

2016 年度 博士論文

看護師にとっての清拭の意味と習得過程  
—清拭のエスノグラフィー—

The Significance of Bed Baths to Nurses and  
The Relevant Learning Processes  
—An Ethnographic Study of Bed Baths—

神戸市看護大学大学院

博士後期課程

看護基盤開発学領域

72008002 澁谷 幸

(指導教員 グレッグ美鈴)

## 目次

目次	1
資料目次	4
<b>第1章 序論</b>	<b>5</b>
Ⅰ. 本研究の背景と必要性	5
1. 看護実践現場における看護技術の現状	5
2. 看護技術の実践能力育成のための教育の現状	6
3. 現在の看護技術教育における課題	8
1) 看護技術教育の方法に関する現状と課題	8
2) 我が国の看護技術教育の現状	11
4. 看護技術の習得過程を解明する必要性	12
5. 清拭という看護技術のもつ意味	14
Ⅱ. 研究目的と研究目標	15
Ⅲ. 研究の意義	16
1. 看護技術教育イノベーションへの貢献	16
2. 看護キャリア開発研究における貢献	16
<b>第2章 文献検討</b>	<b>17</b>
Ⅰ. 看護技術とその関連概念	17
1. 「技術」と「技能」の相違	17
2. 「看護技術」と「技能」	18
3. 「技能」に関する研究	20
1) 心理学、認知心理学における「技能」研究	20
2) 「技能」と「熟達」	21
3) 「技能」と「知識」	22
4. 本研究の立脚点と関連概念の定義および研究の射程	25
Ⅱ. 技能形成に関する研究	26
1. 熟達化に関する研究	26
2. 状況的認知アプローチによる技能形成研究	27
3. Dreyfus & Dreyfus の熟達ステージモデル	30
Ⅲ. 職場における学習に関する研究	31
Ⅳ. 看護技術の技術習得、熟達に関する先行研究	33
1. 看護技術の技能形成、熟達に関する先行研究	33
2. 清拭に関する先行研究	34
3. 海外における看護技術、清拭に関する研究	36
<b>第3章 研究方法</b>	<b>38</b>
Ⅰ. 研究の方法論的検討	38
1. 看護技術を捉える研究方法の検討	38

1) 看護技術の詳記不能性	38
2) 暗黙知・実践知研究の方法論	39
3) 本技術におけるエスノグラフィーの意義	40
II. 研究方法	42
1. 研究デザイン	42
2. 用語の定義	42
3. データ産出方法	43
1) データ産出場所の決定と研究依頼方法	43
2) データ産出期間とフィールドワークの方法	46
4. データ分析方法	47
1) フィールドノートの記載	47
2) データ分析	47
3) 分析結果の厳密性の確保	48
5. 倫理的配慮	48
1) 不利益を受けない権利の保証	48
2) 研究目的、内容を知る権利の保証	51
3) 自己決定の権利の保証	52
4) プライバシーの保護、匿名性、機密保持の権利の保証	53
<b>第4章 研究結果</b>	<b>54</b>
I. 病棟の概要	54
II. 研究参加者	54
III. 病棟の清拭の概要	54
IV. 看護師にとっての清拭	55
1. 【患者に快を与えられる】	55
1) <快適で苦痛のない清拭にこだわる>	56
2) <看護師だからこそできる清拭をする>	59
3) <患者が必ず気持ち良いと感じる>	60
2. 【患者が見える】	61
1) <患者の感覚を感じる>	61
2) <患者と深く関わる>	62
3) <患者の全体が見える>	65
3. 【清拭しないで看護したとは言えない】	65
1) <清拭しないと患者のことがわからないから看護できない>	65
2) <清拭は看護の大切な要素がすべて入っている>	66
3) <清拭しないのは看護をしていないのと同じ>	66
V. 病棟における清拭の習得過程	68
1. 【病棟の清拭のやり方に合わせる】	68
2. 【患者にとっての清拭の意味に気づき自分なりの工夫を加えて清拭する】	73
3. 【患者との関わりの中で技術を磨く】	77

4. 【看護を追求する文化がある】	78
<b>第6章 考察</b>	90
I. 看護の実践知としての清拭	90
1. 専門的・創造的実践としての清拭	90
1) 清拭における専門性の見えにくさ	90
2) 看護の専門性の発露としての清拭	90
2. 患者を理解し関係を深める技術	92
1) プレゼンスとしての清拭	92
2) 身体性を基盤にした患者との関係を深める技術	94
3. ベッドサイドで創出される清拭のわざ	94
1) 看護における実践知	94
2) 清拭の「わざ」	95
II. 実践知としての清拭が習得される過程と病棟文化	96
1. 清拭の技術習得と病棟文化の関連	96
1) 新人看護師が捉える清拭	96
2) 慣習化された清拭の習得による病棟への社会化	97
3) 慣習化された清拭への過剰適応を回避する病棟文化の影響	98
2. 清拭の技術習得過程における模倣	100
1) 組織のひとになっていくための模倣	100
2) 自らのわざを創造する模倣	101
3. 清拭の熟練	102
1) 技術習得における人と関わる力の必要性	102
2) 清拭の熟練における無意識的非言語的即興的洗練過程	103
<b>第7章 看護実践および看護学教育への示唆</b>	105
1. 看護実践への示唆	105
2. 看護学教育への示唆	106
1) 看護継続教育への示唆	107
2) 看護基礎教育への示唆	108
<b>第8章 本研究の限界と今後の課題</b>	112
<b>第9章 結論</b>	114
謝辞	116
文献	117

図表	126
表 1. 研究参加者となった主な看護師	126
図 1. 看護師にとっての清拭	127
図 2. タオルの使い方 (1)	128
図 3. タオルの使い方 (2)	128
図 4. 病棟における清拭の習得過程	129
図 5. 業務調整ボード	130
図 6. 保清表	130

## 資料目次

資料 1 : 研究協力依頼書 (看護部長用)	131
資料 2 : 返信用用紙 (看護部長用)	135
資料 3 : 研究協力依頼書 (病棟師長用)	136
資料 4 : 面談依頼書および返信用用紙 (病棟師長用)	141
資料 5 : 同意書 (病棟師長用)	142
資料 6 : 研究協力依頼書 (看護師用)	143
資料 7 : 返信および研究参加の同意書 (看護師用)	147
資料 8 : 患者様への研究協力依頼にあたっての協力依頼書 (病棟師長用)	148
資料 9 : 研究協力依頼書 (患者様用)	149
資料 10 : 研究参加の同意書 (患者様用)	151
資料 11 : 入院患者様・ご家族の方へのお知らせ (入院患者配布用)	152
資料 12 : 入院患者様・ご家族の方・お見舞いの方へのお知らせ (掲示用)	153
資料 13 : 別紙 1 ; 研究協力依頼から研究参加までの流れ	154
資料 14 : 別紙 2 ; インタビューガイド	156
資料 15 : 研究協力依頼書 (医師用)	157
資料 16 : 辞退書 (看護師用)	159

## 第1章 序論

### I. 本研究の背景と必要性

序論では、本研究で探求する問題の所在を明確にするために、まず、我が国の現在の看護実践現場における看護技術の現状、看護技術の実践能力育成のための教育の現状、看護基礎教育における看護技術教育の現状について述べる。次に、本研究において看護師にとっての清拭の意味とその習得過程を明らかにする必要性を明確にする。

#### 1. 看護実践現場における看護技術の現状

昨今の看護実践現場において、看護師の「ケアの質の低下」に対する危機が高まっている。川島（2010）は、慢性的なヒューマンパワーの不足によって、「看護師が患者のベッドサイドからどんどん遠ざかっている。看護師の身体や目が患者に向っていない、手が患者に触れていない状況にある」（p.141）と述べ、専門職としての本来の看護が揺らいでいることに危機感を示している。ここで言われる「本来の看護」とは、患者の安全を守り、安楽を促すために看護師が知識と技術を駆使しながら、看護師自身の手が直接患者に触れることによって行われる援助であり、その中核となるものが看護技術であると考えられる。

臨床看護師の看護技術の実施状況に関する調査（高橋，2005；三輪木，2005；菱沼，2002；馬醫，2008）によると、現在、実践現場で行われている看護技術が、基礎教育で教えられている方法とはかなり異なっている技術がある。例えば、清拭の技術は、看護基礎教育で使用される教科書では、ほぼ全てに「ウォッシュクロスとお湯と石鹸」を使用した方法が掲載され（馬醫，2008）、看護教員の 73.6%がウォッシュクロスを使用すると答えている（菱沼，2002）。しかし、臨床看護師が実施する清拭では、ウォッシュクロスを使用するのは 26.9%（菱沼，2002）、湯の使用は 32.4%、蒸しタオルの使用は 66.2%（三輪木，2005）と、蒸しタオルによる方法が臨床での一般的な清拭方法となっており、臨床と基礎教育では清拭方法の違いがある。基礎教育で教えられている方法がそのまま実践されることの適切性については議論の余地があるが、問題は看護師がその方法を選択している理由である。この調査で挙げられている理由は、「業務が忙しく、時間的余裕がない」（65.8%）、「学校で習った方法は時間がかかる」（55.7%）、「効率良く行うには簡便な方が良い」（34.5%）などであり（三輪木，2005）、看護師の実施する看護技術が、現場の多忙な状況によって、省略化、簡略化されている可能性がある。臨床現場では、看護師不足を補うための方法として看護補助者が導入され、患者の日常生活援助は、看護補助者との協働によって行われることが多くなっている。日本看護協会は、これを看護師が高度な臨床判断を要する業務に専従するためとしている（日本看護協会，2011）が、看護補助者導入によって看護師がこれらの活動にかかわる機会や時間が減少するという状況は、看護師がこれらの援助技術を実践する能力が低下することに結びつく可能性を有している。

三好ら（2003）は、臨床看護師の看護技術水準と経験年数との関係を明らかにしている。この研究では、「半身麻痺の患者に対する仰臥位から側臥位への体位変換」をどのように実施するかについて、臨床経験 1 年未満から 15 年以上の 34 人の臨床看護師に聞き取りによる調査を行っている。調査方法は、予め研究者が設定した 13 項目について、それぞれの実

施度数を集計し、これを「着眼した情報（3項目）」「情報から予測した内容（5項目）」「選択した看護行為（5項目）」に分け、この3つの大項目の実施率と経験年数との関連を分析している。この結果、3つの大項目のどれにおいても、看護師としての経験年数と実施率には相関が認められないことが報告されている。この調査結果について、経済学の立場から考察した下野（2010）は「看護師としての臨床経験年数が、看護行為の熟達形成に結びついておらず、むしろ、看護師として仕事に慣れることが看護行為を粗雑にしている可能性がある。看護基礎教育で教えられた看護技術が、臨床の場で劣化している可能性が大きい。このことは、臨床現場において、看護師が看護技術を向上させる機会や時間的な余裕がないこと、あるいは、看護技術の向上のインセンティブが欠けていることを示唆している」（p.51）と、現在の臨床現場において、看護師の看護技術の熟達を妨げる経済的要因が存在する可能性を述べている。

さらに、このような臨床現場に入職してくる新人看護師の看護実践能力の低さも問題視されている。その背景として、患者の人権への配慮や医療安全確保への取り組みが強化される中で、臨地実習で学生が実施できる看護技術の範囲や機会が限定されてきていることが影響していると言われている（厚生労働省，2003）。しかし、新人看護師の入職時の看護技術の習得状況における調査（國井，2003）では、95%の新人看護師が臨地実習で経験があると答えた技術項目においてさえ、それを「ひとりでできる」と答えられる看護師は60%にも満たない状況にあることが報告されている。ここからは、新人看護師が抱える技術面での困難さは、単に学生時代に経験できないことのみが原因ではないことが推察される。つまり、新人看護師は、学生時代に一旦身につけたはずの技術であっても、現実の臨床場面で看護師として実施するという点に、学生時代とは異なる困難さを抱えているものと思われる。看護師の卒後の看護技術習得過程においては、学生時代に学習した内容がスムーズに臨床実践能力へと発展しにくい状況があると言える。

以上のことから、現在の看護実践現場での看護技術の状況は、まず、新人看護師が基礎教育で習得した看護技術の実践能力は、実践現場の状況にはスムーズに適用できない状況にある。さらに、そのような状況にある看護師が、実践現場で看護技術を磨いていくにもさまざまな困難があり、看護師は必ずしも看護実践現場で技術を高めているとは言えない可能性がある。その一方で、医療の現場は今後もますます高度化・効率化が進むものと思われ、その医療の一翼を担う看護師の業務は、より一層効率性や合理化が求められるものと思われる。その現実の中においても、やはり看護師は、自らの専門性の拠り所として、看護技術を磨いていく必要があり、そのための効果的な方略を明らかにすることは、看護界における緊切の課題である。また、このような状況は、高い看護技術のレベルをもってその専門職性を発揮するという看護職者の専門性の危機に通じる問題でもあり、早急な対応が検討される必要がある。

## 2. 看護技術の実践能力育成のための教育の現状

看護師の看護技術にまつわる問題に対して、どのような対応がなされているのか、その現状と課題について述べる。

まず、新人看護師の看護実践能力については、2009年7月に、新人看護職員研修が努力義務化され、厚生労働省から「新人看護職員研修ガイドライン」（厚生労働省，2009）が

提示された。これにより、すべての医療施設で、新人看護師が技術面を含めた臨床看護実践能力の就職初期段階の教育を受けることができるようになった。さらに、看護基礎教育においては、2011年に、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会報告書」において、看護専門職者として学士課程修了時に習得すべきコアとなる能力とそのために必要な教育内容、看護実践能力についての卒業時の到達目標が詳細に提示された（文部科学省，2011）。これら臨床現場、看護基礎教育現場からのアプローチは、より現場のニーズや学習者の準備状況に合わせた教育を行うよう、双方の現場がそれぞれの教育目標を明確化することで、基礎教育から継続教育への移行をスムーズにすることを目指している。これは、新人看護師の職場への適応を促すという点では意義が大きいと思われる。しかし、このアプローチは、あくまで教育を提供する側にある教育機関と実践現場との乖離を埋めようとするものであり、それぞれの現場で、学生や新人看護師がどのような学習経験をしているかという学習者の視点に立ったものではない点が懸念される。学生時代に経験した技術であっても、患者を目前にすると「できない」と感じる新人看護師の状況がある（國井，2003）ことを考えると、なぜ学んだことが実践につながらないのかという原因についても検討が必要である。すなわち、臨床現場に適用できる実践力として身につけるための学習方略の検討が必要である。

次に、2年目以上の看護師への教育であるが、卒業後の看護技術を含む看護実践能力の育成は、通常、職場内外の研修（OJT や Off-JT）によっては行われている。下野（2010）の調査では、現在、8割以上の医療施設が、何らかの研修プログラムを提示できる形で職場研修を実施していることが明らかになっている。しかし、看護技術の教育に焦点を当てると、研修などの組織的な取り組みとして実施されているのは、注射の技術やカテーテル管理などの診療補助に関連する看護技術が中心であり、生活援助技術が研修内容に加えられることはほとんどない。そして、卒後3年目以上の研修になると、その内容は、プリセプターシップやリーダーシップ研修、指導者研修、管理者研修が中心となり、看護技術に関する研修は皆無となる。

また、職場外研修の代表格である日本看護協会が主催する研修は、がん看護、糖尿病患者や摂食・嚥下障害患者の看護、認知症患者の看護など社会的に関心が高い疾患や症状をもつ患者の看護に関する研修内容が多い。また、看護管理者研修では、ストレスマネジメントやスタッフのキャリア開発支援、リスクマネジメントなどとなっており、技術指導に関わる内容はない。看護技術に関するものは、フィジカルアセスメント技術が唯一であり、その他の看護技術に関する研修はほとんど行われていない。

これらのことから、卒後2年目までの看護師は、看護技術に関する職場内研修を受けるものの、3年目以上の看護師は、看護技術の熟達を意図した研修を受ける機会はほとんどないと言える。さらに、生活援助技術に関しては、新人時代を含めて組織的な研修はほとんど行われていない。下野（2010）は、このような状況から、「生活援助技術の向上は個々の看護師の意欲や努力に委ねられている」（p.159）と考察している。

しかし、生活援助技術に関する組織的研修が実施されていないことのみが問題というわけではない。元々、生活援助技術が集合研修で習得可能な技術なのかという疑問もある。これらの技術に関する組織的研修が実施されていないのは、その習得が、患者への看護実践を通して、すなわち OJT によって行われていることを示していると見た方が良いと思



われる。問題は、その OJT がどのように実施され、それによって培われる技術の質、レベルがどのようなものなのか、その評価はどうなっているのかについて、ほとんど明らかにされていない点にある。つまり、看護継続教育における OJT に対する関心が低く、看護師の生活援助技術の習得は質の担保されない OJT によって行われている状況にあると言える。結果的には、看護師の生活援助技術の向上は、日々の看護実践における看護師個々の意欲、努力に委ねられているという点で、下野の見解と同じ状況にあると言える。

### 3. 現在の看護技術教育における課題

ここではまず、現在の看護技術教育の方法を支える学習理論について、看護技術の特徴との関連から述べ、その課題を明らかにする。次に、我が国の看護技術教育の現状について述べる。

#### 1) 看護技術教育の方法に関する現状と課題

現在の基礎教育機関で行われる看護技術教育において発生している諸問題は、「看護技術」という技術のもつ特徴とその教育方法を支える学習理論の影響を少なからず受けているものと思われる。ここでは、「看護技術の特徴」と「その教育を支える学習理論」という2つの視点からその現状と課題について明らかにする。

##### (1) 看護技術の特徴

看護技術が他の職種の技術と大きく異なる点は、ひとに対して実施されるという点である。それゆえ、多くの複雑さや不確かさが含まれる。さらに、看護技術は、その技術を実践する看護師自身の身体性が含まれた相互身体的構成的技術としての特徴もある。つまり、看護技術は、看護師が自分自身の意図や行為によって一方的に患者に働きかける関係ではなく、看護師と患者とが共存し、お互いの身体（感じ方）を通して知覚される相互的な関係のもとに成立している技術なのである（池川，1996）。これらの特徴をもって、看護技術は、ひとを対象とする他の技術とも一線を画していると言える。

このような看護技術の特徴は、2つの点でその学習方法を制約している。

まず、1点目は、看護技術の「ひとに対して行う」という特徴によるものである。これは、一定の手順、標準的な方法を患者に適用して実施するというものではないことを意味する（池川，1984）。看護技術の目的は、個々に異なる患者の個別のニーズに応えることであり、そのひとにしか適用されない順序性や方法をもつ1回限りの技術として提供される。看護技術を個人に適用する過程は、「スタンダードな技術を変容させていく判断の過程である」（香春，2009，p.5）とも言われるが、実際には、その変容の度合いは非常に大きく、初学者にとっては、どのようなスタンダードが、どのように変容されて実施されているのかが理解しにくい状況にある。個々の患者に実施される援助の個別性は大きく、また、同じ患者であっても状況が異なると全く異なる援助を必要とすることがあるという点で非常に状況依存的である。したがって、このような看護技術について、「どの患者にも適用可能な標準的な方法」を示すことは非常に難しい。臨床現場で実践される看護技術が、様々な基礎看護技術のテキストに示される手順や方法と著しく異なっている事例（石鹼とウォッシュクロスを使用した全身清拭の例）も報告されており（馬醫，2008）、テキスト

に示されている手順や方法が必ずしも標準とは言えない。それゆえ、そのテキストに示された手順を基に繰り返し練習しそれが習得できたとしても、そのままの方法が現場で活用できるわけではない。つまり、看護技術は、テキストやマニュアルだけで習得することが難しいという特徴がある。

2 点目は、看護技術のもつ相互身体的構成的特徴によるものである。これは、看護技術が客観的に妥当な方法を患者に適用するというよりも、看護師自身が感じた身体感覚を基に即興的にその状況にふさわしい方法を選び取り、患者との関係を再構築していく技術であることを意味している。このような状況は、実際の患者に接し、その現場で実践してみなければ理解できないことである。さらに、実際に実践して理解できたとしても、その実践をうまく表現することができない「言葉にできない技術」なのである。このことは、看護技術が、机上の学習や、患者の状況や生活の文脈を切り離して行われる技術演習では身につけることが難しい技術であることを意味している。つまり、看護技術は、実践経験の中でしか身につけることができないという制約がある。

以上のことから、看護技術は、マニュアルや標準化された手順で学ぶことが難しく、実践経験を通して習得されるという技術習得上の特徴を有するものであると言える。

## （２）看護技術教育を支える学習理論における問題

看護技術が、標準的な方法やマニュアルによって学ぶことが難しいということは、初学者にとっては習得が難しい技術であることを意味している。前述した新人看護師に対する調査（國井，2003）においても、基礎教育で実施経験がある技術項目でさえ「ひとりでできる」と答えられない状況があることは、新人看護師が、学生時代に経験した技術のパターンが、現実の個々の患者に適用できるかどうかかわからないという不安を抱いているという可能性があり、複雑な臨床の状況や看護技術の状況依存的な側面をある意味新人看護師が良く理解していると見ることができる。しかし、新人看護師が経てきた看護基礎教育は、必ずしもこのような看護技術の学びにくさを十分に考慮したものとは言えない状況にある。

看護基礎教育における技術教育は、学内で行う講義と技術演習、臨地実習という流れで行われる。技術演習のほとんどは、ある状況設定患者への援助方法をひとつのパターンとして習得する方法がとられている。看護技術の状況依存的特徴を考慮すると、様々な患者の不測の事態に対応できる状況適応力が培われる必要がある。しかし、学内学習に続く臨地実習においてさえ、学生は受け持ち患者に実施されている看護のひとつのパターンを学んでいる。そして、そのパターンの集積は様々な患者に対応できる能力、つまり、状況適応性のある技術の獲得につながるものであるということへの暗黙の了解がある（三瓶，2008）。しかし、具体的な物事の構造や現象からその原理を導き、さらに別の個々の具体にそれを適応させるためには、高度なメタ認知能力が必要である（佐伯，1996；波多野，1996）。すなわち、経験の単純な集積が状況適応力を伴った実践力に結びつくとは限らない。必要かつ重要なことは、経験を統合する能力が同時に培われることである。しかし、看護技術教育においてそれを実現するための有効な学習方法については、まだ十分に検討されているとは言えない状況にある。

また、現在の看護技術教育の在り方に影響している学習理論の問題もある。現在の看護

学教育全般における学習理論の大きな潮流は行動主義にもとづく学習理論である。行動主義に基づく行動科学モデルでは、教育実践の評価が言語化・可視化可能な行動目標の達成度によって行われる。厚生労働省（2009）から提示された「新人看護職員研修ガイドライン」に示される達成目標や、文部科学省（2011）によって示された「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会報告書」における「卒業時の到達目標」もすべてこの形式で示されており、このモデルが現在の看護学教育全般にわたる教育観の優性を占めることは明らかである。しかし、言語化できない部分が多い看護技術を教授するための教育方法として、行動主義モデルに限界があることは明らかである。例えば、行動主義モデルにおいては、チェックリストによる技術評価が多用されるが、チェックリスト通りに完全に実践できることと、熟達した看護技術が実践されることとは一致しない。このことは、人間の行動をアルゴリズム化し、人工知能に置き換えようとしても、人間が実践する高度な技術の代替は不可能であるという人工知能研究の失敗（福島，2001）と同じである。また、行動主義モデルでは、直接的に観察できる行動の変化しか判断できないため、ある患者への援助が「できた」ことが、どのような患者にも適用できる技術として獲得されているかどうかまでは判断することが難しい。

さらに、行動主義モデルに基づく教育の基本的な問題は、「学習をもっぱら反応に対して外的に与えられる正負のフィードバックに依存する過程と捉える」（波多野，1996，p.6）という点にある。つまり、教えた事柄と学ばれた事柄を同一視する点にある。しかし、学習者の学習経験は、与えられた教科内容や教育目標のみで規定し得るものではなく、个性的で多義的な価値と内容を含む経験であり、学習者の学びは、教育者の想定を超えて深化し発展している（池川，2000）。看護は実践学であることは自明の理であり、それゆえ、看護学教育には多くの演習や実習が盛り込まれている。そういった多様な経験が可能な教育方法を取りながら、その経験を通して得られているはずの多様な学びは、あらかじめ準備された教育目標の裏に隠れ、顕在化されにくくなっている。これは、卒業後の看護技術習得に関しても同様である。クリニカルラダーや新人看護職員研修ガイドラインが導入されることで、実践経験を通して得られる多様な学びが、行動主義に基づく「できる」「できない」という無機質な表現に還元されてしまう可能性が生じている。行動主義に基づく教育は、目標が明確であるため学習への動機付けがしやすく、評価しやすいという利点はある（梶田，2001）。しかし、目標として表現されていないが、確実に存在する学びが、ふり落とされている可能性があることに注意が必要である。言語化できない部分が多い看護技術の学習過程の解明においては、むしろそういった部分をすくい取る学習理論に基づいて検討される必要がある。

行動主義に基づく学習理論と同様に、看護学教育に影響してきたのは、認知主義に基づく学習理論である。認知主義の特徴は、問題解決過程を重視する点であり、看護学教育においては、PBL（Problem Based Learning）や看護過程の学習に取り入れられ、看護実践における論理的思考過程の学習に貢献してきた（和賀，2009）。しかし、認知主義は、理解できたことと行動とを同一視する傾向がある。そのため、これに偏りすぎた場合には、実践的な技術訓練が軽視されることになる。90年代の看護技術教育においては、技術を「身につける」よりも根拠を理解することが重要視された（野本，1994）。これは、この学習理論の影響を強く受けていると思われる。

これら行動主義や認知主義にもとづく学習理論では、ひとの学習が教育者によって設定、準備された中で起こるものであること、あるいはコントロール可能なものとされるため、その成果は行動や認識の変容によって説明されることが前提となっている。しかしながら、実際に看護師が一人前になり成長していく過程では、必ずしも常に指導者が存在するわけではなく、また、目標が明確な中で行われているとは限らない。新人看護師時代以降の過程では、むしろそうではないことの方が多い。前述したように、学習者の学びは、もっと多様で看護と同様に状況依存的である。

看護技術のように実践経験を通して習得される内容については、職場において自然発生的に成立している学習を捉える視点が導入され、これが教育のストラテジーに加味される必要がある。しかしながら、現状の看護技術教育では、この点はまだ十分に検討されているとは言えない状況にある。

## 2) 我が国の看護技術教育の現状

看護基礎教育においては、2001年に「看護学教育の在り方に関する検討会」（文部科学省）が開催されて以来、文部科学省、厚生労働省、看護系大学協議会などによって看護学教育のあり方、看護技術教育の在り方などの看護技術教育に関する検討が重ねられてきた。2011年には、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会報告書」（文部科学省，2011）がまとめられ、これに基づいて、看護専門職者として学士課程修了時に習得すべきコアとなる能力とそのために必要な教育内容など非常に詳細なものが提示された（厚生労働省，2011）。このような検討は、卒業時の看護師の看護実践能力の低下に対する看護基礎教育側の対応であり、実践現場のニーズや新人看護師の実態に即した教育が実践されるようにとの意図を含んでいる。

ところで、看護基礎教育は、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」（1951年文部省・厚生省令第1号）や「看護師等養成所の運営に関する指導要領について」（1993年健政発第5号）などの規定に基づいて実施され、現在は、2009年に改正されたカリキュラムに即して運営されている。この新カリキュラムは、それまでの様々な検討会における報告書をもとに改正されたもので、臨床現場の状況を鑑み、基礎看護学がひとつの分野（専門分野Ⅰ）として独立されるなど、技術教育や演習を強化した内容となっている（小山，2007）。看護技術教育に関する標準的な履修時間数は、学内での基礎看護技術演習は195時間、臨地実習は1035時間とされており、これは、看護基礎教育全体の41%を占めている（下野，2010）。これを海外の看護学教育と比較すると、イギリスやオーストラリアでは、基礎教育段階における技術教育の占める時間は全体の50%以上となっており、我が国の看護基礎教育における技術教育の時間は、決して多いとは言えない状況にある（山本，2002）。ただし、これらの国で実施される看護技術教育の内容は、診療補助技術が主体であり、我が国で行われる看護技術教育の内容とは異なっている。

ここで、諸外国と我が国とで看護師の看護技術の質保障についての状況を比較すると、まず、諸外国では、卒業後の免許更新制度が設けられている場合が多い。オーストラリアでは、毎年各州の看護協会への更新が義務づけられており、5年以上更新がない場合には、再教育課程を修了しなければならない。イギリスでは、3年ごとの免許更新が必要で、最低35時間以上の継続教育を受けていることが更新時の条件となっている。その他、アメリ

カ、中国、タイなどでもそれぞれ国や州によって基準や制度は異なるものの、看護師免許更新制度を設けている。これらが、看護師の看護技術の向上に直結しているかどうかは不明であるが、更新時に要求される内容によっては、看護技術の維持、向上への自覚や動機付けになる可能性はある（下野，2010）。我が国では、看護師免許は終生免許で更新制度はない。しかし、看護師の専門職としての技術レベルを保証するための何らかのシステムは検討される必要があると考える。現在は、そのシステムもなく、卒業後の看護技術の質保障は、個々の施設や看護師自身の信念や意欲、あるいは専門職としての倫理観に委ねられている状況である。

さらに、専門職としての技術の水準を担保する免許制度の根幹である資格試験について見ると、我が国の看護師国家試験には実技試験がない。看護技術に関して国家試験で問われるのは、それを実施するために必要となる知識のみである。大平ら（1998）の調査によると、看護技術に関する国家試験問題は、「一般的な基礎的知識のレベル」「事項の説明や適切な行動を選択するレベル」にとどまっており、患者の条件を解釈し必要な援助技術を判断するという解釈レベルの評価は十分になされておらず、国家試験において、看護師の看護技術の水準を保証することは難しい状況にある。一方、海外においては、資格試験を実施していない国も存在する。イギリス、オーストラリアなどでは、看護師の国家試験はない。これらの国では、学生は大学卒業と同時に教育プログラムの認定機関でもある看護協議会に RN（Registered Nurse）として登録される。ただし、オーストラリアでは、卒業するためには、看護協会や教育機関が定めた看護技術水準に到達していることが証明されなければならない、卒業後は RN として認められた状態で働くことが期待されるため、学校では技術教育や臨地実習が非常に重視され、その後も毎年の免許更新が必要とされている。また、イギリスでは、免許更新時の継続教育を義務づけるなど看護技術の水準を保証するための仕組みが設けられている。我が国には、国家資格としての看護師の技術について、免許取得時にも、その後も、それを公的に保証する仕組みがない。現状では、免許取得前に行われる看護師養成機関における技術教育が、唯一公的意味をもつものに位置づけられる。しかし、それも教育機関によって内容や時間が異なり、卒業生の到達レベルにはかなりの差があることも問題となっている（下野，2010）。

#### 4. 看護技術の習得過程を解明する必要性

これまで、看護師の看護技術の習得と技術向上についての課題を検討した。明らかになったのは、以下の通りである。

- 1) 現在の新人看護師の看護技術は、基礎教育で学習できる内容や量が限定されている上に、学習した内容だけでは、実践現場の状況にはスムーズに適用できない状況にある。
- 2) 看護師は、看護基礎教育修了後、実践現場で看護技術を磨いていくにもさまざまな困難があり、その技術を向上させる機会が少ないという状態に置かれている。その結果、看護師は必ずしも看護実践現場で技術を高めているとは言えない可能性がある。
- 3) 看護技術教育の背景となっている学習理論は、行動主義や認知主義に偏重しており、それは、看護技術の学習には適用しにくい学習理論である。看護技術の特徴を踏まえると、「現場での学び」の視点を加味した教育が検討される必要がある。
- 4) 臨床現場に看護師を送り出し、その技術を保証していく役割を担う看護基礎教育にお

ける技術教育については、臨床現場の状況に合うように様々な検討がなされ対応策が実施されつつあるが、それはまだ十分とは言えない状況である。

- 5) 我が国の看護師の国家資格制度には、公的システムとして看護技術の質を十分に保証するシステムはない現状である。このことから、看護技術の質保証は、臨床現場の看護師の自己研鑽に頼らざるを得ない状況にある。

以上のように、現在の看護界における看護技術の習得には多くの課題があり、現状のままでは看護師の看護技術の実践能力の低下は必然とも言える状況にある。しかしながら、このような状況下においても、看護師は患者に安楽や快適さをもたらすために努力と工夫を重ねている（三輪木，2005）。そういった看護師の中には、優れた看護技術を実践する看護師も存在するのではないかと思われる。看護師がどのようにその技術を習得したのかも含めて、現在の看護実践現場における看護技術の習得過程を知ることは、看護師の看護技術習得を促す方略を検討するうえで非常に重要であると思われる。

近年、企業においては、人材育成における技能形成、伝承が話題になっている。中でも、看護技術のようにマニュアルによって習得することが難しい、あるいはできない技能の伝承の問題が取り上げられている。それは、機械化、情報技術化が進む中においても、完全にはマニュアル化できない熟達者のもつ技能の重要性が再認識されており、これを効率的に後進に伝え、優秀な人材を効果的に育成することが、企業の経営戦略の重要課題となっているからである（松本，2003a）。我が国は世界有数の技術立国であり、ものづくりにおいては世界一であると言われるが、そのものづくりの現場であっても、最終的な結果の成否を左右するものは、円熟したベテランのもつ「言葉にならない技術」とであると言われる。この領域における問題は、言葉にできないことだけではなく、言葉にすることそのものに功罪があることを踏まえた技能形成と伝承に関する戦略が持てないことであるとも言われている（塩瀬，2009）。

このような情勢を背景に、経営学における技能形成研究では、「教える技能形成」から「相互構成的学習カリキュラムの形成」へと意識転換が図られている。そのコンセプトの第一は、職場における技能形成が、あくまで自分の身体で「実践」することが基本プロセスであるというスタンスを明確にすることである。そして、組織に求められるものは、学習者である組織成員の技能に対するコミットメントを高め、学習者が主体的に「実践共同体」内外に関われるように職場組織がデザインされることである。そのための資源は、その技能の性質、技能と状況との関連、熟達者の技能形成過程などに関する分析を基にした組織における技能形成の構造、メカニズムを知ることである（松本，2003a）。

看護実践現場においても、現在の看護技術をめぐる状況を考えると、その習得を促すストラテジーは、これまでの技術演習、技術研修の在り方にとらわれないようなイノベーションが必要であると思われる。とりわけ、現在の医療現場は高度化、複雑化しており、その中で、看護師に要求される専門性や専門的技術の内容、質は変化しているものと思われる。しかし、看護実践現場において看護師が実践する看護技術については、例えば、新人看護師の看護技術到達状況の低さと、早期離職や医療安全との関連などが論じられ問題視されるものの、専門性の向上という点での議論は少ない。とくに、日常生活援助技術が、高度な専門的実践の議論の中核として捉えられることはほとんどない。患者の日常生活援

助が看護の専門的役割であることは自明であり、その援助における看護師の技術を明らかにすることは、看護の専門性の裏付けをより明確にすることと同義であると思われる。また、看護実践現場において発揮されている卓越した技術が、後進に受け継がれていくことは看護職全体の願いでもある。看護の専門性や看護技術に関するこれまでの研究では、このような日常生活援助技術について、個々の看護師がどのように技術を捉え、習得しているのかという点や、それが看護組織の中でどのようにして受け継がれているのかという観点からその実情が捉えられたことはない。他の職種への技術委譲などの現場の変化から考えると、これが確実に看護師の技術として習得され後輩に伝えられているかどうかという点での危惧がある。

## 5. 清拭という看護技術のもつ意味

看護技術の中でも日常生活援助技術は、看護師から看護補助者へと委譲されつつある技術である。この看護技術を、看護師自身がどのように認識しているのかということや、病棟のケア全体の中でどのように位置づけられ、看護師達の看護実践への考え方や行動様式とどのような関連をもって実施されているのかを知ることは、看護実践現場における看護技術の習得過程をより詳しく知るために必要である。

日常生活援助の中でも、特に清拭は、看護師が手と目を使って実施するケアの代表格であり看護の原点とも言われている（川島，2011）。また清拭は、看護師が、「看護」や「看護技術」という言葉で思い浮かべるケアであり、看護師にとって特別な意味づけがされているケアであるとも言われている（阿曾，2006）。看護基礎教育で使用される主要なテキストにおいても、清拭は、患者に爽快感をもたらし、闘病意欲を高めるなどの心理的な効果があることや、患者とのコミュニケーションや観察の機会になることなど様々な意義が述べられている（阿曾，2013；真砂，2009；芳賀，2014）。

しかしながら、清拭の際に行われる「身体を拭く」という行為自体は、ごく一般的な日常生活行動であり、入浴やシャワーなどの際に身体を洗い、タオルで水分を拭き取る動作と同じである。誰もが日常生活上当たり前に繰り返している動作であるがゆえに、改めて学習して習得しなければならない動作だとは認識されにくい。看護学においては、清拭という援助の意味や患者への効果は様々に論じられてはいるが、この誰もが行っている「身体を拭く」という動作のどこが専門的であるのか、ベテラン看護師ならどのように行うのか、どこが卓越しているのか、素人の手技とどのように違うのかなどについては、他分野や一般の人々にもわかるようなレベルで示すことはできていない。また、看護学研究においても明らかにされたことはない。

このような清拭の技術の専門性や卓越性のわかりにくさが、清拭が看護の専門的技術だとは見なされない傾向を生んでいる可能性がある。医療現場に看護補助者が導入され、清拭が看護補助者に委譲されているのも、無資格者の行う清拭と看護師が行う清拭の違いが明確ではなく、そのことを看護師自身がしっかりと認識できていないからではないかと思われる。臨床看護師の49%が「清潔ケアに負担を感じている」という報告（深田，2007）もあることから、清拭が看護の原点であるという看護学研究者の認識は、現場の看護師の認識とは必ずしも一致していない可能性がある。

現在は、専門看護師、認定看護師が養成され、さらにはより高度な診療補助行為に携わ

るための特定行為研修が実施されている時代であり、認知症や糖尿病などの特定の疾患や、救急、感染などの領域に特化した実践が追求され、看護師の診療面での活動が拡大していく傾向がある。このような状況においては、看護独自の専門性は、より一層見えにくくなる可能性がある。看護師が日常生活援助のひとつである清拭をどのように捉え実践しているのかということは、こういった医療現場において看護職者にとっての日常生活援助がどのように位置づけられているのか、看護師がどのような活動を看護の専門的活動だと考えているのかということと深く関連していると思われる。これらを知ることが、これからの医療現場において、看護師が自らの専門性をどのように発揮していくべきかということをも明確にしていくことにつながるものと考えられる。

また、清拭は、寝衣交換や体位変換などの複数の技術が同時に実施される複合的技術であるとともに、患者のプライバシーへの配慮など倫理的な要素も含まれることから、看護学の初学者である学生が、看護とは何かを学ぶのに適した学習内容に位置づけられている。清拭は、日本の看護学生のほとんどが必ず学習し、実習においても何度となく実施する技術である（高橋，2005）。しかしながら、清拭は、学校で教えている方法と臨床で実践される方法との乖離が大きい技術として問題視されている（三輪木，2005）。看護技術を担当する教員は、これを理解した上で、患者の状況に応じた適切な清潔援助を選択できるような教育（三輪木，2005）や、清潔援助の価値を学生が十分に理解できるような教育が必要だと述べている（高橋，2005）が、このような対応によって、卒業後の実践力に結びつきにくいという問題を根本的に解決できるとはいえない。学生が基礎教育で学習し習得した技術が、臨床実践現場でより質の高い専門的な技術として磨かれていくような看護技術教育が理想である。現在の看護技術教育は、それが実現できていない状態にあると言える。このような観点からも、看護師が、臨床現場においてどのように清拭を学んでいるのかを知る必要性は高いと言える。看護師が清拭を実践する際に、基礎教育で学んだことがどのように活用されているのか、あるいは活用されていないのかという点は、看護基礎教育と継続教育の連携を考える上で重要である。

以上のことから、本研究では、現在の看護実践現場において、看護師が清拭をどのように捉え実践し、習得しているのかについて明らかにする。また、そこにどのような課題があるのかを明らかにすることで、これからの看護職者に必要な技術習得のあり方や専門性についての考え方、さらには、看護技術の後進への指導方法についての示唆を得ることができると考える。

## Ⅱ．研究目的と研究目標

本研究の目的は、看護実践現場において看護技術のひとつである清拭が、看護師にとってどのように捉えられ、実践されているのか、そして、それがどのように伝えられているのかを明らかにすることである。

本研究では、以下のような研究目標を設定する。

- 1) 看護師にとっての清拭はどのような看護技術であることを明らかにする。
- 2) 看護師集団において、それがどのように習得されていくのかを明らかにする。



### Ⅲ．研究の意義

本研究の意義は以下の２点である。

#### １．看護技術教育イノベーションへの貢献

看護師の清拭技術の習得過程を明らかにすることは、まず、看護師が臨床実践の場でどのように看護技術を習得していけばよいのかということに対する回答を得ることになる。それは、看護師の成長に必要な人的、物的、文化的条件を明確化し、看護実践現場が学習する組織となるための条件を提示することにつながる。これは、看護組織における人材育成マネジメントの資料として活用することが可能であると考ええる。

さらに、看護師の清拭技術の習得過程を明らかにすることによって、新人看護師が臨床現場で実施している清拭をどのように習得しているのかを明確にすることができる。それは、看護基礎教育において、臨床現場で通用する清拭技術をどのように教授すべきなのかということへの示唆につながると考える。

また、清拭の技術習得過程は、すべてを言語化して表現できない看護技術が、どのように習得されているのかを知ることにつながる可能性があり、このような技術に有効な教育方略について示唆を得ることができると考える。これらは、現在の看護基礎教育における教育内容や方法、看護基礎教育と継続教育との連携の在り方について検討するための資料となるとと思われる。

以上のことから、本研究の成果は、臨床現場における看護実践家の学び方や成長過程を踏まえた看護技術教育のストラテジーを提案することができると考える。それは、従来の教育方法にとらわれずに看護技術教育の在り方を検討することであり、いわば看護技術教育イノベーションにつながるものと考ええる。

#### ２．看護キャリア開発学研究における貢献

看護技術は、看護職が自らの専門性を発揮する最も重要な手だてであると言われている（川島，2010）。特に、清拭は、看護の原点とも言われることから（川島，2011）、その技術を看護師がどのように捉え実践しているのかという点は、看護師が看護の本質や看護の専門性をどのように捉えているのかということと関連していると思われる。現在、医療現場においては、特定領域の専門的知識、技術をもった看護職が養成され、看護補助者と協働して看護実践を行うことが推奨されている。このような現状であるからこそ、看護の原点と言われる技術が、看護職によってどのように捉えられ実践されているのかを知る価値は大きいと考える。本研究の成果は、現在の医療現場において、看護職が看護をどのように捉え、また、自らの専門性の拠り所をどこにおいているのかを知ることにつながる。それは、これからの医療の中で、看護師が専門職としてのキャリアをどのように発展させていけば良いのかという看護キャリア開発学研究への示唆を得ることにつながると考える。

## 第2章 文献検討

### I. 看護技術とその関連概念

本研究では、看護師の清拭に対するとらえ方、技術習得過程に着目するが、その方法論を明確にし、本研究の立脚点、研究の射程を定めるために、まず、組織における人材育成マネジメントの課題である技能形成研究における成果を概観にする。

看護学では、「技能」という語は馴染みが少なく、実践する力を表現する際には「実践能力」とされることが多い。しかし「実践能力」という言葉には「リーダーシップ力」や「教育能力」など幅広い意味（中岡，2004；神原，2008）が含まれる。また、実践する力という意味を包含して「看護技術」と表現することも可能である。ここでは、これらを踏まえ、本研究が対象とする清拭の技術をより明確化するために、「技能」や「技術」、そして「看護技術」と関連する諸概念について整理する。

#### 1. 「技術」と「技能」の相違

一般的に、「技術」は、「①物を取り扱ったり、事进行处理したりする方法や手段。②科学の理論を実際に応用し、自然を人間生活に役立つように利用する手段」（日本国語大辞典，2002，p.104）とされ、「技能」は、「物事を行う腕前。技芸。技術。わざ。」（日本国語大辞典，2002，p.226）とされている。つまり、一般的な日本語の意味としては、「技術」と「技能」はほぼ同義であると思われる。

しかし、学問的にはこれら2つの概念は、多くの研究領域において検討される課題である。中でも、「技術」と「技能」の相違と関連について詳細な文献検討がみられるのは、職業訓練学・職業能力開発の領域においてである。宗像（1996）は、ものづくりにおける技能開発の立場から「技術・技能観」を整理している。

宗像は、「技術・技能観」には、技術と技能が別々に独立して共存するという共存型技術・技能観と、両者は一体化したものであるという融合型技術・技能観の2つの見方が存在するとしている。まず、共存型技術・技能観は、中村（1975）による手段体系説と武谷（1971）による意識的適用説がある。手段体系説では、技術とは労働手段（機械）の体系のような物象のことで客観的な存在であるが、技能はひとの主観的な能力であり、労働力の属性であるとされる。また、意識的適用説では、技術は、生産の場で客観的法則性を意識的に適用することであり、技能は個人の熟達で獲得される能力のことで、主観的・個人的・心理的であるとされる。これらは、自然科学者や技術者（ここでは、主に科学技術開発に携わる人という意味で使用されている）によって取られるアプローチであり、いわば「労働」から切り離されて存在する「技術」の見方で、近代産業社会の体制、すなわち、雇用者（主に技術開発者とされている）と労働者（主にブルーカラー）の分業体制を反映した「産業社会的技術観」とであるとされる。

一方、融合型技術・技能観は、三木清の「技術哲学」（三木，1967）に基づくもので、「技術」と「技能」は区別することができず、個人の中に一体的に遂行されるという見方である。これは、個人の営みに着目する見方であり、教育訓練を考えるために必要とされる技術・技能観であるとされている。この技術・技能観では、技能は熟達した職人のカン

やコツといった感性的能力であり、技術とは、主観的主体（人間）と客観的環境の対立を媒介して調和を図る意志的行為の形であり、主観的・客観的な統一として成り立つと説明されている。宗像（1996）は、このような技術・技能観を「人間的技術観」と呼び、「産業社会的技術観」に比べて、より「広く見る見方」としている。「産業社会的技術観」における技術が、ひとの実践や行為とは独立した外部にある客観的で説明可能な存在であるのに比して、「人間的技術観」では、ひとの実践や行為の様相そのものも技術であり、技術と技能の境界が定めにくく説明しにくいものとして捉えられている。宗像（1996）は、ものづくりの世界の教育者であるが、この技術・技能観は「もの」が有形の物だけではなく、「動作」や「ソフト」「健康」「安全」に置き換わっても同じ事が言えること、つまり、医療や交通などの職業能力や、スポーツ、伝統芸能などにおいても当てはまる技術・技能観であると述べている。

これらの議論を総合すると、「技術」とは、主に、客観的に第三者に理解可能な行為やその成果の側面を、「技能」とは、主に、それを可能ならしめているひとの能力の側面を示す概念であるが、これらは厳密に区別できるものではないという見方があると理解することができる。

## 2. 「看護技術」と「技能」

看護学においては、川島が前述した武谷技術論を基に、看護技術についての「技術」「技能」を論じている（川島，2002，2010）。川島は、「技術」は、言語として客観的に教えられるひとつの方法であると言う。そこには、すでに根拠が科学的に明らかにされているものだけではなく、科学的には分からなくても経験的に得られた法則性が存在しているとしている。一方「技能」は、言葉ではうまく伝えられないけれども、何回もトレーニングを重ねて身体的な感覚で覚えて実践することで、身につく技であるとしている。そして、技術が技能に技能が技術に転化していく中で実践のレベルが高くなっていくとしている。看護技術に関するこれまでの研究のいくつかは、この定義を用いて看護技術を説明している（野本，1997；土蔵，2006）。しかし、「看護技術」には、ひとに対して、ひとによって実践されるという特徴があることから、武谷による自然科学的技術観が必ずしも適切ではないとの見方もある（池川，1991）。ここで、「看護技術」の技術としての特徴を整理し「看護技術」と「技能」の概念を検討する。

看護技術は、ひとに対して実施される技術である。田尾（1993）はヒューマン・サービスの技術の特徴について、道徳的な配慮が欠かせない点、その背後にある文化的、社会的な価値が加味されなければならない点、そして、多くの不確かさを抱えている点を挙げ、それゆえに、「科学的とされる知識だけではなく、経験や信念によりどこを求めて実施されることもある」（p.126）と述べている。看護学においては、この「対象がひとである」ことに由来する複雑性や不確かさに加え、その技術を実践する看護師自身の身体感覚や患者との「手」や「目」を介した知覚的な交流をより重視する捉え方がなされている。これは、相互身体的構成的技術として看護技術を捉える見方であり、このような相互身体的構成的技術としての看護技術がどのように実践されているのかについては、実践者自身にも的確に表現しにくいことから、「実践知」や「言葉にならない技術」と表現される（池川，1996，2009；阿保，2009）。このような看護技術の特徴は、ひとを対象とするサービス業

などの他の技術とも大きく異なる特徴である。

この看護技術の相互身体的構成的特徴は、その技術を実践する看護師自身の知覚がどのようなものであるのかや患者との関係の在り方が、その実践に如実に反映されるものであることを意味している。つまり、看護師がどのように患者を知覚しているかが、その看護師の判断から患者に差し伸べる手の強さにまで反映されており、そこには看護師自身のもつ看護についての価値や信念が包含されている。さらに、患者と看護師との関係性は、看護師の差し伸べた手とそれに応答する患者の身体との間において発生する現象や、その実践において新たに再構築される関係性をも規定する（池川，1996）。このように、看護技術は、それを遂行する看護師という個人の中に備わった技能と患者や周りの環境、道具などが一体となって遂行される行為であり、宗像がいう融合型技術・技能観に立つことが妥当であると考えられる。宗像（1996）は、「そもそも技能とは何かという問い自体が、技術と技能が別々に存在することを前提にしている。融合型技術・技能観においては、このような問いは存在しない。能力そのものを問うだけである。」（p.96）と述べ、技術と技能を区別して論じるのではなく、それらが一体として実践される時のその実践者の能力こそを見る必要があることを示している。

また、「省察的实践家（Reflective Practitioner）」の概念を提唱し、教師教育や医学教育などプロフェッショナル教育のあり方への変革を迫った Schön（1983）は、現代の企業や病院、教育現場における専門家に求められる働き方は、すでに体系化された知識やスキルを現場に適用するような技術的合理性の適用による問題解決ではなく、刻一刻と変化する現場の状況を瞬時に分析、判断、省察し、即興的に対処を行う「省察的实践家」としての働き方であると述べている。Schön は、プロフェッショナルの実践が、そもそも客観的な「技術」を適用するタイプの実践ではないことを明らかにしている。つまり、「省察的实践家」の実践を捉えるには、「技術」がその実践者の外にあって、それが意識的に適用されるというのではなく、実践者の内にある「技術」と「技能」が、一体となって実践されるという融合型技術・技能観として見ていくことが必要であると思われる。

看護においても「看護技術」という語は、「～看護師の看護技術」というように、それを実践するひとの能力を含意して使用されることが多い。「看護技術」の概念は、様々な論じられるが、「技術」と「技能」の両方の要素を含む実践であることは確かである。宗像（1996）は、「技術・技能観」は、「ものづくりに対する態度である。」（p.71）とも述べているが、看護においても、看護実践に対する態度によって、「技術」と「技能」を区別するか、分かちがたく一体となっていると見るか、その技術観は異なるものと思われる。

本研究においては、看護技術は、それが実践される状況が看護師によってその患者との関係においてその場で作り出されるという即興的な要素が強い技術であり、客観的に観察される行為の中にも実施者の技能が潜在し、それらが一体となって遂行されている技術、すなわち、融合型技術・技能観に立つことが妥当であると考えられる。その上で、看護師という「ひと」の学習・成長を問題にするという意味であえて「技能」に焦点を当て、研究の方向性を明確にしたいと考える。

### 3. 「技能」に関する研究

心理学や認知科学、行動科学などの領域では、人間のあらゆる認知を技能と捉えて研究されている（久本，1999）。近年は、企業における人的資源、人的資本の管理・開発の観点から、「技能」形成や伝承の問題は、経営マネジメントの重要課題とされている。このことから、経営学においても技能は主要な研究領域として位置づけられている。

松本（2003a；2003b）は、経営学における人材育成研究の立場から、「技能」に関する心理学、認知科学、さらに経営学における研究を詳細にレビューし、「技能」概念を検討している。以下、松本の行ったレビューや認知心理学における研究を参考にしながら、「技能」がどのように捉えられているかを概観し、本研究の課題である「看護技術」の射程を検討する。

