

## 看護実践の記述と解釈の試み

高橋千恵子, 仁平雅子, 高田早苗, 秋永美津子\*, 奥村朋子\*, 村上 忍\*

神戸市看護大学, \*西神戸医療センター

### A Challenge to Description and Interpretation of Nursing Exemplar

Chieko TAKAHASHI, Masako NIHEI, Sanae TAKADA, Mitsuko AKINAGA\*,  
Tomoko OKUMURA\*, Shinobu MURAKAMI\*

Kobe City College of Nursing, \*NISHI-Kobe Medical Center

#### 1. はじめに

日々、看護婦は患者（クライアント）への援助を行い、患者の状態をもとにしてその評価を行う。この看護の実践をどう捉えるか、看護実践はどのように成り立ち、その本質とは何であろうか。

これまでも、看護を説明することをめざして多くの言葉が生み出されてきている。看護理論の開発や、看護診断分類を代表とする共通言語で捉えようとする試みなどがこれにあたるだろう。しかしこれらは、少なくともそれを使用する段階になると、当初予想しなかった働きをすることが多い。すなわち、個々の具体的な患者状況における看護実践を導くための道具、あるいは個々の具体的な看護状況を振り返るための道具というよりも、患者の現実や実際になされる看護実践を枠組みや分類の中へと押しこめようとする働きをする場合があるように見えるのである。

従来からさかんになされてきた事例研究はどうだろうか。これも確かに看護実践を説明する試みのように見える。しかし、いろいろと事例研究を読んでみると、それらが似通っていることに気がつく。事例研究は多くの場合、患者（症例）紹介から始まり、患者の問題（状況）を確認し、看護チームの援助計画とその実施、評価というように、看護過程に沿って記述される（高橋, 1995）。個々の看護婦が登場することはまずない。ここでは看護実践は表現形や個性を削ぎ落とされ、没个性的なものとして扱われる。この場合、そこから学ぶことのできるものは、標準化された看護ケアにとどま

るであろう。そこにさまざまな看護の手だてが列挙されていたとしても、どのような患者の状況で、どのようなタイミングで、どのようにその手だてを使うか、そういった臨床的に重要なことへの示唆はほとんど得られない。このように見てくると、従来の事例研究手法では臨床のまさにそのただなかにある優れた看護実践を、正確に取り出すことは難しいとみられる。

これらの限界は、看護を狭い意味での科学の枠内で捉えようとするところに由来しているように思われる。豊かな実践、優れた実践には個々の看護者の個性やスタイルが反映されている（高田, 1998）。さらに看護者がその実践で用いている知は多様であり（Carper, 1978）、科学的な方法論でその全容に迫るのは難しい。看護実践家の多くは、自らの看護を確かめ、その意味づけを望んでいる。看護における優れた実践、そのものの記述が必要なのである。

そのような事例記述はどのようにして可能なのだろうか。この疑問へのひとつの答えが、Bennerの「範例」（Benner, P., 1984）であると考えられる。Bennerはその主著において、さまざまな看護婦によるすぐれた看護実践場面を範例として用い、そこにおける看護の働きの意味やそれがどのように成り立っているかを示した。事例研究手法とは大きく異なるその記述は、読む者にそこに同席しているかの如く感じさせる、生き生きとして臨場感あふれるものである。

看護として共通するものがある、その本質を伝えるものがある、という確信や手応えはこれまでどちらかという理論や理念として示されるにとどまってきた。

異文化における看護実践を記述した「範例」がそれを確信させてくれたことの示唆するところは大きい。

本研究で目指そうとするのは、典型となりうるものとして、私たちの身近な看護実践を記述すること、そして記述された実践事例のなかから援助項目やマニュアルに還元され得ない実践知を読みとり、解釈を深めることである。

