

タイトル	看護師の感情労働：コミュニケーションと情報品質の視点から
著者	相馬, 幸恵; Soma, Yukie
引用	北海学園大学大学院経営学研究科 研究論集(10): 39-88
発行日	2012-03

看護師の感情労働

— コミュニケーションと情報品質の視点から —¹

相 馬 幸 恵

序章 研究の経緯・背景と目的

戦後の日本は高度成長時代の波に乗り、経済は大きく発展し、世界の中でも裕福な国となった。しかし、21世紀を迎えた今日、グローバル化、高度情報社会、少子高齢化社会に直面し、日本の経済や企業経営も大きく変わろうとしている。

特に、バブル崩壊後の日本は、少子高齢化社会、雇用問題、地方分権、無縁社会等の様々な社会問題が浮上している。これらの諸問題を背景に、保健・医療を取り巻く環境が大きく変化している。

本論文は、医療の安全と質の保証、顧客満足度（Customer Satisfaction：CS）の向上を図るために、病院で勤務する看護師の労働に着目し、看護師の感情労働、情報伝達について探索的研究を進め、今後の医療経営における看護師の感情労働について示唆するものである。

論文の構成は、下記の通りである。

- 第1章 看護師のしごと
- 第2章 看護師のコミュニケーションと情報品質
- 第3章 看護師の感情労働
- 終章 看護師の感情労働の在り方

近年の日本の医療の問題を究明すると、地域医療、高齢者医療、診療報酬、医師、看護師不足や顧客満足度の低下等、様々な問題が浮上してくる。今後、病院が存続するためには、医療制度に準拠した経営、高度医療技術の導入、患者サービスの質の向上が必要不可欠である。

患者サービスの質の向上は、病院の顧客満足度（患者満足度 patient satisfaction：PS）に影響を与える。この顧客満足度を向上させるためには、常にクライアント（患

者）と接し、クライアントと医師の間で職務を行っている看護師の対応がクローズアップされる。

多くの職種の中で、医療現場での看護師は特殊な職務形態で業務遂行し、日本医療の発展に寄与してきた経緯がある。看護師の日常の職務形態は、法的（保健師助産師看護師法）に定められていることから、クライアントからの情報や観察から得た情報を医師に伝達し、医師の指示の下に看護業務を行っている。

しかし、医療の高度化・複雑化、クライアントの高度な欲求、医療制度の変化、更には激動している医療環境や情報化により、看護師はクライアントの感情や心理の変化、多様化するニーズ等に対応し、より正確に情報伝達することが求められている。

近年、ストレス、クレーム社会における看護師の業務は過酷な状態に陥り、様々な心理的負担を抱えており、医療事故や看護師不足等が日本の病院経営を深刻化させている。

本論文では、これらを背景に、先ず、日本の医療・看護を担う看護師の専門性、基礎教育制度、人材育成プログラムを整理する。そして、看護師の職務上の感情や情報伝達、病院経営に関する意識調査を行い、そのアンケート調査結果をもとに、医療現場における看護師のコミュニケーション、看護師の感情労働の在り方について、クライアント—看護師—医師間の情報伝達と情報品質の保証、クライアントと看護師のコミュニケーションの事例の探索的研究から、感情労働の必要性を考察する。そして、これまでマイナスのイメージで論じられてきた看護師の感情労働が、今後の病院経営において、顧客満足度の向上のために必須であることを示唆し、看護師の対人サービスの改善と、病院経営における感情労働への組織的取り組みの方向性を提案するものである。

第1章 看護師のしごと

この章では、初めに、本研究の対象である看護師について、職業としての位置づけとその職務の専門性について整理する。続いて、激しく変化している今日の医療情勢に対応するために、制度の見直しや新たな制度が導入

¹ 本稿は、筆者が2010年に北海学園大学大学院経営学研究科に提出した学位論文（博士）である。学位論文作成にご指導いただきました同研究科の澤野雅彦先生に心より感謝いたします。また、本稿の作成過程において、大平義隆先生、小島康次先生に有益なご助言をいただきました。ここに深く感謝の意を表します。

されている看護師の人材育成プログラムについて概観する。そして、現在、医療現場（病院）で勤務している看護師が、本研究で注目する看護師の職務上の感情や情報伝達について、実際にどのように感じているのかについての意識調査の結果をまとめる。

なお、本稿では、「仕事」を巡る状況が、その内容だけでなく、仕事が生に占める位置づけや、それを通して個人と社会がどのように関わるかという枠組みが変化していることをふまえ、フォーマル、インフォーマルに行われる全ての仕事を「しごと」と表現する。

仕事は、しなくてはならない事、特に職業・業務を指し（広辞苑第5版）、生計を立てる手段として従事する事柄でもあり、大半がフォーマルに行われる。業務の中には、家庭における日常生活の円滑な運営のために行われる家事（掃除、洗濯、炊事、買い物、子育てなど）も含まれる。これは企業における総務・経理の仕事に似ているが、報酬を受けることはない。しかし、誰かが賃労働をすることのできる生活の基盤を維持するために不可欠なシャドウ・ワーク（shadow work）で、インフォーマルに行われている。

このような観点から看護師の日常業務をみると、採血・点滴、血圧・脈拍・体温の測定、手術や検査の介助等の治療に関わる業務から、ベッドメイキング、食事介助、排泄の世話などの日常生活への援助、クライアントからのクレーム対応まで、非常に広い範囲に及んでいる。そして、時として、クライアントの趣味や日常生活の話に始まり、対人関係上のトラブルなど、プライベートな悩みの相談に付き合わされる事もある。そのため、本稿では、看護師の業務を「仕事」ではなく「しごと」として捉え、議論を進める。

第1節 専門職としての看護師

わが国における職業の種類はきわめて多く、国勢調査や厚生労働省の調査などを総合すると、その数は3万4,000以上になっている。これらの職業を一定の方針に従って整理し分類したものが職業分類である（表1）²。

本研究で取り上げる看護師は、表1では専門的技術者の中に位置付けられている。社団法人日本看護協会（Japanese Nursing Association：JNA）³の2007年の統計によれば、看護師および准看護師の総人数は130万人（看護師＝88万人、准看護師＝42万人 およそ2：1

の比率）である⁴。2006年4月の診療報酬改定により創設された一般病棟7：1入院基本料により、多くの医療機関では、准看護師ではなく看護師の需要を高めている⁵。

看護師の仕事は専門性が高く、一般に専門職と言われている。専門職（profession）とは、高度な専門知識や技術が求められる特定の職種で、日本においては、教育職や医務職などの専門的職業をさしているのが一般的である。

本節では、看護師および准看護師の定義および法的規制、基礎教育制度について整理する。

1-1-1. 看護師とは

「看護師」とは、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話、又は診療の補助を行うことを業とする者」と定められており（保健師助産師看護師法⁶、第5条）、2007年現在、88万人が従事している。また、その職務遂行にあたっては医師の指示を必要とする（同法、第37条）。看護師以外の専門職は自分で意思決定し行動するが、看護師は医師の指示のもとに職務を遂行する形態をとっており、他の専門職と違いがある。

1-1-2. 准看護師とは

「准看護師」とは、「都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師、又は看護師の指示を受けて前条に規定すること（傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話、又は診療の補助を行うこと）を業とする者をいい（同法、第6条）、2007年現在42万人が従事している。その具体的な職務内容については、特に看護師との違いや規制は明文化されていない。看護チームを構成してクライアントを看護する場合（チーム・ナーシング方式 team nursing system）、看護師がチームリーダーとなり、そのリーダーの監督下に数人の看護師、准看護師、看護補助者⁷が

⁴ 日本看護協会：「看護統計資料」<http://www.nurse.or.jp/toukei/pdf/toukei04.pdf>

⁵ 「入院基本料」は、病院が患者を入院させた際、病院に支払われる「診療報酬」の名称で、看護サービスのほか医師の基本的な診療行為、入院環境（病室・寝具・浴室・食堂・冷暖房・光熱水道など）の提供の対価である。「7対1」とは、患者に対する看護配置を示し、1日24時間を平均して、患者7人に1人の看護職が勤務していることをいう。

⁶ 保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日法律第203号）とは、保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もって医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする日本の法律である（同法1条）。

⁷ 「看護補助者」とは、保健師・助産師・看護師の指示のもとで、専門的判断を必要としない事柄について、看護師の補助的業務を行う者をいう。具体的には、入浴介助等患者に直接行う業務と、環境整備等間接的に行う業務をする個人（者）である。

² 総務省統計局：「日本職業分類」<http://www.stat.go.jp/index/index.htm>

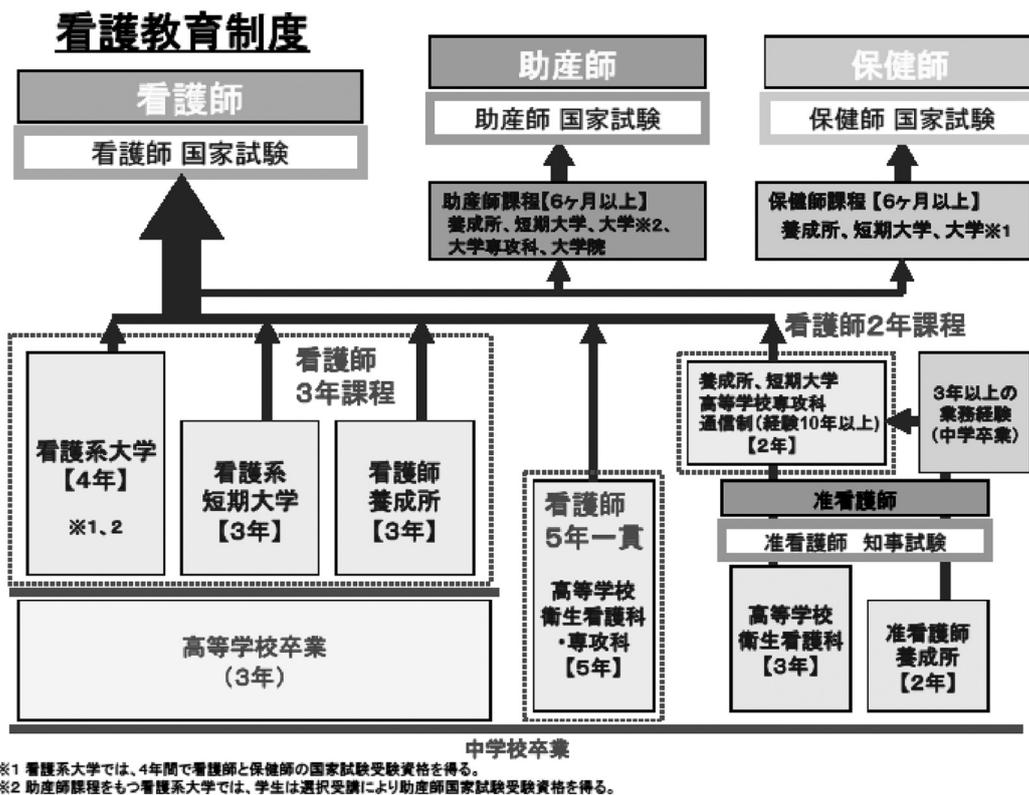
³ 保健師・助産師・看護師・准看護師の看護職能団体である。看護職の専門技能の研修、雇用、労働条件の推進、訪問看護や在宅看護の推進から、災害時の救援活動、国際的な協力、支援活動など看護職の地位向上、活動領域の拡大とPRなどの活動を行っている。

表1 職業大分類表

	解 説	主な職業例
1	専門技術職 高度の専門的水準において、科学的知識を応用し、技術的な業務に従事するもの及び医療・法律・教育・その他の専門的性質の業務に従事するものをいう。この仕事を遂行するには、通例、大学・研究機関などにおける高度の科学的訓練・その他専門的分野の訓練、またはこれと同程度以上の実務的経験あるいは芸術上の創造的才能を必要とする。	機械・電気技術者、建築・土木・測量技術者、情報処理技術者、保健婦、助産婦、看護婦、歯科技工士(歯科助手を含む)、栄養士、介護士、薬剤師、福祉相談専門員、裁判所事務官・調停員、幼稚園教員・保育士、小・中・高校教員、各種学校・予備校講師、商業・グラフィック・インテリアのデザイナー、学習塾講師、パソコンインストラクター、スーパーバイザー
2	管理職 事業の方針の決定、経営方針に基づく執行計画の樹立、作業の監督・統制など、専ら経営体の全般または課相当以上の内部組織の経営管理に従事するものをいう。	会社・団体の役員、部課長級・工場長級・支店長級の管理職（将来の候補含む）
3	事務職 一般的な知識、経験に基づき、人事・文書・企画・調査・会計・受付・秘書などの業務や生産関連・営業販売・運輸・通信に関する事務、および事務用機器の操作に従事するものをいう。	総務・人事係・広報係・事務、商品企画事務、受付・案内事務、秘書、一般事務、医療事務、金融機関窓口事務、予算・経理事務員、集金収納係、生産記録係、クリーニング受付事務、倉庫管理事務、出荷・発送係、仕入れ係、検針員、運輸改札係、タクシー配車係、速記者、コンピュータオペレーター
4	営業販売職 有体的商品・不動産・有価証券などの売買、売上の仲立・取次・代理などの仕事、保険の代理・募集の仕事、サービスに関する取引上の勧誘・交渉・受注など売上の仕事に従事するものをいう。	スーパーの店長（将来の候補含む）、百貨店・スーパー・小売店の販売員、ガソリンスタンド販売員、卸売販売員、商品訪問販売員、商品仕入外交員、保険セールスマン、商品仲介人、DPE取次人
5	サービス職 個人の家庭における家事・介護サービス、理容・美容・クリーニング・調理・接客・娯楽などの個人に対するサービス、居住施設・ビルなどの管理サービスなどの仕事に従事するものをいう。	家政婦（夫）、ホームヘルパー、理容・美容師（見習含む）、エステティシャン、風呂番、クリーニング工、調理師（見習含む）、ウェイター・ウェイトレス、ホテル・旅館接客・客室係、寮管理人、ビル管理人、駐車場管理人、旅行添乗員
6	保安職 国家の防衛、社会・個人・財産の保護、法と秩序の維持などの仕事に従事するものをいう。	警備員、守衛、道路管理員、交通指導員、プール監視員
7	農林漁業職 農作物の栽培・収穫の作業、養蚕、家畜・その他の動物の飼育の作業、材木の育成・伐採・搬出の作業に従事するものをいう。	農耕（園芸・果樹・畑作）・養蚕作業員、養畜（肉牛・乳牛・養豚・養鶏）作業員、植木・造園師、育林作業員、伐木・集材作業員
8	運輸通信職 電車・自動車等乗り物の運転・操縦、通信機の操作などの仕事に従事するもの、またはその他の関連作業に従事するものをいう。	鉄道機関士、バス運転手、タクシー運転手、トラック（ダンプ）運転手、けん引運転手、ごみ収集運転手、テストドライバー、船舶・航空機操縦士、車掌、駅構内係、フォークリフト運転手、車両点検係、無線通信・技術士、電波技術員、電話交換手、郵便配達・集配員
9	生産労務職 機械・器具・手道具などを用いて原材料を加工し、または組み立てる作業、生産機械・装置の操作を行う作業、建設機械・定置機関・定置機会の操作・運転の作業、発電・変電などにおける機械装置の操作・保全の作業、建設工事の作業および他に分類されない技能的作業、生産工程の作業ならびに運搬・清掃などの労務的作業に従事するものをいう。	鋳物工、スチール製造工、非鉄金属製錬工、金属熱処理工、圧延工、伸線工、金属材料原料工、化学製品製造オペレーター、石油精製オペレーター、化学繊維工、石鹼・洗剤・油脂製品製造オペレーター、医薬品・化粧品製造オペレーター、アスファルトブロック製造工、水質検査員肥料製造工、窯業原料工、ガラス製品製造工、煉瓦・瓦類製造工、陶磁器製造工、ファインセラミック製品製造工、窯業絵付工、セメント製品製造工、土石製品製造工、金属材料製品製造工（ボール盤工・旋盤工・フライス盤工・MCオペレーター等）、金属プレス工、製缶工、板金工、めっき工、金属研磨工、金属線製品・ばね製造工、電気溶接工、ガス溶接工、原動機組立・修理工、産業用機械組立・修理工、電気機械器具組立・修理工、自動車関連部品組立・修理工、航空機関連部品組立・修理工、鉄道車両関連部品組立・修理工、計量計測機器・光学機器組立・修理工、精穀・製粉調味食品製造工、食料品関係製造工、飲料・たばこ製造工、紡績製造工、衣服・繊維製品製造工、製材工、合板工、木工、木製家具・建具製造工、パルプ・紙・紙製品製造工、写植オペレーター、製版作業員、印刷・製本作業員、ゴム製品製造工、プラスチック製品成型・加工工、革・革製品製造工、靴・袋物製造工、玩具製造工、漆器工、貴金属・宝石加工工、楽器製造工、文房具製造工、運道具製造工、家具類内張工、塗装工、看板制作工、製図工、包装工、ボイラーオペレーター、クレーン運転工、建設機械オペレーター、堀削機械（ショベルカーなど）運転工、舗装機械（バックホーなど）運転工、クレーン玉掛工、送電・配電・通信線の架線・敷設工、電気通信設備工、電気工事業者、砂利・砂・粘土採取作業員、ダム・トンネル掘削作業員、型枠大工、とび工、鉄筋工、タイル張工、屋根葺き工、左官、畳工、配管工、内装仕上工、防水工、土木業者、保線・軌道工、工場内運搬作業員、倉庫作業員、運送業配達員、ルートセールス配達員、梱包工、清掃員、ごみ処理産業洗浄工、製品選別工、商品検査員、雑務者

出典：総務省統計局ホームページ

図1 看護教育制度



出典：日本看護協会ホームページ

役割分担して、診療の補助又は療養上の世話をを行う。クライアントに直接かかわる看護ケアは、看護師と准看護師がほぼ同様に行っているため、クライアントから見ると両者の区別がつかない。しかし、資格・役割の違いにより、准看護師が受け取る報酬・給与は、看護師とは異なるという現状にある。

以上のように、看護師と准看護師は区別されているが、本稿では、「看護師」をクライアントとの相互行為を中心に看護を担う役割として広く捉え、准看護師も含め「看護師」と表現する⁸。

1-1-3. 看護基礎教育制度

前述のように、看護師が「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行う」のに対し、准看護師は「医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて」それを行うこと定められている。こうした資格の2層構造も反映して、図1⁹に示すように、看護師の資格取得ま

での養成ルートは、きわめて複雑なものとなっている。

川島みどりら(2008)¹⁰、橋本鉦市(2009)¹¹をもとに看護教育制度を整理する。まず、高等学校卒業を要件とする3年課程の看護師養成機関には、大学、短期大学(3年制)、看護師養成所がある。さらに看護師養成所については、修業年限が1年延長される定時制課程もある。准看護師を対象に看護師養成を行う2年課程の養成機関には、看護師養成所、短期大学(2年制)、高等学校看護専攻科がある。また、中学校卒業を要件として5年一貫教育を行う高等学校・高等学校専攻科がある。これらの養成機関を経ることで、看護師国家試験の受験資格を得ることができる。

次に、准看護師養成機関には、中学校卒業を要件として、2年制の准看護師養成所、3年制の高等学校衛生看護科がある。高校については准看護師養成所と連携教育を行う4年制の定時制過程がある。これらの養成機関を経ることで、都道府県知事による准看護師の試験の受験資格を得ることができる。准看護師はさらに2年過程の

⁸ 看護の職務を担当する個人(者)を表す用語に「看護職」があるが、日本看護協会(2007)の「看護に関わる主要な用語の解説」によれば、看護職とは保健師・助産師・看護師・准看護師のいずれかもしくは複数の資格を持つ者をいう。本研究の対象者は看護師および准看護師であるため、看護職ではなく「看護師」と表現する。

⁹ 日本看護協会：「看護師教育制度」<http://www.nurse.or.jp/>

[nursing/international/working/pdf/kango.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kango.pdf)

¹⁰ 川島みどり・草刈淳子・氏家幸子・高橋みや子(監修)(2008)『日本の看護120年——歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会、69-96。

¹¹ 橋本鉦市(2009)『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部、11-24、84-104。

看護師養成機関を経ると、看護師国家試験の受験資格を得ることができる。ただし、高校衛生看護科を経る場合は、2年課程の看護師養成機関へ直接進学することが可能であるが、2年制の准看護師養成所を経る場合、2年課程の看護師養成所への入学には、准看護師として3年間の業務経験が必要となる。

このように、看護師養成の制度は、養成機関の多様さに加えて、2年課程の場合、その前段階の准看護師養成機関の多様さが掛け合わされるため、非常に複雑なものとなっている。日本看護協会は、看護の質の向上のため准看護師の廃止と資格の統一を目指している。一方、日本医師会は、戦後の看護師不足に対し、各地の医師会が看護師・准看護師養成所を設置して、その要請に貢献してきた経緯があり、日本の看護体制は今後も看護師、准看護師、看護補助者の三層構造が最適であり、准看護師制度を存続させるという見解を示している¹²。このように、政治的問題もあり、准看護師問題は未だ解決に至っていない。

看護基礎教育改革と新人看護職員の卒後臨床研修

少子高齢化や疾病構造の変化、医療技術の発達と専門化・高度化、チーム医療の推進など、医療・看護を取り巻く状況の変化により、看護職に求められる能力と需要が増大している。医療改革に伴い、医療関係職種では教育制度の改革が実施され、2004年に医師は臨床研修が必修化し、薬剤師は教育年限が4年から6年に延長された。しかし、看護師の教育年限は60年近く変化がなく、また、専門科目の増加によりカリキュラムが過密となり、1科目あたりの教育時間が激減した。

2006年に日本看護協会が行った看護教育基礎調査¹³では、約7割の看護師養成所の教員が、教育年限が不足し、現行の教育では十分な看護の知識や技術の養成は困難であると回答している。また、80項目の看護技術のうち、卒業時点で一人でできる学生が「80%以上」と回答した学校が5割を超えた看護技術は、18項目(22.5%)に留まっている。

一方、2002年の日本看護協会「新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査」によると、新卒看護師の7割以上が「入職時一人でできる」と認識している技術は、103項目のうちわずか4項目であった。医療現場の期待する実践能力と新人看護師の臨床実践能力が大きく乖離しており、新卒看護師は医療事故に対して重大な責務を自覚し、医療事故を起こすことへの不安を感じている。この

ことは、新人看護師の早期離職の一因であるといわれている。

時代の要請に対応した資質の高い看護職を養成するためには、基礎教育の年限延長・充実と、質の高い新人看護職養成のための制度改革が必要となった。看護師教育の4年制大学化への移行が進められ、2010年の文部科学省の統計によれば、1991年には看護系大学は9校であったが、2010年5月現在188校と急増した¹⁴。そして、看護の質の向上、医療安全の確保、新卒看護師の早期離職防止の観点から、厚生労働省は、平成22年度より新人看護職員研修事業を開始し、努力義務として新人看護職員卒後臨床研修が実施されている。

第2節 プロフェッション（専門職）とは何か

先節で述べたように、看護師は専門職 (profession) として理解されている。このプロフェッションという概念は、これまで多くの研究者が専門職であることの特性を明確にし、専門職であるために備えていなければならない基準を列挙することで、定義づけようとしてきた。本節では、専門職の先行研究を概観し、本研究における看護師の位置づけを示す。

1-2-1. 専門職論

Alexander Morris Carr-Saunders and Paul Alexander Wilson の著書「The Profession」(1933)¹⁵によると、プロフェッションとは、次のような特徴を備えた職業である。①長期の教育訓練によって得られる専門化された知識技術を保有していること、②能力のテストと倫理的規範の維持を主目的とする職業団体 (association) を組織していること、③仕事には責任の概念 (sense of responsibility) が伴うこと、④サービスへの報酬は一定の利益ではなく謝礼または給与の形をとることである。法曹や医師といった職業はすべてこれらの特徴を備えている。

次に、David Greenwood(1957)¹⁶は、プロフェッションの共通する属性として、次の5点を挙げている。①体系的な理論、②クライアントに対するプロフェッショナルとしての権威、③一連の権力、特権などをコミュニティが承認すること、④利他性と公的サービスへの方向づけを行う規制的倫理的規範、⑤価値、規範、象徴などのプロフェッショナルの文化である。

¹² 日本医師会：「准看護師問題について」<http://www.med.or.jp/nichikara/junkan2.html>

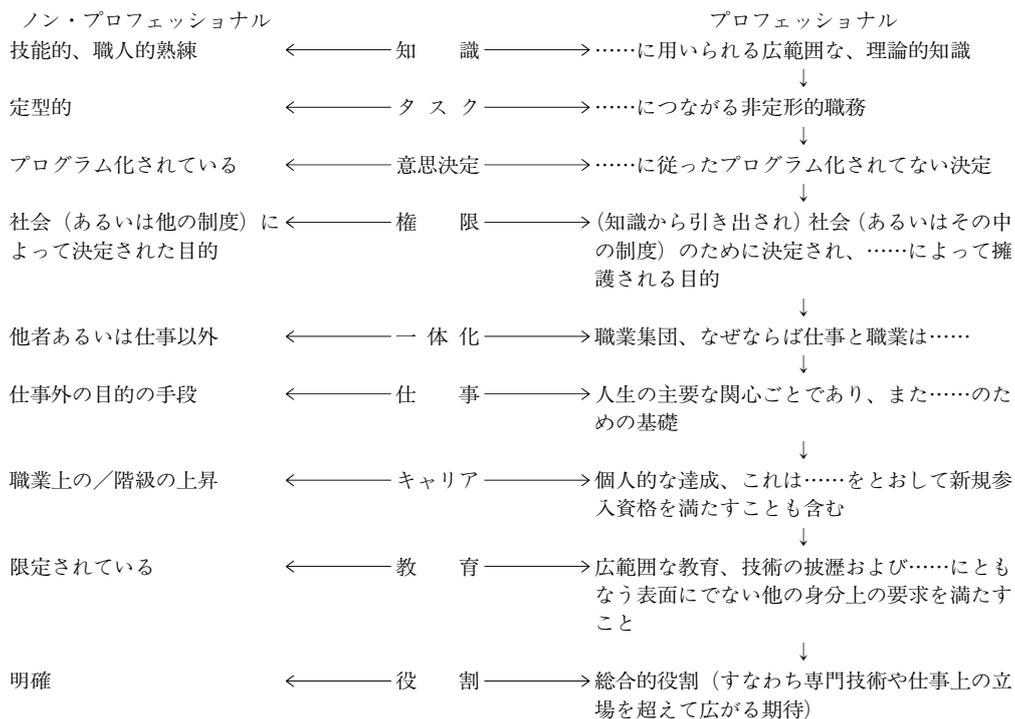
¹³ 日本看護協会：「2006年看護教育基礎調査」<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2006pdf/20070227.pdf>

¹⁴ 文部科学省：「医療技術者の育成」http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1299244.htm

¹⁵ Carr-Saunders, A. M & Wilson, P. A (1933) *The Professions*. Oxford University Press.

¹⁶ Greenwood, E (1957) Attributes of a Profession. *Social Work*, 2(3), 45-55.

図2 Elliotによる「理念型としてのプロフェッショナルの連続体」(1972)



訳注:「……」は、すぐ下の説明を指すものとして付け加えた。

(太田 肇:プロフェッショナルと組織、同文館出版、1993、p.18より引用)

Harold L Wilensky (1964)¹⁷は、プロフェッショナルとノン・プロフェッショナルを区別する基準として、2点を挙げている。①プロフェッショナルの仕事は長期的な訓練によって初めて獲得できる体系的な知識または教養に基づく「専門技術的」(technical)なものであること、②プロフェッショナルは一連の「プロフェッショナルの規範」(professional norms)を信奉することである。

そして、Philip Elliott (1972)¹⁸は、プロフェッショナルとノン・プロフェッショナルを多次元からなる連続体としてその特徴を示している(図2)。

以上のような研究に基づいて、太田 肇(1993)¹⁹はプロフェッションの要件を次のように5つにまとめている。それは、①専門的知識・技術に基づく仕事に従事する職業であること、②これらの知識や技術は理論的基礎を必要とし、長期の教育訓練によって獲得されるものであること、③サービスの提供にあたっては、プロフェッショナルとしての倫理的規範に従うことが求められていること、④これらの能力的および倫理的基準を維持することを主目的とした職業団体が存在していること、⑤こ

のような専門性、倫理性を保証する内的規制が存在するため、専門の領域においては独占的権限が伴うことである。これらの特徴を備えているのは、医学(medicine)、聖職(ministry)、法曹(law)、科学(science)などである。これらは古くからプロフェッションとしての地位を獲得しており、「認知されたプロフェッション」(acknowledged professions)、「確立されたプロフェッション」(established professions)などとよばれる。

Albert Shapero(1985)²⁰は、アメリカ合衆国の職業分類に基づき、次の職業をプロフェッションとして位置付けている。建築家(architects)、会計士(accountants)、技師(engineers)、あらゆる種類の科学者(scientists)、医師(doctors)、歯科医師(dentists)、看護師(nurses)、薬剤師(pharmacists)、法律家(lawyers)、デザイナー(designers)、司書(librarians)、新聞・雑誌記者(journalists)、コンピュータの専門家(computer specialists)、編集者(editors)、管理者(manager)、栄養士(dieticians)、聖職者(clergy)、広告専門家(advertising specialists)、統計専門家(statisticians)などである。この分類には看護が含まれているが、一方で、Wilensky(1964)は、看護が完全にプロフェッションとはいえない理由として、教育期間が短いこと、特権がないこと、仕

¹⁷ Wilensky, H. L (1964) The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.

¹⁸ Elliot, P. (1972) *The Sociology of the professions*. Macmillan.

¹⁹ 太田 肇(1993)『プロフェッショナルと組織——組織と個人の「間接的統合」——』同文館出版、15-28.

²⁰ Shapero, A. (1985) *Managing Professional People: The Free Press*.

