな個性的な患者に、スタッフ看護師がむしろ積極的に関わっていくという自律的看護実践によって、ここでの臨床的自律性が特徴づけられる。

3) 患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける

「患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用」、「終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止」という2つの自律的看護実践それぞれにみられる特性、およびそこで行われている標準的な看護実践からの卓越性にみられる特性の共通性から、「患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける」というスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方が取り出された。

この臨床的自律性発揮の仕方では、特に「共感的に受け止める応答性」によって、例えば美木看護師のように、医療用弾性ストッキングの締め付けが辛いと何度も訴える患者の気持ちや思いがわかり、それゆえ応答せずにはいられなかった。その応答が、患者のため

に病院の決まり事からはずれる責任を引き受けることとなったのであり、ここに看護実践の特徴がある。それゆえこれは、病院の決まり事からはずれる責任を引き受けるという自律性だけではなく、スタッフ看護師が患者に寄り添う自律的看護実践によって、ここでの臨床的自律性が特徴づけられる。

4) そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する

「気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施」、「自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施」、「循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪汚れと洗髪実施の意思決定」、「ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近」という4つの自律的看護実践それぞれにみられる特性、およびそこで行われている標準的な看護実践からの卓越性にみられる特性の共通性から、「そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する」というスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方が取り出された。

この臨床的自律性発揮の仕方では、例えば金田看護師が役割交替をせずに、中井さんの胸帯を自分の手で巻き直していたように、あるケア行為に自負があり、それゆえ自分自身でケアを実施し、その結果を確かめたいとして、そこで通常行われているやり方にとられない関わりを展開することとなったのであり、ここに看護実践の特徴がある。それゆえこれは、通常のやり方にとられないという自律性だけではなく、スタッフ看護師が自分のケア行為に自負があり、これを自らの手で実施し結果を確認するという自律的看護実践によって、ここでの臨床的自律性が特徴づけられるといえる。

2. スタッフ看護師の臨床的自律性がもたらした成果

スタッフ看護師と患者との関わり合いの記述から、スタッフ看護師の自律的看護実践がもたらしたものについて、それぞれに共通性が見出された。これにより、スタッフ看護師の臨床的自律性がもたらした成果として6つが取り出された（表3. スタッフ看護師の臨床的自律性の成果）。これらについて次に述べる。

1) 患者に現存する苦痛症状や身体負荷の実質的軽減

スタッフ看護師の患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用により、短時間の間に症状が緩和された。また、活動耐性が低下している患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促しにより心負荷が回避された。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、患者に現存する

苦痛症状や身体負荷の実質的軽減という成果がもたらされていた。

2) 患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避

スタッフ看護師の循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整により、検査結果に異常は見られなかった。また、肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整により患者の安全・安楽が確保された。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避という成果がもたらされていた。

3) 患者の気分や身体および家族への安寧の提供

スタッフ看護師の循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪汚れと洗髪実施の意思決定により、患者への爽快感と笑顔の提供ができた。また、気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤と薬方法変更の意思決定と医師への提言により、患者と‘笑える時’の共有ができた。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、患者の気分や身体および家族への安寧の提供という成果がもたらされていた。

4) 患者自身による健康管理の促進

スタッフ看護師のストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近によって、患者はなんとか立ち向かおうとするようになった。また、ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言により、患者は自己管理を促進することとなった。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、患者自身による健康管理の促進という成果がもたらされていた。

5) 患者ケア達成による看護師の満足感

気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施により、患者に異常はなく、スタッフ看護師は満足感を得ていた。また、怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方を先取りした湿布薬貼付の勧めにより、患者の腰痛が緩和され、スタッフ看護師は満足感を得ていた。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、患者ケア達成による看護師の満足感という成果がもたらされていた。

6) 看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性

スタッフ看護師の患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用により、患者の搔痒感は早期緩和され怒りが平静化したことは、患者－看護師関係の効果的発展につながる。そして、ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近により、患者がなんとか立ち向かうようになったことは、患者－看護師関係の効果的発展につながる。

このように、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されたことにより、看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性という成果がもたらされていた。

III. スタッフ看護師の臨床的自律性に関連する要因

前章では、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮された看護実践について記述するとともに、それぞれの自律的看護実践を特徴づけているいくつかの要素について記述した。これらの特徴的要素は、それぞれの自律的看護実践において、スタッフ看護師の臨床的自律性の発揮に関与していると考えられた。そこで、それぞれの自律的看護実践における各特徴的要素の共通性や類似性について検討した結果、次に述べるように、スタッフ看護師の臨床的自律性の必要条件 7 つ、促進要因 7 つが見出された。

必要条件とは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠なものを指す。促進要因とは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されることを促し進め、より効果的にあるいは強化しているものを指す。

1. スタッフ看護師の臨床的自律性の必要条件

スタッフ看護師の自律的看護実践を特徴づけるものとして、その展開契機や展開根拠、起動力（自律的看護実践が展開されていくための力）、展開方法といった要素が記述され、これらは、臨床的自律性が発揮されることそれ自体に影響を与えていた。

それぞれの自律的看護実践の特徴的要素として、その展開契機から「共感的了解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「譲れない看護ケアの基準による気づき」、「看護実践の中の省察からの発想」という 4 つの要因が、また、その展開根拠から、「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」という 1 要因が、そして、その起動力から、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」という 1 要因が、さらに、その展開方法から、「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」という 1 要因がそれぞれ導き出された（表 4. スタッフ看護師の臨床的自律性の必要条件）。これらの要因について次に述べる。

1) 共感的了解により受け止める応答性

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「患者を再び待たせること

を避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用」では、「患者の怒りの感情を共感的に受け止める真摯さ」が、同様に、「怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方を先取りした湿布薬貼付の勧め」では、「患者のことばを聴き逃さない応答性」が、その展開契機となっていた。これらが代表する展開契機という要素に通底するものとして、患者の感情やその発言の意味、患者の思いや辛さを受け止め、共感的にわかろうとし、これに応えようとする看護師の「共感的了解により受け止める応答性」という要因が導き出された。これはそれぞれの自律的看護実践が成立するために、すなわちスタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

2) 患者の言動の意味を的確にとらえる感性

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施」では、「患者の発言が示す意味への気がかり」が、同様に、「終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止」では、「患者の発言に細やかに引っ掛かれる感性」が、その展開契機となっていた。これらが代表する展開契機という要素に通底するものとして、患者の発言が示す内容や言外の意味を聴き逃すことなく、細やかに受け止める看護師の「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

3) 看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪汚れと洗髪実施の意思決定」では、「患者の清潔や身の回りの整頓についての看護師の中の譲れない看護ケアの基準」がその展開契機となっていた。この要素から、看護師の中に看護ケアの基準として譲れないものがあり、この基準ゆえに患者に行うべきことは何かということに気づくことができるという「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

4) 看護実践の中の省察からの発想

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用」では、「看護実践の中の省察を活かせる判断力」がその展開契機となっていた。この要素から、看護実践しながら反省し、さらに考えを巡らせよりよい患者ケアを想いつくという看護師の「看護実践の中の省察からの発想」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

以上のように、スタッフ看護師の自律的看護実践の展開契機となっていた特徴的要素から、「共感的了解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「譲れない看護ケアの基準による気づき」、「看護実践の中の省察を活かせる判断力」という4つの要因が導き出された。

5) 特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整」では、「循環器診療科における看護の専門的知識に基づく判断と患者の病状把握」が、同様に、「肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整」では、「患者の病状理解に基づく肝性脳症症状悪化の経験的予測と継続的観察」が、その展開根拠となっていた。これらが代表する展開根拠という要素に通底するものとして、特定領域の看護実践に必要な専門的知識および医療用具や特定薬剤についての確かな知識に基づく判断、そして患者の病状や療養生活および患者の反応といった療養特性の把握や経験的予測、継続的観察によって培われた看護師の「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

6) 患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「気難しいがん患者から症状の訴えを引き出せたことによる鎮痛解熱剤と薬方法変更の意思決定と医師への提言」では、「非効果的保健行動への批判を超えたがん患者の病状とその苦悩への思い遣り」が、同様に、「看護師によるストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近」では、「核心から逸れずにきちんと話す関わりの姿勢」が、その起動力となっていた。これらが代表する起動力という要素に通底するものとして、患者の病状とその苦悩への思い遣りや気遣いにより、何か自分ができる看護ケアを提供したいとして関わろうとする看護師の「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

7) 患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「気難しいがん患者から症状の訴えを引き出せたことによる鎮痛解熱剤と薬方法変更の意思決定と医師への提言」では、「患者の非効果的保健行動（喫煙行動）に否定性を見せない態度で接する関わり、'関わりのスキル」が、同様に、「ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴する

に留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近」では、「患者の気持ちを確かめながら歩を進める慎重な関わり、'関わりのスキル」が、その展開方法となっていた。これらが代表する展開方法という要素に通底するものとして、気難しいとされる患者の意向に丁寧に沿いながら、あるいは苦悩の中にいる患者の気持ちを確かめながら、細やかに配慮しつつやり取りする看護師の「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」という要因が導き出された。これはそれぞれの自律的看護実践が成立するための展開方法であり、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されるために不可欠であり、必要条件といえることができる。

2. スタッフ看護師の臨床的自律性への促進要因

スタッフ看護師の自律的看護実践を特徴づけるものとして、その推進力（自律的看護実践を推進する力）や看護師の基本姿勢、駆動力（自律的看護実践をより効果的に発展させる力）、展開技法といった要素が記述され、これらは、臨床的自律性が発揮されることを促し進め、より効果的にあるいは強化して、これを促進していた。

それぞれの自律的看護実践の特徴的要素として、その推進力から「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」、「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」、「病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力」、という 3 つの要因が、また、その看護師の基本姿勢から、「患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢」という 1 要因が、そして、その駆動力から、「患者との相互行為により強化された責任感」、「患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力」という 2 要因が、さらに、その展開技法から、「患者の意思決定を促すやり取りの仕方」という 1 要因がそれぞれ導き出された（表 5. スタッフ看護師の臨床的自律性の促進要因）。これらの要因について次に述べる。

1) 看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「活動耐性が低下している患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し」では、「患者との関わり合いの中でその時その場で発揮される看護師の判断力・実践力」が、同様に、「ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらず核心に踏み込もうとする意図的接近」では、「患者との適切な距離の取り方、看護専門職としての姿勢」が、その推進力となっていた。これらが代表する推進力という要素に通底するものとして、即時的判断と同時に実践する、患者と適切に距離をとる、患者の個性を把握しこれを活かせる、患者を許容しその意向を酌んで実践するという看護師の「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」という要因が導き出された。これはそれぞれの自律的看護実践を効果的に推し進めていくための、すなわちスタッフ看護師の臨床

的自律性が発揮されるための推進力として、その促進要因ということができる。

2) 実践経験に裏付けられた看護の価値の確信

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用」では、「患者にとって良い」として実行に移せる看護師の中の自信」が、同様に、「気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施」では、「看護師自身が望んだ看護実践領域の場ではたらくこと、そこでの患者ケアが楽しいと思えること」が、その推進力となっていた。これらが代表する推進力という要素に通底するものとして、看護実践経験を積む中から湧き出てきた看護師の中の自信あるいは特定の看護実践領域に専心して見出した看護の醍醐味といった看護師の「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が効果的に発揮されるための推進力として、その促進要因ということができる。

3) 病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定」では、「業務の時間配分をコントロールできる全体見積もり力」がその推進力となっていた。同様に、「自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施」では、「病棟全体の患者状況判断と仕事全体の見積もり力」がその推進力となっていた。これらの要素に通底するものとして、その病棟における全入院患者のケアに必要な看護業務全体を見回し、その優先度や重要度を判断しつつ実践できる看護師の「病棟入院患者全体の状況把握に基づく看護業務時間配分調整能力」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が効果的に発揮されるための推進力として、その促進要因ということができる。

以上のように、スタッフ看護師の自律的看護実践において、それぞれ推進力となっていた特徴的要素から、「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」、「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」、「病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力」、という3つの促進要因が導き出された。

4) 患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の汚れと洗髪実施の意思決定」では、「自分が行う看護ケアに責任を持ち、患者の言動に注意深く眼を向けその思いや意向を大切にする実践の仕方」が、同

様に、「肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整」では、「ケアマインドに溢れたプライマリナースだからこその患者への思い入れ」が、その実践における看護師の基本姿勢となっていた。これらが代表する看護師の基本姿勢という要素に通底するものとして、患者の思いや意向を察知し配慮しながら実践する看護師の「患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が効果的に発揮されるために有用な看護師の基本姿勢として、その促進要因ということができる。

5) 患者との相互行為により強化された責任感

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用」では、「患者とのやり取りの中で駆り立てられた看護師としての責任感」がその駆動力となっていた。この要素から、患者と関わり合うことによってその責任への思いを強くするという看護師の「患者との相互行為により強化された責任感」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されることを強化するための駆動力として、その促進要因ということができる。

6) 患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善製剤点滴の実施時期決定と医師との調整」では、「看護師が有する他職種との調整能力および患者ケアの目標達成に向けた方策の意識化と即時的判断力」がその駆動力となっていた。この要素から、患者ケア目標が明確に意識化されていることによって、その場で他職種との有効な調整に持ち込めるという看護師の「患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されることを強化するための駆動力として、その促進要因ということができる。

7) 患者の意思決定を促すやり取りの仕方

スタッフ看護師の自律的看護実践における特徴的要素として、「がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定」では、「患者自身が意思決定できることを促す看護師が主導権を握らない関わり、'関わりのスキルーその2」がその展開技法となっていた。この要素から、患者の意向に沿いつつ患者が意思決定するように話しを進めるという看護師の「患者の意思決定を促すやり取りの仕方」という要因が導き出された。これは、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮されることを効果的に推し進めていくための患者との関わり合いの技法として、その促

進要因とすることができる。

3. スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因

スタッフ看護師の自律的看護実践を特徴づける要素から導かれた7つの必要条件と7つの促進要因との関連性は、次のように説明することができる（図 2. スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因）。

患者との関わり合いにおいて、スタッフ看護師の「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」（必要条件）を根拠として、「共感的了解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「看護実践の中の省察からの発想」、「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」（必要条件）が、自律的看護実践の契機として生じる。そこに「患者との相互行為により強化された責任感」（促進要因）が駆動力を与え、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」（必要条件）が起動力となって自律的看護実践を成り立たせ、「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」（促進要因）が推進力として作用する。その際、「患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢」（促進要因）や「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」（促進要因）が推進力としてはたらき、「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」（必要条件）により展開される。そして、「患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力」（促進要因）が駆動力、「病棟入院患者全体の状況把握に基づく業務時間配分調整能力」（促進要因）が推進力となり、「患者の意思決定を促すやり取りの仕方」（促進要因）によって、臨床的自律性が発揮される。

第4章 考察

本研究は、看護実践の中に発揮されたスタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因を記述的に描き出すことを目指してきた。

本章では、このような看護師の臨床的自律性について検討するとともに、臨床看護実践との関係について検討する。そして、本研究から示唆される看護の実践、教育、研究における課題について検討し、さらに本研究を終えて残された課題を提示する。

I. 看護実践における臨床的自律性

1. 臨床的自律性発揮と看護師の看護実践への向き合い方

スタッフ看護師の臨床的自律性は、「患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種間において主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する」、「患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする」、「患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける」、「そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する」というかたちで発揮されていた。

本研究における臨床的自律性とは、看護師が積極的姿勢により看護実践に向き合っており、意図を持って思考し判断し実行することであり、そうした判断により実行された患者ケアは、そこで行われている標準的な看護実践あるいは慣習的な業務遂行の仕方を超えることとなり、ときには病院の決まり事からはずれる行為となる。

看護師が積極的姿勢により看護実践に向き合うとは、例えば、活動耐性低下患者の歩行に付き添う中で、その髪の手入れを見て取り洗髪という別のケアを発案するというように、そこで要求されるケア行為の遂行に足る判断すなわち患者の安全ということだけに留まらず、看護師自身の視点や考えに基づいて洞察し、画一的な考え方にとらわれず、多角的視座に立って判断することである。また、下痢症状が続いている患者の座薬を点滴に変更するよう医師に提言するというように、患者の状況を判断し必要な処置について看護師自身が決定することである。こうした姿勢は、課された日課業務をただこなすという慣習的な業務遂行の仕方とは異なり、これは、看護師が意図的意欲的に思考を巡らせていることによって可能となるのではないだろうか。そのような場合、例えば、松沢さんは病気のため食事摂取量が減りそれを気にしているとして、藤井看護師が何かケアをしたいと意図していたように、そこには、よりよい看護を実践したい、あるいはこの患者に何かケアをしたいという看護師の強い内的動機が存在していると考えられる。そしてこの看護師の内的動機ゆえに、臨床的自律性の発揮に不可欠な「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」はもとより、「共感的了解により受け止める応答性」や「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」が、より鋭敏にはたらくのだと考える。

標準的な看護実践あるいは慣習的な業務遂行の仕方を超え、ときには病院の決まり事からはずれる看護師の臨床的自律性発揮の行為は、患者の気持ちがわかりそこに寄り添おうとしてなされていた。本研究における用語の暫定的定義は、Kramer 他（2007）の定義を参考に、臨床的自律性とは、「患者中心のケアとなることに向けて意図的であり、看護師が自らの行動を結果も含めて説明でき、他者の影響に支配されることなく、看護実践領域においては看護独自の意思決定を行い、医学など他の学問領域と重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定し、患者に必要とされる場合にはその部署で日常行われている標準的な実践を超えても行き、その責任を負おうとする看護師の姿勢および行為とする。」とした。本結果によって、日本における自律的看護実践の具体的現象を記述することができた。これは、用語の暫定的定義をエビデンスにより実証したことになる。

ところで、標準的な看護実践とは、病院や病棟といったある看護単位に属する看護師たちが、ほぼ同様に行っている患者ケアである。それは、そこで行われるべき必要不可欠な患者ケアであり、これを行っていれば一応のケア提供がなされ、過不足はないと見なされる。例えば、患者が 39 度に発熱した際、発熱時という医師の指示通り解熱剤座薬を用いれば必要なケアがなされたことになる。また、ストマ造設が辛いと泣いて話す患者の話を傾聴し、その思いを受け止めることは、多くの看護師が行うそこでのケアである。このような標準的な看護実践の背後には、今日クリティカルパスや標準医療の考え方が影響を及ぼしてしているように思われる。現代日本の医療現場では、医療費削減が政府をあげて至上目的とされ、ケアの質向上を伴ってこそ目指されるべきコストコントロール (Zander, 1999) において、在院日数の短縮が優位に目指されていると言わざるを得ない。また、治療計画の標準化は、高い治療成績と安全性が確認された治療法の提供 (寺下, 2002) というより、方法の画一化に取って代わられる傾向が否定できない状況にある。そして、現代の医療は様々な医療職種や最新の医薬品・高度な医療機器によって支えられており、看護師・医師など医療従事者に課される手技や業務が多様化、複雑化している。その結果、医療従事者に膨大な医学知識及び技術の修得が求められるようになってきている。また、業務量が増大することにより、医療従事者は同一時間帯に多種類の業務をこなさなければならない状況が余儀なくされている。こうした状況下では、日々の目標として必然的に患者の安全第一が目指されることとなる。そうして看護職も知らず知らずのうちに、患者ケアを効率化と画一化の方向に進ませ、慣習的な業務遂行の仕方となって定着化し、その中に埋没してしまうのではないだろうか。そしてこのような看護チームにおいて協調性が強調されることにより、意図的意欲的に思考を巡らせていた看護師も士気を失い、リスクを伴う看護実践は敬遠されることとなる。そのような中では、看護師の臨床的自律性が発揮されるどころか、個々の看護師の中で自律性が育つことさえ難しくなる。

一方、病院の決まり事には、病院組織や病棟としての約束事、あるいは手順やマニュアルによる遵守事項など様々の種類が存在する。これについては、医療事故の問題が影響を

及ぼしている側面があると考えられる。平成 11 年（1999 年）、都立広尾病院における消毒薬点滴による死亡事故や横浜市立大学病院における患者取り違い事故が続いたことからマスメディアを賑わすこととなり、この後も重大な医療事故が相次いで報道された。こうして医療事故の問題に人々の注目が集まるようになり、厚生労働省とともに日本医療機能評価機構の主導により医療事故防止対策が強力に推進されるに至った（日本医師会, 2007）。その中で、医療内容の確認や医療水準の確保に有効であるとして、標準化されたガイドラインの作成およびその普及が叫ばれ、また一方で医療安全管理が義務化されたことから、医療・看護における基準や手順のマニュアル化が盛んになった。看護においては、看護技術のマニュアル（山川, 村本, 渡辺他, 2007; 阪本, 木村, 晃昇他, 2003; 中野, 倉藤, 佐々木他, 2006）、安全対策のための手順書（福村, 佐原, 井上他, 2012）、あるいは患者ケアや看護師教育のためのマニュアル（西分, 寿見, 小倉他, 2011; 中野, 坂下, 坂下他, 2006）など、多岐に渡る手順書やマニュアルが至る所で作成され、用いられている。しかしその一方で、本来は患者に提供される医療や看護が一定水準に保たれ、その質を保証するための手引きあるいは参考文書が、医療安全管理の義務化の波に同化し、その内容が遵守すべき事項へと推移していった部分があることも否定できない。すなわち、現行の臨床看護実践において、手順書やマニュアルを遵守することが第一義とされるようになり、そこからはずれることは許されないという状況が産み出されてはいないだろうか。

