

研 究 報 告

急性期病院における看護師の臨床的自律性
—看護実践の様相および文脈に焦点を当てて—

井本 寛子

Aspects and Contexts of Clinical Autonomy of
Nursing Practice at Acute-Care Hospitals

Hiroko Imoto

キーワード：臨床的自律性，急性期病院，看護実践，様相，文脈

key words : clinical autonomy of nurses, acute-care setting, nursing practice, aspect, context

Abstract

The purpose of this study is to clarify aspects and contexts of clinical autonomy of nursing practice at acute-care hospitals. Semi-structured interviews were conducted with four nurses working at an acute-care general hospital regarding situations where these nurses demonstrated clinical autonomy. The data obtained from the interviews were qualitatively analyzed. The results revealed that the nurses participating in this study displayed clinical autonomy in settings where they felt a conventional approach would be difficult. The demonstrating clinical autonomy began from the moment the nurses perceived the true needs of a patient, and the nurses were driven to demonstrate clinical autonomy after gaining empathetic understanding of the patient's experience. Furthermore, the nurses did not only act or make decisions individually, they also adjusted their environment by influencing those around them and overcame difficult situations with support of others, which ultimately led to meeting the patient's needs. This process also included behaviors such as recommending treatment plans to physicians and anticipating instructions. This analysis of characteristics to demonstrating clinical autonomy suggested that the demonstration of autonomy is influenced by the context which nursing teams acknowledge and endeavor to actively engage in nursing approaches and practices identified through tackling difficult situations.

要 旨

本研究の目的は、急性期病院における看護師の臨床的自律性を明らかにすることである。急性期一般病院に勤務する看護師4名に対して、半構成的面接により臨床的自律性を発揮して実践した場面について聞き取りを行い、得られたインタビューデータを実践の様相と文脈に焦点をあてて分析した。結果、研

受付日：2018年4月23日 受理日：2019年5月16日

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Program, Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School of Nursing

究参加者となった看護師の臨床的自律性は、通常の対応では難しいと感じられる場面における看護師の優れた実践の中に見出された。看護師は患者の本当のニーズを察知し、患者の体験を共感的に理解することを通じて突き動かされるように自発性を発揮し、行動していた。看護師の自律的な行為には、個人として、そして周囲に働きかけることによって、チームとして環境を調整する、支援を得る、医師に治療方針を提言し、指示を先取りするなどがあり、これらを通じて最終的に困難な状況を打開し、患者のニーズを満たしていた。また看護師が臨床的自律性を十分に発揮するには、困難な状況に取り組む中で見出された看護の方向性や実践を、看護チームが認め、積極的に取り組んでみようとする看護実践の文脈が影響していることが考えられた。

I. 研究の背景

看護職の専門職的自律性は、看護ケアの質向上にとっても、専門職の自立にとっても重要である。米国では早い時期から自律性の獲得に向けて、職能団体の発足や教育の大学化、研究の推進などの努力が重ねられてきた。当初は医師に従属する伝統的立場からの脱却と患者の権利擁護に主眼があったが、現在では看護の裁量権の拡大、独立や自己管理能力向上などの面に焦点が当てられるようになり (Blegen, Goode, Johnson, et al., 1993, p.340)、専門職的自律性についても2つの側面、すなわち組織的自律性と臨床的自律性から捉えられるようになった (Kramer & Schmalenberg, 2003)。組織的自律性とは、看護職および患者ケアに影響する幅広い問題に発言権をもつことを目的とした看護集団の行動特性を指すのに対して、臨床的自律性は患者への直接的なケアにおいて看護職が行う判断や行動における特性を指す。

このように専門職的自律性が2つの側面に分けて捉えられるようになった背景には、1980年代になって米国では看護が専門職として一定の評価を得られたこと、その一方で看護師不足を背景に行われたマグネットホスピタルに関する一連の研究を通じて、看護師にとって自律性を発揮できる環境であるほど仕事満足が高く、離職率が低いことが明らかにされたことがある (Aiken & Patrician, 2000)。その後の研究を通じて、臨床的自律性は看護師の仕事満足だけでなく、患者ケアのアウトカムに直接的な影響を与えることが明らかになった。海外では、1974年に Pankratz & Pankratz が専門職的自律性を測定するために考案した Nursing Attitude Scale (PNAS) や、さらには1987年に Schutzenhofer が臨床的自律性を測定するために開発した Nursing Activity Scale (NAS) などがあり、これらを通じて看護職の自律性の水準が測定されるとともに、それらが医療の効率化や入院日数の短縮などのアウトカムに影響を及ぼしていると示唆されるようになった (Mrayyan, 2004)。