事における自律性が低いこと、地位が低いことなどが要件に合致しない点であると指摘した。そして、看護職は境界線上もしくは途上にある職業として位置づけた。

看護学の領域では、上泉和子(2003)²¹は、専門職(profession)の基準を次のようにまとめている。①独自の専門的知識・技術に基づく仕事に従事する職業であること、②これらの知識や技術は長期的教育訓練でなければ獲得できないものであること、③その実践の基盤となる専門的知識体系と教育体系を有していること、④社会の安寧と公共の利益を目指したサービスと貢献であること、⑤サービスの提供にあたっては、プロフェッショナルとしての倫理的規範に従うこと、⑥職務活動において自律性を有すること、⑦サービスを提供するための能力、倫理的規範、自律性を維持するための専門組織と倫理規定が存在すること、⑧専門性・倫理性を保証する免許や認定の制度を備えること、⑨これらの領域には独占的権限が伴うことである。そして、看護学が科学的知識体系であるといえるかどうか、また、看護の自律性は医師の権限にコントロールされるという2点については未だ議論が残る、と指摘する。

しかし、専門技術を支える知識は必ずしも科学でなければならないわけではなく、むしろ対人サービス業である看護の知識は、科学的根拠だけでは説明できない暗黙知のような知識を多く含んでいる。臨床での経験と継続教育によって獲得されるこれらの知識は、重要で専門性を持っていることは明らかである。従って、本稿では、看護師は専門職であると位置づけ、研究を進める。

1-2-2. 看護師の人材育成の現状

医療の高度化・複雑化に伴い、看護師に求められる役割も多様化し、看護職の中でも専門分化が進められている。日本の看護業界における看護師の人材育成を概観すると、日本看護協会による①専門看護師、②認定看護師、③認定看護管理者の人材育成プログラムがある²²。

1987年の厚生労働省による「看護制度検討会報告書」²³は、複雑かつ高度な業務や特殊な技術を有する業務、健康教育や保健指導に関する看護業務は増大傾向にあり、このような変化に対応するには「看護婦の資格を持つものに対して卒業教育の一環として、一定の専門分野について専門看護婦(士)を養成する必要がある」と指摘し

た。この報告を受け、日本看護協会は、1994年に専門看護師(CNS: Certified Nurse Specialist)制度を発足させた。

専門看護師は修士課程修了が認定要件となっているが、1990年代当初、看護系大学院修士課程は少なく、専門看護師はすぐには得られない状況にあった。しかし、年々高度化・複雑化する臨床の看護現場では、このような医療・看護に対応できる専門性の高い看護師を緊急に必要としていた。そこで、実践経験が豊富で専門的な知識・技術を持つ看護師を対象に、認定看護師(CEN: Certified Expert Nurse)制度を発足させたのである。

(1) 専門看護師(CNS: Certified Nurse Specialist)

日本看護協会によると、専門看護師は、専門看護師認定試験に合格し、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有することを認められたものである。その教育は、看護系大学大学院修士課程で行われ、日本看護系大学協議会が専門看護師教育課程の特定と認定を行う。専門看護師の特定分野と育成開始年、認定者数を表2に示す²⁴。専門看護師は、専門看護分野において、①実践(個人、家族および集団に対して卓越した看護を実践する)、②相談(看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う)、③調整(必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に関わる人々の間のコーディネーションを行う)、④倫理調整(個人、家族および集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決を図る)、⑤教育(看護者に対しケアを向上させるための教育的機能を果たす)、⑥研究(専門知識および技術の向上並びに開発を図るために実践の場における研究活動を行う)の6つの役割を持つ。専門分野の複雑な看護、効率的な看護実践、多様な保健医療福祉システムの調整、

表2 専門看護師特定分野一覧

分野名	特定年月	認定開始年	認定者数
がん看護	1995.11	1996.06	193
精神看護	1995.11	1996.06	68
地域看護	1996.11	1997.06	14
老人看護	2001.07	2002.05	24
小児看護	2001.11	2002.05	40
母性看護	2002.07	2003.11	27
慢性疾患看護	2003.07	2004.03	34
急性・重症患者看護	2004.07	2005.03	42
感染症看護	2006.07	2006.11	4
家族支援	2008.04	2008.11	5

* 認定者数は、2010年2月現在
出典：日本看護協会ホームページ

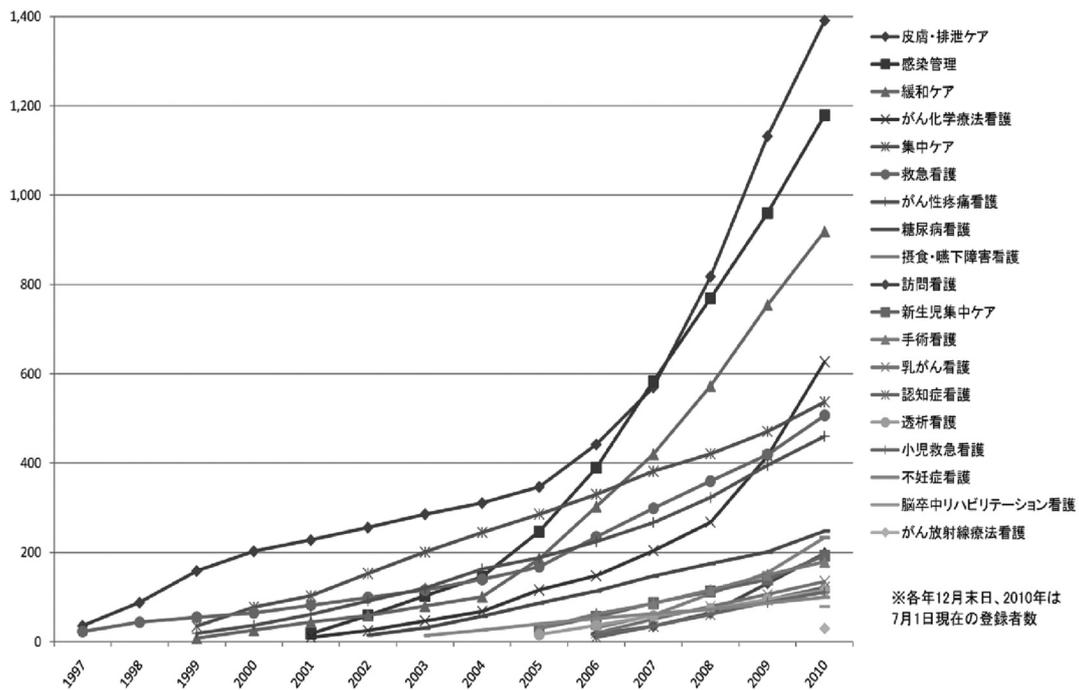
²¹ 上泉和子(2003)『看護専門職の機能と活動』伊部俊子編 看護管理学習テキスト第1巻 看護管理概説—21世紀のサービスを創る』日本看護協会出版会、71-95。

²² 日本看護協会：「資格認定制度」<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>

²³ 日本看護協会：「昭和62年看護制度検討会報告書」<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2009/hojyokan-60-5.pdf>

²⁴ 日本看護協会：「資格認定制度」<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>

図3 認定看護師 分野別年次推移



専門看護実践に基づく看護学の向上への貢献が期待される。

(2) 認定看護師 (CEN : Certified Expert Nurse)

認定看護師は、日本看護協会による認定看護師認定審査に合格し、ある特定の分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた者である。認定看護師は、特定の看護分野において、①実践（個人、家族および集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する）、②指導（看護実践を通して看護者に対して指導を行う）、③相談（看護者に対してコンサルテーションを行う）の3つの役割を持つ。特定の看護分野の熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践と看護現場における看護ケアの拡大と質の向上が期待される。認定看護師の特定分野と育成開始年、認定者数を表3²⁵に、分野別年次推移を図3²⁶に示す。

1987年、厚生省（当時）は、看護制度検討報告書の中で、看護の質を保証するためには、看護職に知識や技術が有効に発揮されるような人員の配置、環境および設備等の条件が整備された体制を確立することができる看護管理者が必要であることを明記した。また、1989年の国際看護師協会（International Council of Nurses : ICN）

表3 認定看護師特定分野一覧

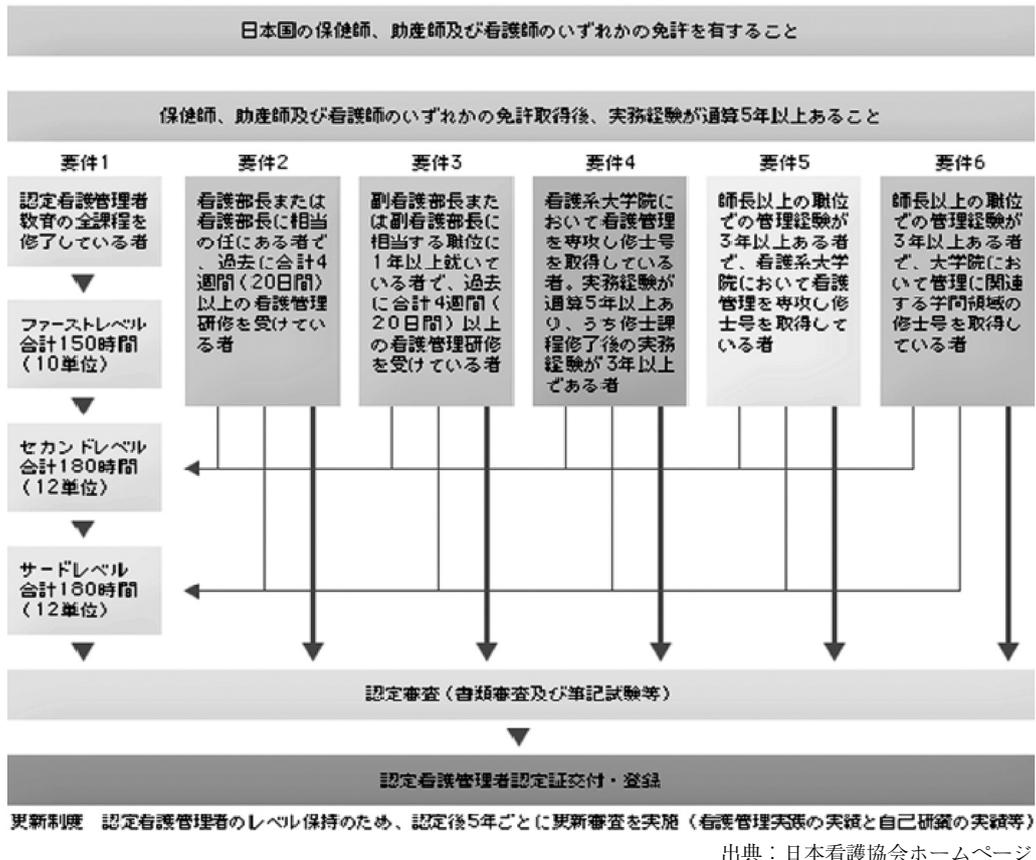
分野名	特定年月	認定開始年	認定者数
救急看護	1995.11	1997.06	507
皮膚・排泄ケア	1995.11	1997.06	1391
集中ケア	1997.10	1999.06	537
緩和ケア	1998.05	1999.06	919
がん化学療法看護	1998.05	2001.08	627
がん性疼痛看護	1998.05	1999.06	460
訪問看護	1998.11	2006.07	198
感染管理	1998.11	2001.08	1179
糖尿病看護	2000.02	2002.08	248
不妊症看護	2000.02	2003.08	100
新生児集中ケア	2001.07	2005.08	193
透析看護	2003.07	2005.08	115
手術看護	2003.07	2005.08	179
乳がん看護	2003.11	2006.07	135
摂食・嚥下障害看護	2004.07	2006.07	233
小児救急看護	2004.11	2006.07	111
認知症看護	2004.11	2006.07	122
脳卒中リハビリテーション看護	2008.02	2010.06	79
がん放射線療法看護	2008.05	2010.06	30
慢性呼吸器疾患看護	2010.02	2012 見込み	
慢性心不全看護	2010.02	2012 見込み	

* 認定者数は、2010年2月現在
出典：日本看護協会ホームページ

²⁵ 日本看護協会：「資格認定制度」 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>

²⁶ 日本看護協会：「分野別認定看護師数年次推移」 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/cnsuii.pdf>

図4 認定看護管理者の教育および認定システム



による看護管理についての所信表明と看護管理者養成に関するガイドラインでは、「社会すべての人びとに可能な限り高い質のサービスを提供するために、限られた資源を効率的かつ効果的に管理することが一層必要となってくる」と述べられている。これらをもとに、日本看護協会は、1992年に認定看護管理者(Certified Nurse Administrator)制度を発足させた。

(3) 認定看護管理者 (Certified Nurse Administrator)

認定看護管理者とは、日本看護協会認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有するものとして認められたものをいう。多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族および地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することにより、保健医療福祉に貢献する役割を持つ。認定看護管理者の教育および認定システムを図4²⁷⁾に、認定看護管理者数の推移を図5²⁸⁾に示す。

(4) 特定看護師(仮称)の養成

一方、厚生労働省は、2010年3月の「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)」²⁹⁾において、質が高く、安心・安全な医療を求めるクライアント・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は我が国の医療の在り方を変え得ると報告している。要点は以下のとおりである。

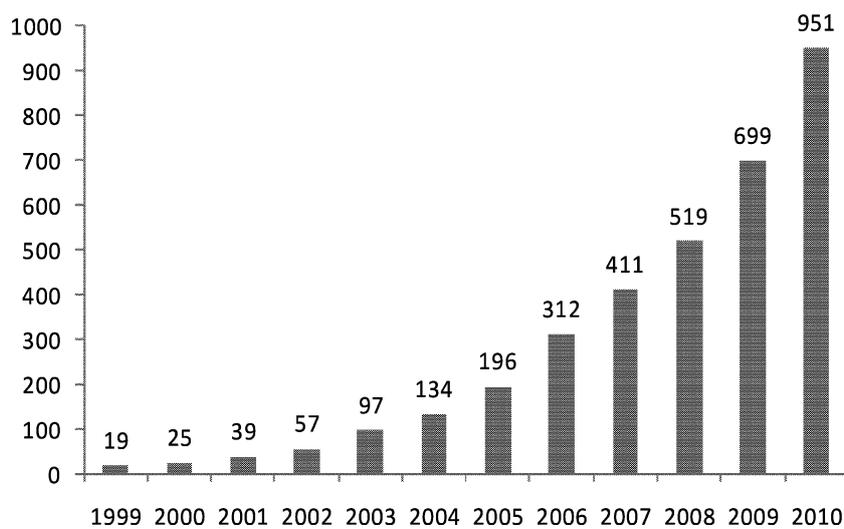
今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取り組みを進め、これを全国に普及させていく必要がある。看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務からクライアントの療養生活の支援に至るまで、幅広い業務を担い得ることから、「チーム医療のキーパーソン」としてクライアントや医師その他の医療スタッフから大きな期待が寄せられる。

²⁷⁾ 日本看護協会：「認定看護管理者への道」www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2004pdf/04-3.pdf

²⁸⁾ 日本看護協会：「認定看護管理者」<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/cnasuii.pdf>

²⁹⁾ 厚生労働省：「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書)」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6g.pdf>

図5 認定看護管理者数の推移



出典：日本看護協会ホームページ

近年、看護教育は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。このような状況を踏まえ、チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人ひとりの看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、①看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、②看護師が実施し得る行為の範囲を拡大する、との方針により、その能力を最大限に発揮させることが期待される。

こうした期待に応え、厚生労働省は、医療の安全とクライアントの安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質やクライアントのQOL (Quality of Life) をより一層向上させるためには、看護師により実施することが可能な行為を拡大することと併せて、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為（「特定の医行為」）を、医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要があるとして、平成22年度より「特定看護師（仮称）」養成調査試行事業を開始している。

現在、多くの看護系大学院修士課程において、専門看護師の養成が行われているが、特定看護師（仮称）の新たな枠組みの構築を踏まえ、専門看護師の業務や養成の在り方についても、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。

(5) ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner : NP)

また、米国では、大学院において専門的な教育を受け、比較的安定した状態にあるクライアントを主たる対象として、問診や検査の依頼、処方等、医師の指示を受けずに診療行為を行うナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner : NP) が活躍している³⁰。米国では、民間保険中心であり、公的保険はメディケア（高齢者・障害者対象）、メディケイド（低所得者対象）のみで、支払い能力によって受けられる医療に差があり、医療の質より医療費の安さが優先されることもある。ナース・プラクティショナーは、低コストで必要な医療サービスを提供するシステムとして、また、医師がいない過疎地での医療に貢献することを目的として活躍している。

日本でも、高度な実践家を医療職間の業務の分担、看護職の裁量の拡大と連動させて養成し、すべての国民に安全で安心な医療を公平に提供できる体制の構築に寄与することを主な目的として、2008年4月、大分県立看護科学大学大学院の博士前期課程において、老年及び小児のナース・プラクティショナーの養成教育が始められている。厚生労働省は、「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)」³¹(2010年3月)において、ナース・プラクティショナーは、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う看護師・特定看護師(仮称)とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要である、

³⁰ ナース・プラクティショナーは、米国の他にもイギリス、カナダ、オーストラリアなどで導入されている。

³¹ 厚生労働省：「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書)」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6g.pdf>

との見解を公表している。

1-2-3. ジェネラリストとスペシャリスト

日本看護協会は、専門看護師や認定看護師を「スペシャリスト」と位置づけ、育成しているが、「専門」という言葉ゆえに混同されがちである「プロフェッション (profession)」「スペシャリスト (specialist)」「エキスパート (expert)」の3つの概念を、藤本昌代³² (2005) は、次のように区別している。まず、プロフェッションは、専門職業人を意味する。スペシャリストは、分野全体あるいは多方面に知識・技能を発揮する人を意味するジェネラリスト (generalist) の対語で、ある1つの職務に精通している人である。知識、技術の習得形態の違いを表現しているのであり、職業人を指す言葉ではない。また、エキスパートは、アマチュア (amateur) との対語で、熟練者を指し、知識、技術の習得のレベルの違いを表現している。「心臓手術のエキスパートである〇〇医師」という表現も、知識、技術の習得レベルの高さを示すもので、専門職業人であるプロフェッションとは区別される。しかし、本研究のテーマである医療業界の看護師はどの区分に所属しているのか、多くの研究者が様々な議論しているが、筆者がサーベイした限りでは明確になっていないのが現状である。

専門職としての看護の役割は、変化する社会のニーズに応じて拡大する傾向にあり、役割の多様化に対応するために、看護職の中での役割分担の明確化が求められている。しかし、昼夜を問わずクライアントに最も近い場所に位置し、その生死にかかわる職務を担っている看護職においては、特定の看護領域を持たず、幅広い知識と技術を身につけ、どのような対象に対しても看護独自の機能を発揮することができるジェネラリストが必要なのである。

また、病院の雇用管理からみても、長期雇用を前提として、その組織で通用する人を育成するために、ローテーションにより多くの領域において経験を積ませ、その組織に特有な知識や技術を幅広く習得させる必要がある。このことは、同時に、看護師が提供する看護サービスの水準の向上にも貢献する。しかしながら、看護師は国家資格を有する専門職であり、1つの病院を退職して新たな病院に再就職し、勤務先が変わったとしても看護師であることに変わりはなく、職務経験 (経験年数) に対する評価は継続して給与に反映される。看護師不足により、再就職の求人に欠くことはなく、一般に、看護師は離職・再就職しやすいといわれている。

日本看護協会によって、専門看護師や認定看護師の教

育・認定システムが整備されたこともあり、近年、1つの組織に継続的に所属してジェネラリストとしての経験を重ねるよりも、転職等を通して複数の組織で活躍する、高い専門的な知識・技術を磨くことに主眼を置いたキャリア形成を志向する人たちが増えてきている。しかし、看護職の中での専門分化は、ジェネラリストの存在があって初めて可能となる。また、どの専門領域のスペシャリスト、エキスパートであっても、専門に見合った組織的な位置づけと役割が与えられることで、その専門的な知識と技術を発揮することが可能になる。それゆえ、看護管理者は、それらの職域にある看護師が持てる知識と技術を有効に発揮するためのシステム、あるいは人員配置とマネジメント、人材育成を行うことが求められる。

第3節 看護師に必要な能力

前節では、看護師の人材育成プログラムについて述べてきたが、今一度、専門職である看護師に必要な能力について掘り下げてみる。本節では、看護師に必要なとされる能力と、看護師の知識・技術の獲得の過程について論じる。

しごとに必要な能力は、一般に、知識、技術、技能といわれている。これに対して、看護学の基礎教育および厚生労働省では、看護師に必要な能力は、知識、技術、態度と整理されている。看護師は、国家資格のもとに、専門職として自らの職務に必要な・十分な知識・技術・態度によって看護サービスを提供し、その「品質」を「保証」しなければならない。

1-3-1. 知識と技術

知識は科学によって造り出され、数学的形式によって記述できないものは科学とは認められないとするヨーロッパの知的伝統に基づけば、知識は客観化・分節化されなければならない (北原貞輔, 1990)³³。ところが、例えば、自転車に乗るとか、自動車を運転する、泳ぐといった日常的な活動の技能 (ノウハウ) のように、看護師の知識には、客観化・分節化できない知識もある。このような知識は「暗黙知」とよばれ (Michael Polanyi, 1966)³⁴、それらの多くは基礎教育で獲得することは困難であり、臨床の看護経験や継続教育の中で育成・獲得される。

看護技術は、広義には「看護の対象となる人に行う看護の手法や手段」である (氏家幸子ら, 2005)³⁵。看護の

³³ 北原貞輔 (1990) 『経営進化論』有斐閣, 217-240.

³⁴ Polanyi, M. (1966) *The Tacit Dimension*: Routledge & Kegan Paul Ltd. (佐藤敬三訳『暗黙知の次元』紀伊国屋書店, 1984)

³⁵ 氏家幸子・阿曾洋子・井上智子 (2005) 『基礎看護技術Ⅰ, 第6版.』医学書院.

³² 藤本昌代 (2005) 『専門職の転職構造 — 組織準拠性と移動 —』文眞堂, 105-125.

技術が一般の技術と大きく異なるのは、それがモノを相手にすることではなく、直接に生きたヒトを相手にすることである。生きた個人を常に考慮に入れながら、判断したことを実施して初めて看護技術になり得る。しかも、看護師も生きた個人であるから、看護はクライアントと看護師の相互作用・相互人格的關係である。そのために、単にクライアントに技術を提供するというだけでなく、人間関係を築く中で実践される技術なのである。そして、看護技術は、「状況(コンテキスト context)」の中に堅固に埋め込まれ、そこから独立して切り出すことが非常に困難な技術であり、したがって、終わりのない熟練と修練を求められる(藤崎 郁, 2006)³⁶。

コンテキスト(context)は、言語学においては、メッセージ(例えば1つの文)の意味、メッセージとメッセージの関係、言語が発せられた場所や時代の社会環境、言語伝達に関するあらゆる知覚を意味し、コミュニケーションの場で使用される言葉や表現を定義づける背景や状況そのものをいう。一般に「文脈」、「状況」、「前後関係」、「背景」などと訳される。

例えば、日常生活の夫婦の会話で、夫が「お茶をくれないか」と言うと、妻は黙って夫の好きな煎茶を淹れ、静かに夫の前に差し出す。長く生活を共にしている、すなわち同じコンテキストを共有している場合、具体的に言葉で表現しなくてもその意味が理解できるのである(Edward Twitchell Hall³⁷)。

看護師の技能の獲得

では、実際に看護師はどのような段階を経て、知識・技術を獲得していくのであろうか。

数学者・システム分析学者のStuart Dreyfusと哲学者のHubert Dreyfusは、チェスプレイヤーと航空パイロットに関する調査をもとに、技能習得についてのドレイファスモデルを開発した(Andy Hunt, 2008)³⁸。このモデルでは、学習者が技能を修得し、それを磨いていく過程で5段階の技能習得レベルを得ていくとされる。その5段階とは、①ビギナー、②中級者、③上級者、④プロフェッショナル、⑤エキスパートである。

①第1段階(ビギナー)：この段階では、文脈不要の要素からなる、文脈不要の規則に従うスキルで、自動車の

運転でいえば、アクセルとブレーキ、ギアの入れ替えの規則である。この規則は、文脈によって変わらない(コンテキスト・フリー)。

②第2段階(中級者)：状況依存(コンテキスト・デペンデント)の要素を加えた規則に従うスキルで、雨にぬれた路面を夕方に走るにはどうするか、といったスキルである。

③第3段階(上級者)：状況を創っている要素を組織し、目的を明確に意識して、優先順位に従ってこれを処理するスキルである。

④第4段階(プロフェッショナル)：直感的に全体が見え、将来が見通せ、タイミングを選んで、最良のときに、最善の方法で対処できるスキルである。これは過去の経験をからだ覚えて覚えていることである。自動車の運転でいえば、咄嗟の状況に対してからだ動いて危険を回避するように処理できるスキルである。咄嗟の状況が解消すれば、第3段階に戻って的確に処理できる。

⑤第5段階(エキスパート)：この段階では、スキルは身について、意識的に判断しなくなる。運転でいえば、車と一体になり、車を動かしているのではなく、車幅感覚を持って自分が移動している状態である。

そして、Patricia Bennerは、その著書"*From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*"(1984)(伊部俊子・井村真澄・上泉和子・新妻浩三訳「ベナー看護論新訳版——初心者から達人へ——」2005)³⁹において、ドレイファスモデルから看護師の臨床知識の発達段階を次のように説明している。

①第1段階：初心者レベル(Novice)

初心者は、その状況に合った対応をするための実践経験がない。臨床の看護場面から技能の向上に欠かせない経験を積むために、まず、客観的屬性(体重、摂取量と排泄量、体温、血圧、脈拍)から状況を学んでいく。また、どんな看護師でも、経験したことのない科のクライアントを看護するときなど、ケアの目標や手段に慣れていなければ、その実践は初心者レベルととらえる。

②第2段階：新人レベル(Advanced Beginner)

新人は、かろうじて及第点の業務をこなすことができるレベルであり、ドレイファスモデルで「状況の局面」と呼んでいる、「繰り返し生じる重要な状況要素」に気づく(あるいは指導者に指摘されて気づく)ことができる程度に状況を経験したレベルである。

³⁶ 藤崎 郁 (2006) 『系統看護学講座 専門2 基礎看護学[2] 基礎看護技術I. 第14版』医学書院。

³⁷ Hall, E. T. (1976) *Beyond Culture*. Anchor Press (岩田慶治・谷泰訳『文化を超えて』TBSブリタニカ, 1979)

³⁸ Hunt, A. (2008) *Pragmatic Thinking and Learning: Refactor Your "Wetware"*: Pragmatic Bookshelf. (武舎広幸・武舎み訳『リファクタリング・ウェットウェア——達人プログラマーの思考法と学習法』オライリー・ジャパン, 1-31.)

³⁹ Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park. (伊部俊子・井村真澄・上泉和子・新妻浩三訳『ベナー看護論新訳版——初心者から達人へ——』医学書院, 2005, 1-10, 11-32.)