#### 1) 心理学、認知心理学における「技能」研究

松本（2003a；2003b）によると、心理学における「技能」研究は、運動技能（motor skill）を中心とする議論から、情報処理の認知プロセスにおける熟達を扱う知覚技能（perceptual skill）研究、両者のつながりとしてとらえる知覚－運動技能（perceptual-motor skill）研究へと発展している。

「運動技能」を中心とする研究においては、「技能」が「意図したすぐれた成果を生み出す『能力』」と捉えられ、そこには「動作の連続制御」や「連続性を制御する認知過程」「反復的な経験による学習」の関与が確認されている。

「技能」の認知的側面を重視する研究では、「技能」が階層的に捉えられている。Fitts と Posner（1967）の提唱した技能概念や Singleton（1978）の提示した技能の枠組みでは、「知覚技能」や「運動技能」の上位に統合的な技能概念が提示されている。すなわち、学習によって獲得した技能と、それらを変化する状況に対応して使い分け、行動を制御する技能である。松本は、この上位にある技能を「メタ技能」と呼び、「技能」の熟達過程においてより重要なのは「メタ技能」であるとしている（松本，2003a）。

知覚－運動技能研究の成果のひとつは、技能における「自動化」を説明したことである。「自動化」は、技能獲得の最終段階である熟達段階で、様々な手続が意識しなくても行えるようになる認知プロセスを指す。認知心理学では、人間の認知機能が、身体機能と同様に、同時に多くのことができないという限界があること、そして、それを乗り越えるために限られた資源を効率的に活用しようとするプロセスがあることを明らかにした。これは「認知資源の節約」と呼ばれ、技能獲得における「自動化」は、この認知プロセスが関与しており、熟達者が、反復練習の成果として、初心者の頃に向けていた注意を節約し、その分の注意を他の動作に向けるようになることで、より統合的で合理的な動きができるようになる」と説明されている（波多野，1983）。「自動化」は、珠算技能の熟達者や車の運転技能などに見られ、高度に自動化された技能においては、道具が体の一部になる状態が確認されている（Hatano，1977）。

以上のように、心理学や認知心理学においては、「技能」は「能力」として捉えることが明確にされており、それを統合し制御する「メタ技能」、そして、よりスムーズな動作や制御プロセスへとつながる「自動化」などの認知的要素の存在が明らかにされている。これら「メタ技能」や「自動化」の概念は、認知心理学における熟達研究においてより発

展がみられる。

## 2) 「技能」と「熟達」

認知心理学では、獲得研究と言われる領域における「熟達者」や「熟達化」の研究の中で、その特徴やそれを支える要因の1つとして「技能」が論じられている(波多野, 1996)。つまり、認知心理学においては、「技能」と「熟達」は、結果かプロセスかという重点の置き方の違いによって、ほぼ同じ内容を異なる側面から論じているものと思われる。ところで、「熟達」と類似した言葉に「熟練」がある。「熟練」は、労働的なイメージを喚起するのに対して、日常的な行動にも適用できる言葉として特に認知心理学では「熟達」が使用される(松本, 2003a)。本研究では、「熟練」の方を多く使用するが、「熟達」「熟練」はほぼ同義と捉えている。

「熟達」研究では、熟達者は、「手際のよい熟達者(routine expert)」と「適応的熟達者(adaptive expert)」に分けられる(波多野, 1983)。手際のよい熟達者は、同じ手続きの繰り返しで習熟し、その技能の遂行の速さと正確さが際立っているひとを指す。また、適応的熟達者は、ある領域の高度な課題遂行を繰り返すことで概念的知識を構成し、課題の状況変化に応じて適切な解を導くことができるひとを指す。チェスの達人やスポーツ競技、医学、数学などの学術、美術や音楽などの芸術分野などの達人がこれに当たるとされる。また、適応的熟達が要求される分野には、その課題の収束性と拡散性を両極とする次元が存在する。収束性が強い分野の課題とは、正解が単一または一義的にでも決定でき、手順がアルゴリズム化できる課題(例えば物理学の課題など)があり、拡散性が強い分野の課題は、正解が熟達者の数だけ存在し、手順のアルゴリズム化がふさわしくない分野(芸術作品の創造など)がある。医師の行う医学診断は、この中間の次元に存在すると言われる(波多野, 1996)。サービスプロフェッションの熟達を研究している笠井(2009)は、看護師やCA(Cabin Attendant)も、医師と同じ中間次元の適応的熟達を要する分野に位置づけている。

また、「熟達」研究では、熟達した技能の特徴が明らかにされているが、それは「下位技能の習熟」「適切な問題解決のための知識獲得」「適切な評価基準の獲得」の3つである。手際のよい熟達者は、「下位技能の習熟」が特徴的であり、適応的熟達者の場合は、「適切な問題解決のための知識獲得」「適切な評価基準の獲得」が特徴であるされている。

「下位技能の習熟」には、前節で述べた「自動化」とともに、「チャンク化」が関わっている。「チャンク化」とは、意味のある情報をひとまとまりにして記憶することを意味し、チェスの熟達者の記憶方略やディナーの注文を記憶するウェ이터の技能などが報告されている(Ericsson & Polson, 1988)。

また、「適切な問題解決のための知識獲得」は、「マッピング(対応付け)」によって説明される。これは、表面的な外的情報と自分のもつ内的情報とを対応させて検討し判断を導くことを意味し、医師のレントゲン写真の診断やスポーツにおける試合展開の判断などで働く技能として説明されている。また、研究や芸術など創造的領域において新たなアイデアや課題を導くプロセスも、内的世界と外的世界との行き来による新たなマッピングの形成であると説明されている。

また、「適切な評価基準の獲得」とは、「遂行の評価基準」や「自己状態の評価基準」

を獲得していることを意味する。つまり、上記のような単純な技能の習熟や問題解決の適切性だけではなく、どのような遂行が最も価値があるかを定める基準や、自分の作業や練習が望ましい状態であるかどうかをチェックし調整するメタ能力が備わっているということである。これらは、熟達者のもつ「こだわり」や「見る目」と言われるようなものである。熟達者は、同じ領域の技能を見るときに、多くのルールを安定的に使い分けて評価することのできる基準をもっている。ピアノ演奏の評価についての大浦（1989）の研究では、「メリハリはあるが型どおりの演奏」に対して、初心者から準熟達者までが高く評価したにも関わらず、熟達者は低い評価しか与えないという興味深い結果が得られている。この研究からは、熟達の度合いの高い者ほど、洗礼された微妙さに対する感受性が高く、「定型的パターン」をより低く評価する傾向があることがわかる。さらに、「技能」を評価する際の見る目が、熟達度によって異なっていることが示されている。

これら「熟達」研究で示された熟達者の特徴からは、熟達した「技能」がどのようなものであるか、また、「技能」がどのような認知プロセスを経て発揮されるのかについての示唆を得ることができる。

### 3) 「技能」と「知識」

人間の「知」を扱う認知心理学において、「取り組むべきテーマ」の1つに「技能」が挙げられることから、認知心理学では、「技能」は「知識」として捉えられていると言える。例えば、Anderson(1980)は、知識を、知っている事実である「宣言型知識(declarative knowledge)」とやり方を知っている「手続型知識(procedural knowledge)」に区別し、手続型知識の方を「技能」とであると定義している。また、高度に熟達した「技能」に見られる特徴のひとつで、「知識」との関連で検討されるのは、「暗黙知(tacit knowledge)」である。さらに、「暗黙知」の類似概念には、「実践知」や「身体知」という概念も存在する。ここでは、これらを整理し、「看護技術」における「技能」に関する検討をさらに進めることとする。

松本(2003a)は、「技能」と「知識」との関係を問題にした端緒となる研究者に Ryle を挙げている。Ryle(1949)は、知ること(knowing)には、「内容を知ること(knowing that)」と「方法を知ること(knowing how)」があることを提唱した。つまり、知ることには、「できるようになる」ことも含まれるということであり、技能を知識の一種であると位置づけている。ただし、Ryleは、技能を獲得するということは、言語的にそれを正確に説明できるようになるということと同義ではないとしている。つまり、言語的に説明できないことも「知識」には含まれるということである。Polanyiの「暗黙知」の概念は、このRyleの考え方を継承したものであると考えられている(松本, 2003b)。

Polanyi(1966)は、「我々は語ることができるよりも多くのことを知ることができる」(p.51)として、個人に内面化され、言葉に置き換えることができない知識を「暗黙知(tacit knowledge)」と呼んだ。このPolanyiの暗黙知の概念については、経営学や社会学、哲学、教育学など多くの研究領域で検討されているが、領域によって解釈が若干異なっている。

経営学では、新しい知識や技術を生み出すイノベーションが問題となる。ここでは、特定の仕事集団や熟練工のもつ技能をいかにして組織の人的資源管理や経営戦略の上に乗せ

ていくかという「ナレッジマネジメント」の課題として「暗黙知」が捉えられる。この観点によると、暗黙知は形式知（言明できる知）との対比、パッケージで論じられ、暗黙知から形式知に、形式知から暗黙知へという相互作用が図式化（SECIモデル）されている。つまり、ここでは「暗黙知」は「未だ言葉になっていない知識」であり、何かの機会で意識がここに焦点化されることによって言語化することができる知であると考えられ、「技能」は暗黙知と形式知との変換サイクルで説明されている（野中，1992）。これは、川島（2010）が「技術」が「技能」に、「技能」が「技術」に転化することで実践レベルが向上していくと述べた「看護技術」の説明に類似している。企業経営においては、イノベーション開発の速度と効率性を増すためのマネジメントモデルのひとつとしてこのような解釈がなされたと言われるが（福島，2009）、看護においては、「看護学の学問的体系化」や「科学的根拠に基づいた実践」を推し進める潮流の中で、看護師の実践の中に埋もれている膨大な「言語化されない知識」が「いずれ説明されなければならない看護の知」として捉えられ、このような「技術」「技能」の解釈が行われたのではないと思われる。

一方、社会学者や哲学者は、このような解釈を「『無意識』と『意識』と、言い換えてもそれほど遠いものではない」（福島，2009，p.21）と批判している。彼らは、Polanyiが科学哲学者であることに加え、これまで特権的地位を与えられてきた科学的合理主義に対する強烈な批判を根拠として「暗黙知」概念を創出したことに注目する（福島，2009）。ここでは、暗黙知は、知的・合理的な認識を超えて存在する知であり、言語的に形式化できないことを前提とする知識であると解釈される。つまり、すべての知識が形式化できるとする見方を否定しているのである。Polanyiの代表的研究者である福島（2009）は、伝統や慣習の中に存在する知や技能の暗黙性に注目しているが、看護実践における知識についても記述しており、「明示的に説明できないけれども歴史的に機能してきた確かに存在する『知』があり、それらが実践における『伝承の成果』として個人や組織に密接に結びついている」（p.21）という。また、大串（2009）は、経営学者であるが、ナレッジマネジメントにおける暗黙知と形式知の知識変換モデルを批判した上で、看護技術における看護師の「身体的主観的知識」としての暗黙性や、患者-看護師の関係性に基づくケアのプロセス自体に含まれる暗黙性を高く評価している。福島や大串は、看護においては「形式知化」できない知があり、それは看護師の「技能」の中に確実に存在すること、そして、暗黙知を暗黙知のまま共有することの重要性を述べている。

「暗黙知」と類似した概念に「実践知」がある。「実践知」は「行為の先端にある知」「熟慮された行為とその行為に含まれる知」「文脈に強く依存した行為の知」など様々に捉えられるが、その起源は、アリストテレスの提唱した「フロネーシス（Phronesis）」という概念にさかのぼる。アリストテレスは、より良い生活を送るためには、様々な美德（知）を場面や状況のニーズに応じてうまく活用し、それを調和していくべきであると考え、それらの美德（知）を統合する美德（思慮）としてフロネーシスを提唱している（Polanyi, 1977）。看護における「実践知」の検討は、池川（1991）によってかなり深い洞察がなされている。池川は、看護実践が、看護師ひとりひとりの価値観や判断が包含された知的実践活動であり、「よく生きるため」という倫理的で目的志向的な活動であることから、看護実践が実践知の特徴を有していると説明している。池川によって述べられるフロネーシスとは、身体を通して「考える」とことと「する」とことが直に結び合わされている<身体



性>、個の内側に向かっていく<個別性>、自らの内に他者の目を保持し続ける<省察>、「今、ここ」での判断、敏感な洞察であり、即興能力である<判断>を有するものであり、これらは、看護技術の特徴（身体性・個別性・省察・判断）と一致している。つまり、「看護技術」はフロネーシスの特徴を有する「知」であり、「看護技術」が「実践知」そのものであると捉えられている。

これらのことから、「暗黙知」や「実践知」は、人間が行う「技能」の「言語化できない」高度な能力を表現していると言える。ただし、「暗黙知」は言語化（形式知化）できるか否かという人間の認知の特徴、限界に焦点が当てられた議論がなされているのに対して、「実践知」は人間の行為の倫理、良さを含んだ道徳的实践としての「技能」を強調するものであると考えられる。看護技術はひとの健康や幸福という「良さ」にかかわる技術であり、意識を焦点化すれば言語化できる可能性を大いに含みながらも、言語化ができない部分もあり、なおかつ、看護師の信念や価値を含んだ行為の先端にある実践知を含んだ技術であると捉えることができる。

最後に、「暗黙知」「実践知」と同様に「言語化できない知」として挙げられる「身体知」についても整理しておく。スポーツ運動学の第一人者である金子（2005）は、「身体知」について「今ここに居合わせている私の身体がわかり、私が動くときのコツをつかみ、カンを働かせることができるという働き全体」（p.12）と定義している。金子（2002）は、著書「わざの伝承」において、スポーツ競技における選手の「わざ」だけでなく、日常生活行動や職人の「わざ」まで広範囲におよぶ運動世界における伝承を検討している。金子はそれまでの客観的科学的運動分析に基づく運動教育理論の限界を指摘した上で、フッサーやメルロポンティなどの現象学的人間観に基づいた「身体知」の構造分析を行っている。金子は、これを「わざを身につけつつある人の運動感覚世界を明るみに出す仕事」（p.2）と述べている。ここでは、「身体知」は、学習者が自らの「運動感覚図式」を生み出す能力である「創発能力」と、伝え手が指導する際に要する能力である「促発能力」とに区別して説明され、言葉ではうまく表現できない「身体知」が、学習者の関心や動機付けを基盤とした「創発身体知」と、指導者の「わざ言語」と呼ばれる特徴的な比喩的言語指導などの総合である「促発身体知」とによって習得されるメカニズムが記述されている。

また、前述した福島（2001）も、「暗黙知」が働く際の「身体」との関連を詳細に記述している。福島は、日常的に繰り返し行われる作業である「ルティーン」についての社会学的民族誌的な分析を行っている。ここでは、「ルティーン」の形成過程の一つである「儀礼化」について、「特定の行為のパターンがある種のループに巻き込まれることによって固定化し、それが行為者の身体に深く刻み込まれることによって、そのパターンが次第に硬直化し、非反省的になっていくプロセス」（p.31）であると説明されている。

前述した宗像（1996）は、職人の技能の中核は「カンやコツといった感覚能力である」（p.101）と述べて重要視しているが、看護においては、熟達した看護師の「カン」や「コツ」の存在は認めつつも、それらは、非科学的非体系的なものとして退けられる傾向があった（池川，1991）。しかし、西村（2001）が行った現象学的記述による研究成果などにより、看護実践における「身体化された知」が明らかにされ、看護師の「言葉にならない知」が看護学の学問体系の中で正当に評価されるようになった。看護技術については、池川（1991）が、「看護技術の身体性」として説明している。池川が述べる「身体性」とは、

看護師が患者の身体に触れるその手の知覚が、「患者の体験している世界を理解することができる」(p.106) 相互主観的な身体であり、「身体を通して考えることとすることが直に結び合わされる」(池川, 2009, p.17) という「自覚する手前の経験としての『知覚』(メルロ＝ポンティ, 1945)」という意味で使用されている。また、阿保(2009)は、看護技術の中核は、「対他性」「身体問題」「相互作用」「繰り返し」にあるとしているが、看護学における身体は3層から成り立つと説明している。表層は、意識と言葉で捉えられる身体、中層は、言葉の一手手前の前意識的身体、深層は、言葉としてのまとまりをもたない身体であり、これは予感や直観を含むとしている。

このような看護における「身体化された知」の捉え方は、運動やルティーンの技能における「身体知」とは少し異なっている。後者は、「考えなくても自然に身体が動く」という認知心理学における「自動化」の概念と非常に近いものである。しかし、看護技術では、患者と看護師との相互主観的な身体知覚を問題にしている。したがって、その技術習得過程においても、学習者の内側で「運動感覚図式」ができあがる運動世界の「身体知」の形成とは異なるメカニズムが存在する可能性がある。

しかしながら、実際の臨床現場の状況は、日常的なルティーンの中に埋め込まれた実践がほとんどである。このような現実の看護実践現場から、看護技術の習得過程を理解するためには、福島(2001)が述べる「パターンの硬直化」や「非反省的プロセス」というルティーンにおいて働く「身体知」の視点を踏まえることも重要である。また、阿保(2009)が述べるような、看護師が「身体で覚える」技能としての側面には、運動世界における「身体知」も存在する可能性もある。これら「身体知」についての様々な視点は、看護技術の習得過程の一側面を捉える上で参考になるものと思われる。

#### 4. 本研究の立脚点と関連概念の定義および研究の射程

これまでの文献検討から、本研究の立脚点、関連概念の定義、研究の射程は以下のように整理できる。

- 1) 技術は「第三者に理解可能な行為やその成果の側面」、技能は「それを可能ならしめているひとの能力の側面」を示しているが、本研究においては、「技術」と「技能」は明確に区別できない融合型技術・技能観に立つことが妥当である。
- 2) 「技能」は意図した優れた成果を生み出す「能力」であり「知識」でもある。それは、知覚技能や運動技能の上位に「メタ技能」という統合的で制御的に働く技能が存在するという階層構造をなしている。
- 3) 技能が統合的で合理的に働くには、「自動化」「チャンク化」「マッピング」などの認知的要素が介在する。
- 4) 熟達した「技能」には、「下位技能の習熟」「適切な問題解決のための知識獲得」「適切な評価基準の獲得」などの特徴がある。
- 5) 言語化できない高度な「技能」は、「暗黙知」「実践知」「身体知」と表現される。看護技術は、意識を焦点化すれば言語化できる可能性がある部分と、言語化できない「暗黙知」「実践知」「身体知」が含まれる。
- 6) 本研究では、「看護技術」は、「看護師の看護実践の行為の形や方法のひとつであり、患者と看護師によって実現されるプロセスと成果であり、その実践を可能にしている

看護師の能力を含むもの」とする。

- 7) 本研究が課題とするのは、看護実践現場において看護師が看護技術についてどのように認識し、習得しているのかを知ることである。したがって、分析対象となるのは、看護師の言動や看護師同士、患者－看護師のかかわりはもちろんのことであるが、熟達した技術に潜在する認知的要素や「言語化できない知」の存在へも目を向け、観察・分析の対象としていく必要がある。

## Ⅱ．技能形成に関する研究

これまでは、「技能」をどう捉えるかについての研究を検討してきた。ここでは、技能がどのようにして形成されるのかについての研究を検討するが、これに先だって本研究の対象となる「技術習得」に関連する「形成」「獲得」「習得」という語の区別を明確にしておきたい。まず、「習得」はひとが物事を習い覚えることの総称であり、学習を論じる文脈において使用される。一方、「獲得」は手に入れる、自分のものとするという意味があるが、「熟達」に関する研究が「獲得研究」の領域に属するとされることがからも「技能獲得」と言われる際には、それが自分のものとして自在に使いこなせる力として取得したことを意味するものであり学習の成果だと理解することができる。また、「形成」には、形作り、確立するという意味がある（松本，2003a；波多野，1996）。本研究においては、「技術習得過程」は、看護師が技術を習い覚えるという過程を経て、自在に使いこなせる力として獲得し、看護師の専門的技術として確立する過程を総称した意味として使用する。

「技能」の捉え方や定義に関する研究と同様に、「技能形成」に関する研究は認知心理学における「熟達化」研究において盛んに研究されている。これらの研究は、状況的認知アプローチに基づく技能形成研究へと発展する。ここでは、これらの研究を整理し、さらに、技能の熟達化研究として有名で看護師の熟達研究にも影響を与えた Dreyfas モデルについて検討する。

### 1．熟達化に関する研究

認知心理学における熟達研究では、適応的熟達を促す要因は「能動的モニタリングを伴った学習」と「意味ある文脈の中での学習」であるとしている。

「能動的モニタリングを伴った学習」とは、Burton ら（1984）による「少しずつ複雑な課題をこなすことによる学習」がそのひとつである。ただしこれは、「手際のよい熟達者」育成モデルとして良く知られている「単純から複雑へ」「基本から応用へ」というプロセスとは異なるものである（波多野，1996）。「能動的モニタリングを伴った学習」とは、学習者が徐々に複雑になっていく課題をこなす中で、前の単純な課題遂行における自分自身の誤解、思い違いに気づく経験をし、その経験によって「能動的モニタリング」が起こり、より深い理解へと進むという学習過程である。また、学習者にとっての重要な状況への直面、例えば発表会や試合などが課せられることも、自分の知識や技量への欠点や弱点を繰り返し吟味し納得しようとするにつなかり、他者の同種の優れた仕事や業績に敏感になるなど熟達にとっての重要な態度の形成が促されるとされている。また、Ericsson ら（1993）の「よく考えられた練習」は、「能動的モニタリングを伴った学習」の例として有名である。それは、①課題が適度に難しく明確である、②学習者の既存の知識を組み

込み設計されている、③学習者が即座に有効なフィードバックが受けられる、④類似の課題を反復することができ、誤りを訂正する機会がある、という4つの特徴をもつ学習である。

また、「意味ある文脈の中での学習」とは、初心者が熟達者とともに居合わせることで、その領域における評価基準や態度、価値体系を身につけていったり、共に課題に取り組んだり仕事をする中で、正解が一つではないことを理解させ、創造的な技能を習得していく学習である。Brown ら（1989）の主張する「認知的徒弟制」はこれにあたり、文化集団の成員が共有する価値体系を初心者が獲得していく過程を理解する上で有効である。これらは、ノーベル賞受賞研究者と指導教官との関係性に関する研究や、チェリストの指導方法などで検証されている（波多野，1996）。

これらの認知心理学の知見は、技能の熟達に効果的に作用する学習条件や指導方法への示唆が大きい。これらを基盤として、経営学的観点から組織における熟達の実証的分析を行っている研究がみられる。笠井（2010）は、看護師や教師、CA（Cabin Attendant）などの職種をサービスプロフェッションと呼んで、それらの職種の技能がどのように熟達していくのかを分析している。それによると、技能の熟達には、①領域固有のものであること、②時間がかかること、③課題解決の積み重ねであり、マニュアルが適用できないこと、④内発的動機付けが必要であること、という4つの条件が必要であるとされている。また、これらの職種では、技能形成はひとりではなく、必ず周囲の対話的相互作用によって育まれており、組織風土や価値観などのひとと関連する条件（環境）が熟達に与える影響が大きいことが明らかにされており、本研究における看護技術の習得過程を観察、分析する上での参考にできる。

## 2. 状況的認知アプローチによる技能形成研究

前節のような熟達を促す要因の研究は、個人の内的な過程の解明から、その個人の生活する社会的世界との関係に位置づけて理解しようとするアプローチへと変化している。これは状況的認知アプローチと言われる。状況的認知アプローチでは、社会的実践現場で活動しているひとと、それを取り巻く多様な事物との関係が1つのシステムとして構造化されていることとして理解され、学習の文脈を叙述することで学習現象を捉えていこうとするものである。

このアプローチに基づく学習研究を進めているのは、文化人類学者である Lave と Wenger（1993）である。彼らは、数種の徒弟制についての民族史的研究から、新参加者が実践共同体に参入し、古参加者となる過程で、その集団に特有の技能の伝承が行われている様子を詳細に分析している。そして、ここで行われている学習を分析する視点として正統的周辺参加（Legitimate Peripheral Participation：以降 LPP とする）という概念を提唱した。LPP では、学習を実践共同体への参加のあり方の変化と、その変化とともに進行するアイデンティティの形成ととらえている。すなわち、ひとの学習という活動は、個人の頭の中で知識が蓄積されるというものだけではなく、社会的な実践のひとつのタイプであり、ひとが何らかの実践共同体の正統的な参加者である場合には、当事者が気づかぬうちに自然にしかも浸透的に学習は発生していくものであるという学習観に立っている。このような学習観に立つ学習理論は、状況的学習論と呼ばれている。

Lave と Wenger (1993) は、技能の獲得を共同体への参加と表裏一体であるとしている。LPP においては、「学習者は、どのような状況においても（学校・職場にかかわらず）否応なく実践者の共同体に参加するのであり、知識や技能の習得には、新参加者が共同体の社会文化的実践の十全的参加へと移行していくことが必要」（p.1）であるとする。つまり、実践者が共同体に身を置くこと、その仕事の一旦を担うことで、技能伝達の機会を与えられるということである。また、どのような立場の参加であっても、「非正統的参加」はあり得ず、共同体の中での活動の様子が学習の軌跡であるとされる。

この共同体への参加による学習には、「学習のカリキュラム」と「教育のカリキュラム」が両立しているとされる。「学習のカリキュラム」とは、「学習者の視点から見た日常実践における学習の資源が置かれている場」であり、「教育のカリキュラム」とは、「学習の構造化のための資源を供給する」教育のためのものである。松本（2003a）の解説によると、技能獲得においては、「学習のカリキュラムは、学習者の視点から実践に携わることで、学習者に見えてくる技能獲得の機会であり、教育のカリキュラムは指導者の視点から学習者に求めるべき技能獲得のポイント」（p.72）である。これらが実践共同体に両立しているということは、学習者が、ただ実践共同体の中で実践しているだけで技能を獲得していくわけではなく、指導者がその実践に制限を加えることで、技能の再解釈の機会が与えられることを意味している。

また、この背景には、学習者の実践の「即興性（Improvisation）」が大きく影響しているという。つまり、学習者がとりくむ状況の中で即興的にやってみることで、はじめてその方向性が見えてくるのが、学習のカリキュラムの構築であり、教育のカリキュラムは、その実践の有り様を大まかに導く機能を果たしているとされる。このように LPP では、実践共同体の中での学習者の「即興的实践」や、指導者の参加を通じた技能の媒介によって、技能の獲得が促進されるとされている（松本, 2003a）。

Wenger (1998) は、技能形成を社会的実践に位置づけてさらに踏み込んだ検討を行っている。Wenger は、実践の概念を「知ること」と「行うこと」との二分法や「理論」との反意語として考えず、両者を包摂する概念と捉えており、実践共同体は、自分自身の理論と世界の理解の仕方を、発展、交渉、共有する場であるとしている。学習者は、共同体に加わることで、その共同体の歴史を共有する。つまり、技能獲得においては、単に先輩から後輩へと伝承されるというのではなく、先輩の指導のもとで社会的実践を通じて、共同体ですでに行われている実践がどんなものであるかを学習する。それは、単に受け入れるのではなく、学習者がそこに新しい意味を見出し、共同体を規定し、その一員としてアイデンティティを規定していくという学習者自身の実践であり、理解の仕方であるとされる。また、Wenger (1998) は、学習はデザインできないものであるとしている。技能の習得は、実践の中で行われるため、その実践をデザインすることは、そもそもできないと考えられている。学習は、学習者の共同体への関わり方に規定され、その共同体での即興的实践によって行われるものであるからである。デザインできるのは、学習者がその共同体に参加する度合い、共同体での作業の度合いだけであるとしている。

このような LPP をはじめとする状況的認知アプローチにより、技能がその周囲の状況に埋め込まれており、学習者はその状況との相互作用によってそれを獲得することが明らかにされた。そして、技能形成研究に与えたさらなる貢献は、学習者による学習のカリキ

ュラムの構築という考え方と、学習者自身による実践共同体の構築という考え方を提示したことにあり、組織における、また、組織の枠を越えた技能形成を検討する可能性をもたらしている（松本，2003a）。

さらに、状況的認知アプローチは、認知心理学における文化的側面の研究を発展させた。文化心理学はそのひとつである。技能についての文化心理学の代表的研究は、生田（2007）の伝統芸能の「わざ」の伝承に関する研究である。生田は、「わざ」について「単に身体技術、あるいはそれを個人の能力として立体化した身体技能としての『技』に狭く限定しているのではなく、そうした『技』を基本として成り立っているまとまりのある身体活動において目指すべき『対象』全体を示す概念である」（p.8）と述べ、「わざ」という表現を使用している。伝統芸能の世界では、弟子はその道の師匠につき、師匠の世界に参入することで、その世界の価値を身体全体に取り込み、「わざ」に必要な「形」や「型」を習得していく。「形」は「外面に現れた可視的な形態」であり、学習者が模倣すべき師匠の仕草や動作である。弟子は、「形」を模倣することからはじめ、それを「『善いもの』として身体全体で納得していきながら、その形を自らの主体的な動きとしていく『型』の習得」（p.43）、つまり、自分なりのわざの形成へと変化させていく。この「型」の習得には、「わざ」とは全く無関係な師匠の生活や文化などを含むその「世界への潜入」が必要であり、その「世界への潜入」には、師匠の「わざ」に対する絶対的な尊敬と価値を認める「威光模倣」がある。つまり、その技能に対する価値的なコミットメントがあり、学習者自身による解釈の努力がなされ、「状況の中で理解され」「身体全体でわかっていく」「自らの生活との意味連関の中でわかっていく」（p.137）過程によって「形」に意味が与えられ「型」の習得へと促されるのである。生田の示した伝統芸能の「わざの伝承」の世界は、明確な学習プログラムがないにもかかわらず、技能を習得する学習者が、その社会の文化の影響を受けながら、自律的に技能を獲得し、生涯にわたってその「わざ」を磨き、その「わざ」にこだわり続ける姿を描いている。

ところで、このような伝統芸能におけるわざの習得過程のように、言葉に表現しにくい知が能動的に学ばれ獲得される過程には、学習者の知的好奇心を促進する「あいまいさ」が必要であると言われる。学習者は、言語のもつあいまいさを知的努力によって補う必要があるが、学習者の中で、それを補完しようとする知的好奇心よりも、教授者によって言語的に細かく説明してもらおうとする期待の方が高い場合には、深い理解へと進むことを阻止するメタ認知が働くために、自発的な技能獲得が起こりにくいと言われる（野村，1989）。野村は、伝統芸能の「わざ」の伝承に見られるような学習者と教育者との1対1の人間的つながりを基本とする具体的状況下での教育を「テキスト志向型教育」と呼び、西洋的カリキュラムのように、多数の学習者を対象に行う教育を「文法志向型教育」と呼んでいる。そして、「言語を媒介にすることができないような技能の伝達には、テキスト志向型教育のやり方が適している」（p.152）と述べている。

これら状況的認知アプローチが捉える、職場環境や状況に埋め込まれた技能を捉える視点は、言語化できない技術である看護技術が、看護実践の現場においてどのように学習されていくのかを考察する上で非常に重要であると思われる。しかし、一方で、暗黙知の研究者である福島（2009／2010）は、実践現場における技能の実際と、状況的アプローチが想定する現場との乖離を指摘している。つまり、この理論が想定する現場は、徒弟制を歴

史的背景とする安定した集団構造をもち、そこで習得される技能も長期的に持続可能な中核的な実践が存在する技能であり、近年の実際の職業組織や集団は、そのような安定した構造は少なく、そこで使用される技能も複雑さを増し中核的な技能が存在しにくくなっているというのである。福島（2010）は、状況的アプローチによって見出された生きた知識の環境や社会的要因への埋め込みという視点を評価しながらも、常に変化する環境や状況における技能習得過程の解明は進んでいないことを指摘している。また、そのような集団構造や状況が恒常的に変化している職場では、認知環境も常に変化しており、実践共同体が崩壊している可能性や、そういった職場では、いわゆる Dreyfus（1987）が述べるようなエキスパートは存在せず、多くの組織成員が一人前レベルの技能習得に終わり、その経験が十全に次なる経験に持ち越せないといった「熟練の失敗」が起こっている可能性があるとしている（福島，2010）。このような福島の指摘は、看護実践の職場組織における看護技術の習得を社会的文化的な視点で考察する際の重要な視点である。看護技術が実践されている臨床現場の状況は、まさに恒常的な変化にさらされており、その中での技術習得もまた「熟練の失敗」という危機にさらされている可能性がある。これら状況的アプローチや福島の見解は、臨床という場、病棟という組織・社会における看護技術の習得過程を見る視点として多くの示唆を与えていると言える。

### 3. Dreyfus と Dreyfus の熟達ステージモデル

Dreyfus と Dreyfus（1987）は、航空機パイロット、チェスプレイヤー、ドライバー、外国語を学ぶ成人を対象とした技能獲得のプロセスを詳細に観察し、どの場合にも共通のパターンがあることを見出した。それは、初心者から熟達者までの「技能獲得の5段階」と呼ばれている。この研究は、Benner（1984）の看護実践の熟達モデルに応用されており、看護学研究に与えた影響が大きい。この5段階とは、「初心者 (novice)」「中級者 (advanced beginner)」「上級者 (competence)」「プロ (proficiency)」「エキスパート (expertise)」である。

「初心者」の特徴は、「文脈不要 (context-free) の規則」と呼ばれ、単純化されたわかりやすい規則で、周りの状況を見なくても適応できる規則に従う。第2段階の「中級者」は、獲得した技能を少し広い文脈で捉えられるようになるので、類似した状況への対応ができるようになる。この段階から能力を向上させるには、「言葉による説明よりも実地の経験の方がはるかに重要な役割を果たしている。」（Dreyfus&Dreyfus, 1987, pp.47-48）これら初期の2つの段階は、下位のルティーン的な課題をこなす段階である。それをこなすうちに、次第に「文脈依存」的要素に気づき、状況とそれに適した行動との対応関係を広げていく。「上級者」は、状況に応じた適切な行動が可能になる。しかし、それは状況を整理して作業の遂行に必要な重要要素を抽出し、作業計画を立てて実行されるのであり、計画に照準した実行の段階である。「プロ」の段階は、経験に基づいて作業を主観的に捉えるようになる。「上級者」のように、構成要素を意識せず、全体として直観的に捉えるようになるので、これを「全体論的弁別と連合」と呼ぶ。行動は直観的で、状況の要素を的確に捉え判断や意志決定を行うようになる。これらの2つの段階は、状況に適応して行為する能力が形成される段階である。単純な作業に意識を集中しなくても行うことができる「自動化」が進み、必要なところに意識を集中させることができることで、よりスピー

ディーンな判断ができるようになる。最後の「エキスパート」の段階は、より直観的な判断に基づいて、流れるような切れ目のない行動が可能になる。状況が理解できるだけでなく、関連する判断や行動、戦術も的確に選択でき、変化する状況に対応することができる（Dreyfus&Dreyfus, 1987）。また、最も特徴的であるのは、それらが意識せずに行えるようになることであり、これがいわゆる「適応的熟達者」の姿であると言える。

Benner（1984）は、この Dreyfus と Dreyfus による技能習得モデルを看護に適用し、初心者から達人までの各ステージにおける看護師の実践を明らかにしている。この研究では、熟達した看護師が、意識せずに適切な判断や行動を取っている様子が記述されており、それまで言語化されていなかった優れた看護実践が顕在化されている。また、これらの看護師のもつ臨床実践や状況判断が、初心者や新人といかに異なるのかが明らかになっている。これらの業績は、看護学や看護実践のもつ専門性を明確に示すことができたという点で、看護界にもたらした功績は非常に大きく、特に診療補助業務の多い急性期分野で働く看護師の実践に看護学としての意味付けを行い彼らの実践に光を与えたと言われる（井部, 1992）。しかしながら、Benner（1984）によって描かれた看護師の実践は、米国の医療に携わる看護師達であり、急性期医療におけるモニタリングや管理機能に実践が偏っている傾向がある。そこに描かれる看護師の実践は、高度な状況判断や意志決定過程であり、看護師の技術の中でも、主に思考プロセスが重点的に捉えられており、看護師の身体や手を使った日常生活援助技術に関する記述はほとんど見られない。我が国の看護実践では、入院患者が重症化し急性期における看護の重要性が増しており、看護補助者の導入も増えているものの、現状では、モニタリングや管理機能と同様に、清潔ケアや排泄ケアといった日常生活援助を看護師が行うことは多く、米国と日本の看護実践の現状には隔たりがあるものと思われる。

### Ⅲ．職場における学習に関する研究

松本（2003a）は、「技能形成における『実践』は、その個人が技能を形成するという意味だけにとどまらない、もっと組織的な相互作用につながり、そのことがまた、技能形成にとって大きな影響を及ぼすと考えられる」（p.54）と述べており、技能形成を組織における学習、職場における学習の視点で見ることの意義を指摘している。成人の能力発達の70%以上は現場の仕事経験によって説明できるといわれるように、職場は、学校のようなカリキュラムに基づく教育機関とは異なるが、仕事を続ける上で必然的に獲得している知識やスキルがあるという点で学習の場であることは明らかである（中原, 2010）。

ところで、ある集団の中で古くからある慣習や風俗、信仰、伝説、知識や技術の継承、後世への伝達されることは「伝承」と呼ばれる。「伝承」は歴史学や民俗学において多用される用語であり（柳田, 1951）、文化的視点を重視する概念であると考えられる。先に述べた生田（2007）の研究も、伝統芸能という文化集団の中で行われる師匠から弟子への技能の伝達を「伝承」と表現している。一方、職場は、その職業集団が社会から寄せられる期待やその集団に属する成員がもつ職業観などによって独特の文化が形成される場である。したがって、職場も一種の文化集団と見ることが可能であり、この中で、先輩から後輩へ技能が受け継がれる様もまた「伝承」と表現することができる。しかし、生田の研究でも明らかなように、「伝承」は単に師匠のもつ「技能」を弟子がそのまま受け継ぐという



のではない。弟子が師匠の「形」を模倣することからはじまり「型」の習得に至る過程で、弟子独自の創造的な活動がなされ師匠を越えていくというきわめて教育的な要素が含まれている。つまり、「伝承」はある文化集団の中で起こる教授－学習過程の一種であると考えることができる。これらのことから、本研究では病棟という看護の職場で行われている看護技術の教授－学習過程を捉えること、すなわち職場における学習を文化的社会的背景も含めて捉えていくという意味で「伝承」を捉えることもできる。

職場における学習を組織社会化論、経験学習論、組織学習論などの知見をもとに研究しているのは中原（2010）である。中原は、職場における学習を、その職場成員の相互作用を通しておこなわれる学習、職場における「他者」とのかかわりの様子に焦点を当てて分析している。これによると、職場でひとが他者から受ける支援は、「業務支援（業務遂行の上で直接関係する助言や指導）」「内省支援（ある業務の経験や自分自身のあり方を客観的に振り返る機会を他者から与えられる機会）」「精神支援（他者から与えられる精神的安息の支援）」の3つがある。また、支援する他者である上司、先輩、同僚、部下のうち、能力向上に結びつく「業務支援」に貢献しているのは、同僚だけであることが示されている。上司からの「業務支援」は頻度が多いが能力向上に結びついておらず、逆に頻度の少ない「精神支援」が能力向上に結びついている。また、「内省支援」は、どの対象から行われても能力向上に結ぶつくことも明らかになっている。この結果からわかることは、職場における人材育成は、上司や先輩などの上位者が単独で行うよりは、「職場の中の人々との関係」あるいは「職場の人々とのネットワークの中」で達成されるものとして把握される必要があり、異なるタイプの支援を、異なる人々が分散して提供し、職場全体で育成に取り組んだ方が効果的であるという点である（中原，2010）。

さらに、このような職場における他者との関わりの中で、具体的に能力向上に寄与するものは、成功体験や失敗体験を語り合う「業務経験談」であることも明らかにされている。これについては、浦ら（2004）による看護チームにおける実証的研究もある。これによると、同僚間におけるミスやトラブルなどの防止の伝え合いなどの「失敗経験」や業務の質にかかわるコツや工夫の共有などの「成功体験」が、具体的な患者への対処能力に影響を与えていることが明らかになっている。

中原（2010）は、職場における個人の学習を他者とのつながりの中で捉えているが、「支援する側の学習」を捉える視点が残された課題であるとしている。中原は、鯨岡（1999）が提唱した「関係発達論」を用いて、＜育てるもの＞と＜育てられるもの＞の2世代の生涯過程が同時進行しながら変容していく関係としての発達を加味した職場の中でのひとの育ちを捉えていく必要があるとことを述べている。看護技術の習得過程においては、必ずしも熟達した先輩や同輩からの学習支援があるとは限らない。しかも、看護実践現場における技術習得には、患者という重要他者が存在している。そういった特徴的な人間関係状況における技術習得の過程を捉えた先行研究はない。

松本（2003a）は、技能形成を研究する視点として、あくまで自分の身体で実践することが技能形成の基本プロセスであることを繰り返し強調している。すなわち、それは「知っていること」よりも「できること」に焦点を当てることであり、それはその技能領域の基礎教育であれ、継続教育であれ、その領域の実践現場において実践されることがねらいであることを前提としている。看護学教育においては、基礎教育で学ぶことができる技術は

限定されており、卒業後に看護実践現場で獲得される技術が、看護専門職としての本来の技術であると言える。そういった意味で職場における学習がいかに行われるかということを理解することが重要かつ必要である。看護基礎教育課程や新人看護師時代に獲得された基本的技術が、実践現場においてどのように拡大されたり変容されたりして達人と呼ばれる技術へと発展しているのかということの理解は、学習者の将来像を見据えた看護基礎教育のあり方への示唆を得ることにつながると思われる。

#### IV. 看護技術の技術習得、熟達に関する先行研究

最後に看護学分野における文献検討を行う。まず、看護技術の技術習得に関する先行研究を検討する。次に、本研究において看護技術の技術習得過程を解明するために着目する「清拭」の技術について先行研究を検討し、本研究においてそこに焦点化する意義を明確にする。

##### 1. 看護技術の技術習得、熟達に関する先行研究

医学中央雑誌 Web 版で、2000 年以降の原著論文を「看護技術＋熟達（熟練）」という Key Words で検索するとヒットする文献はわずかに 9 件であり、そのうち本研究のテーマである看護技術の技能形成や熟達、組織における伝承に関連する研究は 3 件であった。看護技術に関する研究は、看護技術のエビデンスに関わる研究、看護技術教育に関わる研究などは多数行われており、特に近年は新人看護師の看護技術の習得状況や教育に関する研究が盛んであるが、看護技術の熟達をテーマにした研究は非常に少ないといえる。

土蔵（2009）が行った研究は、手術室で勤務する看護師の看護技術の特徴を手術室外回り看護師がもつ看護技術の知識や技術に着目して記述した研究であり、参加観察とビデオ画像の分析、インタビューを複合したマイクロエスノグラフィーによって行われている。ここでは、手術室において要求される手順や動きに則した流れを創出する動き、医師その他のスタッフとの阿吽の呼吸によるかかわり、安全確保を中核とする非日常的な生活援助技術、短時間の少ない情報のもとで行われるアセスメントなど、手術室で勤務する看護師が用いる看護技術の特徴が明らかにされている。

河合ら（2009）による嚥下障害者への摂食援助に関する研究では、熟達した看護師が嚥下障害者に対して行う食事介助技術を分析している。これは、食事介助場面のビデオ画像や参加観察、実施者へのインタビューの分析により行われており、熟達した看護師がスプーンや口腔用ブラシなどの道具を使用する際に、それらの道具と看護師自身の指先とが一体となる感覚で実施している様子が明らかにされている。看護師は、介助に使用するスプーンで患者の舌の抵抗を感じ取り、その道具の先端で「微妙な感じ」と表現される感覚を感じ、口腔内の嚥下機能の情報を読み取ろうとしていた。また、これらは単に身体的知覚だけではなく、嚥下障害者との信頼関係に基づくコミュニケーションを媒介して、よりそのひととの適切なタイミングを生み出す技術として実践されていた。この研究からは、看護技術においてどのように身体性が発揮されるのかが理解できる。看護技術における身体性は、患者と看護師の相互作用の中で、看護者が相手の身体感覚を自分自身の身体の一部にそれと感じる感覚として発揮されている。また、これはその時の患者の嚥下状態を即興

的に判断し、患者と相互身体的に構成される実践知と考えることもできる。これらの研究結果は、本研究における清拭の身体性、実践知を分析する際の参考にできると考える。

安森ら（2010）は、気管内吸引技術の技能獲得に關与する要因を熟達した看護師へのインタビューによって明らかにしている。その要因として「獲得に影響した経験」「先輩からの指導」「現任教育」「自己学習」「後輩への指導」の5つが見出されている。ここでは、「獲得に影響した経験」に、失敗や怖い経験、苦しい経験などの情緒的経験が影響している点が興味深い。福島（2010）は、実践現場において学習が成立するには、「失敗」からリフレクティブに学ぶことが不可欠であり、近年の職場ではその失敗が許容される範囲が非常に狭くなっていることから、職場での学習が成立しにくくなっていると述べている。しかし、この研究では、自分自身が行った行為による失敗でなくても、患者の状態が急変した時に実施した吸引の経験や、慎重な操作を要する重篤な患者に行った緊張度の高い吸引の経験が実施者の記憶に鮮明に残っており、その経験が自分の技術の獲得に影響していることが明らかになっている。この研究からは、福島が言う「学びを促進する失敗」は、看護においては、情緒的な体験や心が揺さぶられるような出来事と結びついた体験に置き換わる可能性が示唆されている。それは、看護が、患者というひとに対して、あるいはそのひとの感覚をその身に感じながら実践される活動である特徴を反映していると思われる。また、看護師の吸引技術獲得に、後輩への指導が上がっている点も興味深い。この点は、職場での学習が、単に教えるひとから学ぶひとへの一方通行ではないことを明らかにしており、職場におけるひととひととの関係のダイナミズムにおける学習の成立状況を見る視点として参考にできる。

「熟達（熟練）」という **Key Words** にはヒットしなかったが、病棟で実践される看護技術を記述した研究が行われている。川名（2009）は小児病棟で実践されている看護技術の特徴をエスノグラフィーによって分析している。この研究でも子どもと看護師との身体を介した知覚的交流が描かれており、「身体の動きと感覚」「タイミング」「判断」の3つのスキルが抽出されている。

土蔵や河合、川名などの研究からは、看護技術が、患者や他の看護師と関わりながら実践されることで磨かれている技術であることが理解できる。川名は、小児看護技術における暗黙の了解、言語化しにくい技術の側面を長期におよぶ参加観察を通して描いており、エスノグラフィーを用いた研究が、実践知や暗黙知を含む看護技術の習得を明らかにする上で有効な研究方法であることがうかがえる。

これらの看護学における研究を概観すると、看護技術の技術習得に関する研究では、患者の日常生活援助に関する研究はほとんど行われていない。河合の行った食事介助技術の研究が、原著論文としては唯一である。土蔵の研究で示された「生活援助技術」は、土蔵が設定した看護技術の4つの分類の内の「生活援助技術」の枠組みを分析した結果であり、帰納的に導き出された結果ではない。また、そこで抽出された要素は、手術室という特殊な環境下において看護師が患者の安全確保のために何を行っているかを知ることによって焦点が当てられており、病棟で療養生活を送る患者に対する生活援助技術とは異なっている。

## 2. 清拭に関する先行研究

前述したように、看護技術の技能習得や熟達に関する研究では、生活援助技術が取り上

げられることは少なく、清拭の技術に関しては皆無である。清拭に関する研究は、野村ら（1992）、服部ら（2001, 2002）、細矢（2010）によってレビューされているが、EBN 志向の高まりや看護基礎教育における技術教育の重要性の影響により、清拭の効果を検証し技術のエビデンスを導こうとする実験的研究や清拭の技術教育の評価に関する研究が多い（細矢, 2010）。野村ら（1992）は、それまでの全身清拭に関する研究のレビューから科学的根拠となる全身清拭の知識を整理している。その結果、全身清拭が患者の身体面、心理面に与える影響があることが明らかになっているが、心理面に関する影響についてはエビデンスと言える十分な結果が得られていないとしている。最近になって、清拭による心理面の影響に関する研究が若干行われているが、石けん清拭と熱布清拭を比較した実験研究（小池, 2014）や、清拭中の背部温タオルによる主観的快適感の影響（山口, 2015）など、温熱刺激や摩擦刺激と、気分やストレスなどとの因果関係を説明するものである。また、術後患者の清拭援助に対する認識に関する研究（松浦, 2013；賤川, 2010）も行われているが、これらは、清潔援助に対する患者の満足度に焦点が当てられている。

清拭の技術教育に関連する研究において、複数の研究で述べられているのは、清拭が様々な基礎的技術が習得された上で実施可能となる複合的な技術であり、学生にとって習得が困難な技術であるという点である（馬淵ら, 2007；馬醫ら, 2008）。また、学校で教えている方法と現場で実施されている方法がどのように異なっているかを検討している研究（青木ら, 2007；三輪木, 2005；菱沼, 2002）もある。菱沼（2002）は、1900 人余りの看護師と看護教員に対する調査から、看護師が実践している清拭は、基礎教育で教えられている清拭と、物品や方法に至るまで多くの違いがあることを明らかにしている。例えば、ウォッシュクロスを使った清拭方法を教授している教員は 7 割に上るが、臨床でウォッシュクロスを使用している看護師は 1 割にも満たない。このように、臨床ではすでに用いられていない方法が学校では教育されており、その方法が教授されている理由も判然としない。菱沼は、この研究において、なぜ、このような乖離が起こっているのかを解明するためにも、清拭の基本とは何で、応用とは何か、また、基本とされる方法がなぜそうでなければならないか、応用形を選択する基準は何かなど、清拭や看護技術教育上の課題を提示している。このように清拭の技術は、基礎教育における技術教育はもとより、臨床での方法選択の根拠という意味でも不明な点や課題を有している。

また、三輪木（2005）が行った調査では、看護師の清拭に対する考えには、「個々の状況に応じることのできる応用力が必要」「学校で学習した基礎によって応用できる」「業務が忙しく時間的なゆとりがないため学校で学んだ方法を実施できない」「現状の方法は患者のプライバシーが守られていないので疑問」などが上がっており、看護師が多忙な業務によって自らも納得のいかない清拭を提供している可能性が示唆されている。また、看護師が自分自身の清拭技術に影響を及ぼしている要因は、1 年未満から 10 年未満までの看護師では、「先輩の看護技術」が最も多く、10 年以上の看護師は、「自分の経験と自己学習」が多い。これらのことから清拭の技術は、看護師としての経験が浅い時期は先輩の実践から模倣的に学んでいるが、その時期を越えた経験を積んだ看護師は、日々の実践の中で、それをより良いものにしようとする振り返りの中で技術を向上させている可能性が高いことが示唆される。これは、伝統芸能の「わざ」の伝承に見られる師匠を越える弟子独自の「型」の形成と類似した現象であると考えられる。看護師においても「先輩のような

技術の習得」から「より患者に適した私なりの技術」へと発展している可能性が考えられる。しかし、この実態は不明であり、先輩のような技術の習得から、私なりの技術への変化が、どのような要因によって、どのように起こっているのかなどは明らかではない。

これらの研究の様子から、清拭は看護実践現場においても教育現場においても課題をもつ技術であり、特に、技術教育における研究結果からは、清拭は体位変換や寝衣交換などの技術を含み、湯の温度の調整やプライバシーの保護など多くの配慮を要する技術であることがわかる。これらのことから、本研究において、観察の焦点を清拭に絞ることで、看護師が実施している日常生活援助技術についての推察が可能になるものと思われる。

また、先行研究では、清拭が患者に与える安らぎや心地よさ、安寧など情緒面、心理面に与える影響については、ほとんど実証的に検証されていない。しかし、清拭が患者の心身両面に影響し自然治癒力を向上させる重要な援助であると考える看護学者は多い。川島（2010）は、「看護の原点のケアの代表格は清拭である」（p.166）と述べており、佐藤（2007）も、清拭が家族によっても実施されることがあるがゆえに専門性が見えにくい技術であるが、患者に「さすがプロだな」と言わせる看護師の技があることを述べている。清拭は患者の身体のあらゆる部分に看護師の手が触れる援助である。阿保（2009）は、「清拭という行為は、人間の境界面であるところの皮膚を通じて、拭くという看護師の能動性と患者の拭かれるという受動性が、一瞬のうちに反転するという相互性を内包している」（p.34）と述べ、「見る－見られる」「触れる－触れられる」が区別できないような経験が清拭の技術には存在しているのではないかと考察している。このように、清拭には多くの身体性、実践知が潜在している可能性があるが、まだそれらについては明確にされていない。清拭の心理面、情緒面への効果は、清拭技術における実践知が関与している可能性が高い。しかし、清拭の心理的、情緒的効果に関するエビデンスは、実験研究によって温熱効果や摩擦効果による心理的反応との関連が説明されている（小池，2014；山口，2015）ものの、実践知との関連は未だ明確ではない。それは、実践知に着目できる研究手法がとられていなかったためではないかと考えられる。