日本においても看護職は、専門職としての自律性を確立するべく、組織的な取り組みを行ってきた。1990年代からは日本の看護職の自律性を評価するため、先にあげた海外の尺度の日本語訳や、日本独自の自律性

尺度 (菊池・原田, 1997; 古賀, 2012) が開発されている。しかし日本と海外では自律的な看護実践の内容が異なっていること、また日本で作成された尺度は組織的自律性と臨床的自立性を区別しておらず、また今日の臨床状況における看護師の自律性を十分に捉えたものとはなっていない。

今日の急性期病院では、国が主導する病院機能の分化、在院日数の短縮化を背景に、看護でもクリティカルパスや標準化のような効率化や安全管理のためのルールマネジメントが強化されるなど、看護師が実践している状況は急激かつ大きく変化しており、これらの急性期病院における変化が、看護師の臨床的自律性の発揮の妨げになっていないかが懸念されている。その一方で、看護師の臨床的自律性は、2014年に古地が質的研究を通じて記述を試みているが、今日の急性期病院の看護師がどのように自律性を発揮して実践しているか、またその実践がどのような背景のもとで可能になっているかを明らかにする研究はまだ少ない。

そこで本研究では、日本において医療の効率化や入院日数の短縮化が図られており看護師の臨床的自律性に影響を及ぼしていると推測される急性期病院における看護師の臨床的自律性を、看護実践の様相および文脈に焦点を当てて明らかにしたいと考えた。

なお本研究において、看護師の自律的な実践のみならず文脈をも明らかにする理由は、Benner & Wrubel (1989/1999) が「状況にある特定の仕方で巻き込まれ関与することこそ人間の熟練実践にとっての必須条件である」(p.5) と述べるように、熟練実践はそれを構成している文脈のもとで成り立つと考えたからである。

II. 研究目的

急性期病院の看護師の臨床的自律性を、看護実践の様相と文脈に焦点を当てて明らかにすることである。

III. 研究の意義

本研究により、変化の著しい今日の日本の急性期病院における看護師の臨床的自律性の実態を明らかにすることができる。またこれを通じて、患者ケアを向上

し、看護の質を保つための臨床的自律性を保持する環境づくりに向けた基礎資料の一つとする。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

半構成的面接法を用いた質的記述的研究。

B. 研究参加者

本研究の参加者は、東京都内の7対1入院基本料を算定する病床数500以上の3医療施設に勤務する臨床3年～5年の看護師1～2名、6年以上の看護師1～2名で、合計6～12名とした。Kramer & Schmalenberg(2003)の自律性に関する研究をふまえ、本研究でも自律性はエキスパートレベルの看護師の実践のみに備わる特性ではなく、経験年数を経る中で各時期に応じて示される自律性があるとの前提をとった。

研究参加者の応募については上記の3医療施設の看護部長の協力を得て、条件に該当する看護師に対する募集用チラシを配布してもらい、チラシを見て研究に関心をもった看護師から研究者に直接メールで連絡を依頼する方法をとった。

C. データ収集方法

2016年3月から2016年7月に研究参加者1名につき、半構成的面接を1回(約1時間程度)実施した。面接では、臨床的自律性を発揮して実践した看護事例とその実践が実現するにいたった状況や背景について聞き、参加者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

D. データ分析方法

逐語録を繰り返し読み、臨床的自律性を発揮して実践した事例のそれぞれについて、看護師の臨床的自律性が現れていると思われる実践の様相、またその実践が実現するにいたった状況や背景についての語りを抽

出し、意味内容を解釈した上でテーマをつけた。調査の全過程を通して、信頼性を高めるために、スーパーバイザーから指導を受けた。

E. 用語の定義

本研究における臨床的自律性とは、患者への直接的なケアにおいて看護職が他者の影響に支配されことなく判断を行い、行為することと定義した。文脈とは人間の携える意味、習慣、歴史、社会関係、集団への帰属などと定義した (Benner & Wrubel, 1989/1999, p.30)。

F. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2015-114)。

V. 研究結果

A. 研究参加者の概要

最終的に研究参加に同意が得られたのは6名であった。そのうち経験年数は3年以上であるが、就職してから2年目のエピソードを語った1名と、語られた内容が自律性に相当しないと考えられた1名を除き、4名を分析対象とした。