③第3段階：一人前レベル（Competent）

一人前レベルは、似たような状況で2、3年の勤務経験がある看護師の典型である。意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて自分の看護実践をとらえ始めるとき、看護師はこのレベルに達する。

④第4段階：中堅レベル（Proficient）

中堅レベル看護師の特徴は、状況を局面の視点ではなく全体として捉え、格率に導かれて実践を行っていることである。中堅レベル看護師が全体として状況を理解しているのは、長期目標を踏まえて状況の意味を知覚しているからである。

⑤第5段階：達人レベル（Expert）

達人になると、自分の状況把握を適切な行動に結びつけるのに、もはや分析的な原則（規則、ガイドライン、格率）には頼らない。達人看護師は膨大な経験を積んでいるので、多くの外的診断や対策を検討するという無駄をせず、1つひとつの状況を直感的に把握して、正確な問題領域に的を絞ることができる。

Benner (1984) の提唱した看護師の臨床知識の段階を、住谷正太郎・渡邊順子 (2010)⁴⁰ の研究に見ることができる。彼らは、留置針による血管確保技術の実態調査を行い、新人・中堅・ベテラン看護師の特徴を次のように述べている。

①新人看護師：新人看護師は血管確保の過程における初期段階である「留置針を血管内に刺入する」ことが困難である。新人看護師は「留置針を血管内に刺入する」ための技術の習得が重要課題であるが、多くの看護師養成機関や新人看護師研修ではシミュレーターを用いた静脈内注射演習に留まっているのが現状である。駆血や手を握ることによる静脈血管の怒張は擬似できず、新人看護師の多くが持つ課題「留置針を血管内に刺入する」ために必要な技術は獲得しがたい。

②中堅看護師：新人看護師が留置針を血管内に刺入できない傾向があるのに比べ、中堅看護師は留置針を血管内に刺入を果たし、血液の逆流を確認してから内針を抜去する間に課題が移行したと読み取れる。中堅看護師は留置針を血管内に刺入することはある程度達成できるが、外針を挿入するための巧緻性に習熟していない傾向があると考えられる。

③ベテラン看護師：「達人看護師は膨大な経験を積んでいるので、多くの外的診断や対策を検討するという無駄をせず、1つひとつの状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞る」と Benner (1984)⁴¹ が論じて

いるように、経験年数による手技時間の差は、クライアントの特性（皮下脂肪の厚さや皮膚・血管の弾力性など）を直感的に把握し、適切な手技を用いた結果と思われる。

1-3-2. 態度

看護師に求められる能力は、知識・技術・態度であると述べたが、看護師のように対人サービスを行う職業では、「態度」はより重要であると筆者は考えている。

看護師と同様に対人サービス業である旅館女将について、姜 聖淑 (2010)⁴² は、「対人サービス業においては、接客の訓練にはマニュアルだけでは不十分で、インタラクションの瞬発力と場面を読む力、判断力を育成するため、現場の経験から（真実の瞬間⁴³）学習していく」とし、その特徴を次のように述べている。旅館では、長年の伝統を継承し、時代とともに常にサービスの中心には顧客（クライアント）がいる。サービスの提供プロセスから、顧客との接点場面の中から、サービスを提供し、顧客からの情報を収集できる。その情報を組織が共有してから、時には新たなサービス設計につながることもある。そして、女将は、対顧客と対従業員の両方を共に見極めることで、両方の情報源をどのように上手く活用するかによって、宿のサービスクオリティが決まるのである。

看護師のしごとは、例えば、どんなに静脈注射・点滴の優れた技術を持っていたとしても、クライアントに対して冷淡に振る舞ったとしたら、クライアントや家族の期待する看護をしているとは言えない。看護のあらゆる場面で、クライアント、特に高齢者に対しては、分かりやすく、親切・丁寧な言葉かけや、優しく思いやりのある態度で接することが求められる。看護には病気の回復過程に貢献するという役割があり、結果のみではなく、プロセスも評価の対象になる。1人の看護師が提供する看護サービスの過程と結果に対する評価が、看護職全体、ひいては医療サービスや病院全体への評価ともなり得るのである。

旅館女将は接客がしごとであり、それに対して評価を受け、クライアントから宿泊料が支払われる。一方、看護師は接客だけがしごとではなく、診療の補助と療養上の世話に関する知識・技術が必要とされる。これが看護師のしごとの難しさなのであるが、知識・技術ではなく態度（接客）に対して評価を受けることが多い。クライアントから診療に対する評価として治療費が病院に支払

⁴² 姜 聖淑 (2010) 旅館女将の継承を取り巻く人的要素、しごとと能力研究学会第3回全国大会報告要旨集、17-18。

⁴³ 主にサービス業で使われる言葉で、接客などの現場で企業（従業員）が利用者（クライアント）と接するわずかな時間のこと。クライアントにとっては、現場スタッフの接客態度や店舗設備の状態などから、その企業に対する印象・評価を決定する瞬間となる。

⁴⁰ 炭谷正太郎・渡邊順子 (2010) 点滴静脈内注射における留置針を用いた血管確保技術の実態調査——新人・中堅・ベテラン看護師の実践の比較——日本看護科学会誌、30(3)、61-69。

⁴¹ 前掲³⁹ 11-32。

われ、「病院で診てもらった」のであり、「看てもらった」と感じられることは少ないのである。

看護師の2大業務である診療の補助と療養上の世話に関する知識は、大学・短大・専門学校で行われる基礎教育で獲得することが可能である。しかし、たとえ新卒看護師が演習室で訓練したとしても、必ずしも、クライアントのベッドサイドに立って実施される看護技術や、看護サービスの質を保証することにはならない。病気や治療過程に対するクライアントの反応はさまざまであるから、臨床の看護場面では多種多様な問題に直面する。その問題解決には個別的な対応を必要とし、解決策をマニュアル化することは困難である。これらのスキルは、日々のクライアントに対する看護実践を通して養成され、やがて多くの実践知となっていく。

第4節 看護師の感情と職務に関する意識調査

看護師は、前述の資格制度、人材育成プログラムを基盤として、専門職としての知識・技術・態度をもって提供する看護サービスの質の向上に、日々、努めている。近年の医療の高度化・複雑化、激動する医療環境や情報化、クライアントの高度の欲求により、看護師は、クライアントの心情や多様化するニーズに対応するために、感情をコントロールしながら、より正確・迅速に情報伝達することが求められる。この問題が筆者の主観性のみならず、臨床で看護する看護師にとっても重要な問題であることを確認するために、看護師を対象に意識調査を実施した。本節では、その調査の結果をまとめる。

1-4-1. アンケート調査の概要

- (1) 実施時期 2010年10月1日～10月30日(30日間)
- (2) 対象者 札幌市内の病院に勤務している看護師
無記名方式
- (3) サンプル数 有効サンプル数 63人
(配布数100枚、回収73枚、無効サンプル10枚、有効回収率63%)
- (4) 抽出法 無作為抽出法(有識者の助言により8病院を抽出)
- (5) アンケート項目

アンケートの質問項目は、看護師の職務における感情のコントロールと情報伝達に関する先行研究がほとんど見つからないため、筆者がオリジナルで作成した12項目、下記の①～④で構成されている。実際に使用した質問紙を付録1に示す。

①感情のコントロール、看護に関する質問…3問

近年のストレス、クレーム社会における看護師の業務は過酷な状況に陥っており、中でも、クライアントの感情や心理の変化、多様化するニーズに対応するためには、

看護師自身の感情もコントロールせざるを得ない状況にあると推測される。このことから、感情のコントロールと職務の大変さについて質問した。

②情報伝達に関する質問…4問

医療の高度化・複雑化、変化する医療環境や情報化にあつて、安全・安楽な医療・看護サービスを提供するためには、看護師がクライアントとのコミュニケーションを通して情報収集し、診断・治療を行う医師に必要な情報を迅速・的確に提供することが重要となってくる。そこで、患者に関する情報収集と医師への情報伝達について質問した。

③病院経営、顧客満足、従業員満足に関する質問…3問
看護師が職務上の感情をコントロールして患者と接することにより、クライアントから情報を収集し、医師への必要な情報伝達を可能にすると考えられる。このことは、迅速・的確な診断や治療の実現、訴えを聴いてもらったというクライアントの満足感に繋がるであろう。そして、顧客満足度を高めるためには、従業員(看護師)の職務に対する満足感も必要である。それゆえ、上記の①②の質問に続いて、患者満足、従業員満足、病院経営に関する質問をした。

看護師の職務満足に関する先行研究では、職務満足度の調査には、主に、Stampsら(1978)⁴⁴が作成し、尾崎フサ子・忠政敏子(1988)⁴⁵が翻訳した48項目が用いられているが、本調査では、自分が勤務している病院職員の職務満足度を看護師がどのように認識しているか、についての問いであるため、質問項目は筆者が独自に作成した。

④経験年数、勤務場所に関する質問…2問

看護師が感情をコントロールすることは、看護師としての経験年数や所属部署の特徴に影響を受けるのではないかと考え、質問した。

1-4-2. アンケート調査の単純集計の結果

図6に回答者の経験年数の分布を示す。なお、回答者の職場は札幌市内の病院(8病院)である。Benner(1984)の臨床知識の発達段階を参考に、筆者が設定した初心者・新人看護師(5年未満)、中堅看護師(5～15年)、ベテラン看護師(16年以上)で区分すると、初心者・新人看護師=14人(22%)、中堅看護師=25名(40%)、ベテラン看護師=24名(38%)の分布となった。

次に、所属部署を図7に示す。内科19人(30%)、外

⁴⁴ Stamps, P. L., Piedmont, E. B., Slavitt, D. B., & Hasse, A. M. (1978) Measurement of Work Satisfaction among Health Professional, *Medical Care*, 16 (4), 337-352.

⁴⁵ 尾崎フサ子・忠政敏子(1988) 看護婦の職務満足質問紙の研究——Stampsらの質問紙の日本での応用——, 大阪府立看護短期大学紀要, 10(1), 17-24.

図6 経験年数

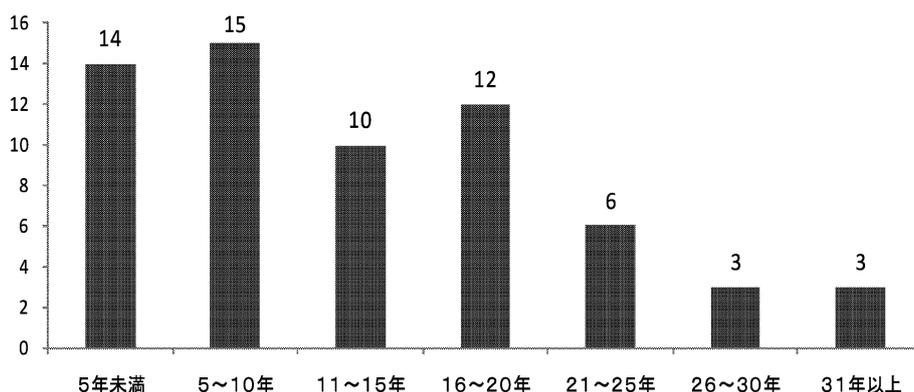
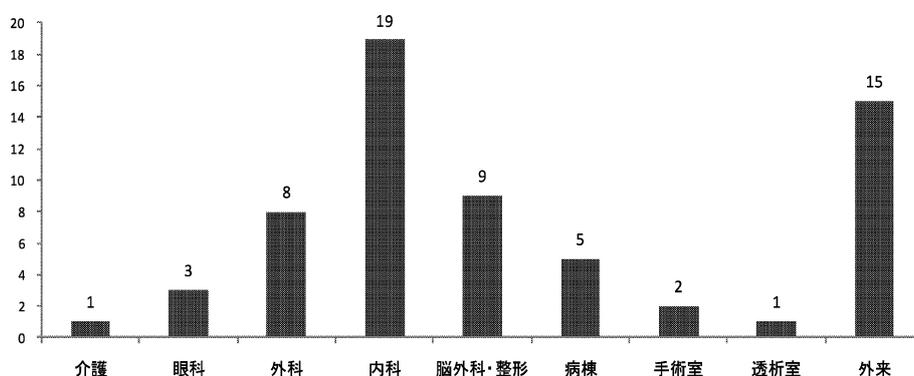


図7 所属部署



来 15 人 (24%) 外科 8 人、脳外科・整形外科 9 人で外科系 17 人 (27%) であった。その他は介護、眼科、手術室、透析室である。

職務上の感情コントロール、看護に関する質問 (1～3)

質問 1 あなたにとって、看護の仕事は、2～3年前と比べて大変になったと思いますか？

病院を取り巻く環境が激しく変化しているなかで、看護師は労働環境をどのように感じているのか、変化に対する意識を質問した。

図 8 に示す通り、65% (41 人) が 2、3 年前に比べ、看護の労働状況が厳しくなったと回答している。その背景としては、①医療技術の高度化・複雑化による必要な知識の増加 (医療機器や医薬品の取り扱いなど)、②在院日数短縮にともなう退院調整や、頻繁な入院による看護業務の増加、③クライアントのニーズの多様化 (情報化によるクライアントの知識の向上など) およびクレーム対応が考えられる。

質問 2 日頃、患者さんと接している時、自分の感情をコントロールすることがありますか？

看護師は、職務を遂行する上で、クライアントに対する感情をコントロールすることを求められるのであるが、実際の看護場面での感情コントロールについて、ど

のように感じているか質問した。

その結果を図 9 に示す。調査結果から 95% (60 人) が自分の感情をコントロールしていると回答している。対人サービスである看護師のしごとにおいても、感情コントロールが日常的に行われていることが確認された。

質問 3 患者さんからの要求が高くなると、自分の感情をコントロールする機会が増えると思いますか？

近年の情報化社会では、クライアントは様々な媒体から医療情報やクレーム情報等を入手しやすいために、クライアントの病院・医療についての知識は向上し、蓄積されている。クライアントの多様化・高度化するニーズと看護師の感情コントロールに対して、看護師がどのように意識しているか質問した。

その結果を図 10 に示す。87% (55 人) の看護師が、クライアントの要求が高くなると、看護師の感情コントロールする機会が増すと感じている。

情報伝達に関する質問 (4～7)

質問 4 患者さんに関する情報を、あなたは十分な時間をかけて、収集や観察することができていますか？

看護師が他職種に伝達する情報は、クライアントからの情報や看護師自身による観察がベースとなっており、

図8 しごとの大変さ

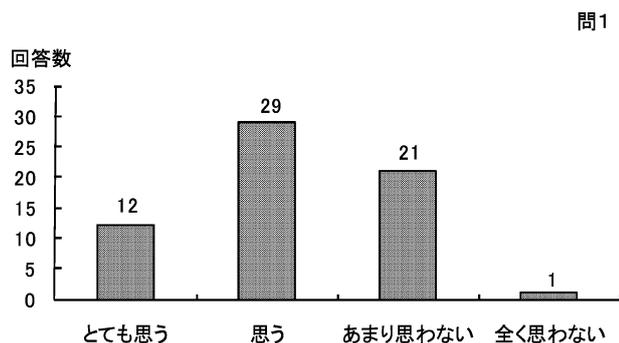


図10 クライアントの要求と感情コントロール

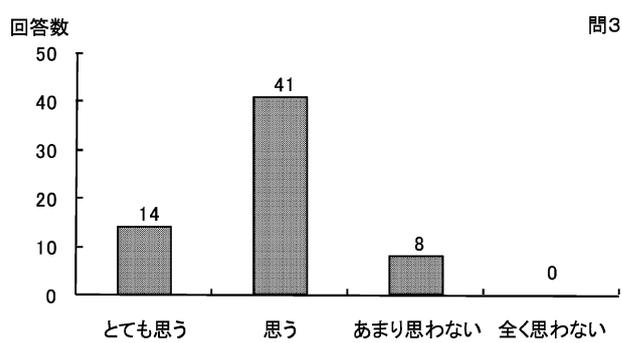


図9 感情のコントロール

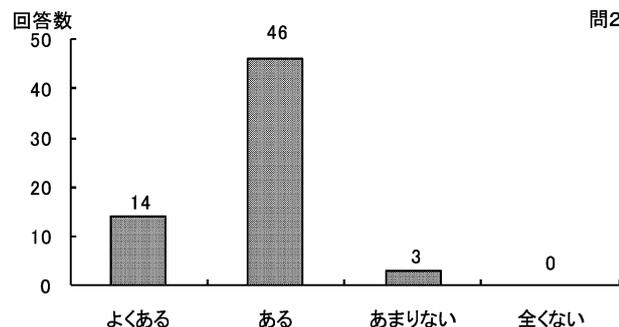
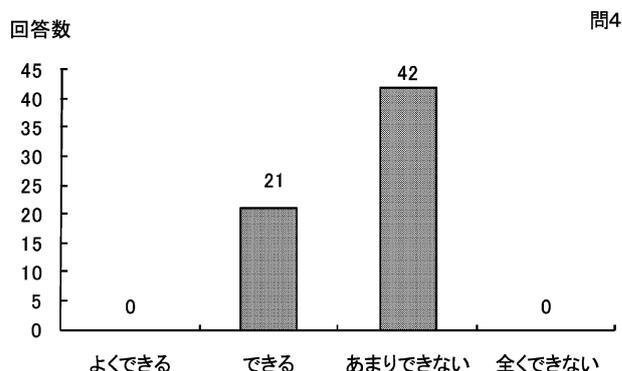


図11 クライアントの情報収集・観察



クライアントと看護師のコミュニケーションが充分に図られていると、伝達される情報の質は向上すると仮定し、看護師の情報収集や観察の費やす時間について質問した。

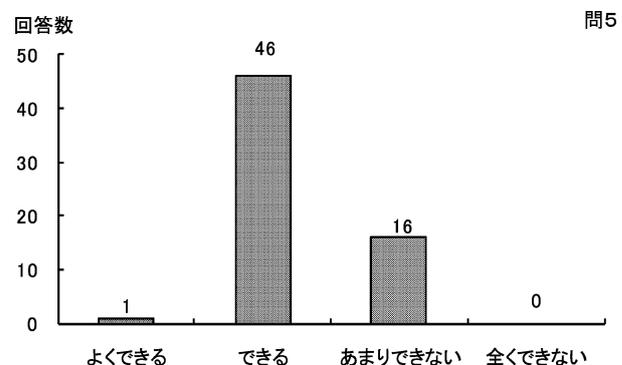
その結果、67% (42人) の看護師が、クライアントの情報収集や観察を充分に出来ていないと答えている (図11)。この結果の背景には、質問1と重複するが、①在院日数短縮にともなう退院調整や、頻繁な入院による看護業務の増加、②クライアントのニーズの多様化 (情報化によるクライアントの知識の向上など) およびクレーム対応などが考えられる。

質問5 患者さんに関する情報を医師に報告するとき、自分で判断した内容を付加して報告していますか？

看護師がクライアントから受け取った情報を医師に伝達する際に、クライアントが発した言葉に限らず、自分の知識や経験等をもとに起こり得る状況を予測・判断し、正確な情報を医師に伝えることが重要である。このような情報の伝達が実施されているかについて質問した。

その結果を図12に示す。結果は、自分で判断していないという回答が25% (16人)、つまり4人に1人が自分の判断を付加しないで情報伝達をしている。これらの要因として、看護師の看護実践能力、問題意識や労働意欲の問題があり、情報収集やアセスメントに関する能力や、コミュニケーション・スキルの問題が含まれると考えられる。

図12 看護師の判断と医師への情報伝達



質問6 患者さんに関する情報を医師に報告するとき、自信を持って報告することが出来ますか？

看護師がクライアントからの情報を医師に自信を持って伝える (報告する) ことは、伝達される情報がより正確であること、医師と看護師の信頼関係の構築・維持や円滑なコミュニケーションに繋がる。

結果を図13に示す。自信を持って報告している人は78% (49人) いるが、自信を持って報告していない人が、22% (14人) という結果となった。5人に1人がクライアントからの情報を、自信を持って医師に伝えてないということがわかった。

図 13 医師への情報伝達と自信

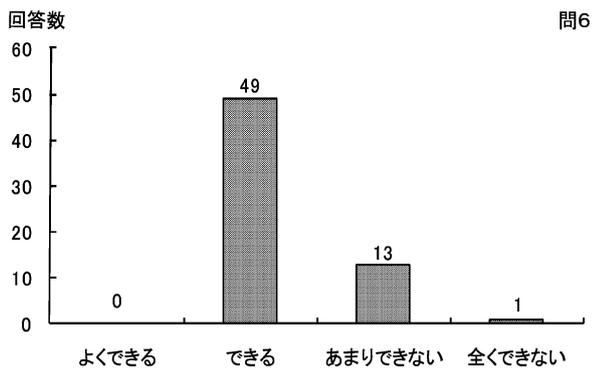


図 15 病院経営に対する危機感

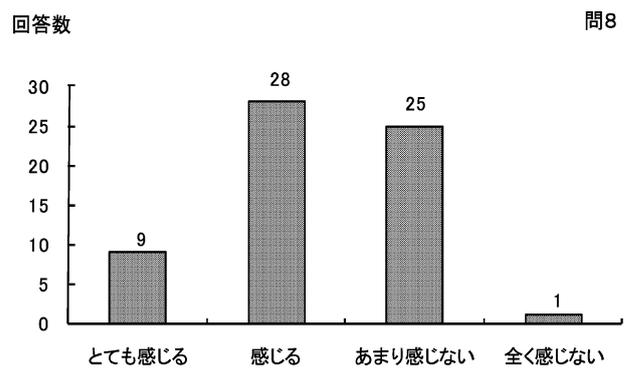


図 14 クライアントの声の重要性

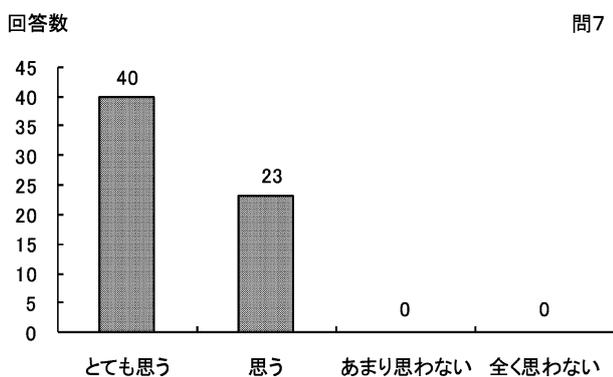
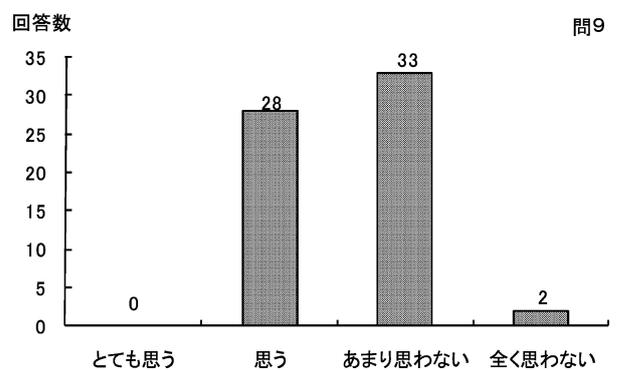


図 16 患者満足度についての認識



質問7 患者さんの『声(訴え)』を聞くことは、今後の看護において重要だと思いますか？

看護師は、医療者の中でクライアントに最も近い場所に位置しており、情報を得やすい立場にある。看護師が収集し伝達する情報の質は、医療・看護の質に影響する。そこで、クライアントの声を聞く必要性について、看護師の意識について質問した。

その結果100%(63人)、全ての回答者が重要であると感じていた(図14)。クライアントの声(訴え)は、看護師からみて治療・看護を進めるうえで有効な情報であるだけでなく、看護師がクライアントの声に傾聴することは、クライアントの満足感を高めることに繋がる。クライアントの声を聴くことの重要性には、このような2つの意義がある。

病院経営、患者満足度、従業員満足に関する質問(8~10)

質問8 現在勤めている病院の経営に対して、あなたは危機感を感じていますか？

近年の病院経営は厳しい状況に置かれているが、病院経営に対する看護師の評価はクライアントおよび従業員の職務満足度と関係していることから、自分の勤務している病院の経営について質問した。

図15に結果を示す。危機感を抱いているネガティブな意見は60%(37人)で、ポジティブの意見は40%(26人)

であった。6割の看護師が病院経営に不安を抱きながら労働している現状である。

質問9 あなたの勤めている病院は、患者さんに十分な満足を与えていると思いますか？

次に、看護師が患者満足度(Patient Satisfaction: PS)について、どのように感じているか質問した。

結果を図16に示す。その結果、クライアント満足度が満たされていないというネガティブな意見が56%(35人)であった。

質問10 あなたの勤めている病院の職員は、現状に満足していると思いますか？

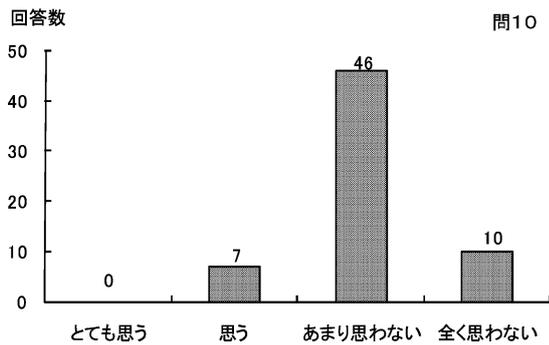
最後に、従業員満足度(Employee Satisfaction: ES)について、看護師自身がどの様に感じているか質問した。

図17にその結果を示す。この質問は従業員満足度(ES)を示すものであり、何らかの不満があるというネガティブな回答は89%(56人)で、従業員満足度が低いことが分かった。一般に、従業員満足度が高くないと、顧客満足度も高まらないといわれており、まずは従業員(看護師)の職務満足度、モチベーションの改善が必要と考えられる。

アンケート調査の単純集計から浮き彫りになった項目は、次の通りである。

①100%の看護師がクライアントからの情報を重要視している。

図 17 従業員満足度についての認識



- ②22%の看護師がクライアントからの情報を医師に伝達する際に（情報の品質に）、不安を抱いている。
- ③看護師の9割が、クライアントとの関わりで自分の感情をコントロールしている。
- ④患者満足度は、過半数の看護師が低いと考えている（52%）。
- ⑤従業員満足度は、9割の看護師が満足してない。
- ⑥病院経営に危機感を抱いている（58%）。

1-4-3. アンケート調査のクロス集計の結果

看護師の職務上の感情や情報伝達、患者満足度は、様々な要因によって影響を受けると考えられが、臨床看護の経験年数、所属部署による特徴的なアンケート調査の結果を次に示す。

(1) 経験年数によるクロス集計

質問2 日頃、患者さんと接している時、自分の感情をコントロールすることができますか？

結果をみると、新人は100%、中堅看護師は96%、ベテラン看護師は89%が感情をコントロールすると回答している(図18)。感情をコントロールするスキルは、臨床看護の経験を積む中で育成・獲得されるといわれていることから、ベテラン看護師は、それを職務として意識せずに行えるようになって考えられる。また、同じように感情をコントロールすることがあったとしても、新人看護師は知識・技術・態度が未熟であるために、感情をコントロールすることへの心理的な負担はより大きく感じられるのであろう。

質問4 患者さんに関する情報を、あなたは十分な時間をかけて、収集や観察することができますか？

経験年数別にみたクライアントに関する情報収集・観察についての結果を、図19に示す。十分な時間をかけていると感じているのは、新人看護師では25%、中堅看護師で46%、ベテラン看護師では21%であった。これには、新人看護師は、限られた勤務時間内に収集できる情報には限界があること、ベテラン看護師は、看護のチーム内

図 18 感情のコントロール

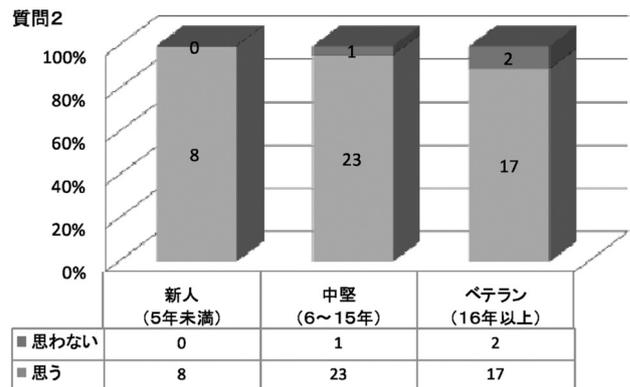
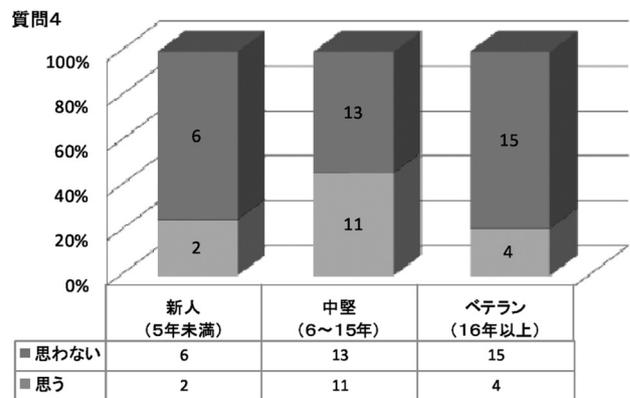


図 19 クライアントの情報収集・観察



で幅広く役割を担っているために十分な時間を確保できないこと、また、看護・治療に対する要求水準が高くなることが影響しているように思われる。

質問5 患者さんに関する情報を医師に報告するとき、自分で判断した内容を付加して報告していますか？

結果を図20に示す。87%の新人看護師が、自分の判断した内容を付加して報告していると回答しているが、そうすることでより多くの診断や治療に有効な情報を伝達することができると考え、同時に、医師への報告を通して自分の判断が適切であったか知ることができる。そのために、より積極的に伝達するのであろう。

一方、ベテラン看護師は63%が同様の回答をしている。収集した情報の中から必要な情報を整理して、医師にとって必要な情報を伝えるために、新人看護師に比べ、自分で判断した内容（主観的な情報）の伝達は控える傾向にあるのではないかとと思われる。

質問9 あなたの勤めている病院は、患者さんに十分な満足を与えていると思いますか？

患者満足度に対する認識を経験年数別にみた結果を図21に示す。75%の新人看護師がクライアントに十分な満足を与えていると回答しているが、中堅看護師では

図 20 看護師の判断と医師への情報伝達

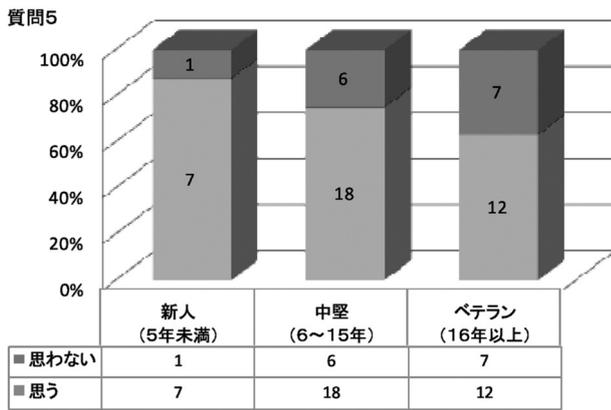


図 21 患者満足度についての認識

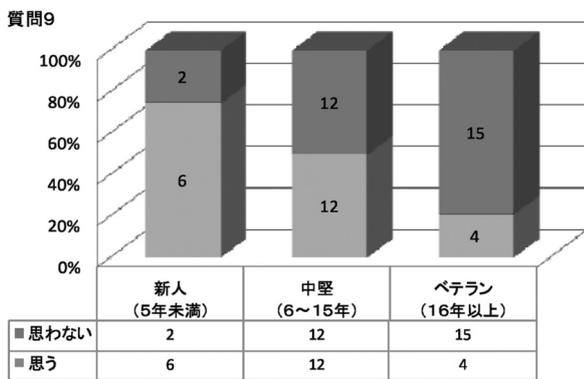
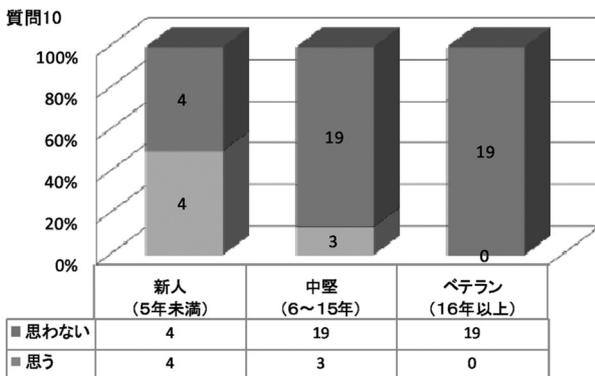


図 22 従業員満足度についての認識



50%、ベテラン看護師に至っては21%にとどまった。同じ状況にあっても、臨床看護経験を重ねることで、看護師の要求水準は高くなり、クライアントに十分な満足を与えていないと感じるのであろう。

質問 10 あなたの勤めている病院の職員は、現状に満足していると思いますか？

図 22 に示すように、50%の新人看護師は自施設の職員が現状に満足していると感じているが、中堅看護師ではわずか12%である。ベテラン看護師においては100%が勤務している病院の職員が現状に満足していない、と回答している。質問 9 の結果と同様に、臨床看護経験を重

ねるごとに、病院の在り方や、提供する医療や看護の質に対する要求水準が高くなり、また、職務上求められる役割も増大することから、看護師の職務満足が低くなるのであろう。

(2) 所属部署によるクロス集計結果

質問 4 患者さんに関する情報を、あなたは十分な時間をかけて、収集や観察することができていますか？

内科病棟では47%。外科・脳外科病棟では29%、外来では20%と全体に情報収集に費やす時間が充分であると感じていないが(図 23)、この結果には看護師の業務量、クライアントとのコミュニケーションの方法など、診療科目、所属部署の勤務状況の特殊性が影響すると考えられる。