手順書やマニュアルの遵守が声高になった背景には、医学の分野にリスクという問題意識が現れたことと関係があるように思われる。美馬（2012）によれば、1970 年代に環境問題の出現によりリスクへの社会的関心が高まり、医療の分野もほぼ同時期にリスクの考え方を導入していったとされる。リスク社会では、予測不可能で重大な影響を及ぼすリスクがある場合には、科学的方法が不確かであっても、最悪の事態を考慮して全体主義的に事前の規制を行う「予防原則」（美馬, 2012, p.207）が当然のこととされる。こうした論理に従えば、看護師が臨床的自律性を発揮し、そこにリスクを伴う場合には、予防原則に従い、そうした実践は行わないことが正当化されることになる。しかしながらリスク社会では、一方でその予防原則によって、人々の経験する不利益や被害が、可能性にすぎないリスクそのものではなく、リスクマネジメントの結果から二次的に生じることが問題として指摘されている。医療界においてリスク社会の予防原則が当然視され、これが定着することにより、看護師の臨床的自律性発揮の機会が損なわれることとなり、それにより患者に最良のケア提供がなされる機会が損なわれる。こうした事態は、看護実践についてのリスクマネジメントの結果から二次的に生じる患者ケアにおける不利益とはならないのだろうか。

看護師は、近代看護の創始者 Nightingale の時代から、「患者のために仕事を遂行する」（Pfetscher, 2002／薄井, 2004, p.74）とされてきた。また、「病気および治療本位の看護では、もはや不十分である」（Abdellah, Beland, & Martin et al., 1961／千野, 1973, p.2）として、患者中心の看護が伝統的に叫ばれてきた。そして、「看護婦の独自の機能は、健康、

不健康を問わず各個人を手助けすることにある。」(Henderson, 1969／湯槇・小玉, 1976, p.11)として、患者の個別性を重視した看護を実践してきた伝統がある。医療がリスク社会化していく中でこれに飲み込まれることなく、看護師は、患者中心の看護、患者の個別性重視の看護に誇りを持ち、これまでの伝統を未来に繋げていく必要があると考える。

リスク社会化した現代医療の中では、患者にとって最良と考えるケアを実践し続けることは、看護師個人としては困難な場合が多いかもしれない。しかし、伝統ある専門職集団として看護師が相互に協力し合うことにより、その力は大きくなると考える。看護師が臨床的自律性を発揮し、質の高いケアを提供するための最も重要な因子は、有能な看護師仲間であることが明らかにされている (Kramer et al., 2004a)。有能な看護師仲間とは、専門的知識や技術を伴い積極的姿勢により思考し判断し実行し得る同僚であり、ともに臨床的自律性を発揮できる仲間である。このような看護師が、相互に臨床的自律性を発揮し続けること、積極的姿勢を維持することが重要であると考えられる。上田、亀岡と舟島 (2005) は、看護師が卓越した看護を実践することは、「現状に甘んじることなく、創造性を発揮し努力している状況」(p.48) であるとしている。臨床的自律性の発揮もまた、このように看護師が現状に甘んじることなく、努力することを要求されるのであろう。しかしそのように努力を要するとしても、臨床的自律性の発揮により、看護師の満足感や達成感をもたらすことが本結果において示されている。看護師の自律性と仕事の満足には強い相関があることは、先行研究においても明らかにされている (Kramer & Hafner, 1989; Fung-kam, 1998; Zangaro & Soeken, 2007; Bjork, Samdal, & Hansen et al., 2007)。看護師が現状に甘んじることなく努力し、積極的姿勢を維持することは、満足感や達成感を得ることに、ひいては専門職看護師としての自己実現に繋がると考える。

臨床的自律性の発揮は、取り立てて困難な看護を実践するというより、看護師が意図的・意欲的に思考を巡らせることにより、日常の看護実践の中にその機会を見出すことが可能であると思われる。本研究が明らかにしたスタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因は、日常の看護実践の中から見出された現象であり、「我々が経験したことがある、あるいは経験し得ることだと認識して肯くことができる」(Manen, 1990, p.27) 現象といえる。

病院看護部長の陣田 (2008) は、「ナースたちは、自らが思っているよりもずっと奥深い看護をしている」(p.48) として、スタッフ看護師たちに自らの看護実践を記述し、語ることを推奨している。そして、そのようにして自らの看護実践を提示した看護師たちは、自信に満ちた顔に変化しているという。本研究のスタッフ看護師は、臨床的自律性についての研究者の解釈を通読した後、「今日はとても楽しかったです。また、読ませてください。なんか、ちょっと嬉しかったです。」(金田看護師)、「ありがとうございました、こんなに格好よく書いてもらって。」(沖看護師) というように、自分たちの看護実践に対する称賛と受け止め、全研究参加者が喜びの発言を述べていた。陣田の実践報告もまた、臨床看護実践家が自らの看護実践について他者からの肯定的解釈を得ることによって、自信が持て

るようになることを示唆している。このことから、臨床看護実践家が自らの看護実践を開示し、その効果に自信を持つことは重要であると考え。それは、より一層の効果的な看護実践を促進し、臨床的自律性が発揮される機会もまた増すことに繋がる。

さらに陣田（2008）は、「行った看護を社会の人に読んでもらうことは…専門職の証としての社会活動になる」（p.49）と述べている。本研究における参加観察および解釈的記述のように、看護師と患者との関わり合いに光を当て、そこで繰り広げられる現実を記述することは、看護実践の具体的側面を明らかにすることを可能にし、その多くがまだ知られていない看護の価値として社会に提示することができる。

加えて、手順書やマニュアルは、ある一定の人々によって作られ、決められたものであり、遵守すべき事項として絶対的な権限と受け止められることは、むしろその効果を低下させることになる。病院の決まり事の中には、絶対に揺るがされてはならない部分だけではなく、ある程度の範囲で動かすことのできる部分、あるいは柔軟に扱うべき内容もあるように思われる。本研究のスタッフ看護師のように患者のために病院の決まり事を柔軟に扱う、あるいは病院の決まり事を吟味して改定する、そうしたことができる看護師の判断力、実行力が積極的に育成される必要があると考える。

Schmalenberg と Kramer (2009) は、マグネット・ホスピタルの看護師グループの臨床的自律性発揮についての発言を引用している。「自律的看護実践は怖いこともあり得ます。あなたは、間違いをするかもしれません。もちろん、あなたは患者の人生を救うかもしれないし、また危害を避けられないかもしれません。しかし、それに立ち向かってください。それは危険なので、そのチャンスを活かさないことは、あなたのためにはより安全ですが、患者にとってはあまりよくありません。…私の看護管理者は、『自分自身を決して疑わないでください。そのことを通して考え、そして実行してください。我々は、一緒に結果に対処しましょう。あなたにはそういう支持がなければなりません。そうでなければ、自律して機能することはまさに危険すぎます。』と言います」（p.6）。そして、スタッフ看護師が臨床的自律性を発揮するためには、看護管理者の理解と支持が不可欠であると述べている。看護師の臨床的自律性が発揮されるためには、まず、看護実践における最優先課題として、看護管理者の理解と支持のあり方について明確にしていく必要があると考える。

Kramer 他（2007）は、スタッフ看護師の仕事の自立 independent を確立すること、スタッフ同士の団結性を育成すること、看護師の責任を肯定的に説明すること、病棟あるいは看護単位において臨床的自律性発揮を促進する文化を形成することが看護管理者の役割であると述べている。また看護管理者が、スタッフ看護師の自律的意思決定を尊重し、彼ら自身が仕事の予定を立て、それぞれに割り当てること、スタッフ看護師の任務を組織化すること、患者ケアを主導することを求めていくことが、スタッフを信頼しサポートしていることの合図であるとしている。従って看護管理者は、スタッフ看護師が臨床的自律性を発揮することを積極的に支持し、支援体制を整え、またそれを可能にする職場環境全体

を整えていく必要があり、これは現行看護実践の場における急務といえよう。

2. 患者との相互作用により発揮される看護師の臨床的自律性

臨床的自律性の発揮に向けて看護師を突き動かすものが、「共感的了解により受け止める応答性」や「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」であり、これらは臨床的自律性発揮の契機となっていた。共感的了解とは、患者の状況を共感的にわかり、それゆえ看護師は応答せずにはいられない、すなわち看護師の了解が、患者への応答となって現れるということである。これは、看護師から一方的に患者に共感性が向けられるというようなものではなく、そこには看護師と患者との相互作用が存在している。共感に関する看護研究について文献レビューを行った望月（2009）によれば、看護における共感概念は、心理学的共感のように、他者を自分のことのように理解しつつも、あくまで自己を他者に同一化しないことが要求されるものではなく、患者と看護者との相互理解へと至るプロセス全体を意味しているとされる。こうした見解は、共感における看護師と患者との相互作用の存在を明示するものであり、本研究における共感的了解と通底している。共感とは、Mackay、Hughes と Carver（1990／川野，1991）によれば、行動、人格、情動体験といった側面からとらえることができ、人間関係における訓練として共感的態度を習得し、発展させることができるといわれている。看護師の臨床的自律性発揮の成否を決定づける共感的了解は、態度として習得できる可能性が示唆される。

また、患者の言動の意味を的確にとらえられるためには、勿論「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」が不可欠であるとともに、そのような患者把握がなされているからこそ、看護師は、患者の些細な言動にも鋭敏に感性をはたらかせることができると考えられる。感性は、共感に通じるものとして人格や情動体験といった側面からとらえることができる。Mackay 他（1990）は、「援助専門職は患者の訴えをよく聴き、その訴えが患者にとってどのような意味があるのか判断する必要がある。」（p.2）と述べている。本研究におけるスタッフ看護師は、まさにこのことを実現していたのであり、これによって臨床的自律性が発揮されることとなった。しかし、ここでのスタッフ看護師は、患者の訴えを聴き、判断するだけではなく、患者の訴えの意味をわかろうとする感性に優れていたと考えられる。小西（2012）は、「心ここにあらざれば、見れども見えず、聞けども聞こえず、食せどもその味を知らず」（p.61）という引用を用いて、看護師の心が寄り添うことによって、患者への真のケアが提供されるとしている。この引用の真意は、患者の訴えや言動の意味をわかろうとして鋭敏に感性をはたらかせるということではないだろうか。共感的了解と同様、感性もまた個人に備わった資質ととらえることができ、それは、磨くあるいは鋭敏化させ得る側面を併せ持っている。小野と小西（2009）は、よい看護師を育むものは、患者からのポジティブな反応、看護実践の振り返り、他の看護師の観察と学びであるとしている。臨床的自律性の発揮に関わる看護師の感性は、とりわけ患

者との相互作用によって育まれ、磨かれると考える。

本結果におけるスタッフ看護師の臨床的自律性は、このように患者との関わり合いの中から引き出されたということができる。スタッフ看護師は、患者の状況に引きつけられ、何とかしなければ、何とかせざるを得ない、あるいは何とかしたいという切実な思いに突き動かされていた。言い換えれば、患者とのやり取りの中で看護師の内面が動かされ、その持てる力が呼び起こされて、臨床的自律性が発揮されたということができ、この意味で、看護師の潜在力として在る臨床的自律性を、患者が引き出していたということができる。

臨床的自律性、すなわち患者の直接的ケアにおける看護師の自律性の具体的側面については、これまで主として看護師へのインタビューを中心に探求されてきた (Kramer et al., 2003; Stewart et al., 2004; Ska°r, 2008; 古河, 2011)。そこでは看護師が自ら語る臨床的自律性として、患者ケア状況における看護師の判断や意思決定の内容が提示されている。こうした事例では、臨床的自律性の発揮により何を成したのかということは示されるが、いつ、どのようにして看護師の臨床的自律性が発揮されたのか、についてはあまり語られてはいない。また、看護師の自律性に関する研究は、これまで専門職の特徴的要素としての探求を中心として発展してきた経緯がある (Kramer et al., 2005)。それゆえ、探求の中心は主として看護師が認識している、あるいは自覚している自律性や自律的看護実践に焦点が当てられてきた。しかしそうした自律的看護実践の背後にも、患者との関わり合い、相互作用が間違いなく存在していたと考えられる。そうであるにもかかわらず、看護師が自ら語る自律的看護実践においては、両者の関わり合いそれ自体について多くは語られていない。

本研究はスタッフ看護師の臨床的自律性発揮の現象を参加観察によってとらえ、これを解釈的に描写した。しかしながら本研究のスタッフ看護師は、金田看護師が、「自律性、ですか？ 難しいですね。そんなことば、聞いたことがないので。」と述べたように、自律性ということばは聞き慣れていない、あるいは日々の看護実践の中で自律的な判断や意思決定をしているにもかかわらず、これを明確に認識しているわけではないようだ。一方、島内看護師は、「私たちって、結構考えてやってるんですよ。いつも何気にやってるけど、こうやって書いてもらえると、そうなんだって思います。」と述べており、スタッフ看護師自らの看護実践における臨床的自律性について意識化される可能性が示唆される。これまでの先行研究が、看護師自らが語る看護師に自覚された臨床的自律性を明らかにしたのとは対照的に、本研究は、看護師が明確には認識しないまま実践している、自ら語られることのない臨床的自律性について明らかにすることができた。そして、患者との関わり合いにおいて、看護師の臨床的自律性が発揮される状況について詳細に描くことが出来た。このように、看護師が明確には認識しないまま実践している、そして患者との関わり合いにおいて発揮される臨床的自律性を明らかにすることにより、臨床実践家たちに、自身が既に有している臨床的自律性について自覚を促すことができるとともに、その発揮がさらに

増進されるのではないだろうか。

看護師の臨床的自律性は、看護師自らの意思決定に基づいて発揮されるのであるが、そこには、患者との関わり合いの中で看護師の内面が動かされ、その持てる力が呼び起こされるという相互作用があり、この作用因があってこそ可能になる。

看護師と患者との相互作用に関する現象を描写する際、その分析的焦点として接触、コミュニケーション、相互関係の3つに概念化できるといわれている。接触概念ではセラピューティック・タッチ、手段的タッチなどが、コミュニケーション概念では、治療的コミュニケーション、クライアント・ナース交渉などが、相互関係概念では共感的関係、クライアント・ナース協同などがそれぞれ挙げられ、こうした分野において看護研究が進められてきた (Kim, 2000/上鶴, 2001)。そうした一方で、看護師と患者との関わり合いは、ケアする人 (看護師) 対ケアされる人 (患者) という現代医療の中心的図式だけでは説明がつかず、患者との交流を通して、看護師の意識にのぼる手前 (明確にそれと認識される以前の心的様態) で促されるように患者に向かって行く「身体」⁴¹の志向性が、看護ケア成立の基盤となる (西村, 1999) ことが明らかにされている。そこでは、患者に触れた看護師の手が同時に患者から触れられている感覚を持つような力動的な反転が起こり、触れ合っている両者がひとつの系として存在するようになる。そしてこうしたありようが、看護師に、患者から支えられる経験として気づかせ、患者と通じ合っているという感じを生じさせ、患者と共に在ることを楽しませるのだという。本研究のスタッフ看護師には、「身体」の次元における患者とのこうしたありようが経験されていたと考えられる。それゆえ、すぐに怒鳴るなど気難しい、あるいは年齢に比して幼稚な態度が理解し難いとして多くの看護師が敬遠するような個性際立つ患者についても、その行為や言動の意味を問い、それにより好意的に了解することができ、彼らと関わることを楽しんでいただのではないだろうか。

また、「身体」は、外的存在すなわち世界と関わる場とされ、これが阻害されているときに、意識にのぼる手前の様態⁴²が露わになることが多いとされる。われわれの「身体」が何かの障害を受けた状態とは、その障害によって体の一部が機能しなくなるというようなものではなく、人間の実存それ自体が大きく揺るがされることになるのである。こうしたときに、意識にのぼる手前の様態がある程度、その姿を見せるのだという (Merleau-Ponty, 1945/1967)。人間の実存が大きく揺るがされる状況とは、別の言い方をすれば、「疾病によって心身に傷や痛みをもっていたり…弱く傷つきやすい、vulnerable と呼ばれる状態…この状態にある人々は、健康な人よりも敏感に他者の心を感じとる」(小西, 2012, p.57) と

⁴¹ ここでいう「身体」とは、Merleau-Ponty (1945/1967) のいうそれを指す。われわれは「身体」として存在しており、これにより世界の中に特定の場を持つことができる。そしてこの「身体」は、ある外的存在へと関わっていく運動・知覚の体系であり、世界に属するものでありながら、その世界を知覚し構成するという両義的存在とされる。以下、この意味において身体の話を用いる際には、かぎ括弧 (「」) をつけて明示する。

⁴² 普段は意識されてはいないが、思い出そうとして注意を向けることによって意識できるものであり、人間の意識の様態をいう。

いった状況としてとらえることができる。本研究のスタッフ看護師は、患者をこうした「vulnerable と呼ばれる状態」にある人として理解しており、その心を敏感に感じとっていたのであり、それゆえ「共感的了解により受け止める応答性」や「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」をより鋭敏にはたかせることができたのだろう。そうしてスタッフ看護師は、「身体」の次元において促されるように患者に向かっていたのであり、こうした相互作用における看護師のありようが、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」として、臨床的自律性を発揮させる起動力となっていたと考えられる。

また、このように考えるならば、すぐに怒鳴るなど気難しい、あるいは年齢に比して幼稚な態度が理解し難いとされ、多くの看護師が敬遠していた今村さんや押田さん、松沢さん、そして浦上さんのような患者には、臨床的自律性を発揮する看護師が何かケアをしたいと思えるような、あるいはそのように看護師に思わせる患者特性があるのかもしれない。そして、こうした看護ケアマインドを刺激する患者の存在自体が看護師の臨床的自律性発揮を促進する要因となっていると考えられる。

3. 臨床的自律性発揮を決定づける看護師の価値観および内的基準

看護師の臨床的自律性が発揮されるとき、「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」や「看護実践の中の省察からの発想」もまた、その契機となっていた。看護師の中の看護ケアの基準とは、どのように形成されるのだろうか。看護師個人の内的基準は、その価値観に基づくと考えられる。価値観とは価値判断を伴った視点であり、価値判断の根拠は自分自身の感覚であろう。自分の感覚に基づき価値判断を重ねることにより、徐々に個人の中に水準が生まれ、判断の基準として形成されていくのではないだろうか。病院における看護師は一般的に、自分が所属する病院や病棟において、そこで必要とされる看護業務や患者ケアの仕方を習得していく。こうした看護業務や患者ケアの仕方は、その部署の慣習や振る舞いの体系となり、病棟文化を形成することとなる。病棟文化の構成要素として、病棟目標、病棟メンバーが共有する信念および行動様式、病棟の一連の体系の4つが挙げられており、医療や看護の活動は、病棟メンバーが共有する信念や情緒により影響を受けつつ、病棟の一連の体系が作り出されていくとされている（荻野, 2001）。病棟文化は、ある思考や行為のパターンとして、そこに所属する看護師が意識するか否かに関わらず適応し、学習させられていく。そのような中で、看護師の価値観や内的基準が形成されていくと考えられる。その際、患者ケアにおける判断に際して、病棟文化に影響され慣習的な行為に甘んじることに問題意識を持てる人とそうではない人に分かれるように思われる。前者の場合、病棟文化の影響を受けているとしてもそれに支配されることはなく、看護師がその判断内容について自らの意図を持っており、その判断根拠が明確になっているのではないだろうか。本研究のスタッフ看護師は全て、そのときどきあるいは後のインタビューにおいて、患者ケアについての意図や判断内容を明確に述べていた。自律的行動

の基本条件は、意図をもって、理解して、何かの影響下ではなく、の3つとされる (Faden et al., 1986/1995)。これによると、本研究のスタッフ看護師は、患者ケアが自分の計画どおりに行われることを意図し、自分の行動を結果も含めて自分で説明でき（理解しており）、病棟文化の影響に支配されることなく行動していたということになる。臨床的自律性の発揮を決定づける看護師の判断は、このように意図をもち、自分の行動を理解し、何かの影響下にはない状況でなされる必要があると考える。そしてこうした判断は、看護師自身の価値観や内的基準に基づくのである。

看護師の意図には、患者ケアが自分の計画どおりに行われることを意図するとしても、目的意識を持って予め計画し実施の機会を待っている場合と、患者との関わり合いにおいてその場で企画する場合とがあるように思われる。前者では、例えば金田看護師が ICD 植込み術後患者のレントゲン検査を早い時間帯に実施するよう意図したり、沖看護師が患者の病状悪化を示す検査値から判断して病室で機能訓練を実施するよう意図する場合を指す。後者では、例えば藤田看護師が患者の歩行に付き添ったその場で彼女の髪の毛の汚れに気づいて洗髪を計画したり、美木看護師が患者の訴えるような発言にその場で応答して医療用弾性ストッキング再装着までの時間延長を計画する場合を指す。このように、看護師の臨床的自律性発揮の際には、予め計画された意図とその時その場で生じる意図があるということができる。