研究参加者の属性は男性2名、女性2名であり、経験年数が3～14年で、3～5年が2名、6～10年が1名、10～15年が1名であった。教育背景は看護師養成所3年課程卒1名、短期大学卒1名、大学卒2名であった。インタビュー所要時間は42～55分であった。

B. 臨床的自律性を発揮した看護実践の様相と文脈

各事例において看護師が臨床的自律性を発揮した実践の様相と文脈のテーマを表1に示した。本文中では臨床的自律性を発揮した実践の様相のテーマを〈 〉内に、それを可能にした文脈のテーマを【 】内に示した。研究参加者の語りをゴシック体で示し、()内

表1. 臨床的自律性を発揮した看護実践の様相と文脈テーマ一覧

	研究参加者の実践事例	様相	文脈
A	昼夜せん妄のあるICU患者の離床をすすめたAナースの実践	挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けることに疑問を抱く 鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する 生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す	患者のための看護という信念 医師と交渉する能力
B	化学療法に対する患者の本心を引き出したBナースの実践	看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる 人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる	現任教育での学び チームリーダーとしての責任感
C	術後合併症に戸惑う患者に標準的な術後管理を止めることを提案したCナースの実践	ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する 医師とどこまで譲歩できるかを話して妥協点を探る チームで思いを傾聴し、患者が状況に向き合うのを支える	医師との粘り強い意見交換 看護チームの一貫した支援
D	高度な医療処置を必要とする患者の自宅退院を実現したDナースの実践	本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す リハビリを通じて自宅退院の可能性を高めていく 自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える 自宅退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する	看護モデルとしての役割の認識

に語りを理解する上での補足を筆者が記した。

1. 昼夜せん妄のあるICU患者の離床をすすめたAナースの実践

AナースはICUに勤務している臨床5年目の看護師である。人工呼吸器を使用中、昼夜せん妄を呈し、自己抜管を繰り返していた患者Eさんに行った自律的な看護実践について語った。以下、その実践の様相のテーマ〈挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けることに疑問を抱く〉、〈鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する〉、〈生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【患者のための看護という信念】と【医師に交渉する能力】について述べる。

〈挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けている状況に疑問を抱く〉

Aナースの所属するICUでは、以前から医師と看護師の間に、挿管管理中の患者の鎮静について考え方の違いがあった。ICUの医師には鎮静をかけておいたほうが治療が進むという考えがあり、Aナースが担当していたEさんも昼夜なく鎮静剤が投与されていた。Eさんは昼夜せん妄を発症していて、動きも激しく、抜管を繰り返しており、看護師には「起き上がりたい、外に行きたい」と訴えていた。

AナースはEさんの離床への意欲をふまえると、日中だけでも鎮静剤の量を減らし、離床を促して、早くICUの外に出られるほうが、Eさんにとってもよく、せん妄も改善されるのではないかと考えた。そしてこのまま医師の指示に従って、鎮静剤投与を続けている状況に疑問を抱いた。以下は、Aナースの語りである。

ただその人は、起き上がりたい、外に行きたいというのがあって、～(中略)～医師と相談しながら、夜間だけ鎮静剤を使用して日中は目を覚ましてそういう中で離床を図ったり、～(中略)～夜間は眠らせてあげることでリズムづけができてせん妄の予防にも効果的だと考えました。

〈鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する〉

AナースはEさんの希望を叶えるためには、まず医師に提案が必要だと考えた。AナースはEさんの状態をアセスメントした結果に基づいて、医師に意見を伝えた。また「自分も意見しますが他の人にもしてもらいます」と語り、チームの看護師にも医師に意見を伝えるように促した。そのようにしてAナースと看護師は、複数回にわたり医師と協議を行った。これによって昼間の鎮静剤の使用を控えるという方針の変更が行われた。以下は、医師との考え方の違いについてAナースが語ったものである。

自分が思っていることと、先生が思っていることが違うということがありました。～(中略)～ICUという中で患者さんが拘束される時間が長い、～(中略)～挿管されている患者さんであれば鎮静されたり、抑制されている時間が長い～(中略)～先生方にしてみれば鎮静していれば治療がうまく進むという考えが多い、看護師としては鎮静をして治療が進むことも大切だけど、看護師としては早期離床が重要だと捉えている。その中で、医師と相談しながら、夜間だけ鎮静を使用して日中は目を覚ましてそういう中で離床を図っていきました。