質問 5 患者さんに関する情報を医師に報告するとき、自分で判断した内容を付加して報告していますか？

結果をみると、外科・脳外科病棟に勤務する看護師は、判断内容をあまり付加せずに医師に情報提供(報告)している(図 24)。

質問 9 あなたの勤めている病院は、患者さんに十分な満足を与えていると思いますか？

図 25 に示すように、内科病棟に勤務する看護師は

図 23 クライアントの情報収集・観察

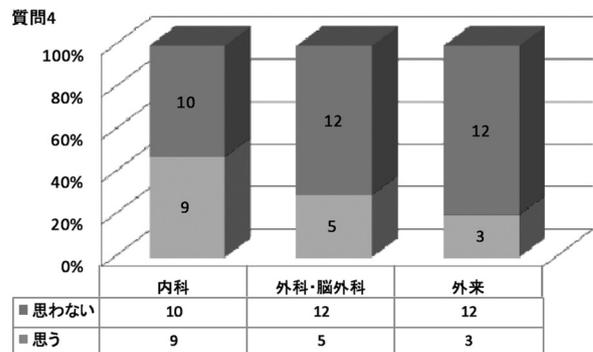


図 24 看護師の判断と医師への情報伝達

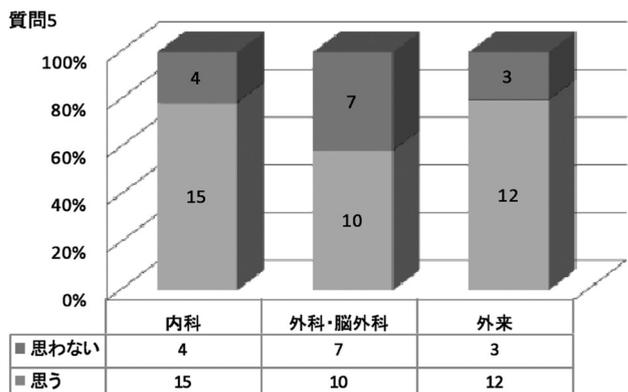


図 25 患者満足度についての認識

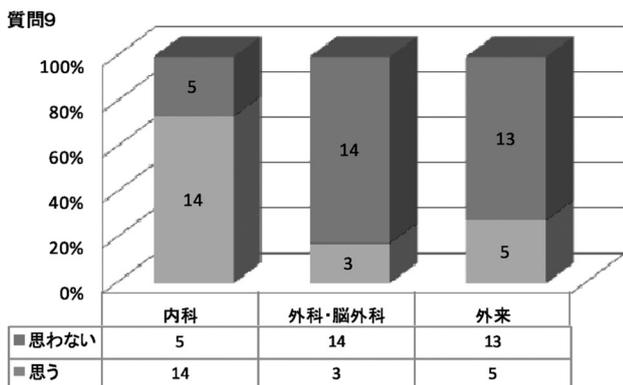
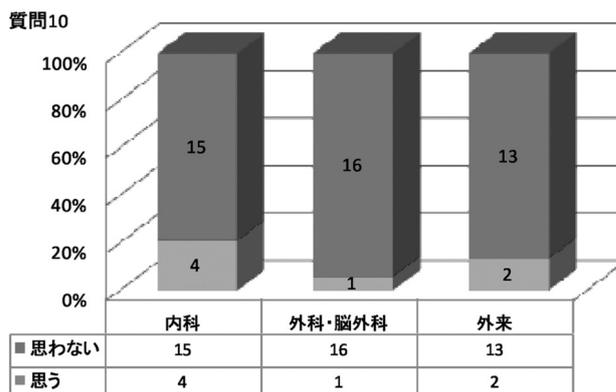


図 26 従業員満足度についての認識



73%、外科・脳外科病棟看護師は18%、外来看護師は28%の看護師が、クライアントに十分な満足を与えていると回答している。外科系病棟は、内科病棟に比べると、手術に関わる処置等のためにクライアントの訴えを聞く機会を十分に持てない、看護師は忙しいという印象を与えてしまう状況にある。また、外来では、クライアントは診察・治療・生活指導など必要なときのみ在院しているので、限られた時間内でコミュニケーションを図り満足を与えることは難しいと考えるのであろう。

質問 10 あなたの勤めている病院の職員は、現状に満足していると思いますか？

一般に、従業員満足度が高まらなると、患者満足度は高まらないといわれている。結果をみると、質問9で内科病棟では73%の看護師が患者に満足度を与えていると評価しているのに対し、従業員の満足度は内科病棟で21%、外科・脳外科病棟では6%、外来では13%と全体に低い結果となっている(図26)。この結果については、質問9の結果と合わせ、今後、検討することが課題となる。

アンケート調査結果のクロス集計から浮き彫りになった項目は、次の通りである。

- ①全体に、患者に接するときに感情をコントロールしていると感じているが、特に新人看護師にその傾向が強い。
- ②全体にクライアントの情報収集のための時間は充分でないと感じている。
- ③新人看護師は、クライアントに関する情報を医師に報告するとき、自分で判断した内容を付加して報告しているが、外科・脳外科病棟では、判断内容を付加して報告する看護師が少ない傾向にある。
- ④新人看護師、内科病棟の看護師は、自分の勤務している病院が患者に満足にあたえていると感じている。
- ⑤従業員満足度は全体に低いと認識されているが、ベテラン看護師は全員が満足していないと評価している。

1-4-4. アンケート調査結果のまとめ

以上、看護師の職務上の感情や情報伝達、患者満足度について、臨床の看護師を対象に実施したアンケート調査の単純集計とクロス集計のまとめである。結果を見る限りでは、筆者と臨床の看護師の問題意識に齟齬は生じていないと言えよう。なお、看護場面における看護師の感情コントロールと、看護師のコミュニケーション・情報伝達、患者満足度との関連については、後の節で述べる。

第2章 看護師のコミュニケーションと情報品質

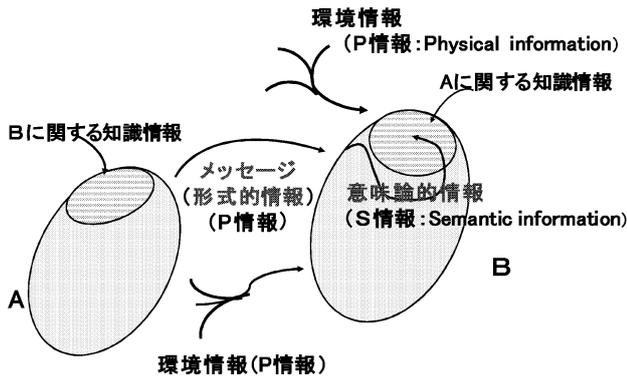
第1章では、看護師とはどのような仕事をする人なのかについて述べた。続く本章では、看護師が医療現場・病院においてどのような役割を果たしているのか、看護師のコミュニケーションについて、医療現場の特殊性をふまえて、情報品質保証の側面から議論を進める。はじめに、情報システム、情報品質、コミュニケーションの概念について、先行研究を概観する。そして、臨床の医療・看護場面で看護師が頻繁に遭遇する症状(情報)39項目(高木永子・市村久美子, 2005)⁴⁶の中から、客観的情報である「血圧」と、主観的情報である「痛み」の具体的な例を取りあげ、医療現場のコミュニケーションと情報品質の保証について論じる。

第1節 情報システム

情報(information)とは、得られた知識そのものをいうのではなく、知識となるもの、あるいは、「知識に変換・成形・蓄積可能な環境からの刺激」のことをいい、物理的情報(physical information: P情報)と、意味論的情報(semantic information: S情報)に区別される(北

⁴⁶ 高木永子・市村久美子(2005)『新看護過程に沿った対症看護—病態生理と看護のポイント』学研。

図 27 認識システムと人間関係



北原貞輔：経営進化論，1990 より作成

原貞輔，1990）⁴⁷。

認識 (cognition) とは、心理学的には「体がみずからの生得的または経験的に獲得している既存の情報にもとづいて、外界の事物に関する情報を選択的に取り入れ、それによって事物の相互関係、一貫性、真実性などに関する新しい情報を生体内に生成・蓄積したり、外部へ伝達したり、あるいはこのような情報を用いて適切な行為選択を行ったり、技能を行使するための生体の能動的な情報収集・処理活動を総称している言葉」と解釈されている（北原，1990）⁴⁸。

図 27 は、認識システムの働きと人間関係を示したものである。人は、情報を受け取るとき、多数の P 情報チャネルを通じて多数の P 情報を同時に受信している。そして、時間的に変化する P 情報がある形態に変換されて認識システムに取り入れられ、その時点の認識構造を通じて S 情報に変換される。そこで初めて相手の言葉の持つ意味を理解できるため、単一の、同じと思われる P 情報についてさえも、人々の判断は常に必ずしも同じとは言えないのである。

社会関係は人間相互の関係で成り立ち、経営における組織は人間の影響力の関係である。そこでは、認識システムを基盤とした P 情報と S 情報との関連認識は不可欠である。図 27 に示すように、A の発する言葉（メッセージ）は、図のようなプロセスを経て、B の認識システム内で S 情報となる。この時すでに、B の認識システム内には、A に関する知識が情報として蓄積されている。医療・看護に関わる情報でいえば、クライアントが自分自身の病気などの医療について多くの知識を持っている、経済的に裕福である、家族との関係が良好である、我慢強い性格であるなどである。A の影響力は、メッセージだけではなく、すでに B の内部に見えない情報として存在しているのである。A のメッセージは、それらとの組

み合わせ論的関連ならびに創発関連で B の S 情報となる。つまり、それを通じてメッセージの持つ意味が理解されるということである。しかも、それは環境との関連ならびに時間的関連で大きな意味を持ったり、無意味になったりする。このことは、意味理解に環境と時間までもが関連するということである。

第 2 節 利用文脈と情報品質保証

2-2-1. 情報提供者と情報利用者

企業や組織、あるいは個人の間で情報が伝達されるとき、情報提供者から情報がただ単に伝達されるだけでなく、情報利用者がそれを利用することによって、情報の価値が実現される。石川弘道 (2008)⁴⁹ は、情報提供者と情報利用者の属性を EC (Electronic Commerce) の枠組みに倣って、表 4 のように整理している。ここでは、各種公共団体を Government、企業を Business、個人を Customer と表現されるが、一般的に、情報提供における表現の多様度は $G < B < C$ であり、情報利用における解釈の多様度は、 $G < B < C$ であると考えられる。企業が収集・創造する品質の高い情報は、提供する製品・サービスの質の向上と顧客満足 (customer satisfaction: CS) の実現に影響を与える。

モノを対象とする製造業では、製品に対するクライアントの反応を数値化することによって、そこから製品、サービスの改善や顧客満足の要因についての情報を獲得し、製品の改善を行うことが可能である。これに対し、サービス業では製造業に比べてクライアントの情報提供における表現や、情報利用における解釈の多様度が大きい。特に、医療ではその傾向が強いといえる。

2-2-2. 情報品質とは

情報利用者の視点に立った情報提供を実現するためには、情報品質の保証が課題となる。情報の質は、①提供情報（要求項目、顧客対応化、要求水準）の質、②情報提供プロセス（選択・アクセシビリティ、スピード・適時性、提供方法・表現）の質、③情報提供文脈（提供情報への信頼性、提供者の社会的評価、提供者との関係性）

表 4 情報提供者と情報利用者の属性のセット

		情報利用者			
		小	— 解釈の多様度 —	大	
情報提供者		Government	Business	Customer	
表現の多様度	小	Government	G to G	G to B	G to C
	大	Business	B to G	B to B	B to C
		Customer	C to G	C to B	C to C

石川弘道「情報経営」に関する考察，2008より引用

⁴⁷ 北原貞輔 (1990) 『経営進化論』有斐閣，129-149，217-240。

⁴⁸ 前掲 43 219。

⁴⁹ 石川弘道 (2008) 「情報経営」に関する考察，高崎経済大学論集，50(3)，191-199。

の質の3次元の構造とされる(久保田洋志, 2003)⁵⁰。

情報品質とは、「利用への適合性(fitness for use)」と定義される(Richard Wang and Diane Strong, 1996⁵¹; 関口恭毅, 2005⁵²)。情報システムが提供する情報品質とは、提供した情報がその利用者の利用目的に合う程度をいう(関口, 2005, 2006)。伝達可能な方法でメディアに記述された形式的情報の利用者が、そこから受け取る情報「意味的情報」は、利用者の情報リテラシー、利用者の置かれた状況、利用者の価値観に応じて異なる。それゆえ、同一の形式的情報が伝える意味的情報は、利用者ごとに異なる可能性がある。

2-2-3. 想定文脈と実際文脈

情報利用者の情報活用の成果が高められるような情報提供や情報流通が実現される時、利用される情報は「情報品質」が高いという(関口, 2005)が、情報品質は利用者の目的からみた品質であるから、主観的特性も含めることになる。情報提供者は情報利用者の利用文脈を想定し、想定した範囲内で品質を保証することになる。情報提供者がデータ特性やサービス特性を析出する時に想定した利用文脈を想定文脈といい、これに対して、実際の利用者の利用文脈を実際文脈と呼ぶ(関口, 2005, 2006⁵³)。

2-2-4. 情報品質の保証

情報品質保証は、情報提供者が情報利用者の利用文脈を想定し、事前に実施されるものであり、実際文脈と想定文脈の相違が情報品質の保証を難しくしている。よって、個々の情報活用において、実際文脈と想定文脈の差異を小さくすることが求められる。

医療の現場では、外来の診察場面のように、クライアントに関する情報をクライアント自身が直接医師に伝えることもあるが、特に病棟においては、看護師が介入し伝達する機会が多い。看護師は、クライアントが発した情報をそのまま伝達するのではなく、医師の情報の利用文脈を想定して、看護師が観察から得た情報を加えることにより、看護師の想定文脈と医師の実際文脈の差異を小さくすることが必要である。

また、情報品質の評価は、組織内の立場によって異なる可能性があるのだが、本稿では、医療(治療の現場)における情報品質を、病院の立場で、看護師の目線を通し情報品質保証の議論を進める。

第3節 コミュニケーション論

2-3-1. コミュニケーションの定義

社会生活を営む人の間で行われる知覚・感情・意思の伝達であるコミュニケーション(communication)について、多くの研究者がその概念を定義しているが、本研究では、深田博巳(1998)⁵⁴の定義をもとに議論する。

コミュニケーションは、言葉に代表される何らかの記号チャンネルとメッセージの複合物を媒介とする相互行為(符号化と符号解読)である(深田, 1998)。交わされる記号に注目すると、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがあり、実際のコミュニケーションでは、両者は複合的に進行する。また、コミュニケーションの様式としては、個人間コミュニケーション、グループ・コミュニケーション、グループ・コミュニケーション・ネットワークがある。

コミュニケーションの目的

コミュニケーションを行う代表的な目的として、①情報・知識の獲得、②娯楽の享受、③情報・知識の伝達、④相手に対する影響力行使、⑤対人関係の形成・発展・維持、⑥課題解決の6種類をあげることができる(深田, 1998)⁵⁵。

①情報・知識の獲得：何か知りたいことがあるとき、他者とのコミュニケーションを通して、それを知ることができる。獲得したい情報・知識は、自分自身に関する情報、相手に関する情報、別の他者や状況や環境など外界に関する情報の3種類がある。

②娯楽の享受：退屈や孤独を感じる時、誰かとおしゃべりをして楽しみたい、気晴らしをしたいという気持ちになる。こうした目的が強く意識されることはあまり多くないが、コミュニケーションすることを楽しむという場合はよくある。

③情報・知識の伝達：自分が知り得た情報や知識を他者に伝達することを目的とするコミュニケーションがある。ただし、その情報・知識を話のネタにして楽しもうとか、相手の考え方や行動に影響を与えようといった目的が意識されない場合に限る。

④相手に対する影響力行使：他者との間で行うコミュニケーションは、相手に対して何らかの影響を与えるこ

⁵⁰ 久保田洋志(2003)顧客価値の視座からの情報デザインの方法論についての検討。オフィス・オートメーション第47回全国大会予稿集, 55-58。

⁵¹ Wang, R. Y. & Strong, D. M (1996) Beyond Accuracy: What Data Quality Means to Data Consumers. *Journal of Management Information Systems*, 12(4), 5-34.

⁵² 関口恭毅(2005)情報品質研究と意義と現状。オフィス・オートメーション学会第51回全国大会予稿集, 39-42。

⁵³ 関口恭毅(2006)情報品質——ユーザー視点のシステム評価——オフィス・オートメーション学会第52回全国学会予稿集, 36-39。

⁵⁴ 深田博巳(1998)『インターパーソナル・コミュニケーション：対人コミュニケーションの心理学』北大路書房。

⁵⁵ 前掲51 28-30。

とを目的とすることが多い。影響を与えるためのコミュニケーションとしては、相手の態度や行動を変えようと説得するコミュニケーション、命令や強制といった相手を支配するコミュニケーション、相手を騙す欺瞞のコミュニケーション、相手を援助する（励ます、慰める）コミュニケーション、相手を攻撃するコミュニケーションなどが考えられる。

⑤対人関係の形成・発展・維持：相手との間に友好的な対人関係を形成するために、さらに親しくなり対人関係を発展させるために、あるいは現在の望ましい対人関係を維持するために、コミュニケーションを行う。コミュニケーションが途絶えると、対人関係は疎遠になってしまう。親しくなるためには、コミュニケーションを通して相互に相手のことをよく知り、理解することが必要条件である。特に、対人関係の形成初期の段階では、自分のことを知らせるコミュニケーション（自己開示）が重要である。また、自分に関する情報を操作して、相手に特定の印象を持ってもらうようにふるまうコミュニケーション（自己呈示）もよく用いられる。

⑥課題解決：解決が必要な課題を抱えているとき、他者からの情報や援助を求めて、コミュニケーションを行う。また、他者との間で解決すべき問題や葛藤が存在するとき、自分が不利な立場に追い込まれないように、相手との交渉や取引のコミュニケーションを行う。相手に要請するコミュニケーションも、交渉のコミュニケーションの一部である。

2-3-2. 言語的コミュニケーション

言語は抽象的であるので、言語的コミュニケーションは物理的現実をそのまま忠実に伝達することはできない。しかし、言語的コミュニケーションは曖昧であると同時に、冗長でもあり、全てを聞かなくてもだいたいの意味が分かるという長所も持っている。

言語的コミュニケーションが伝達する意味には、①状況の意味、②構造的意味、③外延の意味、④内包の意味の4種類がある（深田，1998）⁵⁶。

①状況の意味：同じ言葉であっても、その言葉が使用される状況や条件が異なると、その意味は変化する。

②構造的意味：ことばや句点の位置によって意味は変化する。すなわち、記号がどのように組み立てられているかという文章の構造の違いに応じた意味のことであり、記号と記号の関係の中にある意味のことである。

③外延の意味：辞書に載っている言葉の定義にあたる意味であり、一般に私たちが共有する意味である。これは記号とその指示対象との関係の中にある。

④内包の意味：人間のコミュニケーションの中で最も

重要な意味はこの内包の意味である。内包の意味は、私たち1人ひとりが持っている個人的で私的な意味であり、その意味には個人の過去経験に基づく主観的な感情的関わりが反映している。すなわち、内包の意味は、記号と対象と人間との関係の中にある意味である。

2-3-3. 非言語的コミュニケーション

非言語的コミュニケーションは、その意味する範囲は非常に広く、深田(1998)⁵⁷によれば、代表的な非言語的コミュニケーションとしては、以下のものがある。

①身体動作：身振り（ジェスチャー）、身体の姿勢、顔面表情、擬視などである。身体動作を使ったコミュニケーションを身体言語（ボディランゲージ body language）ともいう。

②空間行動：対人距離、なわばり、個人空間、座席行動など。

③準言語（paralanguage）：言語に付随する声の質（高さ、リズム、テンポ）、声の大きさ、言い間違い、間（ま）のとり方、沈黙などで、パラ言語あるいはパラ・ランゲージともいう。

④身体接触（bodily contact）：触れる、撫でる、叩く、抱くなどの接触行動（touching behavior）。

言語的コミュニケーションと比べて、①言語との独立性、②状況による意味の変化、③抽象的・論理的情報伝達の困難さ、④感情伝達の有効性の4点を、非言語的コミュニケーションの特徴としてあげることができる。

2-3-4. 組織とコミュニケーション

医療の現場では、医療者は言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーションを通して様々な情報を得ているが、その情報を生産的な力とするためには、情報を伝達（コミュニケーション）することが必要である。コミュニケーションは、人、グループ、部門、そして組織間の、情報あるいは意味の交換と理解の過程であり、また、これによる情報の送り手と受け手の間の相互の影響過程という（奥村恵一，1997）⁵⁸。

Chester Irving Barnard (1968)⁵⁹の権限受容説によると、公式組織におけるコミュニケーション（伝達）を権限というが、コミュニケーション（権限）は、部下によって受容されなければ無意味になる。このコミュニケーションは、組織の構成員（貢献者）によって自己の行為を支配するものとして受容される。そして、コミュニケー

⁵⁷ 前掲 51-63-64.

⁵⁸ 奥村恵一（1997）『経営管理論』有斐閣，107-121.

⁵⁹ Barnard, C. I. (1968) *The Functions of the Executive*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳『経営者の役割』ダイヤモンド社，1968，170-184.)

⁵⁶ 前掲 51-50-52.

ションが権限あるものとして受容されるのは、次のようなときである。

Barnard (1968) によれば、コミュニケーションの主観的側面（心理的側面）からみると、コミュニケーションが受容されるのは、①コミュニケーションが受容者に理解されるとき、②コミュニケーションが組織目的と矛盾しないとき、③コミュニケーションが個人の利益と両立するとき、そして、④受容者が心身ともにコミュニケーションに従う能力があるときである。

他方、コミュニケーションの客観的側面（コミュニケーションそのものの性格）をみると、Barnard (1968) は、次の場合に、コミュニケーションが権限あるものとして受容されると論じている。①コミュニケーションが職位に相応しい人から発せられたとき、②コミュニケーションがリーダーシップの技術的側面（体力、技能、知覚、想像力）の高い人から発せられたとき、③コミュニケーションがリーダーシップの道徳的側面（決断力、不屈の精神力、耐久力、勇気）の優れている人から発せられたとき、そして、④コミュニケーションが、コミュニケーション・システムの性格を有効に維持するときである。病院で行われるコミュニケーションをみると、これらの客観的側面はいつも満たされる訳ではない。それゆえに、医師、看護師は白衣を、病院職員は制服を着用することで、コミュニケーションが権限あるものとして、クライアントおよび家族に受容されるように配慮している。

病院で入院・治療を受けるクライアントに対しては、まず初めに、医師より治療や入院の目的、治療計画が説明される。計画の立案に先駆けて、医療スタッフは、クライアントに関する情報交換と治療計画について合意形成する。看護師は、医師の指示のもとに職務を行っているが、昼夜を問わずクライアントに最も近くに位置し、看護計画に基づいて看護サービスを提供している。医療に関する専門的知識と技術を持っている医師および看護師から提供される情報には説得力があり、クライアントからみると、自分自身の健康状態や生命の危機に関わる治療や看護サービスは、個人の意思に沿わないことがあったとしても、受け入れなければならないこともある。医療者とクライアントが援助する側—援助される側という関係にあり、情報の非対称性が生じている場合には、クライアントが治療を理解し、受け入れ、双方の合意の上に治療が行われ、病気を治すという目標が達成されることが重要である。

Herbert Alexander Simon (1997)⁶⁰ は、権限を「他者

の行為を導く決定をする力」と定義しており、伝達された他者の決定に個人の決定を従属させることによって、集団内で調整された行動を確保する関係である、と論じた。また、Simon (1997) は、部下の役割の特徴を次のように述べている。部下は、行動に関して受容圏を確立することで、その範囲内では、上司による決定を進んで受けようとする。受容は、「説得する」「提案する」のいずれかに続き、部下がどの代替的選択肢が選択されるかに無関心であるとき、あるいは望ましくない代替的選択肢を遂行せざるを得ないほど制裁が強いつきに起こる。

第4節 医療現場における看護師のコミュニケーション 2-4-1. 医療現場の特殊性とコミュニケーション

医療の現場は、「複数の人・システムが複数の目標達成のために共同作業を行う場」である。個々の医療・看護行為の単位は相対的に小さいが、個々のタスクが時間的に分散した形で発生し、実行されていく。一人の看護師が複数のタスクを同時並行的に、他の医療従事者で行うという特徴がある（松本斉子ほか、2009）⁶¹。また、医療行為の対象である「人」の状態が絶えず変化し、その対応自体がクライアントの生死にもかかわる。多様で臨機応変な対応が必要とされ、とくに病棟では、クライアントの状態について、異なる職種である医師と看護師の間でコミュニケーションをとりあうことが必須である。医療場面での言語コミュニケーションの方法として、カルテや処方箋、検査伝票などの紙媒体を介した一方的なコミュニケーションと、対面あるいは電話などによる双方向的なコミュニケーションがある。

近年の病院経営では、在院日数の短縮のために外来受診時または入院当初から、退院までの明確な診療計画を提示し、医療者とクライアントの双方の合意の上に治療が進められることが不可欠となっている。医療スタッフは、それらの計画の立案に先駆けて、先ず成員間でクライアントの情報の意味解釈について合意形成する必要があり、そのために組織内でのコミュニケーションを活発化しなければならない（井戸田博樹、2008）⁶²。計画の遂行から目標達成までの過程において、コミュニケーションは「相互理解のために両者が互いに情報をつくり、分かち合うプロセス」（Everett M. Rogers, 1986）⁶³ なので

277-322.)

⁶¹ 松本斉子・笹住彰文・原田悦子・南部美砂子 (2009) 看護の場における対話——医療安全を目的として——人工知能学会誌, 24(1), 53-61.

⁶² 井戸田博樹 (2008) 組織における情報品質管理——組織のコミュニケーションの観点から——日本情報経営学会誌, 28(4), 56-63.

⁶³ Rogers, E. M. (1986) *Communication in Organizations: the Free Press*. (安田寿明訳『コミュニケーションの科学』共立出版, 1992, 205-228.)

⁶⁰ Simon, H. A. (1997) *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations, Fourth Edition*. Free Press. (二村敏子・桑田耕太郎・高尾義明・西脇暢子・高柳美香訳『新版経営行動——経営組織における意思決定過程の研究——』ダイヤモンド社, 2009,

ある。そして、そのプロセスにおいて、看護師はコミュニケーション・ネットワークのハブの役割を担っている。すなわち、看護師はコミュニケーション・ネットワークの中心に存在し、他職種者への情報伝達の仲介者となっているのである。

2-4-2. クライアント—看護師—医師の情報伝達

看護師は、厚生労働大臣の免許を受けて、療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。専門職でありながら、職務遂行にあたって医師の指示を必要とし、その点で、特殊な形態の職業である。

ICT (Information and Communication Technology) の進歩により、看護情報システム、電子カルテ等の導入が進み、業務のコンピュータ化、システム化が看護に浸透したが、看護業務はマニュアル化が困難で、必ずしも省力化されているとはいえない。看護師は、クライアントおよび家族、医師等の多くの他職種者と直接関わり、コミュニケーションによって必要な情報を収集・活用し、職務遂行している。そこでは、言葉の意味、話し手の意図がその時の場面しだいで解釈が異なること、また、個人の感情とは別に、看護者としての役割をうまく演ずることを求められることも少なくない。

日本の医療は主治医制をとっているため、患者が外来通院でも入院中であっても、医師による患者情報の取り扱い・伝達は円滑に進行する。一方、看護には、入院中に適切な看護を提供するための計画を立案し、入院から退院までを通して同じ患者を受け持つプライマリナース制も導入されている。しかし、病棟では交代勤務のため、患者を看る看護師は時間になると交代する。また、緊急の対応が必要となることもあり、医師と同様に一人の患者を同じ看護師が担当するとは限らない。したがって、看護師間の情報交換は、特に勤務の交代時には綿密に行われなければならない。

医療現場におけるクライアント、看護師、医師の3者間の情報伝達のプロセスを図28に示す。本稿では、このプロセスの中でも、クライアントから看護師、看護師から医師へという、看護師を中心とする情報伝達に注目して議論を進める。

2-4-3. 主観的情報の伝達

臨床の看護場面で、看護師がクライアントから受け取る情報は、多種多様である。それは主観的情報と客観的情報に分類されるが、主観的情報のひとつに「痛み」がある。国際疼痛学会 (International Association for the study of pain) (1979)⁶⁴ は、「痛みとは、何らかの組織損

⁶⁴ International Association for the study of pain (1979) Subcommittee on taxonomy of pain terms: A list with definitions and notes on usage. Pain, 6, 249-252.