本報告はそれを模索するプロジェクトの第一報である。

## 2. 方法

### 1) 実践の記述

本研究では、セルフケアを助ける看護援助という言葉を共有の手がかりとして事例記述を行った。「セルフケア」は、看護実践上の鍵になるとみなされてきた概念のひとつである。「セルフケア」という概念は、研究者によって多少の見解の違いは当然あるものの、個人もしくは家族による自らの生命(生活)や健康のための自発的な取り組みであるということは共通している。この主要点を確認した上で、かつここでは一人ひとりの生き方を含む個人の選択や決定までの過程も含めることを強調した。これ以外の条件を意図的に設けることはしなかった。

まず、臨床看護実践に従事している研究メンバーが、セルフケアを助ける看護援助の実例と思われるケースの記述紹介を行った。これに際しては、あえて形式を定めず、紹介をするのに重要になると考えたことはなんでも想起して書くようにした。実際に本研究における事例も含め、事例として取り上げられているのは、提供する実践家にとって、気になる・何故なのか・新たな試みの評価など、何らかの意味をもつケースが多い。

記述されたものをメンバー全員で読み合わせ、その時の状況をくっきりと捉えることができるまで、事例の当事者に質問を重ねた。その際にとくに焦点が当てられたのは次のような点である。

- ① 患者をはじめとする関係者の考えや思い、おかれた状況や立場
- ② 変化が生じた詳しい状況
- ③ 事例提供者がその患者や状況をどのように捉えていたか
- ④ 事例提供者のその時の考えや行動の詳細および

なぜそのような行動したか

- ⑤ 事例提供者はどのようにしてこの事例が気になっているか

これらの事柄は、行われた看護実践に大きく影響しているにもかかわらず事例の中には表わされにくい。実際に特に③④⑤のように看護者自身に視線を向けた内容は最初の記述では殆ど見えないことから、これらの質問を重ねていった。その過程で、質問者だけでなく記述者自身も事例に大きく反映されるこれらの事柄を再確認すると同時に、書き表すのが難しいと感じていたことについても言語化されていった。

質問して明らかになったことを踏まえて、事例提供者本人またはいずれかの研究メンバーが協力する形で事例の再記述を数回にわたって行った。このような経過の中で、一見ありきたりのように見えた状況に、看護にとって重要な要素が顕れてきた。さらに、さまざまな事実の重み付けが明確になり、当初記述されたものを圧縮・拡充するほか、ときには切り口を大胆に変更する必要が出てくることもあった。

このように、事例は時にその形を大きく変えているながら、次第に読みやすく、その時起こっていることが了解しやすいものへと整理されていった。

### 2) 記述された実践の解釈

事例の状況を詳らかにし記述を進める段階で、その事例の焦点が明らかにされてくる。どこに焦点があるかで立場が分かれる場合には、事例提供者の捉え方を確認したり、ほかに助けとなる情報がないか事例状況に即して再検討した。

記述された事例をよく読み、その状況におけるその時々にはナースがとった行動の意味や、それが状況の展開にどのように影響しているか、その実践の優れたところはどこか、これらについて研究メンバー間で意見交換し、解釈を進めた。

また、解釈の幅を広げ、解釈を深めるために、主要な看護理論を用いた。実践された看護援助の意味を探り、あるいは別の見方の可能性を検討するに際して、既存の理論に照らすことによって、より妥当な解釈になりうると考えたからである。さらに、将来本研究で見いだされる結果の学問的な位置づけを確定していく上で、この作業は重要な意味をもつと考えられる。ただし、言うまでもないことだが、解

釈に既存の理論を用いるということは、理論に当てはめることを意味するものではない。既存の理論の例証となるところもあろうし、触れられていない新たな発見の可能性もあると考える。

最後に、事例の記述と同様に、解釈も、記述された実践の巧拙についての評価や反省ではなく、その具体的な実践からナースとして何を学ぶかを重視し、その経験を十分に消化して今後に生かすものとなるように努めた。