〈生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す〉

日中の鎮静剤投与が控えられるようになって、Aナースとチームの看護師は、Eさんが目を覚ましているうちに生活リズムをつけ、症状改善の糸口を探すかわりをしていった。Eさんは看護師の助けを得て、離床に取り組み、夜間は眠ることで生活リズムが整ってきた。また排痰のケアを通じて人工呼吸器からも離脱でき、Eさんの昼夜せん妄は改善していった。Eさんの頑張りや看護師のケアにより、Eさんは希望の通りICUの外に出ることができた。

夜間は薬を使用して少し休んでもらって、日中に関しては気管切開をすれば呼吸器が外れれば外に出られるということがあったので、それを目指して、排痰もして、離脱できて、患者さんの希望通り外にも出ることができました。

【患者のための看護という信念】と【医師に交渉する能力】

Aナースはこの実践を振り返って、Eさんの起き上がりたいという思いを受けとめたこと、どのようにすればその思いを達成できるかを考えて援助を行ったことを語った。そう思った理由として、「経験年数を重ねて知識や技術が増えていく中で、習った技術も重要だけど、自分の中で積み重ねた『考える看護』、『患者さんのために実践したい看護』をやりたい」と考えるようになったと語った。一方でICUという患者の状態が不安定な場で『患者さんのための看護』を行うには、ときには「自分が思っていることと食い違うことがある」医師とも交渉する能力が必要だと語った。

2. 化学療法に対する患者の本心を引き出したBナースの実践

Bナースは呼吸器内科に勤務する臨床6年目の看護師である。チームリーダーをしているときにかかわった患者Fさんについて語った。Fさんは化学療法を受けていたが治療効果がなかなか得られず、看護師に対する意見も多く、チームの看護師にとっては足を運び

づらいと感じる患者だった。

以下、その実践の様相のテーマ〈看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる〉、〈人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない〉、〈タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】について述べる。

〈看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる〉

どの看護師もFさんが化学療法の治療効果が得られていない自身の状況をどのように捉えているかが気になっていたが、聴くことができないでいた。Bナースは、チームの看護師が誰もFさんの本心を聴くことができていないことが気になっていた。あるとき、BナースはFさんに病状説明のための面談があることを知り、自分の受け持ちではなかったが、その場に同席することを決めた。

病状説明があったんです。今回6回目の化学療法で、今どんな思いでいるんだろうと思い、その気持ちを支えられたらと思い、気が重いけど、…僕はリーダーをやっているのを受け持ちをしないんです。でも、その人がどんな思いなんだろうと…誰も聴けていなくて、話を聞きに行ったんです。

〈人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない〉

病状説明の場では、Fさんにこれまで行われた複数回の化学療法によって十分な治療効果が得られていないことが説明された。その場に同席していたBナースは「Fさんは人生の分岐点に立っている」と語り、迷い、不安に耐えているFさんの気持ちを推測するとともに、このタイミングで聴かなければ、Fさんの本当の思いは聞けないのではないかと考えた。

患者さんが何も考えてないということはないと思った。今まで5回の化学療法をダメって言われていて、6回目というところで、人生の分岐点のようなところに立っているときに、今聞かなければ、先ではその思いは聞けないのではないかと考えたんです。

〈タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる〉

BナースはFさんのベッドサイドに行き、今どのような思いなのか聞かせて欲しいと切り出した。Fさんは話したいと思っていたようで、率直に、気持ちを吐露してくれた。そして緩和ケアも考えていることを語った。

このようにしてBナースがFさんと話をしたことをきっかけに、Fさんの表情が徐々に柔らかくなり、他の看護師との関係もよくなっていった。Fさんは前向きな気持ちで、次の治療を受けることができた。

今どのような思いなのか聞かせてほしいと切り出して、そうしたら話したいと思っていた様子で、いろいろな思いを話してくれて…「実は緩和ケアも考えている…」という話にもなり、～(中略)～それで患者さんも気が晴れたのか表情が明るくなってきて化学療法を受けることができて…やっぱり、それで信頼されるようになったことが一番よかったんだと思います。