図28 クライアント・看護師・医師の情報伝達プロセス

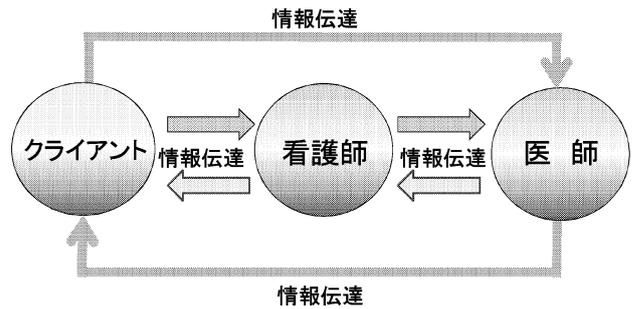
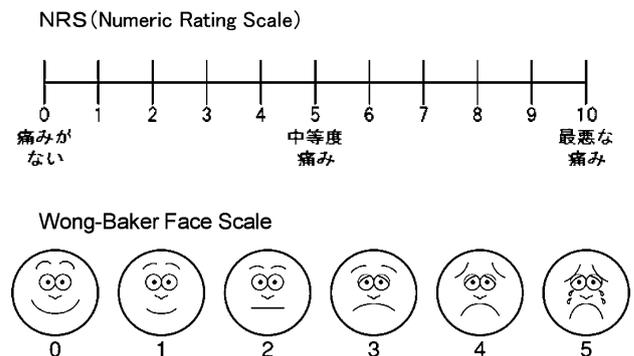


図29 主なペインスケール



高木永子・市村久美子：新看護過程に沿った対症看護，2005より作成

傷が起こったとき、組織損傷が差し迫ったとき、ないしは組織損傷に引き続きみられる不快な感覚的および感情的な体験である。痛みはいつも主観的なものである。」と定義している。その対応を標準化・マニュアル化することは困難で、この種の問題に上手く対処することができれば、その他の看護上の問題にも柔軟に対応することができるだろう。

看護師は、クライアントに生じている1つひとつの症状と、その原因・誘因（刺激）に関する情報を収集し、その原因・誘因がどのようなメカニズムでその症状を出現させているのか、さらに、その症状がその人全体にどのような影響を及ぼしているのか、その症状を放置した場合に出現しやすい二次の問題は何かなどを分析し、それらを基盤にした予防・軽減・解決のための援助活動を実践している。

クライアントが痛みを訴えた時、看護師は、①痛みの部位、②痛みの強さ、③痛みの性質、④痛みのパターン（出現時期、頻度、間欠的か持続的か）、⑤痛みの憎悪因子と軽快因子、⑥日常生活（睡眠、食事、排泄、運動など）への影響、⑦痛みに関する認識について、クライアントに確認する。痛みの強さを尋ねる場合に、例えば、ペインスケール（図29）を使用することによって、主観的な痛みの強さにある程度客観性を与え、看護師や医師などの医療者も共通認識することができる。そして、ク

クライアントの表情・行動、痛みの部位の視診・触診（発赤、腫脹、圧痛の有無）、バイタルサイン、検査データ・所見などの情報を収集する。

この時、看護師の認識システム内には、それまでの患者—看護師の人間関係から得た、そのクライアントに関する知識が情報として蓄積されている。例えば、自分の病気に関する多くの知識を持っている、我慢強く遠慮がちな性格である、などである。このような文脈を通して「痛み」の意味が理解されていく。そして、それらの情報をもとに、看護師は痛みの原因を予測し、対処する。

消化管手術後の痛みについて考えてみる。クライアントが「お腹が痛い」と訴えた時、看護師は、この痛みが手術創によるものであると判断すれば、医師の指示のもとに、鎮痛薬を与薬してクライアントの苦痛を緩和し、度々訪室しコミュニケーションすることでクライアントの不安の軽減を図る。そして、痛みの程度と与薬した薬剤の効果、副作用について評価していく。一方、腹部の痛み、発熱、白血球の増加、腹膜刺激症状⁶⁵等が伴っている場合には、例えば、縫合不全⁶⁶のような、絶食・輸液管理、あるいは造影検査⁶⁷や再手術など何らかの緊急処置を必要とする、生命の危機的状況の兆候ではないかと判断し、医師に報告（情報提供）する。

このように、クライアントが感じた「痛み」を、看護師がクライアントの訴えに限らず、起り得る状況をどれだけ予測して、医師が治療を判断するために有益な情報として提供できるか、そのことが医療の品質を決定し、クライアントの生命やQOL（Quality of Life）に大きく影響するのである。

2-4-4. 客観的情報の伝達

医療の現場では、医療機器の発展にともない、情報化や電子化された画像、検査数値などの客観的情報量は増大し、正確な情報として医師へ伝わりやすくなっている。客観的情報として、生命の兆候を表すバイタルサイン（vital signs）があり、これは、通常、呼吸（respiration）、脈拍（pulse）、体温（temperature）、血圧（blood pressure）を指す。看護師は24時間を通してクライアントの側にいることから、最もバイタルサインを観察しやすい立場にある。そして、正しい測定と、それら1つひとつの数値

を総合的にとらえて評価し、看護している。

あるクライアントの血圧が140/90 mmHgであったとする。この測定値は、成人の正常値（<130/<80 mmHg：日本高血圧学会）を超えているが、過去に高血圧の指摘を受けたことがあるのか、あるいは、禁煙、食事療法、運動療法や内服治療により改善されつつある結果であるのかによって、数値の意味が異なる。医師（情報提供者）は、クライアントの治療の経緯をふまえ、問診、聴診、検査結果（心電図、胸部X線写真、血液など）をもとに治療計画を立て（想定文脈）、測定値と共にクライアント（情報利用者）に伝える。そして看護師は、血圧への影響要因や日常生活の工夫についての指導を行う。この時、塩分・カロリー制限といった食事療法を行う場合、適度な運動、生活リズムの確立と適切な睡眠・休養、精神的ストレスの軽減が必要な場合、どちらもクライアントの年齢、性別、職業、家族構成等によって、実現可能な生活改善・管理の方法は異なる。入院中、クライアントは医師や看護師の管理下に置かれるが、日常の生活では、仕事上の時間の制約、付き合いなどがあり、必要性は理解していながら、どうしても食事を制限できないことがある。看護師は、クライアントの理解力・病識、性格などの個別性に配慮して、望ましいライフスタイルと実現可能な日常生活の工夫を提案する（想定文脈）。そして、クライアントはそれを咀嚼して生活に取り入れ、実行する（実際文脈）。これが実現されるようなケアプランは、情報品質が高く、クライアント自身による血圧コントロールと合併症予防につながる。

2-4-5. コミュニケーションと看護

看護師は日々の職務において、クライアントとコミュニケーションしながら看護サービスを提供している。その職務のひとつに、「食事への援助」がある。看護学では、人が栄養を補給することには3つの意義がある（坪井良子・松田たみ子，2005）⁶⁸ととらえている。まずは、生理的・生物学的意義である。人が生命を維持するために、そして、より良く生きるために、生体エネルギーや代謝機能の維持に必要な栄養素を供給するために、食物を摂取する必要がある。

次に、心理的意義であるが、人の栄養補給は、「食べる」という行為をとめない、これは空腹、食欲という感情と結びついている。その行動によって心理的な安定感、満足感が生まれ、不安や緊張を和らげたりする。人は空腹になると食欲を感じ、栄養を摂取し、満腹になれば摂食をやめる。この行動のバランスによって必要なエネルギー

⁶⁵ 虫垂炎や腹膜炎など急性腹症で腹膜に感染、外傷、化学的刺激が起きると出現する症状。腹壁を徐々に圧迫し、しばらくして急に手を離すと病変部に疼痛が出現する反跳痛、腹膜炎では腹壁の緊張が高まって腹壁を掌で圧迫すると板のように堅く感じる筋性防御などがある。

⁶⁶ 主に手術の際に縫合した組織間が十分な癒合を起こさず、縫合部位の一部もしくは全体が解離してしまう現象である。術後合併症の1つ。

⁶⁷ 単純X線撮影では、はっきりとした像が得られないとき造影剤を使用し、目的の血管や臓器を写し出す検査のことをいう。

⁶⁸ 坪井良子・松田たみ子編（2005）『基礎看護学 考える基礎看護技術Ⅰ 看護技術の実際 第3版』ヌーヴェルヒロカワ、329-348。

ギーを得ている。食欲がない等の何らかの理由により摂取量が減少すると栄養不良の状態が生じ、食欲が過剰であると肥満を生じる。

最後は、社会的意義である。疾患によっては治療上の必要性から、クライアントは従来の食生活の変換を迫られることもある。それは、心理的安心感や喜びであった食事を選択する自由を制限し、精神的身体的ストレスを生じさせる。食物は、日常生活において、相手を受け入れる意思の表現や、交渉などを円滑に進める手段としての意味を持っている。人が集まるところには食物や飲み物が供され、食物を見るだけでそこで行われる儀式やお祝い事の意味が分かることも多い。食物に関わる行為を通して、社会的地位を印象付けることにも活用される。

このように、人の食事には複数の意義があり、これらは単独で存在するのではなく、複雑に関連し合っていること、個人個人の環境・生活背景によってそれぞれ異なることを理解することは、看護師にとって重要である。

クライアントの栄養状態は、客観的評価指標であるBMI (Body Mass Index = 体格指数)⁶⁹、皮膚の状態、髪の毛の色・つや、爪の形・色・つや、顔色や表情等の全身状態の観察、血液成分(血漿タンパク質、A/G比、ヘモグロビン量)などによって評価される。栄養摂取の変調をきたす理由として、疾患による悪心、嘔吐、腹痛、下痢などの2次的症状や、薬物療法による副作用、クライアントの嗜好や味覚と合わない食事・治療食、食欲低下、精神的ストレスからくる食事への積極的な興味の減退などがある。看護師は、必要な食事が摂取できない原因を分析し、食事が円滑に摂取できるよう援助していく。

食事の援助をめぐる、看護師はクライアントと、日々、様々な関わりを持っている。糖尿病⁷⁰患者の食事に関する指導を例にいうと、入院中、クライアントは医師・看護師の管理下にあり、病院が提供する治療食を摂取することで血糖コントロールは可能となる。Barnard (1968)のいう医療者とクライアントの共通目的である病気を治すために、医師や看護師といった職位に相応しい人から発せられた治療や指導を、クライアントが理解し、受け入れ、実施するからである。そして、看護師は、クライアントの年齢、性別、職業、家族構成などをふまえ、クライアントの理解力・病識、性格などの個別性に配慮して、望ましい食事摂取方法と運動療法、ライフスタイ

ルの工夫を指導する。この時、治療が中断される、自己コントロール不良によって引き起こされる合併症(感染、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害など)と、その危険性についても十分に説明する。この指導はSimon (1997)のいう説得、提案であり、これらの合併症は制裁にあたる。

しかし、退院後、クライアントが実際に生活に取り入れ、実行できるとは限らず、再入院を繰り返すケースも決して少なくない。日常生活では、仕事上の時間の制約や付き合いなどがあり、必要性は理解していても、どうしても食事を制限できないことがあるからである。このような場合に、どうしたら食事や血糖値をうまくコントロールできるのか、看護師は医師、栄養士と協働し、クライアントおよび家族とともに実現可能な改善策を考え、再度、指導していく。

クライアントは、看護師や医師との相互行為において、様々な感情を抱いている。看護師は、コミュニケーションを通してその思いを察し、クライアントの目標とその支援方法を計画し、看護していく。このことは、医療機器が発展してどんなに高度になったとしても、それが看護師に替わることはできない。Barnard (1968)、Simon (1997)のいうように、看護・病院におけるコミュニケーションは、病気を治すというクライアントおよび家族と医療者の共通目的を実現する行為を導くために、このように確保されるのである。

2-4-6. 看護師の情報伝達の問題点

医療の現場は、臨機応変な対応が重要とされ、人の生命や個人情報に関わる責任感が伴うため、医療スタッフの心理的な負荷は高いといえる。看護師は、医療従事者の中でも、クライアントと直接コミュニケーションする機会が多く、武井麻子(2003)⁷¹が指摘するように、クライアントに安心感を持ってもらうために共感や気遣いを示す必要がある。医療・看護の知識だけでなく、自分自身の感情を適切にコントロールしながら、クライアントと接することも職務に含まれることになる(Pam Smith, 1992)⁷²。また、医療・看護サービスが提供される場面では、1人のクライアントに対して複数の医療従事者が関わっているため、看護師はクライアントとの関係のみならず、看護師の間や他職種との関わりにおいても、感情のコントロールを必要とする場面が非常に多い。

近年、医療・病院をとりまく環境が激しく変化する中で、社会では、一般に、医療・看護はクライアント中心

⁶⁹ 人間の体格のバランスを把握するために計算される指数の1つで、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で求められる。

⁷⁰ 糖尿病(Diabetes Mellitus: DM)は、血糖値(血液中のブドウ糖濃度)が病的に高い状態をさす病名である。無症状の状態から、著しい喉の渇き・大量の尿を排泄する状態、さらには意識障害、昏睡に至るまで様々であるが、これらをすべてまとめて、血糖値やヘモグロビンA1c値が一定の基準を越えている場合を糖尿病という。

⁷¹ 武井麻子(2003)感情と看護。日本看護教育学会誌, 13(2), 69-77.

⁷² Smith, P. (1992) *The Emotional Labour of Nursing-How Nurses care*. The Macmillan Press. (武田麻子・前田泰樹監訳『感情労働としての看護』ゆりみ出版, 2000)

に進めるべきであると考えられており、医療者は多様な価値観を持つクライアントに対して、クライアントの期待する医療・看護サービスを提供しなければならない。患者満足度 (patient satisfaction)⁷³ は医療・看護サービスの質の評価指標となっており、他との差別化を図り優位性を保つために重要度を増してきている。さらに、クライアントからの意見・要望 (クレーム) に迅速に対応することも社会的責任 (Social Responsibility: SR) として求められる。医療の裁量権は医師にあったとしても、その医療行為を実行するのは医師や看護師、薬剤師などの専門家だけでなく、クライアント自身やその家族もまた、その治療行為の実践者として本質的な役割を担っている現状にある (村上陽一郎, 2010)⁷⁴。クライアントと医療者の援助される側—援助する側という継続性のある関係において、クライアントおよび家族との信頼関係を構築することは、医療者、病院にとって重要な課題である。

看護師に限らず、対人サービスを行う職業では、自分自身の感情をコントロールしながら、クライアントと接することを職務として要求されることがある。米国の社会学者である Arlie Russell Hochschild (1983)⁷⁵ は、クライアントの中にその人自身が期待する精神状態を作り出すために、自分の感情をコントロールすることを、感情労働 (emotional labor) と呼んだ。感情労働に従事する職業として、店員やセールスマンのみならず、看護師、フライトアテンダントやコールセンターのヘルプデスク、企業の苦情処理・顧客対応係などが典型であるが、近年では、教師、医師など幅広く注目されるようになっている。

第3章 看護師の感情労働

この章では、看護師の感情労働について検討する。はじめに、筆者が修士論文としてまとめた「寛容性」の研究から得られた知見をもとに、心理学からみた感情労働について論じる。次に、経営学、社会学、看護学の領域における感情労働の先行研究を概観し、感情労働の定義、評価・報酬、帰結について整理する。そして、それらをふまえ、対人サービス業である看護師の感情労働につい

て、「サービス価値の5要素」と臨床看護における「情報伝達」の事例から、その特徴と意義について述べる。

第1節 感情労働とは何か

3-1-1. 心理学からみた感情労働

筆者は、自身の医療・看護の現場における看護師の職務経験を通して、看護師が職務上経験する多様な感情と、それが実際に現れる行動の両者との間に差異が生じること、そして、それは、集団状況で体験する葛藤 (conflict) を解決する過程で生じているのではないかと、という問題意識を持った。そこで、日常体験する感情の中でも、葛藤の解決方略となり得る「寛容性 (forgiveness)」に注目し、研究の結果を修士論文としてまとめた⁷⁶。

人は、その日常生活において、何らかの集団や組織に所属し、他者との相互行為の中で、日々、様々な感情を経験する。実際に、仕事が上手くいって業績が認められたときには喜び、一方で、自分に責任のないことで上司に怒られ、怒りを感じたりしている。また、他者の言動に対しても様々な感情を抱いているはずである。社会は異なる関心や価値観を持つ人々の集まりであるから、些細な意見や考え方の違いから、言い争いや利害の対立が起こることがある。このように、人々の間で生じる争いや対立を対人葛藤 (interpersonal conflict)⁷⁷ という。対人関係における葛藤は避けたいものであるが、対人葛藤が生じると、人はその解決に動機づけられ、何らかの行動を試みる。

認知的均衡理論 (cognitive balance theory)

個人が2つ以上の認知を持ち、それらの認知が互いに相対立する不斉合な認知であるときには、個人に不快な心理状態が生じるので、快適な状態を回復するように心理的な機制が作用し、認知的な斉合状態が達成されるという。

P-O-X モデル (P-O-X model) は、Fritz Heider (1978)⁷⁸ が提出した認知的均衡理論の中の3者関係に関するモデルである。P-O-X モデルでは、図30に示したように認知者である個人 (P)、他者 (O)、事象 (X) の3者関係を想定する。事象 (X) が第3者 (Q) であるときは、P-O-Q モデルと呼ぶこともあるが、ここでは3者を含めて事象 (X) を考える。P-O-X モデルでは、

⁷³ 患者満足度とは、病院における顧客満足度のことである。現在のところ、調査項目として「医師からの病状説明は分かりやすかったですか」「職員の接遇はいかがでしたか」等が指標として使用されている。

⁷⁴ 村上陽一郎 (2010) 『人間にとって科学とは何か』新潮社、62-63。

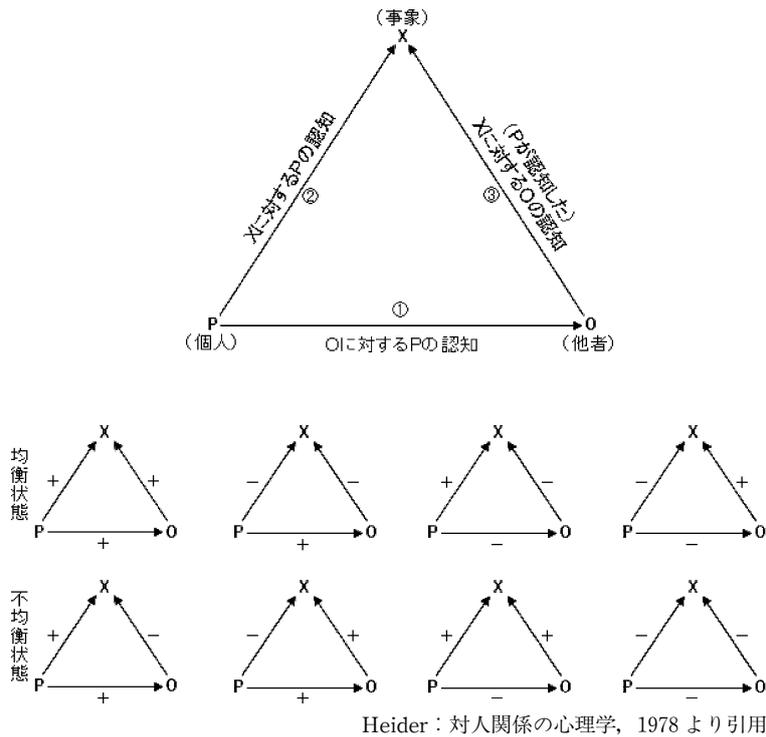
⁷⁵ Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley and Los Angeles, CA.: University of California Press. (石川准・室伏亜希訳『管理される心—感情が商品になるとき』世界思想社、2000)

⁷⁶ 相馬幸恵 (2006) 集団内の葛藤解決における寛容性の研究。北海学園大学大学院経営学研究科修士論文。

⁷⁷ 対人葛藤は、その原因別に、利害葛藤 (願望、期待、要求など目標の相違)、認知葛藤 (意見見解など判断の相違)、規範葛藤 (道徳、正義、倫理など行動基準の相違) に分けられる。実際の葛藤は、複数のタイプが絡み合う。

⁷⁸ Hider, F (1958) *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley. (大橋正夫訳『対人関係の心理学』誠信書房、1978)

図 30 P-O-X モデルと均衡状態・不均衡状態



①他者に対する個人の認知、②事象に対する個人の認知、③事象に対する他者の認知に関する個人の認知という3つの認知、すなわち、3つの関係の性質が重要である。3つの関係の性質は、好意的(+)か非好意的(-)かという心情関係、あるいは結びつきがある(+)かない(-)かという単位関係として整理できる。この関係の性質がポジティブな場合は正(+)、ネガティブな場合は負(-)と符号化する。そして、3つの関係の積が正になるときが均衡状態であり、負になるときが不均衡状態である。3つの関係のすべてが正のとき、および3つの関係のうち1つが正のとき、の合計4通りの場合が均衡状態である。これに対して、3つの関係の全てが負のとき、および3つの関係のうち1つが負のときの合計4通りの場合が不均衡状態である。不均衡状態の場合、個人の内部に緊張や不快が生じ、それらを解消する方向に心理的な力が作用する。その際、3つの関係のうち最も変えやすい関係を変えることによって、均衡状態が回復される。

葛藤解決と寛容性

葛藤解決方略 (conflict resolution strategy)⁷⁹ の1つ

⁷⁹ 葛藤の解決方略には、主張(相手を犠牲にして自分の利益を中心に解決を図る)、協力(自他双方の立場を尊重し、協力しながら事態の解決に臨む)、妥協(要求水準を下げて部分的な実現を図る)、回避(葛藤事態から撤退する)、譲歩(自分の要求を抑えて相手に協力する)がある。

に「寛容性 (forgiveness)」がある。寛容性とは、「相手に加罰する権利を持つ被害者が加罰行為を控えること」と定義されるが(高田奈緒美・大淵憲一, 2009)⁸⁰、相手から被害を受け、自分が被害者であり、相手が加害者であると知覚している状態で、被害や攻撃に対する被害者の反応として生じる、被害者に期待される心理と行動である。寛容性は、個人の内的状態の寛容性である内的寛容性と、個人間の寛容性である寛容行動の2つに分けられる。

筆者が2006年に行った研究(修士論文)では、葛藤当事者(加害者と被害者)が同一集団に所属し、相互依存状態にある場合には、両者の関係を継続する必要性から、内的寛容性と寛容行動の不一致が生じることが示唆された。つまり、葛藤が続くと集団に迷惑をかける、集団の和を乱すことになるといった気持ちや、これまでの関係を維持したい、自分の立場や行為を肯定的に受容してもらいたいという気持ちから、対立相手(加害者)を許せないと思っていても、実際には、表面上は何事もなかったように振る舞ったり、あるいは、積極的に許すことを伝えたりする、ということである。それによって、Heider (1978)の認知的均衡理論で説明されるように、葛藤当事者間の対人関係のバランスを保ち、不快感や心理的緊張を低減することができるのである。

⁸⁰ 高田奈緒美・大淵憲一 (2009) 対人葛藤における寛容性の研究: 寛容動機と人間関係, 社会心理学研究, 24(3), 208-218.

寛容行動は、許すことを伝える、これまでと同じように接する、表面上は何事もなかったかのように振る舞うという積極的な寛容行動と、加害者に仕返ししない、加罰しないという消極的な寛容行動という2つの側面を持つ。

集団内に生じた葛藤を解決する場合、積極的な寛容行動をとることで集団の調和は維持され、対人関係も維持することができる。しかし、被害者でありながら、加害者を許すということは、被害の反復を招くかもしれない。被害者は、加害者から不当な扱いを受けたことで自分の体裁や面子、プライドが傷ついたと知覚しているから、加害者に仕返しする、加罰することはなくても、許す、これまでと同じように接するという積極的な寛容行動を控え、加害者と話をしないなどの行動をとることがある。これは、加害者が普段の相互行為から得ている利益を取りあげることになり、集団の調和を乱す、規範を逸脱することに対する制裁を意味する。被害者は、そうすることで被害の継続や反復を回避し、印象操作により脅かされた同一性を保護することができる。

このように、葛藤を解決する際には、自己利益の最大化という合理性のみに動機づけられ解決方略を選択するのではなく、同一性保護といった社会的関心からも解決を試みるのである。

組織内葛藤の解決方略

現代の人びとの生活は、組織との関わりをなくして成り立たない。病院で生まれ、学校で学び、企業や官庁で働く。組織の成員は、様々な地位や役割を割り当てられ、職務遂行に関連した利害関係や信念も持っているが、実際には、組織目標の達成、全体のために、自分の意に反しても働かなければならないことも少なくない。

Herbert Alexander Simon(1997)⁸¹は、組織について次のように論じている。「組織」という言葉は、意思決定とその実行の過程を含めた人間集団におけるコミュニケーションとその関係のパターンを意味する。このパターンは組織のメンバーの意思決定に投入される情報と仮定、目標、そして態度の多くを提供し、組織の他のグループのメンバーが何をしていて、彼らが他人の行動に対してどのように反応するか、といったことに関する安定的で理解可能な一組の期待を与える。このパターンは、「役割システム」と呼ばれる。

しかし、組織での個人の行動は、組織の目標のみでな

く、ある程度は個人の目標もめざすこと、また、この2つの目標がたがいに一致するとは限らない。組織のメンバーが互いに相手と付き合う場合に、相手方の態度や行為が組織の動機よりはむしろ個人の動機によって左右される、このことが対人関係における葛藤を避けがたいものになっている。

葛藤が生じる原因は多種多様であるが、社会心理学では、組織内で葛藤が起こる主な原因として、①職務に関連した意見の相違、②職務周辺で起こる対人関係の軋轢、③個人の利益や負担に関する利害の不一致があげられる(大淵憲一・渥美恵美, 2002)⁸²。

組織内葛藤では、集団の調和や人間関係など社会的関係の維持、公正・正義という社会規範的目標、評判や同一性などの個人的体面維持を目標として、回避(相手との直接的な対決を避け、葛藤事態から撤退する)という解決方略が選択されることが多い(大淵・渥美, 2002)。集団を形成する成員は相互依存関係にあるから、葛藤状況における人々の行動は、集団規範や集団主義的関心の影響を受ける。葛藤を顕在化することは、社会的調和という規範に背く行為とみなされ、人々はそれを維持するために個人的願望や感情を抑制し、表面上は形式化された行動を取る傾向にある(大淵憲一ら, 1999)⁸³。

看護師の寛容性と感情労働

看護師は、病院という組織・集団の中で様々な葛藤を体験するが、医療・看護サービスを提供する側——される側の関係にあるクライアントとの間で経験する葛藤は、医師や看護師の上司・同僚・部下などの医療スタッフ間で経験するそれとは異なる。葛藤解決方略として、回避(相手との直接的な対決を避け、葛藤事態から撤退する)を選択することはできないからである。

自分は被害者で、相手が加害者であると知覚していながらも、加害者に対して加罰することを控える、許す、という寛容行動は、一見、消極的な葛藤解決方略に思われる。しかし、葛藤を回避することは異なり、これらの行動は他者(クライアント)の不安や敵意を低減し、相手からの信頼を得ることから、持続的に行われる相互行為に影響し得る積極的な対人行動といえる。それゆえに、看護師は、自分が被害者で、加害者であるクライアントを許せないと思ったとしても、表面上は笑顔で接する、あるいは何事もなかったかのように振る舞うのであ

⁸¹ Simon, H. A. (1997) *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations, Fourth Edition*. Free Press. (二村敏子・桑田耕太郎・高尾義明・西脇暢子・高柳美香訳『新版経営行動——経営組織における意思決定過程の研究——』ダイヤモンド社, 2009, 1-41.)

⁸² 大淵憲一・渥美恵美(2002) 目標達成の観点からみた組織内葛藤解決方略の効果——特に葛藤回避の効果めぐって、東北大学文学研究科研究年報, 52, 89-102.

⁸³ 大淵憲一・Tyler, T. R.・田中堅一郎・菅原郁夫(1999) 日本人の組織内葛藤解決: 文化比較のための予備的分析 葛藤解決に関する日米間の比較研究(大淵憲一 平成8・9・10年度科学研究費補助金研究成果報告) 1-18.

る。クライアントとの関係を維持したいというより、維持しなければならないという職務上の役割から、解決方略として寛容行動を選択する。

看護師の寛容性は、Arlie Russell Hochschild (1983) のいう感情労働からしても必然的であり、様々な形を取り得る。例えば、病気がそうさせていると思って大目に見る、許す、母親の目線で子供のように扱うということも、必然的に行っているのである。

3-1-2. 経営学からみた感情労働

経営学の領域でも、近年しばしば感情の問題が論じられる。例えば、金井寿宏・高橋 潔 (2008)⁸⁴ では、感情とマネジメント、感情労働と感情管理、リーダーシップなどの分野において、感情の組織論についての実証研究の必要性、管理者・経営者にとって、相手の感情ならびに自分の感情を知ることの意味を解明することの有用性について論じている。

人間関係論の昔から、組織や企業における人間の感情が重要であることの指摘は、しばしば見られるものであるが、システム論的経営学の立場からすれば、「感情」は組織と個人をつなぐ節点と考えることができよう。

村田晴夫 (2009)⁸⁵ は次のように論じている。要点は、以下の通りである。協働システムとしての企業は、自らの主体化の過程において、人間を客体として統合する。つまり、人間が企業の目的のため物化され、手段化されるのである。協働に関わるあらゆる人間（典型的には従業員）は、労働過程において自らを客体化して協働に貢献している（その対価として賃金を受け取る）。しかし、その人間にとっては、その労働過程においても、そのつど「自己自身」としての主体性を形成しつつあるのであり、その「自己自身」の主体性は、企業が自らを客体化して差し出すものを、労働を通じて受け止め、自己へと統合していく。人間と企業の相互主体化の過程にも合理性の貫徹は存在するが、それだけでは不十分で、本来有機体の過程にある情感 (emotion) を主体性の中心に措定しなければ、その情感から立ち上がる主体性の目的の定立と、より高い使命の感受を理解することはできない。

ここでは、「情感」という言葉が使われているが、これは本稿でいう「感情」と同じである。さらに村田 (2009) は、主体と客体の交叉を説明する。協働システムと人間の相互連関構造というものは、過程として見直すと、人間が主体性を持つときには協働システムはその人間個人の客体要因として統合される「もの」になるのであり、

逆に協働システムが主体性を持つときには、その客体としての1つの要因として人間個人が統合されるのである。

企業はその主体的過程において目的を形成する。それは与えられた人間・社会・自然によって促され、それらを制約として自らを限定し、限定されることによって自らを生成する。企業の主観的な目的は、客観的には事業において具体化され、それは責任とともに語られなければならない。

主観的責任というのは、意思決定における意志力とみなされるものである。これに対して責任の客観的側面というのは、外部から付与されるあるいは要請される権能への対価としてあらわれるものである。権能あるいは権限と責任はセットになっており、バランスしていなければならない。

権限もまた、主観性の側面と客観性の側面がある事に注意しなければならない。権限は合法的な規則によって付与されるときは、客観性の側面である。それは命令に対する服従の関係を支配する客観的な根拠である。それに対して、権限は命令を受ける側がそれを受容することによって成立するという Barnard の見方、いわゆる権限受容説は、権限 (権威) の主観性の側面である。

事業の経営は徹底的に合理性の追求であること、したがってそれは客体化され、対象化された世界において、激しい競争の中に置かれる。しかし、その合理性と経営の現実とは、企業という主体性の直中での、情感の上においてのみ成立しうるものであること、この情感こそ目的を生み出す母体なのだということ、そしてその生み出す母体としての企業の情感は、人間・社会・自然と連合的に産み出されるものであること、そしてこの主体的目的の生成は直ちに自己への責任に伴われるということである。すなわち、企業における主体性の情感と客観的現実の目的合理性はいかに調和されるのかということである。

人間の活動は本来主体的なものである。一方、企業・組織の経営は合理的である。働く、仕事するということは、個人の主体と企業の客体の統合であり、個人が組織の目的を受け入れることである。企業・組織は合理性追求のため、客観的な、数値化された目標を提示する。病院でいえば、ベッド稼働率、平均在院日数、検査件数、点滴・内服治療の数量等であるが、医療・看護の現場では、その達成を一番の目標に掲げ、意識して取り組むことにより利益を上げることができるかもしれない。しかしながら、サービスの対象であるクライアントおよびその家族は、極めて感情的であり、それゆえに医師や看護師が合理性のみで対応することは困難である。企業がクライアントに「モノ」を提供する場合は、クライアントの情感に組織が対応することになる。これに対して、

⁸⁴ 金井寿宏・高橋潔 (2008) 組織論における感情の意義. 組織科学, 41(4), 4-15.