また、看護師の価値観に関連して、本研究では「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」という臨床的自律性の発揮を促進する要因が見出された。これまで、ターミナル期がん患者の自己決定支援に関する看護師の価値観 (八尋, 秋元, 2012)、障害のある子どもの家族から情報入手する際の看護師の価値観 (山本, 2012) など、看護実践の仕方に関わる看護師の価値観について探求されている。また他にも、看護学生の価値観 (工藤, 小田, 窪田他, 2001; 工藤他, 2008)、あるいは看護実践についての看護師の価値観 (Gregg & Magilvy, 2004) に関する探求などが行われている。本研究から見出されたスタッフ看護師の価値観は、看護の価値を確信している、すなわち看護の善さをわかり重んじている看護師の価値観、看護実践に内在する価値に看護師自身が気づいており、これを確信するというものである。こうした看護実践に内在する価値への気づきは、患者ケアにおける判断の拠り所となる看護師の価値観や内的基準の形成と関連があるように思われる。看護実践に内在する価値とは、人々の健康を願い、それに向けて現実的直接的に貢献できることであり、また看護師自らもそうした支援活動に達成感やよろこびを感じ、自己実現に向かっていくことであると考えられる。看護実践に内在する価値に気づいている看護師は、自らが向かうべき先を見据えることができると考えられ、それゆえ他者からの影響に揺れることなく、慣習的な行為に流されることに対しても反省的になれるのだと思われる。そして、そこで行われている標準的な看護実践を超える実践に挑むことができ、ときには病院の決まり事からはずれる行為に及ぶことも辞さないのだと考えられる。

一方、看護実践は、文脈とは無関係の一般的知識や技術を適用して行われるのではない。看護師が会う実践状況は、コントロールすることができない変数に満たされており、このような文脈に依存した問題は、状況に正確に適した解決が要求される (Burns & Bulman, 2000)。熟練した実践家は、問題状況に一般的な解決法を求めるのではなく、その行為過程で熟考しながら問題の特殊性を見出し、状況に合わせて解決していく能力があるとされる。こうした実践家の実践の中の省察について論じたのが、Schön (1983/佐藤, 秋田, 2001) である。Schön は、「反省的実践家」という専門家像において、「行為について (行為の中で) の省察」と「状況との反省的対話」という概念を提示している。そしてこの概念により、行為の中でなされた理解内容の意味を問い、実践の構造や問題をとらえる自らの枠組みを見出すとともに、それをとらえ直し、その枠組みを変えていく機会となるような、一つの問題解決がさらなる問題の理解へと連続的に発展する過程となると説いている。この観点から見て、例えば、植村看護師が下谷さんの注射後発熱のケアについて反省していたように、本研究における臨床的自律性発揮の過程には、「行為についての省察」と「状況との反省的対話」が含まれていたと考えられる。この意味で、臨床的自律性の発揮に不可欠な「看護実践の中の省察からの発想」は、一つの問題解決がさらなる問題の理解へと連続螺旋的に発展する過程の中に位置づけることができ、臨床的自律性の発揮は、反省的実践によって発展的に増進され、その機会もまた増すと考える。

Schön (1983/2001) は、実践家にはクライアントに専門的技術 *expertise* を示す一方で、自ら不確実性を時々刻々明らかにすることが期待されているとして、「このような新しい能力を実践家が獲得するためには、慣れ親しんできた満足の源を捨て、自分自身を新しいものに対してオープンにすることが必要である。」(p.299) と述べている。看護師は、自らの不確実性を明らかにしつつ、慣れ親しんできた状況に満足してしまう、すなわち病棟文化に影響され慣習的な行為に甘んじてしまうことなく、新しいものに対して開かれて在ることによって、臨床的自律性発揮は増進されると考える。

本研究のスタッフ看護師は、看護実践について省察を繰り返しつつ、患者の状況をそのままにしてはおけないとして、患者の状況に突き動かされて創意をめぐらせることとなったと考えられる。臨床的自律性を発揮するスタッフ看護師は、連続螺旋的に発展する過程の中で問題解決を重ねつつ、実践の構造や問題をとらえる自らの枠組みを見出しとらえ直すことを繰り返している。こうしていつしか自分の中に‘これだけは譲れない’とする看護ケアについての評価基準あるいは価値観を自覚的に形成してきたのではないだろうか。そのようにして形成された看護師の中の譲れない内的基準が、患者の状況をとらえたことにより、素早くその拠り所となり、看護師の気持ちを突き動かすこととなると考えられる。臨床的自律性の発揮とは、このような看護師の価値観や内的基準により、それまでの慣習的行為を打破することでもあると考える。

4. 臨床的自律性発揮と医師の指示および医師との関係

看護師が積極的姿勢により看護実践に向き合うとは、医師の指示に従順に従う、あるいは指示のままに特段の思考なくして実施することとは異なる。本結果において、スタッフ看護師は、医師の指示の実施方法を決定する、あるいは医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をするかたちで、臨床的自律性を発揮していた。厚生労働省（2012）が平成21年に設置した「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」によれば、医師の指示については、具体的指示以外は全て包括的指示と見なされる。包括的指示とは、「看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が患者の病状の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括した指示」（厚生労働省、2012, p.5）とされる。これによれば、医師の指示の実施方法を決定する臨床的自律性発揮の仕方は、結果的には包括的指示の実施という範疇に収まることになるだろう。しかしながら本結果においては、あらかじめ医師が予測した範囲内に収まるものでは決してなく、患者との関わり合いによって、スタッフ看護師が、患者にその場で予測される身体負荷を先読みしたからこそ、医師の指示の実施方法を自ら決定したのである。例えば藤田看護師は、トイレからベッドまで歩行した後の坂木さんの疲労を見て取っていた。そこで藤田看護師は、座位から仰臥位になるという坂木さんのさらなる身体労作の回避を意図して、座位のままレントゲン撮影をするよう技師に促した。この時医師の指示は、患者の身体負荷を予測したポータブル器械による撮影とされ、ここにはベッドから起きて検査室へ移動するといった負荷を回避するという医師の目的があったといえよう。しかし現実場面では、坂木さんはトイレからベッドまでの歩行という身体負荷を既に負っていた。藤田看護師は、このような患者の詳細な事実を見逃さず、ここでのレントゲン撮影に伴う具体的詳細な身体負荷を先読みしたのである。このように看護師は、患者の身体負荷を回避するといった目的を医師と共有しているのではあるが、患者の日常生活の些細な行為それ自体に着目し、医師には予測し得ないような日常生活状況において判断する場合が多い。そしてこうした判断状況において看護師の臨床的自律性が発揮されると考えられる。このことから、医師の指示を受けるに際して、患者と密接に関わり合っている看護師が、患者の意向に合わせ、その個人により適したかたちでその実施方法を決定するということを意図的に目指すことにより、臨床的自律性の発揮が増進できると考える。

また、医師の指示の先取りは、医行為の実施と関連する。医行為とは、「法律上当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為」とされ、これは、「自身の判断により実施することができるのは医師に限定されている」（厚生労働省、2012, p.5）。本研究においてスタッフ看護師は、食事箋の変更、鎮痛外用薬の使用、検体測定の中止について、医師の指示に先んじてこれを実施していた。「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」によれば、鎮痛外用薬の使用は、「臨時薬剤（解熱剤、鎮痛剤、外用薬）の選択・投与」

として、その行為および難易度ともに看護師一般が実施可能とされる医行為に分類されている。そして、これらの行為は、同ワーキンググループの調査によると、現行看護師の約58%がすでに実施している（厚生労働省, 2012）。このことから、鎮痛外用薬の使用という医師の指示を先取りする臨床的自律性発揮の行為は、すでに現行の看護実践において6割程度実施されていることになる。また、検体測定の中止は、「治療効果を測定するための検体検査の項目・実施時期の判断」として、その行為を実施するタイミング等についての判断の難易度が高い医行為に分類されている。これらの行為は、現行看護師の約4%が実施しているとされる。なお、食事箋の変更については、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループによる医行為分類（案）」（厚生労働省, 2012）には含まれていないため、現在のところその実施状況は明らかではない。本結果におけるスタッフ看護師は、判断の難易度如何によらず、患者にとってそうすることが必要であるとする判断によって臨床的自律性を発揮していたのであり、結果としてそれが医行為の実施と同等となっていた。このことから、現在検討されている看護師による医行為の実施とは、医師業務を代行したり、その実施範囲を拡大することに主眼を置くのではなく、本結果が示すように、患者に必要と判断され、看護師が臨床的自律性を発揮した結果であるという理解が必要なのではないだろうか。

Kramer 他（2003）が行ったスタッフ看護師へのインタビューによると、「私は、以前の経験やこの患者の特性を知っていることから、いつも同じタイプの鎮痛剤を与えるより、種類を替えるほうがよいかどうかを意思決定します。」（p.16）といった看護師が語る自律的看護実践例が提示されている。また Kramer、Maguire と Schmalenberg（2006）は、医師にインタビューを行い、「患者が、ベッドで安静にしているとき突然胸痛を訴えたら、私を呼ぶ前に看護師が心電図をとると思う…患者が低血圧なら、看護師は低血圧を悪化させる薬を止めると思う。」「看護師は、私よりはるかによく疼痛管理を知っており、理解している…彼らは、患者と彼の痛みの反応を知っている。私は、看護師にそれらの決定を任せる。彼らは見事な決定をする。」（p.486）といった語りの例を提示している。こうした例は、看護師の実践範囲について、日本における状況との違いを明白に示している。米国における看護実践がこうした状況を示している背景には、対等な看護師－医師関係が存在すると考えられる。

わが国における看護師－医師関係については、中西（1977）が次のように述べている。「看護婦と医師との関係は…容易にはゆらぎそうにない両者の主従関係…看護婦が指示の実行をためらうのは、その実行によほどの不安や疑問を伴う時に限られるとみてよい。しかし医師はこうしたためらいに時たま接すると、晴天の霹靂の如く驚き、これを看護婦のムホンと受け止めやすい…潜在的、顕在的に葛藤に満ちた関係が展開されているのが現実とはいえないだろうか」（p.9-10）。一方、患者ケアにおける看護師と医師との連携の特徴を明らかにすることを目的として、中川と林（2008）は、両者の会話場面の参与観察と半

構成面接を行った。その結果、「行動化の促し」、「再考の促し」、「情報・見解の獲得」、「情報・見解の供与」(p.41) というカテゴリーが抽出された。そして、「行動化の促し」、「再考の促し」の行為において、看護師は、質問や情報提供という発話を用いて、医師の指示の明確化や指示の変更を促すという特徴がみられるとしている。考察の中で中川らは、ある事例を用いて「看護師は医師に〔依頼する〕や〔要求する〕を用いてもよかった…看護師が〔示唆する〕を用いた背景に看護師と医師との間にパワーの不均衡が存在していたことが推察された」(p.45) と述べている。このことから、日本における看護師－医師関係では、双方の力関係に不均衡があり、医師が優位にあることは明白である。また、看護師と医師の協調における実践の実情を明らかにする目的により、山岸、國江と青木 (2012) は、米国ナースプラクティショナー (以下、米国 NP) と日本のチームリーダー看護師 (以下、日本 L-Ns) にインタビューを行った。その結果、両者から「看護師－医師の相互尊重」(p.29) という同じ名称のカテゴリーが抽出された。そして米国 NP と医師とは良好に協働しているとしている一方で、日本 L-Ns と医師とでは、この他に「医師業務への気配り」、「医師と接する日頃の態度」(p.29-30) といったカテゴリーも同時に抽出されている。このことから、米国 NP と日本 L-Ns とでは、それぞれ医師との対等性に差異があることが示唆される。米国 NP と医師との相互尊重とは、Kramer 他 (2006) の例にも見られるように、看護師の実践が患者に有用であり、効果的結果をもたらすことを医師が知っており、これを認めているからこそ、看護師を尊重しているのだと考えられる。日本 L-Ns においては、対等というより看護師が医師に気遣う必要があったり、日頃も医師への態度に気遣っているという上下階層的関係性が見て取れる。中西の論述は 1977 年の投稿である。2010 年代におけるこうした中川他 (2008) や山岸他 (2012) の結果は、中西のいう看護師－医師関係とそれほどかけ離れているとは思われない。つまり日本における看護師－医師関係には、未だに 1970 年当時から大きく変わることはない主従的關係性が残存していると言わざるを得ないのである。

さらに社会学研究においても、白鳥 (2003) が、「日本の医療現場には、旧来、医師を頂点としたヒエラルキーが存在する。医師は自らの医療行為に看護師をはじめとするコ・メディカルや患者が口を出すことを嫌い、看護師や患者もまた、医師に黙って従ってきた。」(p.369) と述べている。看護の職業的自律性が発展しつつある現在では、看護師が「医師に黙って従って」いる状況ばかりではないと考えられる。しかし、社会的視座からみてもそうした医師の優位性が、今日において存在していることもまた否定はできないだろう。このように、看護の内外から、日本の看護師－医師関係における力の不均衡が指摘されている。医師の優位性は、お医者様と呼び、医師を医療界の頂上に君臨する存在と位置づけてきた前近代的日本の社会思想がその背景となっているように思われる。

Schmalenberg 他 (2009) は、スタッフ看護師の語りから、看護師－医師関係における 5 段階の關係性を引き出している。その最高位にあるのは、医師との仲間的／協同的關係で

あり、これを「良い」看護師－医師関係であるとしている。スタッフ看護師は、この段階の両者の関係性を、「医師は、私にどなりません。」「医師は電話がかかったときには必ずやって来ます。」「医師は看護師に意見を聞きますし、私たちは患者ケア計画について議論できます。」(p.75) といった語りによって表現している。Schmalenberg 他 (2009) は、「良い」看護師－医師関係は、看護師による質の高いケア提供を可能にする基礎的構造のうちの1要素として長く取りあげられてきたと述べている。

日本において医師の優位性を払拭し、真の対等性を築いていくためには、看護師が自らの実践において臨床的自律性を発揮し、患者ケアの効果的結果を具体的に示していくこと、これにより、看護の有用性と価値を示していくことが必須と考える。このようにして、看護師と医師との「中間的／協同的關係」(Kramer et al., 2004b; Schmalenberg et al., 2009)の構築が達成されるのではないだろうか。本結果が示したように、看護師の臨床的自律性が発揮され、促進されるためには、患者中心の医療提供についての議論が可能となる看護師－医師関係として、真の対等性が必要不可欠であり、そうした関係性の構築は急がなければならない。また、そのような看護師－医師関係を基盤に据えることができれば、医師の包括的指示についても、より効果的に実施することが可能となり、看護師の臨床的自律性発揮は、より一層促進されると考える。

近年、医師不足を補充することをねらいとして、「看護師特定能力認証制度」の法制化に向けて、わが国の看護職能集団の代表が主導し、急速な展開を見せている。しかしその一方で、看護師が医行為を引き受けることを合法化し、実施することによって、看護本来の仕事が果たせなくなることへの懸念(川島, 2012)や、看護の立場で患者の尊厳や権利を守ることがおろそかになるとする危機感(高田, 2012)を唱える声も少なくない。看護師と医師とは専門性が異なるのであり、他職種の業務を看護師が代行することになれば、本研究が明らかにした結果は、臨床的自律性の発揮としてではなく、実施可能な医行為の中に解消されてしまう。看護師の臨床的自律性発揮を促進する「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」は、医行為の実施からは導くことはできないのである。看護師は、専門職として臨床的自律性を発揮することによって医師と協同することが、本来のあり方と考える。

アメリカ看護師協会 ANA とアメリカ医師協会 AMA のそれぞれから委員が参加し、協同的实践 Collaborative Practice 委員会が形成され、両職種のそれぞれ独自領域における実践あるいは両者が重複する領域の実践について承認する「実践範囲を規定する文書の公的開発」を政府に要求している (Schmalenberg et al., 2009)。こうしたプロジェクトの結果、看護師と医師の活動は、それぞれの職種別ならびに協同して実践する領域に分類され、適切な実践範囲を定める実践領域チェックリストが開発されている。アメリカ看護師協会は、このように看護専門職としての組織的自律性を発揮しており、医師協会と対等の立場で看護実践の範囲について協議している。わが国においても、真の意味で看護職を代表し、看護専門職としての自律性を発揮し得る職能団体としてあるべく、早急な軌道修正とその

本来の活躍が望まれる。

5. よい看護、倫理的行為と共通する臨床的自律性発揮における expertise の必要性

患者との関わり合いの中で発揮される看護師の臨床的自律性は、よい看護、倫理的行為と共通性があると考えられる。Dooly と McCarthy (2005／坂川, 2006) は、看護倫理学者の論述を引用し、「看護倫理は患者との関わり合いに関するものである。看護師は、つねに倫理的に行動できる姿勢をもっていなければならない。看護のほとんどすべての行為や状況には、倫理的側面がある。倫理的問いというのは、看護の善し悪しを問題にする問いである。」(p.11) としている。つまり、倫理的問いとは、よい看護であるか否かを問うこととされる。小野他 (2009) は、徳の倫理探求として、臨床看護師が体験の中で認識する「よい看護師」を記述し、その構成要素を明確化する中で、「患者の安寧を願う心」、「人柄」、「患者に届くよい実践」といった要素を抽出した。そして、「患者の安寧を願う心」の例として「患者さんが『痛い』ってということには、積極的に緩和してあげたいなっています」(p.27) という看護師の語りを引用している。この例は、本結果のスタッフ看護師の臨床的自律性の発揮と通底していると考えられる。このことから、看護師の臨床的自律性が発揮されることは、よい看護と共通するということができる。またよい看護には、看護師の臨床的自律性が発揮される可能性が高いと考えられる。

また、村田 (2012) は、倫理的問題に対する行動の背景にある看護師の思いについて、抽出カテゴリーの例として、「終末期で絶食指示の患者について…患者のニーズが充足できないか考え具体的方法を医師に交渉した」(p.11) と記述している。この例もまた、本結果のスタッフ看護師の臨床的自律性発揮と通底していると考えられる。そして倫理的行為は、自律的決定を含む (Dooly et al., 2005／2006) ことから、臨床的自律性の発揮と倫理的行為とは共通性があるということができる。このように考えるならば、看護師の臨床的自律性が発揮されることは、専門職の特徴的要素のひとつであるとともに、倫理的行為を実践することである、と言い換えることができる。

よい看護と共通し、倫理的行為の実践である看護師の臨床的自律性発揮には、expertise が必要とされることが考えられる。古河 (2011) は、「看護師の自律性」の構成概念を明らかにする目的で、専門看護師にインタビューを行い、「医師の指示であってもタイミングを図り患者のための実施の自己決定をする」(p.92) という語りを引き出している。そしてこれは、「看護師の自律的行動」に含まれるとしており、本結果における臨床的自律性の発揮と同等であると考えられる。だが古河 (2011) は、「現在日本で最も自律性が高いと考えられる」(p.89) として、「看護スペシャリストとしての専門看護師」(p.90) を対象としてこうした結果を得ている。本研究の研究参加者は、経験年数が 5 から 18 年のスタッフ看護師であり、それぞれ臨床的自律性を発揮していた。このことから、専門看護師の資格を持たないスタッフ看護師が、看護実践において臨床的自律性を発揮していることを例証するものとして、本

結果の意義を確認することができる。

また本研究参加者は、看護師経験が5年以上でいずれもリーダー役割をとっていた。上田他(2005)は、先行研究のレビューから「類似した患者集団を対象とする看護を5年以上経験した看護師が臨床の状況に精通し、周囲の状況を全体的に把握できること」、そして臨床経験5年以上を基準として「卓越した看護を展開する看護師」(p.39)を選定としている。これによれば、本研究参加者はいずれも「卓越した看護を展開する看護師」に該当するといえることができる。そしてまた、彼らは Benner (2001/2010, 井部) のいう「中堅レベル看護師」以上といえることができる。「中堅レベル看護師」とは、「状況を局面の視点ではなく全体として捉え…長期目標を踏まえて状況の意味を知覚している」(Benner, 2001/2010, p.23) とされる。本結果における臨床的自律性発揮の現象は、こうした卓越した看護を展開するスタッフ看護師たちの実践から導かれたことになる。杉田(2012)は、「熟練、達人、卓越、専門、専門的技能などと翻訳され定訳がない」(p.15) として *expertise* の語を原語のまま用い、クリティカルケア実践における看護師の *expertise* の概念分析を行った。その帰結のひとつとして「治療の成功」(p.19) を挙げ、その下位カテゴリーとして「患者の問題解決」を抽出し、これは「顕在化した問題を解決することだけでなく、起こりうる問題を未然に解決することも含んでいた」(p.19) としている。こうしたカテゴリーは、本研究のスタッフ看護師が、特定領域における患者の療養特性を把握し、これに基づいて患者に予測し得る状況を判断し、臨床的自律性を発揮していたことと通じると考える。このことから、臨床的自律性の発揮には、看護師の *expertise* が必要とされる。

看護師は、他の専門家と同様に経験を通して学び、実践の中の省察を積み重ねていくことによって熟達に向かうといえることができる。Benner (2001/2010) が、航空機パイロットに関して開発された Dreyfus & Dreyfus モデルを看護に適用し、初心者から達人まで5段階の実践レベルを提示したことは日本でもよく知られている。この研究が発表されて以来、直観 (McCutcheon & Pincombe, 2001; King & Appleton, 1997) や専門的技能 *expertise* (Hardy, Garbett, & Titchen et al., 2002)、熟練看護師 (福田, 2007,a,b; 上田他, 2005) といった言葉で描写される看護の専門性や能力に関する研究が盛んに行われるようになった。しかしながら、Kim (2000/上鶴, 2003) は、「専門的臨床技能 *clinical expertise* の詳細な特性を適切に特定している研究がまだ存在しない」(p.195) と述べ、専門的臨床技能の質的特性とされる直観的認識や全体論的パターン認識などは、それ自体が正確に特定することが困難な現象であるとしている。そして、実践における専門的臨床技能を概念化する探求においては、思考の側面を重視した認識論的流儀の研究者が優位を占めており、また、問題解決の視点のみから専門的臨床技能を定義することには限界がある、と指摘している。しかしながら本結果は、臨床的自律性発揮の必要条件のひとつとして、「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」を見出すことができた。これは、本研究のスタッフ看護師が、健康障害など特定の患者集団を対象とする