【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】

Bナースはかかわりが難しいと考えられていたFさんに一歩踏み込んでかかわろうとした。そのかかわりを後押しした状況や背景として、【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】を語った。Bナースは、プライマリナースに関する院内研修で、「情報がなければ有益な看護ができない」という先輩看護師の講義を聞き、タイミングよく情報を得なければ患者のニーズをつかめないことや、それから逃げてしまうと有益な看護に結びつかないことを感じた。またBナースは、自分より経験の少ないメンバーがFさんにうまくかかわれていないことに関心を寄せ、リーダーとしてこの状況を改善していく責任も感じていた。Bナースのかかわりがきっかけで、Fさんが変化し、その変化がチームに大きな影響を与えた。このようにしてBさんの自律的な実践は、リーダーを引き受けている責任感にも後押しされていた。

3. 術後合併症に戸惑う患者に標準的な術後管理を止めることを提案したCナースの実践

Cナースは脳神経外科に勤務する臨床10年目の看護師である。脳神経手術後の術後合併症の発症に戸惑う患者Gさんを担当し、Gさんの気持ちに配慮しながら、術後管理と回復に向けた看護を行った事例について語った。以下、その実践の様相のテーマ〈ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する〉、〈患者の思いに寄り添うという方針を徹底する〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【看護チームの存在】と【医師との粘り強い交渉】について述べる。

〈ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する〉

Gさんは術前に合併症が起こる可能性について説明されていたが、術後、発症してしまった視力障がいGさんにとって今後、仕事を続けていく上で大きな支障となりうるものであり、そのショックは大きく、術

後に必要とされる水分制限を守ることができない状態だった。

Cナースは、術後2日までは水分制限が守れるようにかかわったが、早々にそのかわりが適切ではないと判断した。Gさんは今、治療に取り組めるような前向きな気持ちにはなれないこと、にもかかわらず通常行われるような厳密な水分制限を課すことは、かえってGさんにとってストレスとなり、術後合併症に向き合い、回復をめざすプロセスを阻害してしまう可能性があると考えた。

術後の管理で大切だと話しても「〇〇（視力障がい）が出たんだから意味がない」と言われてしまって、2日間くらいは一緒に指導をやっていたんですけど、もうやめようということを決めて。…とにかく本人の負担を減らさないといけないということで、本人は私の今のつらい気持ちをわかってほしいということですから、そういう状況で（水分制限に協力を求めようとしても本人の）理解は難しいでしょうということで。～（中略）～

〈医師とどこまで譲歩できるかを話して妥協点を探る〉

Cナースは、通常の術後管理で行われるような厳密な水分制限は行わないこと、その代わりに別の症状や検査結果で、補完的に術後経過を看していくことを医師に提案し、妥協点を探った。Gさんに視力障がい以外の合併症の兆候が見られずに経過していることも、水分制限を行わなくてよいという判断の材料になった。

先生とどこまで譲歩できるかということをお話してやりました。（通常の術後管理方法を）…水分管理はある程度、電解質などの結果でも見ていけるし、〇〇〇（他の合併症）が怖いのですが、先生とも相談しながら、「今は（合併症の可能性）ないでしょう」ということで。

〈チームで患者の思いを傾聴し、患者が状況に向き合うのを支える〉

医師との交渉ができてからも、CナースはGさんの負担をなるべく減らし、水分管理についても治療に影響を及ぼさないように調整を行った。またGさんの気持ちを傾聴するという方針を、看護チームと医師で共有した。看護チームでGさんの訴えを根気強く傾聴することを通じて、結果的にGさんは自分の状況に少しずつ向き合えるようになり、退院していった。

以下はその場面の語りである。

最初の5日間は訪室するたびに30分以上お話を聞いて、自分だけというよりは行く人行く人がそ

うでした。～（中略）～2週間くらいで話しているうちに、「帰ってやるしかないと思う」という発言があり、ご自分の中でも受け入れられてきたのかと思いました。

【医師との粘り強い意見交換】と【看護チームの一貫した支援】

Cナースは「先生とは、どこまで譲歩できるかということをお話して」と看護師と医師の判断の妥協点を探るとともに、ときには「ある医師が自分の判断と異なると、他の先生にもこっそり話したりして、1人（の先生）でダメなら行く着くところまで話し、複数の先生がそうだと言って初めて納得するんです」と語り、患者ケアの方針について合意できるまで粘り強く医師と意見を交わしていた。また「Gさんの気持ちを傾聴する」という方針が、看護チーム全体で共有されていたことで、チームが一貫して患者の思いを受けとめることができた。