⁸⁵ 村田晴夫 (2009) 人間・社会・自然における企業の位置 — 事業の目的と使命 — 日本経営学会第 83 回大会報告要旨集, 63-71.

「サービス」を提供する場合は、企業ではなく個人が対応することになるので、感情は安定的でないことになる。このようなことから、看護師はクライアントおよび家族との関わりにおいて、自身の感情を安定させる、感情をコントロールする必要性に迫られるのである。

第2節 感情労働研究概観

3-2-1. 感情労働の先行研究

感情労働について、2010年11月現在、社会科学、経営学関連の先行研究をEBSCOhostで「emotional labor」をKey Wordに検索すると425件(1980年から2010年まで)、「emotional labor」and「nurse」をKey Wordに検索すると53件(1991年から2010年まで)の文献が検索される。また、心理学に関連する先行研究をPsycINFOで「emotional labor」をKey Wordに検索すると896件(1990年から2010年)、「emotional labor」and「nurse」をKey Wordに検索すると84件(2000年から2010年まで)の文献が検索される。

一方、国立情報学研究所論文情報ナビゲータCiNiiで、「感情労働」をKey Wordに検索すると157件(1995年から2010年現在まで)、さらに、「感情労働」「看護師」の2つのKey Wordで検索すると24件(2003年から2010年現在まで)の文献が検索される。1995年に日本で初めて感情労働に関する文献が発表され、以来、社会学や経済学の分野の先駆的な研究に加え、現在では、経営学、社会心理学、医療・保健・福祉分野で広く行われている。157件の中から筆者が参考にした代表的な感情労働研究の原著論文、報告等を表5にまとめた。

3-2-2. Erving Goffmanの相互行為論による印象操作

Arlie Russell Hochschild(1983)が提唱した感情労働は、感情の相互行為論を前提としている。この主要な提唱者であるGoffmanは、著書「*The Presentation of Self in Everyday Life.*」(1959)(石黒毅訳「行為と演技——日常生活における自己呈示——」誠信書房, 1974)において、対面的相互作用状況(人と人が居合わせることによる相互作用)を「劇場」に、行為者(エゴ)を「パフォーマー」(演技者)に、他者を「オーディエンス」に見立て、「印象操作(impression management)」について論じている。「印象操作」とは、「アイデンティティ管理(identity management)」のひとつで、対面的相互行為場面において、他者から肯定的な価値を得ることのできる自己の望ましい印象を他者に演出しようと、その場での自己の行為を適切に統制することを意味している(Goffman, 1959)。例えば、看護師は、白衣(制服)、ナースキャップ(現在ではほとんど見られなくなっているが)を身にまとい、いつも笑顔で、時には冷静沈着に振る舞うこと

で、クライアントや家族に安心感を与えている。また、就職面接で大学生は面接者に対して好印象を与えるように、服装、髪型、表情、言葉遣い、立ち居振る舞いに気を配り、印象操作を行う。一方、面接者は、学生が自分に不利な印象を控えるような様々の偽装を凝らしていることを知っているので、何気ない仕草等にその真偽を読み取ろうとする。

Goffman(1959)の議論では、パフォーマー(行為者)は、「ふるまうべきこと」の規範に則って「ふるまうべきこと」を実演し、オーディエンス(他者)と相互行為する。そこでの行為者の関心は、肩の傾きや、視線の角度、笑顔の硬さ等の外面に向けられており、このようなしぐさと相互に関連していると思われる、内面的な感情には向けられていない。そして、行為者は、内なる主張をほとんど持たず、規則に反応することを可能にする感情管理の能力も持ち合わせていない。行為は自己に起きるのであって、自己が行うのではなく、感情に働きかける能力は特定の状況からのみ引き出され、その人個人からは引き出されないと論じられている。しかし、行為者は、外見上の印象を他者に呈示するために、感情を表現することを積極的に選択するかもしれない。Goffman(1959)では、期待される役割を演じる際に行われる感情管理という個人的な行為にはほとんど言及されていない、とHochschild(1983)は指摘する。

3-2-3. Arlie Russell Hochschildの感情労働論

Hochschild(1983)は、Goffmanの「印象操作(impression management)」の概念に着想を得て、感情管理(emotion management)と感情労働(emotional labor)の概念を提起した。感情の相互行為論は、感情を「本能」や「衝動」によって根拠づける生理学的説明とは異なり、①生物学的な所与に基づいた感情の不変性を前提にせず、②感情の起源を問うよりも、いかにして感情が相互行為において営為されているかに着目し、③感情とは言語や言説を媒介にした相互行為によって作り出され、さらには、そうして成し遂げられた「感情」が日常的に言説化されることで、感情は行為遂行的につくり出され続けてゆくことを明らかにしようとしている(早坂裕子・広井良典, 2004)⁸⁶。

感情労働の定義

Hochschildが、その著書「*The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling.*」(1983)(石川准・室伏亜希訳「管理される心——感情が商品になるとき」世界思想社, 2000)で提唱した感情労働の概念は、

⁸⁶ 早坂裕子・広井良典編著(2004)『未来を拓く社会学』ミネルヴァ書房, 119-139.

表5 主な感情労働研究一覧

出版年	論文名	著者	刊行物	
1	1999	感情労働と自己—看護過程における感情労働を通して	崎山治男	年報社会学論集
2	2001	看護における感情研究の現状—「感情労働の視点から」	片山由加里 濱岡政好	京都府立医科大学医療技術学部紀要
3	2004	対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響	荻野佳代子、瀧ヶ崎隆司、稲木康一郎	心理学研究
4		現場看護師の感情労働とストレス—現場看護師の感情労働は、バーンアウトや早期退職の原因なのか？—	小野寺哲夫・菅谷たか子	立正大学心理・教育学研究
5	2005	文献紹介 ロニー・J・スタインバーグ著「職務評価における感情労働—賃金慣行の再設計」	石田好江	女性労働研究
6		リハビリテーションの現場における感情労働の実態とメンタルヘルス—なぜ理学療法士は疲れるのか	富樫誠二、森永幸子、新居田茂充 [他]	理学療法の臨床と研究
7		<原著> 日本の看護における「看護師の感情」に関する研究についての文献検討	坂上百重、渡辺岸子	新潟大学医学部保健学科紀要
8	2006	コールセンターの労働環境特性が労働者に及ぼす影響—某情報サービス企業の縦断研究—	鄭 真己、山崎喜比古	産業衛生学雑誌
9		看護師の感情労働測定尺度の開発	片山由加里、小笠原知枝、辻ちえ、井村香積、永山弘子	日本看護科学会誌
10	2006	欲望喚起装置としての感情労働—感情労働の「再発見」に向けて（特集 感情労働論(1)スキルとしての感情管理）	崎山治男	大原社会問題研究所雑誌
11		感情管理とサービス労働の統制（特集 感情労働論(1)スキルとしての感情管理）	鈴木和雄	大原社会問題研究所雑誌
12		感情労働とその評価（特集 感情労働論(2)スキルとしての感情管理）	西川真規子	大原社会問題研究所雑誌
13		看護職における感情労働（特集 感情労働論(2)スキルとしての感情管理）	三井さよ	大原社会問題研究所雑誌
14	2007	飲食店従業員の感情労働の行動とパーソナリティとの関連：セルフ・モニタリングおよび自己意識との関連	須賀知美、庄司正実	目白大学心理学研究
15		ヒューマン・サービス職における感情労働研究概観：リハビリテーション専門職の感情労働研究の課題を見据えて	富樫誠二、戸梶亜紀彦	大阪府河内リハビリテーション大学紀要
16		飲食店従業員の感情労働の行動尺度の作成の試み	須賀知美、庄司正実	産業・組織心理学研究
17	2008	介護援助行為における感情労働の問題	長谷川美貴子	淑徳短期大学研究紀要
18		感情労働が職務満足感・バーンアウトに及ぼす影響についての研究動向	須賀知美、庄司正実	目白大学心理学研究
19		組織理論における感情の意義（特集 感情と組織）	金井壽宏、高橋 潔	組織科学
20		感情労働と組織—感情労働への動員プロセスの解明にむけて（特集 感情と組織）	崎山治男	組織科学
21		感情社会学と感情労働論—批判的検討	石倉義博	人文社会科学研究
22		わが国における感情労働研究の動向と課題	菅由希子	北星社会福祉研究
23		感情労働で燃え尽きたのか？：感情労働とバーンアウトの連関を経験的に検証する	三橋弘次	社会学評論
24	2009	飲食店アルバイトの感情労働の変動および日々の出来事との関連	須賀知美、庄司正実	目白大学心理学研究
25		対人援助職の感情労働とストレス反応、バーンアウト傾向の関係について	大村 壮	常葉学園短期大学紀要
26		看護師の上司—部下関係に対する評価、コーピングとストレス反応の関連	松本友一郎、釘原直樹	実験社会心理学研究
27		感情と看護—人のかかわりを職業とすること—「感情労働」の視点からケアを考える	武井麻子	東邦大学看護研究会誌
28		対人業務における感情労働の実態と課題—中間報告	田村高子、牛島光恵、松坂 健 [他]	西武文理大学研究紀要
29		総合診療医が患者との関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究	山上実紀、宮田靖志	家庭医療
30		公的部門における感情労働—生活保護ケースワーカーを事例に	小村由香	日本労働社会学会年報
31		対人援助職者の感情労働における感情的不協和経験の筆記開示	関谷大輝、湯川進太郎	心理学研究
32		教師ストラテジーとしての感情労働	伊佐夏実	教育社会学研究
33		コールセンターの職場環境特性とストレスの関連—コースセンターにおける感情労働的行動—	石川邦子	日本労務学会第39回全国大会研究報告論集
34	2010	飲食店アルバイトの感情労働と客からの感謝・賞賛が職務満足感に及ぼす影響	須賀知美、庄司正実	目白大学心理学研究
35		感情労働としての看護：現状とこれから	パム スミス	日本赤十字看護大学紀要
36		感情労働論—理論とその可能性	阿部浩之	季刊経済理論
37		認知症介護は困難か—介護職員が行う感情労働に焦点をあてて	二木 泉	社会科学ジャーナル
38		日本の看護師を対象とした感情労働の研究の動向と課題	川又郁子、渡辺岸子	新潟大学医学部保健学科紀要
39		感情労働の諸相：表層演技、深層演技と副次的プロセスに着目して	関谷大輝、湯川進太郎	筑波大学心理学研究
40		感情労働研究概観（Ⅰ）—対人援助職と教職—	杉田郁代	環太平洋大学研究紀要

「自分の感情を誘発したり抑圧したりしながら、相手の中に適切な精神状態を作り出すために、自分の外見を維持する労働」と定義される。

感情労働の特徴は、①クライアントとの直接的な対面による接触、あるいは直接対話による接触があること、②クライアントの感情を操作し、ある特定の感情状態の喚起を促すために、自分の感情管理を行うこと、③組織や経営側が、労働者への教育や指導を通じて、感情労働に従事する者の感情管理に関して少なからぬ影響力を行使すること、である。

Hochschild は、デルタ航空のフライトアテンダント研修の場 (DSTC : Delta's Stewardess Training Center) で参加観察と面接を行い、フライトアテンダントの労働や研修プログラムを調査・分析した。フライトアテンダントは、クライアントに明るく親切で、安全な場所でサービスを提供されているという印象を持ってもらえるよう「笑顔と礼儀正しき、やさしさ」が求められ、そのように自分の感情をコントロールしなければならない。そのために、「常に笑顔で」、「笑顔はフライトアテンダントの財産」と、笑顔に価値があることを教えられる。

感情労働には、その職業にふさわしい感情が定められている。これを「感情規則 (feeling rules)」といい、自分の感じ方を他者がどう理解し反応するかということから認識される。そして、感情規則に則って自分の感情をコントロールすることが「感情管理」である。

感情を管理する方法には、「表層演技 (surface acting)」と「深層演技 (deep acting)」の2種類がある。「表層演技」とは、Goffman (1959) が観察した人びとのように、本当の感情とは異なっても、感情規則に則ってボディランゲージや作り笑い、計算されたため息等を使って自分の外観を変えようとする方法である。「深層演技」は、モスクワ芸術座創設者・演出家の Constantin Stanislavsky によって作り出された演技法で、表面的に装うのではなく、心からそう思うように自分の感情に働きかけて、自分の中に適切な感情をかきたてようとする方法である。例えば、お葬式に行った時、過去にあった悲しい出来事を思い出して悲しい気分を作り出す、というような作業である。

感情労働の帰結

感情労働に労働者が支払う代償について、Hochschild は以下の点を指摘している。

- ①労働者があまりにも一心不乱に仕事に献身し、そのために燃え尽きてしまう危険性のあるケース。
- ②労働者は明らかに自分自身を職務と切り離しており、燃え尽きてしまう可能性は少ないが、「私は演技をしているのであって、不正直だ」と自分を非難する可能性のあるケース。

- ③自分の演技から自分を区別しており、そのことで自分を責めることもなく、自分の職務は演じる能力を積極的に必要としているのだと考え、演技することから完全に疎外され、「私たちはただ夢を売っているだけだ」と皮肉な考えをもってしまう危険のあるケース。

この3つのケースすべてにおいて、自分自身の役割への適応は、職務環境に対する労働者のコントロールが効かないことでさらに深刻化する。職務に打ち込み過ぎて燃え尽きてしまうか、あるいは職務から自分自身を取り去って不快な気持ちになるか、このどちらかが起きる可能性が多い。

感情労働の評価・報酬

Hochschild は、「感情労働はほとんどの場合認識されないし、賞賛される機会はめったにない。感情労働は評価されず、報酬に反映されることはない」と指摘する。感情労働は肉体労働や頭脳労働と同様な労働であるにも関わらず、労働とはみなされない。家事労働が労働とみなされないシャドウ・ワーク (shadow work) であるのと同様に、人からは、ちょっとした気配りとしか考えられない。フライトアテンダントは、クライアントの理不尽な要求によって感情を傷つけられたとしても、不機嫌な顔を見せることは出来ない。他のクライアントにはいつもの笑顔で応対しなければならない。高度な感情管理が瞬間的に要求されるが、それは「見せてはならない」労働である。そのために心身の負担に見合う評価はおこなわれず、報酬に反映されることはない。

3-2-4. Ronnie J. Steinberg らの研究

Hochschild が感情労働の概念を提唱して以降、感情労働の多様な研究が行われた。米国の社会学者である Steinberg は、次の3つを焦点に、その総括を行っている。①感情労働を行う雇用労働者への身体的、精神的影響などの研究、②組織的な行動としての感情労働の特質に関する理論的、実証的な検討、③感情労働を反映する賃金慣行の探求など、である。

感情労働の定義

Ronnie J. Steinberg & Deborah M. Figart (1999)⁸⁷ は、感情労働の概念をさらに拡張し、その特徴として以下の5点を挙げている。①組織内外の他者との対面あるいは口頭での直接的な接触を要すること、②相手に特定の感情状態を引き起こすばかりでなく、自分自身の感情

⁸⁷ Steinberg, R. J., & Figart, D. M. (1999). Emotional labor in the service economy: Emotional labor since the managed heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8-26.

管理を必要とすること、③感情労働の表現は、演技でも本心でも構わないこと、④クライアントを対象とするだけでなく、同僚や上司、部下との関係性の中で発揮され、生産性に作用する目には見えないが期待された仕事の要素であること、⑤感情労働は、(相手に対して)反応的であるばかりでなく、採用や訓練、指導やスクリプトの蓄積を通じて、経営者は従業員の感情労働を管理し、生産性や利益に影響を及ぼすことができること、である。

また、Hochschildは感情を管理する手段として「表層演技」「深層演技」という「演技」のみを取り上げたのに対して、Steinbergは以下の4点を含め、拡大している(石田好江, 2005)⁸⁸。①対人関係技能(機転、忍耐強さ、共感・理解しあえること)、②コミュニケーション能力(書く、話す以外の、読む、聞く、言葉によらないものを理解すること)、③感情的努力(死と直面している人々や家族の世話、暴力的な人物を扱うなど)、④クライアントの良好な状態に対する責任等、である。

感情労働の評価・報酬

Steinbergは、論文“*Emotional Labor in Job Evaluation Redesigning Compensation Practices*” (1999) (「職務評価における感情労働—賃金慣行の再設計」)において、職務評価システムのなかに感情労働の要素を取り入れることで、ジェンダーに中立な職務評価システムの構築に取り組んだ。従来の職務評価は製造業等における男性中心の職務を基準に設計されており、女性が多く従事するサービス業で、それに関わるスキルに対する配慮に欠けているために、このようなスキルが正当に評価されていないことを、看護職の職務に関する調査を通じて強調している。

Steinbergは、感情労働を正確に評価することが、看護師の職務を中立的に評価するために重要なことであるとして、感情労働の要素を取り入れた新しい職務評価システムを作成した。それは、感情を管理する手段である①対人関係技能、②コミュニケーション技能、③感情的努力、④顧客・移住者・患者、また市民の良好な生活に対する責任である。このシステムは、カナダ・オンタリオ州の自治体に勤務する看護師の差別的賃金を克服する戦略として作られたものである。しかし、これを完全に実施させることはできず、不十分なままに終わったと報告されている。

3-2-5. 看護における感情労働研究

わが国の医療・保健・福祉分野では、医療従事者とク

ライアントとの相互関係に注目し、医療従事者に生じる感情の疎外や、ストレスとの関連が感情労働の主な分析テーマになっている。看護分野における最初の感情労働研究は、1993年に武井麻子が東京都精神医学総合研究所のニューズレターに、「看護という仕事」として載せた一文とされている(坂上百重・渡邊岸子, 2005)⁸⁹。そして、Pam Smith (2000)⁹⁰の「感情労働としての看護」、武井(2001)⁹¹の「感情と看護一人とのかかわりを職業とすることの意味」が出版されると、看護界に大きな反響を呼んだ。

武井(2001)は、看護師の労働実態を分析し、「感情労働には自己欺瞞や抑うつ、バーンアウト、アイデンティティの危機との隣り合わせで、これが感情労働のコストである」と、看護職における感情労働の負の側面を強調している。

一方、感情労働が看護師にもたらす影響は、個人の感情が疎外されるという否定的な側面だけに限らない。看護師は、感情労働を行うことで人生経験や喜びなどの金銭以外の報酬をもらっているという認識をもっている(川又郁子・渡邊岸子, 2010)⁹²。また、看護師の感情労働は、クライアントの理解を深め、相互行為を安定させるための看護ケアの成果に繋がり、これらを目的に感情労働を行うことは、看護師のしごと能力を高め、看護のコントロール感を保ち看護師を成長へと導く(片山由加里・濱岡政好, 2001)⁹³。このように、感情労働は、個人の成長の機会にもなり得るといった肯定的な側面も持ち合わせているのである。

第3節 感情労働と看護

3-3-1. 感情規則

看護師は、クライアントが看護に対する満足感や安心感を得ることができるように、優しきや平静さをもたせたいために、感情規則に則って自分の感情を調整・コントロールして職務を遂行している。感情規則は感情表現の規則ではあるが、守らなかったからといって社会的に

⁸⁹ 坂上百重・渡邊岸子(2005)日本の看護における「看護師の感情」に関する研究についての文献検討, 新潟大学医学部紀要, 8(1), 49-62.

⁹⁰ Smith, P. (1992) *The Emotional Labor of Nursing-How Nurses care*. The Macmillan Press. (武田麻子・前田泰樹監訳『感情労働としての看護』ゆみ出版, 2000)

⁹¹ 武井麻子(2001)『感情と看護—感情と看護—人との関わりを職業とすること』医学書院.

⁹² 川又郁子・渡邊岸子(2010)日本の看護師を対象とした感情労働の研究の動向と課題, 新潟大学医学部保健学科紀要, 9(3), 91-100.

⁹³ 片山由加里・濱岡政好(2001)看護における感情研究の現状—「感情労働」の視点から, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 10(2), 201-210.

⁸⁸ 石田好江(2005)文献紹介 ロニー・Jスタインバーグ著「職務評価における感情労働—賃金慣行の再設計」女性労働研究, (47), 72-79.

不適正とみなされることはあっても、罰則を伴うことのない隠されたルール (hidden curriculum)⁹⁴ である。かつては、日常の生活に自然に組み込まれ、伝えられてきた。しかし、近年、価値観の多様化により、感情規則を他者との相互行為の中から認識し、共有するのは困難になった。対応も様々で、それゆえ、感情規則は「接遇マニュアル」によって教育する必要が生じたのである。

看護職に課せられる感情規則は一様ではない。武井(2001)は、「クライアントに対して個人的な感情を持つてはいけない」「クライアントに対して怒ってはいけない」「泣いたり取り乱したりしてはいけない」「大笑いしてはいけない」「あまり馴れ馴れしい態度を取ってはならない」「派手に見えてはいけない」「クライアントを過度に甘やかしてはならない」といった感情規則が存在すると指摘した。クライアントのニーズを的確に判断し対応するためには、冷静さとクライアントとの距離が必要とされるからである。

また、「クライアントの気持ちに共感せよ」「クライアントには優しく親切にする」「クライアントに接するときにはこやかに目を見て話す」といったことも挙げている。看護師の感情規則は、合理性と共感性に基づく感情規則が併存する。これらの感情規則を、看護学生は看護基礎教育の授業で習うのではなく、先輩看護師や教員の態度、表情から実習を通して学んでいく(武井, 2003)⁹⁵。そして、職務上の規範として先輩から後輩へ伝達されていく。感情規則に基づいて感情をコントロールするノウハウを、臨床で看護の経験を積み重ねることで獲得し、それはやがて看護師にとって重要な技能(スキル skill)となっていく。

3-3-2. 表層演技と深層演技

表層演技とは、自分の内なる感情と感情規則が一致するように、外見上の感情(表情)を意識的に変化させ、相手に与える印象を操作することである。日常の看護場面では、看護師は「大量の血を見て吐き気がしてもなんでもないふりをする」というように、自らの真の感情を見破られないように隠す(感情隠蔽 hiding emotions)、「どんなに腹が立っても笑顔をみせる」というように、場面的に望ましいとされる感情表現を装う(感情偽装 faking displayed emotions)という2種類の表層演技を行っている(Raymond T. Lee and Celeste M. Brotheridge,

2006⁹⁶; 関谷大輝・湯川進太郎, 2010⁹⁷)。

また、幸せそうに、悲しそうに見えるように努力するのではなく、心からそう思うように自分自身の感情に働きかけて、自分の中に適切な感情をかきたてようとすることを深層演技という(Hochschild, 1983)。

対人サービスを行う職業の中で、フライトアテンダントやファストフードの販売担当者など、不特定多数を対象とした短期的・一時的な対人サービスでは、多様な場面での演技の台本を用意することで、サービスの標準化・マニュアル化を、ある程度図ることが可能である。一方、看護師のように特定の相手に対して長期的・継続的なサービスを提供する場合、相手との信頼関係の構築・維持が重要で、相手や自分を騙す演技はかえって信頼関係を損ねることがある。

表層演技を行っているうちに、多くの看護師は、心からクライアントを理解してケアしたいと考えるようになる。そして、クライアントの疾患の成り立ち、生活史・生育歴、あるいは現在の生活状況をよく知って、たとえそのクライアントが多くの困難を抱えていたとしても、入院することで救われたと思うことができるようなケアを提供しなければならないというように、クライアントへの共感が湧いてくるよう自ら努力するのである(武井, 2009)⁹⁸。

第4節 サービス価値モデルと感情労働

前節で、感情労働の定義、帰結、感情管理の手段について述べた。フライトアテンダント、ホテル従業員、コールセンターのヘルプデスクなど、サービス業全般において、クライアントに対する接遇は重要であるが、看護師の場合はサービスのあり方にそれらの職業と違いがある。本節では、看護師のサービスの特徴は何かを、サービス価値モデルの5要素から検討する。

3-4-1. サービス価値モデルの5要素

八巻恵子(2010)によると、サービスは「印象管理(appearance)」「立居振舞(behavior)」「意思疎通(communication)」「展示演出(display)」「危機対応(emergency)」の5つの要素で構成される(図31)。感情労働を

⁹⁶ Lee, R. T. & Brotheridge, C. M. (2006) *Validation and extension of the emotional labor scale: Evidence from daycare workers*. Paper presented at EMONET conference, Atlanta.

⁹⁷ 関谷大輝・湯川進太郎(2010)感情労働の諸相——表層演技、深層演技と副次的プロセスに着目して——筑波大学心理学研究, 39, 45-56.

⁹⁸ 武井麻子(2009)第8回東邦大学看護研究会学術交流会特別講演「感情と看護——人との関わりを職業とすること——感情労働の視点からケアを考える」東邦大学看護研究会誌, (6), 39-51.

⁹⁴ 学校のフォーマルなカリキュラムの中にはない、知識、行動の様式や性向、意識やメンタリティが、意図しないままに教師や仲間の生徒たちから教えられていくといったものをいう。

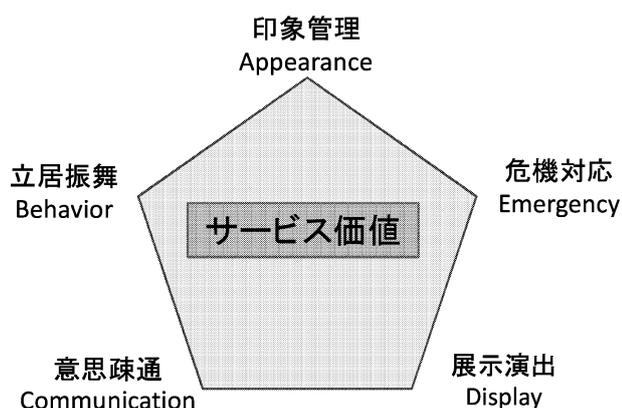
⁹⁵ 武井麻子(2003)感情と看護。日本看護教育学会誌, 13(2), 69-77.