領域において看護実践を展開する中から、そうした患者に特有な療養特性として会得してきた判断能力であり、認識論を超えた実証的知見といえる。例えば、金田看護師が ICD 植込み術後患者にリード位置異常が生じる可能性を予測できたのは、循環器疾患を患う患者に特有な療養特性として ICD 植込み術に伴う二次的合併症や患者の反応の特徴について把握していたためであり、これに基づいて判断していたのであった。また、町村看護師が胃全摘出患者の胃管からの多量排液を観察して電解質異常を予測し、山口看護師が患者から肛門痛があると聞いて手術操作の影響だと判断したのは、消化器疾患を患う患者に特有な療養特性として起こり得る症状や合併症、患者の反応の特徴について把握していたためであり、これに基づいて判断していたのであった。このように、本研究参加者は、特定領域の看護実践に特徴的にみられる実践能力なるものを具体的に提示し、これが確かに存在していることを示している。「類似した患者集団を対象とする看護を 5 年以上経験した看護師が臨床の状況に精通し、周囲の状況を全体的に把握できる」(上田他, 2005) という内実には、本研究のスタッフ看護師が示したような特定領域の看護実践により会得される療養特性把握と判断内容すなわち看護実践能力が含まれていると考える。そしてこれは、別の特定領域における実践能力とは異なって、その看護実践領域を特徴づけ際立たせる、あるいはその看護実践領域の専門性と呼び得るものと考ええる。それは、例えば循環器疾患を患う患者の療養に寄り添う看護実践に特有かつ専門的知識・技能として看護師たちに共有され得る専門的臨床技術であり、高度に専門化された看護実践能力ということができる。こうした看護実践能力 *expertise* によって、臨床的自律性の発揮が可能となると考える。

Benner (2001/2010) が、「看護実践そのものに内在する知識、つまり、それぞれの専門分野の臨床で経験を積むことで得る知識についてはわずかしが学んでいない…現在何が欠落しているか」というと、看護師たちが臨床実践から習得する知識を系統的に観察することである。」(p.1) と述べている。ある臨床実践領域における看護師の専門的臨床技能 *clinical expertise*、例えばクリティカルケア領域(杉田, 2012; Hanneman, 1996) や外来部門(原田, 2011) といった診療部門別の探求は近年増加しつつある。しかし別の切り口として、特定領域の看護実践に特徴的にみられる患者の療養特性についての把握および判断内容を明確化し、特定していくこともまた、専門分野の臨床において経験を積むことにより得られた知識 *expertise* を明確化することに貢献すると考える。そして、それぞれの専門分野の看護実践領域に特有な療養特性把握と判断／実践能力の系統的観察およびそのデータの集積により、その特定領域の看護実践に特有といえる臨床的自律性発揮の仕方が見出せるかもしれない。

II. 看護における実践、教育、研究への示唆

本研究では、直接的な患者ケアを中心とした臨床看護実践における看護師の臨床的自律性に着目し、その解釈的記述を試みた。これまで看護の領域において、看護の自律性は専

門職としての特徴的要素として重要視されながらも、ことばで表現しにくく多様な観念の集合体に言及する複雑な概念であることから、この概念に関する学問的、系統的な探求が十分になされてきたとは言い難い。また、看護の自律性についての探求は、その多くが概念化や概念分析、あるいは測定のための用具作成といった分析的手法によって行われてきた。本研究においては、実際の看護実践の中から、看護師の臨床的自律性発揮の現象をより包括的かつ具体的なかたちで提示することができた。そして、従来看護の自律性としてさまざまに語られてきた内容を経験的データにより明示するとともに、これを発展し得る知見を提示することができたと考える。例えば、医師の指示の実施方法を決定するという看護師の臨床的自律性発揮は、これまで看護師に認識され、看護師により自ら語られてきたような実践成果の提示にとどまらず、同時に、患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種間で主導権を取るといった看護実践それ自体に自律性が発揮されていることが明らかとなった。また、これとともに臨床的自律性発揮に不可欠な条件やその促進要因を明らかにしたことにより、看護における実践、教育、研究それぞれの分野に向けて示唆を与えているものと考ええる。

看護における実践への示唆として、ここで明らかになった知見は、病院在院日数の短縮化や医療の効率化が優位に目指されている現代医療の中にあつて、看護師が積極的姿勢により自身の考えで看護を実践していくことの重要性を訴え、患者にとって最良のケアを目指し続けることを喚起し、そのための具体的手がかりを与えていると考える。また本研究においては、患者の言動の意味を的確にとらえて共感的に了解し、その意向に丁寧に沿いつつ、患者と関わり合うプロセスの中で発揮される看護師の臨床的自律性発揮の現象を明らかにした。こうした患者と看護師との具体的な関わり合いを示すことにより、真に患者に向き合う看護師の姿勢や態度が育成されることを期待できるとともに、病棟文化の影響に支配され慣習的な行為に甘んじることへの反省を促すことができると考える。本研究が明らかにした臨床的自律性とその関連要因は、臨床看護実践家が自らの看護実践により患者ケアの効果をもたらしていることの意義について自覚的に理解し、自身の看護実践を社会に向けて開示するよう勇気づけ、そうした看護実践を発展させることに貢献し得ると考える。スタッフ看護師の臨床的自律性発揮を可能にする方法の一つとして、看護師のための教育プログラムが挙げられている (Kramer et al., 2007)。本結果における臨床的自律性発揮の仕方およびその必要条件、「共感的了解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」、「看護実践の中の省察からの発想」、「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」、「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」は、看護師の中に臨床的自律性を育成するための教育プログラムの作成項目として、具体的示唆を与え得ると考える。

看護における教育への示唆として、本研究の知見は、医療の現場における看護継続教育、

あるいは看護学教育における講義や臨床実習などにも影響をもたらすと考えられる。これまで医療の現場では、On-the-Job Training (OJT) や院内研修といったかたちの現任教育がなされており、看護における専門的判断および看護技術に関する講習、看護研究など幅広く教育活動が行われている。これに加えて、臨床看護における重要な視点として、看護師が積極的姿勢により自身の考えで看護実践していくことの内実について理解する機会、例えば看護師各自の看護実践例を開示し、そこでなされた判断や意図などを明示して検討する。また、看護師の価値観や内的基準について考察できる機会、例えば看護師各自の看護実践における判断に用いた基準あるいは価値をおいた点などを明示して検討する。そして、これらをとおして看護師の反省的实践を開示し相互に検討する機会を設けることを提言したい。同様に、看護学教育においては、看護技術や看護援助論の講義、演習の場において、看護学生が既存の教授内容を受身で受け取るのではなく、より効果的な援助のあり方について自身で創造的に探求すること、学生自身の考えを明確にし、自律的とはどのようにあることかを実質的に理解すること、そして現行看護援助の仕方にとらわれることなく自律的創造的に考察することに向けた学習の機会を多く設定する必要がある。臨床の看護学実習の場においては、現行の看護実践について看護師の自律性はどのようなものであるかを具体的状況の中で検討し、看護学生がより自律的な看護の役割について考察できるための関わりが、看護教員には求められると考える。また、看護学生が実習の場で行った看護実践について学生相互に批判的に検討し、看護の自律性発揮とはどのようにすることかを考察する機会を設けることも有用であると考え。そして、本結果における臨床的自律性発揮のための必要条件是、看護師の資質や特性として、看護実践を積む中で形成される看護師の中の価値観あるいは会得される能力ということができ、これらはある側面において育成することができる。そこで、看護学生の共感的了解や、弱く傷つきやすい患者に寄り添うことを可能にする感性を育む教育方法の開発、看護実践により会得される実践的知識の明確化、そして看護実践についての省察に関する理解を深める教育を強化していくことが望まれる。また、本研究が明らかにしたスタッフ看護師の臨床的自律性が発揮された自律的看護実践の事例をモデルとして提示することは、臨床的自律性についての看護学生の具体的理解を促し、自律的看護実践について考察できることに有用であると考え。

看護学研究への示唆として次のように考える。本研究は、患者と直接関わり合う看護実践において、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される現象について描写し、解釈的に記述した。看護の自律性の概念が含み持つ抽象性を打破し、より具体的に把握するためには、看護の自律性の構成概念について分析的に論証することも然ることながら、それらが統一的、全体的に示される現象それ自体に立ち返ることも必要であると思われる。本研究は、臨床的自律性発揮の現象に含まれる、可視的な実体としての看護師および患者の言動や振る舞い、ならびにそうした看護師の判断や意図に着目し、それらの関連性について探求した。これにより、臨床的自律性発揮のプロセス全体を明らかにすることが可能となっ

た。Schmalenberg と Kramer (2009) が、「autonomy という語ほど、より多くの誤解と混乱、そして概念の違いを生む語はない。」と述べるように、「自律性」の語はさまざまな意味で用いられており、さまざまに概念化されてきた。そして、現在でも看護学研究における自律性 autonomy 概念の混乱は続いている (Varjus, 2011)。本研究が、臨床的自律性発揮の具体的状況を明示したことにより、これをことばによって表現することが可能となり、患者との直接の関わり合いにおいて発揮される看護師の自律性について概念化することに貢献できたと考える。本研究のような現象それ自体に立ち返って行う実証的研究を重ねることにより、看護の真価を例証することが可能となり、そうした具体例をエビデンスとして蓄積することに貢献できると考える。そしてこうした実証的研究の蓄積により、臨床的自律性発揮の仕方について、ある特定領域における特有なあり方が明らかになるかもしれない。さらに、看護師の臨床的自律性発揮の具体的事例の蓄積により、看護における自律性概念の明確化が進むと考える。

III. 本研究の限界と今後の課題

看護師の臨床的自律性は、看護師の教育水準、看護管理者の支援、看護師－医師関係、同僚の看護実践能力、看護実践管理、人員配置、組織および病棟文化といった要因に影響を受けることが先行研究 (Kramer et al., 2005) から明らかにされている。本研究は、設置主体の異なる 2 病院のそれぞれ 2 病棟においてデータ収集を行った。そこでは、スタッフ看護師の自律的な行為に焦点を当て、臨床的自律性発揮の現象を探索的にとらえることに集中した。また、研究参加者のスタッフ看護師は、1 病棟 3 名程度で、1 名のスタッフ看護師への同行は、3 回程度であった。研究協力施設は、いずれも急性期診療を行っており、各 4 病棟の日勤時間帯はそれぞれに業務が繁雑なことから患者の安全が最優先され、研究者が同行した日のスタッフ看護師たちは、日常の看護業務を無事かつ速やかに遂行するのが精一杯という状況が多かった。こうした中で得られた今回のデータおよび結果は、希少なものと言わざるを得ない。それゆえ、設置主体の異なる 2 病院 4 病棟間において、スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方には違いがあるのか、またそれぞれの病院における医師－看護師関係や病院文化によって臨床的自律性発揮にはどのような影響があるのかといったことについて検討することは難しかった。今後、こうした医師－看護師関係のあり方、そして病院、病棟文化が、看護師の臨床的自律性の発揮にどのように関係しているのかといった観点からの探求が必要であると考ええる。

また、本研究の結果から、臨床的自律性を発揮する看護師が何かケアをしたいと思える、あるいはそのように看護師に思わせるような患者特性が存在すること、そして患者によって看護師の臨床的自律性が引き出されてくる、あるいは患者との相互作用によって臨床的自律性発揮が強化されることが示唆された。このことから、看護師の臨床的自律性発揮に関する患者側の要因として、看護ケアマインドを刺激する患者特性、看護師の潜在力を引

き出すような患者特性とはどのようなものか、また患者と看護師との組み合わせにより臨床的自律性発揮は促進されるのかといった観点からの探求が必要と考える。

そして、本研究の結果から、看護師の臨床的自律性発揮の際には、予め計画された意図とその時その場で生じる意図があることが明らかになった。このことから、患者ケアにおける看護師の意図については、予め意図される事柄およびその都度その場で意図される事柄にはどのようなものがあるのか、両者の関係性はどのようなものか、またそうした意図はどのような要因と関連して生じるのかといった観点から探求していく必要がある。

スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の現象が、本研究によって具体的に示され、その関連要因について提示することができた。Kramer 他 (2008b) によれば、臨床的自律性は変動するものであり、それは時間とともに変化するとされる。彼女らのインタビューにおいて、経験豊かな看護師は、「1980 年代には、患者に禁忌徴候が示された薬を与えることを拒否することは、英雄的行為でした。1990 年代になると、それは **clinical autonomy** の事例となりました。今日では、それは標準的な実践です。」(p.3) と語っている。現代日本におけるスタッフ看護師の臨床的自律性は、今明らかにされたばかりである。時代によって変化するとされる看護師の臨床的自律性が、今後もさらに継続的に明確化されていく必要があると考える。そして近い将来において、日本における看護師の臨床的自律性が、他国におけるそれと同等もしくはより先進的となることが期待される。

第5章 結論

本研究は、スタッフ看護師の臨床的自律性 clinical autonomy がどのように発揮されるのか、その結果患者にどのような影響がもたらされたのか、そして、スタッフ看護師の臨床的自律性には、どのような要因が関連しているのかということについて探求してきた。

本研究では、患者との関わり合いにおいて、スタッフ看護師の臨床的自律性が発揮される場面を詳細に描写し、これを解釈的に記述した。ここでは、9名の看護師と10名の患者との関わり合いにおける18の自律的看護実践が記述された。これらの解釈的記述から次のようなスタッフ看護師の臨床的自律性の特徴および発揮の成果が導かれた。

1. スタッフ看護師の臨床的自律性は、「患者に予測される身体負荷を先読みし他職種間において主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する」、「患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする」、「患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける」、「そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する」というかたちで発揮されていた。

2. スタッフ看護師の自律的看護実践は、「患者に現存する苦痛症状や身体負荷の実質的軽減」、「患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避」、「患者の気分や身体および家族への安寧の提供」、「患者自身による健康管理の促進」、「患者ケア達成による看護師の満足感」、「看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性」という成果をもたらしていた。

3. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮に不可欠な必要条件として、「共感的了解により受け止める応答性」、「患者の言動の意味を的確にとらえる感性」、「看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき」、「看護実践の中の省察からの発想」、「特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力」、「患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性」、「患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方」が見出された。

4. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮を促進する要因として、「看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度」、「実践経験に裏付けられた看護の価値の確信」、「病棟入院患者全体の状況把握に基づく看護業務時間配分調整能力」、「患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢」、「患者との相互行為により強化された責任感」、「患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力」、「患者の意思決定を促すやり取りの仕方」が見出された。

これらの結果について考察し、次のような点が明らかになった。

5. 臨床的自律性とは、そこで要求されるケア行為の遂行に足りる判断に留まらず、看護師自身の視点や考えに基づいて洞察し、画一的な考え方にとらわれず多角的視座に立って患者の状況を判断し、必要な処置について看護師自身が決定することである。こうした臨床的自律性の発揮は、看護師が意図的意欲的に思考を巡らせていることによって可能となり、そこには、よりよい看護を実践したい、あるいはこの患者に何かケアをしたいという看護師の強い内的動機が存在していると考えられる。従って本結果は、臨床的自律性という用語の暫定的定義をエビデンスにより実証した。

6. スタッフ看護師の臨床的自律性は、看護師自らの意思決定に基づいて発揮されるのであるが、そこには、患者との関わり合いの中で看護師の内面が動かされ、その持てる力が呼び起こされるという相互作用があり、この作用因があつてこそ可能になる。

7. 臨床的自律性発揮を決定づける看護師の判断は、患者にとって最良のケアが行われることを意図し、自分の行動を結果も含めて看護師自身で説明できる必要がある。看護師の価値観や内的基準は病棟文化の中で形成されていくが、看護実践に内在する価値に気づいている看護師は、自らが向かうべき先を見据えることができると考えられ、それゆえ他者からの影響に揺れることなく、慣習的な行為に流されることに対しても反省的になれる。そうして、そこで行われている標準的な看護実践を超える実践に挑むことができ、ときには病院の決まり事からはずれる行為に及ぶことも辞さないのだと考えられる。

8. 看護師は、医師の指示を受ける際患者の目的を共有するが、医師には予測し得ない患者の日常生活の些細な行為それ自体に着目して判断し、臨床的自律性が発揮される。また看護師が患者にとって必要と判断して臨床的自律性が発揮され、結果としてそれが医行為の実施と同等となる場合がある。看護師は、医師と対等な立場において協同することが本来のあり方と考える。

9. 看護師の臨床的自律性発揮は、よい看護と共通し、よい看護には看護師の臨床的自律性が発揮される可能性が高い。また看護師の臨床的自律性発揮は、専門職の特徴的要素であるとともに、倫理的行為の実践である。そしてそこには、**expertise**が必要とされる。本結果における **expertise** とは、健康障害など特定の患者集団を対象とする領域において看護実践を展開する中から、そうした患者に特有な療養特性として把握し、これに基づく患者状況についての予測や対処を重ねることにより会得してきた判断能力であり、特定領域の看護実践に特徴的にみられる実践能力である。

10. 本研究の結果は、現代医療の中で看護師が自身の考えで看護実践することの重要性を訴え、最良の患者ケアを目指し続けることを喚起し、病棟文化の影響に支配され慣習的行為に甘んじることへの反省を促すことができると考える。看護学教育においては、看護学生がより効果的な援助のあり方について自身で創造的に探求し、自律的とはどのようにあることかを実質的に理解し、そして現行看護援助の仕方にとらわれることなく自律的創造的に考察する必要がある。看護学研究においては、本研究のような現象それ自体に立ち返り行う実証的研究の蓄積により、ある特定領域における臨床的自律性の発揮としてその特有なあり方が明らかになるかもしれない。さらに、看護師の臨床的自律性発揮の具体的事例の蓄積により、看護における自律性概念の明確化が進むと考える。

11. スタッフ看護師の臨床的自律性の発揮には、病院の設置主体、それぞれの病院における医師－看護師関係、および病院、病棟文化の違いによってどのような影響があるのか、また、看護師の臨床的自律性発揮に関する患者側の要因や看護師の潜在力を引き出すような患者特性があるのか、そして、臨床的自律性発揮における看護師の意図にはどのようなものがあるのかといった観点からの探求が必要であり、時代によって変化するとされる看護師の臨床的自律性が今後もさらに継続的に明確化されていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた病院、研究参加者のスタッフ看護師、研究協力者の病棟看護師、病棟看護師長、病院看護部長の皆さまには、研究の趣旨を十分ご理解いただき、私を暖かく受け入れてくださり、また、貴重なお話をたくさんお教えてくださいました。研究の目的以上に多くのことを学ばせていただきました。

本研究協力病院にご入院の患者様とそこご家族の皆さまには、病気療養中にもかかわらず、研究の趣旨をご理解の上、私を暖かく受け入れてくださり、また、貴重なお話をたくさんお教えてくださいました。研究の目的以上に多くのことを学ばせていただきました。

神戸市看護大学大学院グレッグ美鈴教授には、本研究全般にわたりご指導をいただき、時には厳しいご指摘により私を奮起させてくださり、また時には折れそうになる私を心強く支えてくださいました。

日本赤十字看護大学長高田早苗教授には、本研究全般にわたりご指導をいただき、聡明なお導きと鋭いご示唆により、私の狭い視野と稚拙な思考に方向をお与えくださいました。

神戸市看護大学大学院安藤幸子教授には、本研究論文の審査において鋭いご指摘により私の思慮の浅さに気づかせてくださる一方で、研究者としての学問探求における真摯な姿勢をお示しいただき、多くのことを学ばせていただきました。

神戸市看護大学大学院博士後期課程修了生および在学生の皆さまには、研究活動が続ける中でさまざまにお力添えいただき、またデータ解釈の過程では鋭いご指摘、ご助言をいただきました。

最後に、友人と家族には、この長きにわたる研究活動全般を通じて、私を暖かく見守り、支えていただきました。

ここに記して、心より感謝いたし、厚く御礼申し上げます。

文献

- Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A. et al. (1961)／千野静香訳 (1973). 患者中心の看護, 医学書院.
- Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- 栗生田友子・佐藤啓子・小池洋子他 (2004), リハビリテーション看護領域で働く看護師の専門性の意識、看護職としての自律性と職務満足・仕事の継続意思との関連, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 16, 200-202.
- 有田清子・今井宏美・榎本麻里他 (2010), *系統看護学講座専門分野 I－基礎看護学技術 I*. 医学書院.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1989)／永安幸正・立木教夫監訳 (1997), *生命医学倫理*. 成文堂.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82, 402-407.
- Bjork, I.T., Samdal, G.b., Hansen, B.S. et al. (2007), Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 747-757.
- Blanchfield, K.C., & Biordi, D.L. (1996). Power in Practice: A Study of Nursing Authority and Autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-49.
- Blegen, M.A., Goode, C., Johnson, M. et al. (1993). Preferences for Decision-Making Autonomy. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
- Burns, S., & Bulman, C. (2000). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner* (2nd ed.). United Kingdom: Blackwell Science.
- Cajulis, C.B. & Fitzpatrick, J.J. (2007). Levels of autonomy of nurse practitioners in an acute care setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(10), 500-507.
- 千葉由美・岡本玲子 (2005), 急性期病院における看護師のケアマネジメントプロセスの質評価と自律性・職務満足度との関係, *日本在宅ケア学会誌*, 9(2), 56-67.
- Christman, L. (1965). Nurse-physician communications in the hospital. *Journal of American Medical Association*. 194(1), 539-544.
- Dempster, J. S. (1990/1995). *The Dempster Practice Behaviors Scale*. (2007. December. 19). [Description of form]. Retrieved from <http://gateway.tx.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>
- Dooly, D. & McCarthy, J. (2005)／坂川雅子訳 (2006), *看護倫理*. みすず書房.
- 江口裕美子・拜原優子 (2002), 看護師の専門職自律性の調査－専門職自律性に影響する要因の検討－, *日本看護学会論文集：看護管理* 33, 188-190.