### 3. 事例「ある自殺企図患者との一場面」

#### M.A. : (主任看護婦)

何日間かの休みがあけたその日、私は朝のミーティングを終え、ナースセンターで佐藤さん(仮名)の入院カルテを読んでいました。佐藤さんは私と同じ年代の女性で、自殺未遂で入院して5日が経過していました。私が休みに入る前日に入院しており、その後どうなったか気がかりでもありました。

その時チームリーダーが、佐藤さんが精神科のB医師の診察を受けたいと言っていると、私に調整を依頼して来ました。私はさらに佐藤さんの外来カルテに目を通し、B医師のその日の予定を確認しました。

B医師はその日、外来診察日でした。通常精神科の医師が診察に入っている時はカンセリングをしていることが多いので、途中で電話に出られないことがしばしばあります。私は、精神科の看護婦にB医師が話ができる状態かを聞き、連絡を入れました。

佐藤さんは入院前、他の病院に通院していましたが、以前B医師の診察を受けたことがあり、B医師に話を聞いて欲しかったようです。ところがB医師の口からは、「C先生に担当をお願いしている。薬もC先生が出しているはずだし、C先生に言って。」という返事が返ってきました。私は「佐藤さんはB医師にお願いしている。」と再度伝えましたが、「その人は、自分から他の病院を選んで自分から病院を変ったのだし、いくつ病院を変われば気がすむのかな。とにかくC先生に全部お任せしているから。」という返答でした。

私はC医師の予定を確認し、状況を話しました。C医師は、ベッドサイドに行っても佐藤さんがいつも眠っていたために、面談したことがありませんでしたが、薬の調節はしてくれていました。C医師は、すぐには行けないが2時間ほどしたら必ず行きます、と約束し

てくれました。

私は佐藤さんの所へ行き、B医師から専門のC医師をお願いしているそうだからC医師の診察はどうかとたずねました。精神科の患者の場合、直接カウンセリングを担当している医師やカウンセラーとの関係が重要な事が多くあります。この患者が、今B医師に救いを求めている信頼関係を損なわないようにと考えていました。

すると佐藤さんは、「どうしてB医師ではいけないの。私はB医師がいいのです。C医師の名前は知っているけれど会ったことがない。私のことは全然知らないのにどうしてC医師なのですか。」と機関銃のように話しました。

私は、こう答えました。「あなたが入院してからはC医師がカルテではあるけれどあなたの体のことをずっと診てくれています。薬の調節もしてくれています。これからここへ通うのであれば、C医師は外来も担当しているし良い機会ではないですか？それとも退院してからは、D病院へ戻られますか？」私は、この人が本当に今の不安状況から逃れるのには、継続的に同一のカウンセラーや医師の治療を受けていった方がいい。それにはこれまでの行動を自分で分かり自分で判断しなければならぬと思っていました。すると佐藤さんは「そんなこと私の勝手じゃないですか。何で決めないといけないのですか？だいいちあなただって私のことは何も知らないでしょ。厄介な人が来たと思っているんでしょ。」と怒りもあらわに返答してきました。私は佐藤さんの口調から、どうなるのかという不安もありましたが、言うべきことは言おう、そして佐藤さんときちんと向き合おうと思いました。それは賭けでもありました。私は、「確かにあなたとはここで始めて会いました。でもここに来る前にあなたのカルテを読みました。先生が患者さんのプライバシーを守るためにあなたとの会話を全部書いている訳ではありませんから、全ては分かりません。でもあなたに何が起こったのかは少しは分かりました。あちらこちらと病院を変えることはあなたにとって良いことだとは私は思いません。」すると佐藤さんは、「私の何が解かったって言うのよ。何にも解からないくせに失礼じゃないですか。」と、さらに興奮しました。「あ！しまった。」と思いました。もっと興奮させてしまった、これ以上興奮させたら取り返しのつかないことになる、という思いが頭をよぎりました。そして、「そうでしたね、初