これらのことから、臨床における清拭の技術習得過程を明らかにすることにより、他の看護技術の習得過程の状況がある程度推察することができ、なおかつ、看護技術の重要な要素である実践知を含む技術がどのように学ばれているのかをとらえることが可能であると思われる。

### 3. 海外における看護技術、清拭に関する研究

諸外国において、看護師の日常生活援助技術の技術習得に焦点をあてた研究はほとんど見かけない。看護師に必要とされる Skill や Competency の構成要素をテーマとしたいくつかの研究（Burns & Poster, 2008；Utle, 2004；Ramritu & Barnard, 2001）においては、対人関係やコミュニケーション能力、クリティカルシンキング、モニタリング、マネジメント能力などがその構成要素として挙げられるものの、Bed Baths などの日常生活援助が挙げられることは皆無である。これらの研究において、患者への直接的ケアの Competency として挙げられている項目は「Medication administration（薬物管理）」「Wound care（創傷ケア）」「Injections（静脈注射）」「Catheterization, Tube insertion（カテーテル管理）」「Infection control（感染管理）」などであり、これらの項目は米国

の主要な看護技術のテキストの項目とも一致している。このような状況は、日本の看護技術に対する見方とは異なっている。日常生活援助技術、特に清拭の看護技術を「看護ケアの原点」として捉えるというような「清拭」に対する見方は、「風呂の文化」と言われる日本人の清潔観に根ざした独特の慣習や文化を反映している可能性がある。そういった点からも、本研究においては、我が国の看護師の看護技術の技術習得過程は、その文化的伝統的背景を踏まえた観察、分析が必要であると思われる。

## 第3章 研究方法

### I. 研究方法論の検討

#### 1. 看護技術を捉える研究方法の検討

##### 1) 看護技術の詳記不能性

看護技術には、「言葉にならない」暗黙知、実践知が含まれている。このような技術の研究には、その「詳記不能性」についての十分な検討が必要である。

福島（2001，2010）は、これまで社会科学や心理学によって探求されてきた暗黙知に関する研究の方法論的限界を指摘している。すなわち、言語化できない知である技術を言語によって説明しようとすることによって、技術が実践されている世界と説明された事実とが乖離するという問題である。近年の社会科学や心理学、そして看護学における研究では、インタビューによるデータ産出方法が多用されている。そこでは、情報提供者が何らかの形で研究者が求める情報を明示的に言明化できることが前提となっている。しかし、暗黙知を含む技術研究における障壁は、それがまさに言語化できないという点にある。仮に情報提供者が言語化したとしても、それは実際に行われている行為を十分に反映しきれていない可能性が高い。福島（2010）は、高度に熟達した技能者が、自らの無意識的な技能に注目しはじめると、その途端かえってそのことが上手くできなくなる、すなわち「暗黙の過程への意識の焦点化による行為の失効」という点を指摘し、こういった技能の内観的分析が困難であることを述べている。暗黙知の提唱者である Polanyi も、このように言語化できない部分についての絞り出された説明を「金言」と呼び、現実の暗黙知との関連が薄く、大雑把な概略や精神的指針であると指摘している（Polanyi, 1980）。初心者からエキスパートの技能獲得モデルを提唱した Dreyfus（1986）も「問い詰められるとエキスパートは初心者の段階に後退し、覚えてはいるが自分ではもう使わないような規則を口にする。（中略）規則と事実をいくら寄せ集めても、何千、何万の状況について経験を積んだエキスパートの知識を再現することはできない」（pp.176-177）と述べている。

看護実践に潜在する身体性や看護技術の熟達に関するこれまでの研究（安森ら，2010；佐藤ら，2004）のうちのいくつかは、看護師へのインタビューによる調査が行われている。これらの研究により明確化した事実が多いが、インタビューで語られなかった部分や語れなかった部分への言及はなされていない。また、Benner（1992）や西村（2001）による現象学的アプローチでは、熟達した看護師の「生きられた経験」にフォーカスし、その特徴を描いている。これらの研究は、「当事者のコミュニケーション行為の複雑さを見極めて、それがもつ文脈的合意に注意しつつ解明していく」（福島，2010，p.8）という点で、素朴な聞き書きモデルを越えて、潜在的世界をある程度顕在化することに成功している。しかし、これらは当事者の体験世界をそのまま記述したものであるという点で、暗黙知の習得や熟達を社会や組織の問題に拡大して論じる文脈、すなわち、我々がいかに学び、習得するかという問いへの答えとして援用する際には注意が必要である。

また、これらインタビューという言語化された情報に基づく調査では、情報提供者の語りの能力に依存せざるを得ず、そのことによって情報提供者が限定されてしまう点、さらに、研究者がその限定された情報提供者の解説に関心が集中してしまう点にも問題があ

ることが指摘されている（福島，2010）。熟達した技能をもつひとが必ずしも豊かな語り手であるとは限らない。インタビューによる調査に依存しすぎることは、技能を捉える認知的側面への偏り、調査者の関心に沿う形での言語化などを含む可能性がある。語らないひと、語られない部分にこそ研究者が求めている真の情報が存在する可能性への留意が必要であり、そういった意味で当事者の言語化された経験を記述するアプローチは、技術の一部分を豊かに描くことはできるものの、その全体像を知るには限界があることに留意が必要である。

## 2) 暗黙知・実践知研究の方法論

前節の議論と看護技術の暗黙的な特徴から考えると、看護技術の実施者へのインタビューは、技術の全体と一致しないか、熟達した技能者による「金言」である可能性もある。したがって、インタビューによるアプローチから発見できることが多数あるということ踏まえながらも、全面的に依存することは避ける必要がある。このような暗黙的な技術を捉える方法として福島（2010）は、これまでの技能研究をエコロジーとシミュレーションという二つの理論的座標軸に置き、その間に立ったエスノグラフィーを提案している。

この座標軸が示すエコロジーとは、技能の習得過程の行動主義的、社会科学的アプローチが取るモデルである。このアプローチでは、技術が習得される外的環境や状況が記述される。技能や規範、知識は、元々社会的なものであるという前提に立ち、それが社会的環境から、個人の身体—認知過程にすり込まれていく過程、すなわち「体得」される過程を比較的長期的な視点で描こうとする。一方、シミュレーションとは、実験的手法やプロトコル分析などによる認知科学的アプローチである。このアプローチはエキスパートモデル研究に見られる認知的問題解決過程の解明や身体的・行動的熟達の自動化の解明など、熟達した技能者の認知過程に近似するモデルを提示しようとするものである。

福島（2010）が提唱するのは、このいわばマクロとミクロとも言える技術への2つのアプローチの座標軸を行き来しながら、全体像をエスノグラフィーとして捉えようとする試みである。具体的には、「環境の記述～媒介項（例えば独特な言語使用とか、教育の過程）～認知モデルという3項の間を複雑に往復」（p.58）しながら研究を進めることを提案している。つまり、技術が実践される環境（組織）を詳細に描くとともに、卓越した技術が発揮される際に介在する認知的要素にも目を向けていくというものである。この研究方法では、看護技術が習得される組織的要因や背景を知るとともに、その技術に潜在する認知的要素にも視点を当てることが可能である。また、エスノグラフィーを方法論的基盤とすること、すなわち次節で述べるイーミックとエティックの両方の見方を観察と分析の視点に導入することで、技術の実施者が十分に言語化できないことや、実施者へのインタビューからだけではわからない暗黙的側面にアプローチすることが可能であると思われる。

さらに、看護学においては看護の実践知を記述し体系化しようとするプロジェクト（石垣ら，2008）がある。このプロジェクトにおいては、研究方法として参加観察が推奨されている。プロジェクトの代表である石垣は、看護師は無意識のうちに文化的要素を豊富に駆使した実践を行っているため、看護の実践知には文化的な内容が豊かに含まれていると述べている。そして、それを記述するには、実践者の語りだけでは不十分で、研究者の観察による記述が不可欠であるとしている。さらに、その参加観察において重要なことは、



いかに真相に迫れるかであり、そのために「研究者は、行われている看護の単なる客観的な観察者ではなく、行われていることを共に体験し、それに対して自分の全人生の総力をあげて考えるという姿勢が重要である」(石垣ら, 2008, p.13)と述べている。これは、看護の実践知を記述する研究においては、研究者が実践現場に入り、看護実践者とともに様々な体験をしながら、実践現場の文化にも目を向けて参加観察することの重要性を指摘するものである。このような参加観察は、エスノグラフィーによって可能になると思われる。これらのことから、看護の実践知を含む清拭の技術をテーマとする本研究においては、エスノグラフィーを方法論とすることが適切であると考えられる。

### 3) 本研究におけるエスノグラフィーの意義

エスノグラフィーは、文化人類学における主要な研究方法である。文化人類学においては、「人間は象徴的に意味づけられた世界に住んでいるという認識」(波平, 2011, p.39)に立っている。そして、人間は、それぞれの地域に固有の意味付けの仕方に応じて行動するのであるから、その意味付けの仕方を理解することで、人間の行動を理解しようとする。文化人類学では、この固有の意味付けの仕方が文化であると捉えられている。人間は、自然界の無数の物の中から存在に注目したり特別に取り扱ったりすることによって物に意味付けをする。また、目的をもった行動、すなわち何らかの意味を伴った行動をする。さらに、無意識に行動する場合であっても、そこには伝統や習慣、宗教的価値観といった何かしらに意味づけられた世界があり、その中で行動している。このような、人間が「生存のために行ってきた多面的な活動とその蓄積の複合体全体」(波平, 2011, p.1)を文化人類学では「文化」と呼んでいる。つまり、文化人類学における「文化」は、人間の行動や習慣、その成果物、個人に備わった言語能力や身体技法、生存のための知識や技術、考え方など人間が生きていくうえでの活動のほぼ全体を示している(波平, 2011)。

看護学研究におけるエスノグラフィーは、文化の概念には、行動／唯物主義的な見方と認識的な見方の2つがあるとしている(Roper & Shapira, 2000)。行動／唯物主義的な見方では、文化は集団の行動や習慣のパターン、つくり出しているものであるとされ、その集団メンバーの生活の仕方を通して観察できるとされる(Harris, 1968)。また、認識を重視する見方では、文化はその集団の人々が生活を送るのに用いる考え方、信念、知識などであるとされている(Fetterman, 1998)。そして、エスノグラフィーは、これら2つの文化に対する考え方を適用することで、人々がどのように考え、何を使用し、どのように行動しているのか、その背景にあるものは何かという生活世界全体を描こうとするものであるとされている。

エスノグラフィーは、ひとの日常行動の背後にある文化は、当人には感知されないくらいそのひとの一部分になっているという前提に立ち、そのひとの生きている世界を文脈ごと描こうとする(黒田, 2011; 箕浦, 1999)。したがって、人々が生活している世界に入り込んで、関わりをもちながら調査研究を行うフィールドワークがその主要な活動になる。エスノグラフィーにおけるフィールドワークでは、インサイダーの見方であるイーミック(emic: 内部者)な見方と、アウトサイダーの見方であるエティック(etic; 外部者)な見方の両方を持ち込むことが要求される。調査対象となる集団の人々の考えや行動を単に客観的に記述するというのではなく、むしろその集団の人々の内観的な見方や「調査する

自分と調査対象者である相手の間の、影響され／影響し合う関係性そのものも記述の対象となる」(黒田, 2011, p.532)と言われる。

古典的なエスノグラフィーは、人類学的視点で、その文化に特徴的な行動や考え方を分析解釈するが、看護学においては、焦点を絞ったエスノグラフィーとして実施されることが多い。これは、「看護を一般的な保健医療システムの中で独特の考え方と実践を持つ下位文化と見なし」(Roper&Shapira, 2000, p.11)、その特定の文脈で行われる独特の問題に焦点を当てて実施されている。例えば、母子間の言葉の掛け合いなど、人々の生活世界の微細なユニットをひとりひとりの行動や語りに着目して読み解こうとするもので、ミニエスノグラフィー (Leininger, 1985) やマイクロ (ミクロ) エスノグラフィー (Werner & Schoepfle, 1987) と呼ばれている。

看護学研究においては、国内では、大森 (2004) による農村地域の高齢者の健康の意味と行動を記述した研究や、畠山 (2010) による精神科開放病棟における「制限」を記述した研究など、高齢者や精神科病棟、あるいは地域で活動する保健師や助産師の活動を記述した研究 (東, 2009; 山本, 2010) が行われてきた。看護技術に関連する研究では、土蔵 (2009) による手術室における外回り看護師の看護技術や、川名 (2009) による小児病棟のエスノグラフィーなど、近年は看護技術の実践の状況をエスノグラフィーによって記述するアプローチが行われるようになってきている。

海外では、看護技術や看護師の技術に関するエスノグラフィーを使った研究は見あたらないが、看護実践現場における「慣習」に焦点が当てられた研究が行われている (Walker, 1967; Holland, 1993)。「慣習」は、一般的な意味では「ある社会の内部で歴史的に発達し、その社会の成員に広く承認されている伝統的な行動様式」(広辞苑, 2006)とされるが、文化人類学的には、日常的に繰り返される文化的影響を受けた行いである「習慣」が、ある集団で共有されている時に「慣習」と表現される。慣習は、集団内部の方向性と均質性を保持するように働き、集団の成員に対してそれを遵守することを求めるように働くという (柳田, 1951)。福島 (2001/2010) も、「暗黙知」や「組織において習得される技能」の説明において、この「慣習」という語を頻繁に使用している。福島 (2001) は、技能は、組織の実践の中で学習され、その学習過程はその組織の歴史や伝統的な行動様式と密接に関係するという見方をしているが、それは、技能が組織のルティーンや慣習として実践されている側面を捉えようとするものである。

看護技術と慣習との関連は、阿保 (2009) によって解説されている。阿保は、看護技術が人間の生活の慣習体系のひとつである日常生活の援助であることに加え、看護技術そのものも看護実践の中で繰り返し行われる慣習体系のひとつであると述べている (阿保, 2009)。本研究の課題である清拭も、一般的な病棟では毎日のように行われているケアであり、病棟の看護実践の中のルティーンとして実施されている可能性が高い。さらに、現在は、看護補助者の導入などによって、看護師達の清拭に対する考え方や行動も影響を受けている可能性がある。このような状況から、看護師達が日々何を考え、何を使用し、どのように行動しているのか、その背景にあるものは何かといった視点から清拭の習得過程を見ていく必要があると思われる。

加えて、清拭は、日本人独特の風呂の文化に根ざした清潔観と密接に関連している可能性がある。それは援助を受ける患者の満足感やニーズの程度への影響だけではなく、援助

を提供する看護師がもつ清潔観に影響している可能性が大きく、看護師がどのように清拭を捉え実践しているのかということと関連していると思われる。エスノグラフィーを方法論として採用することにより、このような清拭に影響を与えている可能性のある日本文化の側面にも目を向けることが可能であると考ええる。

以上のことから本研究においては、清拭が実践される現場である病棟を保健医療システムの中の下位文化をもつ組織と捉える。そして、文化については、看護学におけるエスノグラフィーによる見解を参照し、看護師達の考え方や信念、知識、行動、習慣、つくりだしているものであると定義する。本研究の方法論としてエスノグラフィーを用いることで、清拭の技術が看護実践の慣習体系のひとつであるという点、看護の実践知を含んでいるという点、さらに、清拭と日本文化における清潔観との関連などにも目を向けながら、看護実践現場における清拭を理解することができると考える。それは、看護師によって意味づけられた清拭の実践世界を描くことである。この方法論を用いることにより、看護師達の清拭に対する捉え方や実践、技術習得過程について、看護師自身では十分に言語化されない部分をも含めて明らかにすることができると考える。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、エスノグラフィーによる質的帰納的研究デザインである。エスノグラフィーを方法論として採用することで、清拭が病棟のケア全体の中でどのように位置づけられ、看護師達の看護実践への考え方や行動様式とどのような関連をもって実施されているのかを知ることができる。さらに、それがケア全体のルティーンや慣習、病棟文化とどのような関連があるのかを分析することで、看護師にとっての清拭と、病棟において看護師がどのように清拭を習得しているのかを総合的に捉えることが可能である。

### 2. 用語の定義

**1) 看護技術：**看護師の看護実践の行為の形や方法のひとつであり、患者と看護師によって実現されるプロセスと成果であり、その実践を可能にしている看護師の能力を含むものである。

**2) 技術習得過程：**看護師が技術を習い覚えるという過程を経て、自在に使いこなせる力として獲得し、看護師の専門的技術として確立する過程である。

**3) 病棟文化：**病棟を看護組織として捉え、その組織の文化をさす。組織文化は、組織成員の間で習慣となった行動、共有された価値や信念であり、物理的な環境や人工物も文化の象徴であり一部であるとされる。また、組織文化は、その成員によって認識、採用、学習される過程があり、何が重要であり何が重要でないかについて、組織成員の経験に共通の意味を与えることで、判断や行動を枠づけ、方向付けを与えているとされている(田尾, 2006; 桑田, 2015; 稲田, 2006)。これらを踏まえ本研究においては、病棟文化は、看護師達によって共有された考え方や価値、信念、行動や慣習であると定義する。この病棟文化には、病棟の環境や看護師達が使用したり生み出したりしている人工物なども含まれる。

さらに、病棟文化には学習過程があり、看護師達の判断や行動を枠付け、方向付けを与えているものと捉える。

### 3. データ産出方法

#### 1) データ産出場所の決定と研究依頼方法

本研究では、次のような条件に該当する病棟の師長および看護師に研究協力を依頼した。

- ①組織的体系的に看護継続教育プログラムが実施されている病院
- ②主に看護師によって清拭が行われている病棟
- ③熟達した清拭の技能を発揮する（そのように同僚、上司から評価される）看護師が勤務する病棟
- ④看護部長、看護師長、病棟看護スタッフから研究協力が得られる病棟

本研究においては、この条件に該当する病棟において、以下のような手順で研究協力を依頼した。

##### （１）看護部長への依頼

- ①研究者および指導教員が関係する病院、病棟から、条件に合致する数病棟を選定した。
- ②①の病棟がある病院の看護部長に電話し、研究の概略を説明した上で、研究協力依頼書（資料１）を送付してもよいかどうかを確認した。
- ③②で承諾が得られた病院の看護部長に研究協力依頼書を郵送した。その際、研究者が研究について直接説明をするための機会がもらえるように依頼し、その日時調整ための確認の電話を後日することを記載しておいた。
- ④約１週間後、看護部長に電話し、面談が可能かどうかを確認し面談日時を決定した。
- ⑤面談の承諾が得られた病院の看護部長を訪問し、口頭および書面（資料１）によって研究の主旨、研究方法、研究遂行上考慮すべき倫理的事項に関する説明を行った。その際、フィールドワークの具体的方法と、それに伴う安全管理上、倫理上の問題への対処についても詳しく説明した。また、この点に関する病院側の要望、フィールドワークを行う上での制限事項がないかも確認した。
- ⑥後日、研究参加の諾否についての返事がもらえるように、返信用用紙（資料２）と封筒を渡しておいた。返信用用紙には、承諾してもらえる場合に、フィールドワークが可能な病棟を２～３病棟紹介してもらえるように、その病棟名、病棟師長名を記載する欄を設けた。その際、研究者が依頼した病棟の承諾が得られた場合でも、研究遂行上、フィールドワークが実現しない可能性があることを伝え、各病棟師長の研究協力の諾否が看護部長にわからないように配慮した。
- ⑦この過程を経て、看護部長の承諾が得られた病院を研究協力病院とした。

##### （２）病棟師長への依頼

- ①看護部長から紹介された病棟師長宛に、当該病院看護部長から許可を得ていることを記載した研究協力依頼書（資料３）を郵送した。
- ②①の依頼時には以下のＡ～Ｈの内容を記載し、研究協力について十分に検討してもらえるようにした。

- A: 研究者が研究の詳細について病棟師長に直接説明するので、そのための時間がほしいこと。
- B: 研究者が比較的長期間（期間、時期については病棟の実情に応じて相談の上決定する）病棟の看護実践に参加しながら研究を遂行すること。なお、研究者の経歴、立場についても記載しておいた。
- C: 病棟看護スタッフに B について承諾を得るために、病棟看護スタッフに研究について説明する機会を設定してほしいこと。
- D: 研究者が、参加観察やインタビューによってデータ産出すること。そのために、病棟看護スタッフの内、初心者、中堅者、熟達者を含む少なくとも 4～5 名の看護師に研究参加者となってもらいたいこと。
- E: 参加観察やインタビューに協力してもらう患者への依頼は、病棟師長と病棟看護スタッフの承諾が得られた後に行うこと。
- F: 清拭援助が必要な患者への研究協力依頼に協力してもらいたいこと。具体的には、患者を選定し、研究者が研究の説明を行ってもよいかどうかの確認と、返事の郵送への協力で、このための依頼書（資料 9）を作成した。
- G: 研究者は看護実践に参加する上での安全管理上、倫理上の問題への配慮を行うこと。
- H: 研究の全過程における匿名性、個人情報保護、データの扱い等々の倫理的配慮に関わる事項は遵守すること。
- I: B～H の具体的な方法については、研究者が訪問した際に詳しく説明すること。
- ③病棟看護師、入院患者への研究協力依頼方法がわかりやすくなるように、研究協力依頼から研究参加までの流れを図示した別紙 1（資料 13）を添付した。
- ④研究協力依頼書と同時に、研究者が後日説明に行くための面談依頼書（資料 4）を同封した。面談依頼書には、面談可能な日時と連絡先を記入する欄を設け、これらを返送してもらえよう返信用封筒を同封した。
- ⑤④で承諾が得られた病棟師長と面談し、口頭および書面（資料 3）によって研究の主旨、研究方法、倫理的事項について説明し、同意書（資料 5）と返信用の封筒を渡し、検討の上で研究参加の諾否を決定してもらい、郵送にて返事をもらうように説明した。
- ⑥承諾のあった病棟師長に連絡し、病棟看護スタッフへの説明の日程を病棟師長と相談の上決定した。

### （３）病棟看護師への依頼

- ①病棟師長に研究の説明を行う際に、病棟看護スタッフに研究協力を得る方法を説明した。その際、念のために、病棟看護スタッフへの研究協力依頼書（資料 6）を持参した。
- ②病棟師長に、研究者が看護スタッフに研究についての説明をする時間を調整してもらえよう依頼し日程を決定した。説明は、病棟看護スタッフ全員に説明を聞いてもらえようように、複数回行った。
- ③病棟看護スタッフに、研究の主旨、目的、方法について、口頭および書面（資料 6）によって説明を行った。この時に、お願いしたい事項として、研究者が研究のために病棟に来ること、看護実践に研究者と一緒に参加させてもらうこと、看護実践についての話を聞かせてもらうことの 3 点について別々に承諾を得るつもりであることを説明した。

この時の説明では、研究者が病棟に来ることは認めるが、自分の実践には参加してほしくないという場合には、研究者がフィールドワークを行うことへの承諾としてもらいたいことを説明した。

- ④③のフィールドワークを行うことへの同意、参加観察、インタビューへの参加の同意を尋ねる欄を設けた同意書（資料 7）と返信用封筒を看護スタッフに配布し、1 週間をめぐりに研究者に郵送してもらうように依頼した。この時、フォーマルインタビューのガイドを依頼書に添付した（資料 14）。
- ③病棟看護スタッフの返事から、研究者がフィールドワークを行うこと、参加観察、インタビューへの協力のそれぞれについての同意を確認した。

この過程を経て、病棟看護師のうち 5 分の 4 以上の看護師から、研究者がフィールドワークを行うことについて承諾が得られた病棟を研究フィールドとした。その内、参加観察の協力が得られた看護師を研究参加者とした。

#### （４）入院患者への依頼

フィールドワーク開始後、以下のようにして入院患者への研究協力を依頼した。

- ①清拭の援助が必要な入院患者を病棟師長に選んでもらい、その患者に研究者が研究についての説明に来ても良いかどうかを確認してもらった。これについては、病棟師長に「患者様への研究協力依頼にあたっての病棟師長様への依頼書」（資料 8）を渡し、師長から患者に説明してもらう具体的内容を記載して依頼した。
- ②病棟師長を通じて承諾が得られた患者に対して、研究者が直接口頭と文書（資料 9）によって研究の目的や方法、倫理的事項について説明し、研究協力依頼をした。
- ③研究協力依頼書には、参加観察やインタビュー、カルテの閲覧への協力を求める文章を記載し、承諾の有無を記載してもらうための研究参加への同意書（資料 10）と返信用封筒を渡し、自分で、もしくは病棟師長もしくは病棟看護師を通じて研究者に郵送してもらうように依頼した。
- ④自分自身で意志表示ができない状態にある患者の場合には、患者家族の方に患者と同様の方法で依頼し、患者の代理人として返事ってもらうようにした。
- ⑤参加観察やインタビュー、カルテの閲覧は、承諾が得られた患者のみに実施し、参加観察やインタビューを行う際は、その都度患者に意向を確認してから実施することを依頼書に明記した。
- ⑥参加観察の対象となる清拭の援助を受ける患者以外の入院患者には、研究者が病棟で研究のためのフィールドワークを行っていることについて周知してもらうために、入院患者全員に、そのことがわかる文書（資料 11）を病棟師長に協力を得て配布してもらった。また、患者家族や面会者へも周知できるように研究者の写真入り掲示物（資料 12）を病棟師長と相談の上で掲示した。

#### （５）医師およびその他の医療スタッフへの研究協力依頼

- ①病棟看護師および入院患者から参加観察の承諾が得られた後、病棟の診療にあたる医師に自己紹介し、口頭および文書（資料 15）で研究について説明し了解を得た。

- ②文書には、研究者が行うフィールドワークの内容と研究遂行上カルテ閲覧が必要となること、倫理的配慮について記載した。
- ③医師以外には、病棟に出入りする看護補助者、薬剤師、クラーク、理学療法士にも研究について説明し了解を得た。

## 2) データ産出期間とフィールドワークの方法

フィールドワークは、2012年3月から2014年9月までの2年6ヶ月間で、合計77日間、563時間行った。また、フィールドワークは、開始当初の約2ヶ月間は、4日から1週間に1回程度、それ以降は1週間から2週間に1回、終盤は1ヶ月から2ヶ月に1回程度であった。また、夜勤帯でも清拭が行われていることから、夜勤帯でのフィールドワークも行った。フィールドワークにおける参加観察とインタビューの具体的方法については以下の通りである。

### (1) 参加観察

参加観察は、原則として、研究参加者である受け持ち看護師とともに、ケアに参加しながら行った。参加するケアは、清拭に限定せず、清拭以外の清潔ケアや移動介助、食事介助なども含まれた。

フィールドワークにあたって、病棟師長は、研究者が病棟に溶け込み、研究活動が行いやすいように配慮してくれた。具体的には、病棟の看護師出勤表や日々の勤務者一覧に研究者の氏名を記載して研究者がフィールドワークを行う日をスタッフにわかりやすくしたり、病棟で行われる業務調整の際に、研究者がどのケアの参加観察を行いたいのかをスタッフに伝える機会を与えてくれたりした。これにより、研究者がフィールドワークを行っている、その日の参加観察の対象として決まっていた看護師以外にも、清拭やその他のケアの際に声をかけてくれるようになった。また、様々な場面で交わされる看護師同士の会話や交流にも加わることができた。さらに、病棟で定期的に行われるチーム会、リーダー会、プリセプター会、病棟会などのミーティングにも参加させてもらった。この時は、研究者は「完全なる観察者」としての立場を取ったが、フィールドワークが進むにつれ、司会者から看護師としての意見を求められることもあった。

このような状況でフィールドワークを行うことにより、研究者は、病棟の看護スタッフに密接に関わりながら、清拭という看護活動とそれを取り巻く看護師の日常的な活動全体を観察することができた。

### (2) インタビュー

インタビューはインフォーマルインタビューを中心に行った。インフォーマルインタビューは、一緒にケアに入る前後や業務に支障のない空き時間に行った。フィールドワークが進むにつれ、看護師の方から、ケアの意図や気持ち、後輩への指導の意図などを話してくれるようになり、それらはフィールドノートに記載していった。

フォーマルインタビューは、分析を進める中で生じた疑問について整理し、そのたびに研究参加者の許可を取って行った。フォーマルインタビューは、10人の研究参加者に合計19回（1回あたり30分から90分）行った。このうち、4回は、研究参加者の希望に

より、2～3人の研究参加者に同時にインタビューした。

#### 4. データ分析方法

##### 1) フィールドノートの記載

参加観察した内容やインフォーマルインタビューの内容は、フィールドワークを行ったその日から翌日までにすべてフィールドノートに記載した。フィールドノートの記載は、清拭が行われる場面をその活動の前後の文脈がわかるように記載し、研究目的に向かったの解釈や生じた疑問も記載した。清拭以外の場面では、清拭との関連で解釈を加えながら記載した。記載したフィールドノートは、指導教員および文化人類学の専門家からのスーパービジョンを受けた。フォーマルインタビューの内容は、研究参加者の許可を得て録音し逐語記録を作成した。フィールドノートの記載とデータ分析は、指導教員のスーパービジョンを受けながら進めた。

##### 2) データ分析

###### (1) 看護師にとっての清拭に関するデータ分析

フィールドノートと逐語録を繰り返し読み、①看護師にとって清拭はどのような技術か、②看護師にとっての清拭に何がどのように影響しているのかを分析視点として、看護師の活動や発言の意味、文脈が失われないように、意味が了解できる最少単位の文節をコード化した。そして、このコードの類似性・相違性を検討しカテゴリ化した。この過程で生じた疑問は、フィールドノートや逐語録に戻り再分析した。それでも解決しない疑問は、その疑問に焦点化したフィールドワークを行い、データを追加して分析した。これらを繰り返し行いながらテーマを抽出し構造化した。

###### (2) 清拭はどのように学ばれているかに関するデータ分析

フィールドノートと逐語録を繰り返し読みながら、①上記(1)の結果として抽出された各テーマがどのように学ばれているのか、②その習得に何がどのように影響しているのかを分析視点として、看護師の活動や発言の意味、文脈が失われないように、意味が了解できる最少単位の文節をコード化した。そして、このコードの類似性・相違性を検討しカテゴリ化した。この過程で生じた疑問は、フィールドノートや逐語録に戻り再分析した。それでも解決しない疑問は、その疑問に焦点化したフィールドワークを行い、データを追加して分析した。さらに、カテゴリ間の関連やストーリー性を検討してテーマを抽出して図示し、清拭の習得過程の全体像を描いた。

###### (3) データ分析全体の進め方

(1) および(2)の過程は、データ産出と並行して進めた。分析は、指導教員のスーパービジョンや博士後期課程大学院生の意見をもらい、生じた疑問をフィールドノートや逐語録に戻って再分析し、解決しない疑問は焦点化したフィールドワークを行ってデータを追加した。また、研究参加者に結果をフィードバックし、現場の見方で現象が捉えられているか、現場の実践や活動の様子として違和感がないかなどを確認し、その意見に基づくデータを追加した。これらの過程を疑問がなくなるまで繰り返し、分析を洗練した。



### 3) 分析結果の厳密性の確保

研究結果の厳密性の確保のために、以下のことを実施した。

確実性 (credibility) の確保については、長期的な参加観察によって、複数の研究参加者からデータを得るようにした。具体的には、同じ活動についての異なる場面や同一の看護師による複数の実践場面など、できるだけ多数参加観察を行い、インタビューでは、同じ問いを異なる聞き方で尋ねるなど、研究者が認識した事実や疑問について、複数の異なる方法で情報収集することで、それが本病棟の現状に一致しているかを確認するように努めた。また、研究者の解釈を確認するためのインフォーマルな質問を行い、分析結果についてのメンバーチェッキングを行うなどして、本病棟の看護師の見方で現象が捉えられているかどうかを確認することで確実性を高めた。

適用性 (transferability) の確保については、研究結果を記述する際に、研究参加者の行為の意味や意図をできるだけ損なわないように記述した。また、データ分析および研究結果の記述過程において、指導教員のスーパービジョンを受け、臨床看護師として経験のある看護基盤開発学領域の博士後期課程の大学院生 5 名から研究者の解釈の適切性について意見を得るなどして適用性を確保した。

信用性 (dependability) は、研究目標にそった系統的なデータ産出と分析を心がけ、その過程を指導教員からスーパービジョンを受けることによって確保した。

確証性 (confirmability) の確保については、以下のように行った。まず、研究者は、参加観察を含めたフィールドワークの技法について、その経験が豊富な文化人類学者から指導を受け、訓練を受けた上でフィールドワークを開始した。また、フィールドノートの記録やその分析方法などについても、文化人類学者や指導教員の指導を受けながら進めた。さらに、研究者の「現地化」や看護師としての経験による解釈の偏りを避けるため、データ産出、分析過程において、指導教員から定期的なスーパービジョンを受けるとともに、臨床経験のある看護基盤開発学領域の博士後期課程の大学院生 5 名から意見をもらい、研究者の視点との相違について検討した。相違する点が生じた場合には、再度フィールドノートに戻ってデータを確認し、相違点がなくなるまでデータ産出と分析を繰り返した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。本研究では、研究者が病棟の看護実践にとけ込むことで、文化的、社会的背景を踏まえた実践のありのままの記述をすることを目的とする。したがって、フィールドとなる病棟のひとびとには、研究者がフィールドに入ることによる様々な影響が発生する可能性がある。それを踏まえ、以下の内容を研究協力依頼書、同意書に記載し、研究参加者となるそれぞれの立場のひとに不利益が発生しないように配慮した。

### 1) 不利益を受けない権利の保証

本研究におけるフィールド調査では、主なデータ産出方法は、参加観察、インタビューである。また、フィールドワーク開始までには、関係する施設、看護職員への協力依頼が必要となる。これらそれぞれの場面において、研究参加者に発生する利益、不利益の可能性とその対処について述べる。

### （１）研究参加依頼時において発生する可能性のある不利益とその対処

研究協力依頼過程において、看護部長、看護師長、看護師、患者には、研究協力依頼に関する説明を聞くことや依頼されたことを断ることへの心理的負担、断った際には職務上、療養上の不利益が発生するのではないかという不安、研究協力において何を行って良いのかわからないという不安が生じる可能性がある。これらが発生しないように、看護部長、看護師長にはあらかじめ許可を得て、研究協力依頼書を郵送し、その後、具体的なデータ産出方法である参加観察やインタビューの方法について直接面談して説明した。また、看護師、患者には研究協力依頼のための説明を研究者が行ってもよいかどうかについて、病棟師長を通じて確認をとってもらった後に研究者が説明を行った。さらに、返事を後日に返却してもらうようにすることで、それぞれのひとが研究内容を理解し、十分に検討した上で、研究に参加してもらえるように配慮した。また、研究参加を断っても職務上、療養上なんら不利益を被らないことを研究協力依頼書に記載し、研究参加の諾否については、研究者のみがわかるように返信方法に配慮した。

### （２）参加観察によって発生する可能性のある不利益とその対処

参加観察では、研究者が「観察者としての参加者」「参加者としての観察者」「完全な観察者」まで身の置き方を変化させて看護実践現場に入る。このときに発生する可能性のある不利益は以下の通りである。

#### ①患者にとって

- ・病棟看護スタッフ以外の人間に見られることによる羞恥心や不快感
- ・個人情報漏洩への心配
- ・研究者が看護師とともにケアに参加することによって、ケアの質の低下やケア中の事故が発生するリスク

#### ②看護師にとって

- ・ケアを観察されることによる緊張感
- ・ケアを評価されているのではないかという不安
- ・自分のケア方法を誰かに告げられ評価されるのではないかという不安
- ・研究者が付きそうことによる業務の妨げや業務ペースの乱れ

これらに対して、以下のように対応した。

#### ①患者に対して

- ・研究者がフィールドワークを開始する前に、入院患者に研究の主旨、研究方法について口頭と文書で説明し、参加観察の承諾を得た。参加観察は承諾が得られた患者のみに行うとともに、参加観察する際には、直前にその都度必ず承諾を取った。
- ・意識障害等で自分では研究参加の承諾についての判断や意思表示が難しい患者の場合には、患者の代理として家族に説明し、了解を得た。

- ・参加観察時に知り得た個人情報、研究目的以外には使用せず、研究の全過程において匿名性を保護し、このことを研究協力依頼書に明記した。
- ・研究者がケアに参加するのは、病棟において新人看護師がケアに参加していく過程の場合に準じて行った。つまり、病棟の業務やケアの様子、患者の状態がある程度理解できるようになってからとした。
- ・患者の急変時や異常を発見した際、危険が予測される状況下では、看護師への報告や救急処置など看護師として責任ある行動を取るとともに、担当看護師の看護活動の補助を行うこと、また、状況に応じて調査を中断することを約束した。

## ②看護師に対して

- ・研究協力依頼の際に、参加観察の方法を詳しく説明し承諾を得た。ケア場面の参加観察は承諾が得られた看護師のみに行うとともに、参加観察する際には、直前にその都度必ずその看護師に承諾を取った。
- ・研究の説明時に、ケアの参加観察の主旨を説明し、その記述にあたっては特定の人間関係や立場から見た一面的なものにならないように、指導教員の指導を受け、研究者自身が自己の見方をリフレクションしながら行うことを依頼書に記載して約束した。
- ・研究者は、参加観察で得た情報、データを病棟内のスタッフの誰にも漏洩しないこと、データの匿名性を保護することを約束した。
- ・病棟の業務の繁忙さを見極めて、業務の妨げにならない範囲で参加観察を行うようにした。患者急変時などは、看護師として責任ある行動を取り、状況に応じて調査を中断することを研究協力依頼書に明記して約束した。

## （３）インタビューによって発生する可能性のある不利益とその対処

インタビューは、参加観察の途中で行うインフォーマルインタビューを主体にし、必要が生じた際にフォーマルなインタビューを企画し実施した。これにともなう各参加者に発生する不利益は以下の通りである。

### ①患者にとって

- ・自分がインタビューで話した内容が、看護師やその他の医療スタッフに知られるのではないかという不安
- ・インタビューに応じることで、時間や労力を使うこと

### ②看護師長、看護師にとって

- ・自分がインタビューで話した内容が他の看護職員や医療スタッフに知られるのではないかという不安
- ・インタビューに応じることで、時間や労力を使うこと
- ・インタビューによる業務の妨げや業務ペースの乱れ

これらに対して、以下のように対応した。

#### ①患者に対して

- ・インタビューは、あらかじめ承諾が得られた患者に対してのみ実施した。
- ・インタビューの必要が生じた時にはその都度身体的、心理的な負担がないかどうかを判断し、自分で答えることが可能な患者には、質問しても良いかどうか、話してもらう時間があるかどうかを確認してから実施した。
- ・インタビューでは、話したくないことは話さなくてもよいことを事前に依頼書に記載し伝えた。
- ・研究者がインタビューで知り得た内容は、研究の全過程を通じて研究以外の目的に使用せず、研究遂行上は匿名性を保護し、発言者が特定されないようにすることを依頼書に記載し約束した。

#### ②看護師長、看護師に対して

- ・研究協力依頼時に、インタビューについても同意を得た。病棟看護スタッフへのインタビューは、同意を得られた看護師のみに行った。
- ・インタビューの必要が生じた時にはその都度質問しても良いかどうか、話してもらう時間があるかどうか、業務への支障がないかどうかの状況を見て判断し、当該看護師に直接尋ね確認してから実施した。
- ・インタビューでは、話したくないことは話さなくてもよいことを事前に依頼書に記載し伝えた。
- ・研究者がインタビューで知り得た内容は、研究の全過程を通じて研究以外の目的に使用しないこと、研究遂行上は匿名性を保護し、発言者が特定されないようにすることを依頼書に記載し約束した。

### （４）研究参加による参加者に生じる利益

参加観察やインタビューへの参加によって発生する利益は、病院看護部、病棟師長、看護師にとっては、自施設、自己の看護実践を客観的、主観的に振り返る機会を提供できるという点である。清拭という看護技術を改めて確認してみる機会にもなり、自施設の技術に対する見方や OJT への新たな視点を得ることができる可能性があると思われる。また、清拭における看護の実践知が見出されれば、看護師が日常的な実践に専門職としての拠り所を見つけることになり、仕事への動機付けにもなる。これらは、患者にとっては、個別性に応じた質の高い清拭を受けることができるという利益につながる。

### ２）研究目的、内容を知る権利の保証

看護部長、病棟師長、看護師、患者が、研究目的、研究内容、研究方法を知ることができるようにした。具体的には、研究協力依頼書に、研究目的、方法、内容とともに、参加観察、インタビューなどの具体的方法とそれらによって生じる可能性がある利益、不利益、お願いしたい具体的内容、研究者が約束する内容などについて、それぞれの立場のひとが必要とする内容を理解しやすい表現で簡潔に記載した。

また、研究参加者からの質問には、いつでも答えることを説明し、依頼書に研究者の氏名、連絡先を記載した。さらに、研究参加者が研究結果を知る権利を保障するために、研

究終了後には博士論文要旨を送ることを依頼書に記載した。

### 3) 自己決定の権利の保証

研究への参加は自由であり、承諾後も辞退できること、断ったことで不利益を受けないことを研究協力依頼書に記載した。また、フィールドの選定およびフィールドワークのための病院、看護部長への依頼、病棟看護師長への依頼、看護師、患者への依頼の際は、自己決定の権利が保障されるように、以下の配慮を行った。

#### (1) 看護部長への依頼

- ①看護部長との面談日までに、研究協力依頼書を郵送し、研究参加について検討してもらう時間を設けた。
- ②面談では、研究の詳細を説明するとともに、フィールドワークにおける病院看護部の要望を確認した。
- ③看護部長が、十分に検討した上で研究協力について判断してもらえるように、後日返事をもらえるように返事用の書類と封筒を渡した。

#### (2) 病棟師長への依頼

- ①看護部長から2～3病棟紹介してもらい、研究者から直接病棟師長に研究依頼書を郵送することで依頼した。看護部長には、病棟から研究協力の承諾が得られた場合であっても、複数の施設に依頼していることと、研究遂行上フィールドワークが実現しない可能性があることを伝え、各病棟の研究参加の諾否が看護部長に伝わらないようにした。フィールドとして使用することが決定した病棟については、その病棟名を看護部長に伝え、研究への協力のお礼と以降の研究遂行のための協力をお願いした。また、このことを病棟師長への依頼の際に、病棟師長にも伝えた。
- ②病棟師長には、研究協力依頼書と面談依頼書を送り、面談によって研究者による口頭での説明を聞き、フィールドワークの具体的な方法を理解した上で承諾してもらえるようにした。
- ③面談では、研究目的、研究方法、倫理的事項について説明し、病棟師長が十分に検討した上で、研究協力の諾否を決めてもらえるように、後日郵送にて返事をもらえるように返事用の用紙と封筒を渡した。
- ④諾否の返事については、看護部に報告しないこと、参加の諾否は、病棟師長の自由意志であること、辞退しても不利益を被らないことを説明した。

#### (3) 看護師への研究参加依頼

- ①研究者が病棟に出向いて病棟看護師に研究について説明し、具体的な研究方法や倫理的事項について理解した上で研究参加について検討してもらえるようにした。
- ②病棟看護師の自由意志で、「研究者がフィールドに入ること」「参加観察」「インタビュー」のそれぞれの諾否を返事してもらえるように、研究協力依頼の説明時に、研究参加の返事を記載する用紙を配布し、看護師各自で記入してもらい、研究者に直接郵送してもらった。

- ③安全管理上、研究者が参加観察する看護師が誰であることを病棟師長には報告するが、参加は自由意志であり、辞退しても不利益を被らないこと、研究の過程のいつでも辞退できることを依頼書に記載した。また、研究参加者が辞退したくなった際に、負担なく辞退できるように辞退書（資料 16）を予め渡しておいた。
- ④フィールドワーク中の個別のケアに研究者が参加する際には、その都度当該看護師に承諾を得るようにした。また、このことを依頼書に記載した。

#### （４）患者への研究参加依頼

- ①参加観察の対象となる患者の選択と、その患者に研究協力依頼の説明を聞いてもらえるかどうかの確認を病棟師長に依頼して行ってもらい、承諾の得られた患者にのみ研究協力依頼を行った。
- ②患者に、参加観察、インタビューおよびカルテの閲覧などの研究参加において協力してもらいたいことを記載した研究協力依頼書を渡すとともに、口頭での説明を行い、研究協力依頼をした。その際には、参加は自由意志であり、辞退しても不利益を被らないこと、研究の過程のいつでも辞退できることを記載し約束した。また、参加の諾否の返事は、説明の際に渡した同意書に署名してもらい、それを郵送してもらうことで確認した。
- ③参加観察やインタビューの際には、その都度参加の承諾を得てから実施した。また、そのように行うことは、予め依頼書に記載した。

#### 4）プライバシーの保護、匿名性、機密保持の権利の保証

研究の全過程において、研究者が知り得た個人情報および収集したデータは、研究以外の目的で使用しないこと、それらが漏洩しないように厳重に管理すること、研究終了後、5 年間は適切に保存し、その後データの種別に応じた適切な廃棄を行うことをすべての研究協力依頼書に記載した。また、本研究では、患者のカルテを閲覧することが必要であるため、カルテに記載されている情報も、個人情報、収集したデータと同様に取り扱い、カルテの閲覧およびその際の機密保持方法について研究協力依頼書に記載して遵守した。さらに、データ分析、論文作成、研究成果公表の全過程において、個人および施設が特定されないように匿名性を保持することを約束した。具体的には、インタビューの際に個人や施設名が特定できる内容がある場合には、伏せ字にして逐語録を作成し、論文作成、研究成果公表の際にも同様に行うことを研究協力依頼書に記載した。

## 第 4 章 研究結果

### I. 病棟の概要

本病棟は、関西圏の都市部にある約 200 床の一般病院の外科病棟である。本病院は、入院患者のほとんどが周辺の地域住民であり、看護師がやさしく親切であると地域の評判が高い。フィールドとなった病棟は、この病院の看護部長から、看護師が日常的に清拭を実施しており、長年それが継続されている病棟として研究者に推薦された。入院患者は、内視鏡検査や腹腔鏡下での手術などの短期入院が多い一方で、癌治療や癌性疼痛の緩和ケア目的で入退院を繰り返す患者や数ヶ月入院する患者も混在する。平均在院日数は約 11 日、入院患者の平均年齢は約 68 歳で高齢者が多い。このような入院患者の状況は、本病棟がごく一般的な外科病棟であることを示している。そのため、本病棟をフィールドとすることで、一般的な病棟における看護師にとっての清拭とその学ばれ方を知ることができると思われた。

看護体制は、周手術期の患者を担当する A チームと、癌治療や緩和ケア目的の患者を担当する B チームの 2 チームによる固定チームナーシングである。日勤は、リーダーと受け持ち看護師、受け持ち看護師のケアをフォローする非常勤看護師の合計 9～11 名の看護師と、看護師のケアを補助する病棟専任の看護補助者 2～3 名の体制である。夜勤は看護師 3 人で、2 交代制で行われている。

### II. 研究参加者

この病棟で勤務する看護スタッフは、師長や看護補助者を含めて 36 名で、平均年齢は 28 歳である。研究者が病棟に来て研究活動をするということについては全員から了解が得られた。その中で、自分の看護実践に研究者が参加観察することの了解が得られたのは 32 名であった。研究参加者となった主な看護師は表 1 に示すとおりである。

### III. 病棟の清拭の概要

本病棟の清拭には 2 つのパターンがある。それは、手術直後のリカバリールームの患者や終末期などの重症患者の清拭と、一般病室で比較的自立度の高い患者の清拭である。重症患者の清拭は、必ず看護師 2 人で実施されることになっていた。また、自立度の高い患者は、原則として受け持ち看護師ひとりで行うが、看護補助者に依頼される場合もあった。これらの人選や時間の調整は、毎朝の業務調整でチームリーダーを中心に全員で行われていた。

重症患者の清拭も、自立度の高い患者の清拭も、身体を拭くための物品には蒸しタオルと泡沫洗浄剤が使用されていた。蒸しタオルは、フェイスタオルを水で湿らせて縦 4 つ折りにしたものを端から棒状に丸めて立てた状態で清拭車に入れられている。この作業は、看護補助者によって行われ、毎朝午前 9 時頃には使用できるように準備されている。また、清拭車には清拭用の蒸しタオルの他に、オムツ交換用綿花（約 20cm 四方に切って水で濡

らして棒状に巻かれたもの）も入れられている。これらは、午後 5 時頃まではいつでも熱いタオルや綿花が使用できるように補充される。

清拭時やオムツ交換時には、看護師や看護補助者は、清拭車から必要分の蒸しタオルや綿花をビニール袋に入れ、泡沫洗浄剤とともに患者のベッドサイドに持参していた。重症患者の清拭時には、陰部洗浄も一緒に実施されていたが、その際には、陰部洗浄用の石けんとシャワーボトルも追加して持参されていた。陰部洗浄用の石けんは、ビニール袋に液体石鹸と水を少し入れ、空気を入れて膨らませた状態で端を止めてビニール袋全体を手で揉んで細かい泡をいっぱい作るという方法で作成される。陰部洗浄は、その泡を陰部に塗布してオムツ交換用綿花で軽く擦ってからシャワーボトルで洗浄するという方法で行われていた。この方法は、本病棟に所属する WOC ナース（皮膚排泄ケア認定看護師）が看護師達に伝えたもので、皮膚の汚れは擦るよりも泡の洗浄効果を利用する方が落ちやすいし、皮膚にも優しいという知識に基づいていた。この泡を使った洗浄方法は、陰部洗浄の他、褥瘡ケアにも使われていた。この方法は、病棟の全看護師が実施しており、複数の看護師が「うちの病棟は、皮膚ケアにはうるさいです。どこの病棟よりもエビデンスに基づいてしっかりやっていると思う」と述べていた。重症患者の清拭も、一般病室の清拭も、ほとんどがこの蒸しタオルと泡沫洗浄剤、陰部洗浄を合わせた方法で実施されていたが、長期に入浴できていない患者が手術を受ける場合などには、石けんを使った清拭が行われることもあった。その場合は、2～3 人の看護師で実施され、石鹸で泡立てたタオルで患者の皮膚を拭き、その後、ベースンに準備した温湯でタオルを絞って石鹸分を拭き取る方法で行われていた。

#### IV. 看護師にとっての清拭

看護師にとっての清拭は、3 テーマ、9 カテゴリ、17 サブカテゴリで構成された。以下、テーマは【 】で、カテゴリは＜ ＞で、看護師や患者の発言、看護師の活動場面はゴシック体で示す。

本病棟の看護師にとっての清拭は、【清拭しないで看護したとは言えない】という実践であった。看護師は、清拭を【患者に快を与えられる】実践だと捉え、また、それが実現されるように実施していた。そのように実践されることで、【患者が見える】状態が生み出されていた。また、【患者が見える】という清拭は、看護師をより【患者に快を与えられる】実践へと動機づけていた。このような清拭を繰り返す中で、看護師は【清拭しないで看護したとは言えない】と捉えるようになっていた（図 1）。

以下、テーマ毎に詳しく述べる。

##### 1. 【患者に快を与えられる】

このテーマは、＜快適で苦痛のない清拭にこだわる＞＜看護師だからこその清拭をする＞＜患者は必ず気持ち良いと感じる＞の 3 つのカテゴリで構成された。

本病棟の看護師は、快適で苦痛のない清拭を実施することへのこだわりがある。そのこだわりは、看護師だからこその清拭の実施につながっていた。看護師は、看護師だからこその清拭をすることが、患者にとって快適で苦痛のない清拭につながり、その結



果、患者は絶対に気持ち良いと感じるのだと考えている。看護師はそのような清拭を自信と誇りをもって実践している。

### 1) <快適で苦痛のない清拭にこだわる>

本病棟の看護師は、清拭は患者にとって気持ち良いものでなければならず、絶対に苦痛を与えてはいけないと考えている。したがって、拭く時の圧力やストローク、タオルの温度など、患者が快適だと感じられる拭き方にこだわるとともに、清拭の際に生じる苦痛を最小限に抑えられるように実施する。