- 江口裕美子・拜原優子・菊地京子 (2005), 手術室看護師の専門職自律性に影響する要因, *東邦大学看護研究会誌*, 2, 16-23.
- Emerson, R.M., Fretz, R.I., & Shaw, L.L. (1995)／佐藤郁哉・好井裕明・山田富秋訳 (1998), *方法としてのフィールドノート*. 新曜社.
- Faden, R.R. & Beaucamp, T.L. (1986)／酒井忠昭・秦洋一共訳 (1995), *インフォームド・コンセント—患者の選択*, みすず書房.
- Fagin, C.M. (1980)／数間恵子訳 (1986), 第2章合衆国における看護師不足—看護の視点 In L.H.Aiken (Ed.), 小林富美栄・野嶋佐由美・数間恵子他訳 *現代アメリカ看護 その危機と挑戦* 所収 (pp.27-51), 日本看護協会出版会.
- 堀川由夫 (2012), *持続胸腔ドレーン*. (2012. March 27). [Description of form]. Retrieved from <http://www.ne.jp/asahi/nishi-kobe/masui/drn/drn.htm>
- Fry, S.T. & Johnstone, M-J. (2002)／片田範子・山本あい子訳 (2006), *看護実践の倫理* 第2版, 日本看護協会出版会.
- 福島雅典総監修 (2012), *メルクマニユアル医学百科最新家庭版 憩室 128章 憩室の病気*. (2012.March.7). [Description of form]. Retrieved from <http://merckmanual.Jp/mmhe2j/sec09/ch128/ch128c.html>
- 福田美和子 (2007a), ICUにおける熟練看護師の看護実践の様相 (第1部): 心臓外科手術後の変化過程への対応場面に焦点を当てて. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 3(2), 83-92.
- 福田美和子 (2007b), ICUにおける熟練看護師の看護実践の様相 (第2部): 心臓外科手術後患者の人工呼吸器からのウィーニング場面に焦点を当てて. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 3(2), 93-101.
- 福村久美子・佐原淳美・井上敬子他 (2012), 小児病棟における患者誤認防止への取り組み. *日本看護学会論文集: 総合看護*, 42, 175-177.
- Fung-kam L. (1998). Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 355-363.
- Gadamer, H.G. (1960)／轡田收訳 (1986), (部分訳) *真理と方法 1—哲学的解釈学*の要綱. 法政大学出版局.
- Gadamer, H.G. (1960)／轡田收・巻田悦郎訳 (2008), (部分訳) *真理と方法 2—哲学的解釈学*の要綱. 法政大学出版局.
- Gadamer, H.G. (1960). *The relevance of the beautiful and other essays*. Cambridge University Press.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967)／後藤隆・大出春江・水野節夫訳 (2005), *データ対話型理論の発見*, 新曜社.

- Goode, C.J. (2005). The science related to the work environment in acute care hospitals. *Communicating nursing research*, 38, 3-19.
- Gregg, M.F., & Magilvy, K. (2004). Values in clinical nursing practice and caring. *Japan Journal of Nursing Science*. (2004). 1, 11-18.
- Hanneman, S.K. (1996). Advancing nursing practice with a unit-based clinical expert. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 28(4), 331-337.
- 原田雅子 (2011), 熟練看護師のやりがい獲得の過程に潜在する実践知の可視化. *日本看護科学会誌*, 31(2), 69-78.
- Hardy, S., Garbett, R., & Titchen, A., et al. (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry*, 9(3), 196-202.
- Henderson, V. (1969)／湯槇ます・小玉香津子訳 (1976). 改定版・看護の基本となるもの. 日本看護協会出版会.
- 本田勝久・高木亜希子 (2008), 研究デザインの方法：量的アプローチと質的アプローチ. (2012.Augst.7). [Description of form]. Retrieved from http://www.urano-ken.com/research/seminar/2008/seminar_honda_and_takagi.pdf
- 本田沙織・今村仁美・杉森万記他 (2012), 術後早期離床の実施状況および不安と看護師の自律性との関連, 第42回日本看護学会論文集：成人看護 I, 38-40.
- 井辺ひとみ・赤眞絵美・西岡陽子 (2004), 卒後3年間の看護専門職としての自律性, 日本看護学会論文集：看護管理 35, 48-50.
- 稲葉佳江 (1997a), 看護婦の法的地位と専門職性の検討 (第1部)－療養上の世話に関する医療過誤判例からの分析, *看護展望*, 22(5), 610-619.
- 稲葉佳江 (1997b), 看護婦の法的地位と専門職性の検討 (第2部)－療養上の世話に関する医療過誤判例からの分析(2), *看護展望*, 22(6), 723-732.
- 稲葉佳江 (1997c), 看護婦の法的地位と専門職性の検討 (第3部)－専門職としての法的地位と課題に関する一考察, *看護展望*, 22(7), 820-825.
- 石井トク・野口恭子 (2007), *看護の倫理資料集* 第2版, 丸善株式会社.
- 岩本幹子・清水実重 (2001), The Nursing Activity Scale の信頼性・妥当性の検討. *看護総合科学研究会誌*, 3(3), 29-37.
- Jaycox, E. (1980)／小玉香津子訳 (1986), 第5章 病院看護における役割再構成. 小林富美栄・野嶋佐由美・数間恵子他訳, *現代アメリカ看護 その危機と挑戦* 所収 (pp.101-133) 日本看護協会出版会.
- 陣田泰子 (2008), 看護の価値を看護職自身が理解する[病院の取り組み]－看護の価値に気づき、行動する. *看護*, 2001-1, 48-49.
- 香春知永 (1990), 看護教育プログラムの評価－日本における研究事例, *看護研究*, 23(1), 77-88.

- 亀井彩加・大竹まり子・赤間明子他 (2010), 診療所看護職の看護活動と自律性—東北地方 A 県における都市部とへき地の比較—, *北日本看護学会誌*, 13(1), 61-68.
- 看護問題研究会 (2004), 厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書, 日本看護協会出版会.
- 看護師の復職ガイド (2010), 診療報酬改定で導入された 7 対 1 配置基準のメリットとデメリット. (2010.March.5.) [Online forum comment]. Retrieved from <http://www.gozenyama-vill.jp/nurse/inpatient.html>
- 金井泉原著・金井正光編著 (2006), 臨床検査法提要改訂第 32 版. 金原出版.
- 神田郁子・林千冬 (2004), 看護職の副院長の役割の実態に関する調査研究. *日本看護管理学会年次大会講演抄録集*, 8, 190-191.
- 勝原裕美子 (1999), 日本の看護婦・士の professionhood を構成する要素, *日本看護科学学会誌*, 19(1), 42-48.
- Katzman, E.M. (1989). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nursing Authority. *Journal of Professional Nursing*, 5(4), 208-214.
- 川島みどり (2000), 歩きつづけて看護, 医学書院.
- 川島みどり (2012), 私はこう考える—看護は何をする人なのか—いま一度看護の専門性から. (p.42-44) 緊急特別構成: どう考える?! 看護師特定能力認証制度 所収. *看護実践の科学*, 37(1), 39-53.
- 菊池昭江・原田唯司 (1997), 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究, *静岡大学教育学部報告 (人文・社会科学篇)* 第 47 号, 241-254.
- 菊地芳子・土田幸子 (1993). 臨床看護総論構築における PPC 理念の導入. *岩手女子看護短期大学紀要*, (1), 61-68.
- Kim, H.S. (2000) / 上鶴重美監訳 (2003), 看護学における理論思考の本質. 日本看護協会出版会
- King, L., & Appleton, J.V. (1997). Intuition: a critical review of the research and rhetoric. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 194-202.
- 木下康仁 (2003), グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い, 弘文堂.
- 小林誠一郎・高崎健・浜野恭一他 (1997), 各種消化管手術に対する腸管吻合器の使用経験. *日本消化器外科学会雑誌*, 10(9), 686-690.
- 厚生労働省 (2012), 資料 2: チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループによる医行為分類 (案) について, (2012.September.20). [Description of form]. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002i332.html>
- 古河節子 (2011), 「看護師の自律性」の構成概念—専門看護師への面接調査から—, *Journal of Japan Academy of Health Science*, 14(2), 89-98.

- 小松浩子 (2012), 私はこう考える－「看護師特定認証制度骨子案」に対する考え－日本看護系学会協議会役員の立場から.(p.45-47). 緊急特別構成：どう考える？！看護師特定能力認証制度 所収. 看護実践の科学, 37(1), 39-53.
- 小西恵美子 (2012), 看護倫理－よい看護・よい看護師への道しるべ. 南江堂
- 越田美穂子・片山陽子・大西美智恵 (2008), 看護師への外部講師による継続した研究指導が自己効力感と自律性に与える影響, 香川大学看護学雑誌, 12(1), 57-64.
- 小谷野康子 (2001), 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の検討－急性期病院の看護婦を対象にして－, 聖路加看護大学紀要, 27, 1-8.
- Kramer, M. & Hafner, L.P. (1989). Shared Values: Impact on Staff Nurse Job Satisfaction and Perceived Productivity. *Nursing Research*, 38(3), 172-177.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C.E. (2003). Magnet Hospital Staff Nurses Describe Clinical Autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13-19.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C.E. (2004a). Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *The Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 365-378.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C.E. (2004b). Essentials of Magnetic work environment – Part1. *Nursing*, 34(6), 50-54.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C.E. (2004c). Essentials of Magnetic work environment – Part2. *Nursing*, 34(7), 44-47.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C.E. (2005). Best Patient Care. A Historical Perspective on Magnet Hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 275-287.
- Kramer, M., Maguire, P., & Schmalenberg, C.E. (2006) Excellence Through Evidence: The What, When, and Where of Clinical Autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 36(10), 479-491.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C.E. et al. (2007) Excellence Through Evidence: Structures Enabling Clinical Autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 37(1), 41-52.
- Kramer, M., Schmalenberg, C.E., Maguire, P. et al. (2008a). Structures and Practices Enabling Staff Nurses to Control Their Practice. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), 539-559.
- Kramer, M., Schmalenberg, C.E. (2008b). The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals : 20000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nursing*, (28), 6, 58-71.
- 工藤二郎・小田日出子・窪田恵子他 (2008). 看護のアイデンティティ、その 8 : 新人看護師の看護資質の価値観は学生に比して年長の看護師の価値観に類似する。西南女学院大学紀要, 12, 1-7.

- 工藤二郎・小田日出子・窪田恵子他 (2008). 看護のアイデンティティ：看護学生は看護職をどのようにとらえているか. *西南女学院大学紀要*, 5, 1-8.
- Kuhse, H. (1997)／竹内徹・村上弥生訳 (2001), ケアリング—看護婦・女性・倫理, メディカ出版
- Kurtines, W.M. (1978). A Measure of Autonomy. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 253-257.
- Mackay, R.C., Hughes, J.R., & Carver, E.J. (1990／川野,1991). 共感的理解と看護. 医学書院
- McCutcheon, H.H., & Pincombe, J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 342-348.
- 前沢恵美子 (2006), 看護職員の自律性に関与する要因を探る—基本的属性・役割・目標関連等との関係—, *新潟市民病院医誌*, 27(1), 15-22.
- 松島照彦 (2012), クリティカルパスとは. (2012.March.1.) [Online forum comment]. Retrieved from <http://www.tsukuba-kinen.or.jp/column/timely/030501.html>
- Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience - Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945a)／竹内芳郎・小木貞孝訳 (1967), 知覚の現象学 1. みすず書房.
- Merleau-Ponty, M. (1945b)／竹内芳郎・木田元・宮本忠雄訳 (1974), 知覚の現象学 2. みすず書房.
- 美馬達哉 (2012), リスク化される身体—現代医学と統治のテクノロジー. 青土社.
- 南裕子 (2000), A. 看護の質向上に向けての日本看護協会の役割—スペシャリスト制度の発展に向けて, 草刈淳子・見藤隆子・小玉香津子編, *2000年に、看護を語る—急いでしかし着実に責務を果たす時が来た* 所収, pp96-105.
- 望月由紀 (2009), 日本の看護研究における共感概念についての検討. *千葉大学看護学部紀要*, 29, 1-8.
- 本山公子・冷川照子・梶原志穂美他 (2005), 患者参画型看護計画と看護師の自律性との関連性の検討—基準作成前後の評価を通して—, *日本看護学会論文集：看護管理*, 36, 368-370.
- 村田尚恵 (2012), 日常の看護実践で遭遇する倫理的問題に対する看護師の行動の背景にある思い. *日本看護倫理学会誌*, 4(1), 9-14.
- MyMed 医療電子教科書. (2012). (2012.Nobembere.18) [Online forum comment]. Retrieved from <http://www.mymed.jp/di/chu.html>
- 中川典子・林千冬 (2008), 看護師—医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件. *日本看護管理学会誌*, 12(1), 37-48.

- 中村美香・岩永喜久子 (2012), 看護職の自律性と職務満足との関連.
第42回日本看護学会論文集：看護管理, 409-412.
- 中野貴子・倉藤晶子・佐々木恵他 (2006), 腹腔鏡手術マニュアル導入の試みー安全・確実な手術を目指して. 日本手術医学会誌, 27(4), 330-331.
- 中野里美・坂下芳・坂下美幸他 (2006), 新人教育における指導内容の標準化.
日本手術医学会誌, 27(4), 344-346.
- 仲澤恵・井上弘美・吉成美津子他 (2001), O 院看護師の専門的自律性に関する研究ーパーソナリティシステム、社会システムとの関連ー, 日本看護学会論文集：看護管理 32, 35-37.
- Niedz, B.A. (1998). Correlates of hospitalized patients' perceptions of service quality. *Research in Nursing & Health*, 21,339-349.
- 日本医師会 (2007), 医療従事者のための医療安全対策マニュアル.
(2012.Nobember.10) [Description of form]. Retrieved from <http://www.med.or.jp/anzen/manual/menu.html>
- 日本看護協会 (2005), ICN 看護師の倫理綱領 (2005 年改訂版) . (2012.Nobember.26) [Description of form]. Retrieved from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/icncodejapanese2005.pdf>
- 日本看護協会 (2007a), 看護にかかわる主要な用語の解説ー概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈ー, 社団法人日本看護協会.
- 日本看護協会 (2008), ICN 看護師の倫理綱領(2005 年改訂版). (2012.Nobember.17) [Description of form]. Retrieved from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/icncodejapanese2005.pdf>
- 日本看護職副院長連絡協議会平成 18 年度役員. (2007), 看護職副院長の活動の現状ー看護職副院長の実態調査を通してー. 看護, 59 (6), 98-102.
- 日本看護協会 (2007b), 看護者の基本的責務, 日本看護協会出版会.
- 日本訪問看護振興財団 (1994), 財団の概要. (2012.Nobember.23) [Description of form]. Retrieved from <http://www.jvnf.or.jp/gaiyo/syusi.html>
- 西田文子・中村美知子 (2002), 手術室看護師の道徳的感性と自律性の特徴, 山梨医科大学紀要, 19, 79-84.
- 西村ユミ (1999), 遷延性植物状態患者の看護ケアの意味ー対話・解釈・記述による現象学的接近ー. 日本赤十字看護大学博士論文.
- 西分延代・寿見佳枝・小倉加代子他 (2011), 患者教育ー患者負担軽減を目指した導入期指導の工夫. 腎と透析, 71 巻別冊腹膜透析, 187-188.
- 新田真樹 (2007), キャリア・ステージからみた看護師の職務満足度と自律性の変化, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 32, 204-211.

- 荻野雅 (2001), 我が国の精神科病棟の文化に関する記述的研究: 3つの精神科病棟の参与観察を通して. *日本精神保健看護学会誌*, 10(1), 50-62.
- 小野美喜・小西恵美子 (2009), 臨床看護師が認識する「よい看護師」の記述. *日本看護学教育学会誌*, 18(3), 25-33.
- 大島千佳 (2000), 看護職の専門職自律性に影響を及ぼす要因: キャリア形成過程からの検討, *神奈川県立看護大学校看護教育研究集録*, 25, 322-329.
- 大谷美和子 (2007), 看護職副院長に求められる資質—リーダーとはどうあるべきか—, *看護展望*, 32(5), 32-36.
- Pankratz, L. & Pankratz, D. (1974). Nursing Autonomy and Patient's Rights: Development of a Nursing Attitude Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 211-216.
- Papathanassoglo, E.D.E., Tseroni, M., Karydaki, A. et al. (2005) Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 154-164.
- Pence, G.E. (2000)／宮坂道夫・長岡成夫訳 (2000), *医療倫理 1*, みすず書房.
- Pfetscher, S.A. (2002)／薄井坦子訳 (2004). フロレンス・ナイチンゲール 近代看護 In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (Ed.), 都留伸子監訳 (2004), *看護理論家とその業績* 所収 (pp.69-89), 医学書院.
- Pillar, B. & Jarjoura, D. (1999). Assessing the impact of reengineering on nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 29(5), 57-64.
- Porter-O'Grady, T. (2001). Worker Autonomy: The Foundation of Shared Governance. *The Journal of Nursing Administration*, 31(3), 100.
- 西條剛央 (2010), *看護研究で迷わないための超入門講座*, 医学書院
- 阪本由希子・木村眞子・晃昇とも子他 (2003), 手術看護マニュアルの作成の工夫とその評価. *日本手術医学会誌*, 24(1), 75-77.
- 崎美樹・野津直美 (2002), 離島中核病院における看護職の自律性と職務満足との関係, *日本看護学会論文集: 看護管理*, 33, 251-253.
- 佐藤啓子・栗生田友子・白土睦他 (2004), 専門病院で働く看護師の看護の専門性と看護職としての自律性および職務満足度との関連, *日本看護学会論文集: 看護管理* 35, 48-50.
- Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74-83.
- Schön, D. A. (1983). *Reflective practitioner: How professionals think in action*. Aldershot: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.
- Schön, D. A. (1983)／佐藤学・秋田喜代美訳 (2001), *専門家の知恵: 反省的実践家は行為しながら考える*. ゆみる出版.

- Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- 志自岐康子 (1995), 看護職の専門職的自律性: その意義と研究, *インターナショナル・ナーシング・レビュー*, 18(1), 23-28.
- 志自岐康子 (1998a), 看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析, *東京都立医療技術短期大学紀要*, 第 11 号, 75-82.
- 志自岐康子 (1998b), 看護婦の専門職性の構成概念—看護婦への面接調査から—, *東京都立保健科学大学誌*, 1(1), 45-48.
- 志自岐康子 (1999), 看護職の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院博士論文.
- 志自岐康子・松尾ミヨ子・習田明裕 (2006), *ナーシンググラフィカ 18—基礎看護技術*. メディカ出版
- 白鳥孝子 (2003), 日本の医療における《患者—看護師》関係の特性—ケアリングの視点から—, *日本大学大学院総合社会情報研究科紀要*, 4, 368-379.
- Ska°r, R. (2008). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2226–2234.
- Stewart, J., Stansfield, K., & Tapp, D. (2004). Clinical Nurses' Understanding of Autonomy. Accomplishing Patient Goals Through Interdependent Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 34(10), 443-450.
- 杉田久子 (2012), クリティカルケア実践における看護師の expertise の概念分析. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 8(3), 15-25.
- 杉谷藤子 (1995), 看護制度、苦闘の 50 年, *看護*, 47(15), 56-60.
- 杉谷藤子 (2001), 第 1 期から第 5 期のあゆみ, 日本看護協会編, *日本看護協会史・第 6 巻* 所収, pp2-25.
- 鈴木悦子 (2007), 自治体病院が目指す経営改善, *看護展望*, 32(5), 16-21.
- 田尾雅夫 (1997), 自律性の測定—看護婦の場合, *応用心理学研究*, 2, 1-10.
- 高久史麿・矢崎義雄監修 (2011), *治療薬マニュアル 2011*. 医学書院
- TAKANO HOSPITAL (2012). 大腸がんの進達度と部位による治療法の違い, (2012, May. 16) [Description of form]. Retrieved from <http://www.takano-hospital.jp/shikkan/index3.php?intKey=6>
- 高田早苗 (2012), 私はこう考える—進むべき看護の役割拡大の方向—大学教育・看護倫理の視点から.(p.47-48) 緊急特別構成: どう考える?! 看護師特定能力認証制度 所収. *看護実践の科学*, 37(1), 39-53.