めてでしたね。」と、やさしく静かに謝りました。私には以前同じような場面で、患者を取り返しがつかないほど怒らせた、という苦い経験がありました。謝る事ができない自分に後から反省したこともあります。この時、これらのことを思い出していたかどうかは分かりません。ただ、ここは患者のほうから話し出すのを待ったほうがいい、と思っていました。沈黙がとても恐かったけれども、ここを離れてはいけない、最後まで誠意をもって接しよう、と自分に言い聞かせました。このまま転棟してしまったら、彼女はまた同じ事を繰り返してしまう…。佐藤さんの切なさを感じました。家族の面会が一度も無かったこと、同室者の面会者のことを口にしていたこと、何度も「辛い」という患者の言葉がカルテに記録されていたことから、ただ精神的に不安定だけではなく怒りの影には寂しさがある。だれかに聴いて欲しいんだ。今が一番大切なんだ、という思いがありました。私は患者の手に自分の手を重ねたまま、かなりの時間の沈黙が続きました。途中、チームリーダーが私を呼びに来ましたが、私は手でストップと合図を入れるとリーダーは「分かった」というようにうなずいて出ていきました。

しばらくすると佐藤さんが口を開きました。佐藤さんは今までの自分の人生のこと、家庭の中での自分の状態、死ねなかったことなど、勢いよく話し出しました。「しめた」と思いました。環境的には同室者も居り決して良い状況ではありませんでしたが、今思いを引き出させることが必要だと感じていました。私は、相づちを入れるくらいで話を聞いていきました。辛かったことが想像できると返答した瞬間、佐藤さんは大声で泣き出しました。

それからは、私の年齢や家庭のことを聴いてきたり、私に意見を求めてきたりしました。最後に佐藤さんは「私はもう大丈夫です。お仕事に戻ってください。」と話してくれました。落ち着いた口調でした。

#### 4. 事例の解釈

M.A. (以下A看護婦)は救急病棟で主任を務めるベテラン看護婦である。

この看護援助の記述をA看護婦は、ある休み明けの朝に、「気がかりで」あった自分と同じ年代の佐藤さんのカルテを読み返したところから始めている。その後しばらくの内容は、かみ合わない主張をする患者と

医師の間のやりとりを何とかとりもとうとする、いわゆる看護の調整機能に関係する場面といえる。

B医師との電話を終えて佐藤さんのお部屋へ最初出向くときには、A看護婦は、B医師は佐藤さんの希望を受け入れてくれないけどそれでもB医師を立てなくてはならない、と考えている。それは、B医師が、佐藤さんが信頼できる数少ない人間のうちのひとりであろうと考えたからであるが、調整役としてはかなりややこしい課題のように見える。佐藤さんが信頼しているであろう医師が既に佐藤さんのことはC医師に任せているとして、関わるつもりのないことははっきりしている。しかも、そのことを佐藤さんに気取られないようにC医師の診察をと説明しなければならない。その一方で、これまで佐藤さんに手をやいてきて今回もひたすら佐藤さんをつきはなそうとするB医師よりも、かえって新しいC医師の方が今の佐藤さんには良いのではないか、などとも考えていた、とA看護婦は後になって語っている。どちらにしても、C医師の診察を佐藤さんは受ける気持ちになってくれるだろうか、C医師の診察をすすめて佐藤さんがそれを受け入れて入れたらいいが…。患者の希望どおりの知らせを持っていけないA看護婦が、それでもどう佐藤さんが納得できる医療とつながることができるか、病気の特徴や佐藤さんのいままでの治療経過も織り込みながら、懸命に考えながら佐藤さんの部屋へつながる廊下を歩いていく様子が見えるようである。この時ばかりは、ナースステーションにほど近い佐藤さんのお部屋までの短い距離がうらめしく思えたことだろう。

もし、電話の取り継ぎをすることのどこが看護なのだろうと感じている看護婦がいるとしたら、この場面から学ぶものはとても大きいに違いない。こういった調整によってさりげなく援助の環境が整えられていくことは、目立ちにくいが大切な看護婦の働きだと思われる。A看護婦自身、こういった調整機能をうまく果たすことはナースとして重要な役割だと考えているから、もっと“スマートな”調整の仕方があったのではないか、と気になっていたのかもしれない。