看護師は、清拭を始める時には、まず、蒸しタオルを患者の胸や背部などの広い面にいっぱい広げて、少し時間をおいてから拭き始める。それは、清拭では、患者が温かさを感じることが大切だと考えているからである。ほとんどの看護師が、清拭をする際には「患者さんを温めることにはこだわっています」と答える。それは、夜勤帯でオムツを交換する際に、清拭車に熱いオムツ交換用綿花がない場合には、「ちょっとでもチン（電子レンジで温めて）しておくて温かくて気持ち良いので」と言って、電子レンジで温めてから使うというように徹底されている。

また、この病棟の一部の看護師で共有されている独特のタオル使いがある。それは、図2、図3のように、両手でタオルを把持して、自分の上半身全体を動かしながら拭く方法であり、次のように実施されていた。

7年目になる田中看護師（20代）は、術後1日目でリカバリールームに入室している吉田さんを受け持っていた。吉田さんは70歳になる男性で、胃がんで開腹術を受けていた。鎖骨下にCVカテーテル、背部には硬膜外麻酔チューブ、腹部にはドレーンが2本、陰部にはバルンカテーテル、右手から点滴が行われていた。このような術直後の患者の清拭は、通常看護師2名で実施される。この日は、田中看護師と4年目になる岩下看護師が実施することになった。

田中看護師は、清拭タオル数本とオムツ交換用綿花、泡沫洗浄剤を準備して病室に行った。そして、ベッドサイドのワゴン上にバスタオルと着替え用の寝衣、T字帯が準備されていることを確認した。これは、前日に患者が手術室に行った後、看護補助者が術後患者用として準備していたものであった。手術を受けた患者の帰室時のベッドは、看護補助者が準備し、看護師が確認することになっていた。田中看護師は、患者に声をかけると、吉田さんが着ている術後患者専用の寝衣（体位変換なしに着脱できるように肩と脇がボタンで取り外しできるようになっている）の前半分を外しバスタオルで患者の前半身を覆った。そして、今度は、蒸しタオルを1本取って、4つ折りの大きさまで広げると、自分の腕に一度当てて温度を確認してから患者の前胸部あたりにふわっとかけた。田中看護師が「熱くないと思うんだけど、大丈夫ですか？」と声をかけると、患者は「ああ、ええ気持ちや」と答えた。田中看護師は「そう、良かった。大変な手術だったけど、頑張られましたね」と言い、「お体拭いたら、ちょっとすっきりしますし、お着替えもするんで、ちょっと元気が出ると思いますよ」と続けた。そして、前胸部にかけたタオルの上に泡沫洗浄剤をツーツと2本出した後、それが患者の皮膚に当たるようにタオルをひっくり返した。次にタオルの右半分を右手掌を広げて乗せ、左手でタオルのもう一方の端をキュッと束ねて把持し（図

2)、患者の胸部全体になめらかにタオルを滑らせた。胸部を拭き終わると、そのままタオルを頸部から耳介後部へと移動させて拭いた。次に、田中看護師は、そのタオルを再び患者の胸部に戻すと、4つ折りから2つ折りに広げた。そして、そのタオルの2枚が重なった隙間にすばやく自分の右手の手掌を滑り込ませ、左手はタオルの端を束ねて持つと、右手をくるっと1回転させて、自分の右手を手首あたりまでタオルで覆った(図3)。そして、タオルで包まれた右手を患者の側胸部や肩から背部の方向へと、患者の身体の形に沿わせて撫でるように拭いた。また、タオルで包まれた自分の指先を患者の脇のくぼみに潜り込ませて拭いた。その間、岩下看護師は「じゃあ、腕を拭かせてもらいますね」と声をかけて、タオルを8つ折りの大きさに広げ、自分の腕に一旦当てて温度を確認し、患者の腕を拭いていった。

次に、田中看護師は患者に「今度はあちら(自分と反対側)の方に身体を向けてもらって、横向きに寝てもらいますね」と言った。岩下看護師が「お手伝いしますね。はい、ゆっくり」と言って、患者の身体から出ているドレーン類が引っ張られないように把持しながら、患者の大転子部と肩に手をかけてゆっくりと患者を側臥位にした。田中看護師は、患者の背部に素早くバスタオルを掛け、患者の身体の下にあった術後寝衣をサッと取った。そして、新しい蒸しタオルを取って、患者の背部に2つ折りにして広げた。患者は「はあ、生き返るな」と言った。田中看護師は「そうですか。良かったです」と笑顔で答えた。そして、タオルを4つ折りにして、再び前胸部の時と同じようにタオルをもち(図2)、患者の背部を頸から腰の方に向かって、自分の上半身も同じ方向に動かしながら、今度はやや強めにザッ、ザッと拭いていった。岩下看護師は、患者の身体を片手で支えながら、新しい寝衣を広げた。

その後、二人の看護師が点滴などの受け渡しをしながら寝衣の袖に患者の腕を通して、患者を仰臥位に戻して寝衣を整え、陰部と下肢を拭き清拭が終了した。

田中看護師は清拭後に、このようにタオルを使って拭くことで、「患者さんに温かく感じてもらえるし綺麗になるんです」と述べた。図2の持ち方は、「タオルの厚みがあるので患者に温かさが提供でき冷めにくい」、図3の持ち方では、利き手の指と掌がタオルで覆われるので、その手や指を使うことで、「見えない細部まで指が届いて、拭きやすい」という。また、図3の持ち方では、手を包んでいる部分を少しずつずらして使うことができるので、「タオルを何度も変えないで素早く綺麗に拭けるし、タオルの厚みはないが手の温かさがあるので、患者さんにとっても意外に温かいみたいです」と言った。

このような拭き方はベテラン看護師の多くが実施していた。市川看護師(40代, 15年以上)もそのひとりだが、彼女は、重症患者の清拭で気をつけていることとして「苦痛の大きい患者さんなら余計に、いつでも(清拭が)できるってわけではないから、痛みが少なくて清拭できそうな時を選んでさっとやるようにしています。その1回をやるからには丁寧にきっちりと拭きたい。拭き残しがあると、せっかくやったその1回の清拭が、意味がなくなってしまうので」と、一度の清拭で確実に清潔になるように拭くことが、患者に快適さをもたらし、かつ苦痛を最小限にとどめることになり、タオルの使い方はそのための方法のひとつであると語った。

また、この病棟では、少しでも苦痛の少ない清拭をするために、終末期で癌性疼痛のあ

る患者でも、次のようにして清拭が実施されていた。

前田看護師（20代、7年目）は、中田さん（70歳男性）の受け持ちであった。中田さんは、肝臓癌で化学療法を受けていたが、現在は癌性腹膜炎でペインコントロールを受けていた。前田看護師は、朝の業務調整で、中田さんの清拭についてスタッフの協力を仰いだ。

「（中田さんの）痛みが少し強くなっているから、塩モヒの量を主治医に上げてもらおうと思っているんだけど、10時頃には効いてくると思うんで、清拭はその頃にしたいんです。」これを聞いたチームリーダーの内田看護師（30代、15年以上）は、「じゃあ、前田さんと田中さんとでできるかな。前田さん、10時頃、（中田さんの状態が）良いときに、声かけてくれる？ 田中さんがだめだったら、私が入るわ。」と言い、中田さんの清拭を前田看護師と田中看護師（20代、7年目）の二人で行うように決めた。10時を少し超えた頃、前田看護師は田中看護師に声をかけ、二人で中田さんの病室に向かった。前田看護師は、中田さんに「痛み、どうかな？ 体拭きさせてもらおうかなと思うけど、大丈夫ですか？」と声をかけた。前田看護師は、中田さんが「ああ、お願いします」と笑顔で応えるのを見て、痛みがないことを確認し、田中看護師とともにさっと清拭を終えた。前田看護師は、「苦痛のある患者さんの『よし、今』っていうタイミングって割と難しいんです。でも、そこを見抜けないと、患者さんに苦痛を与えてしまうでしょ。清拭って、患者さんに気持ち良くなってもらうためのものなんで、その瞬間が苦痛になっては台無しでしょ。だから絶対に苦痛にならないように、一番良いタイミングでしたいと思っています。」と言った。

このように看護師は、患者が清拭時の気持ち良さを十分に感じることができるよう痛みなどの苦痛を常にモニターする。また、患者が清拭を受け入れられるようにするにはどうすれば良いかをいつも考え、そのチャンスに即応している。それは、次のように行われている。

木下看護師（20代、1年目）と田中看護師は、胆管癌で終末期にある熊谷さん（83歳男性）のオムツ交換に向かう際に清拭物品も一緒に持参していた。木下看護師が、新しいオムツを熊谷さんの臀部に敷き入れたその時に、田中看護師が、熊谷さんの両足に温かいタオルをサッとかけた。熊谷さんは、「はあ～、気持ちええわ」とつぶやいた。すると、田中看護師は、「ちょっと拭いておきましょうか？ ついでに背中もどうですか？」と続けた。熊谷さんは「そうやな。頼むわ」と言い目を閉じた。

清拭後、木下看護師は、「（熊谷さんは）清拭だけ提案すると、いつも拒否なんですよ。しんどいから仕方ないですね。だから『やってもらおうかな』と思えた時にさっとできるように一応準備していくんです。やっちゃうと、『やってもらって良かった』って思うみたいだし、ちょっとでもスッとした気持ちになれるかなと思って」と言った。

このように、看護師は、患者の性格や日常の様子を捉えて患者の清潔のニーズを予測し、患者がやる気になった時にすぐに応じられるように物品などの準備をしている。また、患者が少しでも「清拭してもらいたい」と思うことができるような機会を作りだそうとしている。そのために、少しでも温かく、綺麗になるようにタオルを使ったり、痛みの様子

をアセスメントしたりする。その背景には、少しでも患者に気持ち良いと感じてもらいたい、少しでも苦痛を与えたくないという看護師の思いがある。

## 2) <看護師だからこそできる清拭をする>

患者にとって快適で絶対に苦痛のない清拭は、<看護師だからこそできる清拭をする>という看護師の意志に支えられている。それは次のように語られる。

「苦痛の大きい患者こそ、看護師が清拭しなくちゃいけないって思います。うちは緩和ケア受けている人が多いんで、そういう患者さんって、何を行うにも何らかの苦痛を伴うじゃないですか。だからって何もしないで寝かせておくのは違うと思うんです。看護師がするからそういう患者さんでも苦痛なく清拭が受けられるんじゃないですかね。患者に負担をかけるから清拭しないっていうんじゃ、それは看護ではないですね」

(内田看護師、30代、15年以上)

また、最近では、清拭を看護補助者が行う施設が増えているが、この病棟でも看護補助者が清拭を行う場合がある。しかし、看護補助者が清拭を行うのは、身体状態の落ち着いた患者だけである。看護師が清拭を行う場合の留意点について、看護補助者にも理解してもらえると判断される場合に限って、看護補助者に清拭が依頼される。その判断は、毎朝の業務調整の際にチームリーダーが行う。しかし、この病棟の看護師は、看護師が行う清拭は看護補助者のそれとは違うことを強調する。

「看護師がする清拭と看護助手の清拭は違いますよ。看護師は清拭するときは、ひとつひとつの行動を丁寧に確実にやります。時々、患者さんに『もう一回こっち向いて』とか『あっち向いて』とかやってる看護師もいるけど、ああいうのはプロとは言えないです。それってやり直しですよ。(患者に) 余計なエネルギーを使わせないようにしなくちゃ。例えば、一回の体位変換でピシッと寝間着が着れているってのも、些細なことだけど、看護のプロだからこそできるわざやと私は思うんです。そのちょっとしたことが患者さんにとっては大きいと思うんです。そういうのが苦痛がない清拭だし、それって素人や助手さんにはできないでしょ」(山野看護師、40代、15年以上)

このように、看護師が知識と技術をもって行うことで、患者が苦痛を感じない清拭が実現されているのだと語った。看護師達は、例えば、円背がある上に肛門癌のために仰臥位が取れなくなった患者に、側臥位のまま片足ずつビニール袋に作った泡で足浴したり、仰臥位にならずに体位変換しながら清拭する方法を考えたりなど、チームで知恵を出し合って、どのような体位や方法ならば患者が安全で苦痛を感じない状態で清潔ケアを受けることができるかを考えて実施していた。そして、このような看護師達の実践について、患者は、次のように評価していた。

肛門部腫瘍の骨転移のために緩和ケア目的で入院している内田さん(65歳の女性)は、入院直後は看護師が提案する清潔ケアは一切拒否していた。しかし、今は「安心して、何

でもお願いできるようになりました」と言う。その理由を内田さんは次のように話した。

「私の場合、こんなところ（肛門部）の病気でしょ。とても人様にお願いできるようなところじゃないでしょ。だから、前に入院していた病院でも、もうずっと娘に手伝ってもらって、できるところだけササッと拭いていたんです。でも、ここの病院に入院したら、看護師さん達が何度もシャワーしようかとか、身体拭きしようかと言ってきて。でも、ねえ、やっぱり申し訳ないし、とてもこんな身体でシャワーなんてって思うし、身体拭きは、まあ何とか娘にやってもらえているしと書いていたんですけどね。あるとき、あんまり進めてくださるんで、じゃあ、思い切ってお願ひしてみようかと思って。そしたら、本当にまあ、本当に綺麗にしてもらって、何年分の垢が取れたのかしら？って思うくらい、すっとうしましたよ。私仰向けには寝られないしね、まあ、痛みもあるから動くのが怖いっていうか。ここ（肛門部）から、いつもちょっとずつ血が出てて、臭いもするしでね…。でもやっぱり、プロは違いますよね。本当に色々考えてくださるので。『とても、とても、無理でしょ』って素人考えで思っていたのが、看護師さんに悪かったですわ。私みたいな微妙なところの病気を持っている患者でも、ここの看護師さんなら、気兼ねしないでいいですし、安心して頼めるんですよ」

このように看護師は、患者が抱える苦痛を身体的なものだけではなく、羞恥心や遠慮なども含めた全人的なものとして考え、患者がそれらを感じないですむように清拭している。看護師は「一般人では思いつかないような方法でできることが看護師ならではの」と言う。また、「そういうところ（患者にとって可能な体位で行う方法や、可動域に適した方法を考へて実施すること）に専門知識を使わなくちゃ、看護師をやっている価値がないでしょう」と言う。看護師は＜看護師だからこそできる清拭をする＞ことに、自信と誇りをもって実践している。

### 3) ＜患者は必ず気持ち良いと感じる＞

このような看護師の清拭に対する自信や誇りは、清拭による患者への効果を実感していることによる。前田看護師（20代、7年目）は、「温かいタオルを当てるとね。患者は99%『気持ち良い』か『温かいわ』って言います。ホント99%言いますよ」と自分たちが行う清拭によって、患者は必ず気持ち良いと感じると言い切る。看護師は、快を与えられる清拭をするために様々な努力や工夫をするが、それはその快が入院患者にとってとても大事であると考えからである。鈴木看護師（30代、10年目）は、

「保清って治療じゃないんでね。痛くないでしょ。基本、安楽を目指しているっていうか。それにね、患者が絶対に『良かった』って、『気持ちいい』っていう表情になるの。絶対に。そんな表情になるのは、入院生活ではそんなに機会ってないと思うんですよ。それを1回でもたくさん作るのが看護師の仕事でしょ。その表情もらうのに手っ取り早いんですよ、清拭は（笑）。保清って、入院生活の中で安楽を得られる数少ない場ですからね。（研究者：だから、看護師の仕事だと？）そうそう、安楽を提供するのが一番の役割ですから」

と、入院生活の中で清拭をはじめとする清潔ケアが患者にとって唯一ともいえる癒やしの時間であり、それを大事にしたいという思いで清拭していると語る。そして、「そういう風に（『良かった』『気持ち良い』というように）言われると、今日も仕事にきた甲斐があったなって。やって良かったなって思えるんです。やりがいていって、患者さんにそう言ってもらえる瞬間かな」（前田看護師、20代、7年目）と、それが自分にとっての仕事のやりがいでもあると考えているのである。

## 2.【患者が見える】

このテーマは、＜患者の感覚を感じる＞＜患者と深く関わる＞＜患者の全体が見える＞の3つのカテゴリで構成された。

この病棟では、「患者が見える」という言葉を頻繁に耳にする。久しぶりに夜勤で出勤した際の看護師が「まだ患者見えていないから、ちょっとだけ時間ちょうだい」と申し送り時に話していたり、「業務調整でのミーティングは、新人看護師の患者を見る目を育てる」と話されたりしていた。このような「見え方」には、患者理解という言葉では置き換えられない意味が含まれている。清拭はこの「患者が見える」という状態と関連して実践されている。

看護師は、清拭の際に患者の感覚を感じながら実施している。そのような清拭をすることによって看護師は、患者の思いに近づくことができ、より深く患者と関わるようになる。その関わりによって看護師は患者の全体が見えるようになる。そして、患者の全体が見えることによって、より一層患者を知ることができ、さらに関わりが深まる。このように、清拭は、患者の感覚を感じることで、患者と深く関わることで、患者の全体が見えることが相互に関連しあい【患者が見える】実践となっている。

### 1) ＜患者の感覚を感じる＞

看護師は、清拭や足浴などの清潔ケアの際に、患者が感じている感覚を自分の感覚であるかのように表現していることがある。

岩下看護師（30代、4年目）は、「あ～。スッキリしたよ～」と言いながら、汗だくになってナースステーションに入ってきた。受け持ち患者の蔵本さん（80代の男性）のストレッチャー浴を終えて戻ったのである。ナースステーションにいた榎波看護師（20代、3年目）が「風呂入ったん？」と聞く。岩下看護師は「そうそう。あ～もう～、サッパリしたわ～」とすがすがしそうにハンカチで汗を拭いた。そして、「蔵本さんがだよ」と言った。それを聞いてナースステーションの看護師が一斉に笑った。

岩下看護師は、まるで自分自身が入浴したかのように爽快感を得ている。話しかけた榎波看護師も、入浴したのが岩下看護師なのか蔵本さんなのかが区別できないような表現で尋ねている。そして、このような感覚はナースステーションにいた看護師みんなに共有されている。本病棟の多くの看護師が「患者さんが綺麗になると、こっちまで綺麗になったような気持ちができる」と話す。患者が「はあ～、気持ちいいな～」と言うのを聞く看護師

は、「そうですね。良かったあ」と満足そうにほほえむ。

また、ベテラン看護師の中には、タオルを巻き付けた指先を患者の体の細部に滑り込ませながら「ここ大丈夫かな？今日は、痛みはどうか？」と探るように拭いている人がいる。この時の看護師は、痛そうに顔をしかめている。すでに意識がない患者の清拭後に、軟膏を塗布していた遠藤看護師（20代、5年目）は、「ここよね。かゆいところ」と言いながら、皮膚と皮膚の間に指を突っ込んで塗っていく。このときの遠藤看護師は「そうですね。ああいう患者さん（意識がなく寝たきり）とは指先で会話しているんですよ」と笑いながら話した。しかし、これは冗談ではなく、「痛みとか、気持ち良いかな？とか、清拭してる時は、指先で確かめながら拭いていると思います」と、指先に自分の意識を集中させて清拭していることを語った。患者の皮膚と自分の指先とで会話をするように清拭が行われているのである。

さらに、清拭の際に患者の身体に触れることによって、患者の身体の状態が把握されている。例えば、「清拭すると食事が納まってきたなって分かる時があります。栄養状態っていうのじゃなくて、『ああ、入るようになったな』って。皮膚の張り具合とか、浮腫とかとも関係あるのかもしれませんが、もっと感覚的なもので、あんまり根拠ないんで、記録に書いたり人に言ったりしませんが」と、清拭の時に患者の体に触れることで、患者が食事が取れるようになってきていることを感じ取っているのだと話す看護師がいた。

また、清拭の途中で急に清拭を中止し「ちょっと血圧測らせてもらえますか？」と言って血圧を測りはじめた看護師がいた。その理由を後で確認すると、「そうですねえ。ちょっと体が湿っぽいていうか…、そういう感じです」と説明しにくそうであったが、患者に触れて血圧が低下しているのではないかと疑ったのだと語った。また、別の看護師は、「拭いている時に、手の感覚から調子が伝わってくるんです。患者さんがしんどいときは、『しんどい』って手で感じます」と話した。

このように清拭時に患者に触れるということを通して、看護師は自分でもうまく説明できない感覚を得て患者の状態を把握しているようである。また、このような看護師達が清拭を行っている場面では、看護師は患者の体に触れながら、とても豊かに表情を変える。それは、満足そうな表情や痛そうな表情などで、患者自身が感じている感覚に合わせて看護師の表情も変わっている。まるで、患者の感覚を自分も同じように感じているようである。

## 2) <患者と深く関わる>

複数の患者を受け持ちながら行われる日々の看護実践の中で、清拭は患者とゆっくり関わるには絶好の機会である。看護師は、それを意図的に実践している。4年目の和泉看護師は「清拭すると、患者さんが自分のことを良く覚えてくれるんです。『あんた、重いお湯もってきて拭いてくれた子やな』とか言ってくれてね。そうすると話しやすくなるんですよ」と、患者との関係作りのきっかけになっていると言う。また、普段無口で不機嫌な患者も、清拭の時には心を開いてくれる。だから、看護補助者に任せても良いと判断された患者の清拭も自分で行うことがあると言う。それは次のような場面であった。

和泉看護師は、その日、胆管癌の織田さん（70代男性）を受け持っていた。織田さんは、

手術のために入院したにも関わらず、入院後に急激に状態が悪化して手術ができない状態になり、すでに2ヶ月以上が経過していた。食欲はなく、黄疸や血便が出ていた。かなり衰弱して見えたが、自分でベッド周囲を歩くことや、調子の良い時には点滴台を押してデイルームに行くことができるなど、悪いながらも安定していた。織田さんは、家族と疎遠になっており、天涯孤独であった。時々、看護師を怒鳴って苛立ちをぶつけることもあった。和泉看護師は「関わるのが難しい患者さんです」と清拭前に織田さんについて話していた。和泉看護師が織田さんのベッドサイドに行くと、織田さんはベッドの端に座って待っていた。和泉看護師は、「わあ、織田さん。準備して待っていてくださったんですね。すみません」と詫びた後、上半身の脱衣を手伝い、蒸しタオルを背中にかけてゆっくりと背中を撫でた。織田さんは目を閉じて背部の温かさを感じているように見えたが、和泉看護師が背中を撫でていると、その目をゆっくり開けて、自分の腕をさすりながら「だいぶ痩せてしもたな。ガリガリや」と言った。和泉看護師は「そうやね。食べられてないからね」と背中を拭きながら答えた。織田さんは「手術したら、また、食べられるようになるのかな。そうだったら良いけどな。手術しても元に戻らんかったら、する意味ないしな」と言った。織田さんは、普段は看護師に「早よう、せい！（早くしろ!）」などと怒ることもあったが、このときはしんみりと小さな声だった。和泉看護師は「そうやね。元に戻りたいですね」と答えた。

このように、清拭に要する時間は、普段はできない患者と看護師の会話を可能にする。本病棟では、織田さんのようにADLが自立している患者の清拭は、看護補助者に任せることもあるが、この時の和泉看護師はあえて自分で清拭を行った。その理由として和泉看護師は、「寂しいし、不安も大きいのだと思います。それはわかっているんだけど、患者さんが気持ちをはき出すのも必要かなって。ああやってゆっくりと時間をかけて一緒にそこにいてることが大事だと思うんですよね。そういう機会を作らないといけないと思って。でも、やっぱり私がやって良かったです。あんな風に清拭するのを待っていてくれることは珍しいですし、今日は何だか落ち着いておられたんで」と清拭後に話した。清拭の時にゆったりした雰囲気の中で患者と関わる意味が大きいから、看護補助者に任せずに自分で清拭したのと言う。

また、清拭の時に患者は裸になり肌をさらすが、そのことは、患者にとって自分の体を改めて見る機会にもなる。織田さんが「すっかり痩せてしまった」とつぶやいたように、自分の体を見て病気の進行を感じ、手術やこれからの自分に対する不安をぼろりと口に出ることがある。さらには、清潔行動さえままならなくなった自分の病状を改めて認識する患者もいる。それは、次のような場面であった。

胃がん末期の寺田さん（60代男性）は、数日前から意識レベルが少し低下しているようであった。鎮痛剤で痛みはほとんどないようだが、陰しい顔つきでずっとベッドに横たわっている。田中看護師（20代、7年目）は、寺田さんの清拭の際に、「今日は、足は、足浴しますわ」と言って、ベッドの上にベースンを置き、ゆっくりと寺田さんの足を浸けた。そして、「今日は、ちょっとでも調子良いのかな？」と話しかけながら、足の指を丁寧に洗った。足浴後、田中看護師は寺田さんの足に皮膚保護剤をマッサージするように塗り込ん



でいく。それが終わると、「ちょっと手も塗ってあげよう」と言って寺田さんの頭部付近に移動した。田中看護師が寺田さんの右手を抱えたとき、突然、寺田さんが「ふぁ～。気持ち良かったなあ。まだ生きてるんやな」と小さな声でつぶやいた。田中看護師は「ああ～。びっくりした」と驚いたが、すぐに「そうよ。そうよ。寺田さんは生きていますよ」と返答した。田中看護師は、今度は嬉しそうに「今日は調子よさそうで良かったわ～。気持ち良かったって言ってもらえると嬉しいわ～」と声のトーンを少し上げて、寺田さんの右腕をマッサージしはじめた。しばらくすると、寺田さんが、今度は少し大きな声で「こんなことまでしてもらって…。足まで洗ろうてもろうて…。ほんまに何にもできんようになってしまった。悪いな。ごめんな、ごめんな…」と言った。最後の方は叫ぶような泣き声になり、何を言っているのかわからなくなった。田中看護師も泣きながら「そんなこと言わんで。謝らないで。私がしたいだけなんよ。これくらいのこと、いつでもさせてもらうからね」と寺田さんの右腕を優しく上下にマッサージしながら何度も繰り返していた。

このように、清拭時には、患者が心の奥底にある思いを吐露することがある。このような場面で看護師は、患者が体験しているその世界に入り込み患者の思いを受け止めている。

また、患者と看護師の関係は、看護師からの一方的なものではなく、患者と看護師が互いに近づき歩み寄るように結ばれている。それは、次のような場面に見られた。

夜勤で田中看護師（20代、7年目）が受け持った胆管癌の熊谷さん（83歳男性）は、背部の清拭を受けながら「あんたは子どもさんおらんのか？」と田中看護師に尋ねた。田中看護師は「もうすぐ3歳になる坊主がいますよ」と答えた。熊谷さんは、「今日は花火大会やで。音、聞こえてるやろ。あんたが仕事してたら、子どもさん連れて行ってあげられへんな。かわいそうにな」と言った。田中看護師は「いいの、いいの。子どもはまだ小さいし、私は人ゴミ苦手やし。それよりも、熊谷さん、花火見に行きます？ ベッドでお連れできますよ」と熊谷さんを気遣った。熊谷さんは「いいわ。音だけで。わしも人ゴミは苦手やからな」と言って笑った。熊谷さんは、清拭後の更衣をしてもらいながら、若い頃に妻や子どもと行った花火大会や、先だった妻、疎遠になった子どもたちへの思いを話し、「もう、いつお迎えが来てもいいんや。嫁が待ってるからな」と自らの死への覚悟を語った。

この場面では、熊谷さんが自らの死への思いを告白しているにもかかわらず、二人の会話は、その後も笑い声と温かな雰囲気満ちていた。熊谷さんは、夜勤帯にもかかわらず背中を温めながら清拭してくれる田中看護師の子どものことを気遣い、田中看護師は、熊谷さんが看護師の手を煩わしていると思わずにすむような冗談交じりの返答をする。そして、動けない体で花火の音に耳を澄ましていた熊谷さんの気持ちを察して、ベッドのまま花火を見に行こうと誘っている。清拭時の患者と看護師の関わりは、互いを気遣いあう関係を作り出し、その距離を縮めているようである。熊谷さんは、この数日後に亡くなったが、田中看護師は「夜勤でゆっくりと話ができて良い時間になりました。ほんの少しでもゆったりしてもらえる時間があって良かったです」と、この場面のことを振り返っていた。

このように、清拭は、少しでも安楽になってほしいと祈りながら清拭する看護師の思い

と、清拭によって吐露された患者の思いが交差し結ばれる場であるとも言える。

### 3) <患者の全体が見える>

患者と深く関わり、患者の感覚を感じながら実施される清拭によって看護師は、患者の全体が見えるようになると感じている。それは次のように語られる。

「清拭すると患者さんのことがよく見えます。それこそ隅々まで。(研究者：それは何が見えるということ、わかるということですか?) そうですね。その人その人によって微妙な接し方のコツみたいなものあるでしょ。ああ、こういう人なのかってこと。カルテには書かれていないようなことなんです。でも、結構大事で。観察してわかるようなものじゃないんです。清拭して接することで初めてわかること」(鈴木看護師、30代、10年目)

清拭の機会を通して、患者と深く接する中で把握した細やかな患者の心の動きや微細な痛みの推移なども含めて、そのひとの全体が把握できることを<患者の全体が見える>と表現されている。このように、看護師にとって清拭は【患者が見える】実践なのである。そして、その患者の姿は、看護師にとって、看護する上でとても重要であると言う。

### 3. 【清拭しない看護したとは言えない】

このテーマは、<清拭しないと患者のことがわからないから看護できない><清拭は看護の大切な要素がすべて入っている><清拭しないのは看護をしていないのと同じ>の3つのカテゴリから構成された。

看護師は、清拭は【患者が見える】実践であるから、清拭しないと患者のことがわからないから看護できないと考えている。したがって、清拭しないのは看護をしていないのと同じであるとも考えている。そして、患者が見えるようになるのは、清拭には看護の大切な要素がすべて入っているからであり、また、その要素を実現できるように清拭することで、患者のことがわかるようになるとも考えている。看護の大切な要素が入った清拭を行わないことは、看護師にとって看護をしていないのと同じだと考えられている。

#### 1) <清拭しないと患者のことがわからないから看護できない>

清拭することで患者のことがよく理解できるようになるという看護師の認識は、<清拭しないと患者のことがわからないから看護できない>という認識へとつながっている。ベテランの内田看護師(30代、15年以上)は、次のように話した。

「清拭せずに、もし勤務が終わったら、本当に患者さんをちゃんと全部わかってケアしたっていう感覚というか、患者さんのことを知り尽くして一日ケアしたっていう感覚にはなれないと思います。だから、清拭せずに終わったら、なんか気持ち悪いというか、ケアした気じゃないみたいな感じになるんだと思う」

清拭することで見えてくる患者の姿は、看護師が看護活動をしていく上での多くの重要

な情報を含んでおり、それがないと看護できないと看護師は考えている。また、看護師は、日々の多忙な勤務の中で、時間に追われることがあり、時には看護補助者に清拭を頼むことがある。しかし、このことを内田看護師は、次のように話した。

「清拭自体はね、助手さんでもすることはあるし、拭くという単独の行為なら気持ち良さは提供できるかもしれませんが。だけど、そのことと、患者さんがケアを受けたと感じられるかどうかとは違うのじゃないかな？」

清拭は単に拭くという行為だけではなく、また、気持ち良さを提供しているだけでなく、その行為を通して患者を理解し、その理解に基づいて看護しているのだから、その意図をもたない看護補助者が行う清拭とは違うのだと言う。つまり、看護師にとって清拭は患者を理解するためには必須であり、それをしないと患者を理解できないため看護できないと看護師は考えているのである。

## 2) <清拭は看護の大切な要素がすべて入っている>

本病棟の看護師は、清拭をとっても大切なケアだと捉えている。それは、「清拭とか保清をせずに何日か過ぎると、罪悪感のような気持ちを感じます。私、点滴しかしていないな。何してるんやろうって」(山野看護師、40代、15年以上)というような、清拭が、点滴などの診療補助技術とは異なる意味をもつ技術だと認識されている発言からもうかがえる。このように捉えている理由を鈴木看護師(30代、10年目)は、「清拭だけが、ケアではないと思うけど、看護の基礎中の基礎だと思います。清拭って、学生時代から学んだ大事なことが含まれている技術だからかな? 清拭には、いろいろなことが入っている。患者さんとのコミュニケーションとか、安全とか、安楽を考えないといけないし、相手がどう感じているかってことを考えながらすることだったりとか。とにかく看護師が大事だと思うことは、すべて清拭に入っていると思う」と話した。また、田中看護師(20代、7年目)も「清拭って、学生時代に先生がすごく力を入れて教えていたっていう記憶があります。今となっては、その意味がわかるかなあ。やっぱり患者さんとの関係を築くには必須の技術だし、看護ってそこから始まるからだと思います」と話していた。つまり、看護師は、<清拭は看護の大切な要素がすべて入っている>と考えているのである。

## 3) <清拭しないのは看護をしていないのと同じ>

清拭を基礎中の基礎のケアだと言った鈴木看護師は、次のようにも話した。

「清拭を看護師がしないような病院っていうのは、その基本的なケアをしない病院でしょ。清拭を看護師がやっているかどうかは、基本的なケアを行っているかどうかの判断材料になると思う。看護師が清拭をしない病院は、看護をやめたのと同じだと思う。そういう病院では働く魅力は感じられません」

清拭することは看護することとイコールであり、それは働く魅力にも影響しているのだという。しかし、入退院の激しい外科病棟では、すべての患者に清拭を行おうとすると、

看護師だけでは難しい場合もある。本病棟の看護師は、「うちの助手さんは本当によくやってくれます」と言い、看護補助者を信頼して清拭を任せているように見えることもある。このことについて、佐藤看護師（30代、15年以上）は次のように話した。

「処置が多いとどうしても助手さんに任せてばかりで、自分では（清拭）できない日が続くこともあって。そうすると、『ああ、最近、看護してないな』って思うんですね」

つまり、受け持ち患者の清拭が行われたかどうかではなく、自分自身で清拭を行うことに意義を感じており、それができない時には、看護したという実感が得られないようである。また、山野看護師（40代、15年以上）も、次のように話す。

「ケアを受けるっていうのは、看護師から今日一日の一連の援助を受けるっていうことだと思います。助手さんがするみたいに清拭だけ順番に回っていただけではケアにはならないんですよ。だから、やっぱり、助手さんに全面的に頼むことはできません。頼みたくても頼めない。たとえ、物理的に無理と思っても、頼んでしまったら、今日一日受け持ったことになりませんから」

清拭を誰かに任せていたのでは、看護を行ったことにならないというのである。看護師は、「清拭を自分でしていないと何もしていないように感じる」と、清拭ができない時には看護していないかのように感じている。さらに、清拭は、「患者に感謝されるためや、『気持ちいいわ』って言うってもらうためにだけにやっているのではなく、看護できたのかどうか、専門職としてこんな仕事をしたいと思うように行動したのかどうか」（山野看護師）だと捉えている。つまり、この病棟の看護師にとっては、＜清拭しないのは看護をしていないのと同じ＞なのである。

このような看護師の清拭への思いを象徴する次のような語りがある。

「清拭せずにケアってできます？ 清拭だけ他の人にやってもらってケアって成り立ちます？ バイタルとかだけ取って、点滴だけして、患者さんのことを把握したことになります？ （清拭は）やっぱり患者さんの全体を見れるっていうか、単なる観察ではないんですよ、きっと。清拭には、いろいろなこと、看護にとって大事にしたいことが集約されていると思います。安楽になってもらうとか、快適になってもらうとか、そういう基本的なことを大事にしないで、それを他人任せにして、看護したとは言えません」

（師長、40代、20年以上）

このように、清拭は、看護師にとって日々の実践が看護であるかどうか、看護したと言えるかどうかを決めるものとして捉えられているのであり、看護師が【清拭しないで看護したとは言えない】と捉える実践なのである。

## V. 病棟における清拭の習得過程

本病棟の看護師が清拭を習得する過程は、4 テーマ、12 カテゴリ、31 サブカテゴリで構成された。

本病棟において看護師が清拭を身につける第1歩は、【病棟の清拭のやり方に合わせる】ことであった。看護師は病棟で行われる通りの清拭を繰り返すうちに、患者の反応や清拭のわざに気づくようになる。そして、それらの気づきから【患者にとっての清拭の意味に気づき自分なりの工夫を加えて清拭する】ように変化していた。看護師は、自分なりの工夫を加えた清拭を繰り返す中で、患者の思いや願いを知り、その思いや願いを少しでも実現できるように関わろうとする中で、より一層その患者にふさわしい清拭ができるようにと技術を高めていた。この段階に達した看護師達は【清拭しないで看護したとは言えない】と考えていた。つまり、【清拭しないで看護したとは言えない】と考える看護師達は【患者との関わりの中で技術を磨く】ことで自分の清拭技術を向上させていた。このような本病棟の看護師達の清拭の習得過程は、どの段階においても、本病棟の【看護を追求する文化がある】ことが影響しており、この文化があることによって清拭技術の習得過程が実現していた。(図4)

以下、これについて詳しく述べるが、ここからは、各カテゴリの説明ではなくテーマ毎に記載する。それは、清拭の習得過程の動的なプロセスが損なわれないように、そのプロセスに存在するストーリー性を重視したためである。なお、テーマは【 】、カテゴリは< >、看護師や患者の発言、清拭場面の様子はゴシック体で記載する。

### 1. 【病棟の清拭のやり方に合わせる】

病棟に配属された新人看護師や若手看護師の多くは、<清拭は先輩から教えてもらう技術ではない>と認識していた。それは、彼らが<自分の清拭技術の未熟さに気づいていない>ために、教えてもらわなくてもできると認識しているからであるが、先輩看護師から具体的な説明や手解きを受けながら指導される機会がほとんどないという状況も影響していた。このような状況は、新人看護師が実施する清拭では、まず、患者にとって安全に実施できるかどうか重視されるため、患者の病状を適切に理解することの指導に力点が置かれていることによるものであった。それにより、重症患者でなければ安全にできるものと判断され、新人看護師がひとりで実施していた。また、重症患者の清拭で先輩看護師と二人で実施する機会にも、先輩看護師は、患者のベッドサイドでは口頭での指導はしないようにしていた。それは、患者に不安を与えないようにという配慮であった。このような状況から、新人看護師や若手看護師は、清拭の技術は、先輩看護師から教えてもらう技術ではなく、<新入りなので病棟の清拭のやり方に合わせる>のだと考え清拭を実施していた。つまり、病棟において看護師が清拭を習得していく最初の段階は、【病棟の清拭のやり方に合わせる】ということであった。

本病棟の清拭は、ほとんどの場合、清拭車に準備された蒸しタオル数本と泡沫洗浄剤を使用して行われている。そして、手術後のリカバリールームに入室している患者や一般病室の重症患者の場合は、看護師二人で清拭が行われることになっている。看護師二人で清

拭する場合、その患者を新人看護師や若手看護師が受け持っている時には、患者の安全を確保するために、必ずベテラン看護師とペアで実施することになっていた。以下は、その場面である。

緒方看護師（20代、2年目）は、前日に前立腺摘出術を受けた金井さん（62歳男性）を受け持っていた。金井さんは、リカバリールームに入室していたが、バイタルサインズは安定していた。下腹部にはドレーンが2本、右前腕には点滴、そして、バルンカテーテル、心電図モニターが装着されていた。緒方看護師は、福山看護師（30代、12年目）と一緒にリカバリールームに行き、金井さんのベッドの右側に立った。左側に立った福山看護師が「お体を拭かせてもらってお着替えをさせていただきますね。」と声をかけた。そして、金井さんの体の前面を覆っていた術後寝衣を外し、バスタオルを掛けた。福山看護師は、金井さんの胸部のバスタオルをめくって心電図モニターを外してから、ビニール袋から蒸しタオルを取り出して広げ、緒方看護師に「はい」と言って渡し、続いてそのタオルの上に泡沫洗浄剤をかけた。緒方看護師は、それを金井さんの前胸部に広げた後、前胸部や腹部、脇を拭いていく。その間に、福山看護師は、別のタオルを取り、両腕、両足を拭いた。次に、福山看護師は、金井さんに「すみませんが、左の方、そう、私のいるこちら側に向いてもらえますか？ ゆっくりと膝を立てましょう。痛みはありますか？ 大丈夫ですか？ そうそう。」と金井さんの腰背部に手を当てて、左側臥位にした。そして、タオルを二つ折りに広げて背中にサッとかけて数秒待った後、広げたタオルを手に巻き付けて背中を大きな動作で拭いていった。その間に、緒方看護師は、金井さんの体の下にあった術後寝衣を抜いて、新しい寝衣を広げていた。すると、福山看護師が、「点滴通してくれた？」と言った。緒方看護師は「あっ」と言うと、今広げたばかりの新しい寝衣の右袖をたぐり寄せた。その動作が終わる前に、福山看護師が、寝衣の袖の内側を「ここ、ここ」というように指差した。緒方看護師は、「うん、うん」と無言でうなずきながら、そこに点滴ボトルを通した。点滴ボトルが通された寝衣の右袖は、福山看護師が差し出した手へと渡され、金井さんの右腕にするりと通された。福山看護師は金井さんに「さあ、今度は、ゆっくり仰向けに戻ってもらいますね」とゆっくりと金井さんを仰臥位に戻した。次に福山看護師は、「肩は私が抜くから」と緒方看護師に告げ、金井さんの後頭部に腕を回して肩を抱き、左肩の下にある寝衣を少し下にずらし、そのまま寝衣の左袖をたぐり寄せて金井さんの左腕を通し、寝衣の襟を合わせ、ひもを結んで着衣を整えた。

このように、先輩看護師と若手看護師がペアで実施する清拭場面では、ふたりの看護師の間で言語的なやりとりはほとんど行われなない。先輩看護師の発話は、患者に協力してもらえようように次の行為を説明することに限定されている。若手看護師は、その説明を聞いて次の行動を取っている。また、先輩看護師から若手看護師に行われる指示のほとんどがジェスチャーによるものである。本病棟では、配属後3年目くらいまでは、このように先輩看護師とともに術後患者の清拭を行う。これについて新人看護師や若手看護師は、「それは病棟のきまりですから」と言い、また、「（清拭の技術を）先輩から教えてもらったことはありません」と、清拭を先輩と二人で実施するのは病棟のきまりだからであり、そこで先輩から清拭を教えてもらっているという自覚はないことを語った。つまり、言語的な説

明がほとんど行われない先輩看護師との清拭の場面では、新人看護師や若手看護師は清拭を教えてもらっているという認識はほとんど持っていないのである。

さらに、新人看護師や若手看護師は、清拭は先輩から教えてもらわなくてもできるものと認識していた。緒方看護師は、「実習で何回もやってるしね。点滴みたいに、一から教えてもらわないといけない技術じゃないと思いますよ」と、清拭は学生時代にすでに習得済みであり教えてもらう必要のない技術だと考えていた。

新人看護師や若手看護師がこのように考える原因について、ベテランの山野看護師は次のように話した。

「清拭ってね、何が良いのかってというのがわかりにくいんだと思います。点滴とか採血だったら、入るか入らないか結果が出るでしょ。清拭はそういうのではなくて、患者さんに負担になるかどうかってことだと思うんですよ。そういうこと（負担である、苦痛があるということ）は、患者さんは感じていても言われないのでね。だから、清拭は、自分の技術の未熟さに気づきにくい技術なんだと思います」

これを裏付ける事実として、1~2年目の看護師達は「上手な清拭ってのがわからないので、だれが上手って聞かれてもわかりません」と言う。また、看護部が作成したポケット版看護技術手順をいつもポケットに入れて持ち歩いているにもかかわらず、「ここに、清拭が載っているのなんて知りませんでした」と清拭技術に関しては、その手順を全く見ていないようであった。さらに、新人看護師用技術チェックリストについても「このチェックリストって、（病棟で）やっていることと全然違う」と困った顔で記載している姿を見かけた。つまり、新人看護師にとって適切な清拭方法を知ったり、清拭実践を自己評価したりするためのツールとなるはずの資料は、ほとんど活用されていなかった。

また、先輩看護師も、「患者さんのベッドサイドで教えると、新人が患者さんから信頼が得られないことになるでしょ。だから、患者さんに聞こえるところでは、新人には指導しないようにしています」と、口頭での指導を意識的に避けていると話した。

さらに、新人看護師に行われる清拭の指導は、患者の安全を確保できているかという点で行われていることも、新人看護師の清拭に対する認識に影響している。前述した緒方看護師と福山看護師による術後患者の清拭場面においても、福山看護師の指示は、点滴が抜けないように寝衣の袖に腕を通す方法など患者にとっての安全を確保しながら清拭するためのやり方に関するものだけであった。また、新人看護師指導を担当している鈴木看護師（30代、10年目）も次のように述べている。

「重症患者の場合は、一緒に入って指導していますけど、結構自立している方の清拭は、学生時代に何度もやっているでしょうから、基本的にはできるものと思っています。でも、就職したての新人が、タオルを変な持ち方をして、拭きにくそうに拭いているのを見かけたことはあってね。それでタオルが冷めて、患者さんに寒い思いをさせているんですよ。それで、『どうしてそんな風に持っているの』って聞いたら、『学生時代にタオルの端が患者さんに当たらないようにするようになって習った』って言うんです。今はそういう習い方をしてるんですね。意外でした。で、『こうすれば良くない？』って持ち方を教えてあげる

と、『そうなんだ』って（修正していました）。それでも（新人看護師がひとりでしていても）、患者さんから苦情が出るほどでもないし、点滴みたいに危険だというような技術ではないので（一緒に入らなくても良いと思っています）」

つまり、患者の重症度に合わせて、清拭時に危険が生じないように先輩看護師が入るかどうか判断されており、重症患者は先輩看護師と一緒にやるが、自立度の高い患者は、新人看護師ひとりでやることになっていた。新人看護師は、一般病室の自立度の高い患者の清拭について指導を受けることもあるが、それは就職したてのごく初期の頃であり、それ以降にはほとんどない状況であり、患者に危険や大きな苦痛が及ぶことはないという理由で、新人看護師がひとりで実施していた。

ベテラン看護師の中には、「新人は、一般病室にいる自分で拭ける患者でも、リカバリの患者と同じようにやっちゃう。患者の気持ちや自立度なんてお構いなしです」（山野看護師、40代、15年以上）など、新人看護師が行う清拭の不適切さを認識しているひともいた。しかし、「それ（患者の気持ちや自立度）がわかるようになるには時間もかかりますし、そこはカンファレンスなどで指導していくべきところかなと思っています。まずは、安全にできているかどうかことが大事で、そこは指導できていると思いますから」と、新人看護師の清拭では、まず安全にできるようになることが優先され、その点では指導できていると判断されていた。実際に、カンファレンスの時に、若手看護師が、受け持ち患者の状態について、清拭時の様子を説明しながら報告していたことがあった。その時に、司会をしていた看護師が「患者さんの状態はわかったわ。でも、なぜ、この患者さんのシーツ交換と清拭を一緒にしようとしたのかってこと、その判断が問題」と、患者に苦痛を与えるような方法を選んだ判断の不適切さを指摘していた。

このように、新人看護師への清拭の指導では、安全という視点から清拭のやり方が指導されており、一般病室の自立度の高い患者の清拭では、新人看護師に任せても良いと判断されて、新人看護師がひとりで実施していた。より快適な、自立度に適した清拭という面は、新人看護師の患者理解やアセスメント力の向上によって実現されると認識され、それが向上するような指導に力点が置かれていた。新人看護師の不適切な手技が、たまたま先輩看護師の目にとまった場合には指導されることもあった。しかし、新人看護師とベテラン看護師と一緒に清拭をする機会が少ないことから、新人看護師は、ベッドサイドで先輩看護師が実施している清拭を見て、具体的な手解きを受けながら学ぶという機会は少なかった。つまり、先輩と一緒にやる清拭では、口頭での指導が行われなかったことや、一般病室の患者の清拭では、新人看護師単独で実施することが多いという状況から、新人看護師が先輩看護師から具体的な清拭の指導を受ける機会が少なくなっており、そのため、新人看護師は「上手な清拭がわからない」と認識したり、＜清拭は先輩から教えてもらう技術ではない＞と認識したりしていた。

以上のことから、新人看護師にとっての清拭は、卓越した熟練モデルがなく、病棟での自分の実践を適切に評価するツールもなく、なおかつ、技術の不適切さを先輩から指導される機会が少ない技術となっていた。そのため、新人看護師や若手看護師は、清拭は学生時代に習得済みだと認識したり、病棟の手順を一通り覚えると「できている」と認識したりしていた。



このような状況は、新人看護師や若手看護師が、病棟のやり方通りに実施しようとする行動につながっていた。新人の近藤看護師（20代）は「清拭をどうしろとか、こうするとか、教えてもらうことはないの、先輩のを見よう見まねでやっている感じです」と言い、ただ先輩が行う清拭と同じ方法で行うことが大事だと考えていた。そして、その理由については、「これが病棟のルールなんで。なぜって言われても理由はありません」「学生時代にやっていた清拭は、お湯を使ってタオルを絞る方法だったけど、ここではこの方法なんで」「これできれいになるのかと思うこともあるけど、病棟のやり方なんで」と、なぜ他の方法で行わないのかと尋ねた研究者に、「なぜ、その質問をされるのかわからない」と言いながら答えた。新人看護師は、病棟のルールだからそれに従うのは当然だと考え、学生時代に実施していた清拭方法にこだわる様子や、病棟で実施されている方法との違いに戸惑う様子もなかった。また、「違う方法でやっているって『なんでそれやっているの？』と言われるでしょうから（病棟のやり方で行います）」と、先輩に叱責されるかもしれないと考えて、病棟のやり方に従っているのだと述べる新人看護師もいた。また、重症患者の清拭を先輩と一緒にを行う時に「先輩に迷惑をかけないようにしなくちゃいけないし、とりあえずみんなと同じ方法でできるようになりたいです」と、同じ手順・方法をマスターしなければ先輩に迷惑をかけると考えている新人看護師もいた。つまり、新人看護師は、「新入りののに自分ひとりだけ違うことはできない」「ここに配属された以上は、ここのやり方に従わないと。勝手なことできる身分じゃないの」と、新入りの自分は、病棟のやり方に従うのは当然であり、それがこの病棟の一員としての行動であると考えていた。

このように、新人看護師は、病棟の清拭のやり方に合わせて清拭をしようとしていた。新人看護師が合わせようとしている清拭のやり方の中には、病棟特有のタオルの使い方も含まれていた。それは以下のように語られた。

4年目の和泉看護師は、胆管癌の織田さん（70代男性）の清拭の際に、ベッドに端座位になった織田さんの背中にタオルを掛けて背中を温めた後、タオルを手で包む方法（図3）で背中を拭いていた。清拭後に、そのタオルの使い方をどのようにして覚えたのかと尋ねると、意外そうに「え、タオルの使い方ですか？　そうですね…。あまり覚えていませんけど」と答えた。研究者が「学校では習わない方法だと思うんですけど」と言うと、「ああ、そうですね。きっと…。私、就職する前に春休みからここに来てアルバイトしていたんです。その時は先輩と一緒に病室の人の清拭もさせてもらってたんで。それを見て（覚えた）だと思います。見よう見まねですから、私のは」と先輩看護師の真似をしているだけだと言った。さらに、拭きやすいかどうかを尋ねると、「そうですね。今は、やりやすいと思っているかな。他の方法だとタオルがばらばらして、寒いでしょうし…。でも、ちゃんと拭かないと叱られるからっていうのもあるかも」と答えた。「叱られるんですか？」とさらに尋ねると、「まあ、ここではどんなケアもそうですね。いい加減なことしていると、すぐに先輩に言われますから。どこで見られているかわからないし」と声のトーンを少し下げて、にやりと笑いながら答えた。

また、タオルの使い方は、先輩看護師から新人看護師に伝えられている場合もあった。

新人の木下看護師は、田中看護師と一緒に清拭している際に、田中看護師と同じようにタオルを手に包みながら患者の下肢を拭いていた。その清拭の後、研究者がタオルの使い方をどのようにして覚えたのかを尋ねると、田中看護師が「ああ、木下さんには私が教えましたよ。あんまりにもひどい拭き方していて、患者さんが寒そうだし、拭きにくそうにしていたし。ね」と木下看護師に同意を得るように答えた。木下看護師も「そうそう。教えてもらいました。これがここのやり方ですから。こっちの方が拭きやすいですよ」と研究者に教えるような口調で答えた。しかし、木下看護師は別の場面で、「先輩から清拭のやり方を教えてもらうことはありません」と述べていた。木下看護師にとっては、タオルの使い方を教えてもらった経験は、清拭を教えてもらった経験ではないようであった。

このように、新人看護師は、清拭を上手になりたいという技術向上の意欲についてはほとんど語らず、上手な清拭という認識さえもない状態であった。それよりも、この病棟の看護師の一員として行動できるようになることが第一に考えられていた。そして、＜清拭は先輩から教えてもらう技術ではない＞という認識や、＜自分の清拭技術の未熟さに気づいていない＞という状況も相まって、清拭の技術は、病棟で行う様々な活動のひとつとして、先輩看護師のやり方に合わせようと行動していた。