- 高山一夫 (2000), 現代アメリカの医療産業複合体と病院. 経済論叢別冊, 調査と研究 (京都大学), 第 19 号, 12-29.
- 武弘道 (2007), いま、高まる看護職副院長への期待. *看護展望*, 32(5), 476-479.
- 丹山直人・隈本伸生・山口大輔・田中清美 (2005) 急性期特定・地域医療支援病院における看護師の人間関係と自律性の関連－職場環境と人材育成を考える－, *日本看護学会論文集：看護管理* 36, 208-210.
- 寺下謙三 (2002), インタビュー；『標準治療』は医療機関に何をもたらすのか.
(2013, March. 16) [Description of form]. Retrieved from terra.or.jp/kiji/hyo-jun-tiryo-banbu-2002-3/kiji.htm
- 時井聡 (2002), 専門職論再考, 淑徳大学社会学部研究叢書 16, 学文社.
- 友澤永子 (2006), 看護師の臨床経験年数と「自律性」・「職務意識・職場環境」の関係, *日本赤十字看護学会誌*, 6(1), 103-109.
- 巴山玉蓮・山澄直美・鶴田早苗 (2009), 組織における看護職者の意思決定に必要な要素の検討－病院の政策形成過程における看護職副院長の活動内容を通して－.
日本看護管理学会誌, 13 (2), 5-12.
- Tranmer J. (2005). Autonomy and Decision-Making in Nursing. In: Hall L.M. ed. *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett Publishers; pp.139-162.
- 辻ちえ・竹田千佐子・伊良部優子 (2004), 看護の専門職的自律性に関与する要因, *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 12, 27-38.
- 上田貴子・亀岡智美・舟島なをみ (2005), 病院に就業する看護師が展開する卓越した看護に関する研究. *看護教育学研究*, 14(1), 37-50.
- Upenieks, V.V. (2002). Assessing Differences in Job Satisfaction of Nurses in Magnet and Nonmagnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Upenieks, V.V. (2003). The Interrelationship of Organizational Characteristics of Magnet Hospitals, Nursing Leadership, and Nursing Job Satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Varjus, S.L., Leino-Kilip, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings – a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(1), 201-207.
- Wade, G.H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 310-318.
- Walker, D.D. (1980)／小玉香津子訳 (1986), 第 8 章 病院における看護ケアのコスト, 小林富美栄・野嶋佐由美・数間恵子他訳, *現代アメリカ看護 その危機と挑戦* 所収 (pp.173-187), 日本看護協会出版会.

- 渡辺みどり・奥野茂代 (2007), 介護老人保健施設看護職者の自律性と自己効力感, *日本看護福祉学会誌*, 12(2), 79-89.
- 渡辺佳夫 (2011), 尊厳死法制化の論争が明らかにしたことー筋萎縮性側索硬化症患者を中心に, *ホスピスケアと在宅ケア*, 19(1), 6-22.
- 八尋陽子 (2010), ターミナル期にあるがん患者の自己決定を支援する看護研究の概観と今後の研究課題ー対象文献を和文献に限定して, *日本がん看護学会誌*, 1, 69-74.
- 山川鈴加・村本恵・松澤千佳他 (2007). 輸血に関する医療事故防止ーICU マニュアルの改善と投与シミュレーションを試みて, *看護技術*, 53(6), 530-533.
- 山岸まなほ・國江慶子・青木雅子 (2012), 看護師と医師の協調における実践の実情と課題ー米国ナースプラクティショナーと日本のチームリーダー看護師へのインタビューよりー, *東京女子医科大学看護学会誌*, 7(1), 27-32.
- 吉田なよ子 (2007), 病院勤務の女性看護職の年令、経験年数、職業アイデンティティ、看護専門職自律性、バーンアウトの関連, *日本赤十字看護学会誌*, 7(1), 68-77.
- 吉野幸美 (2000), 看護職の専門職自律性に関する研究ー看護過程の実態との関連についてー, *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録*, 25, 307-314.
- Zander, K. (1999), *週刊医学界新聞*; クリティカル・パスーその導入へ向けて. (2012, March. 24) [Description of form]. Retrieved from http://www.igaku-shoin.co.jp/nwspapr/n1999dir/n2332dir/n2332_01.htm
- Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007), A Meta-Analysis of Studies of Nurses' Job Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458.

表1. スタッフ看護師の属性

スタッフ看護師 (仮名)	年齢・性別	看護師経験	リーダー歴
金田氏	20歳代 女性	6年	3年
藤田氏	30歳代 女性	6年	3年
沖氏	20歳代 女性	5年	2年
島内氏	20歳代 女性	5年	2年
町村氏	20歳代 男性	7年	5年
山口氏	30歳代 女性	10年	7年
藤井氏	30歳代 女性	12年	9年
植村氏	30歳代 女性	18年	10年
美木氏	30歳代 女性	17年	10年

表2. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方

スタッフ看護師 －患者 (仮名)	解釈から抽出した自律的看護実践	スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の仕方
金田－中井 その2	循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整	患者に起こり得る身体負荷を先読みして他職種の間で主導権を取り、医師の指示の実施方法を決定する
藤田－坂木	活動耐性低下患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し	
沖－佐藤	肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整	
沖－佐藤	症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整	
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	
町村－押田	胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り	患者の個性を好意的にとらえて積極的に関わりその苦痛を見て取り、医師の指示の先取りまたは治療計画への提言をする
町村－押田	怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方先取りした湿布薬貼付の勧め	
山口－石川	回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示の先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤と薬方法変更の意思決定と医師への提言	
町村－押田	電解質異常を見て取った現行点滴指示内容の補正を促すための医師への再確認	患者の気持ちがわかりそこに寄り添って、病院の決まり事からはずれる責任を引き受ける
山口－石川	ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言	
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	
美木－浦上	終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止	そのケア行為に自負があり結果を確かめたく、通常のやり方にとらわれず自分で実施する
金田－中井 その2	気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の汚れと洗髪実施の意思決定	
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	

表3. スタッフ看護師の臨床的自律性の成果

スタッフ看護師－患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	もたらしたもの	スタッフ看護師の臨床的自律性がもたらした成果
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	<u>患者の搔痒感の早期緩和</u> と怒りの平静化、そして患者－看護師関係の効果的発展の可能性	患者に現存する苦痛症状や身体負荷の実質的軽減
藤田－坂木	活動耐性低下患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し	患者への爽快感と笑顔の提供および心負荷の軽減、そして看護師の満足感と患者との関係性発展の可能性	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出せたことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	<u>鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和</u> と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
町村－押田	怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方为先取りした湿布薬貼付の勧め	患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
山口－石川	ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言	患者の疼痛緩和および自己管理の促進と規制解除による安堵感	
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	患者の発熱による苦痛と家族の心配の軽減、そして自己管理への示唆	
金田－中井 その2	循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整	<u>ICD植込み術後の安全の早期確保</u> と看護師の自信への裏づけ	患者に予測される苦痛症状や身体負荷の確実な回避
沖－佐藤	肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整	重症肝障害患者への危険回避による安全・安楽の確保	
町村－押田	胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り	患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
町村－押田	電解質異常を見て取った現行点滴指示内容の補正を促すための医師への再確認	患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	<u>献立内容による患者の気分不快軽減</u> と好みの代替食を用意できる自由、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性	

註) それぞれの看護実践がもたらしたものは複数挙げられており、それらのうち成果として共通する部分に下線を引いた。

表3. スタッフ看護師の臨床的自律性の成果

スタッフ看護師－患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	もたらしたもの	成果
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	患者の搔痒感の早期緩和と怒りの平穏化、そして患者－看護師関係の効果的発展の可能性	患者の気分や身体および家族への安寧の提供
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の毛の汚れと洗髪実施の意思決定	患者への爽快感と笑顔の提供および心負荷の軽減、そして看護師の満足感と患者との関係性発展の可能性	
		患者への爽快感と笑顔の提供および心負荷の軽減、そして看護師の満足感と患者との関係性発展の可能性	
沖－佐藤	症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整	重症肝障害患者への危険回避による安全・安楽の確保	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
山口－石川	回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定	患者の疼痛緩和および自己管理の促進と規制解除による安堵感	
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	患者の発熱による苦痛と家族の心配の軽減、そして自己管理への示唆	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	献立内容による患者の気分不快軽減と好みの代替食を用意できる自由、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	患者自身による健康管理の促進
美木－浦上	終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止	患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	余儀なくされたストマ造設になんとか立ち向かうようになった患者、そして看護師の達成感と関係性発展への可能性	
山口－石川	回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定	患者の疼痛緩和および自己管理の促進と規制解除による安堵感	
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	患者の発熱による苦痛と家族の心配の軽減、そして自己管理への示唆	

表3. スタッフ看護師の臨床的自律性の成果

スタッフ看護師－患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	もたらしたもの	成果
金田－中井 その2	気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施	ICD植込み術後の安全の早期確保と看護師の自信への裏づけ	患者ケア達成による看護師の満足感
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の手入れと洗髪実施の意思決定	患者への爽快感と笑顔の提供および心負担の軽減、そして看護師の満足感と患者との関係性発展の可能性	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	余儀なくされたストマ造設になんとか立ち向かうようになった患者、そして看護師の達成感と関係性発展への可能性	
町村－押田	怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方を取引した湿布薬貼付の勧め	患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を取引した食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	献立内容による患者の気分不快軽減と好みの代替食を用意できる自由、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	患者の掻痒感の早期緩和と怒りの平静化、そして患者－看護師関係の効果的発展の可能性	看護実践の効果が導く看護師－患者関係深化発展の可能性
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の手入れと洗髪実施の意思決定	患者への爽快感と笑顔の提供および心負担の軽減、そして看護師の満足感と患者との関係性発展の可能性	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	鎮痛解熱剤効果の早期発現による患者の苦痛緩和と‘笑える時’の共有、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	余儀なくされたストマ造設になんとか立ち向かうようになった患者、そして看護師の達成感と関係性発展への可能性	
町村－押田	怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方を取引した湿布薬貼付の勧め	患者の苦痛回避と悪化防止および腰痛緩和、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を取引した食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	献立内容による患者の気分不快軽減と好みの代替食を用意できる自由、そして看護師の満足感および患者との関係性発展の可能性	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	患者の解放感と自分の要求を受け入れてもらえる体験、そして看護師の満足感と関係性発展の可能性	

表4. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の必要条件

スタッフ看護師－患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	自律的看護実践の特徴的要素	必要条件
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	患者の怒りの感情を共感的に受け止める真摯さ ＜展開契機＞	共感的了解により受け止める応答性
町村－押田	怒りっぽい患者の腰痛への医師の処方先取りした湿布薬貼付の勧め	患者のことばを聴き逃さない応答性 ＜展開契機＞	
山口－石川	回腸ストマ造設患者の術後循環動態管理のための蓄尿中止の意思決定	患者の思いや辛さを受け止めようとする応答性と了解的判断力 ＜展開契機＞	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	苦痛を訴える患者の思いを受け止め、それに応える応答性 ＜展開契機＞	
金田－中井 その2	気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施	患者の発言が示す意味への気がかり ＜展開契機＞	患者の言動の意味を的確にとらえる感性
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	患者の言動に引っ掛かりを持てるアンテナの高さ ＜展開契機＞	
美木－浦上	終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止	患者の発言に細やかに引っ掛けられる感性 ＜展開契機＞	
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪汚れと洗髪実施の意思決定	患者の清潔や身の回りの整頓についての看護師の中の譲れない看護ケアの基準 ＜展開契機＞	看護師の中の譲れない看護ケアの基準による気づき
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	看護実践の中の省察を活かせる判断力 ＜展開契機＞	看護実践の中の省察からの発想
金田－中井 その2	循環器診療科における専門的看護判断と看護師の信念に基づく目的的な検査実施時期の調整	循環器診療科における看護の専門的知識に基づく判断と患者の病状把握 ＜展開根拠＞	特定領域の看護実践により会得された患者の療養特性把握と判断能力
沖－佐藤	肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整	患者の病状理解に基づく肝性脳症症状悪化の経験的予測と継続的観察 ＜展開根拠＞	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	患者の発言の意味を的確にとらえられる応答性と看護独自の視点から医学的治療の効果性を考え併せる判断力 ＜展開根拠＞	
町村－押田	胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り	消化器診療科における看護および特定薬剤に関する専門的知識に裏付けられた判断力 ＜展開根拠＞	
山口－石川	ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言	消化器診療科における看護の専門的知識に裏付けられた観察と判断 ＜展開根拠＞	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	医療用具についての確かな専門的知識とそれを患者に適切に用いることができる技術力 ＜展開根拠＞	

表4. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の必要条件

スタッフ看護師－ 患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	自律的看護実践の特徴的要素	必要条件
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	非効果的保健行動への批判を超えたがん患者の病状とその苦悩への思い遣り ＜起動力＞	患者を思い遣るゆえの関わり合いへの志向性
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	核心から逸れずにきちんと話す関わりの姿勢 ＜起動力＞	
町村－押田	胃切除術後吻合部狭窄の悪化を見て取った絶飲食指示の先取り	気難しい患者に気遣い、その関係性を良好に保とうとする努力 ＜起動力＞	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	患者への関心と関わりへのコミットメント ＜起動力＞	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	看護師自身が関わりたいという思いと看護師その人のこだわり ＜起動力＞	
島内－今村	気難しいがん患者から症状の訴えを引き出したことによる鎮痛解熱剤与薬方法変更の意思決定と医師への提言	患者の非効果的保健行動（喫煙行動）に否定性を見せない態度で接する関わり、'関わりのスキル' ＜展開方法＞	患者の意向に丁寧に沿いながら進めるやり取りの仕方
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらずその気持ちの核心部分に踏み込もうとする意図的接近	患者の気持ちを確かめながら歩を進める慎重な関わり、'関わりのスキル' ＜展開方法＞	
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	相手が自分から話し出す聴き方、聴いていることが伝わる関わり、'関わりのスキル－その1' ＜展開方法＞	

表5. スタッフ看護師の臨床的自律性の促進要因

スタッフ看護師－患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	自律的看護実践の特徴的要素	促進要因
藤田－坂木	活動耐性低下患者の疲労を見て取った労作の少ない体位によるレントゲン撮影方法の技師への促し	患者との関わり合いの中でその時その場で発揮される看護師の判断力・実践力 ＜推進力：促進要因＞	看護実践の中で発動される看護師の機転と許容力、そして専門職的態度
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらず核心に踏み込もうとする意図的接近	患者との適切な距離の取り方、看護専門職としての姿勢 ＜推進力：促進要因＞	
山口－石川	ストマ造設患者の肛門痛に対する屯用鎮痛剤の応用的適用と退院時処方への鎮痛剤追加の提言	自立性や積極性、理知的という患者の特性を活かせる考察力 ＜推進力：促進要因＞	
美木－浦上	終日装着すべき医療用弾性ストッキングの苦痛緩和のための短時間休止	患者の気持ちがわかり、患者が喜ぶ方向に向けて提案する志向性 ＜推進力：促進要因＞	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	患者の反応をかわいいと思える許容力 ＜推進力：促進要因＞	
金田－中井その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	‘患者にとって良い’として実行に移せる看護師の中の自信 ＜推進力：促進要因＞	実践経験に裏付けられた看護の価値の確信
金田－中井その2	気にかかったことを他者に役割移譲せず自分の手による確実な実施	看護師自身が望んだ看護実践領域の場ではたらくこと、そこでの患者ケアが楽しいと思えること ＜推進力：促進要因＞	
沖－佐藤	症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整	‘患者にとってこうするほうがよい’と確信する看護ケアを実行に移すことを可能にする看護師の中の自信 ＜推進力：促進要因＞	
町村－森川	ストマ造設を余儀なくされた患者の辛い思いを傾聴するに留まらず核心に踏み込もうとする意図的接近	辛い思いの患者に一步踏み込んで関わることを可能にする看護師の中の自信 ＜推進力：促進要因＞	病棟入院患者全体の状況把握に基づく看護業務時間配分調整能力
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	業務の時間配分をコントロールできる全体見積もり力 ＜推進力：促進要因＞	
美木－浦上	自分の受け持ちではない患者への苦痛緩和を意図した足浴計画とその実施	病棟全体の患者状況判断と仕事全体の見積もり力 ＜推進力：促進要因＞	
藤田－坂木	循環器疾患患者の歩行に付き添う中でとらえた髪の毛の汚れと洗髪実施の意思決定	自分が行う看護ケアに責任を持ち、患者の言動に注意深く眼を向けその思いや意向を大切にする実践の仕方 ＜看護師の基本姿勢：促進要因＞	患者の意を酌みつつ細やかに配慮する責任ある実践姿勢
沖－佐藤	肝性脳症症状出現に備えた運動機能訓練実施場所の決定と理学療法士との調整	ケアマインドに溢れたプライマリイナースだからこそその患者への思い入れ ＜看護師の基本姿勢：促進要因＞	
植村－下谷	訴えの少ない患者の苦痛症状の積極的低減化に向けた解熱剤の予防的早期使用	はっきりとは言わない患者の意を酌む感性和親切心や思い遣りにより細やかに配慮することが身についている実践姿勢 ＜看護師の姿勢：促進要因＞	

表5. スタッフ看護師の臨床的自律性の促進要因

スタッフ看護師－ 患者（仮名）	解釈から抽出した自律的看護実践	自律的看護実践の特徴的要素	促進要因
金田－中井 その1	患者を再び待たせることを避けるための病院の決まり事から逸脱した病棟在庫薬使用	患者とのやり取りの中で駆り立てられた看護師としての責任感 ＜駆動力：促進要因＞	患者との相互行為により強化された責任感
沖－佐藤	症状未発現という判断によるアミノ酸代謝改善剤点滴の実施時期決定と医師との調整	看護師が有する他職種との調整能力および患者ケアの目標達成に向けた方策の意識化と即時的判断力 ＜駆動力：促進要因＞	患者ケア目標の意識化と他職種との臨機応変的調整能力
藤井－松沢	がんを患う気難しい患者に合わせた関わりによる医師の指示を先取りした食事箋変更と代替食持ち込みを勧める意思決定	患者自身が意思決定できることを促す看護師が主導権を握らない関わり、'関わりのスキル－その2' ＜展開方法：促進要因＞	患者の意思決定を促すやり取りの仕方