しかし事例を読みすすめるにつれ、こういった役割上のことはやがて、気がかりな患者との2人っきりの場面のもたらされる“きっかけ”にすぎなかった、と見えてくる。

実際に、どうしてB医師ではいけないの、と自分の主張を正面に押し出してぶつかってきた佐藤さんを前

に、A看護婦のかかわりがどこか変化する。通りいっぺんの連絡調整役をあっさり捨てて、B医師でもC医師でもなく自分自身の言葉での真剣な関わりが始まる。「それとも退院してからは、D病院へ戻られますか？」以前、B医師の治療を中断してD病院に変わった佐藤さんに、この言葉は挑発的にひびいた。

B医師もC医師も、思っただけでも正面きっては言わなかったかもしれないこの言葉を、佐藤さんの生きる姿勢そのものに触れるかもしれないこの事実を、大胆にも口にさせたものはいったいなんだったのか。とにかく、この時にはもう、たったひとりで佐藤さんの前に立つA看護婦がいる。自分の考えと言葉のみを手にした状況に踏み込みながら、佐藤さんに深く関わり始めているのが見てとれる。

『看護婦は病人についての情報をもっている。(中略)それだけでは病人のことを知っているとはいえない。』(Travelbee,J., 1974) A看護婦にとっての佐藤さんも、この日まではそうだったのかもしれない。しかしこの場面では佐藤さんに真剣に向き合い彼女の『独自性を体験しつつ、それに反応するプロセスを通して』(Travelbee,J., 1974) 知り、関わっている。メイヤロフの言葉を借りると、『その人の世界へ“入り込んで”いって』(Mayeroff,M., 1971) いるのである。この人を何とかしたい、という思いと、状況の中に自分の身を投じる勇気によってこの深い関わりは可能になっているように思われる。

それは、まるで、佐藤さんに、そっちもたったひとりで、あなた自身で出てらっしゃい、と促しているようだ。だからこそやがて場面は真剣勝負になっていく。

なぜ、A看護婦はそのようなやっかいな立ち位置に立ってしまったのか。もしかしたら、最初に誘い出されたのはA看護婦のほうなのかも知れない。どうしてB医師ではいけないの、とまくしたてられたときA看護婦の関わりが変化したのは、むしろ変更を迫られたと言うほうが正確なのではないか。この瞬間に、A看護婦は調整役だけでは済まされない状況に引きずり込まれたと言っても良い。それはまるで佐藤さんの持つ力が看護婦に呼びかけ、それに彼女の中のセンサーが応答したようにも見える。A看護婦は、状況と佐藤さんに『引きつけられ』(Benner,P., 1989, p111), 『巻き込まれ』(Benner,P., 1989, p111) て、この場に居る。そこに迷いやためらいはない。この時の真剣さと迫力、患者の態度に屈せず、辛抱強く、踏みとどまる

うとする強い責任感もA看護婦の佐藤さんへのあり方そのものである。これがなければこの先に進むことはなかったのではないか。その意味でここが最初の大きな転換点になっているといえるだろう。

あとから事例を読む者には、この最初の転換点で、看護婦には他にも選択肢があったようにも見える。たとえば、「そうですか、C医師ではなくてB医師がいいのですね、もう一度電話をしてそのように伝えますから、もうしばらくお待ちくださいね」などと佐藤さんに断って退室する、というのはもっとも普通にあり得た対応と思われる。いきなり熱くなっている佐藤さんをうまくいなしてスマートだし、佐藤さんには少なくとも無危害であるし、調整役に徹することで自分自身も安心させることができるのだから。それなのになぜ、A看護婦はこのような対応にとどめなかったのだろうか。