## 2. 【患者にとっての清拭の意味に気づき自分なりの工夫を加えて清拭する】

新人看護師や若手看護師は、日々の業務として病棟の清拭のやり方を繰り返しているが、その中で、＜清拭時の患者の反応に気づき＞、同時に、先輩看護師の＜上手な清拭のわざに気づく＞。これらに気づいた看護師は、＜患者の状態やタイミングに合わせた清拭を工夫する＞ようになる。つまり、決められた仕事をこなしていくという自分の都合に向いていた関心が患者に向けられるようになった看護師は、患者の反応や先輩看護師の清拭のわざに気づくことで、清拭が患者にとっての気持ち良さにつながるという清拭の意味に気づくことができ、病棟でみんながやっているやり方に合わせるだけの清拭から、患者の状態に合わせて自分なりの工夫を加えて清拭を行うように変化する。

配属されたばかりの新人看護師は、まずは、病棟の業務をこなすことに精一杯であり、患者の自立度や気持ちを考えている余裕はない。それは清拭にも現れており、病棟のやり方として蒸しタオルと泡沫洗浄剤を使用して実施しているものの、患者とほとんど会話することなく、自分のペースでさっさと患者のからだを拭いていく。その特徴は一般病室に入院している患者の清拭において顕著に表れており、新人看護師が行う清拭は、中堅以降の看護師が行う清拭とはかなり異なっている。たとえば、中堅以降の看護師は、まず、身体を拭く前に必ず患者の背中に二つ折りにしたタオルを掛けて背中を温めている。そして、その温めている間に、患者の腕や前胸部を拭く。あるいは、患者に「(自分で)拭かれますか？」と言って、タオルを手渡して、患者自身で胸腹部や腕を拭いてもらい、その間に、看護師は背中を拭く。しかし、配属されたばかりの新人看護師の場合には、患者を上半身裸にしたまま、患者の腕から胸腹部へと順に拭いており、それから背中を拭いていく。時には、背中を拭かない新人看護師もいて、研究者がその理由を尋ねると、「そうでしたっけ？」とそのことに気づいていない。このような状況が生まれているのは、新人看護師が、一般病

室の入院患者の清拭をひとりで行っており、先輩看護師の清拭を見る機会がほとんどないからである。

しかし、このような清拭を続けていた新人看護師が、その清拭方法を変化させる瞬間がある。それは、清拭している時に患者が発する「気持ちいいわ」という言葉を患者の反応として気づいた時である。このことを新人看護師の指導を担当することが多い鈴木看護師（30代、10年目）が、自分自身の新人看護師時代や指導した新人看護師の様子を思い出しながら解釈してくれた。これは、研究者が、新人看護師が背中を拭かない時があるのはなぜだと思うかと尋ねた時の返答である。

「へえ～。そうですか。そういうことが（新人が患者の背中を拭かないことがある）あるんですね。なるほど…。きっとこういうことじゃないかな？ 入職したての頃は、（新人は）とにかく自分ですべてやらなくちゃって思っているみたいです。でも、（就職後しばらくして）少し余裕が出てくると、患者は自分で拭けるってことがわかるんですよ。患者に関心が向くようになるんですよ。そうすると、患者に前を拭いてもらって、自分は背中を拭くというように行動するようになるってことだと思います。それで、その時に、患者さんって、背中にタオルを当てると『ああ、気持ちいいわ』って必ず言うでしょ。そうすると、『ああ、こうすれば患者さんは気持ち良いんだ』って、気づく子は気づく。そう思える新人は、『これから、そうしよう』って思えるんじゃないかな」

つまり、患者に関心を向ける余裕ができ、その時に、患者が発する「気持ちいいわ」という言葉に気づいて、立ち止まって考えることができるようになることで「そうか、こうすれば気持ち良いんだ。次からも同じようにしよう」と行動が変化するというのである。

さらに、この患者の反応に気づくことができる看護師は、同時に自分の清拭と先輩の清拭が違うことにも気づくことができる。たとえば、先に背中を温めるという行為や、本病棟でベテラン看護師の何人かが行っている独特のタオル使い（掌にタオルを巻き付ける、両手でタオルを持って拭く）についても、このときに気づく看護師がいる。7年目になる田中看護師は、新人の頃の自分を振り返りながら次のように語った。

「術後の清拭を先輩と一緒にしていた時なんですけどね。その時に先輩が患者さんの背中をタオルで温めて、それからザッって、この（タオルの）持ち方で拭いておられてね。そのときに患者さんが『気持ちいいわ』ってすごく気持ち良さそうにされていてね。『術後なのに、こんなに気持ち良いって言うもんなんだ』って（思って）。それで、『なるほど、こんな風にするのか』って。これはいいなって。すっごく丁寧だし、拭き残しがないし、患者には気持ち良いって言ってもらえるし。あんな風にできるようになると、患者さんに役立つんだって思って。それから、できるだけ先輩のわざを真似るようにしてきました」

つまり、病棟配属当初は「上手な清拭がわからない」と思っていた新人看護師も、患者の「気持ちいいわ」という反応に気づくことができると、それを生み出している先輩看護師の清拭に目が行き、そこにわざがあることを発見するのである。

また、この病棟特有のタオル使いについても、配属当初には先輩看護師の手技を「見よ

う見まね」で実施し、「こっちの方が拭きやすい」と思っていた新人看護師が、患者の反応に気づくことができると、その方法でタオルを使用することが、自分にとっての拭きやすさではなく、患者の気持ち良さにつながっているという患者にとっての意味に気づくようになる。それは、「先輩と一緒に清拭をしていると、何が優先かって、何のためにその方法でやっているのかっていう根拠がわかるようになる。『なんだ、こっちの方がずっと患者さんにとっていいわ』って、その方法の良さに気づいて真似をしようとするのだと思います」（鈴木看護師）と語られているように、先輩看護師と一緒に清拭する機会があることで、患者にとってどのように行うことが適切なのかの理解につながり、自分の拭き方の不適切さが修正されていくのだと言う。

このように認識するようになった看護師は、患者の反応に敏感になり、さらに患者の良い反応が得られるように、患者の状態やタイミングに合わせた清拭を工夫するようになる。それは以下のような場面に見られた。

新人の木下看護師（20代、1年目）は、受け持ち患者の佐々木さん（72歳、男性）の体温測定の際に「わぁー汗いっぱいかいてはる」と発汗に気づき、清拭を提案した。しかし、佐々木さんは「しんどいからいいわ」と拒否した。木下看護師は「じゃあ、もう少ししてから来ますね」と言って部屋を出た。その数分後、木下看護師は、点滴ボトルと清拭タオル、寝衣を持って再び佐々木さんのもとを訪れた。そして、点滴を点滴台にかけながら「点滴つなぐ前に、寝間着だけでも交換しときませんか？」と尋ねた。佐々木さんは「そうやな」と応じた。木下看護師は、佐々木さんの上半身の脱衣を手伝いながら、佐々木さんが脱衣するとさっと背中に温かいタオルを当てて、「ちょっとだけ背中の中を拭いていきますね」と言った。佐々木さんは「はぁ〜」と気持ち良さそうに目を閉じて清拭を受け、新しい寝衣に着替えた。

木下看護師は、「汗をかいたままだと誰だって気持ち悪いと思うんで、寝間着だけでも替えてあげたくて。その時に、背中だけなら清拭させてもらえるかなと思って。背中（を清拭すること）は気持ち良いから」と言った。木下看護師は、少しでも快適になってもらおうと、患者が受け入れられそうなタイミングを見計らって清拭と寝衣交換を実施している。しかし、配属されたばかりの頃の木下看護師は、患者の背中を拭いていなかった。その事実を研究者が告げると、「ホントですか？ 全然覚えていません」と話した。また、背部だけでも拭こうと考えるようになったきっかけを尋ねても「何ででしょうか？ わかりません。でも、気持ち良いでしょ」と答えた。木下看護師は、現在の自分の清拭を学生時代と比較して次のように話した。

「学生時代は、『清拭します』って言うと、『それで？』『何見るの？』とか言われて、『何見るの？』って言われても、何も見ないし。清拭するって言ってるのに、なんで何見るのって聞くのかなって思っていました。今は、別に言われなくても、頭にすらすらと出てきます。間違ふこと多いし、怒られてますけど。多分患者ってどういう人かがわかったからかな？ わかるようになったというか、わからされたというか、何が必要なんやろって、この人のためについていることを感じるようになったことが大きい。瞬時にさっと感じるん

ですよ。病気だけじゃなくて、炎症とか貧血とか、いろいろ心配なことあるし、そういうひとにテキスト通りの清拭って意味ないじゃないですか。清潔も大事だけど、リラックスもしてほしいし、そういうことも考えてやるようになったかな。手を温めてあげるようにとか、背中凝ってないかなって背中しっかり温めるとか、足にどれだけ角質できているとか考えて足浴も入れるとか、いろいろ工夫するようになりました。しんどいことも多いけど、疲れてるなーって思うこともあるけど、達成感ってあるんですよ。やればやるだけ、やったらそこに患者さんがいるし」

木下看護師は、清拭の方法を工夫するようになった直接のきっかけが何かはわからないが、その患者のためになるように思ったことで、様々な工夫を考えられるようになったと話している。そして、清拭が、清潔だけではなく、患者のリラックス効果も得られるということを感じ、手や背中を温める方法を工夫しようとしていた。同様の工夫は他にも見られた。清拭を行った後に「もうちょっと自分で拭きたいって所もあるかもしれないから」と余分に1本タオルを渡すようにしている看護師や、術後1日目の患者に「座位になってみよう」と促した際に、同時に清拭を提案して実施し、そのことで患者が「回復できた」と思えるようにしていると話す看護師など、患者の様子を見てタイミングをうかがい清拭方法を工夫している様子が得意気に話されていた。そして、このように行っている理由は、「少しでも患者に気持ち良くなってもらいたいからだ」という。このような看護師達の様子は、患者の快の反応に気づき、病棟の清拭のやり方は守らなければいけないと思う一方で、少しずつ自分なりの工夫をしようと模索する姿であった。

また、新人の近藤看護師（20代）は、入職直後は「これがこの病棟のやり方なので、（この方法で清拭していることに）理由はありません」と病棟のやり方に合わせて清拭することに理由はないと言っていたが、入職後約10ヶ月を経過した頃に次のように話していた。

「清拭よりも、シャンプーとか、足湯の方が、患者さんは遠慮しはるんですよ。『忙しいのに悪いわ』とかって言われるんで。そういうプラスアルファのことは、申し訳ないと思われるんでしょうか？ NGチューブとか入っている（患者さんだ）と、『清拭しましょうか』って言うと『こんなん入ってるのに、大丈夫なん？』って言われるんですよ。でも、たとえIVが入っていても、（ヘパリンロックをして）止めている時に（清拭）できるんですけどね。患者さんは、できると思っていないんでしょうね。だから『悪いわ』って言われるんですよ。でも、毎日、風呂入っていたのに、入れないのは辛いでしょし……。だから、病気になったからこそ感じる感覚とか、遠慮とかってあるんだなと思って。それで、『大丈夫ですよ。できますよ』って言って、IVが止まっている時とか、抜けないように注意して清拭すると、『気持ち良かったわ。ありがとう』って言うくれるんで、やっぱり（清拭する）意味あるなって思って。だから、（患者さんの生活が）入院前にできるだけ近づくようにしたいなって思います。（生活）リズム付けるとか、そういうことも大事だと思うし」

このように、清拭は患者にとっては他の清潔ケアよりも看護師に頼みやすい援助であることや、それを実施すると患者が喜ぶことから患者にとって必要なケアだと思うこと、清拭には患者の普段の生活に近づける効果があることなど、患者にとっての清拭の意味を見だし、清拭を大切な援助だと感じて、点滴などが入っていてもタイミングを選ぶなどの工夫をして実施するようになっていたことを話していた。

つまり、看護師は、患者の反応や先輩看護師のわざに気づくと、清拭が患者にとっての気持ち良さやリラックスにつながることなど患者にとっての清拭の意味に気づくようになる。それによって、先輩看護師達が行っている病棟の清拭のやり方に合わせようとするのを脱し、患者に合わせた清拭を工夫するようになると技術が変化していた。

### 3. 【患者との関わりの中で技術を磨く】

病棟のやり方の単純な模倣を脱した看護師達は、患者の「気持ち良い」という反応が得られる清拭をしようと日々工夫しながら清拭をしていた。そのような看護師は、日々の清拭を通して、患者との関わりを一層深めていく。この患者と深く関わりながら実践される清拭場面では、看護師は普段では聞けない＜患者の思いや願いをより深く知る＞ようになる。看護師は、そのような患者の思いや願いが実現できるように関わろうとする中で、清拭においてもより一層その患者のニーズに合うような清拭ができるよう試行錯誤を繰り返している。本病棟のベテラン看護師達は、患者の思いや願いを実現させようと、患者の反応を確かめながら清拭を試行錯誤することそのものが技術を向上させるのだという。つまり、ベテランに達した看護師達は、＜患者の反応を元に自分の清拭技術を磨く＞のである。

本病棟のベテラン看護師達は、清拭の時だからこそ聞ける患者の思いがあり、その思いを知ると、さらに、その人ならではのやり方を考えなければと思うようになると話す。それは、次のような場面であった。

山野看護師（40代、15年以上）の清拭を受けていた寺井さん（79歳、男性）は「もうすぐ孫が生まれるんよ。それまで生きていられるかな」と話した。寺井さんは胃がんの末期でかなり痩せていた。前日は座位になれたが、今日は座るのは辛いと言って仰臥位で清拭を受けていた。山野看護師は「そうやね。頑張りたいよね」と背中に当てたタオルをゆっくりと撫でた。そして「もうちょっと温めます？」と寺井さんに聞いた。寺井さんは、「そうやな。風呂入ってるみたいで気持ちええわ」と答えた。山野看護師はタオルを代えて背中をもう一度温めた。寺井さんは「ここ（脇の下）見てみ。痩せすぎて手が届かんわ。前はメタボ体格やったのにな」と笑った。山野看護師は「じゃあ、そこはしっかりと拭かせてもらいますね」と言い、自分の手掌をタオルでくるんで、寺井さんの窪んだ腋窩に手を入れながら清拭した。

山野看護師は、寺井さんの清拭を終えて病室を出ると、「お孫さん、4月に生まれる予定なんですけどね。あと3ヶ月…。難しいでしょうね。本人さんもわかっているように思うんです。ここ最近は、清拭すると必ずああいうこと言うんですよ。だからね。せめてゆっくり温まってもらおうと思って」と、いつもより多めにタオルを持参した理由を研究者に

話した。そして、「清拭って、単に拭く、きれいにするってだけではなくて、その人その人に必要ないろいろな援助ができるように、そういう目的をもってやっているものなんですよ。だから、どうやって拭いたかっていうのはそれほど大事じゃなくて、目的にあったやり方かどうかで大事で」と言い、清拭を行おうとする目的に応じてやり方を変えていることを話した。山野看護師は、寺井さんの「せめてあともう少しだけ生きていたい」という思いを清拭する中で読み取っている。そして、その寺井さんの願いは残念ながら実現できないかもしれないと思いつつ、そうであればせめてゆっくりと温まって、ほんのひとときでも安らかになってもらいたいという看護の意図をもって清拭を行っているのである。清拭のやり方は、その看護の目的が先にあるからこそ決まるのだと言っている。

また、山野看護師は、寺井さんの凹んだ腋窩を清拭する時に行っていたタオルの使い方について「患者さんが『ここを拭いて』って言われたら、上手く拭けるように工夫しますよね。そうするとああなる。それだけかなあ」と患者の状態や希望に合わせて工夫してきた結果だと話した。そして、「清拭の時に一番気を遣うのは、患者の反応です。（清拭の方法を）どうすれば良いかとか、もっと気持ち良くとか、負担ないようにするにはどうすれば良いのかってことは、患者さんが教えてくれます。患者さんの反応の中にあるんです。患者さんの反応を見ていると、『ああ、これだな』ってわかるじゃないですか」と、患者の反応をうかがいながら、より快適で安全で患者に適したやり方で行おうとする中で、患者の反応の中に「これだ」というのを発見してきたのだという。内田看護師（40代、15年以上）は、「患者に負担がないようにするにはどうしたら良いかって、いつもそういうことを考えながらやるのかどうかで、清拭の善し悪しや、上手になるかどうかは、決まるのじゃないかな？ だって、本当の意味で清拭が上手いか下手かって、それは患者さんしかわからないでしょ。このタオルの持ち方だって、最初は先輩のを真似してやり始めたけど、患者さんひとりひとり加減っていうのがあって、同じようにやっていたはだめで。その『丁度良いわ』っていう感じをうかがいながら、その都度反省もしつつやってきた感じです。それで、気がついたら結構上達している。そんな感じじゃないでしょうか」と、患者に適したやり方を患者の反応をうかがいながら模索することが、技術を上達させることにつながっていると言った。

このように、ベテラン看護師達は、清拭時に患者の思いを読み取り、少しでもその思いや願いがかなうように看護しようとする中で清拭をしている。だからこそ、温かいタオルを何回も当て直してゆっくりと温まってもらおうとしたり、タオルの持ち方や拭き方を工夫したりして、きめ細かく患者の思いに合わせようとする。清拭しながらも、その患者のその時の思いを読み取り、自分の清拭方法を変えているのである。後輩看護師からわざだと言われる現在の技術も、その試行錯誤の中で次第に変化してきた結果だという。ベテラン看護師の清拭は、患者との関わりを通して、患者の反応を読み取りながら実施されることによってより磨かれ向上していくのだと言える。

#### 4. 【看護を追求する文化がある】

本病棟では、＜ベテラン看護師が看護専門職としてのケアを実践できる病棟でありたいと願う＞ことから、＜看護としての清拭が確実に実践されるルールやしくみをつくる＞ことにつながっていた。また、そのベテラン看護師の願いや、つくられたルールやしくみを

通して＜ケア方法や患者に対する見方を学び合う＞状況が生まれていた。これらは、＜看護と外れる行動が指摘され追求される風土がある＞ことにつながり、また、これらは相互に関連していた。このような看護師達の考えや行動、清拭に関するしくみ、そして、看護師による清拭が継続されているというこの病棟の実践のあり様は、本病棟に【看護を追求する文化がある】ことを示していた。本病棟における清拭技術の習得過程は、このような看護師達の考えや行動、清拭に関するしくみがあることで成立していることから、本病棟に【看護を追求する文化がある】ことによって、清拭技術の習得過程が成立していると言えた。

本病棟では、月に一度、リーダー会が開催される。リーダー会に参加するのは、本病棟に10年以上勤務するベテラン看護師達4名と師長、主任である。リーダー会は2時間以上に及ぶことが多く、病棟の看護実践や若手看護師の指導方法などが検討される。師長は「どこの病棟よりも長いんですよ。もっと短時間で終わらなくちゃいけないんですけどね」と言うが、毎回の話し合いでは必ず自分達が考える看護に話が及び、みんなが時間を忘れて話しこむ。本病棟の看護業務のルールは、大きなことから小さなことまで、このリーダー会で決められており、その決定には、リーダー達が考える専門職者としてのケアのあり方が反映されている。それは、次のようなリーダー会の場面に現れていた。

ある日のリーダー会で、Aチームのリーダーが、「シーツ交換を看護助手に委譲したいという意見がチームから出ているのだけど」と話しだした。Aチームは、外科系患者を担当するチームであり、シーツ交換日には、午前9時から10時までの間に看護補助者と看護師が協力して一斉に行うことになっていた。しかし、看護師がそれに時間を使うことで、午前中の点滴開始が遅れて、本来は日勤帯で終了するはずの点滴が準夜帯に持ち越しているという。それを解消するために、シーツ交換は、看護補助者に行ってもらうことにして、時間も限定せずに日勤帯のどこかの時間で行ってはどうかと提案されたのである。また、シーツ交換は完全に看護補助者の仕事としている病院もあるのだから、本病棟でもそのようにしても良いのではないかという意見も追加された。この提案に対して、参加していたリーダー達が一斉に反論した。「それって、違うんじゃない？ シーツ交換だって、清拭だって、看護師の仕事でしょ。助手さんに任せる理由って何？」「点滴が遅れるのはシーツ交換をしているせいじゃないと思う。ただ、自分が忙しいのが嫌で、助手に任せようっていうのは違うと思う。やっぱりシーツ交換は1日のうちでいつかやればいいってのじゃない。一斉にしないと、部屋に埃が舞うし。いつまでも空気が悪い中で患者を寝かせておけないやん」「なんでも忙しさのせいにしているけど、何がしたいのってこと、どこを目指しているのかってこと（を言いたい）」

シーツ交換や清拭は、看護補助者に委譲されつつある業務であるが、本病棟ではリーダーであるベテラン看護師達は、それは完全に看護師の手から離れたわけではなく、それを「簡単には手放せない」と言う。その理由は、「看護師が実施しなければ、患者の安全と安楽は守れない」からだという。そして、「患者の安全安楽を守るっていうのは、看護師として当然のこと。この当然のことができないのは専門職ではないです。専門職の誇りをもっ



て働くのはこの病棟のスタンスですから」と言う。師長は、このようなベテラン看護師達について「この人達のプロ意識は高くって、そこを大事にしてくれる人達だから、本当に助かっています」と話す。そして、このシーツ交換の件は翌朝の申し送りで、師長から病棟スタッフに次のように伝えられた。

「シーツ交換について助手さんの仕事としてお願いしたいという提案の件です。昨日、リーダーの人たちも考えてくれました。シーツ交換は、よその病院では外部委託したり助手さんの仕事になっていて、看護師はやらなくなっているところもあるし、みんなにとっては大変だっていう気持ちがあることはわかります。シーツ交換があるために点滴が遅れたりするっていうのも患者さんにとっては良くないのでね。そういうことはないようにしていきたいですよ。でも、だからといって完全に助手さんに『はい、お願い。今日からあなたの仕事です。私達は知りません』ということではないと思いませんか？ ここ（の病棟）は、そういう看護をしてきていないと思うんだけど…。助手さんは、私達が看護をするために手伝ってくれている貴重な人たちなのでね。私達をサポートしてくれているんです。でも、責任は私達にあることは忘れないでほしいです。なので、やっぱりここは看護師と看護助手の二人の仕事だと。そういうつもりで協力しあってやっていってほしいと思うんです。分かってもらえました？」

この後、師長は、「これは看護師、これは助手って決めれば済む話でしょうけど。言いたいのはそういうことではないです。大事なのは姿勢を伝えることです。どっちがするのかってことじゃない。私たちの仕事、免許があるってことの意味。プロ意識ってことです。それを持ってもらえるようになってことですけど。本当に伝えたいのは。でも、大丈夫です。安易な看護助手への業務委託をもし行ったとしても、最初は楽だと感じて、いずれこれでいいのかと疑問を感じるスタッフ達がそろっていますから」と、病棟の看護師達に対する信頼を研究者に語った。

このように師長はじめ本病棟のベテラン看護師達は、看護専門職としてのケアが実践できる病棟でありたいという願いをもっており、専門職としてのケアをするのだという信念に基づいて、病棟の様々な業務上のルールを決めている。清拭についてのルールもそのひとつである。ベテラン看護師達は【清拭しないで看護したとは言えない】と考え、清拭を自分たちが考える看護を実現する重要なケアだと捉えている。しかし、本病棟における清拭に関するルールには、ベテラン看護師の清拭へのこだわりを強くするあるエピソードが関係していた。その出来事によって、ベテラン看護師達は、看護専門職が行うケアを実践する病棟でなければと強く願うようになり、それを実現できるように清拭のルールも決めていた。このエピソードも看護補助者と看護師との仕事の分担や役割についての認識が関係していた。清拭もシーツ交換同様に看護補助者によって実施される機会が多くなっている看護技術であり、看護補助者の導入が進むことへの危惧として師長が話した中で、そのエピソードも語られた。

「新人看護師研修制度が入って、新人にはまず業務を教えるような傾向が生まれたように思うんです。とにかく動けるように、業務に慣れるようになってというのが一番大事にされ

ていて、、、。本当はそれでは駄目じゃないかと思っているんですけどね。で、その間、保清は、彼女らの経験項目から消えるんです。そうすると、その新人をフォローしている先輩看護師の方も清拭を行わないわけですね。その間は、助手がすることになるんです。だから、助手さんは清拭を行う回数も自然に増えるので上手になるけど、ナースの方はさっぱりで、、。そこを心配していた矢先にですよ。2、3年前、もっと前だったかな？ 若手の看護師が助手に清拭の方法を聞いていたというのがリーダー会で報告されてね。それって、看護の専門性としてどうなのか？って問題になったんです。私らの知識や技術は、助手さんに習うものなんかって。もう、リーダー会のメンバー全員がすごいショックでね。それで、私から声をかけて、リーダー会で何回か話し合ってもらって。その手立てじゃないけど、術後3日間は看護師がしようって。これはやっぱり看護師がしようって。みんなで合意したんですよ」(研究者：でも、それを現在でも維持しているってこともすごいことだと思うんですけど、なぜ、それが現在のように続くのでしょうか?)「う～ん。(しばらく悩むように考えている) う～ん、難しいですよ。うちの病棟も、、。みんなでってことしか浮かんでこないですね」

このエピソードは、ベテランの山野看護師も次のように語っており、本病棟にとっては大きな出来事であった。

「6～7年前に、新人看護師が看護助手さんに清拭のやり方を習っていた事件がリーダー会で報告されたんですよ。もう、衝撃でしたよ。私らの専門性としてどうなのかって。私らの知識や技術って、助手さんに習うものじゃないでしょ？ それで、ここは絶対譲れないって。それだけは絶対に駄目だって気持ちで、リーダー会で何回も何回も話し合って、どうしてそうなっているかもみんなで考えてもらって。それで、何があっても術後3日間は看護師が必ず清拭するってことを決めたんですよ」

このように師長とベテラン看護師はその出来事をほぼ同じように、同じ気持ちで語っていた。このエピソードは、本病棟のベテラン看護師達が、それがなければ看護できないとまで考えている清拭の技術を若手看護師が看護補助者から習っていたという出来事である。師長やベテラン看護師達は、それを事件であり、病棟における看護の専門性の危機だと感じた。そして、その対応策を試行錯誤してきたのである。具体的には、清拭は毎日必ず行うことや、手術を受けた患者は、術後3日間は、必ず看護師が清拭を行うことなどが決められた。しかし、彼らは、単に方針を伝えるだけではだめだと考え、この方針が病棟で確実に実践されるようなしくみを作って徹底することにした。それは、業務調整ボードというツール(図5)を使った、ケアの時間や人員をマネジメントするしくみであり、本病棟の看護師達は、これを業務調整と呼んでいた。この業務調整は、看護師が朝のラウンドを終えた9時半頃から行われるが、業務調整ボードに記載された手術、前処置、検査、リハビリ、清拭などの各項目に、該当する患者の氏名が記載され、担当看護師、時間をみんなで決めていく。これによって、その日に実施されるケアが日勤の看護師全員に一目瞭然になる。たとえば、清拭では、術直後の患者や重症患者の名前が、業務調整ボードの清拭の欄に記載され、その横に、担当する看護師のネームプレートが貼られ、時間が記載される。

受け持ち看護師が自分のネームプレートを患者の名前の横に貼っておくと、誰かが「じゃあ、ここ、私入るわ。」と自分のネームプレートを貼る。これによって、術後患者や重症患者は確実に看護師2人で清拭することができる。また、新人看護師や若手看護師が受け持ちの場合には、ベテラン看護師が自分のネームプレートを貼るので、若手同士がペアで実施することもない。清拭以外のケアも同様に記載されるので、誰が、いつどのケアに入るかが見渡せ、人員や時間調整がしやすいのである。また、看護師ひとりで清拭する場合や、看護補助者に依頼する場合は、別の「保清表」と呼ばれる用紙(図6)にケア内容と氏名、担当看護師名、患者が希望する時間が記載されていく。これらを日勤のリーダーが中心となってみんなで協議しながら、不適切な人員や順序、時間を修正する。中堅看護師やベテラン看護師達は、自分の受け持ち患者のケアを行いながら、ここで決められた時間に合わせて重症患者の清拭を若手看護師達と一緒にやる。

このわずか10分程度の調整を行うことによって、その日の入院患者のすべてのケアが確実に実施できる。この業務調整において、清拭を行う患者が確認されるため、看護師達は必ず朝のラウンドで「お体拭きましようか？」と患者の希望や状態を確認する。また、自分の受け持ち患者以外の患者の状況、例えば「今ちょっと、痛み、まじみたいよ」などと患者の状態を伝えることで、清拭や治療、処置ができるタイミングを知らせあったり、こうすれば上手くいくというようなその日の患者の状態や関節可動域に合わせた清拭方法を伝えたりもしていた。業務調整で、自分の受け持ち患者以外の患者の清拭や他の行事の時間を把握し、自分の仕事を調整して他の看護師の受け持ち患者のケアを手伝ったりもしていた。清拭が必要な患者すべてに実施されたかどうかをお互いに確認しあい、新人看護師に「時間通りに清拭できそう？」と、仕事のはかどり具合を尋ねるなどして、仕事の遅れがある場合には互いにサポートしあうといったことが行われていた。

このようなしくみによって、本病棟では看護師が行う清拭と看護補助者が行う清拭は、リーダーの判断の上で区別され、必要な患者には必ず清拭が実施され、それが継続されていた。6年目になる遠藤看護師と7年目の前田看護師は、業務調整を行っている看護師の輪の外側に立って、ひそひそと次のような会話をしていた。

「今日も清拭多いね。ちょっと、うちの病棟ってやりすぎじゃない？」と遠藤看護師が小声で言うと、「絶対そう思う。毎日絶対しないといけないかな、なんでこんなに清拭ばかりするんやろって思う時ある」と前田看護師が答えた。遠藤看護師は、数週間前に約1年半の育児休暇を終えて復帰したばかりで、本病棟での勤務は実質4年程度になる。遠藤看護師は自分が新人だった頃の病棟の状況を思い出しながら続けて話した。「これ、これ、(原因は)これなんよー(業務調整ボードを指さし)。私が就職したての頃は、これなくてね。『一緒にお願いします』って先輩に言うのがねー。恐かったでー。『え〜、あたし〜?』って、いやそんな顔をして言われて。びくびくしてね。誰が(今日)清拭しているのかとか、シャンプーしてるのかなんて、なんもわからなかったし。術前処置とかも何件入ってるかって、いちいち数えないとわからなかったからね。でも、これ(業務調整ボード)になってからさー。誰が清拭かってすぐわかるやん。むしろ、やってないと、『なんでー?』って言われるし、患者の名前書いてなかったら、『なんでー? 今日は何でしないの?』とかって。しない理由挙げて、説明しなかったら、余計に『なんでやのん?』とか追求さ

れるし。かえって、しない理由を見つける方が難しいし。(先輩に)そういう勢いで来られるから、しない理由みつけれないから『します』みたいなね」

このように、この業務調整があることによって、多くの看護師達は「清拭しなければいけない」と思うようである。しかし、このような思いは、ベテラン看護師の場合には、少し異なっている。たとえば、ベテランの山野看護師は、「汚れていれば拭くのは常識でしょ。(中略)患者に『気持ちいいわ』って言うてもらうためにやっているわけでも、看護業務だから、担当だからするということでもない。『気持ち悪いよね。じゃ、きれいにしましょう』って、ただそれだけなんです。だから、夜勤帯でもします。忙しいからしないということはないです。できる、できないではないです。こちらの都合で、したりしなかったりすることはないです」と言い、また、毎日必ず清拭することについては「普通は一日1回は風呂に入るじゃないですか？でも、術後とか重症の人は自分で入れない。だから清拭する。それだけのことです」と、日常生活で健康ならば満たされる当然のニーズを入院患者にも満たすことが、看護師として当然だという考えから清拭していた。しかし、若手看護師に、この考えを伝えるだけでは、それが行動に結びつくとは限らない。ベテランの内田看護師は、「若い看護師は、『清拭って大事』って思って清拭しているわけではないと思います。それは私達もわかっています。それでも、患者さんに実施されることが、まずは病棟として大事なんです。(看護師の技術に)多少の上手下手があっても仕方ないです。危険でさえなければ。だから、新人同士では清拭させないようにしています。看護師同士がペースを合わせて実施するには、ある程度みんなが同じ方法でないとやりにくいですし、どの患者さんにも最低限のケアを保証することが必要ですから」と言い、看護としての重要性がわかってもらえていなくても、まずは、必要な患者に必ず清拭が実施され、その技術が患者にとって安全であることが必要で、そのために病棟のやり方としてのきまりやしくみを作っているのだと話した。

しかし、若手看護師も、このようなしくみの中で日々の看護を継続することで、次第に先輩看護師の考え方に染まっていくようである。業務調整ボードがあるから清拭していると話していた前田看護師は、研究者が、「ここの病棟は、『清拭は絶対しよう』って、皆さんが思っておられるのですか？」と尋ねると、次のように話した。

「うん。そうやと思いますよ。オペとかいっぱいあって、『もう、いいやん。一日ぐらい』とか、『今日ぐらい大変なんやからいいやん』ってみんな心では思っている時もあるかもしれんけど、それでもやってますよ。なんか、やってますよね。毎日しなくてもいいやんって、思うときもあると思うけど、やっぱりしますね。たぶん、1年目の時に、朝のラウンド後に『今日は、保清はどうなってるの？』って絶対に聞かれるから、それもあるから、朝患者さんに絶対に聞くし。だから、患者さんに約束したら、やっぱり絶対に清拭しますよね。なんか、しないのが不思議っていうか、そこに(毎日清拭すること)違和感はありません」

新人看護師の頃は、病棟の決まりとして清拭していたり、しないと叱られるからしていたりしており、今もそう思う部分が少しはあるものの、毎日清拭するのは当然のことであ

り、「しないのが不思議だ」とまで思えるようになっていく。ベテラン看護師が、看護師の専門性の危機を感じ、看護師として安全で安楽な清拭が確実に実施されるようにと作成したしくみが見事に奏功しているといえる。

また、この業務調整をはじめとする清拭に関連する病棟のルールには、若手看護師を育成する教育的意味も含まれている。たとえば、業務調整の際に「〇〇さんの清拭は、助手さんに依頼しているけど、それでいいの？ この患者さんは、違うよね（看護師が行わないと）」などと、看護補助者が実施する清拭の欄に記載された患者の名前を見たリーダーが、看護補助者への不適切な依頼だと若手看護師に指摘することがある。指摘を受けた若手看護師は、「助手さんでもいいかなって思ったんですけど、だめですね。はい。します」と訂正するが、それだけでは済まされない。「どうして看護師がしないとだめなのか、わかってる？ 何のため？」とさらに質問される。これが適切に説明できないと、「今朝、患者さんの看護計画見た？ 看護計画を確認してからラウンドしてる？」と、患者のアセスメントができていないのではないかと指摘される。時には、「今日一日、何を目的にして援助しようと思ってる？ 昨日清拭してたから、今日もやっておこうみたいなやり方はだめよ。患者さんが、昨日と今日で同じじゃないんだからね。拭くだけが、清拭じゃないんだからね」と、次々と言われることもある。このような若手看護師とリーダーとのやりとりは、業務調整に参加する看護師みんなが見守る。若手看護師はみんな神妙な顔つきで聞いている。このような場面について、中堅看護師の多くは「最初は怖かったけど、当たり前のことを言われているなって思っていました。徐々にですけど、ちゃんと看護を教えてもらっているとと思うようになりました」「業務調整で、患者を見る目が育つのだと思います」と新人時代を振り返る。また、術後患者や重症患者の清拭を先輩と二人で行うことになっている点も、若手の頃は「教えてもらったことはない」とその意義を見いだせないが、中堅以降になると、「先輩のやっているのを見てみると、『これが清拭』っていう感じで、わざを感じます」と述べるようになり、「うちの病棟は、先輩と清拭できるし、業務調整で絶対に先輩と一緒にしてくれることになっているから安心です。そこで患者さんをどう見るかとか、いろいろなことが学べます」と学習の場として捉えるようになっていく。このような病棟のルールによる教育効果について、ベテランの福山看護師（30代、12年目）は、次のように話す。

「ルールというよりも、そうさせている、擦り込んでいる、そういう風土があると表現される方がしっくりくる感じです。ルールはあるけど、そういう公式な意味で捉えられているものでもないです。改めて考えると『ああ、そういえばルールなんやな』と思うけど、『術後1週間はちゃんと清拭しようね』ってぐらいで、本当に大事なそこじゃない。ほとんどのことは、指示したり、言い渡したりするのじゃない方法で伝わっていると思います」

また、山野看護師は「後輩に嫌われても、言うべきことは絶対にはっきり言います」と言っているが、この「指示したり、言い渡したりするのじゃない方法」について次のように話した。

「指導もしているだろうけど、そういう公式な構えはないと思います。それよりも普段の長話とか、詰所よりもこっち（控え室）で言ってること（が影響している）かな？ 『誰誰って、こんなことしてんねんでー。ありえへんわ』とか、『なんでそんなことやってたん？』とか『何考えていると、そういう行動になるん？』とか、新人はベテランとか中堅に言われてるんですよ。みんなの笑いのネタにされたり、からかわれたりしてます。時には、『信じられへんわ』とか愚痴っぽく言われたりしているんです。変なことしてたら、笑われたり追求されたりする感じですね。後輩は『言われないようにしよう』と思ってやってると思うけど、公式なものじゃない。公式よりも、ある意味ずっと根深いのじゃないかな。こちら（ベテラン）にしてみると純粹に『なんで？』って感じで質問するんだけど、後輩にしてみると『笑われる』とか『追求される』ってことで、それはうちの病棟に馴染まれへんってことでしょ。変なことしてたら絶対にみんなにネタにされるしね。だから、もうちょっと上になると、『笑われないようにしよう』『言われないようにしよう』みたいな気持ちも入るかもしれない」

ナースステーションではなく、控え室で休憩中に指摘されることが、看護師達の行動に大きく影響しているという。話される内容は、看護として不適切な行為についてであり、それが休憩時間中の笑いのネタになる。このような風土について、中途採用で就職した榎波看護師（20代、3年目）は、「以前の職場ではなかった会話です。いじめみたいな感じじゃなくて、患者さんとの出来事を楽しく話せる雰囲気があって、その中で変なことしていることも一緒に笑われている、それだけなんで。ああそうかって思えますし、勉強にもなります。それに、ケアしているなって実感できるんです。私は給料とか福利厚生とかよりも、ケアできる職場で働きたいと思うんです。人間が働ける時間って結構限られていると思うんで、ケアできる職場でケアすることに時間かけたいんで」と、ケアできる職場だからこその雰囲気だと捉えていた。

このような控え室での看護師同士の会話については、新人看護師も次のように話していた。

「控え室で先輩が患者さんのことをすごく楽しそうに話してはるでしょ。最初は、（先輩は）そんなふうに（患者を）見てるのかって思うこともあって、へえ～って感じで。全然話についていけなくて。私は全然見れてないなって。私も受け持ちしているのに、私が知らない患者さんのことを、先輩はいっぱい知ってはって、不思議に思っていました。だから、私もそういうふうに患者さんのことを知ることができるよう、考えてやらないといけないなと思ったのはあります」（近藤看護師、1年目、20代）

近藤看護師は、先輩看護師が楽しそうに患者について話すのを聞いていて、先輩看護師の患者に対する見方を知り、自分もそのように患者のことを考えなければと思うようになったと話している。先輩看護師が患者について話す内容は、入職当初は理解できなかったが、徐々に理解できるようになるという。その理由については、新人の木下看護師が次のように話していた。これは、研究者が木下看護師に、患者のためにと考えられるようになった理由について尋ねた際の語りである。

「(患者のためにとえるようになったのは) まあ、いろんな言葉がわかるようになったってことも大きいです。先輩の言ってることがわかるようになった。(中略)(病棟で使われている言葉やカルテに使われている言葉には) 辞書にもないような言葉っていっぱいあって。その意味がわかると、結構、(先輩に) 溶け込めるのかもって思います。そういうのがわかるようになると、先輩の会話についていけるんですよ。そうすると、先輩がすごく患者のことを考えてるんだってことがわかるようになったというか。一緒に話せるようになったというか。(中略)(今から思うと以前の自分は) 自分目線ですね。一番前が自分。今は、第一の目線は患者になってるって思う」

木下看護師は、知らなかった専門用語がわかるようになることで先輩看護師の話している内容がわかり、先輩看護師同士の会話にも参加できるようになること、そして、その会話を通して先輩看護師の患者を思う気持ちが理解できるようになったという。また、先輩看護師がいかに患者を思っているのかを知ったことが、自分も患者を第1に考えられるようになった要因だと語っている。

このように控え室やナースステーションなどで行われる看護師同士の会話は、看護師の患者に対する見方や行動に影響していた。特に、新人看護師達にとっては、先輩看護師同士の患者についての会話は、先輩看護師がどのように患者を見ているのかについての理解を深め、自分の患者に対する見方を振り返る機会になっていた。

若手看護師が、先輩看護師の患者に対する見方や看護の考え方を知る機会は、これ以外にも様々な場面に見られた。例えば、本病棟では中堅以上の看護師が若手看護師の指導において共通して話していることがある。それは、看護計画立案の指導において共同問題を挙げないようにするということで、彼らは決まって「**うちの病棟は、共同問題は好きじゃないから**」と後輩看護師に話していた。これは、看護問題を記載する際に、医師と共同で解決する共同問題ではなく、看護独自の問題をあげるようにしているということである。また、本病棟だけではなく、この病院全体の方針として看護診断は使わないことになっていた。これについて、師長が次のように話していた。

「以前は、看護診断を使っていたんですけどね。やめたんですよ。病院看護部全体の決定事項なんです。看護診断がすごく流行った時期があったでしょう？ でも、診断名がどんどん更新されていくのに、看護師がついていけないんですよ。同じ診断名でも、それをどう解釈するかっていう内容の理解がひとによって違うってことがあって。診断名って英語の訳じゃないですか？ 日本語としてわかりにくい部分があって。医師とか PT とから、『これって何？ どういう意味？』って言われることがあって。でも、それを看護師もうまく説明できていないって。これでは患者さんについてみんなで情報を共有できないじゃないかってことになって。それで、誰にでもわかる日本語で、その患者さんのことを共有できるように表現しなければならないということになって、看護診断ではなく、患者の個別性を反映した誰にでもわかりやすい日本語で表現された看護問題で書くようにしようってことになったんです」

このことを、中堅以上の看護師達は、新人看護師や若手看護師に指導する際に、次のように話していた。

「うちの病院は看護診断ではなくて、看護問題で表現してるんよ。看護問題にすることで、具体的な患者さんの像を描けるでしょ。その方がみんなで患者を理解できるからってことで統一してるんよ。それと、うちの病棟は、共同問題はあまり好きじゃないのね。看護計画を立案する時は、看護が介入することで解決する問題を上げていくようにって、私も新人時代に先輩からかなりやかましく言われたんよ。『術後肺炎のリスク』って言うても、確かにそれもあると思うけど、これって術前の看護計画でしょ。術後は、これじゃないと思うんよ。患者さんの症状とか疾患名とかを使って共同問題であげちゃうと、看護が何するかってわからなくなると思わん？ そんな安易な挙げ方していると、共同問題だらけになって、看護師が何しているかがわからなくなるでしょ。今はこの患者さんは術後で、実際に患者さんが苦痛に感じていることとか、いろいろあると思うからそこに注目してほしいんよ。医師だったらそれでいいと思うけど、看護師は患者さんが実際に苦痛に感じていることとか困っていること、そっちに目を向けてほしいんよ。そういう看護計画に修正してくれる？」（鈴木看護師、30代、10年目）

このように、医師とは異なる看護独自の目線で患者を見ることや、看護師が行っている活動の意味が反映されることを意図して、看護計画に共同問題を使わないという方針が立てられている。そして、患者の退院時には全ての看護問題の振り返りがなされ記録される。患者が死亡退院した場合にも、その患者のプライマリー看護師が、すべての看護問題について入院期間の看護実践の評価が記載され締めくくることになっている。このような看護計画とその記録についての本病棟の方針や方法は、先輩看護師から後輩看護師に、必ず指導されている。

また、師長が自ら本病棟の看護の考え方を主張することもある。それは次のような場面において見られた。

師長は、ナースステーションで、肛門癌で末期状態にある石本さん（80歳男性）の主治医に「先生、ちょっと石本さんのことだけど、いいですか？」と話しかけた。石本さんに出されている輸血の指示を修正してほしいことを伝えるためであった。師長は、「先生、石本さんに輸血の指示を出されていますよね。この処置は、私達は違うんじゃないかなって思うんだけど、どうですか？」と主治医に向かって言った。主治医は、前日に石本さんの輸血とその後2日間の採血の指示を出していた。前日のリーダーがその指示を受けて、すでに輸血パックが病棟に届いていた。この日のリーダーであった山本看護師（20代、7年目）がそれを疑問に思い、カンファレンスで師長や看護師達に相談していた。それを師長が「私から医師に話してみる」と預かっていたのであった。この師長の意見に対して主治医は、「なんで？ 貧血、進んでるやん。ハーベ（ヘモグロビン）こんなに下がってるし、輸血するのって普通ちゃう？」と反論した。師長は「石本さんは、もうかなり悪い状態や



し、ほとんどお話もできない状態になっていてね。今はちょっとでも安らかにいてもらいたって状態で、こういう人に輸血するのは苦痛を長引かせるだけだと思うんですよ。こういう状態の人に輸血するのは、私達の経験からはないことなんで、なぜかなと思うんだけど」とゆっくりと言った。主治医は「え、そうなん？ しんどいから輸血するんとかがうん？ 患者さん、楽になるよ」と反論した。師長は「それは、もっと元気な人というか、もうちょっと生きられる希望のある人の話で、この人の場合は違うと思うんですよ。それに、輸血した後、2日間も続けて採血することになっていてね。採血のたびに患者さんは痛い思いをするんですよ。石本さんは、もうそういう時期じゃないと思うんです。先生はそんなことぐらいって思うかもしれないけど、私達は今の患者さんにとって、ほんの少しのことでも苦痛なことはやめてあげたいんです。わかってもらえますか？」とさらに反論した。病棟中がしんと静まりかえり、緊張感が漂った。少しの沈黙の後、主治医は「けど、もうオーダーしているし、(輸血)パック上がって来ているから、返されへんしなあ」と少しのんびりとした口調になって言った。師長は「先生、そういう問題じゃないんです」と少しきつい口調で切り返し、次に今度は優しい口調になって「これは患者さんの苦痛の問題ですから。私達はそういう指示は受けられないんです」とやや諭すような感じで話した。主治医は「そうなんや〜。まあ、それもそうかな」と言いながら、輸血と採血を中止する指示を書いた。師長の横には山本看護師がずっとうなずきながら聞いていた。病棟には数人の看護師がいたが、みんな仕事の手を止めていた。手元の看護記録を見ているようでもあったが、神妙な顔つきであり、じっとこのやりとりに耳を傾けているようだった。

このように師長は、患者にとって適切ではないと判断した事項には、毅然とした姿勢で医師にも他の専門職にも意見を述べていた。このような様子は、病棟にいる看護師全員が度々眼にしており、師長のことを「優しいけど怖いところもある人」「本当に優しい人」「看護師としてカッコ良い。尊敬できる人」などと述べていた。

また、師長は、ナースステーションで雑談している新人看護師に「なんで、今ここでおしゃべりしてられるの？ ベテランの人たちがまだ患者さんのところから帰ってきてないのに、自分は帰って来ているって、何かやっていないこととか忘れていないこととかがあるからじゃない？ おかしいと思わん？ ベテランの人が患者さんに何しているか見てきてごらん」などと指導していることもあった。このときの師長は、「若い人達は、決められたことだけやったらおしまいになるからね。看護はそれだけじゃないって思ってもらわないと。ベテランの人達はそこをちゃんとやっている人達なんで、そこを見て学んでもらいたいんですけどね」と述べていた。

このように本病棟では、公式・非公式な様々な場面で、師長や先輩看護師から後輩看護師へ、また、看護師同士で、この病棟がめざす看護のあり方から外れる行動が指摘され修正されている。看護師達は、その中で患者に対する見方や病棟の看護の方向性についての理解を深めているようであった。これは、師長やベテラン看護師達の看護を追求しようとする意識が、さまざまな場面で後輩看護師に伝えられ、病棟の看護活動全体に行き渡っていることを示している。このような様子から、本病棟には看護を追求する文化が形成されていると言えた。

しかし、このような文化は、自然に形成されたものではなく、ベテラン看護師達の看護への情熱によって時間をかけて形成されたと師長は話す。

「はじめからこんな感じじゃなかったですよ。必死で戦っていた時期もありました。反対勢力っていうんですか？　そういうのもあって、大変でしたよ。でも、私自身が、ケアの質の低いところでは働きたくないって思っていましたから、それがわかってもらえるように、その都度その都度話してきました。ひとりひとは、みんな良いナースなんです。でも、集団の力は怖い。ケアと外れる良くない雰囲気や流れがあると、それを見逃すと、あっという間に広がって、取り戻すのにすごく時間がかかります。だから、気づいたら小さな芽でも必ず摘むことにしています。それに、ここに来るまでも、私ひとりじゃなかったんでね。良いケアがしたいって思う人が何人もいて、みんな看護に熱い人たちで本当に助けられたし、私自身も学ぶことがいっぱいありました」

このように、本病棟では、師長をはじめとするベテラン看護師の専門職として良いケアをしたいという思いを背景にして、それを病棟全体のケアの方向性として実現しようとする様々なしくみが工夫されている。そのしくみによって、ベテラン看護師達の思いが後輩看護師に浸透し、看護と外れる行動を許さない風土が形成されていると言える。それは不適切さを互いに上手に指摘しあい学び合う関係を形成している。また、そういう風土の中で、新たなしくみやルールも生み出されている。この循環の中で、清拭が日々の欠かせないケアとして、また、看護師が行うことが至極当然のこととして実践、継続されていた。また、その実践を通して看護師達は「清拭を自分でしていないと何もしていないと感じる」と清拭を自分の看護を実現する大切なケアだと考えるようになっていた。このような看護師達の意識や実践は、本病棟に、看護を追求する文化が形成されていることを示していた。

## 第 6 章 考察

### I. 看護の実践知としての清拭

本研究の結果から、清拭は、看護師にとって特別な意味をもち、実践されている技術であることが明らかになった。ここでは、その意味付けや実践がどのようになされているのか、個々の看護師にとって清拭がどのように捉えられている看護技術であるのかについて考察する。

#### 1. 専門的・創造的实践としての清拭

##### 1) 清拭における専門性の見えにくさ

看護技術は、看護職が自らの専門性を発揮する最も重要な手立てであると言われている（川島，2010）。しかし、清拭は、本研究結果において新人看護師が「何が上手な清拭かわかりません」と述べていたように、看護基礎教育を経た看護師でさえ専門的な技術がどのようなものであるのかが理解されにくい技術である。

清拭がこのような技術となっている理由は、清拭実践の成否の見えにくさにある。本研究では看護師が「点滴や採血だったら、入るか入らないかという結果が出る」が、「清拭は、患者さんに苦痛になるかどうかでこと」が技術の善し悪しであると述べている。また、「患者さんは（苦痛を）感じていても言われないので」と、看護師が清拭をして患者に寒さや痛みなどの苦痛を与えていても、それを患者から指摘されることが少ないことによって、技術の拙さとして看護師に認識されないのだと述べている。この言葉は、清拭が外観できる「拭く」という行為だけでは専門性が理解できない技術であることを示している。また、清拭はそれを受けた患者の苦痛の有無に関心を注ぎ、それをくみ取る力のある看護師でなければ、技術の善し悪しが判断できない技術であるとも言える。さらに、清拭は看護補助者や家族によっても実施されている技術であり、看護独自の技術とは言えない。これらのことから清拭は、専門性の見えにくい技術であるのだと言える。

2012 年度の診療報酬制度の改定によって、急性期看護補助体制加算が導入され、患者ケアへの看護補助者の積極的な活用が推進されることになった。この改定は、看護師がより専門性の高い実践に専念することが意図されている。その中で、清拭をはじめとする清潔ケアをできるだけ看護補助者の業務にしていこうとする施設も増えている（中岡，2016）。このような傾向からは、清拭が専門性の高い看護実践とは見なされていない可能性が伺える。また、別の調査では「清潔ケアに負担を感じる」と答えた看護師が 49%であるとの報告（深田，2007）もある。このようなことから、清拭は、看護師が専門性を発揮する技術とは見なされず、看護師にとって負担になる業務として、さらに看護補助者に委譲されていく割合が増える可能性のある技術であると思われる。