4. 高度な医療処置を必要とする患者の自宅退院を実現したDナースの実践

Dナースは循環器病棟に勤務する臨床15年目の看護師である。感染性の心臓疾患のためにドレナージが施されていた患者Hさんを担当した。自宅退院は無理と思われていたが、患者の強い希望を知って、その可能性を実現した。

以下、その実践の様相のテーマ〈本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す〉、〈リハビリを通じて退院の可能性を高めていく〉、〈自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える〉、〈退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【看護モデルとしての役割認識】について述べる。

〈本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す〉

もともと一人暮らしをしていたHさんは自宅退院を強く希望されていた。しかしドレナージがあり、継続的な医療処置が必要なため、看護師や医師も、急性期の治療を終えたら転院して治療を続けるのもやむを得ないと考えていた。

あるときDナースは、Hさんが「自宅に帰っておいしいものを食べたい」と訴えるのを聞いて、あらためてHさんの自宅退院の希望が強いことを実感し、その希望を叶えたいと考えて、退院調整にむけてチームで検討を始めた。

その訴えを聴くまでは、ドレナージが抜けられないから転院だという医師の方針…自分たちも「まあそうだな」と思っていたのですが、（中略）、何より本人の「帰っておいしいものを食べたい」という希望を聴取しましたので、それに向けて何が必要かということを考えて、医療的なサポートや生活のサ

ポートをチームで検討しました。

〈リハビリを通じて自宅退院の可能性を高めていく〉

Hさんの退院に向けて、Dナースはまず、ADLの拡大のために病棟でも維持期リハビリテーションを始めることにした。看護チームにも働きかけて、休日もリハビリテーションを継続し、それを通じてHさんのADLはどんどん広がっていった。その姿を見て、それまでは転院の方針に納得していたチームの看護師も、退院が可能ではないかという感触を持ち始めた。

ご本人のADLがどんどん上がってきました。私たちは維持的なリハビリで、歩行訓練、立ち上がり院内に散歩という感じで、最初は車いすだったので、ADLがあがってきたので「なんか帰れそうかな」という感覚は看護師発信だったかもしれません。

〈自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える〉

心臓疾患でドレナージを挿入しての自宅退院は通常行われないため、Hさんの希望を実現するためには、看護管理者や主治医が、Hさんの自宅退院が可能であると判断できるまでのプロセスが必要であった。

Dナースは、これまでのADLの拡大に向けた援助の成果を伝えつつ、医師に「ドレーン以外は入院している意味がない」と伝えるとともに、看護カンファレンスでチームの看護師にHさんの自宅退院への希望を伝え、看護管理者にドレーンを挿入したままで自宅に帰れるような方向で、医師を説得してもらうよう依頼した。

帰れそうな感じという感覚で、(ADLが)元に戻っているのを医師に「入院している意味がドレーン以外ないという」報告をしました。

看護カンファレンスの場で意見をあげたので、「このドレーンがあっても帰れないだろうか」と。師長さん係長さんも含めて先生に、入院も長期化しているからという面から師長さんに…(伝えてもらいました)。

ドレーンを挿入したまま自宅には帰れないという医師の判断はなかなか覆らなかったが、Dナースは再度、Hさんが自宅退院したいという意思を自分で医師に伝えられるように、Hさんとともに家族を呼び、面談を行って、意思確認を行った。これによってHさんの自宅退院は決定した。

本人に聴いてみようと思って聞いたら「やっぱり帰りたい」、「帰れそう」というところまで確認

し、医師にも伝え、家族、息子さんも呼んで面談しました。

〈自宅退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する〉

Hさんの自宅退院の方針が決定された後も、Dナースはそれまでの経験をふまえて高齢かつ医療介入が必要であり、自宅退院する患者のサポートを行うたのに最適と考える訪問看護ステーションの選択と調整をすすめた。このようにしてHさんは高度な医療処置を必要とする状態ではあったが、希望を叶え、自宅に退院することができた。

あとはドレーンの管理は、抜けないように検討して伝えたのと、また医療に強い訪問も探してというふうには、じわじわとやりました。

【看護モデルとしての役割の認識】

Dナースは自分自身の看護実践を進めると同時に、意識的に看護チームとその結果を共有した。特にHさんのプライマリーナースは臨床経験が5年目の看護師であり、「一緒に計画をたてたり、カンファレンスの開催計画を立てたり、チェックリストを作成したり、カンファレンスの進行を看護モデルとして見てもらいました。」と語っており、看護チーム内で教育的な役割を果たしており、そのことがチームとしての看護実践を成立させていたと考えられた。