ベナーが興味深いことを言っている箇所がある。『自分の置かれた状況に深く心を奪われている人にとっては、状況から立ち去ること(中略)はそもそも選択肢として浮上してこない。』(Benner,P., 1989, p93)

このときのA看護婦にも、この場を離れてもう一度医師と再調整をはかる、ということは頭はない。佐藤さんに屈せず、辛抱強くこの場に踏みとどまる以外にはあり得なかった。選択肢はなかった。ということはこの時のA看護婦は、ベナーの言う「自分の置かれた状況に深く心を奪われている人」だったに違いない。

確かに患者の感情に触れ、活動し始めた火山のように徐々に熱くさせ続けてしまった。ヒートアップしていく佐藤さんを傍らで十分に感じながら、同時にA看護婦は「この先どうになってしまうのか、という不安」を感じている。ここで一旦距離を置くこともできただろう。患者の怒りがおさまるまで待つのは無難なやり方だ。しかしやはりここでもA看護婦はそうはしない。これまでそうやってのばしのばしになって、今この人はここにいるのだから、と。A看護婦のなかで不安と強い決心が交叉する。沸き上がる不安に揺らぎそうになりながら、むくっ、むくっとしてきそうになるそれに蓋でもするように、まるで今回は諦めてなるものか、とでもいうような強い決心をもって、佐藤さんに分かって欲しいがために、引き下がることはしなかった。「……あちらこちらと病院を変えることはあなたにとって良いことだとは私は思いません。」

「私の何が解ったって言うのよ。」ついに佐藤さん

は爆発してしまう。ここでA看護婦は「あ!しまった。」と思ったと言う。おそらく返ってくるだろうという見通しはあった、もしかしたらどこかで期待していた佐藤さんからの反応だったが、予想以上の激しい怒りへの、その瞬間の感想だろう。とっさにA看護婦はすっと引き、静かに謝り、場面は一瞬にして「動」から「静」へ、第2の転換点を迎えた。

お互いに熱くなったこの局面で、謝るのは簡単なことではない。自分だって患者のことを考えてこんな一生懸命している、プライドだってある、謝るのか? 謝らないといけない、でも・・・と一瞬の葛藤。A看護婦に、以前の苦い経験や謝れなかった自分のことなど、いちいちその場で頭にのぼらせてじっくり考える余裕はなかっただろう。意識より先に、学んだ体が反応している。

ほとんど同時に患者の怒り、感情の爆発にこれまでの様々なことを重ね合わせ、佐藤さんの深い切なさを感じた。この日までの様々なことから、A看護婦は佐藤さんの単なる精神の不安定さだけでなく、寂しさや誰かを必死に求めていることを感じとっていた。自分と同じ年頃の女性。孤独でつらくて死のうとしても死ねなかった。行くところがもうどこにもない。カルテに残された“つらい”という患者の言葉。これらのことが、A看護婦の中にはとどめられていた。それが、自分を賭けたかかわりのなかで知覚した佐藤さんに結びついた。佐藤さんの手の上に重ねた自分の手は、言葉では表現しきれない「いま確かにわかりましたよ」ということを表わしていたのかもしれない。

A看護婦の焦点ははじめとは明らかに違ってきている。真剣勝負を通して佐藤さんという人全体とその奥にあるものが分かった。この人に必要なこと、自分がすべきことを確かにつかんだ感じがあった。医師との調整役で来たけれど、今となっては自分とこの人のあいだでそれは問題ではない。「沈黙がとても恐かったけれども、ここを離れてはいけない」と思っていたA看護婦。前半の「不安と強い決心が交叉した」ときとよく似ている。

今やらなければならないこと、苦勞して見つけたそれは、この人のそばに居続けること、だったのだ。

このようにして最後まで辿ってくると、時間にすれば30分余りだったというこの場面が、2人の登場人物が生み出したものに見えてくる。お互いのごまかしのないやりとりで作り出したのだ。まず、佐藤さんが彼