##### 2) 看護の専門性の発露としての清拭

前項で清拭は専門性の見えにくい技術であると述べた。しかし、本研究結果においては、看護師は、清拭しないで看護したとは言えないと考え、清拭を看護実践には欠かせないケアだと位置づけていた。また、看護師による清拭が継続されるしくみを作って実践されて

いた。つまり、この病棟では、清拭は看護の専門的な実践として位置づけられていると言える。

本病棟において、清拭がこのように位置づけられているのは、患者に安楽を提供することが看護師の専門的役割として大切であるという認識が看護師間で共有されているからである。佐居（2009）は、看護師は、安楽を提供するという看護実践を、人手や時間的余裕などを言い訳にできない、看護師としての専門的力量を発揮すべき実践として認識していると述べている。本病棟の看護師のひとは、清拭が大切なケアだと考える理由について「患者が気持ち良いという表情になる機会を1回でもたくさん作るのが看護師の仕事でしょ」と述べていた。これは、辛いことが多い入院生活の中で、患者に安らぎを与えるのが看護師の役割だと捉え、その数少ない機会である清拭を大切にしているという意味である。看護師達は、患者が安楽になるために、専門的知識を使って様々に清拭方法を工夫し、看護師同士で患者の状態や清拭方法の情報交換をしていた。例えば、仰臥位になれない患者に、どのように体位変換を行えば患者に痛みを与えることなく清拭と寝衣交換ができるのかをカンファレンスで検討して実施するなど、苦痛の大きい患者でも看護師が清拭することで爽快になれると考えて実践していた。そして、「一般人では思いつかないような方法でできることが看護師ならではだ」と、患者が苦痛を感じることなく清拭することに、看護師であることの誇りや自信をもっているようであった。つまり、看護師達が実践している清拭は、看護の専門的知識を活用した創造的な実践であると言える。

また、看護師は、清拭がいかに優先して行いたいケアであるのかという説明をする時に、その比較の対象として点滴などの診療補助技術を挙げていた。看護師は、「清拭せずは何日か過ぎると、罪悪感のような気持ちを感じます。私、点滴しかしていないな。何しているんやろうって」というように、点滴などの診療補助技術と清拭とは、自分にとって価値の異なる技術として位置づけている。それは、診療補助技術が少なからず患者の苦痛が伴うことに比べ、清拭は、看護師が実施する技術の中でも患者の苦痛を伴わない数少ない技術であるからだと思う。

さらに、清拭は看護師にとって自分の裁量で実施できる技術であるという意味でも、診療補助技術とは違っている。前述したように、看護師は看護の知識を使って様々な工夫をしながら清拭をしている。清拭は、他の専門職からの介入を受けずに、自分の考えややり方が許される範囲が広い自律的な実践だと言える。これに比べ診療補助技術は、医師の指示が前提にあって行うものであり、ある程度定型的なやり方が決まっている技術である。こういった意味で清拭は、看護師が専門的知識を活用して自律的に実践できる技術であると言える。

看護師は法制度的に独占できる業務がないことによって、専門性と自律性が抑え込まれているという現状がある（林，2012）。近年は、専門看護師や認定看護師が養成され、さらに、医師が行っている医療行為の一部を看護師も実施できるようにするための特定行為研修も始まっている。また、静脈注射の行政解釈も変更されている。このような状況から、看護師がより高度な診療補助行為に関わる場面が拡大していく傾向にある。そして、このような傾向について、専門領域や権限の拡大につながるものであると解釈して歓迎する見解もみられている（日本看護協会，2016）。林（2012）は、看護師が診療補助行為に関わるが多くなるような状況が、必ずしも看護職の専門職化を保障するものではなく、専門

職的自律性の獲得と直結するものではないと述べ、看護師が患者の生活援助から遠ざかる傾向を危惧している。

本研究結果では、看護師は診療補助技術のひとつである点滴をすでに看護師が行うものとして実施していたが、それを看護職の自律性や専門性の拡大だと認識しているとは言えなかった。むしろ「点滴しかしていない」とか「清拭していないと何もしていないように感じる」と発言し、点滴に追われることで清拭ができないことを悲観しているようだった。この病棟では、清拭は看護師だけではなく看護補助者も行っているが、看護師達は、「看護師にしかできない清拭をする」のだと、看護補助者とは異なる専門的で創造的な清拭を実践していくところに専門性を発揮しようとしていた。

Henderson (1966/2006) は、診療の補助は本来の看護ではなく、看護師が苦痛を伴う処置ばかりに関わるようになることで、第一義的な看護師の役割を全うする時間を犠牲にし、安楽の与え手という患者から得ている信頼を失うことになる」と述べている。川島 (2009) は、この言葉を引用しながら、現在の医療現場がこの状態に陥っていること、つまり、看護師の診療補助業務が増加することで、療養上の世話が看護師の手から看護補助者に渡されている状況にあることを看護の危機だと述べている。

本病棟の看護師達も、療養上の世話のひとつである清拭が、看護師の職務から外れるのは看護の専門性の危機だと考えているものと思われる。彼らは、看護補助者と協力して清拭を行っていても、その責任は看護師にあり、「毎日清拭するのは当たり前だ」と考えている。また、「清拭しないで看護したとは言えない」とも認識していた。このような彼らの認識は、清拭が看護補助者の業務として完全に委譲されてしまうような状況では、自分達が目指す看護が実践できないということだと思われる。

看護師が高度な診療行為に関わる場面が増大していく医療現場においては、看護師は診療補助、看護補助者は日常生活援助というような安易な分担がなされる可能性も否めない。特定行為に係る看護師の研修制度の開始により、高度な診療補助行為に関わる看護師が養成されている中で、看護の専門性はますます見えにくいものになる可能性もある。その中で、本研究結果で示された看護師達の清拭に対する認識や実践は、看護師が本来大切にすべきことが何であるのかを改めて問いかけるものだと考える。そして、患者の療養生活を支えるケアをより専門的創造的に実践していくことが、看護師が自信と誇りをもって主張すべき専門性であるということも再認識させられる。清拭は、看護の独占業務ではないが、日常的な実践の内実がいかに優れているのかということをもって看護の専門性を示すことができる技術であると言える。

## 2. 患者を理解し関係を深める技術

### 1) プレゼンスとしての清拭

清拭の第一義的な目的は、身体を清潔にすることである。本病棟の看護師も清拭によって患者の身体を清潔にして爽快になってもらうことを重要だと考えていた。しかし、それと同等かそれ以上に、清拭を患者とゆっくりと関われる時間だと考え、患者との関係を築き、患者のことを知る機会として重要視していた。看護師は、「清拭の時だったら、何か話してくれるかもしれない」と言いながら気になる患者の清拭を行っており、清拭が患者の心を開くきっかけになることを意図して実践していた。これまでの清拭による患者の心理

面に与える影響に関する研究は、石けん清拭と熱布清拭を比較した実験研究（小池，2014）や、清拭中の背部温タオルによる主観的快適感の影響（山口，2015）など、温熱刺激や摩擦刺激と、気分やストレスなどとの関係を説明するものであった。しかし、本病棟の看護師が患者のところに与える影響として意義を感じていたのは、そういった物理的刺激によるものではなく、清拭という援助を基にして築かれる患者と看護師の人間関係にあると考える。看護師が清拭する意図として話す「何か話してくれるかもしれない」というような言動には、清拭の時に患者が吐露する思いには特別な意味があると感じていることを示している。看護師は、その思いを知ることが患者のことをより深く知り、患者との関係を深め、そのことが患者のところに影響すると考えているのだと思われる。

例えば、がん患者が多い本病棟では、患者が自分の痩せた身体を見て、家族や残された時間に対する思いを吐露する場面が何度となく見られた。ひとの自分の身体についての認識であるボディイメージは、自己の存在の基盤となるものであり、自分の身体への気づきは、自己への理解を深めるという意味がある（山口，2003）。しかし、このような患者にとって、自分の身体に気づくことは、病状の進行や迫り来る死など、自分の身に起こっている抗うことのできない現実に向き合うことを意味している。このような清拭の場面で看護師は、「そうですよね」と言葉少なく応答し、患者の思いに耳を傾けているようだった。看護師は、自分に突き付けられた現実に向き合う患者に、清拭を通して寄り添ってそこに居るという看護を提供しているのだと考える。

このような、患者に寄り添いともにいるという看護は、ケアリングの具現化のひとつとされるプレゼンスという概念で説明できる。プレゼンスは、看護師が関心をもって患者に関わる際の存在の仕方や働きかけ方である。プレゼンスには、身体的側面への働きかけである「そこにいること（being-there）」と、患者の内面的な世界に入り込み、それを共有する「ともにいること（being-with）」が含まれる（小西，1999）。そしてプレゼンスは、患者が病気体験を通して、他ならぬその人になることを手助けすることであり、看護師と患者はプレゼンスをとおして内的に変化する（小西，1999）とされている。患者をより深く知ろうとして行われる清拭には、このようなプレゼンスというケアリングがあると考えられる。

また清拭は、死期が迫っている患者が「生きている」という実感を得ることができる技術である。がん末期で意識が薄らぎつつあった患者が、清拭後に「あ～気持ちよかった。まだ、生きているんやな」とつぶやいた場面があった。このような場面では、看護師は「そうですよ。生きていますよ」と嬉しそうに語りかけており、患者の「生きている」という実感と喜びに共感しているようであった。このような様子は、風呂の文化をもつ日本人ならではの光景であると考ええる。日本人にとって入浴は、単なる気持ち良さや爽快感だけではなく、一日の活動を終えて眠りにつくまでのほっとする感覚なのであり、つつがない日々の生活の象徴である（岡田，2008）。したがって入浴感覚は、日本人の健康な生活で得られる感覚、充実感と結びついているものと思われる。清拭は、この入浴感覚を思い起こさせ、ゆったりした気持ちや生きている実感をもたらし、患者の心を解放するのではないかと考える。

このように清拭は、厳しい現実や苦痛に向き合う患者の心が、ゆったりくつろげる感覚によって開かれるという効果があるものと思われる。したがって、清拭の時に発せられる

患者の言葉は、開放された心から吐露される言葉である。看護師は、その思いが吐露されるその場に、清拭をすることで居合わせることを大切にしているのだと考えられる。また、看護師は、そのような患者から発せられる言葉を、普段は見えにくい患者の本音、心情であると考え、患者を知るためには、その言葉を聞くことができる可能性のある清拭を大事にしたいと考えているものと思われる。

## 2) 身体性を基盤にした患者との関係を深める技術

看護師が、患者のことを理解するための重要な技術として清拭を捉えている理由がもうひとつある。それは患者に触れることによって、患者の状態を自分の感覚としてつかむことができるということである。看護師は、清拭時に患者の感覚を自分の感覚であるかのように表現したり、患者の身体に触れることで、「しんどさがわかる」「栄養状態がわかる」「血圧低下がわかる」と表現したりしていた。このような、患者の感覚と看護師の感覚が融合するような現象は、看護技術における身体性であると思われる。看護技術の身体性は、患者の苦痛という状況に看護師のこころと身体が動かされることによって生じる（池川，2009）。

清拭の際に看護師は、「ここよね、かゆいの」などと言いながら患者の皮膚の隙間にタオルでくるんだ指を滑り込ませ、まるで自分自身の身体に生じた不快症状が解消するかのように気持ち良さそうな表情を浮かべながら実施していた。このような清拭時の看護師の様子は、患者の感覚を自らの感覚として感知し、その感覚に導かれて無意識に身体が動いている状態であると言える。酒井（2008）は、身体性の基盤には、看護師が患者との関係に喜びを見だし、患者が喜ぶことによって看護師自身が喜ぶという関係があるとしている。つまり、清拭時に発揮される身体性は、看護師が患者の快適さを自分自身の快適さと同様に考えているからこそ成立しているのだと言える。さらに、身体性は、非言語的シグナルを声として聞き取り変換するという高度なコミュニケーション能力であるとも言われている（内田，2006）。このようなことから看護師は、清拭時に高度なコミュニケーション能力を発揮することで、患者の声にならない声を聞き、患者をより深く理解しているといえる。つまり、清拭はこのような患者への深い理解を基盤にした関係を築く技術なのである。

清拭は、手間や時間がかかる技術である。また、効率化や省略化が図られたり、看護補助者に委譲されたりもしている。しかし、清拭をこのような患者との深い人間関係を築く技術だと捉えれば、看護職にとっては、本来はその手間や時間を惜しむことなく実施したい技術である。本病棟の看護師が、清拭を自分達にとって大切だと考えるのは、自分達が患者との関係をととても大切にしていること、患者との関係を築くことに時間を惜みたくないという強い意志をもっているからだと考えることができる。患者との関係を築くという意味でも、清拭は看護師によって行われることに意味のある技術であると考えられる。

## 3. ベッドサイドで創出される清拭のわざ

### 1) 看護における実践知

実践知についての見解は、大きく2つ存在する。ひとつは、主に経営学者が用いる「実践知」であり、特定の仕事集団や熟練工のもつ知識や技能の中で、暗黙的なものを指している（金井，2012）。経営学では、このような熟練者のもつ優れた知識、技能を言語化で

きる形式知に変換することで、組織の人的資源管理や経営戦略に活用することが図られる。したがって、ここでの実践知は実践の中で活用されている言語化できない、あるいは言語化しにくいという暗黙性に焦点が当てられる。「実践知」のもうひとつの見解は、暗黙性という点は同じであるが、ひとにとっての善さを追求するという倫理的な意味を含んだ実践として捉えられる。看護学においては、看護実践が、看護師ひとりひとりの価値観や判断が包含された知的実践活動であり、「ひとがよく生きるため」という倫理的で目的志向的な活動であることから、看護実践そのものが実践知であるとされている（池川，1991；阿保，2009；石垣，2008）。

本病棟のベテラン看護師のひとは、毎日清拭する理由について、「普通は、一日1回は風呂に入るじゃないですか？でも、術後とか重症の人は自分で入れない。だから清拭する。それだけのことです」と述べている。この言葉は、たとえどんなに重篤な状態にある患者であっても、身体の清潔を保つということは、ひとがひとらしく生きていく上では当然の欲求であり、それを満たそうとするのは看護師として当たり前だと考えていることを示している。さらに、この看護師は「だから、夜勤帯でもします。忙しいからしないということはないです。できる、できないではないです。こちらの都合で、したりしなかったりすることはないです」と述べている。この一連の語りからは、身体が汚れて不快だと感じているひとがそばにいて、それを取り去る方法を看護師である自分は知っている。だから、それを実行しないわけにはいかないのだというような看護師としての倫理観が読み取れる。そして、このような倫理観があるからこそ、忙しさなどの自分の都合を言い訳にはできないという信念も感じられる。本病棟の複数の看護師が自分で清拭ができない日が続くと罪悪感をもつと述べている。このような罪悪感が生じているのは、看護師達が当たり前のことをしているという意識で清拭を行っているがゆえに、それを他者に任せてしまうことは非倫理的だと感じるからではないかと考える。つまり、清拭は看護師の倫理的で目的志向的な活動として実践されている技術だと言える。

また、清拭は、看護師から患者へ提供される一方向的な意味だけではなく、看護師にとってもやりがいや達成感が得られる技術としても実践されていた。看護師は、清拭によって患者に気持ち良いと言われることで「今日も仕事にきた甲斐があったなって、やって良かったなって思えるんです」と述べており、清拭することに看護師としての喜びを見いだしていた。清拭のように患者に気持ち良さをもたらす看護ケアは、看護師にとっても看護の喜びになる（縄，2015）。清拭は、患者に安楽や快適さを提供するだけではなく、看護師自身にも、看護のやりがいや喜びをもたらす技術である。その背景には、患者の安楽や快適さを自分の喜びとする価値観や看護観が存在している。このようなことから清拭は、看護専門職としての信念、患者との関係の築き方、何を看護のやりがいとするかなどの価値に基づく実践であり、ひとがよりよく生きることを志向するという倫理観に基づいた看護の実践知であると言える。

## 2) 清拭の「わざ」

池川（1996）は、看護技術が実践知であるという理由として、それを実施する看護師がどのように患者を知覚しているかということが、その看護師の判断から患者に差し伸べる手の強さにまで反映され、そこには看護師自身のもつ看護に対する価値や信念が包含され



ているからであると述べている。清拭では、前述したように患者の感覚を感じるという身体性が発揮されていた。ベテラン看護師達の清拭では、その身体性を活用し患者のかゆいところに自分の手を届かせようとするところから、手をタオルでくるむ方法やタオルの厚みを活用して拭く方法など、独特のタオルの使い方が生まれていた。ベテラン看護師のひとりには、「患者さんひとりひとり加減っていうのがあって、同じようにやっていてはだめで。その『丁度良いわ』っていう感じをうかがいながら、その都度反省もしつつやってきた」ことが、現在のタオルの使い方になっているのだと述べていた。そして、その方法は後輩看護師から「わざを感じます」と言われるようなスムーズでなめらかな動きとして実践されていた。つまり、快適に、きれいになってほしいという患者への思いが、そういったタオルの使い方や身体の動きに現れているのだと考えられる。

伝統芸能の技能形成研究では、技能が実践される場の理解と、実践するひとの価値や信念を伴った技能は「わざ」と呼ばれ、そういった場の理解などを含まない身体活動としての「技」とは区別されている（生田，2007）。本研究において看護師が実践していた清拭は、患者と看護師との関係性において成立し、患者と看護師双方の理解が深まる場において発揮され、なおかつ看護師の価値や信念が含まれている技能であり、清拭の「わざ」だと言えることができる。

清拭は、専門性が見えにくい技術であることは前述した。身体を拭くという行為自体は、一般的にはシャワーや入浴時に誰もが自分自身の身体に対して行っていることであるので、そこに看護の「わざ」があるとは認識されにくいものと思われる。しかし、本研究結果では、それが示されたと言える。この「わざ」は、看護職として共有できる「知」であるとともに、「上手な清拭がわからない」という実践現場の看護師達に、卓越した清拭の実践モデルを提示できるものとする。

## II 実践知としての清拭が習得される過程と病棟文化

清拭は、看護師の看護観や誇り、信念が伴って実践される看護の実践知であると述べた。しかし、入職当初の新人看護師は、先輩看護師の清拭を見よう見まねで行い、病棟のやり方に合わせているだけであり、そこには看護の意図も患者への思いもほとんど感じられない。この看護師達が、その状態を脱し、やがて実践知としての清拭を実践するようになる。ここではこの過程がどのように実現されているのかについて考察する。

### 1. 清拭の技術習得と病棟文化の関連

#### 1) 新人看護師が捉える清拭

これまでの技能形成研究においては、新人は組織参入直後から、組織で実践される技術やそれを遂行する先輩に対する尊敬やあこがれといった価値的コミットメントを抱きながら技術を学んでいくことが明らかにされている。この技術習得過程の特徴は、伝統芸能の技能習得や助産師の分娩技術習得過程（生田，2011）、企業における技能形成研究（松本，2003a）などで示されている。ところが、清拭の場合、新人看護師は、「これで綺麗になるのかと思うこともあるけど、病棟のやり方なので」と言いながら、病棟の清拭のやり方に合わせていた。その様子には、清拭の技術やそれを実践する先輩看護師に対する尊敬やあ

こがれといった価値的コミットメントはほとんど感じられず、その技術をもっと深く知ろうとか、上手にできるようになりたいという上達への意欲が乏しい状態であると思われた。

このような状況は、清拭が言語化されない実践知であるために、初心者には専門性や卓越性が理解されにくいことから生じていると考えられる。また、先輩看護師から後輩看護師への清拭技術の指導が、ドレーンや点滴に留意しながら安全に実施する方法の指導に重点が置かれ、清拭のより専門的な部分や巧みさなどについては、ほとんど言語的な指導が行われないという点も影響しているものと思われる。さらに、新人看護師は、学生時代から実習において目にする臨床での清拭に対して懐疑的な見方をしていることや、そのような清拭を臨床の現実として仕方がないというあきらめの気持ちで見ているとも言われており（香川，2007）、このような見方が先輩看護師の技術への価値的コミットメントが生じにくい要因となっていると思われる。このような複数の要因によって、新人看護師は、モデルとしたい先輩看護師の清拭の実践に出会うことができず、自分の清拭が未熟であるということが理解できない状態になっている。それゆえ新人看護師は、清拭を自分にとって習得すべき技術の対象外に置き、病棟のやり方に合わせる清拭を繰り返しているのだと思われる。

## 2) 慣習化された清拭の習得による病棟への社会化

配属されたばかりの新人看護師が習得しようとしていたのは、病棟で決まった清拭のやり方、すなわち、どのような物品を使うか、どのような手順で行うかということであった。本病棟であれば、蒸しタオルと泡沫洗浄剤を使うことや、重症患者の清拭時には同時に陰部洗浄を行うなどである。このような清拭のやり方は、どのような施設においても概ね決められている。それは、蒸しタオルを使う方法が、温湯や石けんを使った清拭よりもケア時間が大幅に削減でき、大勢の患者にケアを提供できるというように、どのような清拭方法を採用するかによってケアの効率化を図ることができるからである。また、清拭を看護師が行うか看護補助者が行うかという点も、病院や病棟によってさまざまで、看護補助者の人員数や看護ケアに対する考え方などによって、その分担のされ方が異なっている（中岡，2016）。病棟における清拭のやり方は、このような様々な事情を踏まえて決められているので、そこにはその病棟が抱える諸事情を看護師がどのように捉え対応しようとしているのかという意図が含まれていると言える。本病棟においては、それが業務調整ボードというツールを使って実施されているように、病棟で決められた清拭のやり方は、看護業務の中でシステム化され、日常的に繰り返され慣習化されている。

新人看護師は、このような慣習化された病棟固有の清拭のやり方を習得しようとするが、そのことは決して無意味ではない。その意味とは、慣習化された清拭が組織の実践知であることで、それを習得することが組織文化の内面化、社会化が促進されるということである。

慣習は文化人類学においては重要な概念で、伝統または慣行として確立された標準的な行動様式をさし、集団内部の方向性と均質性を保持するように、集団の成員に対してそれを遵守することを求めるように働くものである（柳田，1951）。慣習化された行動は、ルーティーンとも呼ばれる。経営学や組織心理学においては、組織におけるルーティーンは、その組織が過去に同様の場面で行った意志決定やその結果から生み出された最適解を知恵とし

て伝承し、意志決定にかかる時間やリスクを大幅に減らすことができる組織の知として価値が置かれている（福島，2009）。看護実践現場においては、ある実践がルティーンとなることによって、患者の安全やケアの質が保たれ、看護師間の業務分担や他部門との連携が円滑に進み、職員間や時間帯、習慣によるタスク量が調整されるという効果がある。このルティーンは、その組織のさまざまな要素の影響を受けながら淘汰されてきたもので、組織の価値観が包含されている。また、組織において蓄積されてきたきわめて優れた組織の実践知である（武村，2015）。また、行動／唯物主義的な文化の見方では、文化はその集団の行動や習慣のパターン、つくり出しているものであり（Harris, 1968）、組織でルティーン化された行動は組織の文化であると言える。病棟でルティーン化された清拭は、大半の看護師が概ね同じ行動を取るようにパターン化されており、その病棟が抱える諸事情から良いとされる方法が取捨選択されたり工夫されたりする中でできあがってきたものである。したがって、ルティーン化された清拭は、その病棟の看護師の看護実践に対する考えや価値が反映された組織の実践知であり、病棟の文化そのものであると言える。

組織におけるルティーンを習得することは、その組織の文化を内面化することであり、それは、組織における社会化の過程でもある（伊藤，2003）。したがって、新人看護師が病棟に配属され、病棟における清拭のやり方を踏襲し、そのシステムの中で清拭を繰り返すことは、病棟の文化に触れそれを内面化し社会化されることであると言える。新人看護師は「ここではこの方法なので（他の方法では行わない）」と、病棟の清拭のやり方に合わせることに理由を見い出せず、それを聞かれても困ると答えていた。また、その新人看護師は数か月も経ないうちに、「毎日清拭するのはうちの病棟では当たり前だ」と述べるようになっていた。このような様子は、新人看護師が病棟で実施されている清拭のやり方に合わせることを自明視して繰り返していることで、病棟における清拭に対する価値が無意識のうちに内面化されていることを示していると思われる。

また、社会化は、個人がその所属する社会や集団のメンバーになっていく過程であり、その集団で制度化されている知識、技能、行動様式、価値などを習得しながら、それらに適応する過程である。したがって、新人看護師が、先輩看護師達と同じように「毎日清拭するのは当たり前だ」と考えるようになっていくのは、病棟文化の内面化であると同時に、病棟で通用する価値を身に付け、社会化されていることを示している。新人看護師が「ここに配属された以上は、ここでのやり方に従わないと」と言っているのは、新人看護師にとって、病棟の清拭のやり方に従うことが、この病棟のメンバーになることと同義であるからだと思われる。

新人看護師が行っていた病棟の清拭のやり方に合わせるという行為は、技術向上の意欲や看護実践としての意味づけは乏しい。しかし、新人看護師にとっては、それを繰り返すことで病棟文化を内面化し社会化され、その病棟のひとになっていくという意味がある。つまり、病棟の慣習化された清拭の習得は、病棟文化の内面化、病棟への社会化という意味があると言える。

### 3) 慣習化された清拭への過剰適応を回避する病棟文化の影響

桑田ら（2010）は、組織の中で個々のメンバーがどのように自らの仕事や職場集団、組織を見ているかという知覚が組織風土であり、その個々のメンバーの知覚の分散が小さく

なること、つまり、その知覚が組織の中に根付いて個々のメンバーの判断や行動の枠組みとして働くようになることで組織文化となるとしている。また、組織文化が創造される基本的な条件は、それぞれの人たちが、そこにいて見るもの聞くもの触れるものを共有しあい、同じような見方をするようになることであるとされている。

本研究の結果、この病棟には看護を追求する文化があることが示された。この病棟文化は、師長やベテラン看護師の専門的な看護を実践できる病棟でありたいという思いが基盤となって形成されていた。師長が述べていたように、本病棟では、師長やベテラン看護師は、自分自身がケアの質の低いところで働きたくないという思いを持ち、看護と外れる雰囲気や流れは「気づいたら小さな芽でも必ず摘む」のだと、病棟のケアの質を維持することに情熱をもって病棟を運営してきた。このような彼らの思いは、日々の実践の中で時には言語的に、時には自らの実践を見せるという非言語的な方法によって後輩看護師達に示されていた。例えば、師長が医師の治療に対して看護師としての意見を述べる姿や、ベテラン看護師達が患者の様子を楽しそうに語る姿、看護の視点が明確になる看護計画を立案するようにと指導する姿などである。若手看護師は、それらを目にしたり、指導を受けたりすることで、先輩看護師がどのように患者を見ているのか、何を大切にしているのか、どのような基準で行動しているのかなどを理解していくものと思われた。

また、清拭については、本病棟では、看護補助者の導入によって看護師が患者の日常生活援助に携わる機会が減少していく中で、過去に若手看護師が看護補助者に清拭を教わるという出来事が発生していた。師長やベテラン看護師は、このような状況に出会うたびに、何が患者中心の看護であるのかを真剣に考え、病棟の実践が患者中心の看護に向かうように試行錯誤を重ねてきた。その試行錯誤のひとつは、業務調整ボードを使った調整方法であった。病棟の看護師のひとり、毎日清拭するのは業務調整ボードがあるからで、清拭していないとそれがすぐに明確になり指摘されるからだと述べていた。しかし、自分を含め病棟の看護師達は毎日清拭することに違和感をもっていないとも話していた。「組織において、道具の使い方を学習することは、その組織の実践の歴史と結びつくことであり、その文化での生き方に直接的に参加することである」(Lave & Wenger, 1997, p.84)と言われるが、業務調整ボードは、看護師達に病棟が目指す看護の価値を内面化することに重要な機能を果たしているものと思われる。

本病棟の看護師が清拭を毎日行うことに違和感がないと述べているのは、先輩看護師達の価値観が、病棟で目指される看護の方向性として共有され各看護師に内面化されていることを示している。その看護師達は、自分達が目指す看護の方向と外れる行動を指摘し笑うという行動をとり、それは自分の病棟の風土であるのだと認識していた。その風土は、看護師達の日々の話し言葉や行動の中でさらに共有され、次第に病棟の価値観として共有されることで、看護を追求する文化となっているものと思われる。

状況的学習論においては、社会的実践に参加することは、「学習を生み出すのに『性向として適合的』になっていく」(Lave & Wenger, 1993, p.13) ことであるとされている。これは、実践に参加していることによって、その集団や社会で実践される技術を習得するための素地、下地が作られると解釈することができる。新人看護師も、病棟の実践に参加することによって、先輩看護師達の患者に対する見方や看護に対する考え方を理解し、その理解が患者の反応への感受性を高めることにつながっていると思われた。新人看護師は病

棟配属当初は、病棟の清拭のやり方に合わせるのだと病棟の清拭のやり方を慣習的に繰り返していた。これは、病棟への社会化という意味があることは先に述べた通りである。しかし、ルティーンへの過剰な適応は、無批判的で非創造的な実践や、やりがいを感じられない働き方につながるとも言われている（武村，2015）。新人看護師が病棟の実践に参加していく中で培われた感受性は、患者の反応に気づくこと、清拭のわざに気づくことにつながり、新人看護師が慣習化された病棟の清拭の繰り返しから脱すること、すなわちルティーンへの過剰適応を回避することにつながっていたと考えられる。

つまり、看護を追求するというこの病棟の文化は、看護師達の患者の見方や専門的な看護実践を目指すという価値観に影響し、そのことが創造的で専門的な看護の実践知としての清拭の習得を可能にしていると考えられることができる。このことは、実践知としての清拭が、このような看護を追求する文化があることによって習得される技術であることを示していると言える。

## 2. 清拭の技術習得過程における模倣

### 1) 組織のひとになっていくための模倣

新人看護師が、ルティーンとしての清拭を習得する過程は、組織文化を内面化する過程であることは前述した。伊藤（2003）は、ひとは組織固有の文化を背景にした身体技法を身に付け、それを自明視する中でそこに埋め込まれた組織文化を受容し社会化されるのだと述べている。ここで言う身体技法とは、社会的に学習され、文化によって規定された身体の使い方を指している（Mause, 1968/1976）。伊藤（2004）は、身体技法を身に付けることは、その組織固有の雰囲気慣れ、組織に馴染む身体を形成していくことであるとしている。組織に馴染む身体とは、その組織固有の生活リズムや仕事のリズム、立ち居振る舞いも含めてその組織人らしくなっていくことである。この過程には、他者との相互作用の中で行われる模倣（モデリング）があり、その模倣は前意識的非反省的で、組織にある価値を自明性の中で受容していくのだとされている。伊藤はこれを「エントレインメント」という概念で説明している。

エントレインメントは、母親と新生児の間で身振りや反応が同調していくときの相互の働きかけを指すものであるが、経営学においては組織の中でリーダーとなる人が気流を起こし、周囲のひとをそれに乗せていくという引き込み現象を指す言葉として使用される（名和，1985）。伊藤（2003）は、組織において身体技法が獲得される現象は、場を共有し間身体的連鎖の中での生体リズムが相互に同調化する、つまりエントレインメントする中で生じているとしている。このような作用は、清拭の技術習得においても働いていると思われる。

ベテラン看護師は、病棟の清拭のやり方がある程度決まっていることで、看護師同士がペースを合わせてできるのだと述べていた。また、先輩看護師と新人看護師が二人で行う清拭では、ほとんど言葉が交わされない状態で行われていた。さらに、新人看護師は、先輩看護師の清拭を見よう見まねで行っていると述べていた。これらの様子を総合すると、新人看護師が先輩看護師のペースに合わせてようと動き、先輩看護師もまた新人看護師の行動に合わせてながら動いていると言え、両者の間で同調（エントレインメント）が起こっているとみることができる。

さらに、ベテラン看護師は、「若い看護師が『清拭って大事』って思って清拭しているわけではない」と理解しているが、それでも良いとしていた。それは、病棟のルティーン化された清拭を繰り返していても、やがては自分たちが大切にしている清拭の価値が理解できるようになることを確信しているからだと言われた。師長やベテラン看護師は、例えばシーツ交換を看護師と看護補助者の協働作業であると指導するなど、病棟で発生する出来事にその都度看護の判断を下し、病棟の看護の方向性のかじ取りをしていた。このような様子は、師長やベテラン看護師が強いリーダーシップを発揮し、専門的な看護実践を目指すという潮流を作り、そこに後輩看護師を引き込んでいく現象（エンタレインメント）であると思われる。それを通して看護師達は、患者を見る目や看護を追求する姿勢を培い、専門的な看護が実践できる看護師へと導かれていると考えることができる。

病棟のルティーンとしての清拭の習得は、看護師はそれを技術として習得しているという意識なく行っているという意味で自明的な模倣であると思われる。それは、先にも述べたように組織文化を内面化するという意味があったが、本節で述べたエンタレインメントという作用によって、組織における身体技法を身に付け組織に馴染む身体を形成するという意味もあるのだと思われる。それは、価値や信念という意識の内面化だけでなく、仕事のリズムや立ち居振る舞いも含めてその病棟のひとらしくなっていくという意味であると考えられる。

## 2) 自らのわざを創造する模倣

清拭技術の習得過程では、もうひとつの模倣がある。それは、看護師が先輩看護師の清拭のわざに気づくことによって、そのわざを自分も行おうとして先輩看護師の技術を真似るという模倣である。看護師は「あんな風にできるようになると患者さんに役立つんだって思って。それからできるだけ先輩のわざを真似るようにしてきました」と述べ、能動的に模倣しようとしていた。このような看護師の様子は、先輩看護師の技術に意味を見いだした威光模倣（師匠となる人物やその技能に対する価値的コミットメントを伴う模倣）であると思われる。生田（2007）は、伝統芸能のわざの習得過程における威光模倣の背景には、弟子がその世界に生きるひとたちの行動を身体全体で理解しようとする「解釈の努力」があるとしている。弟子は、そのわざの世界を身体全体で理解することで、わざの身体感覚に意味が生まれ、それが主体的な動きとなって弟子自身のわざとなるのだと述べている。すなわち、わざの模倣とは、師匠の行動をそのままコピーすることではなく、そのわざが実践される場を身体全体でわかり、そこに自分なりの意味が付与されて自分のわざとして習得されるということである。看護師が先輩看護師の清拭のわざを模倣するようになる前段階には、さまざまな看護活動やルティーン化された清拭の模倣を通して病棟文化が内面化され、その文化に馴染んでいるという状態がある。その状態が清拭のわざの世界の「解釈の努力」であるとする、それがあるからこそ、看護師は看護の意味を伴った実践として先輩の清拭のわざを発見することができ、それを模倣していこうという意欲が生まれるものと考えられる。

このような模倣は、哲学や芸術、教育学においては、「ミメシス」という概念で捉えられている。ミメシスという言葉はギリシャ哲学に由来し、人間の本質的な性情として備わっている自然の模倣、価値的なもの美的なるものの模倣という意味で、芸術における

創造的活動や美学に影響を与えている。教育学においても、ひとの身振りや行動の模倣、動作の学習過程を分析する視点として用いられる（河野，2012）。ミメーシスはあらゆる表現の根幹をなし、身体イメージを介してなされている（斎藤，2011）。また、ミメーシスは「模倣の対象に身体ごと没入して、その客体をまさに身体的次元で内側から理解するようなありよう」（山本，2010，p.11）で、ミメーシスにより模倣する主体は客体とは別の身体技法を身に付けていく、つまり客体とは違う独自のものになっていくのだとされている。

看護師が清拭のわざを習得しようとする過程の模倣も、このようなミメーシスであると考えられる。看護師が「先輩の清拭を見ていると『これが清拭』って感じでわざを感じます」と述べていたが、これは先輩看護師の清拭の価値を認め、そこに美的なるものを知覚しているのだと考える。その時の看護師は、そのわざに見入り感心しながら模倣しているものと思われる。そして、次に自分が清拭する際には、患者に合わせた清拭を工夫し、その後は患者との関わりを通してさらにわざを磨いていく。このような様子は、ミメーシスによって先輩看護師のわざを模倣しながらも、別の自分のわざとして創造していく様子であると考えられる。つまり、実践知としての清拭技術の習得は、看護師が先輩看護師の実践に自らの身体を投入するように、先輩看護師の身体の内側から理解するように模倣されており、ミメーシスによって自らの固有の価値を伴ったわざへと創造されることを意味しているのだと言える。そして、このような模倣が可能になるのは、本病棟に後輩看護師を魅了する清拭のわざを持った先輩看護師が存在し、その先輩看護師と清拭の場を共有することができるシステムが存在しているからだということもできる。

### 3. 清拭の熟練

#### 1) 技術習得における人と関わる力の必要性

ベテラン看護師達は、患者の感覚を感じることで、その感じ取った感覚を生かして自分の技術に修正を加えることでさらにわざを磨いていた。そして彼らは、自分の清拭がとても優れているという自覚はなく、むしろ毎回の清拭を患者の反応を感じながら行うことで、次第に現在のような実践になってきたのだと述べていた。つまり、清拭の技術習得には様々な要因が作用しているが、最終的には、看護師個人がもつ他者と関わる力によって技術が熟練されていくのだと言える。

看護師達が患者とより深く関わろうとして行う清拭では、身体性が発現されていることは先に述べた通りである。身体性は、高度なコミュニケーション能力であり（内田，2006）、看護師と患者との感覚の交流は、患者に起こっている異常や苦痛を患者の生きられた経験として感じる事ができる看護師だけが実現できるものである（前川，2011）。これらのことから、清拭を高度なわざへと熟練させるためには、高いコミュニケーション能力と、患者との深い人間関係を構築できる力が必要なのだと言える。本病棟の看護師達は、看護を追求する病棟文化の中で、それを培っていると言える。清拭は、そのような能力を備えた看護師によって実践されるまさにその最中に、患者の感覚を感じることでよりよいものへと更新されていく技術なのである。つまり、清拭はそれを実践する時だけではなく、技術をより良いものへと磨いていくためにも、ひとと関わる力が必要な技術である。このことは、看護師にとって人と関わる力がいかに重要であるのかを、改めて我々に示しているものと考えられる。

## 2) 清拭の熟練における無意識的非言語的即興的洗練過程

看護技術の熟練は、これまで、客観的・主観的法則性の意識的適用過程だと説明されてきた。それは、言語化できない実践知である技能をできるだけ言語化して法則性を見つけ、その法則を意識的に身体に記憶させることで上達したり、他者と共有されたりするというものである（川嶋，2016）。これは、看護技術の言語化可能な部分の習得についての見解であると考えられる。

本研究は、言語化できない看護技術の実践知を言語化することに挑んだものであり、エスノグラフィーによってその一部を明らかにできたと考える。しかし、清拭という看護技術の実践知のすべてを記述できたわけではない。特に、ベテラン看護師が自分の技術をさらに熟練させていく様子は、患者との関係性を基盤にして、看護師が患者の思いに呼応するように身体が動くことで技術がより良いものへと変化していた。しかも、それは看護師自身が意識しないうちになされているというものだった。これは、清拭が、身体性によって、無意識のうちにわざが磨かれる看護技術であることを示している。この過程の内実、すなわち、個々の看護師が患者に清拭をしているその瞬間に、何をどのように知覚し、それをどのように活用して技術を修正しているのかについては、すべてを言語化することはできない。本研究は、実践知としての清拭がどのように習得されるのかを記述し、看護師が清拭の技術を向上させていくうえで何が必要であるのかを示すことができたと考える。しかし、技術をより向上させていく過程で、患者と看護師の相互作用において発生している現象は、その時その時に生じる実践の中での患者との応答的なかわりであり、それをすべて言語化して説明することは難しい。また、その相互作用過程において「こうすれば、こうなる」というような法則性は、皆無ではないがそれほど多くはない。

したがって、清拭の技術がより高度なものへと磨かれる過程は、既存の知識技術や言葉で説明できる法則性を意識的に適用して技術が磨かれているという意識的適用説では説明できないことも多いと考えられる。清拭の技術が磨かれる過程は、看護師にとっては無意識的なもので、患者との感覚の一体化という身体性を介した非言語的で即興的な洗練過程である。この点が、ひとに対して、また、ひとがひとらしく生きることに向かって実践される看護技術における熟練の特徴であると考えることができる。

福島（2009）や大串（2009）は、暗黙知と形式知の相互作用による知識変換プロセスを核とした「知識創造理論」（野中，1992）を看護界に援用することを危惧している。この理論は、製造業における製品開発に欠かせないコンセプトが経験的な知識から生み出されることに着目したものであり、その経験を言語化して形式知として組織全体で共有し、有効活用することで、業績を上げようという経営戦略理論である。大串（2009）は、この知識創造理論で想定される知が、看護実践現場の知である技術とは大きく異なると述べている。看護技術は、常に変化する患者に対して提供され、患者毎に個別に創造される知であり、看護技術の習得や伝承の説明には、知識創造理論の適用は必ずしも適切ではないとしている。また、福島（2009）は、看護実践には「明示的に説明できないけれども歴史的に機能してきた確かに存在する『知』がある」（p.21）とし、そのような暗黙知は暗黙知のまま共有する方略をもつことが重要であると述べている。

本研究において示された清拭の技術習得は、まさに、言語化できない技術が言語化され



ないまま後輩看護師に継承され、熟練される過程を示しているのだと考える。この過程には、清拭に看護の高い専門的価値を認める病棟の文化があり、その文化の実践に参加することで培われる看護観や患者の反応への感受性、他者と関わる高度な能力としての身体性が介在していた。このことは、清拭の技術が、看護へのコミットメントや人と関わる力を基盤にして実践状況の中で習得されるものであることを示している。つまり、看護師が実践知としての清拭を学ぶためには、これらを培うことのできる文化をもった実践現場への参加が不可欠であると言える。また、清拭の習得には、卓越したわざをもつ先輩看護師の存在、看護に軸足をおいて後輩を巻き込んでいく師長やベテラン看護師の存在が重要な意味を持っていた。このことは、看護技術の習得を促す人的環境として、師長やリーダーとなる看護師の存在がいかに重要であるのかを示していると考ええる。

## 第7章 看護実践および看護学教育への示唆

本研究は、清拭が看護師によってどのように捉えられ実践されているのか、また、その看護技術が看護組織の中でどのように学ばれているのかをエスノグラフィーによって記述した。この結果、清拭は、看護師にとって専門的創造的に実践される看護の実践知であることが明らかになった。また、清拭の習得には、清拭に看護の高い専門的価値を認める病棟文化が影響していた。これらのことは、現在の看護実践現場における看護のあり方に対する省察を迫るとともに、看護技術教育の方法論への示唆を与えていると考える。

### 1. 看護実践への示唆

本研究で明らかになった看護師達の実践は、変容していく現在の看護実践現場において、看護がどの方向に向かうべきか、看護の本質が何であるのかを問いかけるものである。彼らは、患者の入院生活が少しでも安寧であることに最大の関心を払い、患者と深く関わり信頼関係を築きながら、ひとがひとらしく生きるということに価値をおいて清拭を行っていた。この「清拭」という言葉を「看護」に置き換えてみると、それは看護の本質といえる実践だと考えることができる。

一方、現在の看護実践現場では、専門分化した特定領域の知識をもつ看護師が養成され活動するようになってきているが、患者の日常生活を支える看護実践は、看護師の手から離れていく傾向にある。看護補助者との協働を推進する医療政策も相まって、療養生活援助の実質的な担い手が看護補助者であるという状況が進みつつある。専門職は、その実践活動において専門性を示すことができると考えられるが、看護師が療養生活援助の実践活動そのものから退くのであれば、もはや看護師はその専門家とは言えない。このような状況が進展していくとすれば、看護師の専門性自体が揺らぐことになる。本研究で記述した病棟は、ごく一般的な医療施設であり、他施設と同じように社会の影響を受け、看護補助者との協働やケアの合理化などを迫られている状況にある。その中で、看護の価値を見失うことなく、それが病棟文化となって後輩に引き継がれていた。このような彼らの実践からは、社会変化に対応すべく看護実践現場が変化を迫られたとしても、看護職が本当の意味での看護を実践し続けるために、どのような方略があるのかという示唆を得ることができる。

本研究を行った病棟の看護師は、看護師による専門的実践としての清拭を実施することに信念と誇りをもっていた。そのような状態が実現され継続されているのは、病棟に看護を追求する文化があったからである。したがって、専門性を追求していく文化を看護組織に醸成していくことが非常に重要であると言える。しかし、これは容易なことではない。この病棟の文化は、師長やベテラン看護師という病棟の看護実践を導く立場にある人達による看護へのこだわりが元になって築かれていると言えた。彼らは、何が看護で何が看護でないのかを日々の看護活動で後輩に示していたが、病棟の看護を方向づける重要な出来事に出会った時に、そこに危機意識をもち、病棟の看護がぶれないように舵をとってきた。

「清拭」に関しては、若手看護師が看護補助者に清拭を習うという出来事があったが、これを見逃さずに病棟の看護の危機として対処してきた。このような看護に対する感性は、彼らの揺るぎのない看護観によるものであると思われる。現在のこの病棟の文化は、この

ような看護師達の日々の実践や病棟の出来事への対処の積み重ねによって形成されている。これらのことから、看護の質を維持し続ける病棟であるためには、自己の看護観を堅持し貫く師長やリーダーとなる看護師が存在している必要があるという示唆を得ることができる。彼らは初めから文化をつくろうとしたわけではない。彼らが行ったことは、目指す看護の方向と外れるものを絶対に許さない姿勢で具体的な行動を迅速に取ることであった。彼らの姿は、専門職としての看護のあり方が問われている現在の看護実践現場において、師長やリーダーとなる人材には、揺るがない看護観とそれを実行していく意志や実践力、病棟の看護の分岐点を見極める能力が必要であることを示している。

さらに、本研究が実践現場に与える示唆は、清拭を大切な看護実践だと位置づける病棟においては、看護師達が看護の本質といえる実践を行い、自律的に生き生きとやりがいを感じながら働くことができるという点である。これは、患者から返される快の反応がいかにより看護師の働く意欲に結びついているのかを示すものだと考える。この大切な機会を看護補助者に渡すということは、看護活動から得られる喜びも一緒に看護補助者に譲ることに他ならない。定型的でパターン化された診療補助活動に終始しているだけでは、看護師が生き生きと働けるはずがないと考える。ルーティーン化された活動への過剰な適応は、無批判的で非創造的な実践に陥り、やりがいを感じられない働き方につながると言われている（武村，2015）。本病棟の看護師がこのような状態に陥ることなく、創造的に清拭を行う看護師になっていたのは、自分の日々の実践に対する批判的な目を向けていく機会があること、つまり、看護と外れる行動が指摘される機会があることが要因のひとつである。しかし、何よりも清拭を毎日行うことや自ら行うことが自明視されていたことで、看護師が患者の反応を受け取る機会が多いことが大きな要因であると考えられる。清拭は、多数の看護実践のうちのひとつであるが、病棟の看護実践全体や看護師の働きがいに与えている影響は少なくない。また、清拭を大切にするという価値観は、看護を大切にすることと同義であると思われる。この視点に立って、病棟における清拭がどのように位置づけられているのかを振り返る必要がある。看護師がやりがいをもって働き、本来の看護を行う病棟であるために、また、看護の専門性の危機を回避するという意味でも、清拭は病棟の中心的な看護活動として位置づけられていく必要があると考える。

本研究の看護実践現場への示唆の最後として、「清拭」という看護技術の優れた実践モデルが明確になったことで、看護実践現場における清拭の目指す方向性を示すことができたことがあげられる。清拭の卓越性のわかりにくさは、看護師でなくてもできるという認識につながり、技術力低下や看護補助者への委譲へとつながってきた可能性は否めない。本研究においてベテラン看護師が行っている清拭は、患者との関係を築き、身体性を発揮しながら行われており、清拭の優れた技術とはいかなるものかを示している。これらはベッドサイドから創出された知としての価値がある。本研究は、ベッドサイドの実践知を記述することで、清拭を実践する多くの施設や教育機関の看護職と共有できる知を提示できたと考える。

## 2. 看護学教育への示唆

本研究における看護学教育への示唆は、実践知が学ばれる様子を明らかにしたことで、看護師や看護学生が看護技術を習得し、それを磨いていくための学習環境や教育方略を明

確にしたことである。看護技術は、実践知そのものであるとされてきた（池川，1991；阿保，2009；石垣，2008）。しかし、その習得を促すために行われてきたこれまでの教育は、行動主義に基づく自然科学的な見地に立ったものであると言える。本研究は、実践知を学ぶ方略を明らかにしたことで、これまでの看護技術教育の考え方を見直す機会を提供できたと考える。

### 1) 看護継続教育への示唆

これまでの技能形成研究においては、実践共同体への参加が技能習得の鍵であることは示されていた。しかし、本研究の結果、看護の実践知の習得は、看護の価値の内面化が先行しない限り、技術への興味や習得意欲さえも生じないことを示していた。これは看護の実践知を習得するには、単に実践共同体に参加するだけでは難しく、その実践共同体に看護の本質を重視する価値に基づいた文化が形成されていることが必要であることを示している。なぜならば、ルーティーン化された清拭は、どのような施設においてもおおむね実施されており、慣習的な清拭はほとんどの看護師が習得しているからである。実践知としての清拭が習得されていくか否かは、そのルーティーンを脱し創造的な実践にシフトできるかどうかにかかっている。そのシフトを可能にする決定的要因は、看護を志向する病棟文化である。このことは、看護実践現場において実践知としての看護技術の習得を目指すならば、病棟の文化が看護を志向したものに醸成されることがまず必要であることを示している。

Wenger (1998) は、「学習はそもそもデザインできないものである。」(p.229) と述べており、学習のデザインは、学習者が望ましい形で実践し、同時に共同体におけるアイデンティティを形成するように、学習者の共同体への関わり方の度合いをデザインすることであるとしている。本研究結果でも、病棟において、清拭を若手看護師に学ばせようという意図的な教育はほとんど行われておらず、ベテラン看護師達が、清拭について言語的に指導することもほとんどなかった。それよりも、看護師達が「毎日清拭する」ことの方が大切にされ、そのためのしくみが作られていた。このように意図的な教育が行われていないにもかかわらず、清拭の実践知を後輩看護師が習得しているのは、若手看護師達が自身の看護を振り返えざるを得ない環境があり、看護師同士が考え方や患者の見方を共有できることと、何よりも先輩看護師と後輩看護師と一緒に清拭するしくみが作られていたからである。このような様子は、現在の看護実践現場における OJT のあり方に示唆を与えている。

現在、新人看護師研修が導入され、その効果的なあり方が模索されているが、看護技術は集合研修で学び、病棟ではそれを先輩看護師の見守りのもとで実施して学ぶという方式が取られる場合がある（西村，2016；香川，2016）。このような研修のあり方では、集合研修での学習は、病棟の状況的文脈が加味されない学内実習室での演習と変わらないものになってしまう。また、病棟においても、先輩看護師からの指導は事後に言語的に行われることになる。しかし、本研究結果を踏まえると、看護技術は、その病棟の様々な状況下において実践されているもので、新人看護師が学ぶ必要があるのは、その病棟でどのように実践されているのかということである。また、後輩看護師を導くのは先輩看護師の卓越した実践であり、それを見せることが何よりも重要である。言語的説明によって習得できるのは、看護技術の一部であるという認識が必要である。本研究は、新人看護師研修を初め

とする看護技術の OJT が、病棟において先輩看護師と後輩看護師がベッドサイドで一緒に実践しながら行われる必要性を示している。

また本研究結果では、このような OJT が、看護実践を安全に遂行していくためのしくみとして病棟の看護活動の中に組み込まれていた。このようなシステムは、病棟の看護の質を効率的に向上させるための方略としても参考になると思われる。例えば、若手看護師は、看護師二人で清拭するということは単なる病棟のルールのひとつとして捉えていた。しかし、看護師のひとり、業務調整ボードがなかった時には先輩と一緒に清拭に入ってもらい、頼むだけでもひと苦勞であったが、現在は業務調整ボードがあるので、先輩看護師に頼む必要がないから安心できるだけでなく、先輩看護師から看護を学ぶ機会にもなっていると話していた。これは、「二人で清拭すること」というルールを単なるかけ声だけに終わらせずに、それが必ず実行されるしくみが作られたことによる効果である。これにより後輩看護師は否応なしに先輩看護師と一緒に清拭することになり、それが看護を学ぶ機会になっている。また、このしくみの当初の目的は、全患者に安全なケアを提供することであった。つまり、ケアの安全性を確保しながら、なおかつ後輩看護師が先輩看護師から看護を学ぶ機会も作っていくという、看護実践現場における学びのしくみとして優れた方略であると考えられる。