VI. 考察

A. 看護師が臨床的自律性を発揮した実践の様相

参加者である看護師が語った自律的な看護実践の特徴の一つは、通常行われているような治療やケアの方法では患者のニーズを満たすことが難しいと感じられるような場面で実践されていた。Aナースが語ったのは、ICUで「起き上がりたい、外に出たい」との訴えに対して、鎮静を続けていたほうが治療が進むという医師の考えに従うよりは、患者の動きたいというニーズを満たすほうがせん妄の改善にもつながるのではないかと考えられた事例であった。Cナースが語ったのも、術後の厳密な水分制限を続けるよりは、別の方法でコントロールしたほうが、合併症を発症してショックを受けている患者の心身の回復には重要だと考えられた事例であった。Dナースが語ったのも、高度医療処置を受けている限りは入院が必要という考えを変えなければ、自宅退院という患者の希望は叶えられなかった。Bナースが語ったのは医療処置に関するものではなかったが、チームの看護師にとっては通常のかかわりでは難しいと感じる患者に、しかも通常はリーダーが関与しない場面で関与することで本音を聞くこ

とができたケースであった。古地（2014）が行った研究でも、看護師の臨床的自律性は、通常の治療や看護ケアとは異なる実践を必要とする場合に発揮されることが明らかにされている。本研究の結果もこれを裏付けるものである。

看護師たちが臨床的自律性を発揮した実践の様相をみると、Wiedenbach(1964/1984)が看護師の行為の原点は患者の存在かつ患者の援助へのニーズの存在である（p.15）と述べたように、一つは患者のニーズを看護師が把握すること、たとえば起き上がりた、外に出たい、家に帰っておいしい食事を食べたいなどを把握すること、そしてもう一つは患者からは明確に表現されない苦悩や迷いを看護師が察知すること、たとえば化学療法の治療効果があまり得られていない患者の不安や迷い、術後合併症を発生した患者の心的負担を感じるなどが、契機となっていたと考えられる。またTravelbee(1971/1974)は看護師が相手の苦悩を感じ、さらに「心が動かされ、その状態を助けたり、やわらげるような何かを、積極的に行おうと願う」（p.212）ことを同感という言葉で説明したが、本研究の参加者も、ニーズを把握するだけでなく、患者の思いに心を動かされることを通じて、何とかしたいと強く動機づけられていたと考えられる。そのことが困難な状況でも臨床的自律性として、積極的に、かつ粘り強く、実践することにつながったと考えられる。

患者のニーズを実現するための看護実践の中にいくつかの臨床的自律性の特徴が浮かび上がった。その一つは患者の可能性に働きかけることである。たとえば生活リズムをつけ、行動範囲を広げて回復への意欲を高めること、きっかけをつかんで本心を聴き、看護チームとの信頼関係を築くこと、負担となる術後管理をやめ、本人が自らの状況を受けとめるプロセスに寄り添うこと、そしてリハビリを行ってADLを拡大することなどである。それらの優れた実践は、患者のニーズに沿って行われたこともあまって、患者の力を上手に引き出し、結果として患者の困難な状況を打開するような望ましい変化をもたらしたと考えられる。

臨床的自律性として行われた看護実践には、チームの力をも引き出すことも含まれる。参加者はチームの看護師にとってのモデルとなって、看護実践を提案し、チームの看護師ともに実践を行っていた。チームの看護師もそれによる患者の望ましい変化を知ること、患者の希望を叶えたい、不可能と思っていた患者の希望が叶えられるかもしれないと思えるようになったと考えられる。こうしてチーム全体で行われる実践が、患者の望ましい変化に寄与していたと考えられる。

医師に対しては、ケアの方向性の理解を求め、協力を得たりすることも、臨床的自律性として行われた実

践の一つであった。厳密な水分制限をしない代わりに代替案を医師に提案する、患者のADLを拡大し、在宅療養環境を整えることで高度な医療処置が必要なままでも自宅退院ができると理解させる、などである。医師に対して治療方針や治療計画に対して提案を行ったり、指示を先取りしたりするだけでなく、提案が受け入れられない状況下でも、根気強く医師に意見を重ねていたことは、患者にとってよりよい医療となるために重要であったと考えられる。