女独自の表現でA看護婦に呼びかけてみずからの土俵に誘ったのだった。随分前から誰かがここに踏み込んでくれるのを待っていたのかもしれない。佐藤さんのこの呼びかけにA看護婦は応えた。本当の応え方で、つまり最後まで佐藤さんを逃げさせず、自分も逃げずもっとも大切なことに向きあう。A看護婦は初めから展開の最後を予想できていたのだろうか。A看護婦からすると、この間、目の前の佐藤さんならというある程度の見通しと期待は持っていたかもしれないが、それは必ずしも勝算があるとは限らない「賭け」であったといえよう。体が覚えていて、あるいはこれまでの経験から体が勝手に動いている部分も多い。

そして今回の経験を経て、この次同じような状況に遭遇したときには、A看護婦はより見通しを持って関わっていきけるのだろう。その時には、今回よりも洗練されたやり方で同じ結果に至ることができるかもしれないし、そもそも多少荒っぽいように見えるこの場面の援助もA看護婦のこれまでの経験や失敗の積み重ねなしには生まれなかったのだろう。経験は重要だ。

それにも関わらず、今回のこの臨床経験の価値が、今後の実践に比べて落ちるかというそれはそうではないように思われる。この実践は、単なる数ある試行錯誤のひとつ、ではないのだから。

その時の状況の中に、不安や怖さにもかかわらず勇気を持って身を投じること。それによって可能になる相手の苦しみの意味の知覚。経験から体で覚えた、変化する状況の中でいま何をなすべきかをとっさに分かること。そして、こういった経験そのものから、それを経たナースが何をつかみとっていくか。A看護婦の記述は、これらのことを読み手に伝えてくれる。

## 5. 終わりに

本研究のアプローチは、研究方法論としては正統的とは言えないかもしれない。研究会を進める中で試行錯誤的に見出してきたものである。実践家である研究メンバーによる事例の記述から始め、数回の確認作業を経て、その事例の輪郭が明確になるに従い、それぞれの事例のもつインパクトをそのまま伝えることに意味があると確信した。事例の解釈についても、ここでは研究メンバー間で討議し共有されたものを中心としたが、これは読み手によって異なる可能性も大きい。そこに何を見出すか、そこから何を学ぶか、これには

看護者としての読み手の力量や経験の深さがかかわるからである。

今後、さらに事例記述を進め、実践家自身の当時の感情や考え、状況の捉えかたなど、実践の文脈を大切にしながら、実践の意味や、その実践をもたらしたものに焦点をあてて解釈していく。この蓄積によって、看護の実践知の様相を探究していきたい。

本研究の一部は、平成13年度神戸市看護大学共同研究費（臨床）の助成を受けて実施したものである。

### 引用文献

- Benner, P. & Wrubel, J., (1989), 難波卓志 (1999) : 現象学的人間論と看護 (第1版), 医学書院, 93.
- Benner, P. & Wrubel, J., (1989), 難波卓志 (1999) : 現象学的人間論と看護 (第1版), 医学書院, 111.
- Benner, P., (1984), 井部俊子 (1992) : ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー— (第1版), 医学書院, 213.

Carper, B., (1978) : Fundamental patterns of Knowing in nursing, *Advances in nursing Science*, 1, 12-23.

Mayeroff, M., (1971), 田村真・向野宣之 (1987) : ケアの本質 (第1版), ゆみる出版, 93.

高田早苗 (1998) : 看護実践に内在する特徴と言語化の方法, *日本看護科学学会誌*, 18巻2号 : 18-22.

高橋百合子 (1995) : ケーススタディのまとめと発表看護学生のケーススタディ (高橋百合子), *メヂカルフレンド社*, 75-87.

Travelbee, J., (1971), 長谷川浩, 藤枝知子 (1974) : 人間対人間の看護 (第1版), 医学書院, 138.

### 参考文献

外口玉子 (1977) : 問われ, 問いつづける看護, 星和書店.

(受付 : 2001.12.14 ; 受理 : 2002.1.16)