現在、新人看護師研修が実施されてはいるが、多忙な医療現場においては、一日でも早く一人前の看護師として育ててほしいというニーズがあることも否めない。本研究結果で示された病棟における清拭の実践のしくみは、時間的制約がある医療現場の教育において、質の高い看護実践ができる看護師を効果的に育てることや、病棟の看護の質を上げるための方法論として活用することができると考える。

福島（2010）は、変化の激しい現在の実践現場においては、熟練した技術をもつエキスパートが育たず、その経験が後進者に継承されないという「熟練の失敗」が起こっている可能性がある」と指摘している。しかし、看護技術の実践知は、看護の価値とともに学ばれ、ミメシスという模倣によって各自のわざへと創造される。したがって、看護の価値を共有できる病棟であれば、実践現場が変化したり新しい清拭方法が導入されたりしても、一旦内面化された価値は、新しい技術の中に包含されて再び「わざ」となって継承されていく可能性がある。この視点からも病棟において看護師達が看護の価値を共有できることが、看護師の看護技術向上にとってまず必要であると言える。

## 2) 看護基礎教育への示唆

看護基礎教育における技術教育では、看護技術の根拠を原理原則として理解することが、様々な状況への適応性の高い技術習得につながると信じられてきた(堀井, 2007)。しかし、看護技術の原則とされてきたものは、ほとんどが自然科学的見地から導かれたものである。本研究によって、自然科学的見地に立ったこれまでの看護基礎教育における技術教育だけでは、看護実践能力として使える技術の教育につなぐににくいことが明らかになった。そして、どのような技術教育を行うことが、新人看護師が看護実践としての意味を伴った技術を実施していくことにつながるのかについての示唆を得ることができたと考える。

本研究結果では、新人看護師は学生時代に学んだ技術を一旦保留して、病棟のやり方を習得しなおそうとしていた。また、清拭の技術の根拠が理解できていても、現場の慣習的

で非創造的なやり方に埋没してしまう可能性があることも明確になった。本研究で示された入職初期の新人看護師は、清拭に看護の意味を見いだすことなく、外観的なやり方をただ踏襲しようとしており、学生時代に学んだ温かさや快適さを生み出す拭き方やその根拠は簡単に棚上げされていた。それは、病棟の一員になるためであり、社会化の一過程としてすべての新人看護師に起こっていた。看護師が、ルーティーンとしての清拭から脱したのは、看護を追求する文化の中で清拭によって生み出される患者の反応としての清拭の意味に気づいたからであった。本研究結果における看護師達がそうであったように、自分の看護を実現しようと貫く姿勢とともに看護技術が習得されることで、どのような状況にも柔軟に対応しながら看護実践としての看護技術を実施し続けることができるのだと言える。看護基礎教育において教授される自然科学的見地に立った技術の根拠は、患者の安全性や安楽性を確保することができる看護技術として身に付けるという意味がある。しかし、それだけを学ぶのではなく、その看護技術に看護の価値を見だし、看護専門職として大切なことを貫こうとする倫理観とともに学ばれることが必要である。

看護実践能力につながる看護技術の習得を目指す上では、本来は、看護基礎教育において看護の価値観を伴った技術として身に付け、卒業して就職した病棟の看護実践と価値的な矛盾がない状態で実践できることが望ましい。本研究における新人看護師の姿は、看護基礎教育において学んだ技術の根拠が、ある意味理想的建前的で臨床現場の実践技術として非現実的なものとして認知されていることを明らかにしている。看護基礎教育における技術教育は、このような現場の現実に対する理想のようなものではなく、どのような現場においても看護実践として患者に効果的に働くように実施できる力として培われる必要がある。これまで看護基礎教育で優性を占めてきたのは、根拠のある技術が習得できることが、専門職としての技術習得だとされてきた考え方である。この考え方においては、学習者は自分の行為の正しさに関心が向かう傾向にある。しかし、看護実践としての意味を伴った現場で使える看護技術を身に付けるという考え方に立つと、安全や快適性を生み出す技術の根拠は基盤として踏まえつつも、学習者の関心がまず患者に生み出される効果に向かうような教育のあり方が必要である。患者にとって善いのか悪いのか、それを感じ判断してからその結果につながった自分の行為を振り返り、より善い方法へと変えていけるような思考過程、すなわちリフレクティブな実践家としての思考を訓練する必要がある。これはベテラン看護師に見られた思考であるが、看護基礎教育の段階からこの考え方を訓練しておくことは看護実践者としての成長に必要であると考えられる。したがって、看護基礎教育では、やり方を身に付けようとするだけの教育を脱し、患者に現れる効果という意味を見いだせる価値観とともに技術を身に付ける教育への転換が図られることが望まれる。

このような教育を実現するには、まずは、看護技術を教授する看護教員の技術観の転換が必要である。それは、根拠に基づいた適切な行為の集積が、患者に良い効果をもたらす看護技術として実現するという考え方を辞めることである。このような技術観は、看護技術をアルゴリズム化し、ひいては人でなくてもロボットでも実施できる技術へとおとしめることにつながる。本研究では、ひとがひとに対して実施する看護技術で必ず必要となるものが、患者との感覚の応答の中で患者の状況に合わせて柔軟にやり方を変更していくことであることを明らかにした。清拭が実践される状況には、患者の病状や気分とともに、実施する環境や物品も含まれる。これは実践現場の状況的文脈であると言え、それを加味

しながら実施することは、適切だとされる行為を順序通りに実施することと一致しない。すべての患者に共通して使える正しいやり方があるという認識ではなく、患者に対して何が可能されるべきなのかが大切にされ、そのために様々な方法を柔軟に創造的に生み出していく力を付ける教育が必要である。看護技術を教授する教員は、正しいやり方、標準的なやり方があるという技術観から、看護技術がこのような実践現場の状況的文脈の中で実現される実践知であるという技術観に立つ必要がある。そうすることで、目の前の学生の行為やその順序の正しさだけでなく、学生が何を実現しようとして行為しているのかという学生の頭の中に目を向けることができるようになる。それは、看護技術を看護の意味を伴った実践として実現していこうとする学生の姿勢を培う教育につながると考える。

このような技術観に立った具体的な教育として、次のような教育方法を提案したい。それは、学生が実践現場で実施されている看護技術の実践知を目にしながら学ぶ方法である。そのためには、本物の患者に対する本物の実践者の実践から学ぶことが必要である。ただし、学校の演習でこれを実現することは不可能なので、模擬患者や臨床看護師の演習への参加などで実践的な意味が盛り込まれた技術が学生に提示されることが必要である。これまでも、模擬患者や臨床看護師の技術演習への参加は行われている（澁谷，2016）が、単発的な演習ではなく、臨床看護師と教員が看護の指導者として一体となって学生を指導していく教育体制が望まれる。

また、看護学実習についても、学生が実践現場により深く参加できる実習体制が必要である。本研究の結果は、清拭の技術習得が看護を追求する文化において患者の見方や看護の方向性に気づくことから始まっていることを示していた。このような学びは、看護師が実践現場の公式、非公式な様々な活動に参加することによって可能になっていた。学生であっても実習における実践現場への参加のあり方によっては、このような学びは可能であると考えられる。現在の看護学実習は、実践現場に出て直接学ぶという教育方法を取っているにもかかわらず、看護学生は、臨床現場の一員であるという感覚がもてず部外者として存在している。学生が看護チームの一員として存在できるような実習のあり方は、教員と臨床実習指導者が互いに指導方針を共有し病棟スタッフに協力を求めていくことで実現できるものと思われる。前述したように、学習はデザインできるものではなく、学習者の実践共同体への関わり方の度合いがデザインされる必要がある（Wenger, 1998）。これは、実践者である看護師の教育だけではなく、看護学生についても看護実践を学ぼうとしているという意味で同様だと思われる。学生が看護チームの一員として存在できる実習とするためには、教員は現場の状況をもっと良く知り、現場でも通用する実践者としての力をもつことと、臨床実習指導者は学生や教育を良く知ることが必要である。このような意味でも、臨床と教育現場の指導者が、それぞれの現場を行き来し、より緊密に連携していくことが求められる。現在、臨床看護師が学校の教員として一時的に籍を置いて看護技術や実習指導にあたる試み（伊藤，2014）や臨床と学校とのユニフィケーションも進められている（清水，2016）。このような試みがより発展し、臨床と学校との垣根のない教育が看護学教育に浸透、定着していくことが必要であると考えられる。

さらに、このような教授学習過程をデザインするのであれば、それにふさわしい評価方法も必要になる。これまでの看護技術教育では、「できる」か「できないか」という行為に重点が置かれたチェックリストなどの行動主義に基づく評価方法が一般的であった。しか

し、前述した技術観に立つ教育では、行動の良し悪しよりも、むしろ患者に対しての善さが実現できたのかどうかに視点が向けられる必要がある。そこには、看護師の行動の適切性も含まれるが、患者に向かう姿勢や倫理的な態度なども総合した実践として評価される必要がある。現在、このような意味を付加することができる評価方法であるルーブリックに基づくパフォーマンス評価が看護教育に導入されつつある（石川，2014）。パフォーマンス評価は、心理測定学的パラダイムに基づく行動チェックリストに代わる評価方法で、構成主義、状況論、解釈学などがパラダイムの基盤にあり（松下，2012）、看護技術を実践知として教授していくという観点での評価方法として有効であると思われる。

最後に、本研究が看護基礎教育全体に示唆できることは、看護基礎教育における対人関係能力育成の必要性である。他者と関わる力は、清拭を看護実践として意味のある技術として身に付ける上でも、身に付けた技術を磨いていく上でも必須の能力であった。それが育たないと看護職として成長していくことができないと言っても過言ではない。この結果を踏まえると、看護基礎教育では、コミュニケーション力などの対人関係能力の育成は、最も重要な学習内容に位置づけられる必要がある。現在の多くの教育機関では、これに関連する科目は看護学の基礎となる科目か基礎看護学の一部に位置づけられている。しかし、看護職が備えるべき根幹となる能力であると考ええると、科目の一部としての位置づけであることは疑問である。若者の対人関係能力が低下していると言われる昨今の状況を鑑みても、この学習内容は、看護学の中でもより重要な学習内容として強化できるような位置づけとして明確化される必要があるのではないかと考える。

以上のように、本研究が看護基礎教育に与える示唆は、看護技術が看護の実践知であるという観点に立って看護技術に対する考え方からその評価方法までを見直し、実践での学習をより重要視する教育に変わっていく必要性である。また、実践者として成長していくための対人関係能力の育成強化である。このような教育は、実践の学である看護学教育の本来のあり方ではないかと考える。



## 第8章 本研究の限界と今後の課題

本研究は、一般病院外科病棟において、清拭が実践され習得される様子をエスノグラフィーによって記述したものである。この研究方法論の性質上、研究者が道具となるため、データ産出や分析の能力が研究結果に影響することはある程度避けられない。また、研究者自身が、一看護師として持っている清拭の実践経験も、病棟の実践を観察する際に影響している可能性がある。研究者は、参加観察のトレーニングを受けるなど可能な限り影響を少なくする努力はしたが、これらの影響は皆無とは言えない。この点は、本研究における方法論上の限界である。

今回の研究では、清拭に看護の高い専門性を認める病棟文化がある中で、看護師達が専門性を培い、生き生きと働きながら清拭の技術を向上させていることが明らかになった。しかし、複数の病棟で参加観察を実施したわけではないので、本病棟と異なる病棟文化においては、清拭は全く違う位置づけで実践されたり、捉えられたりしている可能性がある。清拭に対する看護師の認識や実践と病棟文化とが関連していることは明らかになったが、どのような文化が、清拭に対するどのような認識や実践と関連しており、看護師の働き方と関連しているのかは不明である。今後は、どのような病棟文化がどのような清拭に関する認識を生むのか、それは看護実践や看護師の働き方にどのように影響しているのかについて探求していく必要がある。

また、今後の看護実践現場では、看護活動における診療補助業務が拡大していくことが予想される。その中で、患者の療養生活援助を大切にする病棟文化を醸成するには、本研究結果における師長やベテラン看護師達のように、看護の本質を見失うことなく病棟の看護を牽引するリーダーが必要である。このようなリーダーがどのようにして育成されるのかという点を明らかにすることも、今後の課題であるといえる。

さらに、本研究を行った病棟のように看護を追求する文化のある病棟では、清拭に限らず他の看護実践についても同じように看護の専門性に基づいた創造的自律的な実践として行われている可能性がある。しかし、本研究は清拭に焦点を当てているためこの点は明確にはできない。病棟文化と清拭以外の看護実践のあり方や、清拭と他の看護実践の様子との関連などを検討していくことは今後の課題である。

最後に、本研究では、新人看護師が病棟文化を内面化していくことで、清拭の意味に気づく様子が示されたが、病棟文化の内面化には新人看護師によって差があると思われた。例えば、先輩看護師が実施する清拭に対する見方も、新人看護師個々人によって差があり、先輩看護師の清拭のわざにいち早く気づく看護師もいれば、時間がかかる看護師もいた。この違いがどのような要因によって生じているのかについては、本研究では明らかにできていない。前章において、看護基礎教育への示唆としても述べたが、看護基礎教育における看護技術の学び方は、新人看護師となつてからの技術の習得や熟練に影響している可能性は大いにある。また、モデルとなる先輩看護師の技術に早く気づくことは、その職場で意欲的に働くことにもつながり、早期離職を予防することにつながる可能性もある。新人看護師が看護基礎教育において、看護技術に対するどのような学習経験をしてきたのか、そこで培われた認識がどのようなものであるのかということと、就職後の看護技術の学び

方との関連は本研究では明らかにできていない。しかし、この点は看護基礎教育における技術教育のあり方を検討する上で重要な視点であると考ええる。このようなことから、新人看護師の看護技術に対する認識がどのようなものか、それに影響している可能性のある看護基礎教育における学習経験、その後の看護技術の学び方との関連を明らかにしていくことが今後の課題である。

## 第9章 結論

本研究の目的は、臨床現場において清拭が看護師によってどのように捉えられ、実践されているのか、そして、それがどのように伝えられているのかについて明らかにすることである。方法論として、清拭が病棟という組織でどのように捉えられ実践されているのかを知るためにエスノグラフィーを採用し、一般病院の外科病棟でのフィールドワークを行った。その結果、明らかになった看護師にとっての清拭と清拭が看護組織の中で習得される様子は、以下の通りである。

1. 看護師は清拭を、患者に快を与えられる技術であることで、安楽を提供するという看護師としての責務を果たすことができると考えていた。看護師はその責務を果たすために、自分の専門的知識を使い、創造的に清拭を実施していた。そして、そのような清拭の実践に専門職としての誇りと自信をもっていた。
2. 看護師は清拭を、患者との関係性を深め、患者をより深く知るという意図を持って実践していた。その実践では、看護師と患者の感覚が一体化するという現象が見られた。看護師は、清拭が、患者を理解し患者との関係を深めるという意味がある技術ととらえ、清拭を患者が見える技術であると認識していた。
3. 清拭が患者に快を与えることができ、患者が見える技術であることから、看護師は、清拭を看護にとって欠かせない実践であり、それを行わないで看護することはできないと考えており、清拭しないで看護したとは言えないと認識していた。そして、このような看護師の認識には、看護を追求する文化が影響していた。
4. 清拭は、病棟固有のやり方で実践されていた。それは、清拭が必要な全患者に確実に実施できるようなくみや、効率的に協力することができる方法がとられており、それらには、ベテラン看護師の専門性の高い看護を実践したいという願いが込められていた。
5. 新人看護師の清拭の習得は、まず、病棟の清拭のやり方に合わせることから始まっており、技術を向上させようとする意欲や先輩看護師の技術への価値的コミットメントが低いことが特徴であった。
6. 新人看護師は、病棟の実践に参加し、先輩看護師の考えを知り、患者に対する見方を学ぶ中で、患者に対する関心を高め、患者の反応に対する感受性を高めていた。そのことが、清拭を学ぶきっかけとなる患者の反応や先輩の看護技術のわざに気づくことにつながり、ルーティーンとしての病棟の清拭から看護の意味をともなった技術へと変化していた。

7. ベテラン看護師は、清拭する際に患者のそのときの感覚や思いに呼応するように自分の技術を変化させており、それが技術を磨くことにつながっていた。
8. 清拭の習得過程にも、病棟の看護を追求する文化が影響していた。看護師は、病棟で作られたルールやしぐみ、看護を学び合う関係の中で仕事をしていることで、看護に対する認識や患者の見方を学び、それが清拭の習得につながっていた。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の病棟看護師の皆様に厚く御礼申し上げます。皆様は、長期にわたる本研究の期間中、日々の多忙な勤務の中で、研究者を温かく受け入れてくださり、清拭だけではなく、病棟の様々な活動にも参加させていただきました。また、貴重なご意見や体験を惜しみなく語ってくださいました。さらに、分析過程においても、貴重なご意見をいただいただけでなく、研究者を励まし続けてくださいました。研究参加者の皆様のご協力とご支援は、常に研究者の大きな力になりました。また、研究目的以上の多くの学びをさせていただきました。本当にありがとうございました。

また、病棟に勤務されている研究協力者の看護師、看護補助者、医師、薬剤師、理学療法士などの皆様には、部外者である研究者が病棟の看護実践に参加させていただくことに、深いご理解をいただき、温かく受け入れてくださいました。さらに、ご入院中の患者様やご家族の皆様には、本研究にご理解をいただき、清拭というプライベートな場面への参加観察を受け入れてくださっただけでなく、患者・家族の思いを存分に聞かせていただきました。このお話は、看護師にとっての清拭の意味を深く理解することにつながりました。皆様のご理解とご協力によって本研究を進めることができましたこと、ここに深く感謝いたします。

そして、研究計画書作成の段階から、貴重なご助言とご指導をいただきました林千冬教授、高田昌代教授、文化人類学の観点からフィールドワークやフィールドノートのご指導をいただきました元神戸市看護大学の紙村徹准教授、分析過程でのご指導を賜りました聖路加国際大学の麻原きよみ教授、University of Colorado Denver, College of Nursing のJoan K. Magilvy 名誉教授、論文審査の段階から貴重なご意見ご指導をいただきました甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科長前川幸子教授に深く感謝申し上げます。先生方のご助言によって、本研究のデータ産出、分析、結果、考察のすべての過程において、その質を上げることができました。先生方のご指導がなければ本研究を遂行することができませんでした。ここに改めて感謝申し上げます。

神戸市看護大学大学院博士後期課程の学生の皆様には、研究の様々な過程においてお力添えいただきました。特に、看護基盤開発学領域の大学院生の皆様には、本研究の分析や考察への貴重なご意見をいただき、本研究の質の向上、厳密性の確保につながりました。本当にありがとうございました。

神戸市看護大学大学院グレッグ美鈴教授には、長期にわたる研究期間全般においてご指導を賜りました。グレッグ教授には、本研究の全過程にわたるご指導はもとより、研究者としての姿勢や研究を遂行していくに当たって突き当たる壁の乗り越え方、あきらめない心など、多くのことを学ばせていただきました。グレッグ教授からいただく励ましは、何よりも心強く、長い研究期間における私の支えとなりました。本当にありがとうございました。

最後に、家族や友人には、長期間にわたる研究活動を支え励まし温かく見守っていただきました。本当にありがとうございました。

本研究遂行におきまして、ご支援ご指導いただきましたすべての皆様に、ここに記して、心から感謝申し上げます。

## 文献

- Anderson, J.R. (1980/1982). 富田達彦, 増井透, 川崎恵里子, 他 (訳), 認知心理学概論, 誠信書房.
- 阿保順子 (2009), 看護における“言葉にならない技術”論: 技術と判断について, インターナショナルナースングレビュー, 32(4), 33-36.
- 麻原きよみ (2016), 質的研究の基礎 3. 質的研究の評価基準, グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編), よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 質的研究のエキスパートをめざして 第2版 (pp. 41-46), 医歯薬出版株式会社.
- 阿曾洋子, 細見明代, 久米寿美子, 他 (2006), 看護技術提供時の動作分析による作業効率性の評価と看護経済性の指標の開発, 科学研究費 2006 年度研究成果報告書.
- 阿曾洋子 (2013), 第2章日常生活に対する援助技術 D 身体の清潔, 阿曾洋子, 井上智子, 氏家幸子 (編), 基礎看護技術 第7版 (pp.190-224), 医学書院.
- 馬醫世志子, 佐藤晶子, 城生弘美 (2008), 学内における基礎看護技術演習についての一考察 教科書比較による全身清拭の検討, 群馬パース大学紀要, Vol.6, 65-70.
- Benner, P. (1984/1992). 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (訳), ベナード看護論ー達人ナースの卓越性とパワーー. 医学書院.
- Bourdieu (1987/1991). 石崎晴巳 (訳), ブルデュー自身にブルデュー 構造と実践, 藤原書店.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001/2007). 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝他 (訳), 看護研究入門ー実施・評価・活用ー, エルゼビア・ジャパン.
- Burns, P. & Poster, E. C. (2008), Competency development in new registered nurse graduates: Closing the gap between education and practice, Journal of Continuing Education in Nursing, 39, 67-73.
- Burton, R. R., Brown, J. S. & Fischer, G. (1984/1996). 波多野誼余夫 (訳), 認知心理学 5 学習と発達, 第1章 熟達化, 27-28.
- Brown, J. S., Collins, A. & Duguid, P. (1989/1991). 道又爾 (訳), 状況的認知と学習の文化, 現代思想, 19(6), 62-87.
- 出口将人 (2004), 組織文化のマネジメント 行為の共有と文化, 白桃書房.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1986/1987). 椋田直子 (訳), 純粹人工知能批判ーコンピューターは思考を獲得できるかー, アスキー出版.
- Ericsson, K. A. & Polson, P. G. (1988), An experimental analysis of the mechanism of a memory skills, Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 14, 305-316.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. & Tesch-Romer, C. (1993), The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psychological Review, 100, 363-406.
- Fitts, P. M. and Posner, M. I. (1967/1981). 関忠文, 野々村新, 常盤満 (訳), 作業と効率, 福村出版.
- Fitterman, D. M. (1989), Ethnography step by step. Newbury Park, CA : Sage.
- 深田美香, 松田明子, 南前恵子, 他 (2007), 看護師の行う清潔援助の方法と実施頻度およ

- び使用用具についての実態，日本医学教育学会誌，16，66-70.
- 福島真人（1995），身体の構築学—社会的学習過程としての身体技法，ひつじ書房.
- 福島真人（2001），暗黙知の解剖—認知と社会のインターフェイス，金子書房.
- 福島真人（2006），リスク・安全・社会・高信頼性—組織論からみたリスク社会論，社会学史研究，28，21—36.
- 福島真人（2009），暗黙知再考：その由来と理論的射程，インターナショナルナーシングレビュー，32(4)，19—22.
- 福島真人（2010），学習の生態学 リスク・実験・高信頼性，東京大学出版会.
- Gardner, H(1985/1991). 佐伯皓，海保博之（訳），認知革命—知の科学の誕生と展開—，産業図書.
- Geertz C(1987)／吉田禎吾，柳川啓一，中牧弘充他訳，文化の解釈学 I（pp. 3-56），岩波書店.
- 芳賀佐和子（2014），身体の清潔を援助する技術 5 清潔の方法，志自岐康子，松尾ミヨ子，習田明裕（編），ナーシンググラフィカ 基礎看護学③ 基礎看護技術（pp.231-261），医学書院.
- 畠山卓也（2010），精神科慢性期開放病棟における看護行為に伴う制限の要素とその構造，日本精神保健看護学会誌，19(1)，12-22.
- Harris, M（1968），The rise of anthropological theory, New York : Thomas Y. Crowell.
- Hatano, G., Miyako, Y & Brinks, M. G. (1977), Performance of expert abacus operators, *Cognition*, 5, 57-71.
- 波多野誼余夫，稲垣佳世子(1983)，文化と認知．坂元昂（編），現代基礎心理学第7巻 思考・知能・言語（pp.191-210），東京大学出版会.
- 波多野誼余夫（1996），認知心理学5 学習と発達，東京大学出版会.
- 波多野誼余夫，高橋恵子（1997），文化心理学入門，岩波書店.
- 服部恵子，山口瑞穂子，島田千恵子他（2001），身体の清潔への援助に関する研究内容の分析—我が国における研究論文に焦点を当てて—，順天堂医療短期大学紀要，12，1-13.
- 服部恵子，山口瑞穂子，鈴木淳子他（2002），看護技術を支える知識に関する一考察—身体の清潔に関する文献を通して 1992～2000（第1報）—，順天堂医療短期大学紀要，13，59-70.
- 林千冬（2012），産業・労働・職業に関する社会的アプローチと看護学への示唆，インターナショナルナーシングレビュー，35(3)，44-50.
- 東亜紀，高橋謙造，丸井英二（2009），過疎農村における育児の背景 医療人類学的研究，母性衛生，50(2)，381-388.
- 久本憲夫(1999)，技能の特質と継承，日本労働研究雑誌，468，2—10.
- 菱沼典子，大久保暢子，川島みどり（2002）日常業務の中で行われている看護技術の実態-第2報 医療技術と異なる援助技術について，日本看護技術学会誌，1(1)，56-60.
- Hymes, D. (1972), Models of the interaction of language and social life, In J. J. Gumperez & D. Hymes (Eds.), *Directions in sociolinguistics*. New York : Holt , Rinehart & Winston.
- Holland, C. K. (1993), An ethnographic study of nursing culture as an exploration for

- determining the existence of a system of ritual . *Journal of Advanced Nursing* , 18 , 1461-1470.
- 細矢智子 (2010), 清拭に関する研究内容の分析ー過去 10 年間の研究論文を通してー, つくば国際大学医療保健学部 医療保健学研究, 1, 55-65.
- 堀井直子, 堀文子, 三吉友美子, 他 (2007), 新卒看護師の老年期患者に対する全身清拭の実態ー観察法による調査ー, 生命科学研究所紀要, 3, 1-12.
- 池川清子 (1984), 看護教育の方法的反省ー看護のテクネーを育てる臨床教育, 看護と教育, ゆみる出版.
- 池川清子 (1991), 看護～生きられる世界の実践知, ゆみる出版.
- 池川清子 (1996), 看護における哲学的課題 看護技術論への試み, 山崎智子 (編), 明晰看護学双書 基礎看護学 I (pp.54-60), 金芳堂.
- 池川清子 (2000), ケアの質を保証する看護基礎教育～基礎看護学教育の立場から～, 日本看護学教育学会誌, 9(4).
- 池川清子 (2009), 看護における実践知: 為すことに含まれる知の意味, インターナショナルナーシングレビュー, 32(4), 14-18.
- 生田久美子 (2007), 「わざ」から知る, 東京大学出版会.
- 生田久美子, 北村勝朗 (2011), わざ言語 感覚の共有を通しての「学び」へ, 慶應義塾大学出版会.
- 稲田久美子 (2006), 看護組織における組織文化の概念分析, 日本看護科学会誌, 26(2), 23-30.
- 石垣和子 (2008), 2 章 日本文化型看護学創出のための方法論 I、実践知の抽出 (暗黙知→形式知)・統合・理論化へのプロセス I, 実践知の記述, 石垣和子, 岩崎弥生, 正木治恵, 他 (編), 日本文化型看護学への序章 実践知に基づく看護学の確立と展開, 千葉大学 21 世紀 COE プログラム 日本文化型看護学の創出・国際発信拠点 千葉大学大学院看護学研究科.
- 石川倫子 (2014), 看護学教育におけるパフォーマンス評価, 看護教育, 55(8), 692-697.
- 伊藤明子, 石田めぐみ (2014), 【指導者間の連携で基礎と臨床のギャップを埋める】済生会中和病院と畿央大学の互助連携 病院看護師を 2 年間専従で教員として大学に迎える, 看護管理, 24 (11), 1022-1028.
- 伊藤精男 (2003), 身体技法としての「後退りおじぎ」が意味するものー組織における身体性をめぐるエスノグラフィーー, 社会分析, 30, 95-112.
- 伊藤精男 (2004), 組織人の身体になるー組織社会化過程のエスノグラフィーー, 社会分析, 31, 93-111.
- 香川秀太 (2007), 行為・変化の契機としての学内ー学外間のギャップ: 看護学生の学習過程の分析から, 日本認知科学学会「教育環境のデザイン」研究分科会研究報告, 13(1), 7-18.
- 香川秀太, 澁谷幸, 三谷理恵, 他 (2016), 「越境的対話」を通した新人看護師教育システムの協働的な知識創造: 活動理論に基づくアクションリサーチと対話過程の分析, 認知科学, 23(4), 1-22.
- 香春知永 (2009), 看護技術とは, 香春知永, 齋藤やよい (編), 基礎看護技術 看護過程



- のなかで技術を理解する (pp.1-5), 南江堂.
- 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子他 (2008), 国内外における看護実践能力に関する研究の動向—看護基礎教育における看護実践能力育成との関連—, 目白大学健康科学研究, 1号, 149-158.
- 金井壽宏, 楠見孝 (2010), 実践知 エキスパートの知性, 有斐閣.
- 金子明友 (2002), わざの伝承, 明和出版.
- 金子明友 (2005), 身体知の形成 (上), 明和出版.
- 笠井恵美 (2009), サービス・プロフェッショナル, プレジデント社.
- 梶田叡一 (2001), 教育評価, 有斐閣出版.
- 河合桃代, 茂野香おる, 山田恵他 (2009), 嚥下障害者への摂食援助において用いる道具と看護師の身体の同一化, 日本看護技術学会誌, 8(3), 48-56.
- 川名るり (2009), 乳幼児との身体を通した熟練した技術の性質—小児病棟におけるエスノグラフィーから—, 日本看護科学会誌, 29 (1), 3-14.
- 河野桃子, 田口康大, 渡邊福太郎 (2012), 身振りのミメーシスの・表象的な性格—人文社会学における身振り研究の展望, 東京大学大学院教育学研究科基礎教育学研究室紀要, 38, 83-92.
- 川島みどり (1985), CHECKitUP② 日常ケアを見直そう, 7, 医学書院.
- 川島みどり (2002), 看護の技術と教育 3, 勁草書房.
- 川島みどり (2003), 川島みどり看護論講座(5)第2講看護の技術史(2) 看護技術の変遷, 看護実践の科学, 27 (5), 72-75.
- 川島みどり (2009), 看護の危機と未来—今、考えなければならない大切なこと, ライフサポート社.
- 川島みどり (2010), 看護技術の基礎理論, ライフサポート社.
- 川島みどり (2011), 触れる・癒やす・あいだをつなぐ手 TE-ARTE 学入門, 看護の科学社.
- 川嶋みどり (2016), 安楽を図る技術の習得教育—形・型・可に添って, 看護教育, 57(1), 6-12.
- 川原由佳里 (2011), 2. 療養上の世話に関する看護のわざとそれを支える用具の変遷, 日本看護技術学会 (監修), 看護技術の探究 (pp. 50-61).
- 倉島哲 (2007), 身体技法と社会学的認識, 世界思想社.
- 桑田耕太郎, 田尾雅夫 (2015), 組織論 [補訂版], 有斐閣.
- 小池祥太郎 (2014), 石鹼清拭と熱布清拭による気分とストレスの変化—日本語版 POMS 短縮版と唾液  $\alpha$  アミラーゼ活性を用いて, 日本看護技術学会誌, 13(2), 126-131.
- 小山真理子 (2007), 新カリキュラムがめざすこと—「看護基礎教育の充実に関する検討会」を終えて, 看護教育, 48 (7), 555-562.
- 小西恵美子 (1999), プレゼンス; 寄り添う療法, M.Snyder, R.Lindquist (編), 野島亮子, 富川孝子 (監訳), 心とからだの調和を生むケア—看護に使う 28 の補助的/代替的療法— (pp. 128-135).
- 厚生労働省 (2003), 看護基礎教育における技術教育の在り方に関する検討会報告書.
- 厚生労働省 (2009), 新人看護職員研修ガイドライン.

- 厚生労働省（2010），平成 21 年雇用動向調査結果の概況．
- 厚生労働省（2011），看護教育の内容と方法に関する検討会報告書．
- 広辞苑（2008），第 6 版，岩波書店．
- 國井治子（2003），新卒看護師の「看護基本技術に関する調査」に関する中間報告，看護，55(3)，22-25．
- 鯨岡峻（1999），関係発達論の構築－間主観的アプローチによる，ミネルヴァ書房．
- 黒田由彦（2011），エスノグラフィーの方法的特質とは何か，看護研究，44(5)，530-535．
- Lave,J , & Wenger,E (1991/1993)．佐伯皓（訳），状況に埋め込まれた認知：正統的周辺参加，産業図書．
- Leininger,M. M(1985), Qualitative research methods in nursing, Orland , FL : Grune & Stratton.
- Lincoln YS, Guba EG(1985),Naturalistic Inquiry.Sage Publications , Newbury Park , CA.
- 馬淵恵，田中敦子，立山陽子，他（2007），看護教育実践レポート 全身清拭技術における教授方法の一考察，看護展望，32（9），938－942．
- 前川幸子（2011），第 5 章「わご言語」が促す看護実践の感覚的世界，生田久美子，北村勝朗（編著），わご言語 感覚の共有を通しての「学び」へ，慶應義塾大学出版会 (pp. 135-162)
- 真砂涼子（2009），第Ⅳ章 基本的ニーズ充足に向けた看護技術 2 清潔・衛生，香春知永，斎藤やよい（編），基礎看護技術 看護過程の中で技術を理解する (pp.236-271)，南江堂．
- 松本雄一（2003a），組織と技能－技能伝承の組織論－，白桃書房．
- 松本雄一（2003b），スキル概念の検討と今後の研究展望，北九州市立大学商経論集，38(2，3，4)，43－61．
- 松下佳代（2012），パフォーマンス評価による学習の質の評価 ー学習評価の構図の分析にもとづいてー，京都大学高等教育研究，18，75-114．
- 松浦文則，内山千春（2013），術後一日目に清潔ケアを受ける患者の思い，浜松医療センター学術誌，1，101-104．
- Merleau-Ponty(1945/1967)．竹内芳郎，小木貞孝（訳），知覚の現象学，みすず書房．
- 三木清（1967），技術哲学，枡田啓三郎（編），三木清全集，第 7 卷（197-300），岩波書店．
- 箕浦康子（1999），フィールドワークの技法と実際－マイクロ・エスノグラフィー入門，ミネルヴァ書房．
- 三好さち子，大津廣子，他（2003），看護師に必要な臨床判断能力に関する研究－体位変換実施時の意志決定プロセス，人間と科学，広島県立保健福祉大学誌，第 3 巻 4 号，41－50．
- 三輪木君子，鎌田恵利（2005），臨床における「清拭」の実態と看護師の認識－教育内容との相違の要因を探る－，静岡県立大学短期大学部 平成 17 年度教員特別研究報告書．
- 文部科学省（2004），看護学教育の在り方に関する検討会報告，看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標
- 文部科学省（2011），大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 最終報告．
- 宗像元介（1996），職人と現代産業，技術と人間．
- 中岡亜希子，三谷理恵，富澤理恵，他（2016），急性期病院の看護師と看護補助者との協働

における課題—看護師のインタビューより—, 大阪府立大学看護学雑誌, 22 (1), 1-9.

中岡亜希子, 小笠原知永, 久米寿美子他 (2004), 大卒の看護師が認識している看護実践能力—短大・専門学校卒者との比較, 日本看護学教育学会誌, 14 (2), 17-25.

中村静治 (1978), 技術論入門, 有斐閣出版.

中原淳 (2010), 職場学習論—仕事の学びを科学する, 東京大学出版会.

縄秀志, 矢野理恵, 佐居由美, 他 (2015), 気持ち良さをもたらす看護ケア理論の開発に向けて, 日本看護技術学会誌, 14 (1), 24-26.

名和太郎 (1985), ホロン経営革命, 日本実業出版社.

日本看護協会 (2011), 急性期医療における看護職と看護補助者の役割分担と連携に関する日本看護協会の基本的な考え方, チーム医療の推進検討会報告書.

日本看護協会 (2016), 特定行為に係る看護師の研修制度—日本看護協会の基本的な考え方—, オンライン ([http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20160621-0401.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20160621-0401.pdf)) 2016/09/25 参照.

日本国語大辞典 (2002), 第2版—第4巻, 小学館.

西村真理, 蔵本里美, 高木薫 (2016), みんなで育てる新人教育計画に向けて—病院全体で育てよう共に成長しよう, 看護実践の科学, 41 (11), 18-26.

西村ユミ (2001), 語りかける身体, ゆみる出版.

西村ユミ (2007), 交流する身体—ケアを捉えなおす, 日本放送協会出版会.

西村ユミ (2009), 身体化された看護実践の知について, オンライン ([www.jaist.ac.jp/ks/skl/papers/sig-skl-20091128-0.pdf](http://www.jaist.ac.jp/ks/skl/papers/sig-skl-20091128-0.pdf)) 2011/08/20 参照.

野中郁次郎 (1992), 知識創造の経営, 日本経済新聞社.

野中郁次郎 (2000), ナレッジマネジメント, ハーバードビジネスレビュー編, 第2章, 知識創造企業.

野本百合子 (1994), 臨床看護ケア場面における看護技術に関する検討—看護基礎教育課程における基礎看護技術の教育を検討するために—, 看護教育学研究, 3(2), 26-30.

野本百合子, 舟島なをみ (1997), 看護基礎教育課程における看護技術教育に関する研究—臨床ケア場面における看護技術提供の概念化をめざして—, 看護教育学研究, 6(1), 1-18.

野村志保子, 村上みち子, 山口瑞穂子, 他 (1992), 看護技術を支える知識に関する一考察—全身清拭の文献を通して—, 順天堂医療短期大学紀要, 3, 1-12.

野村幸正 (1989), 知の体得, 福村出版.

岡田忍 (2008), 第4章—「身体性」と看護—Ⅲ. 文化的文脈の中で捉える身体性—B. 入浴に見る日本文化と身体性の関わり, 国立大学法人—千葉大学大学院看護学研究科—千葉大学21世紀COEプログラム—日本文化型看護学の創出・国際発信拠点(編), 日本文化型看護学への序章—実践知に基づく看護学の確立と展開 (pp. 94-97).

大浦容子 (1993), 異なる熟達分野への転移—洋楽から邦楽へ—, 教育心理学会第35回総会発表論文集, 86.

大平政子, 川口緋抄子, 大津廣子 (1998), 看護婦(士)・介護福祉士の国家試験における基礎看護(介護)技術の問題分析, 名古屋市立大学看護短期大学部紀要, 10, 19-25.

大串正樹 (2009), ナレッジマネジメント: 組織論的な視点で捉える暗黙知の共有, インターナショナルナーシングレビュー, 32(4), 25-27.

- 大森純子 (2004), 高齢者にとっての健康「誇りをもち続けられること」農村地域における  
エスノグラフィーから, 日本看護科学会誌, 24(3), 12-20.
- Polanyi,M (1966/1980). 佐藤敬三 (訳), 暗黙知の次元一言語から非言語へ, 紀伊國屋書  
店.
- Ramritu Pl & Barnard A(2001), New nurse Graduates' understanding of competence ,  
International Nursing Review, 48(1), 47-57.
- Roper,J.M., & Shapira,J. (2000/2003). 麻原きよみ, グレグ美鈴 (訳), エスノグラフィ  
ー, 日本看護協会出版会.
- Ryle,G.,(1949/1987). 坂元百大, 井上治子, 服部幸 (訳), 心の概念, みすず書房.
- 斎藤環 (2011), ミメシスと身体性, 日本病跡学会誌, 81, 20-25.
- 佐伯皓 (1996), 「学び」の構造, 東洋館出版.
- 佐伯皓 (1995), 「わかる」ということの意味 [新版], 岩波書店.
- 佐居由美 (2009), 看護師の実践する「安楽」なケアの様相～安楽要素による「安楽なケア」  
のグループ化, 聖路加看護学会誌, 13(1), 17-23.
- 酒井郁子 (2008), 第4章 「身体性」と看護 II. ケアとの関連で捉える身体性 B. 「身  
体性」を通して見た看護実践－優れた看護実践に身体性がどのように寄与しているか,  
国立大学法人 千葉大学大学院看護学研究科 千葉大学 21 世紀COEプログラム 日  
本文化型看護学の創出・国際発信拠点 (編), 日本文化型看護学への序章－実践知に基  
づく看護学の確立と展開 (pp. 86-92).
- 佐藤郁也 (1992), フィールドワーク, 新曜社.
- 佐藤紀子 (2007), 清拭という看護技術のもつ意味, 看護教育, 48 (3) , 232-235.
- 佐藤紀子, 若狭紅子, 土蔵愛子他 (2004), 手術看護の専門性とその獲得過程に関する研究,  
オペナーシング, 19(1), 34-42.
- 三瓶眞貴子 (2008), 大学教育が担うもの (2) 看護学教育内容の充実について, 総合看護,  
1, 65-68.
- 三宮真智子 (2008), メタ認知を育む効果的な方法とは, 現代のエスプリ, 497 号.
- SchÖn,D.A (1983) The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action ,  
Basic Books.
- 賤川和佳, 岡崎豊, 濱口一宏、他 (2010), 清潔の援助に対する患者の思いを知る 整形外  
科手術後患者を対象としたインタビュー調査より, 国立高知病院医学雑誌, 19, 75-80.
- Singleton,W.T(1978), The Analysis of Practice Skills : The study of real skills,Vol.1 ,  
MTP Press.
- 澁谷幸, 柴田しおり, 玉田雅美, 他 (2016), 模擬患者参加型技術演習に参加した臨地実習  
指導者の経験-学校－臨床間をつなぐ学習の場としての看護技術演習の可能性－, 日本看  
護学教育学会誌, 26 (2), 83-95.
- 清水嘉子 (2016), 看護学の発展と地域への貢献を目指した臨床と教育の連携体制の構築,  
看護展望, 41(6), 70-75.
- 志水宏吉 (2005), エスノグラフィー 私と世界との対話. 秋田喜代美, 恒吉僚子, 佐藤学  
(編), 教育研究のメソドロジー 学校参加型マインドへのいざない (pp.139-162), 東京  
大学出版会.

- 下野恵子, 大津廣子 (2010), 看護師の熟練形成 看護技術の向上を阻むものは何か, 名古屋大学出版会.
- 塩瀬隆之 (2009), 技能継承の技術化研究とインクルーシブデザイン, インターナショナルナーシングレビュー, 32(4), 28-32.
- Spradley, J. P. (1979), *The ethnographic interview*, Toronto, Canada: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. P. (1980/2010). 麻原きよみ (訳), 参加観察法入門, 医学書院.
- 高橋清美 (2005), 看護基礎教育における看護技術教育に関する一考察 臨床における実態調査をもとに, 福岡県立大学部紀要, 3 巻, 39-46.
- 竹中克久 (2013), 組織の理論社会学, 文真堂.
- 武谷三男 (1971), 弁証法の諸問題, 勁草書房.
- 武村雪絵 (2015), 組織ルティーンの学習過程の明確化—新たに病棟に配置された新人看護師と経験者の比較—, 看護実践学会誌, 27(2), 19-30.
- 田尾雅夫 (1993), 医療・福祉におけるサービス技術—その概念の枠組みと分析のための視点—, 経済論叢 (京都大学), 152 (3) 126-143.
- 田尾雅夫 (2006), 組織の心理学 [新版], 有斐閣.
- 土蔵愛子 (2006), 看護技術 (Nursing Art) に関する一考察—「技術」「Art」「アート」の意味に着目して—, 聖母大学紀要, 3, 21-29.
- 土蔵愛子 (2009), 手術室看護師が用いる看護技術の特徴: 手術室準備から執刀までの外回り看護師の実践から, 日本手術看護学会誌, 5(1), 5-13.
- 土屋あゆみ (2011), 「新人看護職員研修に関する検討会報告書」について, 看護, 63(5), 30-31
- Utley-Smith Q (2004), 5 Competencies needed by new baccalaureate graduates, *Nursing Education Perspectives*, 25(4), 166-170.
- 内田樹, 三砂ちづる (2006), 身体知—身体が教えてくれること, バジリコ株式会社.
- 浦聖子, 古川久敬 (2004), 看護チームにおいて成功経験とつまづき経験はどう活かされるか, 第 45 回日本社会心理学大会論文集, オンライン ([http://www.wdc-jp.biz/cgi-bin/jssp/wbpnew/master/download.php?submission\\_id=2004-C0078&type=1](http://www.wdc-jp.biz/cgi-bin/jssp/wbpnew/master/download.php?submission_id=2004-C0078&type=1)) 2011/08/25 参照.
- Walker, V. H. (1967), *Nursing and ritualistic practice*, New York: Macmillan.
- 和賀徳子 (2009), 学習理論と学習方法, グレグ美鈴 (編), 看護教育学 看護を学ぶ自分と向き合う (pp.163-177), 南江堂.
- Wenger, E. (1990), *Toward a Theory of Culture Transparency: Elements of a social discourse of the visible and the invisible*. Irvine: University of California Irvine.
- Wenger, E. (1998), *Communities of Practice: Learning, meaning, and identity*, Cambridge University Press.
- Werner, O., & Schoepfle, G. M. (1987), *Systematic fieldwork: Foundations of ethnography and interviewing*. Newbury Park, CA: Sage.
- Whiting, B. & Whiting, J. (1973), *Methods for observing and recording behavior*, In R. Naroll & R. Cohen (Eds.), *A handbook of method in cultural anthropology* (pp. 282-

315), New York : Columbia University Press.

山口創 (2003), 愛撫・人の心に触れる力, NHK ブックス.

山口由香, 宮田莉英, 久富咲貴子, 他 (2015), 清拭による背部温タオル貼用効果の男女比較, 日本看護技術学会学術集会講演抄録集, 14, 143.

山本あい子 (2002), 諸外国における看護師の業務と役割に関する研究, 厚生科学研究費補助金研究報告書.

山本敦久 (2010), 身体的ミメーシスに関する社会学的一考察:「ミメーシス能力」をスポーツ文化のなかで考える, 上智大学体育, 43, 1-13.

山本由香 (2010), 島外出産をする女性へ助産師が行うケアの認識と実践, 日本助産学会誌, 24(2), 294-306.

山田香, 斉藤ひろみ (2009), 新人看護師が臨床現場において一人前になるまでの学習過程—正統的周辺参加論 (LPP) の視点から—, 山形保健医療研究, 12 号, 75-87.

柳田国男 (1951), 民俗学辞典, 東京堂出版.

安森由美, 中岡亜希子, 前田勇子 (2010), 看護師の気管吸引技術の獲得過程の分析—看護師 19 名のインタビューから—, 甲南女子大学研究紀要, 4 号, 247-253.