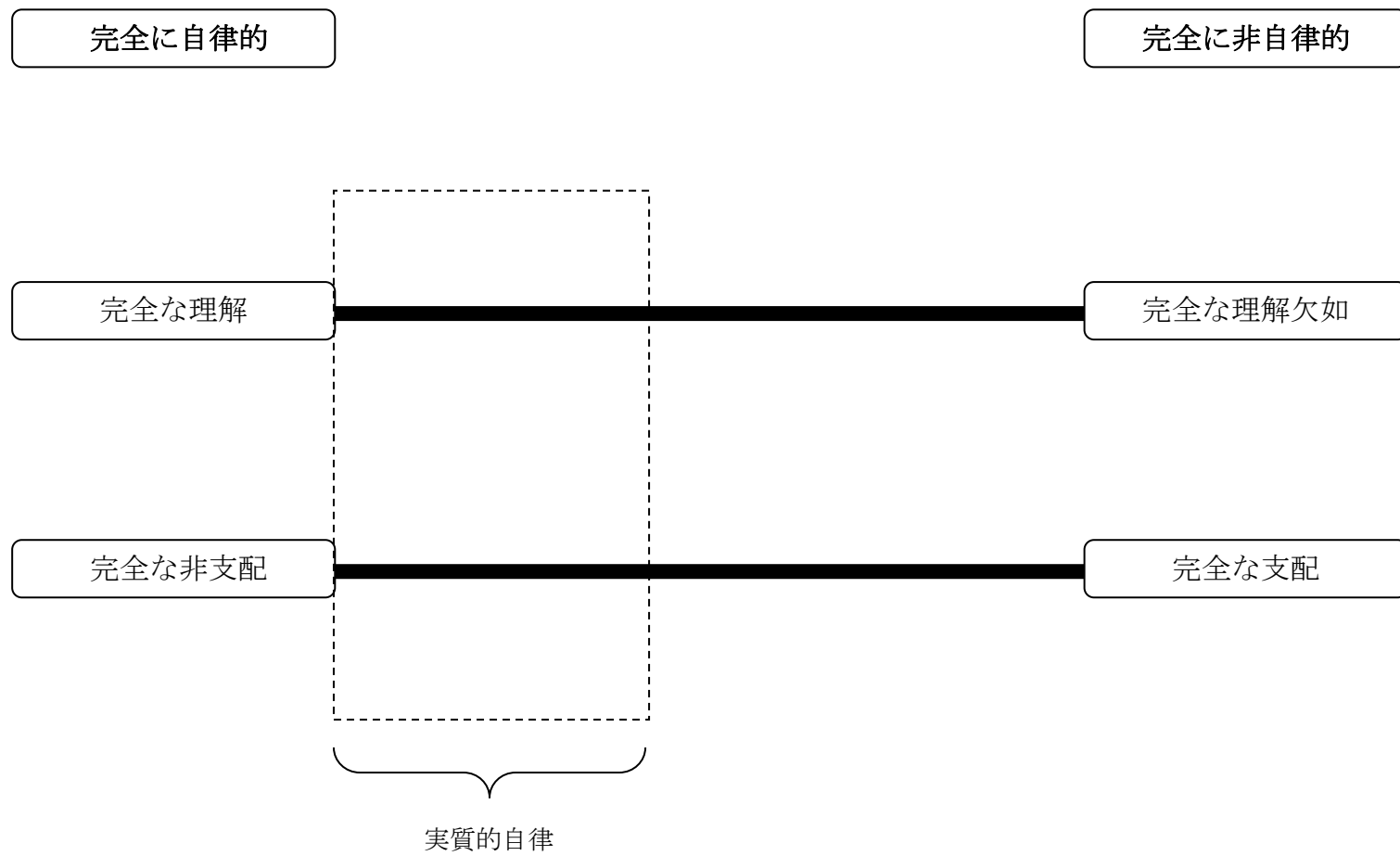


図 1. スタッフ看護師の臨床的自律性の程度 イメージ

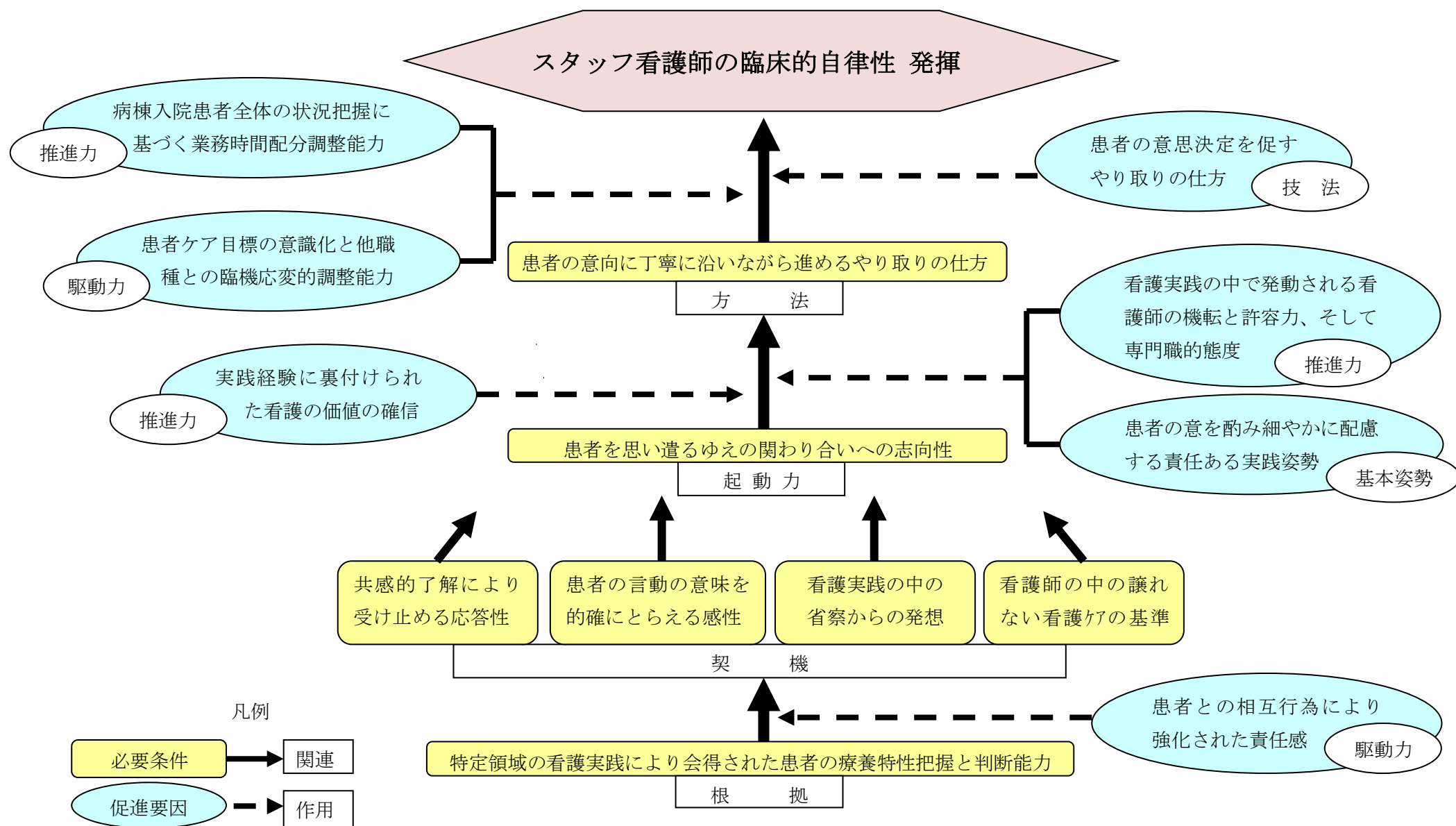


図 2. スタッフ看護師の臨床的自律性発揮の関連要因

〇〇病院△△△△看護部長様

2008 年 月 日

研究協力へのお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程 2 年に在学している古地順子（こちじゅんこ）と申します。現在、看護師の自律的臨床実践について学んでおります。看護師の自律的臨床実践は、人々の健康生活を支援する上で重要な役割を果たすものとして、今後ますます発展されなければなりません。

この研究におきましては、病院ではたらくスタッフ看護師の臨床実践のなかでも、特に看護師の自律的実践に着目し、看護師はいつ、どのような理由または判断で、どのように自律的に機能するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにすることを目的としております。このことにより、専門職看護として独自の機能を具体的に示し、病院看護の効果を明らかにすることができると考えております。

研究の主旨につきご理解を賜り、ぜひとも研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。研究の概要につきましては、別紙のとおりでございます。看護部長様には、貴院にて 2 病棟をフィールドとしてご協力を賜り、2 病棟それぞれの看護師長様をご紹介いただきたくお願い申し上げます。

本研究の趣旨および概要についての話をお聞きいただけるようでしたら、研究者より直接、2 病棟の看護師長様それぞれにご説明させていただきます。

また、貴院にて研究のご協力がいただける場合には、看護管理者として研究活動をさせていただく病棟の看護師長様 2 名と、看護部長様からもインタビューとしてお話を聞かせていただきたく、重ねてお願い申し上げます。

なお、研究参加をお願いする看護師および病棟看護師の皆様には、「自律性」ということばを用いることにより、意識的に活動なさるというバイアスを避けるため、研究参加についての説明には「看護師はいつ、どのような理由または判断で、どのように機能するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにする」という表現とさせていただきますことをご理解いただきたく、お願い申し上げます。

研究者連絡先：神戸市看護大学大学院博士後期課程看護実践哲学領域 2 年生

古地順子 携帯電話：0902-364-5924 E-mail：d0701@st.kobe-ccn.ac.jp

指導教員：神戸市看護大学大学院看護学研究科 基礎看護学領域基礎看護学分野

高田早苗 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

電話：078-794-8080（代表）

研究計画の概要

1. 研究テーマ

スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因
—参加観察による記述と解釈—

2. 研究の背景と意義

近年、人々の価値観は生活の質的向上に向かっており、医療に対する自己決定要求もこれまでになく高い水準を示している。また少子高齢化の進展や慢性疾患の増加、ノーマライゼーションなど、保健医療提供システムの見直しには実質的効果が要求されている。看護職には、高度医療に対応し専門分化された患者ケアを充実させるとともに、生活機能の維持・増進支援の側面に向けて、一層の専門性を発揮することが期待されている。

平成14年の厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」では、看護師が患者の療養生活支援の専門家であることが明示され、独占業務である「療養上の世話」は看護師が責任を持って判断すべきことが明確にされ、静脈注射も看護師の行う「診療の補助」業務に位置づけられた。また医師の包括的な指示のもとに患者の苦痛緩和支援を行うことや在宅ケアにおける訪問看護師の医師との連携の必要性が明確にされた。このような看護師の専門家としての位置づけと裁量権拡大は、看護師が自らの判断・行為およびその結果に対する責任を拡大し、これまで以上に高い自律性を発揮することへの社会からの期待ととらえることができる。

米国など英語圏の研究では、看護師の臨床的自律性は病院における患者ケアの質に決定的な影響を与えることが明らかにされており、さまざまな研究がすすんでいる。しかしながらわが国では、看護師の自律性に関する研究は十分とはいえない。そこで、本研究が試みるスタッフ看護師の自律的臨床実践の明確化およびその影響要因・促進要因の探求は実証的研究として、わが国における看護師の臨床的自律性の具体的側面を明らかにするために有効であると考ええる。

3. 研究目的

スタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床実践のなかで、いつ、どのような理由で、どのように自律性が発揮されるのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにする。そして、スタッフ看護師の臨床的自律性 **clinical autonomy** は、どのような要因に影響されるのかを探索的に探求する。

4. 研究方法

1) 研究期間

平成 20 年 6 月から、1 病棟において 2 ヶ月程度の期間とする。
(状況により延長する場合がある。)

2) データ収集方法

- ・ スタッフ看護師の看護活動への参加観察とインタビュー
- ・ 病棟看護チームの看護活動への参加観察
- ・ 看護管理者として、看護部長・病棟看護師長へのインタビュー

5. 参加観察とインタビューの具体的方法

1) 貴施設において 2 病棟をフィールドとさせていただく。

2) 研究協力をお願いする病棟

本研究は、スタッフ看護師の看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。そのため、研究者が病棟に入り込み、同行する看護師が関わり合う看護チームの活動を参加観察し、これを研究データとすることを、病棟看護チーム全体で同意がいただける病棟で研究活動を行う必要がある。

診療科特性は特に設定しないが、手術室、集中治療室、人工透析室など特殊ユニットではない入院病棟とする。

3) 研究参加をお願いするスタッフ看護師

1 病棟において 3～4 名の看護師に、研究参加者として看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。

研究参加者となっていただく看護師は、研究協力が得られた病棟でお願いできそうな方を研究者が探すか、または看護師長あるいは看護部長のご紹介に基づいてお願いする。

原則として経験年数 3～4 年以上の看護師をお願いする。

4) 参加観察の方法

研究参加者となっていただいたスタッフ看護師の日勤の日に終日同行させていただく。参加観察場面は、主として患者ケア、看護チームのカンファレンス、医療スタッフとの協働などとする。頻度は、週に 1 または 2 日程度とする。

具体的には、別紙＜研究参加をお願いする□□病棟の看護師の皆様への説明手順＞のとおり行う。

5) インタビューの方法

スタッフ看護師の勤務終了後、原則として当日に、その日に行われた患者ケアに関してその意図、判断、患者の反応に対する看護師の思いや考えを中心に、参加観察中にメモした質問事項を交えてお話を伺う。時間は、60分程度とする。

また、スタッフ看護師の管理者として、看護部長、病棟看護師長にもインタビューをさせていただく。この日時については、ご相談させていただく。

6) 倫理的配慮

本研究は、入院患者を収容する貴院において、患者ケアの責任を担う看護師および看護管理者を対象とするため、研究活動を実施するにあたり、以下のような倫理的配慮が必要である。なお本研究は、神戸市看護大学倫理審査委員会による審査を受け、承認を得て行う。このたび、貴院内倫理審査委員会の審査を受けさせていただき、承諾を得た後に研究活動を開始する。また、本研究実施に際して、神戸市看護大学および関係機関における個人情報保護に関する規定に基づき活動する。

(1) 不利益を被らない権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願いする看護師、入院患者様とそこそご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長は、いずれも研究への参加・不参加は自由であり、研究に参加・協力しない場合でも何も悪影響を及ぼさないことを保証する。また、研究参加または協力を同意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究参加者または協力者には何も不利益が生じないことを説明し、厳守する。

なお、研究参加者をお願いするスタッフ看護師は、その方が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、患者様との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

また、入院患者様とそこそご家族は、研究参加者の看護師が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、看護師との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

(2) 自己決定の権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願い

する看護師、入院患者様とそこそご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長には、いずれも文書により研究の趣旨ならびに依頼する研究協力の内容について文書により説明し、研究協力または参加をお願いする。その後、1～数日検討していただく時間を設ける。

研究協力をお願いする病棟の看護師には、研究参加者をお願いするスタッフ看護師の看護活動を参加観察するため、病棟における看護師同士のやり取りやカンファレンスなども参加観察の対象となること、そこでの病棟看護師の言動および影響をデータとさせていただくことについて説明する。また、病棟看護師全体に向けた説明の際に不在だった病棟看護師に向けて、新たに入院されてきた患者様とそこそご家族に向けて、別途説明の時間を設ける。

なお、研究に関して不明な点やご質問にはいつでもお答えする用意がある。

3) プライバシー、匿名性、機密性確保の権利の保証

研究者が研究活動において知り得た病棟看護師、患者様とそこそご家族、主治医や医療スタッフ、病棟看護師長、看護部長に関する情報の一切は、個人が特定されないために無記名とし、病院組織および看護部門については、施設名が特定されないために複数の施設に研究協力のお願いをする。

研究参加者のインタビュー、申し送りや病棟カンファレンス状況の録音は、必ず研究依頼の際に許可を得る。録音データ、フィールドワークにおけるメモ、文書データ、各種資料はすべて、個人や施設が特定されないため記載に関して記号化し、鍵のかかる場所に保管する。研究終了後はすべて復元不可能な状態に裁断または消去してから破棄する。

得られたデータを扱うコンピュータは、インターネット等の電子メディアと接続していないものを用いる。

研究結果は、学位論文として大学内において発表し、大学に提出する他、学会や学会誌その他の雑誌に発表するが、この際、個人および施設名が特定されないため個人情報の保護に万全を期すことを説明し、厳守する。

4) 情報公開の権利の保証

本研究の目的、方法、参加・協力の内容、研究者がお約束すること等について、文書に基づいて十分に説明する。研究に関する質問には、いつでもお答えする旨を伝える。研究中あるいは研究終了後、研究参加者が研究結果について知りたい場合はいつでも開示できること、患者様とそこそご家族から研究結果の開示の希望がある場合は「研究協力のお願い」に送付先をご記入いただき、研究終了後に送付可能であることを説明する。研究協力病棟の看護師には、病棟看護師長宛に研究結果を送付し、閲覧できるよう依頼する。

＜研究協力・参加をお願いする病棟の看護師の皆様への説明手順＞

1. 看護部長様より紹介された 2 病棟の看護師長様へ、病棟看護チームによる研究協力の依頼を文書（資料 4-1,2,3）に基づいて説明する。

2. 看護部長様、病棟看護師長様より、研究協力をお願いのために病棟看護師への説明の場を設定していただく。

3. それぞれの病棟の看護師全体に向けて文書（資料 5）に基づいて研究の説明をした後、研究者は席をはずし、看護チームとして研究協力の是非を検討していただく。その際、個々の看護師が自由に意見を述べられるよう配慮していただくことを病棟看護師長様にお願いする。

なお、明確な強い反対意見がある場合には研究実施を見合わせる可能性があることを予めご説明しておく。

また、研究説明の場に参加していない看護師については、病棟看護師長と相談し、周知の期間を設け、検討していただくことをお願いする。

4. 病棟の研究協力について病棟看護師全体の同意が得られた後、個々の看護師へ、個別の研究参加者となっていただけをお願いする。

個別の研究参加の仕方は、参加観察として研究者がその看護師の日勤の日に終日同行すること、勤務終了後に行われた患者ケアについて判断したことや意図したことなどに関するインタビューをさせていただくことについて、文書（資料 8-1,2.）に基づいて説明する。

5. 研究協力をお願いしている病棟看護師が、研究参加者の看護師の活動場面で関わり合う場合には、その場面が参加観察の対象となり、そこに登場する病棟看護師の言動および影響をデータとすることについて説明する。

2008 年 月 日

〇〇病院

△△△△病院長様

研究協力へのお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程 2 年に在学している古地順子（こちじゅんこ）と申します。現在、看護師の自律的臨床実践について学んでおります。看護師の自律的臨床実践は、人々の健康生活を支援する上で重要な役割を果たすものとして、今後ますます発展されなければなりません。

この研究におきましては、病院ではたらくスタッフ看護師の臨床実践のなかでも、特に看護師の自律的実践に着目し、看護師はいつ、どのような理由または判断で、どのように自律的に機能するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにすることを目的としております。このことにより、専門職看護として独自の機能を具体的に示し、病院看護の効果を明らかにすることができると考えております。

研究の主旨につきご理解を賜り、ぜひとも研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。研究の概要につきましては、別紙のとおりでございます。

研究者連絡先：神戸市看護大学大学院博士後期課程看護実践哲学領域 2 年生

古地順子 携帯電話：0902-364-5924 E-mail：d0701@st.kobe-ccn.ac.jp

指導教員：神戸市看護大学大学院看護学研究科 基礎看護学領域基礎看護学分野

高田早苗 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

電話：078-794-8080（代表）

研究計画の概要

1. 研究テーマ

スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因
—参加観察による記述と解釈—

2. 研究の背景と意義

近年、人々の価値観は生活の質的向上に向かっており、医療に対する自己決定要求もこれまでにない高い水準を示している。また少子高齢化の進展や慢性疾患の増加、ノーマライゼーションなど、保健医療提供システムの見直しには実質的効果が要求されている。看護職には、高度医療に対応し専門分化された患者ケアを充実させるとともに、生活機能の維持・増進支援の側面に向けて、一層の専門性を発揮することが期待されている。

平成14年の厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」では、看護師が患者の療養生活支援の専門家であることが明示され、独占業務である「療養上の世話」は看護師が責任を持って判断すべきことが明確にされ、静脈注射も看護師の行う「診療の補助」業務に位置づけられた。また医師の包括的な指示のもとに患者の苦痛緩和支援を行うことや在宅ケアにおける訪問看護師の医師との連携の必要性が明確にされた。このような看護師の専門家としての位置づけと裁量権拡大は、看護師が自らの判断・行為およびその結果に対する責任を拡大し、これまで以上に高い自律性を発揮することへの社会からの期待ととらえることができる。

米国など英語圏の研究では、看護師の臨床的自律性は病院における患者ケアの質に決定的な影響を与えることが明らかにされており、さまざまな研究がすすんでいる。しかしながらわが国では、看護師の自律性に関する研究は十分とはいえない。そこで、本研究が試みるスタッフ看護師の自律的臨床実践の明確化およびその影響要因・促進要因の探求は実証的研究として、わが国における看護師の臨床的自律性の具体的側面を明らかにするために有効であると考えられる。

3. 研究目的

スタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床実践のなかで、いつ、どのような理由で、どのように自律性が発揮されるのか、その結果患者ケアの効果はどのようなものであったかを明らかにする。そして、スタッフ看護師の臨床的自律性 **clinical autonomy** は、どのような要因に影響されるのかを探索的に探求する。

4. 研究方法

1) 研究期間

平成 20 年 6 月から、1 病棟において 2 ヶ月程度の期間とする。
(状況により延長する場合がある。)

2) データ収集方法

- ・ スタッフ看護師の看護活動への参加観察とインタビュー
- ・ 病棟看護チームの看護活動への参加観察
- ・ 看護管理者として、看護部長・病棟看護師長へのインタビュー

5. 参加観察とインタビューの具体的方法

1) 貴施設において 2 病棟をフィールドとさせていただく。

2) 研究協力をお願いする病棟

本研究は、スタッフ看護師の看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。そのため、研究者が病棟に入り込み、同行する看護師が関わり合う看護チームの活動を参加観察し、これを研究データとすることを、病棟看護チーム全体で同意がいただける病棟で研究活動を行う必要がある。

診療科特性は特に設定しないが、手術室、集中治療室、人工透析室など特殊ユニットではない入院病棟とする。

3) 研究参加をお願いするスタッフ看護師

1 病棟において 3～4 名の看護師に、研究参加者として看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。

研究参加者となっていただく看護師は、研究協力が得られた病棟でお願いできそうな方を研究者が探すか、または看護師長あるいは看護部長のご紹介に基づいてお願いする。

原則として経験年数 3～4 年以上の看護師をお願いする。

4) 参加観察の方法

研究参加者となっていただいたスタッフ看護師の日勤の日に終日同行させていただく。参加観察場面は、主として患者ケア、看護チームのカンファレンス、医療スタッフとの協働などとする。頻度は、週に 1 または 2 日程度とする。

5) インタビューの方法

スタッフ看護師の勤務終了後、原則として当日に、その日に行われた患者ケアに関してその意図、判断、患者の反応に対する看護師の思いや考えを中心に、参加観察中にメモした質問事項を交えてお話を伺う。時間は、60分程度とする。

また、スタッフ看護師の管理者として、看護部長、病棟看護師長にもインタビューをさせていただく。この日時については、ご相談させていただく。

6) 倫理的配慮

本研究は、入院患者を収容する貴院において、患者ケアの責任を担う看護師および看護管理者を対象とするため、研究活動を実施するにあたり、以下のような倫理的配慮が必要である。なお本研究は、神戸市看護大学倫理審査委員会による審査を受け、承認を得て行う。このたび、貴院内倫理審査委員会の審査を受けさせていただき、承諾を得た後に研究活動を開始する。また、本研究実施に際して、神戸市看護大学および関係機関における個人情報保護に関する規定に基づき活動する。

(1) 不利益を被らない権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願いする看護師、入院患者様とそこそご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長は、いずれも研究への参加・不参加は自由であり、研究に参加・協力しない場合でも何も悪影響を及ぼさないことを保証する。また、研究参加または協力を同意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究参加者または協力者には何も不利益が生じないことを説明し、厳守する。

なお、研究参加者をお願いするスタッフ看護師は、その方が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、患者様との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

また、入院患者様とそこそご家族は、研究参加者の看護師が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、看護師との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

(2) 自己決定の権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願い

する看護師、入院患者様とそのご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長には、いずれも文書により研究の趣旨ならびに依頼する研究協力の内容について文書により説明し、研究協力または参加をお願いする。その後、1～数日検討していただく時間を設ける。

研究協力をお願いする病棟の看護師には、研究参加者をお願いするスタッフ看護師の看護活動を参加観察するため、病棟における看護師同士のやり取りやカンファレンスなども参加観察の対象となること、そこでの病棟看護師の言動および影響をデータとさせていただくことについて説明する。また、病棟看護師全体に向けた説明の際に不在だった病棟看護師に向けて、新たに入院されてきた患者様とそのご家族に向けて、別途説明の時間を設ける。

なお、研究に関して不明な点やご質問にはいつでもお答えする用意がある。

3) プライバシー、匿名性、機密性確保の権利の保証

研究者が研究活動において知り得た病棟看護師、患者様とそのご家族、主治医や医療スタッフ、病棟看護師長、看護部長に関する情報の一切は、個人が特定されないために無記名とし、病院組織および看護部門については、施設名が特定されないために複数の施設に研究協力のお願いをする。