表6 サービス価値モデル5要素

模 範	← マニュアル・規則 →		禁 忌
	表	裏	
清潔、信頼、明朗、真面目、几帳面、愛想、暖かい、好感、友好的、健康、etc	印象管理		不潔、不信、陰鬱、不真面目、だらしない、無愛想、冷たい、嫌悪、非友好的、不健康、ect
型、自然、勤勉、迅速、円滑反応、熟達、思いやり、察し、配慮、etc	立居振舞		型くずれ、不自然、怠惰、遅延、混乱、無反応、未熟、思いやり欠如、察しが悪い、配慮がない、etc
	上手	下手	
説明、わかろうとする、関心、歩み寄り、率直、尊敬、相互的、寛容、善意、敏感、etc	意思疎通		説明不足、わかろうとしない、無関心、意地張り、意固地、軽蔑、一方的、偏狭、悪意、鈍感、etc
	情報リテラシー サービス・リテラシー	葛藤処理 苦情処理	
美しい、整理、整頓、コスモス、技術、創造的、独創的、印象的、粋、洗練、etc	展示演出		汚い、未整理、混沌、カオス、勘まかせ、事務的、模倣、印象なし、無粋、粗野、etc
	美	醜	
気づく、警戒、注意、監視、行動、備え万全、迅速、協力的、用心、シミュレーション、etc	危機対応		気づかない、隙、不注意、無監視、無行動、備えなし、遅延、非協力的、油断、シミュレーション欠如、etc
	敏感	鈍感	

八巻恵子：しごと能力研究会第3回全国大会配布資料，2010より引用

図31 サービス価値モデル（ABCDEモデル）



八巻恵子：しごと能力研究会第3回全国大会報告資料，2010より引用

行う職業において、これらの要素はその重要度に違いはあっても、感情を管理する上で必要なスキルであり、マニュアル・規則に基づいて、表6に示すような模範的態度となることが求められる。そして、5つの要素が満たされる程度が高くなるほど、クライアントにとって、提供されるサービスの価値はより高くなる。

例えば、コールセンターのヘルプデスクでは、クライアントとの相互行為は「電話」を通して行われるため、「展示演出」によってサービス（クレーム対応の質）を高めることは殆んどできない。また、クライアントと直接対面していないので、その反応を、表情や身振りのような非言語的な情報から読み取ることは困難な状況にある。「印象管理」「立居振舞」は、会話（言葉）を通してのみクライアントに伝えられることになり、そして、「意思疎通」は最も重要であることは言うまでもない。

筆者は、サービス価値の要素ではないが、その影響要因として「サービスの継続性」に注目する必要があると

考えている。不特定多数を対象とした短期的・一時的な対人サービスを提供するフライトアテンダントやファストフードの販売担当者として、特定の相手に対して長期的・継続的なサービスを提供している看護師では、マニュアルや規則に沿って対応することが、クライアントとの信頼関係の構築・維持に及ぼす影響が異なるからである。「いつも笑顔で接する」という行為は、看護師の場合、うわべだけの対応とみなされ、反対に相手との信頼関係を損ねることにもなり、必ずしもサービスの価値を高められるわけではないのである。

3-4-2. 「危機対応」の特殊性と感情労働

看護師が提供する看護サービスは、サービス価値モデルの5要素の全てを要求される。同様に、フライトアテンダントもまた、5つの要素を求められる職業であるが、両者の間には「危機対応」において相違がある。医療・看護の現場では、クライアントの生死に関わる緊急性の高い「危機対応」が必要となるからである。

クライアントの生死に関わる緊急の危機対応を必要とする職業として、医師、看護師以外にも軍人、自衛隊員、消防・レスキュー隊員がある。クライアントの生命と安全の確保は職務の大原則であり、加えて、自分自身の生命も危険に曝される、いつも死と隣り合わせという過酷な状況に置かれており、職務に伴うストレスが極めて高い職業である。

軍隊の場合、通常、指揮官の指示に従って、組織やチームの目的の達成のために、成員の個々の責任において計画を実行していく。指揮官に戦術の決定が委ねられ、その判断の誤りが結果の優劣を左右し、部下の生命の危機的状況を招くことも起り得る。それゆえ、所属する組織やチームの上司、同僚、部下に対しても、自分の感情を

コントロールして職務を遂行している。Steinberg (1999)⁹⁹のいう、クライアントを対象とするだけでなく、同僚や上司、部下との関係性の中で発揮され、生産性に作用する目には見えないが期待された仕事としての感情労働を行っていることになる。

これに対して、看護師は、医師の指示や看護管理者の指揮の下に、医療・看護チームの一員として仕事をしているが、看護師1人ひとりの責任において、医療の最終施行者としてクライアントと関わる場面が多いという特徴がある。軍隊では、指揮官の判断ひとつで部下の生死に関わる事態となり得るが、看護においては、看護管理者よりもひとりの看護師の判断が、クライアントの生死にかかわる事態となり得ることが多い。また、看護師自身が職務上の生命の危機に曝されることはほとんどない。指揮官の立場でみると、軍隊の指揮官はより感情労働の程度が高いといえよう。感情労働者とその程度（指揮官と看護師）、誰の生死にかかわるか（部下とクライアント）というように、軍人と看護師は両者とも「危機対応」が重要な職業ではあるが、感情労働の構造は異なる。

そして、軍隊では、感情コントロールのスキルは、職務に必要な能力として教育・訓練される。一方、看護師は、感情規則に沿ってしごとをすることは、授業や研修等で教えられるのではなく、看護教員から学生へ、先輩看護師から後輩へ、職務上の規範として臨床の看護場面で伝授される。

3-4-3. 看護におけるサービス価値の要素と感情労働

病院で看護サービスが提供される場合、外来、病棟、手術室、集中治療室（Intensive Care Unit：ICU）¹⁰⁰等々、勤務する部署によって、看護師に求められるサービス価値の要素とその程度に違いがある。

外来看護師は、クライアントや医師との関わり方が病棟の看護師とは異なっており、診療時間内は医師がいつもその場において、クライアントと直接関わる人が多いので、病棟に比べると、クライアントの訴えや容態を医師に伝達する機会は少ない。緊急事態が生じた時でも、医師に指示のもとに迅速に危機対応する。しかし、診療が終わるとクライアントは帰宅するので、限られた時間・機会に必要な「意思疎通」を図らなければならない

難しさがある。このことは、第1章でまとめたアンケート調査において、外来看護師は、内科病棟に勤務している看護師より、患者からの情報収集に十分な時間をかけることにより困難を感じていることから伺い知ることができる。

また、近年の在院日数短縮にともない、外来での治療・看護の拡大、入院前の外来受診の段階で入院から退院までの診療及び看護計画を立案・調整することからも、看護師とクライアントの「意思疎通」の重要性は増している。そして、何よりも「病院の顔」として、多様なニーズを持つクライアントに対し、感情をコントロールしながら「印象管理」「立居振舞」「展示演出」によって、期待されるサービスを提供することが求められる。

看護師の職務は、外来と病棟のように所属する部署によって違いがあるように、診療科目によっても各々に特徴がある。診療や看護に必要な知識、技術に加えて、文脈に合わせてサービスに必要な要素を判断し、行動するスキルが必要である。

外科・脳外科・循環器科系の病棟では、クライアントの急変・危機的状況を予測し、また瞬時に察して、冷静沈着に「危機対応」することが求められる。

小児科病棟では、クライアントがたとえ未成年者であっても、判断能力があると認定される限りにおいて、クライアントの意思は尊重されると考える者が多いが、何歳から判断能力を有するとされるかについての統一見解はない。例えば、注射などの治療を嫌がり続ける幼児に対しては、保護者の同意のもとに治療行為が行われることがある。クライアント（未成年患者）および両親、家族との「意思疎通」は、看護の対象者が成人である病棟とは大きな相違があるのである。

第5節 看護師の情報伝達と感情労働

看護師が行う感情労働は、他のサービス業とは異なる特徴があることを前節で述べた。日常の医療看護・場面におけるクライアントと看護師のコミュニケーション、クライアントからの情報を看護師が医師に伝達（報告）するプロセスにおいて、実際にどのように感情労働が行われているのか。そして、そのことが医療現場における情報品質にどのように関与しているのか。ここでは、「食事の援助」「痛みへの対処」の事例から、感情労働の意義について述べる。

「食事」をめぐる看護師の感情労働

治療として行われる食事療法に対する糖尿病患者の反応は、様々である。その必要性を「知ってる、知ってるよ」と言いながら、「病院食はまずい」と言ってその代わりに間食をする。退院後、自由な生活をしたために血糖コントロール不良に陥り、夜勤帯で緊急入院してくる。

⁹⁹ Steinberg, R. J., & Figart, D. M. (1999). Emotional labor in the service economy: Emotional labor since the managed heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8-26.

¹⁰⁰ 内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の患者を収容し、24時間体制で強力かつ集中的に治療看護を行うことにより、その効果を期待する部門である。

このような時、看護師はクライアントの病識の無さに失望し、つい冷淡な態度をとってしまいそうになる。けれども、糖尿病患者は、食事を選択する楽しみや自由が制限される。また、治療に長い期間を要し、クライアントによってはその一生に亘るといっても少なくない。忍耐強い自己管理が必要とされ、精神的ストレスは大きい。それゆえに、緊急入院というクライアントの危機的状況を目の前にすると、クライアントが安心して治療が受けられるように、看護師は自分の感情をコントロールして看護するのである。

看護師がクライアントの食事に関わる援助を行うのは、食事療法の指導が必要ととき、摂取量の変化が生じた（減少した）ときに限らない。食事を摂りたいという欲求があっても、四肢の可動域の制限、姿勢の制限、視覚の制限などにより、自力での摂取が不可能な場合にも援助している。

例えば、脳梗塞の後遺症で麻痺が残り、一人では思うように食事できないときには、クライアント自身で不可能なところを介助する。食事は、入院中に診断・治療のために実施される検査、点滴、内服薬等とは異なり、それもまた治療の大切な要素ではあるのだが、クライアントからみると日常生活の一部に感じられる。生活の基本である食事を人の世話にならなければならないことへの苛立ち、遠慮、リハビリテーションを行っても完全には回復することのない身体の障害に対する嘆き、苦しみ、悲しみ、怒り。あるいは、食事を介助してくれる看護師への感謝の気持ちなど、クライアントには様々な感情が喚起され、それを直接看護師に投げかけてくることがある。これらの感情は病状の変化に伴って、時には日によっても変化する。いつもは穏やかに過ごされているクライアントが、食事の途中で急に“自分の気持ちは誰にも分かってもらえない”と語気を荒げることもある。看護師は、そのようなクライアントの言葉に、落胆したり、傷ついたりもするが、病気がそうさせていると思うことで、クライアントに対して否定的な感情を抱かないように努力し、安全に楽しく食事できるよう介助するのである。

「痛み」への対処と感情労働

クライアントと看護師間のコミュニケーションの手段に、ナースコールがある。心身に何らかの問題を抱え、入院生活を余儀なくされているクライアントにとって、それは24時間を通してクライアントと看護師を繋ぐために、必要・不可欠なツールである。特に、夜間、看護師は定期的に病室を巡回しているが、日中に比べ病室への出入りは少なくなるので、消灯し周囲が寝静まると、クライアントは些細なことで不安になったりする。

あるクライアントがナースコールで腹部の痛みを訴えてきたとしよう。数日前に消化管の手術を受けていたが、

日頃より痛みが敏感で、些細なことで看護師に不満をぶつける、頻回のナースコールをするクライアントである。このような状況では、看護師のクライアントに対する否定的感情から、直接対面して話を聞くのが嫌で病室への足が遠のいてしまい、痛みに対する早急な処置がなされず、クライアントの苦痛を長引かせるなどの事態が生じることが起こり得る。

しかしながら、この度のナースコールは、例えば、腸閉塞（イレウス）¹⁰¹、縫合不全、のような生命の危機的状況の兆候を伝えるものかもしれない、決してそれを見逃してはならない。仮に、大袈裟と決めつけて、看護師が感情のままにクライアントを放置したなら、「痛み」の訴え（情報）は、単に「形式的情報」に終わってしまうだろう。そこで看護師が自らの感情をコントロールして、落ち着いてクライアントと対話し、観察から得た情報を加えて医師に報告することによって、「痛み」はクライアントが重篤な容態に陥ることを未然に防ぐ「意味の情報」となり得るのである。

クライアントの生命と安全の確保は医療・看護の大原則であり、また、どんなに嫌なクライアントに対しても、クライアントの期待する医療・看護サービスを提供しなければならない。そのために、看護師は「病気がそうさせている」というと思うことで、クライアントに対して否定的感情を抱くような状況を回避する、クライアントから望まれる役割を演じきろうと努力することで否定的感情が生じないようにする。そして、病室に向かい、入り口で深呼吸して笑顔に切り替え、クライアントに対応することも少なくない。このように、看護師は自分の感情をコントロールして職務を遂行しているのである。

情報伝達と感情労働

クライアントの中には、疾患に関する自覚症状や自分の気持ちをうまく訴えられない人もいる。看護師はクライアントの個別性に配慮してコミュニケーションを図りながら、容態を観察し、情報収集する。そして、起こり得る状況を予測してクライアントの変化をいち早く察知し、医師に正確に情報提供（報告）することが求められる。それが、迅速・的確な診断および治療に繋がるからである。このとき、もし看護師が自分の感情のままにコミュニケーションや仕事をしたなら、クライアントの生命やQOLを脅かすかもしれない。

看護師は、医療スタッフの中で最もクライアントに近

¹⁰¹ 腸管内容の肛門側への移動が障害される病態。腸管が閉塞すると、閉塞部位の口側はガスや腸液により拡張し、静脈循環が障害される。その結果、腸管壁が浮腫を起し、腸管腔へ水やナトリウムが漏出する。そしてさらに腸管内圧が上昇し、動脈血流障害も起こり、腸管の壊死・穿孔を引き起こす。また、水やナトリウムの漏出によるショックも起こる。

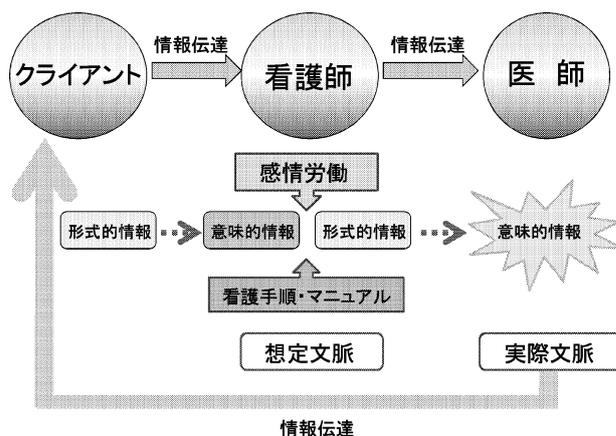
い場所に位置しており、入院患者から医師への情報伝達に介入する機会が多い。また、医療・看護サービスが提供される場面で、コミュニケーション・ネットワークのハブの役割を担っている。そのために、看護師は円滑なコミュニケーションが図られるよう、感情労働を行うのである。しかし、繰り返し感情をコントロールするには大きなエネルギーが必要であり、それが職務上のストレスの一因となり、バーンアウトに陥ることも少なくない。このように、看護師が感情をコントロールして職務を行うことは、決して簡単ではないのである。

医療スタッフの中でも、特に医師と看護師は、変化するクライアントの状態に関して、円滑なコミュニケーションを図る必要がある。しかし、看護師は医師に対して否定的感情を抱くことがある。例えば、主治医がクライアントや家族に病状や治療の説明を十分に行わなかったことでトラブルが生じたにもかかわらず、看護師にその責任を転嫁した時などである。それでも、看護師は、医師からの説明をクライアントおよび家族が理解できるように、分かりやすい説明を加え、場合によっては、医師からの説明の機会を再調整したりする。そして、休む間もなく、別のクライアントの治療・看護に関わる情報を、何事もなかったかのように医師に報告し相談する。スタッフ間の円滑なコミュニケーションは、絶えず変化するクライアントの状況に臨機応変に対応するために不可欠であるから、看護師は感情をコントロールして職務を遂行するのである。

クライアント・看護師・医師の3者間の情報伝達のなかでも、一人の看護師がクライアントからの情報を医師に伝達するプロセス(図32)において重要なことは、クライアントが発した情報(形式的情報)と、それを受けて想定文脈に基づいて看護師が医師に伝達した情報(意味的信息)の差異を、いかに少なくするかということである。医療においては、迅速・的確な診断のために、クライアントに関する情報は厳格に解釈・伝達されることが求められる。そうでなければ、クライアントの生命やQOLを左右する事態が起り得るからである。

モノを対象とする製造業とは異なり、誤った情報伝達の行為者に罰を与えても、一度生じたクライアントの生命の危機的状況や、損なわれたQOLを容易に回復することはできない。石川弘道(2008)¹⁰²によれば、情報提供者、情報利用者が個人である場合(Business to Customer)、それが企業や組織の場合(Business to Business)よりも、情報提供の表現、情報の解釈は多様化するという。クライアントの主観的情報に配慮して情報伝達するには、あらかじめ決められた看護手順・マニュアル

図32 看護師の情報伝達と感情労働



を活用するだけでは限界がある。看護師が感情労働を行うことは、形式的情報を意味的信息とし、想定文脈と実際文脈の差異を少なくして、情報品質を保証することに繋がるのである。

終章 看護師の感情労働の在り方

第1節 本研究から得られた知見

近年、情報通信技術 (Information and Communication Technology : ICT) が発展・普及し、企業や病院の情報処理能力を高度に変化させた。企業が収集・創造する品質の高い情報は、提供する製品・サービスの質の向上と顧客満足の実現に影響を与える。モノを対象とする製造業では、製品に対するクライアントの反応を数値化することによって、そこから製品、サービスの改善や顧客満足の要因についての情報を獲得し、製品の改善を行うことが可能である。

これに対し、サービス業では、製造業に比べてクライアントの情報提供における表現や、情報利用における解釈の多様度が大きい。そこでは、看護師はコミュニケーション・ネットワークのハブの役割を果たしており、収集した情報を専門性や役割の違いに合わせて、医師等の他職種に伝達している。しかし、モノではなくヒトを対象としているために、クライアントの主観的情報を客観化することは簡単ではなく、よって看護師が提供する情報の品質も安定しにくい。

看護師がクライアントの情報を医師に伝達する際には、看護師の想定文脈と医師の実際文脈の差異を少なくすることが求められる。看護師は、感情規則に従い、表層演技、深層演技といったスキルを駆使して、感情をコントロールしながら職務を遂行する。看護師が感情労働を行うことは、想定文脈と実際文脈の差異を少なくし、迅速・的確な診断・治療のために必要な情報の伝達を可能にする。そして、それは、医療における情報品質保証

¹⁰² 石川弘道 (2008) 「情報経営」に関する考察, 高崎経済大学論集, 50(3), 191-199.

の実現につながる。

病院では、医療サービスを提供するために、多職種の医療スタッフが各々の専門性をもとに協働している。看護師は、診療・治療に関する業務から、クライアントの療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担っており、チーム医療推進における医療スタッフ間の連携・補間のために、医師以外の他職種に対しても情報伝達を行っている。また、主治医制をとっている医師とは異なり、交代制でクライアントの看護をおこなっているために、看護師の間でも情報を伝達・共有している。医療現場における情報利用者、情報伝達者を多元的にとらえ、より総合的に情報品質保証について議論しなければならない。

医療サービスは、クライアントの側からみると診療、看護、その他のあらゆるサービスの総体である。体験するサービスの過程は、クライアントにとって結果と同様に重要である。結果と過程の重要性は、診療と看護の関係にあてはめることができる。医師の診療の第一義的な目的は病気を治すことであり、これは結果指標となる。どんなに印象よくクライアントや家族と接することができても、的確な診断・治療の技術を持っていなければ、医師として信頼を得ることができない。一方、看護師は、どんなに静脈注射・点滴の優れた技術を持っていたとしても、クライアントに対して冷淡に振る舞ったとしたら、クライアントや家族の期待する看護をしているとは言えない。看護には病気の回復過程に貢献するという役割があり、結果のみではなく、プロセスも評価の対象になる。一人の看護師が提供する看護サービスの過程と結果に対する評価が、看護職全体、ひいては医療サービスや病院全体への評価ともなり得る。

クライアントの病院に対する評価を Frederick Herzberg (1966)¹⁰³ の二要因理論（動機づけ—衛生理論）でいうと、医師の仕事は、動機づけ要因 (motivator) のように、一方、看護師の仕事は、衛生要因 (hygiene factor) に似た評価のされ方をする。医師は、他の医師にはない優れた知識や技術を提供することによって、クライアントの満足感はより高まる。治療や手術が成功している限り不満に思われることは少ない。これに対し、看護師は、常に笑顔で親切に振る舞い、適切・的確な看護技術を提供することを要求される。しかし、期待される言動や看護技術が提供されたからといって、クライアントが満足感を覚えるわけではない。そして、クライアントおよび家族との言葉の行き違いなど、一度の失敗でそれまでの積み重ねが瞬時に崩れ、看護サービスに対する信頼は揺らいでしまうのである。

¹⁰³ Herzberg, F (1966) Work and the nature of man. Cleveland: World Publishing. (北野利信訳『仕事と人間性』東洋経済新報社, 1968)

感情労働は、これまでの研究では、疎外感や疲弊感、バーンアウトなど、感情労働者にネガティブな影響を与えることが指摘されてきた。しかし、看護師の感情労働は、クライアント、看護師、医師のコミュニケーションを円滑にし、医療・看護サービスの質の向上をもたらす。そして、それは、クライアントと医療者の信頼関係の構築、患者満足度や医療・看護サービスの評価（評判）の向上に寄与する。看護師が文脈に合わせて感情労働を行うことは、今後の医療サービスや病院経営において不可欠であり、その質を左右するといって過言ではない。しかし、実際は、看護師が職務上の感情をコントロールするのは当然のことであり、それができないと一人前の看護師とみなされない。また、感情労働の当事者である看護師が、看護師のしごとは感情労働であること、感情労働を行っている対人サービス業の中でも、それがクライアントの危機対応に効力を発揮するという特殊性を持っていることをよく理解していない現状にある。そして、このことは、看護師の管理者である看護管理者や病院管理者についても同様である。多様化するクライアントのニーズに対応し、期待される医療・看護サービスを提供するためには、まず、感情管理を看護師に求められるひとつのスキルとして捉え、軍人、自衛隊員、消防・レスキュー隊員が、緊急事態下での感情管理の教育・訓練を受けるように、看護においても、看護学生の基礎教育や看護師の臨床研修等の中に、感情管理のスキルを学ぶ機会を取り入れる必要がある。そして、感情労働を職務として評価する病院および医療システムの構築が必要であるといえよう。

第2節 感情労働への対応 メンタル・ヘルス・ケア

職務が要求する適切な感情表現をするために感情労働を行うと、実際に感じている感情と期待される感情の間にギャップが生じることが多い。それは、看護師の中に怒りや無力感、不安などの感情を引き起こし、バーンアウトにつながることもある。また、看護師のように、心身が傷ついた人のケアや治療を行うことを職業としている人には、2次的心的外傷後ストレス障害¹⁰⁴ (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) が起こりやすいと

¹⁰⁴ 心的外傷後ストレス障害は、地震、洪水、火事のような災害、または事故、戦争といった人災や、テロ、監禁、虐待、強姦、体罰などの犯罪など、危うく死ぬまたは重症を負うような出来事の後起こる、心に加えられた衝撃的な傷が元となる様々なストレス障害を引き起こす疾患のことである。基本的症状は、①精神的不安定による不安、不眠などの過覚醒症状、②トラウマ (心的外傷) の原因になった障害、関連する事物に対する回避傾向、③事故・事件・犯罪の目撃体験等の一部や、全体に関わる追体験 (フラッシュバック) である。

される(楠本万里子, 2009)¹⁰⁵。

職務上の感情コントロールが必要とされる米兵のメンタル・ヘルスをめぐる現状と課題について、鈴木 滋(2009)¹⁰⁶は次のように述べている。米軍がイラクに駐留する米兵のメンタル・ヘルスに係る現地視察のため派遣している陸軍の調査において、最も多く報告されたストレスの原因として、死体を目撃したこと、攻撃や待ち伏せを受けたこと、同僚兵士の重傷や死亡を知らされたことなどが挙げられている。米陸軍は、精神医療学者、臨床心理学者、ソーシャルワーカー、作業療法士、メンタル・ヘルスもしくは作業療法を担当する下士官、看護師などの要員が配置された専任の部隊を編成して、戦地でのメンタル・ヘルス対策を実施している。

しかしながら、兵士は一般に、メンタル・ヘルスを受診・利用することが、上官や同僚から「精神的に弱い人」とみなされ、結果的に、昇進や軍内での人間関係等に対して悪影響を招く、という懸念を抱く傾向があるという。これは、「スティグマ(stigma)」と呼ばれる心理的メカニズムである。米軍は、「スティグマにとらわれず、問題があれば、積極的にメンタル・ヘルスを受診せよ」と呼びかけているが、兵士の固定化した意識を変えることは難しいようである。

臨床の看護師が、米兵のように苛烈な戦闘局面に遭遇することは、一般的に考えにくい。看護師の場合も、クライアントの生死に関わる緊張状態で感情労働を行っており、バーンアウトや2次的心的外傷後ストレス障害(PTSD)に陥りやすい現状にある。そして、真面目で勉強家が多いといわれる看護師は、感情をコントロールしてクライアントに接するのは当然のことであり、米兵と同様に、それが上手でできないのは看護師として未熟であるからと受け取られることも少なくない。同僚や上司など周囲からのサポートが受けられる環境になれば、深刻な状況を招く危険性もある。看護管理者および病院管理者は、夜勤や交代勤務などの肉体労働としての苛酷さだけでなく、看護師が感情労働者であることを理解し、看護職員に対してメンタル・ヘルス・ケアのシステムを構築することが必要である。

感情労働の教育と看護師の臨床研修

感情をコントロールしながらクライアントと接するのは、看護師にとって当然のことであるが、当然ゆえにそのスキルを学校の基礎教育、特に座学から獲得することは極めて困難である。従って、臨床の教育や実務経験を

通し育成・獲得されなければならない。

第1章で述べたように、新人看護師の看護能力の低下、臨床が期待する能力と基礎教育終了時点の看護能力の乖離、そして、これらに起因する新人看護師の離職防止、看護サービスの安全性、質の保証に対応するために、2010年4月から、看護師本人と病院開設者双方の努力義務とし、新人看護職員卒業臨床研修が実施されている。厚生労働省の作成した新人看護職員研修ガイドライン(2009)には、新人看護職員に必要な知識、技術、態度を、①看護職員として必要な基本姿勢と態度、②看護実践における技術的側面、③看護実践における管理的側面の3つの領域で提示し(図33)、各々の到達目標を設定している(表7)¹⁰⁷。①看護職員として必要な基本姿勢と態度の中に、患者の理解と患者・家族と良好な人間関係の確立、具体的には、「患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する」「看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する」という目標である。

また、臨床で行われる看護師の継続教育では、第1章で述べた Patricia Benner (1984) の看護理論(『ベナー看護論 From Novice to Expert』)などを参考に組み立てたクリニカル・ラダー(clinical ladder)¹⁰⁸を用い、臨床知識の発達段階に合わせて、臨床看護実践能力を高められるような教育プログラムを実施している病院が一般的になっている。しかし、それらの目標項目に関して、これまで筆者が経験した看護師の職務および認定看護管理者の教育プログラムの中に、それが看護師の感情労働であることを明確に示した指導・教育は見当たらない。

近年の新卒看護師の傾向として、少子化の時代に幼いころより家庭で大事に育てられていることが反映されてなのか、自己の課題や困難に直面すると、簡単に諦める、挫折してしまうことが少なくない。先輩看護師や上司の「指導」も「いじめられた」と解釈する。仕事に泣いている看護師をよく見かけるようになった。クライアントが安心して医療・看護サービスを受けられるよう、看護師はクライアントの前では冷静沈着に振る舞わなければならないという感情規則があり、看護師は患者の前で涙を見せてはならない、と筆者は考える。無論、迎えた最期に、クライアントおよび家族と共有した看取りの過程を思い、家族の心情を察し、共に涙することもある。クライアントや家族が温かい目で見守り、看護師を育てる。看護師の教育は、医療・看護スタッフのみによって行われるのではない。筆者自身も、これまで、そして今

¹⁰⁵ 楠本万里子(2009) 人的資源に関わる法律。手島恵編『看護における人的資源管理論』日本看護協会出版会、143-161。

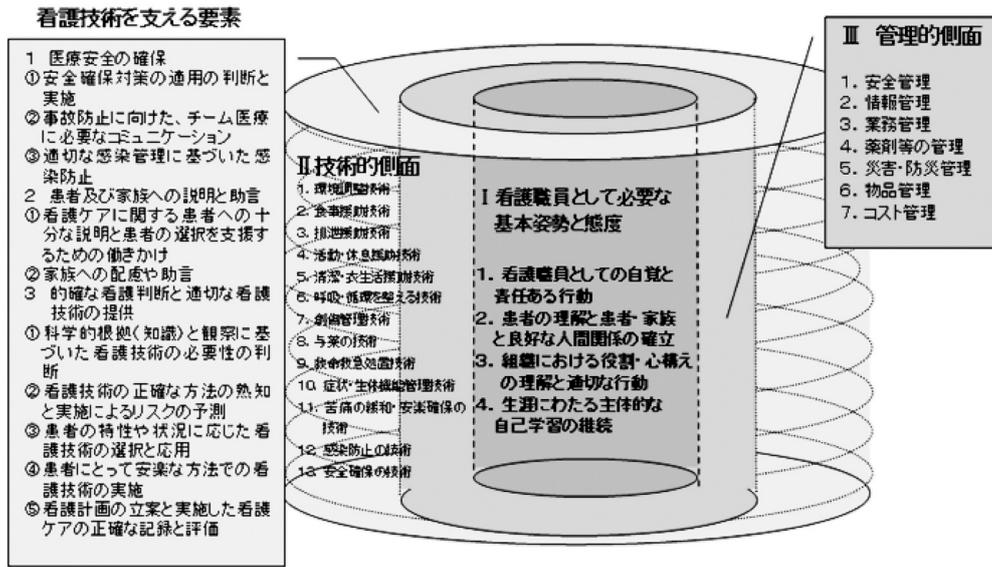
¹⁰⁶ 鈴木 滋(2009) メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状課題——「戦闘ストレス障害」の問題を中心に—— 国立国会図書館レファレンス、21(8)、31-53。

¹⁰⁷ 厚生労働省：「新人看護職員研修ガイドライン」 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf>

¹⁰⁸ 主に看護師の臨床実践における能力を段階別に表現したもので、個々の看護師の能力評価、能力向上への動機づけ、職務満足を向上させる、昇進・昇格の資料とすることを目的にしている。

図 33 臨床実践能力の構造

I、II、IIIは、それぞれ独立したものではなく、患者への看護ケアを通して統合されるべきである。



厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン，2009より引用

もなお、このような経験を積み重ねながら、一人の看護師として、しごとをしている。しかしながら、看護師の涙は、多くの場合、クライアントを不安にさせる。そして、「若さ」はクライアントにとって闘病や生活への活力ともなり得るが、看護の知識・技術や気配りの未熟さを

連想させ、クライアントの不安に繋がっていく。「仕事の中に泣いていて、人の命を預かる看護師のしごとが務まるのか」ということである。

新人看護師をめぐるこれらの背景をふまえ、看護師教育の研修プログラムの中に、①多様なニーズを持つクラ

表 7 新人看護職員研修到達目標

1 看護職員としての到達目標	看護職員としての自覚と責任ある行動	①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する ②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する ③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	
	患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立	①患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する ②患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する ③患者・家族が納得できる説明を行い、同意を得る ④家族の意向を把握し、家族にしか担えない役割を判断し支援する ⑤守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する ⑥看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する	
	組織における役割・心構えの理解と適切な行動	①病院及び看護部の理念を理解し行動する ②病院及び看護部の組織と機能について理解する ③チーム医療の構成員としての役割を理解し協働する ④同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる	
	生涯にわたる主体的な自己学習の継続	①自己評価及び他者評価を踏まえた自己の学習課題をみつける ②課題の解決に向けて必要な情報を収集し解決に向けて行動する ③学習の成果を自らの看護実践に活用する	
	2 看護技術についての到達目標	環境調整技術	①温度、湿度、換気、採光、臭気、騒音、病室整備の療養生活環境調整（例：臥床患者、手術後の患者等の療養生活環境調整） ②ベッドメイキング（例：臥床患者のベッドメイキング）
		食事援助技術	①食生活支援 ②食事介助（例：臥床患者、嚥下障害のある患者の食事介助） ③経管栄養法
		排泄援助技術	①自然排尿・排便援助（尿器・便器介助、可能な限りおむつを用いない援助を含む。）
			②洗腸
			③膀胱内留置カテーテルの挿入と管理
	④摘便 ⑤導尿		

2 看護技術についての到達目標	活動・休息援助技術	①歩行介助・移動の介助・移送 ②体位変換(例：①及び②について、手術後、麻痺等で活動に制限のある患者等への実施) ③関節可動域訓練・廃用性症候群予防 ④入眠・睡眠への援助 ⑤体動、移動に注意が必要な患者への援助(例：不穏、不動、情緒不安定、意識レベル低下、鎮静中、乳幼児、高齢者等への援助)
	清潔・衣生活援助技術 (例：①から⑥について、全介助を要する患者、ドレーン挿入、点滴を行っている患者等への実施)	①清拭 ②洗髪 ③口腔ケア ④入浴介助 ⑤部分浴・陰部ケア・おむつ交換 ⑥寝衣交換等の衣生活支援、整容
	呼吸・循環を整える技術	①酸素吸入療法 ②吸引(気管内、口腔内、鼻腔内) ③ネブライザーの実施 ④体温調整 ⑤体位ドレナージ ⑥人工呼吸器の管理
	創傷管理技術	①創傷処置 ②褥瘡の予防 ③包帯法
	与薬の技術	①経口薬の与薬、外用薬の与薬、直腸内与薬 ②皮下注射、筋肉内注射、皮内注射 ③静脈内注射、点滴静脈内注射 ④中心静脈内注射の準備・介助・管理 ⑤輸液ポンプの準備と管理 ⑥輸血の準備、輸血中と輸血後の観察 ⑦抗生物質の用法と副作用の観察 ⑧インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察 ⑨麻薬の主作用・副作用の観察 ⑩薬剤等の管理(毒薬・劇薬・麻薬、血液製剤を含む)
	救命救急処置技術	①意識レベルの把握 ②気道確保 ③人工呼吸 ④閉鎖式心臓マッサージ ⑤気管挿管の準備と介助 ⑥止血 ⑦チームメンバーへの応援要請
	症状・生体機能管理技術	①バイタルサイン(呼吸・脈拍・体温・血圧)の観察と解釈 ②身体計測 ③静脈血採血と検体の取扱い ④動脈血採血の準備と検体の取扱い ⑤採尿・尿検査の方法と検体の取扱い ⑥血糖値測定と検体の取扱い ⑦心電図モニター・12誘導心電図の装着、管理 ⑧パルスオキシメーターによる測定
	苦痛の緩和・安楽確保の技術	①安楽な体位の保持 ②罨法等身体安楽促進ケア ③リラクゼーション ④精神的安寧を保つための看護ケア
	感染予防技術	①スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施 ②必要な防護用具(手袋、ゴーグル、ガウン等)の選択 ③無菌操作の実施 ④医療廃棄物規定に沿った適切な取扱い ⑤針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応 ⑥洗浄・消毒・滅菌の適切な選択
	安全確保の技術	①誤薬防止の手順に沿った与薬 ②患者誤認防止策の実施 ③転倒転落防止策の実施 ④薬剤・放射線暴露防止策の実施