図表

表1 研究参加者となった主な看護師

氏名（仮名）	役職等	年齢	臨床経験年数
横田	師長	40代	20年以上
佐藤	主任	30代	15年以上
山野	Aチームリーダー	40代	15年以上
内田	Aチームリーダー	30代	15年以上
福山	Aチームリーダー	30代	12年目
山本	Aチームメンバー	20代	7年目
遠藤	Aチームメンバー	20代	5年目
岩下	Aチームメンバー	30代	4年目
和泉	Aチームメンバー	20代	4年目
榎波	Aチームメンバー	20代	3年目
木下	Aチームメンバー	20代	1年目
近藤	Aチームメンバー	20代	1年目
鈴木	Bチームリーダー	30代	10年目
田中	Bチームメンバー	20代	7年目
緒方	Bチームメンバー	20代	2年目
市川	非常勤看護師	40代	10年目
前田	非常勤看護師	20代	7年目

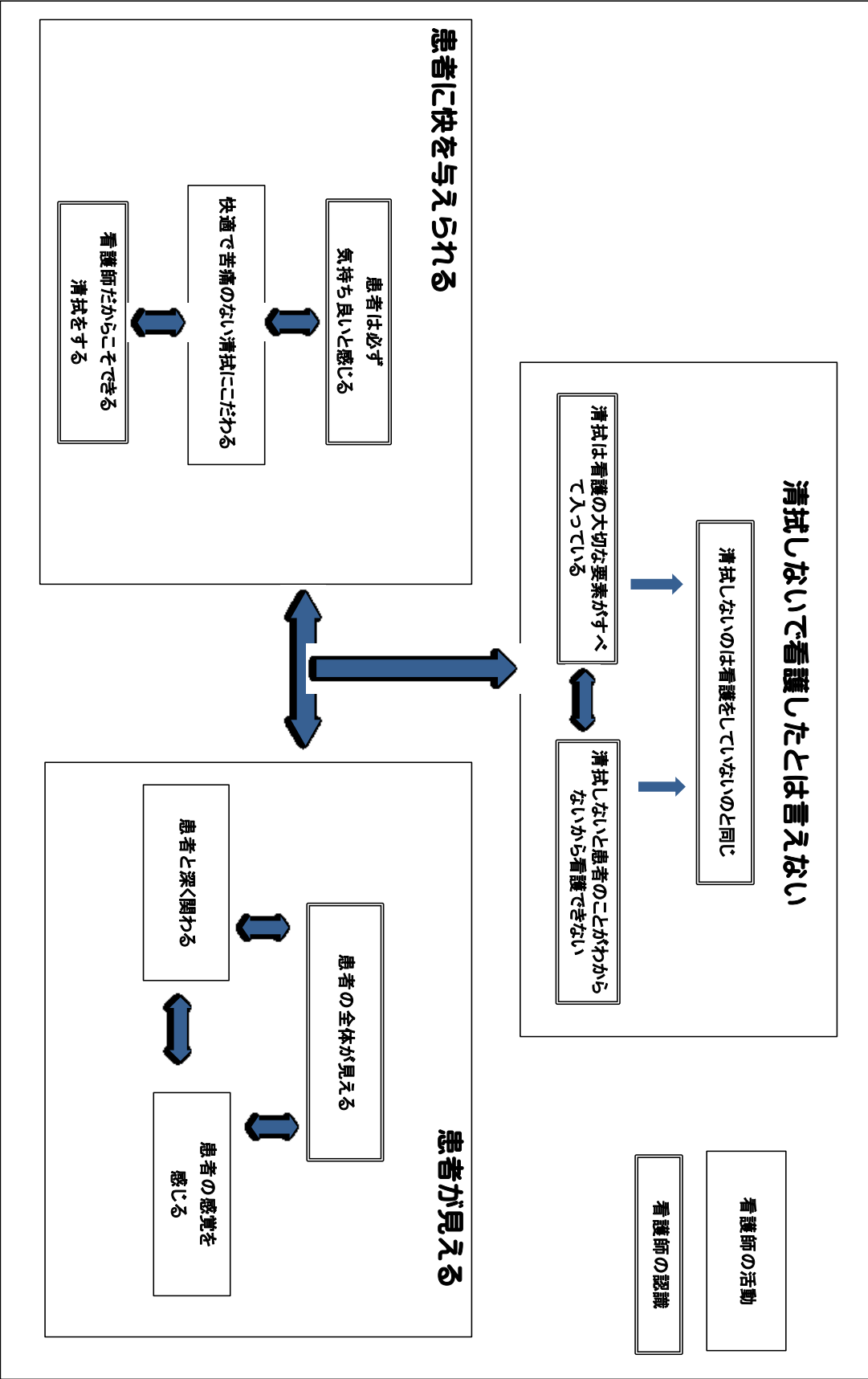


図 1 看護師にとっての清拭





図2 タオルの使い方（1）



図3 タオルの使い方（2）

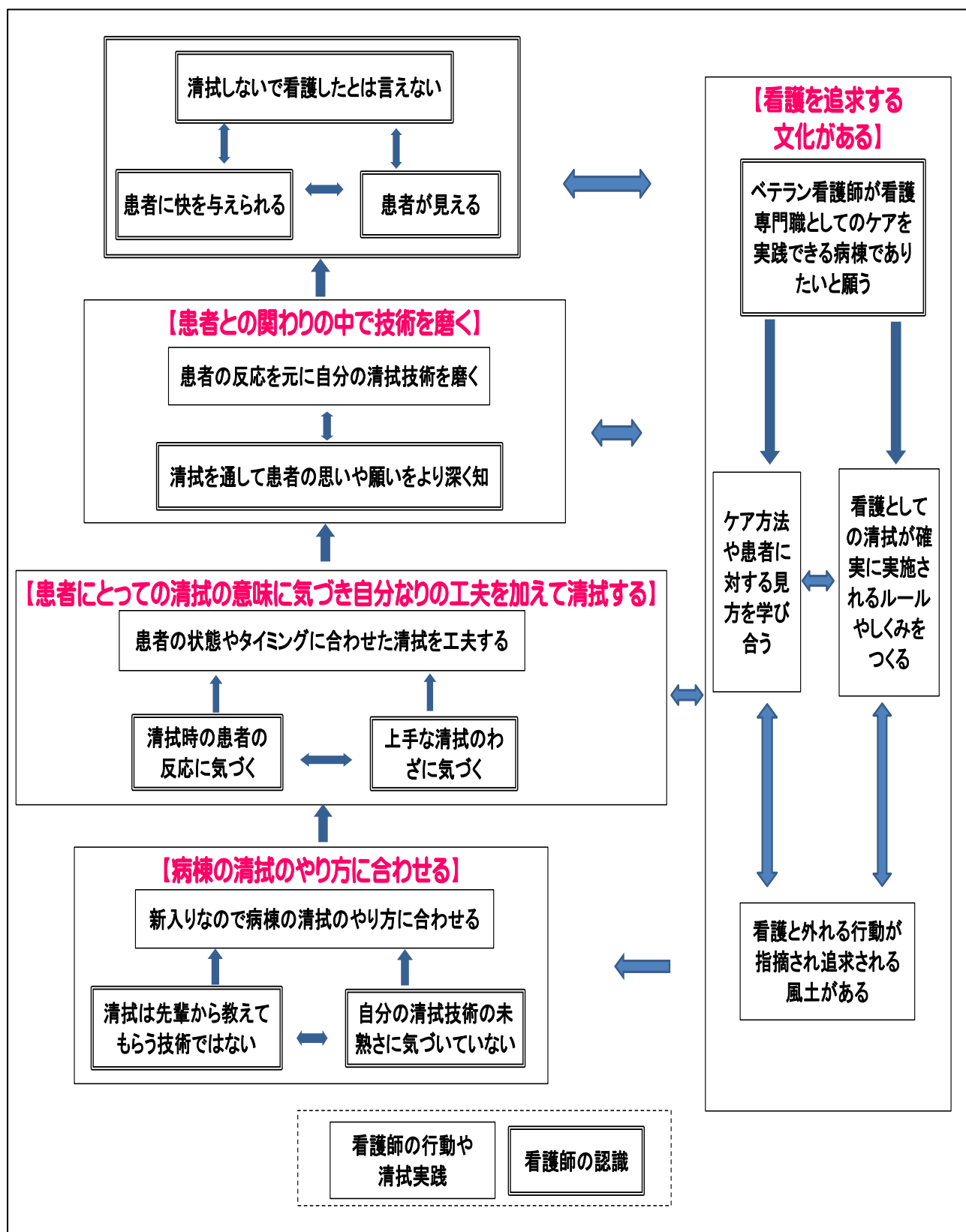


図 4 病棟における清拭の習得過程

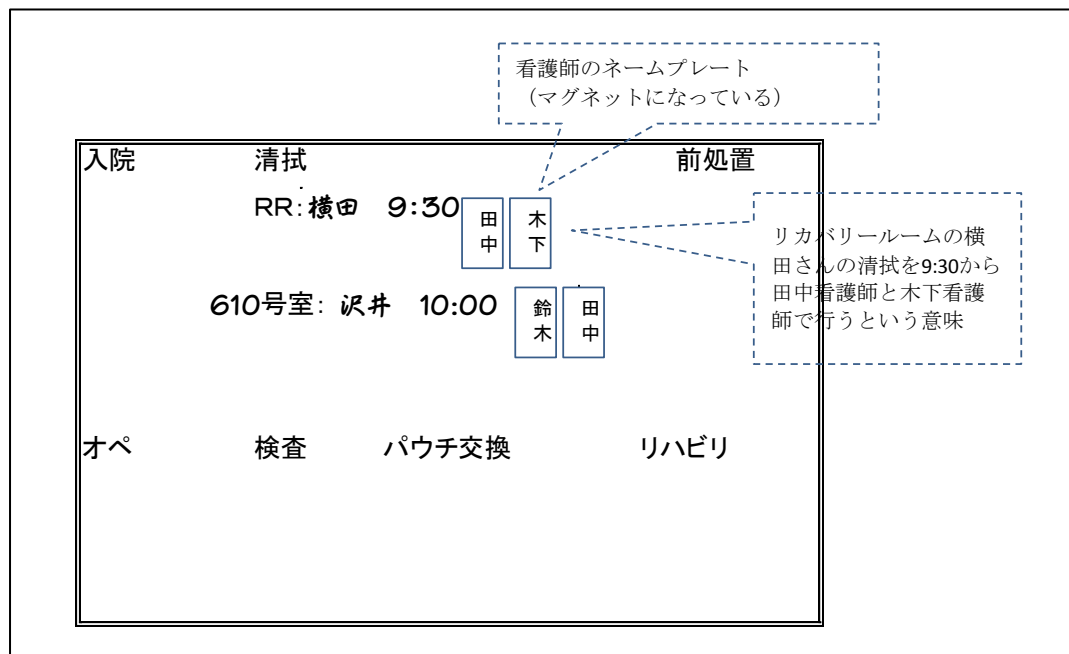


図5 業務調整ボード

入浴				清拭				洗髪
希望時間	患者名	Ns	助手	希望時間	患者名	Ns	助手	
AM 10				AM				
11								
12								
PM 13				PM				手浴
14								
15								
いつでも				いつでも				足浴

図6 保清表 (A4大)

〇〇病院

平成 23 年 月 日

看護部長

様

## 研究協力に関するお願い（依頼書）

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は、

神戸市看護大学大学院博士後期課程の看護基盤開発学領域で、看護キャリア開発学を学んでいる大学院生です。私は、NICU、整形外科、外科、内科で、約 13 年の臨床看護師としての勤務を経て看護教員となり、現在は、神戸市看護大学で講師をしながら、同大学院生として博士論文の研究に取り組んでいます。この度私は、博士論文作成のため、下記のような研究を計画いたしました。つきましては、貴施設に是非研究へのご協力を賜りたく、お便りさせていただきました。

研究テーマ、研究目的、研究の意義、研究方法と、貴施設ならびに看護部長様にご協力いただきたい内容と私からお約束させていただきます内容について記載しております。ご一読いただきまして、ご検討いただきますようお願いいたします。

なお、この依頼書に記載しています内容を含めた研究の詳細につきまして、貴施設に伺いご説明させていただきたいと考えております。研究者からの説明を聞いていただいた上で、ご検討いただきお返事をいただければと考えております。後日、私からお電話いたしますので、その際にご面談可能な日程をお知らせいただきましましたら幸いです。

ご多忙の折、大変恐縮ですが、ご協力賜りますように何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

## 記

### 1. 研究テーマ

看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－

### 2. 研究の主旨、研究目的および研究の意義

看護師の看護実践能力の低下が叫ばれる昨今、看護師の看護技術の技能向上は看護師全体にとっての課題であると考えています。新人看護職員研修や、がん看護、褥瘡管理などの高度な専門分野の看護実践が話題になっておりますが、身近な看護である日常生活援助については、その専門性を高めることへの関心はそれほど高くないのが現状です。特に清拭は、「看護ケアの原点」と言われることがありますが、この看護技術についての看護師の実践や技術の習得、指導などについての検討はほとんど行われていません。

本研究は、このような状況を踏まえ、日常生活援助技術、特に、清拭の技術について、看護師がどのようにその技術を習得し、後輩に伝えているのかを明らかにすることを目的としています。

この研究の結果は、看護専門職者の専門性の中核である看護技術を効果的に学習、習得、指導していくための資料として活用できると考えています。

### 3. 研究方法

本研究は、研究者が看護師の皆様とともに看護実践に参加するフィールドワークによって、実践現場で実際に行われている清拭の技術の習得、伝承の様子を観察、記録し、分析するというエスノグラフィーによって実施する予定です。具体的な方法は以下の通りです。

1) データ産出期間：2011 年 12 月～2012 年 12 月

2) データ産出方法：以下の条件に合う病棟において、フィールドワークを行います。

①主に看護師によって清拭が行われている。

②看護師長、同僚看護師などから清拭の技術が上手だと認識されている看護師が勤務している病棟。

③研究者がフィールドワークを行うことに対して病棟師長、病棟看護スタッフの同意がいただける病棟。

④病棟看護スタッフのうち、少なくとも 4～5 名の方に参加観察やインタビューについてのご承諾がいただける病棟。

フィールドワークは、以下ように実施します。

①週に 1～2 回、看護師の皆様の看護活動に参加させていただきます。

②看護師の皆様の清拭を中心とした看護実践を見せていただきます。(参加観察)

③その看護実践について、看護師の皆様や患者様におたずねします。(インタビュー)。

これらの活動を通して得た情報を記録し、データとさせていただきます。

3) データ分析方法：質的帰納的に分析します。

### 4. 貴施設、ならびに看護部長様にご協力いただきたい内容

#### <この度、ご協力いただきたい内容>

1) この研究の詳細につきまして、看護部長様に直接ご説明させていただきたく思います。

そのために約 1 時間程度のご面談のお時間を頂戴いたしますようお願いいたします。

2) 月 日頃に、私からお電話させていただきます。その際に、ご面談可能かどうか、可能であればその日時をお知らせいただきますようお願いいたします。

#### <研究遂行にあたってご協力いただきたい内容>

1) 研究者が貴施設の一病棟におきましてフィールドワークを行うことにご承諾いただきますようお願いいたします。また、フィールドワークの際に、患者様のカルテを見せていただくことをご承諾くださいますようお願いいたします。フィールドワークを行う上での研究者の活動内容と、安全上、倫理上必要なお約束は、次の「お約束す

る事項」に記載しております。

- 2) 上記の条件に合う病棟を2～3病棟ご紹介ください。
- 3) 貴施設看護職員の入職時オリエンテーションや教育プログラムに関する資料で、研究者が閲覧可能なものを複写させていただきますようお願いいたします。
- 4) フィールドワークを行う日には、研究者が使用可能な更衣室、ロッカーをお貸しいただきますようお願いいたします。
- 5) その他、フィールドワーク遂行上、お気づきの点、ご意見などがございましたら、ご指導いただき、研究遂行にご協力賜りますようお願いいたします。

## 5. お約束する事項

### 1) フィールドワークについて

- (1) フィールドワークは、原則として病棟師長様および看護スタッフの皆様全員から研究者が病棟に来て看護活動に参加させていただくことについての同意を得た上で行います。ただし、看護スタッフのうちのごく少数の方（1／5程度の方）にご承諾が得られない場合には、その方に配慮しながらフィールドワークを行うことができないかどうかを病棟師長に相談させていただきます。皆様に同意を得る方法は、別紙1に記載しておりますのでご参照ください。また、研究者がご面談に伺った際に詳細をご説明させていただきます。
- (2) フィールドワークは、病棟および研究者の都合に合わせて週に1～2回、日勤時間帯で行い、病棟の看護師の清拭を中心とした看護活動に参加させていただきながら見せていただきます。その際には、貴施設新入職員と同様に、病棟オリエンテーションを受け、病棟看護業務の流れ、患者様の状態を把握した上で行います。
- (3) 患者様の急変時や異常を発見した際、危険が予測される状況下では、病棟看護師への報告や救急処置など看護師として責任ある行動を取るとともに、担当看護師の看護活動の補助を行い、その時の状況に応じて調査を中断します。  
また、患者様からケアを依頼された場合は、担当看護師への報告、相談の上、担当看護師の補助者として実施させていただきます。
- (4) 参加観察やインタビューをさせていただく看護師、患者様は個別に承諾が得られた方のみといたします。
- (5) フィールドワークにおいては、研究者がいることで病棟看護業務に支障が生じないように病棟の看護業務が通常通り遂行されることを第一として実施します。

### 2) 倫理的事項について

- (1) 本研究にご協力いただけるかどうかによって、貴施設に不利益が及ぶことは一切ないことをお約束いたしますので、自由意志によってご協力の諾否をご判断ください。また、ご承諾いただいた後でもご辞退いただくことは可能です。

- (2) ご紹介いただきました病棟の師長様、看護スタッフの皆様のご承諾が得られた場合でも、研究遂行上、フィールドワークを行わない場合があります。また、病棟師長様、看護スタッフの皆様の自由意志によって研究にご協力いただけるように、この件をお伝えするとともに、当該病棟がご承諾くださったかどうかのお返事については、看護部長様にお知らせいたしません。ただし、フィールドワークを行うことが決定した場合には、その病棟名とフィールドワーク開始日時のご報告とともにあらためてご挨拶に伺います。
- (3) 研究の全過程において、研究者が入手した個人情報には研究者および研究指導者以外には触れられないように厳重に管理し、研究終了後は責任をもってすみやかに廃棄することをお約束します。
- (4) データ分析、研究結果の公表など研究の全過程において、個人や病院名が特定されないようにアルファベット等を使用して表記します。
- (5) 本研究の計画書は、ご希望があればいつでも閲覧することができますので、その際には研究者にご依頼ください。
- (6) 研究結果の報告をご希望される場合には、博士論文要旨をお送りいたします。

なお、本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行っております。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、是非ともご協力いただきますようお願い申し上げます。

本研究に関するご意見やご質問、ご不明な点がございましたら、いつでも以下の澁谷までお問い合わせください。

<連絡先>

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話&FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッジ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3- 4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

### 研究協力に対するお返事用紙

本研究にご協力いただきますように何卒宜しくお願いいたします。

本研究にご協力いただけるかどうかのお返事を下にご記入いただきますようお願いいたします。

また、ご協力いただける場合には、フィールドワークが可能な病棟を 2 ～ 3 病棟ご紹介いただきますようお願いいたします。

お手数ですが、この用紙にご記入の上、返信用封筒で、ご返送くださいますようお願いいたします。

ご施設名 \_\_\_\_\_

研究へのご協力の有無（該当する方に○をお願いします）

（        ） 研究に協力します。

（        ） 研究に協力できません。

ご紹介いただける病棟名と看護師長様名

① \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 師長

② \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 師長

③ \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 師長



〇〇病院〇〇病棟

平成 23 年 月 日

看護師長 様

### 研究協力に関するお願い（依頼書）

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。 私は、  
神戸市看護大学大学院博士後期課程の看護基盤開発学領域で、看護キャリア開発学を学んでいる大学院生です。私は、NICU、整形外科、外科、内科で、約 13 年の臨床看護師としての勤務を経て看護教員となり、現在は、神戸市看護大学で講師をしながら、同大学院生として博士論文の研究に取り組んでいます。この度私は、博士論文作成のため、下記のよう  
な研究を計画し、先日、貴施設看護部長 様に、研究についてご説明させていただき了解を得ました。その際に、貴病棟をご紹介いただきましたので、是非ご協力賜りたく、お便りさせていただきました。

研究テーマ、研究目的、研究の意義、研究方法と、看護師長様にご協力いただきたい内容と私からお約束させていただきます内容について記載しております。お忙しいとは存じますが、ご一読いただきまして、ご検討いただきますようお願いいたします。

なお、この依頼書に記載しています内容を含めた研究の詳細につきまして、研究者が貴病棟に伺いご説明させていただきたいと考えておりますので、研究者からの説明をお聞きいただいた上で、ご検討いただきお返事をいただければと考えております。

お手数ですが、ご面談いただけるかどうかのお返事とご面談いただける場合には可能な日程を同封の返信用の用紙にご記入いただきまして、ご返送いただきますようお願いいたします。

ご多忙の折、大変恐縮ですが、ご協力賜りますように何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

### 記

#### 1. 研究テーマ

看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－

#### 2. 研究の主旨、研究目的および研究の意義

看護師の看護実践能力の低下が叫ばれる昨今、看護師の看護技術の技能向上は看護師全体にとっての課題であると考えています。新人看護職員研修や、がん看護、褥瘡管理などの高度な専門分野の看護実践が話題になっておりますが、身近な看護である日常生活援助については、その専門性を高めることへの関心はそれほど高くないのが現状です。特に清拭は、「看護ケアの原点」と言われることがありますが、この看護技術についての看護師の実践や技術の習得、指導などについての検討はほとんど行われていません。

本研究は、このような状況を踏まえ、日常生活援助技術、特に、清拭の技術について、看護師がどのようにその技術を習得し、後輩に伝えているのかを明らかにすることを目的としています。

この研究の結果は、看護専門職者の専門性の中核である看護技術を効果的に学習、習得、指導していくための資料として活用できると考えています。

### 3. 研究方法

本研究は、研究者が看護師の皆様とともに看護実践に参加するフィールドワークによって、実践現場で実際に行われている清拭の技術の習得、伝承の様子を観察、記録し、分析するというエスノグラフィーによって実施する予定です。具体的な方法は以下の通りです。

1) データ産出期間：2011 年 12 月～2012 年 12 月

2) データ産出方法：以下の条件に合う病棟において、フィールドワークを行います。

①主に看護師によって清拭が行われている。

②看護師長、同僚看護師などから清拭の技術が上手だと認識されている看護師が勤務している病棟。

③研究者がフィールドワークを行うことに対して病棟師長、病棟看護スタッフの同意がいただける病棟。

④病棟看護スタッフのうち、少なくとも 4～5 名の方に参加観察やインタビューについてのご承諾がいただける病棟。

＊この条件の①②に合う病棟として看護部長様よりご紹介いただきました。

フィールドワークは、以下ように実施します。

①週に 1～2 回、看護師の皆様の看護活動に参加させていただきます。

②看護師の皆様の清拭を中心とした看護実践を見せていただきます。(参加観察)

③その看護実践について、看護師の皆様や患者様におたずねします。(インタビュー)。

これらの活動を通して得た情報を記録し、データとさせていただきます。

3) データ分析方法：質的帰納的に分析します。

### 4. 看護師長様にご協力いただきたい内容

#### <この度、ご協力いただきたい内容>

1) 研究者がこの研究の詳細につきまして、病棟看護師長様に直接ご説明させていただきたく思います。そのために約 1 時間程度のご面談のお時間を頂戴いたしますようお願いいたします。

2) ご面談可能かどうか、同封いたしました用紙にてご返信くださいますようお願いいたします。ご面談可能な場合にはその日時を記載いただきますようお願いいたします。

### ＜研究遂行にあたってご協力いただきたい内容＞

- 1) 研究者が貴病棟におきましてフィールドワークを行うことにご承諾いただきますようお願いいたします。フィールドワークを行う上での研究者の活動内容と、安全上、倫理上必要なお約束は、次の「お約束する事項」に記載しております。
- 2) 貴病棟看護スタッフの方々、患者様にも上記と同様のご承諾をいただきたいと思えます。また、全病棟看護スタッフのうち少なくとも4～5名の方および4～5名の患者様には研究参加者となっていただきたく思えます。つきましては、この方々への研究協力依頼につきましてのご協力をお願いいたします。(具体的な方法は、別紙1の研究協力依頼方法をご参照ください。)
- 3) 貴病棟看護職員の入職時オリエンテーションや教育プログラムに関する資料のうち、研究者が閲覧可能なものを複写させていただきますようお願いいたします。
- 4) 参加観察にご承諾いただけた患者様のカルテを研究者が閲覧させていただくことにご承諾いただきますようお願いいたします。
- 5) フィールドワーク開始日に、病棟オリエンテーションをお願いいたします。また、看護職以外のスタッフに自己紹介とフィールドワークの目的の説明をさせていただきたいと思えますので、ご協力くださいますようお願いいたします。
- 6) フィールドワークを行う日には、研究者が持参する物品(筆記用具など)を置かせていただく場所をお貸しいただきますようお願いいたします。
- 7) その他、フィールドワーク遂行上、お気づきの点、ご意見などがございましたら、ご指導いただき、研究遂行にご協力賜りますようお願いいたします。

## 5. お約束する事項

### 1) フィールドワークについて

- (1) フィールドワークは、原則として病棟師長様および看護スタッフの皆様全員から研究者が病棟に来て看護活動に参加させていただくことについての同意を得た上で行います。ただし、看護スタッフのうちのごく少数の方(1/5程度の方)にご承諾が得られない場合には、その方に配慮しながらフィールドワークを行うことができないかどうかをご相談させてください。皆様に同意を得る方法は、別紙1に記載しております。
- (2) フィールドワークは、貴病棟新入職員と同様に、病棟オリエンテーションを受け、病棟看護業務の流れや患者様の状態を把握した上で行います。病棟および研究者の都合に合わせて週に1～2回、日勤時間帯で行い、参加観察のご承諾がいただけた看護師の方とともに清拭を中心とした看護活動に参加させていただきます。
- (3) 参加観察やインタビューは、ご承諾いただけた看護師、患者様のみに行います。なお、研究途中でインタビューを行う場合がありますが、その際のインタビューガイ

ドは別紙2をご参照ください。

- (4) 患者様の急変時や異常を発見した際、危険が予測される状況下では、病棟看護師への報告や救急処置など看護師として責任ある行動を取るとともに、担当看護師の看護活動の補助を行い、その時の状況に応じて調査を中断します。

また、患者様からケアを依頼された場合は、担当看護師への報告、相談の上、担当看護師の補助者として実施させていただきます。

- (5) フィールドワークにおいては、研究者がいることで病棟看護業務に支障が生じないように病棟の看護業務が通常通り遂行されることを第一として実施します。

## 2) 倫理的事項について

- (1) 本研究にご協力いただけるかどうかで、貴病棟に不利益が及ぶことは一切ないことをお約束いたします。したがって、自由意志によってご協力の諾否をご判断ください。また、一旦ご協力いただけた後もいつでもご辞退いただくことが可能です。
- (2) 病棟師長様、看護スタッフの皆様の自由意志によって研究にご協力いただけるように、ご承諾のお返事については、看護部長様にお知らせいたしません。また、本研究の協力依頼は貴院の複数病棟にしておりますが、ご承諾いただけた病棟でも研究者の都合によりフィールドワークが実現しないことがあることを看護部長様にお伝えしておりますので、貴病棟からのお返事が看護部長様に伝わることはありません。ただし、フィールドワークを行うことが決定した場合には、安全管理上、病棟名とフィールドワーク開始日時を看護部長様にお知らせさせていただきます。
- (3) 研究の全過程において、研究者が入手した個人情報には研究者および研究指導者以外には触れられないように厳重に管理し、研究終了後は責任をもってすみやかに廃棄することをお約束します。
- (4) データ分析、研究結果の公表など研究の全過程において、個人や病院名が特定されないようにアルファベット等を使用して表記します。
- (5) 本研究の計画書は、ご希望があればいつでも閲覧することができますので、その際には研究者にご依頼ください。
- (6) 研究結果の報告をご希望される場合には、博士論文要旨をお送りいたします。

なお、本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行っております。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、是非ともご協力いただきますようお願い申し上げます。

本研究に関するご意見やご質問、ご不明な点がございましたら、いつでも次頁の澁谷までお問い合わせください。

< 連絡先 >

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話 & FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッグ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

### 研究のご説明のためのご面談のお願い

研究についての詳しいご説明をさせていただきたいと思いますので、ご面談いただきますようお願い申し上げます。

ご説明は約 1 時間を予定しております。ご面談いただけるかどうかのお返事と、ご面談が可能な場合には、この用紙に可能な日時をご記入いただきますようお願いいたします。なお、お手数ですが、ご面談の可否にかかわらず、ご返信いただきますようお願いいたします。

ご施設名 \_\_\_\_\_

病棟名および看護師長様ご氏名

\_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 師長様

ご面談についてのお返事（どちらかに○をご記載ください）

（        ） 面談いたします。

（        ） 面談することはできません。

ご面談していただける場合の可能な日時

（恐れ入りますが、ご都合の良い日時を複数ご指定ください）

\_\_\_\_\_ 月        日        時～        時

\_\_\_\_\_ 月        日        時～        時

\_\_\_\_\_ 月        日        時～        時

\_\_\_\_\_ 月        日        時～        時

## 研究協力に対するお返しおよび同意書

本研究にご協力いただき、研究参加者となつていただきますように何卒宜しく  
お願いいたします。研究参加者となつていただけるかどうかのお返事をこの用紙  
にご記入の上、返信用封筒でご返送ください。

また、研究参加者となつていただける場合には、下の同意書にご署名くださ  
いますようお願いいたします。

なお、研究遂行上、ご承諾いただいた場合でもフィールドワークをご辞退す  
ることがございますことをあらかじめご了承ください。

大変お手数ですが、ご協力いただけない場合にもその旨お返しいただきます  
ようにお願いいたします。

ご施設名 \_\_\_\_\_

ご病棟名 \_\_\_\_\_ 看護師長様ご氏名 \_\_\_\_\_ 様

ご協力いただけるかどうかのお返し（どちらかに○をご記入ください）

（        ） 研究に協力します。

（        ） 研究に協力できません。

\*\*\*\*\*

## 同意書

私は、「看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－」  
の研究の主旨、目的、方法、倫理的事項について、口頭および文書によって十分  
な説明を受け、理解した上で、研究に参加することに同意します。

平成 23 年      月      日

参加者（病棟師長様ご氏名） \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_

\* 本同意書の写しは研究参加者である病棟師長様にお渡しいたします。

〇〇病院〇〇病棟  
看護師の皆様

平成 23 年 月 日

### 研究協力に関するお願い（依頼書）

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。私は、  
神戸市看護大学大学院博士後期課程の看護基盤開発学領域で、看護キャリア開発学を学んでいる大学院生です。私は、NICU、整形外科、外科、内科で、約 13 年の臨床看護師としての勤務を経て看護教員となり、現在は、神戸市看護大学で講師をしながら、同大学院生として博士論文の研究に取り組んでいます。この度私は、博士論文作成のため、下記のような研究を計画し、先日、貴施設看護部長 様に、研究についてご説明させていただき了解を得ました。その際に、貴病棟をご紹介いただきましたので、是非看護師の皆様にご協力賜りたいと存じます。

研究テーマ、研究目的、研究の意義、研究方法と、ご協力いただきたい内容と私からお約束させていただきます内容について記載しております。ご多忙の折、大変恐縮ですが、ご一読いただきまして、ご検討くださいますようお願いいたします。

なお、お手数ですが、研究にご協力いただけるかどうかのお返事をお返事用紙（同意書）にご記入いただきまして、ご返信いただきますようお願いいたします。

敬具

#### 記

#### 1. 研究テーマ

看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－

#### 2. 研究の主旨、研究目的および研究の意義

看護師の看護実践能力の低下が叫ばれる昨今、看護師の看護技術の技能向上は看護師全体にとっての課題であると考えています。新人看護職員研修や、がん看護、褥瘡管理などの高度な専門分野の看護実践が話題になっておりますが、身近な看護である日常生活援助については、その専門性を高めることへの関心はそれほど高くないのが現状です。特に清拭は、「看護ケアの原点」と言われることがありますが、この看護技術についての看護師の実践や技術の習得、指導などについての検討はほとんど行われていません。

本研究は、このような状況を踏まえ、日常生活援助技術、特に、清拭の技術について、看護師がどのようにその技術を習得し、後輩に伝えているのかを明らかにすることを目的としています。

この研究の結果は、看護専門職者の専門性の中核である看護技術を効果的に学習、習得、指導していくための資料として活用できると考えています。



### 3. 研究方法

本研究は、研究者が看護師の皆様とともに看護実践に参加するフィールドワークによって、実践現場で実際に行われている清拭の技術の習得、伝承の様子を観察、記録し、分析するというエスノグラフィーによって実施する予定です。具体的な方法は以下の通りです。

1) データ産出期間：2011 年 12 月～2012 年 12 月

2) データ産出方法：以下の条件に合う病棟において、フィールドワークを行います。

①主に看護師によって清拭が行われている。

②看護師長、同僚看護師などから清拭の技術が上手だと認識されている看護師が勤務している病棟。

③研究者がフィールドワークを行うことに対して病棟師長、病棟看護スタッフの同意がいただける病棟。

④病棟看護スタッフのうち、少なくとも 4～5 名の方に参加観察やインタビューについてのご承諾がいただける病棟。

\*この条件の①②に合う病棟として看護部長様よりご紹介いただきました。

フィールドワークは、以下ように実施します。

①週に 1～2 回、看護師の皆様の看護活動に参加させていただきます。

②看護師の皆様の清拭を中心とした看護実践を見せていただきます。(参加観察)

③その看護実践について、看護師の皆様や患者様におたずねします。(インタビュー)。

これらの活動を通して得た情報を記録し、データとさせていただきます。

3) データ分析方法：質的帰納的に分析します。

### 4. 看護師の皆様にご協力いただきたい内容

1) 研究者がフィールドワークのために貴病棟の看護実践に参加することにご承諾ください。フィールドワークを行う上での研究者の活動内容と、安全上、倫理上必要なお約束は、次の「お約束する事項」に記載しております。

2) 研究者が、看護実践に参加させていただきながら、その実践の様子を見せていただくことをご承諾ください。参加させていただきたいのは、主に清拭の実践場面です。

3) 研究者が、看護実践に参加させていただく中で、疑問に思ったことや分からないことを、看護師の皆様におたずねすることがありますので、それについてお答えいただきますようお願いいたします。おたずねする際には、看護師の方々の仕事に支障がないようにいたします。また、場合により時間と場所を設定してインタビューをお願いすることがありますが、その際におたずねする内容については、インタビューガイドを添付いたします(別紙 2)ので、ご参照ください。

## 5. お約束する事項

### 1) フィールドワークについて

- (1) フィールドワークは、原則として病棟師長様および看護スタッフの皆様全員から研究者が病棟に来て一緒に看護活動を行うことへの同意を得た上で行います。ただし、ごく少数（1／5程度）の看護師の方からご承諾を得られなかった場合には、病棟師長にご相談させていただき、ご承諾が得られなかった方への配慮が可能な範囲でフィールドワークを行わせていただくことがありますので、ご了承ください。
- (2) フィールドワークは、貴病棟新入職員と同様に、病棟オリエンテーションを受け、病棟看護業務の流れ、患者様の状態を把握した上で行います。病棟および研究者の都合に合わせて週に1～2回、日勤時間帯で行い、参加観察のご承諾がいただけた看護師の方とともに清拭を中心とした看護活動に参加させていただきます。
- (3) 参加観察やインタビューは、ご承諾いただいた看護師、患者様のみに行います。  
また、参加観察、インタビューは必要が生じた際には、その都度ご承諾を得てから行います。また、看護師の皆様の勤務に支障のないように行います。
- (4) 患者様の急変時や異常を発見した際、危険が予測される状況下では、病棟看護師への報告や救急処置など看護師として責任ある行動を取るとともに、担当看護師の看護活動の補助を行い、その時の状況に応じて調査を中断します。  
また、患者様からケアを依頼された場合は、担当看護師への報告、相談の上、担当看護師の補助者として実施させていただきます。
- (5) フィールドワークにおいては、研究者がいることで病棟看護業務に支障が生じないように病棟の看護業務が通常通り遂行されることを第一として実施します。

### 2) 倫理的事項について

- (1) 本研究にご協力いただけるかどうかによって、貴病棟や看護師のどなたにも不利益が及ぶことは一切ないことをお約束いたします。したがって、自由意志によってご協力の諾否をご判断ください。また、一旦ご協力いただいた後もいつでもご辞退いただくことが可能です。
- (2) 看護師の皆様の自由意志によって研究にご協力いただけるように、ご承諾のお返事については、原則として看護部長様、病棟看護師長様にお知らせいたしません。ただし、フィールドワークを行うことが決定した場合、安全管理上、病棟名を看護部長様にお知らせするとともに、フィールドワークの日に、参加観察をさせていただく看護師の方のお名前については病棟看護師長様にお知らせいたします。
- (3) 研究の全過程において、研究者が入手した個人情報には研究者および研究指導者以外には触れられないように厳重に管理し、研究終了後は責任をもってすみやかに廃棄することをお約束します。
- (4) 参加観察やインタビューで研究者が知り得た情報や看護師の皆さんの実践の様子に

ついて、個人が特定されるような方法で研究者が他言することは一切ないことをお約束いたします。

- (5) 参加観察やインタビューで得たデータは、特定の間関係や立場からみた一面的なものにならないように、指導教員に指導を受け、研究者自身がリフレクションしながら解釈、分析することをお約束します。
- (6) データ分析、研究結果の公表など研究の全過程において、個人や病院病棟名が特定されないようにアルファベット等を使用して表記します。
- (7) 本研究の計画書は、ご希望があればいつでも閲覧することができますので、その際には研究者にご依頼ください。
- (8) 研究結果の報告をご希望される場合には、博士論文要旨をお送りいたします。

なお、本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行っております。

本研究にご参加いただくことで、看護師の皆様には、「自分の実践が評価されるのではないか」「仕事のペースが乱されるのではないか」などの不安や心配が生じるかと思いますが、このようなことが発生しないように上記のお約束を遵守して行いますので、どうぞご安心ください。また、研究参加者となることで、清拭という看護技術について考えてみたり、自分の実践を振り返ったりする機会になる可能性もあると思われます。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、是非ともご協力いただきますようお願い申し上げます。

本研究に関するご意見やご質問、ご不明な点がございましたら、いつでも以下の澁谷までお問い合わせください。

<連絡先>

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話&FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッジ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

## 研究協力に対するお返しおよび同意書

本日は、お忙しいところ研究についての説明をお聞きいただきましてありがとうございました。本研究へのご協力を何卒宜しくお願いいたします。

恐れ入りますが、以下の 3 点のそれぞれをご検討いただき、ご協力いただけるかどうかのお返事をいただきますようお願いいたします。また、(1)～(3)のいずれか 1 つ以上に○をしていただきました場合には、下の同意書にご記入いただきますようお願いいたします。なお、研究遂行上、ご承諾いただけた場合でも参加観察をお願いしない場合があることをご了承ください。

ご氏名 \_\_\_\_\_ 様

研究協力に対するお返し（該当する項目に○をお願いいたします）

- (     ) 1. 研究者が研究のために病棟で看護実践に参加すること（フィールドワークを行うこと）に承諾します。
- (     ) 2. 研究者と一緒に看護実践をさせていただきながら、その様子を見せてさせていただく（参加観察を行う）ことに承諾します。
- (     ) 3. 研究者が清拭を中心とした看護実践についておたずねすること（インタビューを行うこと）に承諾します。
- (     ) 4. 1～3 のどれにも承諾できません。

---

### 同意書

私は、「看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－」の研究の主旨、目的、方法、倫理的事項について、口頭および文書によって十分な説明を受け、理解した上で、研究に参加することに同意します。

平成 23 年    月    日    参加者ご署名 \_\_\_\_\_

研究報告（論文要旨）をご希望される場合には、送付先をご記入ください。

説明者署名 \_\_\_\_\_

\* 本同意書の写しは研究参加者にお渡しいたします。

〇〇病棟看護師長

様

平成 23 年 月 日

患者様への研究協力依頼にあたってのご協力をお願い

本研究において患者様に研究協力依頼をさせていただくにあたりまして、倫理的配慮の観点から、以下の点について看護師長様にご協力いただきたいと存じます。主旨をご理解いただきましてご協力賜りますように宜しくお願い申し上げます。

1. 研究者が看護師の看護活動に参加させていただく際に、清拭の援助が必要な患者様を選んでいただきますようお願いいたします。
2. 1 で選ばれた患者様に対して、研究者が研究協力についてのご説明に伺っても良いかどうかをご確認くださいようお願いいたします。（ご説明例を下に記載しておりますので、ご参照ください。）
3. 2 でご承諾いただいた患者様に、研究者がご説明と協力をお願いに伺い、そのお返事用紙を患者様にお渡しします。患者様には郵送でお返事いただけるように返信用封筒をお渡ししますが、ご自分で郵送できない方には封筒をお受け取りいただきまして投函いただきますようお願いいたします。
4. 研究協力についての意思表示がご自分では難しい患者様の場合には、患者様の代理でご説明を聞いていただけのご家族などの方に同様のお願いをさせていただきたいと思っておりますので、その方にご説明させていただけるかどうかのご確認をいただきますようお願いいたします。
5. 1 ～ 4 をフィールドワーク開始前に行うことができるようにご高配いただきますようお願いいたします。
6. 入院患者様のご家族やお見舞いの方々に、研究者が病棟で活動していることについて周知していただくための掲示をさせていただきますようお願いいたします。

師長様から患者様・ご家族様へのご説明文（例）

現在、この 病棟には、神戸市看護大学の大学院生が研究活動をしています。その研究にあたっては、この病棟の看護師と一緒に 様の看護に参加させていただきたいと申しております。 様の支障のない時に、その大学院生の澁谷が、お願いしたいことについて説明させていただきたいと申しておりますが、お話を聞いていただいてもよろしいでしょうか？

病棟看護師長様には、本研究にあたりまして数々のご協力をお願いいたしまして、誠に恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

神戸市看護大学大学院

澁谷 幸

様

平成 23 年 月 日

## 研究へのご協力をお願い

ご療養中、誠に失礼いたします。 私は、  
神戸市看護大学大学院生の澁谷幸（しぶたにみゆき）と申します。私は、NICU(新生児集中治療室)、整形外科、外科、内科で、約 13 年の臨床看護師としての勤務を経て看護教員となり、現在は、神戸市看護大学で講師をしながら、同大学院博士後期課程の学生として博士論文の研究に取り組んでいます。

現在、私は、 様がご入院されました 病棟におきまして、「看護技術の技能形成と伝承の様相」についての研究活動を行っています。

つきましては、以下に記載しております研究の目的や方法をご理解いただきまして、研究にご協力いただきますようお願いいたします。

## 1. 研究目的

この研究は、看護師の行う清拭（患者様のお体を拭かせていただく看護ケア）の技術について、看護師がどのようにその技術を形成し、後輩に伝達しているのかを明らかにすることを目的としています。

## 2. 研究方法

研究者が看護師とともに、患者様の看護に関わらせていただきながら、看護師の活動を観察したり、看護師の活動についてのお話を聞かせていただいたりし、その記録をデータとして分析します。

## 3. 患者様にご協力いただきたいこと

- 1) 私が病棟看護師とともに 様の看護ケアに参加させていただくことにご承諾をお願いいたします。
- 2) 私が 様が受けておられる看護ケアの様子やカルテを見せていただくことにご承諾をお願いいたします。
- 3) 私が看護ケアについてお尋ねした際に、可能な範囲でお答えいただきますようお願いいたします。

## 4. 患者様にお約束すること

- 1) 患者様の個人情報、細心の注意を払って管理し、個人名が特定されないようにいたします。また、研究が終了したら、適切に廃棄します。

- 2) 患者様の安全、安楽を最優先としてケアを行い、研究を優先することは一切ありません。なお、私は看護師資格を有しており、ケアに参加するにあたっては、本病棟の看護実践と、患者様のご容態について十分に理解した上で参加いたします。
- 3) もし、研究にご協力いただけない場合でも、患者様に不利益が及ぶことは一切ありません。また、一度ご承諾いただいた後でも、いつでもご辞退いただくことは可能です。
- 4) 研究者にお話いただいた内容は、主治医、病棟師長、看護師など、患者様の治療や看護に直接関わる人々には一切お話ししませんので、安心してお話しください。また、研究者がおたずねしても、話したくないとき、話したくない内容については答えていただかなくても結構です。

本研究にご参加いただくことで、患者様には、病棟看護師以外の人間に見られることの羞恥心や不快感、個人情報への漏洩、研究者がケアに参加することによる事故などをご心配されるかもしれません。このようなことが発生しないように上記のお約束を遵守して行います。患者様にご協力いただき研究成果を出すことで、看護師の看護技術の質が向上し、患者様により良いケアができるように努力いたしますので、何卒ご協力いただきますように宜しくお願いいたします。

なお、この研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行っています。

また、この件について、ご質問、ご意見がある場合には、いつでもご遠慮なく以下の澁谷までお問い合わせください。

大変お手数ですが、研究にご協力いただける場合には、同意書にご署名いただきまして、返送用封筒でお返事いただくか、私、もしくは病棟師長、看護師にお渡しいただきますようお願いいたします。

<連絡先>

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話&FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッグ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

## 研究協力に関する同意書

私は、「看護技術の技能形成と伝承の様相」の研究の目的、方法について、口頭および文書によって十分な説明を受け、理解した上で、研究に協力することに同意します。

平成 23 年      月      日

患者様ご氏名 \_\_\_\_\_

代理の方のご氏名 \_\_\_\_\_

研究報告（論文要旨）をご希望される場合には送付先をご記入ください。

\_\_\_\_\_

平成 23 年      月      日

説明者 \_\_\_\_\_

＊本同意書の写しは参加者（患者様）にお渡しいたします。



〇〇病棟にご入院の患者様・ご家族の皆様へ  
看護研究活動へのご理解とご協力をお願い

ご療養中に誠に恐れ入ります。私  
は、神戸市看護大学大学院博士後期課程学生の澁谷幸（しぶたにみゆき）と申します。

現在、病棟におきまして、看護部長、看護師長の許可を得て、看護師の看護技術に関する研究活動を行っています。具体的には、患者様の看護に看護師と一緒に関わらせていただきながら、研究に必要な観察や、看護師、患者様へのご質問をさせていただいております。

ただし、研究者が看護活動を行わせていただくのは、個別にお願いした患者様だけに限定しています。お願いしたい患者様には、あらためて病棟看護師長を通じて、ご協力をお願いに伺います。

つきましては、研究者が病棟で活動していることについてのご理解を賜りますように宜しくお願いいたします。

研究者の活動その他、この件についてのご意見、ご質問がある場合には、いつでもご遠慮なく、研究者もしくは病棟看護師長までお申し出ください。皆様のご理解、ご協力を節にお願い申し上げます。

神戸市看護大学大学院  
澁谷 幸  
病棟師長

<連絡先>

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話&FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッグ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

〇〇病棟にご入院の患者様・ご家族の皆様・お見舞いの方へ  
看護研究活動へのご理解とご協力のお願い

現在、病棟におきましては、神戸市看護大学大学院生の澁谷（しぶたに）が看護研究活動を行っています。

研究は、看護師の看護技術に関するものです。具体的には、ご承諾の得られた患者様の看護に看護師と一緒に関わらせていただきながら、研究に必要な観察や、看護師、患者様へのご質問を行わせていただいています。

つきましては、研究者が病棟で活動していることについてのご理解を賜りますように宜しくお願いいたします。

研究者の活動、その他この件についてのご意見、ご質問がある場合には、いつでもご遠慮なく、研究者もしくは病棟看護師長までお申し出ください。

皆様のご理解、ご協力を節にお願い申し上げます。

神戸市看護大学大学院

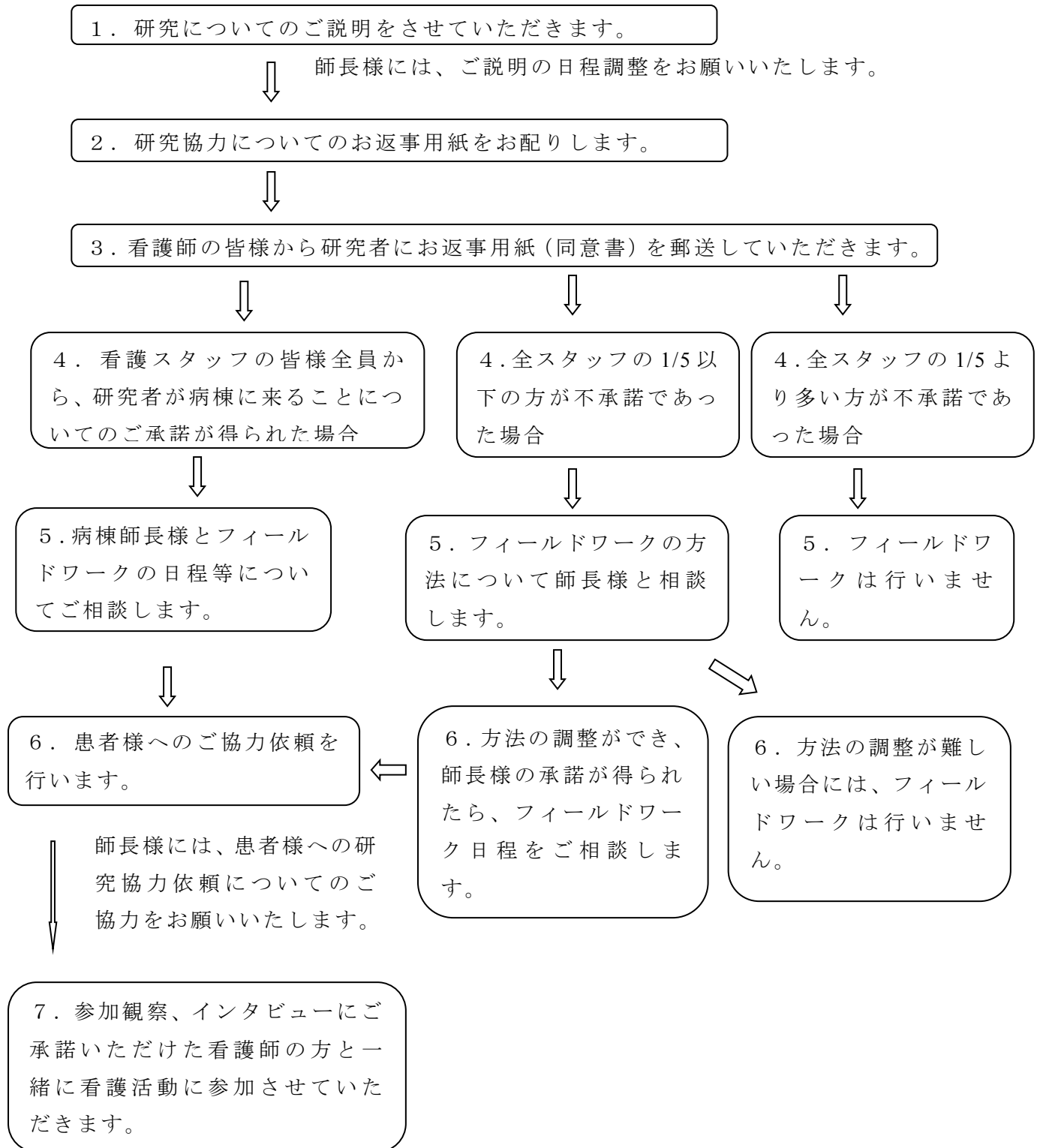
澁谷 幸

病棟師長

---

## 研究協力依頼から研究にご参加いただくまで

### 1. 病棟看護スタッフの場合



## 2. 入院患者様の場合

1. 病棟師長様に清拭が必要な患者様を選んでいただき、その方に研究者が研究の説明に伺っても良いかどうかご確認いただきます。ご自分で研究協力についての意思表示をすることが難しい患者様の場合には、患者様の代理の方（ご家族など）にご説明させていただけるかどうかご確認いただきます。



師長様には、患者様もしくは代理の方にご確認いただきますようお願いいたします。

2. 1のご承諾が得られた患者様、もしくは代理の方に、研究についてのご説明にうかがいます。



3. ご説明の際に、ご承諾いただける場合には同意書にご署名いただきご返信いただけるようお願いし、同意書と返信用封筒をお渡しします。



4. ご協力いただける患者様もしくは代理の方に、同意書にご署名いただき、研究者に郵送していただきます。



病棟師長様には、ご自分で投函できない患者様のご返信用封筒をお預かりいただき、ご投函いただきますようお願いいたします。

5. 患者様からの同意を踏まえて、病棟師長様とフィールドワークについての具体的な日程、内容等の相談をさせていただきます。



6. フィールドワークを行う日の朝、ご承諾いただいた患者様に挨拶に行き、改めてその日の参加観察についてのご承諾を確認します。



7. 参加観察のご承諾が得られた看護師の方と一緒に、ご承諾いただいた患者様の看護活動に参加させていただきます。

## 看護師の方へのインタビューガイド

このご質問項目は、参加観察のときに研究者がわからなかったことなどを後日改めておたずねする必要が生じた際に使用します。したがって、現時点で想定されるご質問項目を記載しております。

インタビューさせていただく際には、看護業務の支障のない時に、時間と場所をご相談させていただき、改めて「インタビューガイド」を作成した上で、ご協力をお願いをさせていただきます。

### 1）基本属性に関する質問

年齢、看護師経験年数、看護系専門教育の種類（専門学校、短期大学、大学）、これまで勤務された病棟・外来の種類

### 2）清拭や看護技術に関する質問

- ・各患者様への清拭方法は、どのようにして決めていますか？
- ・清拭を行う際に工夫や注意をされているのはどのような点ですか？
- ・清拭についての病棟のルールや暗黙の了解などがありますか？
- ・清拭を行うにあたっての自分なりのルールや決めごとがありますか？
- ・清拭を行う上での物品や環境についてどのように思いますか？
- ・現在の清拭の技術はどのようにして身につけましたか？
- ・あなたの清拭の技術に影響しているのはどのようなことですか？
- ・清拭を行う際に、後輩看護師に気をつけてほしいこと、後輩に教えたこととは何ですか？
- ・清拭の技術について、先輩看護師のどのような技術を参考にしていますか？  
また、あなたが模倣した技術はありますか？
- ・清拭は、あなたの看護にとってどのような意味があると思いますか？

〇〇病院〇〇病棟  
医師の皆様

平成 23 年 月 日

## 研究協力に関するお願い

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。私は、神戸市看護大学大学院博士後期課程の看護基盤開発学領域で、看護キャリア開発学を学んでいる大学院生です。私は、NICU、整形外科、外科、内科で、約 13 年の臨床看護師としての勤務を経て看護教員となり、現在は、神戸市看護大学で講師をしながら、同大学院生として博士論文の研究に取り組んでいます。この度私は、博士論文作成のため下記のような研究を計画し、貴施設看護部長、病棟看護師長、病棟看護スタッフに許可をいただき、〇〇病棟におきましてフィールドワークを行うことになりました。

研究テーマ、研究目的、方法と、ご協力いただきたい内容、私からお約束させていただきます内容について記載しております。ご多忙の折、大変恐縮ですが、ご一読いただきまして、ご協力賜りますように何卒宜しくお願いいたします。

敬具

## 記

### 1. 研究テーマ

看護技術の技能形成と伝承の様相－清拭のエスノグラフィーを通して－

### 2. 研究目的

本研究は、日常生活援助、特に、清拭の技術について、看護師がどのようにその技術を習得し、後輩に伝えているのかを明らかにすることを目的としています。

この研究の結果は、看護専門職者の専門性の中核である看護技術を効果的に学習、習得、指導していくための資料として活用できると考えています。

### 3. 研究方法

本研究は、研究者が看護師の皆様とともに看護実践に参加するフィールドワークによってデータ産出し、分析するというエスノグラフィーによって実施する予定です。具体的な方法は以下の通りです。

1) データ産出期間：2011 年 12 月～2012 年 12 月

2) データ産出方法：研究者が週に 1～2 回、フィールドワークを行わせていただきます。

フィールドワークでは、看護師の皆様の清拭を中心とした看護実践を見せていただいたり（参加観察）、その看護実践について、看護師の皆様や患者様にお聞きしたり（インタビュー）して、これを記録し、データとさせていただきます。

#### 4. ご協力いただきたいこと

- 1) 研究者が、病棟においてフィールドワークを行うことについてご了解ください。
- 2) 参加観察では、看護師と一緒に看護活動に参加させていただきます。その際、患者様の状態を把握するために患者様のカルテを閲覧させていただくことについてご了解ください。

#### 5. お約束すること

- 1) 参加観察は、事前に承諾が得られた患者様の看護活動のみに限定して行います。患者様への研究についてのご説明の際には、カルテ閲覧についてもご説明させていただき、承諾をいただきます。
- 2) フィールドワークにおいて研究者が知り得たすべての情報は、研究以外の目的に使用することはなく、研究者および研究指導者以外には触れられないように厳重に管理し、研究終了後は責任をもってすみやかに廃棄することをお約束します。
- 3) フィールドワークにおいて研究者が知り得たすべての情報は、研究の全過程において、病院病棟名、個人名が特定されないようにアルファベット等を使用して表記いたします。

なお、本研究は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行っております。

以上

本研究に関するご意見やご質問がありましたら、いつでも以下の澁谷までお問い合わせください。

#### <連絡先>

研究者	研究指導教員
澁谷幸（しぶたにみゆき） 神戸市看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程 看護基盤開発学領域 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 携帯：090-8195-8389 電話&FAX：078-794-8046（直通） Email：smiyuki@tr.kobe-ccn.ac.jp	グレッグ美鈴 神戸市看護大学大学院 看護基盤開発学領域 教授 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 電話：078-794-8045（直通） 078-794-8080（代表）

## 辞退書

私は、「看護技術の技能形成と伝承の様相」の研究について、最初、協力することに「同意」しておりましたが、気持ちに変化が生じたので、研究協力への同意を辞退させていただきます。

＊下に日付とご名前をご記入ください。

平成 25 年      月      日

提出者ご署名

---

### ＜お約束事項＞

- ・この内容については、一切どなたにもお知らせいたしませんので、ご安心ください。
- ・この内容は、この書類を提出した後も、いつでも、理由を告げることなく撤回し、新たにご協力を再開していただくこともできます。その際には、同封の同意書にご記入ください。