B. 看護師の臨床的自律性の発揮を可能にした文脈

看護師が臨床的自律性を発揮して実践することを可能にした文脈には、患者のための看護という信念、現任教育での学び、チームリーダーとしての責任感、看護モデルとしての役割の認識、看護チームの存在、医師と調整する能力、医師との粘り強い交渉があった。

患者のための看護という信念は、看護実践の根幹をなすものであり、これまでの専門職的自律性に関する多くの文献で、看護師が従属的な役割を超えて自律性を発揮する際の鍵として描かれていたものである。参加者によっては明確に語られなかったが、患者の人間としてのニーズを尊重し、権利を擁護することが今回の研究で語られたすべての実践で、看護師の自律性の保持に必要なだと考えられた。

現任教育での学び、チームリーダーとしての責任感、看護モデルとしての役割の認識は、困難な状況において主体的に役割を担っていく上での動機づけになっていたものと考えられる。小谷野（2001）は、リーダーとしての役割の有無と自律性の関連を明らかにしている。これらの役割を自覚することから生まれるリーダーシップが、看護チームへの影響力へとつながっていることは本研究の結果からも明らかである。

同僚や看護チームとの関係は、自律性に影響を及ぼす（土門、1997）。看護師が同僚や先輩に相談できる環境があることや、通常の治療やケアを超えて患者のための個別的なケアを行うことについて、看護チームからの承認を受けられること、その試みに積極的に協力が得られることも、看護師の臨床的自律性を後押しすると考えられる。その意味において看護の管理者には、標準的な看護実践を超える場面で、周囲の調整がより困難な場合により強力な発言力と推進力で看護師の臨床的自律性を促進する役割を果たすことが期待される。

これまでも医師との関係が、看護師の自律性に影響を与えることは国内外の研究において明らかにされており、医師との関係性によっては看護師の自律性が発揮されにくいとの報告がある（Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004）。本研究でも、医師との関係は、医学的治療や処置の変更を必要とする場合、医師にケアの方向性や必要性の理解や協力を得る上で重要であると考えられた。

また、医療の効率化や入院日数の短縮化は看護師の臨床的自律性に影響を及ぼすとの報告から、日本において特にその傾向にある急性期病院では看護師の臨床的自律性が影響を受けていることが推測された。しかし、本研究の結果においては、急性期病院の看護師は、患者のニーズを敏感に察知しながら、通常行われているような治療やケアの方法では患者のニーズを満たすことが難しい場面において、独自の臨床的判断を行っており、臨床的自律性を発揮することを可能にする文脈が存在することも示唆された。

VII. 結論

本研究では看護師が臨床自律性を発揮した振り返る看護実践の様相と文脈を明らかにした。看護師は患者のニーズや権利擁護のため、通常行われている治療やケアを超えて、患者のための個別のケアを展開している。また、その実践を可能にしているのは、看護師個人の看護に対する信念、能力や役割開発、看護チーム・看護管理者・医師との関係であることが明らかになった。

謝辞

本研究にご協力頂きました皆様に深く御礼申し上げます。

利益相反

本研究に関わる利益相反はない。

文献

Aiken, L. H., Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
Benner, P. (2000)／井部俊子訳 (2005). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ—. 東京：医学書院.
Benner, P., Wrubel, J. (1989)／難波卓志訳 (1999). 現象学的人間論と看護. 東京：医学書院.
Blegen, M. A., Goode, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L.,

Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.

土門康子 (1997). 看護婦の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. *聖路加看護学会誌*, 1(1), 45-51.

菊池昭江・原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇)*, 47, 241-254.

古賀節子 (2012). 「看護師の自律性」測定尺度の開発. 首都大学東京博士論文.

古地順子 (2014). スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因 参加観察による記述と解釈. 神戸市看護大学博士論文.

Kramer, M., Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13-19.

Kramer, M., Schmalenberg, C. E., Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: Part 3. *Nursing*, 34(8), 44-47.

Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336.

小谷野康子 (2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして—. *聖路加看護大学紀要*, 27, 1-9.

Pankratz, L., Pankratz, D. (1974). Nursing autonomy and patients' rights; Development of a nursing attitude scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 15(3), 211-216.

Schutzenhofer, K. K. (1987). The measurement of professional autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 3(5), 278-283.

Travelbee, J. (1971)／長谷川浩・藤枝知子訳 (1974). 人間対人間の看護. 東京：医学書院.

Wiedenbach, E. (1964)／外口玉子・池田明子訳 (1984). 臨床看護の本質—患者援助の技術—改訳第2版. 東京：現代社.