3 管理的側面 についての 到達目標	安全管理	①施設における医療安全管理体制について理解する ②インシデント（ヒヤリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行う
	情報管理	①施設内の医療情報に関する規定を理解する ②患者等に対し、適切な情報提供を行う ③プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う ④看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成する
	業務管理	①業務の基準・手順に沿って実施する ②複数の患者の看護ケアの優先度を考えて行動する ③業務上の報告・連絡・相談を適切に行う ④決められた業務を時間内に実施できるように調整する
	薬剤等の管理	①薬剤を適切に請求・受領・保管する（含、毒薬・劇薬・麻薬） ②血液製剤を適切に請求・受領・保管する
	災害・防災管理	①定期的な防災訓練に参加し、災害発生時（地震・火災・水害・停電等）には決められた初期行動を円滑に実施する ②施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する
	物品管理	①規定に沿って適切に医療機器、器具を取り扱う ②看護用品・衛生材料の整備・点検を行う
	コスト管理	①患者の負担を考慮し、物品を適切に使用する ②費用対効果を考慮して衛生材料の物品を適切に選択する

厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン，2009より引用

クライアントに対し、文脈に合わせて感情をコントロールすることを、看護師に不可欠なスキルとして明確に位置づけ、②看護師の臨床知識の発達段階に合わせて教育する必要がある。

第3節 看護師の使命

村田晴夫(2009)¹⁰⁹によれば、企業の使命は、①人間性の尊重（自由）、②文化多様性の尊重（平和）、③自然への応答責任の共有（自然環境への責任）であり、事業の目的はそれらの使命の実現化である。

かつての医療は、医療者がクライアントに必要な治療を施し、クライアントや家族はそれを受け入れた。しかし、近年では、クライアントの選択権・自由意志を最大限尊重するという理念に基づいて、病院はクライアントへの説明責任（accountability）を果たし、クライアントの意思をもって治療に参加する時代へと変化した。医療者の説明とクライアントの合意のもとに（インフォームド・コンセント informed consent：IC）¹¹⁰、個々のクライアントのニーズに合わせた医療・看護を提供する。このとき、健康で判断力を備えた成人ばかりを対象とするわけではなく、クライアントが十分な理解力を備えた成人であっても、あらゆる医療行為に伴い医師（専門家）が考慮すべき医学的事項は膨大な範囲に及ぶ。素人であ

るクライアントは、専門家とはかけ離れた、限られた量の知識をもとにして判断を行わざるを得ない。また、クライアントの要求をすべて満たすことが、必ずしもクライアントに最良の結果をもたらすとは言えない。病気を治す過程で、クライアントに何らかの制約・制限が課せられることがあるからである。それゆえ、可能な限りクライアントのニーズに適うように、調整、説得も役割とする。

また、急速に発展している遺伝子治療や、医療廃棄物の処理問題等は、自然環境への責任として、医療・病院が果たすべき今後の課題となる。

そして、それを担う経営心性（business mind）は、①事業に関する熟知と解釈学的了解と全体を感得する情感を持ち、②未来への予見の力を持つことが要請される。そしてそれを基礎として、③新しさの導入へのたえざる冒険心に満ちて、④更なる調和への信念と、それによって文明における自分の役割を偉大であると感じる心性であるという（村田，2009）。

医療を取り巻く環境が激しく変化する中で、病院は、その理念のもとに医療の安全性と質を保証し、クライアントの求める医療サービスを提供するために、多くの専門職が協働している。各医療スタッフの知識・技術の高度化への取り組みや、ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となる。1人ひとりの医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、チーム医療を通してそれらを再統合していく、といった発想の転換が必要である。

医師は、治療方針を決定し、治療する役割を担い、看護師は、医師の指示のもとに診療の補助と療養上の世話をを行う。これらは互いに専門職として認め合い、協働す

¹⁰⁹ 村田晴夫（2009）人間・社会・自然における企業の位置——事業の目的と使命——日本経営学会第83回大会報告要旨集，63-71.

¹¹⁰ 「正しい情報を得た（伝えられた）上での合意」を意味する概念。特に、医療行為（投薬・手術・検査など）や治験などの対象者（患者や被験者）が、治療や臨床試験・治験の内容についてよく説明を受け理解した上で（informed）、方針に合意する（consent）ことである。

ることでチーム医療が推進されるのであり、全ての判断・決定が医師に委ねられることを意味しない。しかしながら、時として、これがうまく機能せず、医療者の独りよがりな治療や病院運営が行われることが決して少なくない。また、各医療スタッフの専門性が高まるにつれ、それぞれの役割を補完し、調整することも必要となってくる。それゆえに、看護師は、個々の役割をもって職務を遂行するのであるが、治療・看護計画との関係の中で、看護を全体として意味づけ、理解する必要がある。そして、治療、看護の方向性を理解し、クライアントや家族

を導く。「見る」という言葉が「手」と「目」で成り立っているように、看護師は医療スタッフの中で、クライアントに最も近い場所において、朝も昼も夜も、日曜日にも、クライアントと目と目を合わせ、クライアントに自らの手で直接触れてお世話する。常に「患者さん」のことを最優先に考え、そのことを自負し、使命を感じている。

専門職として常に自己研鑽に励み、自らの提供する看護サービスが、患者満足度の向上に貢献し得ることに誇りを持つ。これこそが、看護師のしごとなのである。

付録1 看護師の意識調査の質問紙

「看護師の職務」に関する意識調査

この調査は、職場においてみなさんがどのように感じ、行動しているかをおたずねするものです。回答は無記名で、全体的な傾向を見ることを目的としています。回答者個人が特定されたり、個人についての分析が行われることはありません。回答内容の保護には万全を期していますので、普段のお気持ちや行動をお聞かせください。

回答済みの調査票は、添付の封筒にて下記調査者まで返送してください。なお、この調査に関するご意見やご質問がありましたら、下記までお願い致します。

調査者 北海学園大学大学院経営学研究科博士（後期）課程 相馬幸恵
 問合せ先 住所：〒062-8605 札幌市豊平区旭町4丁目1番40号
 北海学園大学大学院経営学研究科
 電話：011-841-1161(代)／電子メール：7408101y@edu.hgu.jp

以下の質問を読み、当てはまる数字に○をつけてください。

- あなたにとって看護の仕事は、2、3年前と比べて大変になったと思いますか。
 とても思う 思う あまり思わない 全く思わない
 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1
- 日頃、患者さんと接しているとき、自分の感情をコントロールすることがありますか。
 よくある ある あまりない 全くない
 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1
- 患者さんからの要求が高くなると、自分の感情をコントロールする機会は増えると思いますか。
 とても思う 思う あまり思わない 全く思わない
 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1
- 患者さんに関する情報を、あなたは十分な時間をかけて、収集や観察することができていますか。
 よくできる できる あまりできない 全くできない
 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

次のページ（裏面）にお進みください。

5. 患者さんに関する情報を医師に報告する時、自分で判断した内容を、付加して報告していますか。

よくできる できる あまりできない 全くできない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

6. 患者さんに関する情報を医師に報告する時、自信を持って報告することができますか。

よくできる できる あまりできない 全くできない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

7. 患者さんの「声（訴え）」を聴くことは、今後の看護において重要だと思いますか。

とても思う 思う あまり思わない 全く思わない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

8. 現在勤めている病院の経営に対して、あなたは、危機感を感じていますか。

とても感じる 感じる あまり感じない 全く感じない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

9. あなたの勤めている病院は、患者さんに十分な満足を与えていると思いますか。

とても思う 思う あまり思わない 全く思わない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

10. あなたの勤めている病院の職員は、現状に満足していると思いますか。

とても思う 思う あまり思わない 全く思わない
4 ————— 3 ————— 2 ————— 1

最後に、次の質問にお答えください。

経験年数 () 年

勤務場所 () 例) 外来 内科病棟 など

ご協力、ありがとうございました。

引用・参考文献

- 阿部浩之 (2010) 感情労働論 — 理論とその可能性. 季刊経済理論, 47(2), 64-76.
- A. M. Carr-Saunders & P. A. Wilson (1933) *The Profession*. Oxford University Press. 284-287.
- Ashforth, B. E & Humphrey, R. H (1995) Emotion in Workplace: A Reappraisal. *Human relations*, 48(2), 97-125.
- Barnard, C. I. (1968) *The Functions of the Executive*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳『経営者の役割』ダイヤモンド社, 1968, 170-184.)
- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park. (伊部俊子・井村真澄・上泉和子・新妻浩三訳『ベナー看護論新訳版 — 初心者から達人へ —』医学書院, 2005, 1-10, 11-32.)
- Bolton, S. C. (2000) Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labor process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580-586.
- Brotheridge, C., & Lee, R. T. (2003). Development and validation of the emotional labor scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 365-379.
- Carr-Saunders, A. M & Wilson, P. A (1933) *The Professions*. Oxford University Press.
- Chaudhuri, A (2006) *Emotion and Reason in Consumer Behavior*: Elsevier Inc. (恩藏直人・平木育美・井上淳子・石田大典訳『感情マーケティング — 感情と理性の消費行動 —』千倉書房, 2007.)
- 海老根敦子 (2008) 製造企業の品質創造活動と情報品質. 日本情報経営学会誌, 28(4), 39-48.
- Elliot, P. (1972) *The Sociology of the professions*. Macmillan.
- 遠藤利彦 (2007) 感情の機能を探る. 藤田和生 (編) 『感情科学』京都大学学術出版会, 3-34.
- 藤本昌代 (2005) 『専門職の転職構造 — 組織準拠性と移動 —』文真堂, 105-125.
- 藤田和生 (2007) 感情の進化. 藤田和生 (編) 『感情科学』京都大学学術出版会, 211-234.
- 藤崎 郁 (2006) 『系統看護学講座 専門2 基礎看護学 [2] 基

- 礎看護技術Ⅰ。第14版』医学書院。
- 深田博巳(1998)『インターパーソナル・コミュニケーション：対人コミュニケーションの心理学』北大路書房。28-30, 48-62, 63-81。
- Goffman, E (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. (石黒毅訳『行為と演技——日常生活における自己呈示——』誠信書房。1974.)
- Goffman, E (1967) *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*: Anchor Books, Doubleday and Company Inc. (浅野敏夫訳『儀礼としての相互行為』法政大学出版会。2002.)
- Greenwood, E (1957) Attributes of a Profession. *Social Work*, 2(3), 45-55.
- 濱口恵俊・公文俊平編(1982)『日本の集団主義』有斐閣。
- 橋本鉦市編著(2009)『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版会。11-24, 84-103。
- 早坂裕子・広井良典編著(2004)『未来を拓く社会学』ミネルヴァ書房。119-139。
- 長谷川美貴子(2008)介護援助行為における感情労働の問題。淑徳短期大学研究紀要, 47, 117-134。
- Hall, E. T. (1976) *Beyond Culture*. Anchor Press (岩田慶治・谷泰訳『文化を超えて』TBSブリタニカ。1979.)
- Herzberg, F (1966) *Work and the nature of man*. Cleveland: World Publishing. (北野利信訳『仕事と人間性』東洋経済新報社。1968.)
- Hider, F (1958) *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley. (大橋正夫訳『対人関係の心理学』誠信書房。1978.)
- Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley and Los Angeles, CA.: University of California Press. (石川准・室伏亜希訳『管理される心——感情が商品になるとき』世界思想社。2000.)
- 細田満和子(2001)「チーム医療」とは何か——それぞれの医療従事者の視点から。保健医療社会学論集, (12), 88-101。
- 細田満和子(2000)病院における医療従事者の組織認識——「チーム医療」の理念と現実——。現代社会理論研究, (10), 253-275。
- Hunt, A. (2008) *Pragmatic Thinking and Learning: Refactor Your "Wetware"*: Pragmatic Bookshelf. (武舎広幸・武舎るみ訳『リファクタリング・ウェットウェア——達人プログラマーの思考法と学習法』オライリー・ジャパン。1-31.)
- 伊部俊子編(2003)『看護管理学習テキスト第1巻 看護管理概説——21世紀のサービスを創る』日本看護協会出版会。
- 生田久美子(1987)『コレクション認知科学6「わざ」から知る』東京大学出版会。
- International Association for the study of pain (1979) *Subcommittee on taxonomy of pain terms: A list with definitions and notes on usage*. *Pain*, 6, 249-252.
- 伊佐夏実(2009)教師ストラテジーとしての感情労働。教育社会学研究, 84, 125-144。
- 石田好江(2005)文献紹介 ロニー・Jスタインバーグ著「職務評価における感情労働——賃金慣行の再設計」女性労働研究, (47), 72-79。
- 石川弘道(2001)『経営情報の共有と活用』中央経済社。
- 石川弘道(2008)「情報経営」に関する考察。高崎経済大学論集, 50(3), 191-199。
- 石川邦子(2009)コールセンターの職場環境特性とストレスの関連——コースセンターにおける感情労働的行動——日本労務学会第39回全国大会研究報告論集, 311-318。
- 石倉義博(2008)感情社会学と感情労働論——批判的検討。人文社会科学研究 (48), 113-129。
- 井戸田博樹(2008)組織における情報品質管理——組織のコミュニケーションの観点から——日本情報経営学会誌, 28(4), 56-63。
- 姜 聖淑(2010)旅館女将の継承を取り巻く人的要素。しごと能力研究学会第3回全国大会報告要旨集, 17-18。
- 金井壽宏(2000)経営組織論における感情の問題——人々が組織に持ち込む感情をめぐるリサーチ・アジェンダ——国民経済誌, 181(5), 43-70。
- 金井壽宏・高橋潔(2008)組織論における感情の意義。組織科学, 41(4), 4-15。
- 上泉和子(2003)看護専門職の機能と活動。伊部俊子編『看護管理学習テキスト第1巻 看護管理概説——21世紀のサービスを創る』日本看護協会出版会。71-95。
- 片山由加里・小笠原知枝・辻ちえ・井村香積・永山弘子(2005)看護師の感情労働測定尺度の開発。日本看護科学会誌, 25, 20-27。
- 片山由加里・濱岡政好(2001)看護における感情研究の現状——「感情労働」の視点から。京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 10(2), 201-210。
- 川又郁子・渡邊岸子(2010)日本の看護師を対象とした感情労働の研究の動向と課題。新潟大学医学部保健学科紀要, 9(3), 91-100。
- 川島みどり・草刈淳子・氏家幸子・高橋みや子(監修)(2008)『日本の看護120年——歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会。69-96。
- 北原貞輔(1990)『経営進化論』有斐閣。129-149, 217-240。
- 北野利信編(1977)『経営学説入門』有斐閣。
- 小村由香(2009)公的部門における感情労働——生活保護ケースワーカーを事例に。日本労働社会学年報, (19), 63-81。
- 久保田洋志(2003)顧客価値の視座からの情報デザインの方法論についての検討。オフィス・オートメーション第47回全国大会予稿集, 55-58。
- 楠本万里子(2009)人的資源に関わる法律。手島恵編『看護における人的資源管理論』日本看護協会出版会。143-161。
- Lee, R. T. & Brotheridge, C. M. (2006) *Validation and extension of the emotional labor scale: Evidence from daycare workers*. Paper presented at EMONET conference, Atlanta.
- 松本斉子・往住彰文・原田悦子・南部美砂子(2009)看護の場における対話——医療安全を目的として——人工知能学会誌, 24(1), 53-61。
- 松本友一郎・釘原直樹(2009)看護師の上司——部下関係に対する評価、コーピングとストレス反応の関連。実験社会心理学研究, 48(2), 167-173。
- 三上れつ・小松万喜子編(2003)『基礎看護学 演習・実習に役立つ基礎看護技術 根拠に基づいた実践をめざして』ニューウェルヒロカワ。
- 三橋弘次(2008)感情労働で燃え尽きたのか? : 感情労働とバーンアウトの連関を経験的に検証する。社会学評論, 58(4), 576-592。
- Minsky, M (1985) *The Society of Mind*: Simon & Schuster, Inc (安西祐一郎訳『心の社会』産業図書。)
- 三井さよ(2006)看護職における感情労働。大原社会問題研究所雑誌, (567), 14-26。
- 村上陽一郎(1986)『技術とは何か——科学と人間の視点から』日本放送出版会。59-93。
- 村上陽一郎(2001)『岩波講座 現代工学の基礎10 工学の歴史』岩波書店。
- 村上陽一郎(2010)『人間にとって科学とは何か』新潮社。62-63。
- 村田晴夫(2009)人間・社会・自然における企業の位置——事業の目的と使命——日本経営学会第83回大会報告要旨集,

- 63-71.
- 村田 潔 (2008) 社会に開かれた情報品質管理. 日本情報経営学会誌, 28(4), 79-87.
- 長瀬勝彦 (2008) 感情と理性の折り合いとしての意思決定. 組織科学, 41(4), 16-26.
- 二木 泉 (2010) 認知症介護は困難か——介護職員が行う感情労働に焦点をあてて—— 社会科学ジャーナル, (69), 89-118.
- 西川真規子 (2006) 感情労働とその評価. 大原社会問題研究所雑誌, (567), 1-13.
- 大淵憲一・渥美恵美 (2002) 目標達成の観点からみた組織内葛藤解決方略の効果——特に葛藤回避の効果をめぐる——. 東北大学文学研究科研究年報, 52, 89-102.
- 大淵憲一・Tyler, T. R.・田中堅一郎・菅原郁夫 (1999) 日本人の組織内葛藤解決：文化比較のための予備的分析 葛藤解決に関する日米間の比較研究 (大淵憲一 平成8・9・10年度科学研究費補助金研究成果報告) 1-18.
- 太田 肇 (1993) 『プロフェッショナルと組織——組織と個人の「間接的統合」——』 同文館出版. 15-28.
- 荻野佳代子・瀧ヶ崎隆司・稲木康一郎 (2004) 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響. 心理学研究, 75, 371-377.
- 岡原正幸・山田昌弘・安川 一・石川 准 (1997) 『感情の社会学——エモーション・コンシャスな時代——』 世界思想社.
- 奥村恵一 (1997) 『経営管理論』 有斐閣. 107-121.
- 小野寺哲夫・菅谷たか子 (2004) 現場看護師の感情労働とストレス——現場看護師の感情労働は、バーンアウトや早期退職の原因なのか？—— 立正大学心理・教育学研究, 2, 29-32.
- 大村 壮 (2009) 対人援助職の感情労働とストレス反応, バーンアウト傾向の関係について. 常葉学園短期大学紀要, (40), 251-260.
- 大坪庸介・島田康弘・森永今日子・三沢 良 (2003) 医療機関における地位格差とコミュニケーションの問題——質問紙による検討—— 実験社会心理学研究, 43(1), 85-91.
- 尾崎フサ子・忠政敏子 (1988) 看護婦の職務満足質問紙の研究——Stampsらの質問紙の日本での応用—— 大阪府立看護短大紀要, 10(1), 17-24.
- Polanyi, M. (1966) *The Tacit Dimension*: Routledge & Kegan Paul Ltd. (佐藤敬三訳『暗黙知の次元』 紀伊国屋書, 1984.)
- Rogers, E. M. (1986) *Communication in Organizations*: the Free Press. (安田寿明訳『コミュニケーションの科学』 共立出版, 1992.)
- Russell, JA (1980) A circumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, 39(6), 1161-1178.
- 坂上百重・渡辺岸子 (2005) 日本の看護における「看護師の感情」に関する研究についての文献検討. 新潟大学医学部紀要, 8(1), 49-62.
- 坂本賢三 (1986) 『技術の発生と展開. 新岩波講座哲学 8 技術・魔術・科学』 岩波書店.
- 崎山治男 (1999) 感情労働と自己——看護過程における感情労働を通して—— 年報社会学論集, (12), 199-210.
- 崎山治男 (2008) 感情労働と組織：感情労働への動員プロセスの解明にむけて. 組織科学, 41(4), 39-47.
- 澤野雅彦 (2001) 『現代日本企業の人事戦略』 千倉書房. 84-92.
- 澤野雅彦 (2010) 科学・技術・技能をめぐる——しごと能力の基礎的考察——しごと能力研究学会第3回全国大会報告要旨集, 27-30.
- 澤野雅彦 (2010) ソフトシステム論と情報. 日本情報経営学会第61回大会予稿集, 203-206.
- 関口恭毅 (2005) 情報品質研究と意義と現状. オフィス・オートメーション学会第51回全国大会予稿集, 39-42.
- 関口恭毅 (2006) 情報品質——ユーザー視点のシステム評価—— オフィス・オートメーション学会第52回全国学会予稿集, 36-39.
- 関口恭毅 (2007) 情報経営研究のいくつかの側面について. 日本情報経営学会誌, 28(1), 29-35.
- 関 哲人 (2008) 事業協同組合による求貨求車システムにおいてヒューマンネットワークが情報品質保証に及ぼす影響. 日本情報経営学会誌, 28(3), 83-90.
- 関谷大輝・湯川進太郎 (2009) 対人援助職者の感情労働における感情的不協和経験の筆記開示. 心理学研究, 80(4), 295-303.
- 関谷大輝・湯川進太郎 (2010) 感情労働の諸相——表層演技, 深層演技と副次的プロセスに着目して—— 筑波大学心理学研究, 39, 45-56.
- Shapero, A. (1985) *Managing Professional People: The Free Press*.
- 進藤雄三・黒田浩一郎 (編) (1999) 『医療社会学を学ぶ人のために』 世界思想社.
- Simon, H. A. (1997) *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations, Fourth Edition*. Free Press. (二村敏子・桑田耕太郎・高尾義明・西脇暢子・高柳美香訳『新版経営行動——経営組織における意思決定過程の研究——』ダイヤモンド社, 2009, 277-322.)
- Smith P. (1991) The nursing process: Raising the profile of emotional care in nurse training. *J. Adv. Nurs.*, 16(1), 74-78.
- Smith, P. (1992) *The Emotional Labor of Nursing-How Nurses care*. The Macmillan Press. (武田麻子・前田泰樹監訳『感情労働としての看護』 ゆるみ出版, 2000.)
- Smith, P. (2010) 感情労働としての看護——現状とこれから. 日本赤十字看護大学紀要, (24), 160-170.
- 相馬幸恵 (2006) 集団内の葛藤解決における寛容性の研究. 北海学園大学大学院経営学研究科修士論文.
- Staden H. (1998) Alertness to the needs of others: a study of the emotional labor caring. *J. Adv. Nurs.*, 27(1), 147-156.
- Stamps, P. L., Piedmont, E. B., Slavitt, D. B. & Hasse, A. M (1978) Measurement of Work Satisfaction among Health Professional. *Medical Care*, 16(4), 337-352.
- Steinberg, R. J., & Figart, D. M. (1999) Emotional labor in the service economy: Emotional labor since the managed heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8-26.
- Strazdins L. M. (2000) Integrating emotions: Multiple role measurement of emotional work. *Aust. J. Psychol.*, 52(1), 41-50.
- 須賀知美・庄司正美 (2007) 飲食店従業員の感情労働的行動とパーソナリティとの関連：セルフ・モニタリングおよび自己意識との関連 目白大学心理学研究, 3, 77-84.
- 須賀知美・庄司正美 (2007) 飲食店従業員の感情労働的行動尺度の作成の試み. 産業・組織心理学研究, 20(2), 41-52.
- 須賀知美・庄司正美 (2008) 感情労働が職務満足感・バーンアウトに及ぼす影響についての研究動向. 目白大学心理学研究, 4, 137-153.
- 須賀知美・庄司正美 (2010) 飲食店アルバイトの感情労働と客からの感謝・賞賛が職務満足感に及ぼす影響. 目白大学心理学研究, 6, 25-31.
- 菅 由希子 (2008) わが国における感情労働研究の動向と課題. 北星社会福祉研究, (23), 61-78.
- 杉田郁代 (2010) 感情労働研究概観 (I)——人援助職と教職—— 環太平洋大学研究紀要, 3, 51-56.

- 炭谷正太郎・渡邊順子 (2010) 点滴静脈内注射における留置針を用いた血管確保技術の実態調査 — 新人・中堅・ベテラン看護師の実践の比較 — 日本看護科学会誌, 30(3), 61-69.
- 鈴木 滋 (2009) メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状課題 — 「戦闘ストレス障害」の問題を中心に — 国立国会図書館レファレンス, 21(8), 31-53.
- 高田奈緒美・大淵憲一 (2009) 対人葛藤における寛容性の研究: 寛容動機と人間関係. 社会心理学研究, 24(3), 208-218.
- 武井麻子 (2001) 『感情と看護 — 感情と看護 — 人との関わりを職業とすること』医学書院.
- 武井麻子 (2003) 感情と看護. 日本看護教育学会誌, 13(2), 69-77.
- 武井麻子 (2009) 第8回東邦大学看護研究会学術交流会特別講演 感情と看護 — 人との関わりを職業とすること — 感情労働の視点からケアを考える. 東邦大学看護研究会誌, (6), 39-51.
- 高木永子・市村久美子 (2005) 『新看護過程に沿った対応看護 — 病態生理と看護のポイント』学研.
- 竹内 洋 (1988) 『選抜社会』メディアファクトリー.
- 田村尚子・牛島光恵・松坂健ら (2009) 対人業務における感情労働の実態と課題 — 中間報告. 西武文理大学研究紀要, 14, 93-129.
- 田尾雅夫 (1991) 『組織の心理学』有斐閣.
- 田尾雅夫・久保正人 (1996) 『バーンアウトの理論と実際 — 心理学的アプローチ』誠信書房.
- 富樫誠二・森永幸子・新居田茂光・田中亮・常川幸生 (2005) リハビリテーションの現場における感情労働の実態とメンタルヘルス — なぜ理学療法士は疲れるのか — 理学療法士の臨床と研究, 3, 65-71.
- 富樫誠二・戸梶亜紀彦 (2007) ヒューマン・サービス職における感情労働研究概観: リハビリテーション専門職の感情労働研究の課題を見据えて. 大阪河崎リハビリテーション大学紀要, 創刊号, 33-41.
- 戸田正直 (1992) 『感情 — 人を動かしている適応プログラム 認知科学選書 24』東京大学出版会.
- 遠山 暁・村田 潔・岸眞理子 (2003) 『経営情報論』有斐閣.
- 坪井良子・松田たみ子編 (2005) 『基礎看護学 考える基礎看護技術 I 看護技術の実際 第3版』ヌーヴェルヒロカワ.
- 坪井良子・松田たみ子編 (2005) 『基礎看護学 考える基礎看護技術 II 看護技術の実際 第3版』ヌーヴェルヒロカワ.
- 氏家幸子・阿曾洋子・井上智子 (2005) 『基礎看護技術 I, 第6版』医学書院.
- 内田由紀子 (2008) 文化と感情: 比較文化的考察と組織論への意義. 組織科学, 41(4), 48-55.
- Wang, R. Y. & Strong, D. M (1996) Beyond Accuracy: What Data Quality Means to Data Consumers. *Journal of Management Information Systems*, 12(4), 5-34.
- Wilensky, H. L (1964) The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- 山田正喜子 (1980) 『アメリカのプロフェッショナル』日本経済新聞社.
- 山上実紀・宮田靖志 (2009) 総合診療医がクライアントとの関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究. 家庭医療, 15(1), 4-19.
- 山口生史 (2008) 適正評価のための感情知能と相互作用的公正の統合モデル. 組織科学, 41(4), 27-38.
- 八巻恵子 (2010) 客室乗務員のしごと — グローバル化と対人関係 — しごと能力研究会第3回全国大会報告要旨集, 11-16.
- 八巻恵子 (2010) 客室乗務員のしごと — グローバル化と対人関係 — しごと能力研究会第3回全国大会報告資料.
- 吉井清子 (2004) 医師 — 看護師間の協働性の概念と実証研究の概観. 保健医療社会学論集, 14(2), 45-54.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001) Emotion Work and job stressor and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999) Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
- 厚生労働省: 「新人看護職員研修ガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-24a.pdf>
- 厚生労働省: 「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書)」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6g.pdf>
- 文部科学省: 「看護師等医療技術者・福祉系人材の養成」
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1299244.htm
- 日本医師会: 「准看護師問題について」
<http://www.med.or.jp/nichikara/junkan2.html>
- 日本看護協会: 「分野別認定看護師数年次推移」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/pdf/cnsuii.pdf>
- 日本看護協会: 「看護に関わる主要な用語の解説」
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougou-kaisetu.pdf>
- 日本看護協会: 「2006年看護教育基礎調査」
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2006pdf/20070227.pdf>
- 日本看護協会: 「認定看護管理者」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/kanrisha/pdf/cnasuii.pdf>
- 日本看護協会: 「認定看護管理者への道」
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2004pdf/04-3.pdf>
- 日本看護協会: 「看護師教育制度」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kango.pdf>
- 日本看護協会: 「資格認定制度」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>
- 日本看護協会: 「新人看護職員研修到達目標」
<http://www.nurse.or.jp/home/kisokyoku/index.html>
- 日本看護協会: 「昭和62年看護制度検討会報告書」
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2009/hojyokan-60-5.pdf>
- 総務省統計局: 「日本職業分類」
<http://www.stat.go.jp/index/index.htm>