研究参加者のインタビュー、申し送りや病棟カンファレンス状況の録音は、必ず研究依頼の際に許可を得る。録音データ、フィールドワークにおけるメモ、文書データ、各種資料はすべて、個人や施設が特定されないため記載に関して記号化し、鍵のかかる場所に保管する。研究終了後はすべて復元不可能な状態に裁断または消去してから破棄する。

得られたデータを扱うコンピュータは、インターネット等の電子メディアと接続していないものを用いる。

研究結果は、学位論文として大学内において発表し、大学に提出する他、学会や学会誌その他の雑誌に発表するが、この際、個人および施設名が特定されないため個人情報の保護に万全を期すことを説明し、厳守する。

4) 情報公開の権利の保証

本研究の目的、方法、参加・協力の内容、研究者がお約束すること等について、文書に基づいて十分に説明する。研究に関する質問には、いつでもお答えする旨を伝える。研究中あるいは研究終了後、研究参加者が研究結果について知りたい場合はいつでも開示できること、患者様とそのご家族から研究結果の開示の希望がある場合は「研究協力のお願い」に送付先をご記入いただき、研究終了後に送付可能であることを説明する。研究協力病棟の看護師には、病棟看護師長宛に研究結果を送付し、閲覧できるよう依頼する。

2008 年 月 日

〇〇病棟

△△△△看護師長様

研究協力へのお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程 2 年に在学している古地順子（こちじゅんこ）と申します。現在、看護師の自律的臨床実践について学んでおります。看護師の自律的臨床実践は、人々の健康生活を支援する上で重要な役割を果たすものとして、今後ますます発展されなければなりません。

この研究におきましては、病院ではたらくスタッフ看護師の臨床実践のなかでも、特に看護師の自律的実践に着目し、看護師はいつ、どのような理由または判断で、どのように自律的に機能するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにすることを目的としております。このことにより、専門職看護として独自の機能を具体的に示し、病院看護の効果を明らかにすることができると考えております。

研究の主旨につきご理解を賜り、ぜひとも研究にご協力いただけますようお願い申し上げます。研究の概要につきましては、別紙のとおりでございます。

なお、研究参加をお願いする看護師および病棟看護師の皆様には、「自律性」ということばを用いることにより、意識的に活動なさるというバイアスを避けるため、研究参加についての説明には「看護師はいつ、どのような理由または判断で、どのように機能するのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにする」という表現とさせていただきますことをご理解いただきたく、お願い申し上げます。

研究者連絡先：神戸市看護大学大学院博士後期課程看護実践哲学領域 2 年生

古地順子 携帯電話：0902-364-5924 E-mail：d0701@st.kobe-ccn.ac.jp

指導教員：神戸市看護大学大学院看護学研究科 基礎看護学領域基礎看護学分野

高田早苗 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

電話：078-794-8080（代表）

研究計画の概要

1. 研究テーマ

スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因
—参加観察による記述と解釈—

2. 研究の背景と意義

近年、人々の価値観は生活の質的向上に向かっており、医療に対する自己決定要求もこれまでになく高い水準を示している。また少子高齢化の進展や慢性疾患の増加、ノーマライゼーションなど、保健医療提供システムの見直しには実質的効果が要求されている。看護職には、高度医療に対応し専門分化された患者ケアを充実させるとともに、生活機能の維持・増進支援の側面に向けて、一層の専門性を発揮することが期待されている。

平成14年の厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」では、看護師が患者の療養生活支援の専門家であることが明示され、独占業務である「療養上の世話」は看護師が責任を持って判断すべきことが明確にされ、静脈注射も看護師の行う「診療の補助」業務に位置づけられた。また医師の包括的な指示のもとに患者の苦痛緩和支援を行うことや在宅ケアにおける訪問看護師の医師との連携の必要性が明確にされた。このような看護師の専門家としての位置づけと裁量権拡大は、看護師が自らの判断・行為およびその結果に対する責任を拡大し、これまで以上に高い自律性を発揮することへの社会からの期待ととらえることができる。

米国など英語圏の研究では、看護師の臨床的自律性は病院における患者ケアの質に決定的な影響を与えることが明らかにされており、さまざまな研究がすすんでいる。しかしながらわが国では、看護師の自律性に関する研究は十分とはいえない。そこで、本研究が試みるスタッフ看護師の自律的臨床実践の明確化およびその影響要因・促進要因の探求は実証的研究として、わが国における看護師の臨床的自律性の具体的側面を明らかにするために有効であると考えられる。

3. 研究目的

スタッフ看護師が置かれている状況とその中で行われる直接的な患者ケアを中心とした臨床実践のなかで、いつ、どのような理由で、どのように自律性が発揮されるのか、その結果患者ケアの効果はどのようなものであったかを明らかにする。そして、スタッフ看護師の臨床的自律性 **clinical autonomy** は、どのような要因に影響されるのかを探索的に探求する。

4. 研究方法

1) 研究期間

平成 20 年 6 月から、1 病棟において 2 ヶ月程度の期間とする。
(状況により延長する場合がある。)

2) データ収集方法

- ・ スタッフ看護師の看護活動への参加観察とインタビュー
- ・ 病棟看護チームの看護活動への参加観察
- ・ 看護管理者として、看護部長・病棟看護師長へのインタビュー

5. 参加観察とインタビューの具体的方法

1) 貴施設において 2 病棟をフィールドとさせていただく。

2) 研究協力をお願いする病棟

本研究は、スタッフ看護師の看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。そのため、研究者が病棟に入り込み、同行する看護師が関わり合う看護チームの活動を参加観察し、これを研究データとすることを、病棟看護チーム全体で同意がいただける病棟で研究活動を行う必要がある。

診療科特性は特に設定しないが、手術室、集中治療室、人工透析室など特殊ユニットではない入院病棟とする。

3) 研究参加をお願いするスタッフ看護師

1 病棟において 3～4 名の看護師に、研究参加者として看護活動に同行させていただき、参加観察およびインタビューをお願いする。

研究参加者となっていただく看護師は、研究協力が得られた病棟でお願いできそうな方を研究者が探すか、または看護師長あるいは看護部長のご紹介に基づいてお願いする。

原則として経験年数 3～4 年以上の看護師をお願いする。

4) 参加観察の方法

研究参加者となっていただいたスタッフ看護師の日勤の日に終日同行させていただく。参加観察場面は、主として患者ケア、看護チームのカンファレンス、医療スタッフとの協働などとする。頻度は、週に 1 または 2 日程度とする。

具体的には、別紙＜研究参加をお願いする□□病棟の看護師の皆様への説明手順＞のとおり行う。

5) インタビューの方法

スタッフ看護師の勤務終了後、原則として当日に、その日に行われた患者ケアに関してその意図、判断、患者の反応に対する看護師の思いや考えを中心に、参加観察中にメモした質問事項を交えてお話を伺う。時間は、60分程度とする。

また、スタッフ看護師の管理者として、看護部長、病棟看護師長にもインタビューをさせていただく。この日時については、ご相談させていただく。

6) 倫理的配慮

本研究は、入院患者を収容する貴院において、患者ケアの責任を担う看護師および看護管理者を対象とするため、研究活動を実施するにあたり、以下のような倫理的配慮が必要である。なお本研究は、神戸市看護大学倫理審査委員会による審査を受け、承認を得て行う。このたび、貴院内倫理審査委員会の審査を受けさせていただき、承諾を得た後に研究活動を開始する。また、本研究実施に際して、神戸市看護大学および関係機関における個人情報保護に関する規定に基づき活動する。

(1) 不利益を被らない権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願いする看護師、入院患者様とそこそご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長は、いずれも研究への参加・不参加は自由であり、研究に参加・協力しない場合でも何も悪影響を及ぼさないことを保証する。また、研究参加または協力を同意した後に、あるいは研究参加途中において、研究参加または協力を辞退したい場合、その旨をお伝えいただければいつでも辞退することができること、その際には研究参加者または協力者には何も不利益が生じないことを説明し、厳守する。

なお、研究参加者をお願いするスタッフ看護師は、その方が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、患者様との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

また、入院患者様とそこそご家族は、研究参加者の看護師が行う患者ケアを中心とする看護活動に研究者が同行することから、看護師との特定の関わり合いなど、研究者に同行されたくない場合にはその旨をお伝えいただければ、同行を差し控えることを説明する。

(2) 自己決定の権利の保証

研究協力をお願いする病院・病棟、病棟看護師の皆様、研究参加者をお願い

する看護師、入院患者様とそのご家族、患者様の主治医、医療チームの皆様、インタビューをお願いする看護部長・病棟看護師長には、いずれも文書により研究の趣旨ならびに依頼する研究協力の内容について文書により説明し、研究協力または参加をお願いする。その後、1～数日検討していただく時間を設ける。

研究協力をお願いする病棟の看護師には、研究参加者をお願いするスタッフ看護師の看護活動を参加観察するため、病棟における看護師同士のやり取りやカンファレンスなども参加観察の対象となること、そこでの病棟看護師の言動および影響をデータとさせていただくことについて説明する。また、病棟看護師全体に向けた説明の際に不在だった病棟看護師に向けて、新たに入院されてきた患者様とそのご家族に向けて、別途説明の時間を設ける。

なお、研究に関して不明な点やご質問にはいつでもお答えする用意がある。

3) プライバシー、匿名性、機密性確保の権利の保証

研究者が研究活動において知り得た病棟看護師、患者様とそのご家族、主治医や医療スタッフ、病棟看護師長、看護部長に関する情報の一切は、個人が特定されないために無記名とし、病院組織および看護部門については、施設名が特定されないために複数の施設に研究協力のお願いをする。

研究参加者のインタビュー、申し送りや病棟カンファレンス状況の録音は、必ず研究依頼の際に許可を得る。録音データ、フィールドワークにおけるメモ、文書データ、各種資料はすべて、個人や施設が特定されないため記載に関して記号化し、鍵のかかる場所に保管する。研究終了後はすべて復元不可能な状態に裁断または消去してから破棄する。

得られたデータを扱うコンピュータは、インターネット等の電子メディアと接続していないものを用いる。

研究結果は、学位論文として大学内において発表し、大学に提出する他、学会や学会誌その他の雑誌に発表するが、この際、個人および施設名が特定されないため個人情報の保護に万全を期すことを説明し、厳守する。

4) 情報公開の権利の保証

本研究の目的、方法、参加・協力の内容、研究者がお約束すること等について、文書に基づいて十分に説明する。研究に関する質問には、いつでもお答えする旨を伝える。研究中あるいは研究終了後、研究参加者が研究結果について知りたい場合はいつでも開示できること、患者様とそのご家族から研究結果の開示の希望がある場合は「研究協力のお願い」に送付先をご記入いただき、研究終了後に送付可能であることを説明する。研究協力病棟の看護師には、病棟看護師長宛に研究結果を送付し、閲覧できるよう依頼する。

<研究協力・参加をお願いする病棟の看護師の皆様への説明手順>

1. 看護部長様より紹介された 2 病棟の看護師長様へ、病棟看護チームによる研究協力の依頼を文書（資料 4-1,2,3）に基づいて説明する。

2. 看護部長様、病棟看護師長様より、研究協力をお願いのために病棟看護師への説明の場を設定していただく。

3. それぞれの病棟の看護師全体に向けて文書（資料 5）に基づいて研究の説明をした後、研究者は席をはずし、看護チームとして研究協力の是非を検討していただく。その際、個々の看護師が自由に意見を述べられるよう配慮していただくことを病棟看護師長様にお願いする。

なお、明確な強い反対意見がある場合には研究実施を見合わせる可能性があることを予めご説明しておく。

また、研究説明の場に参加していない看護師については、病棟看護師長と相談し、周知の期間を設け、検討していただくことをお願いする。

4. 病棟の研究協力について病棟看護師全体の同意が得られた後、個々の看護師へ、個別の研究参加者となっていただけをお願いする。

個別の研究参加の仕方は、参加観察として研究者がその看護師の日勤の日に終日同行すること、勤務終了後に行われた患者ケアについて判断したことや意図したことなどに関するインタビューをさせていただくことについて、文書（資料 8-1,2.）に基づいて説明する。

5. 研究協力をお願いしている病棟看護師が、研究参加者の看護師の活動場面で関わり合う場合には、その場面が参加観察の対象となり、そこに登場する病棟看護師の言動および影響をデータとすることについて説明する。

研究へのご協力のお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程 2 年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動(ケア調整やカンファレンスなど)に参加観察させてください。但し、求められない限り発言はいたしません。また、看護活動のお邪魔にならないよう立ち位置や態度に十分注意いたします。
- ☞ 皆様の中から 3~4 名の方に個別の研究参加をお願いいたします。
- ☞ 個別の研究参加をお願いしている看護師さんの看護活動に 1 日同行しているので、その看護師さんとの調整や話し合いの場に同席させてください。
- ☞ 患者ケアの判断や意図などについて看護師の皆さんのご意見や感想など、自由なお話を聞かせてください。
- ☞ 参加観察した病棟看護チームの活動を研究データとすることをご許可ください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究に協力いただけない場合にも、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。但し、ご協力いただけない場合には、その看護師さんの言動などはデータといたしません。
- ☞ 研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。その場合、何も不利益を被ることはありません
- ☞ 病棟で知り得たこと、患者様、看護師の皆様他の個人情報はず必ず保護し、データは個人・施設が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありませんし、ここでも個人や施設が特定できないようにいたします。
- ☞ 研究結果は、論文作成後に病棟宛にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

2008 年 月 日

研究へのご協力のお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程 2 年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。本研究に個別のご参加を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 日勤における△△看護師さんの看護活動に終日同行させてください。この場合、患者ケアその他活動のお邪魔にならないよう、立ち位置や態度に注意いたします。
- ☞ ケアに同行する際、患者様の病状や意向などにより悪影響が予想される場合、または排泄援助などプライバシーに関わるケアの場合、あるいは患者様との込み入った話など、研究者の同行自体が不適切と思われる場合など、ご指示いただくかあるいはご相談の上同行を控えます。また必要時にはお手伝いしますのでご指示ください。
- ☞ ケアに同行した際、その時々にお伺いしておきたい事柄について、廊下あるいはナースステーションなどで数分程度の質問をさせていただきます。
- ☞ 病棟看護チームの活動(ケア調整やカンファレンスなど)に参加観察させていただきます。但し、求められない限り発言はいたしません。
- ☞ 医師や医療スタッフとの調整や話し合いの場に同席させていただきます。
- ☞ 勤務終了後、△△さんが行ったケアの判断や意図など、20 分程度お時間をいただき、お話を聞かせてください。但しこれは、お疲れでしたら後日とさせていただきます。
- ☞ 私が収集したデータとその分析についてお目通しいただき、ご意見をください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究への参加は自由です。研究に参加していただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究への参加にご同意いただいた後または研究の途中で参加をお断りいただいてもかまいません。この場合、何もしない利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、△△さん、患者様、病棟看護師の皆様他の個人情報には必ず保護し、データは個人・施設が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

私の連絡先

神戸市看護大学大学院博士後期課程 2 年生

看護実践哲学領域 古地順子（こちじゅんこ）

TEL : 090-2364-5924（携帯電話）

E-mail : d0701@st.kobe-cc.ac.jp

私の指導教員の連絡先

神戸市看護大学大学院看護学研究科

基礎看護学領域基礎看護学分野 高田早苗

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

TEL : 078-794-8080（代表）

ご協力ありがとうございました。

----- きりとり -----

同意書

私は、研究の趣旨を書面にて説明を受け、十分理解したので、研究参加者として研究に協力することに同意します。

研究参加者氏名

住所

平成 年 月 日

研究者氏名

平成 年 月 日

〇〇病院□□病棟 患者▽▽▽▽様

2008 年 月 日

研究へのご協力をお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程2年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 病棟看護師の1日の看護活動に同行していることをご了承ください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などの場に同席させてください。必要などときにはケアのお手伝いさせていただきます。また排泄などプライバシーに関わるケアの場合、その他私が同席しない方がよい場合はいつでもお伝えいただければ同席を控えます。
- ☞ 患者▽▽さんのご意見や感想など、お話を聞かせてください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などで見聞きしたことを研究データとすることをご許可ください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究にご協力いただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究へのご協力に同意いただいた後または研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。この場合、何も不利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、患者様、看護師の皆様他の個人情報はず必ず保護し、データは個人が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

私の連絡先

神戸市看護大学大学院博士後期課程 2 年生

看護実践哲学領域 古地順子（こちじゅんこ）

TEL : 090-2364-5924（携帯電話）

E-mail : d0701@st.kobe-cc.ac.jp

私の指導教員の連絡先

神戸市看護大学大学院看護学研究科

基礎看護学領域基礎看護学分野 高田早苗

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

TEL : 078-794-8080（代表）

ご協力ありがとうございました。

----- きりとり -----

同意書

私は、研究の趣旨を書面にて説明を受け、十分理解したので、研究参加者として研究に協力することに同意します。

研究協力患者様氏名

住所

平成 年 月 日

研究者氏名

平成 年 月 日

研究へのご協力のお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程2年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようなであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動に参加していることをご承知ください。
- ☞ ◇◇看護師の1日の看護活動に同行していることをご承知ください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などの場に同席していることをご承知ください(必要時には看護師の指示によりお手伝いをさせていただきます)。
- ☞ 看護師長◎◎さんの病棟管理に関する方針、スタッフ看護師の管理に関すること、ご意見や感想など、お話を聞かせてください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究にご協力いただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究へのご協力に同意いただいた後または研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。この場合、何も不利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、患者様、看護師の皆様他の個人情報には必ず保護し、データは個人が特性できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。
- ☞ 研究結果は、論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

私の連絡先

神戸市看護大学大学院博士後期課程 2 年生

看護実践哲学領域 古地順子（こちじゅんこ）

TEL : 090-2364-5924（携帯電話）

E-mail : d0701@st.kobe-cc.ac.jp

私の指導教員の連絡先

神戸市看護大学大学院看護学研究科

基礎看護学領域基礎看護学分野 高田早苗

〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学

TEL : 078-794-8080（代表）

ご協力ありがとうございました。

----- きりとり -----

***** 同意書 *****

私は、研究の趣旨を書面にて説明を受け、十分理解したので、研究参加者として研究に協力することに同意します。

研究協力病棟看護師長様氏名

住所

平成 年 月 日

研究者氏名

平成 年 月 日

研究へのご協力をお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程2年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 病棟看護師の1日の看護活動に同行していることをご了承ください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などの場に同席していることをご了承ください(ケアのお手伝いをさせていただくことをご了承ください)。
- ☞ 主治医く>先生と、◇◇看護師との調整や話し合いの場に私が同席することをご許可ください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究にご協力いただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。この場合、何も不利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、主治医の先生、患者様、看護師の皆様他の個人情報は必ず保護し、データは個人・施設が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。
- ☞ 研究結果は、論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

研究へのご協力のお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程2年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようにであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 病棟看護師の1日の看護活動に同行していることをご了承ください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などの場に同席していることをご了承ください(ケアのお手伝いをさせていただきます)。
- ☞ 医療スタッフの皆様と、看護師との調整や話し合いの場に私が同席することをご許可ください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究にご協力いただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。この場合、何も不利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、医療スタッフ、患者様、看護師の皆様他の個人情報はず必ず保護し、データは個人・施設が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。
- ☞ 研究結果は、論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

研究へのご協力のお願い

私は、神戸市看護大学大学院博士課程2年に在学している古地順子(こちじゅんこ)と申します。このたび、病院ではたらくスタッフ看護師は、いつ、どのような判断をし、どのように看護機能を果たすのか、その結果患者ケアの効果はどのようであったかを明らかにしたいと考えております。

これにより、病院看護の機能を明らかにし、専門職看護の効果を具体的に示すことができると考えております。研究へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

***** お願いしたいこと *****

- ☞ 病棟看護チームの活動に参加していることをご承知ください。
- ☞ ◇◇看護師の1日の看護活動に同行していることをご承知ください。
- ☞ 患者▽▽さんへの◇◇看護師によるケア、説明などの場に同席していることをご承知ください(ケアのお手伝いをさせてください)。
- ☞ 看護部長《 》さんの看護管理に関する方針、看護師長・スタッフの管理に関すること、ご意見や感想など、お話を聞かせてください。

***** お約束すること *****

- ☞ 研究のご協力は自由です。研究にご協力していただけない場合も、私が病棟看護チームの活動に参加していることをご了承ください。
- ☞ 研究へのご協力の同意いただいた後または研究の途中で協力をお断りいただいてもかまいません。この場合、何も不利益を被ることはありません。
- ☞ 病棟で知り得たこと、看護部長、様患者様、看護師の皆様他の個人情報には必ず保護し、データは個人・施設が特定できないように保管いたします。
- ☞ 研究の結果は、学会・学術誌などに発表することがありますが、学術的な目的以外に公表することはありません。
- ☞ 研究結果は、論文作成後にご報告したいと考えております。

なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を受けて行うものでございます。

以上、よろしくお願いいたします。

私の連絡先

神戸市看護大学大学院博士後期課程 2 年生
看護実践哲学領域 古地順子（こちじゅんこ）
TEL : 090-2364-5924（携帯電話）
E-mail : d0701@st.kobe-cc.ac.jp

私の指導教員の連絡先

神戸市看護大学大学院看護学研究科
基礎看護学領域基礎看護学分野 高田早苗
〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 神戸市看護大学
TEL : 078-794-8080（代表）

ご協力ありがとうございました。

----- きりとり -----

***** 同意書 *****

私は、研究の趣旨を書面にて説明を受け、十分理解したので、研究参加者として研究に協力することに同意します。

研究協力病院看護部長様氏名
住所

平成 年 月 日

研究者氏名

平成 年 月 日