

## 病院における看護サービスの研究 (1)

### — 病棟看護サービスがもつ基本的問題 —

鎌田 ケイ子\* 武内 昶 篤\*\* 遠藤 恵美子\*\*\*  
岩下 清子\*\*\*\* 宗像 恒次\*\*\*\*\*

#### 1. 研究の目的と方法

本研究の目的は、次のようなことについて作業仮説を構想することにある。つまり、今日の病院の病棟看護サービスが、もし患者の健康上の問題に対して十分にこたえていないところがあるとするれば、基本的にはどのような点に所在するのか、また、そのことはどのような背景によるものなのかということである（ただし、本稿では前者の主題についてのみ報告し、後者については稿を改めて期する予定である。）

そこで、その研究の方法についてであるが、本研究では病棟の看護サービスに関するケース・スタディと以下のような一般化の方法によってすすめられた。

##### 1-1 ケース・スタディ

ケース・スタディは、上述した目的にそった事実発見のために用いられたが、私たちの方法は次のとおりである。まず最初に、ケース・ス

タディの対象選択についてであるが、私たちの研究目的を十分に果すためには、患者の健康上の問題と、それに実際応じる看護サービスによって病院（あるいは病棟）を類型化し、両者を組み合わせてできるだけ多くの典型的なタイプを対象として選択する必要がある。しかし、今回は研究目的からくる考慮よりも、調査可能性への考慮から5つの病院が選択され、そこに入院する6人の患者が任意に選択された。

従って、本ケース・スタディから発見されたことは、現在の日本の看護サービスの問題を決して網羅はしていないだろう。しかし、5つの病院の中には、国立大学病院、国立病院、私立大学病院、私立病院（いずれも総合病院）および中小公的病院（慢性疾患を主とした単科病院）が含まれており、病院別にはかなり広範囲にわたる問題発見ができたと思う。また、どんな病院でも、またどんな患者にとっても、看護サービス上の問題点の基本的部分についてはかなり共通していると考えられる（ただし、本稿の事例では国立大学病院、国立病院、私立大学病院のみが用いられている）。

\* 東京都老人総合研究所  
\*\* 東京白十字病院  
\*\*\* 都立新宿高等学院  
\*\*\*\* 日本看護協会調査研究部

次に、そのように選択された対象からの情報収集について述べる。まず第一に、対象として選択された患者が入院している病棟の看護管理体制に関する事実について、主として看護管理者より情報収集した。次に、その患者について、あらかじめ入院にいたる経緯、社会的背景、入院してから現在にいたるまでの病状の変化、入院生活などについて看護記録、診療記録等から可能なかぎり情報を収集した。次に、その情報に基づいて、当該患者がかかえている（かつてかかえていた、あるいはこれからその可能性がある）健康上の問題を推測した上で患者に対するインタビューを行なった。

インタビューでは次の諸点を明らかにしようとした。患者は入院生活の中でどのような健康上の問題をかかえており、それを解決するためにどのようなサービスをうけたか、そして、その結果をどう評価しているか。実際にうけた看護サービス、および患者が期待している看護サービスは、健康上の問題の解決にとって適切かつ十分なものか。

次に、患者へのインタビューをふまえ、当該患者と接触のある看護職にインタビューを行なった。インタビューは次の諸点を明らかにするために行なわれた。看護職は当該患者にとっての健康上の問題をどのようにとらえ、それを解決するためにどのような看護サービスを実施し、それをどう評価しているか。実施すべきと思っている看護サービス、および実際に実施している看護サービスは、患者の健康上の問題解決にとって適切かつ十分なものか。看護サービスが患者の健康上の問題に適切かつ十分に対応

していないとするなら、問題把握、計画、実施などのどこに問題があるのか。

### 1-2 ケース・スタディからの一般化

次に、いくつかの個別的なケース・データからの一般化の方法、つまりデータの背後にある一般的な事実を了解可能な形で再構成する方法についてのべてみよう。

いま、仮にケースにおいて $A \rightarrow B$ という要因の〈因果的〉連関が見い出され、ケース2において $B \rightarrow C$ 、ケース3において $B \rightarrow D$ という〈因果的〉連関が見い出されたならば、これらのケースの連関の結合によって、 $A \rightarrow B \begin{cases} \rightarrow C \\ \rightarrow D \end{cases}$ という連関を、現実的に了解可能なものとして再構成しうる。さらに、他のケースにおいて、例えば $E \rightarrow A$ 、 $A \rightarrow E \rightarrow F \rightarrow D$ という連関が見い出

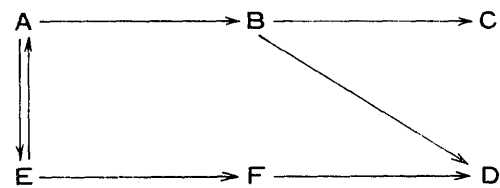


図1 〈因果的〉連関モデル

されたならば、図1のような連関図に拡大しよう。このようにして、ケースを次々と組み合わせながら、了解可能な〈因果的〉連関を逐次的に再構成し、拡大してゆくことができる。本研究では、このような方法によって病院の看護サービスについての作業仮説を構想し、今後の数量的な調査の意義深いステップにしようと試みた。

## 2. 病棟看護サービスをめぐる基本的問題

## 2-1 仮説構想のための2つの視座

本節では、今日の病棟看護サービスに所在する基本的問題について、仮説を構想することになるが、その際、私たちが前提としている2つの視座がある。それをここであらかじめ言及しておこう。

概して、病棟患者は病気や治療方法によって、彼自身の健康、療養生活のリズムを大きく乱していることが多い。そこでは、患者自らがそのリズムを整えられるよう、身近な方法を用いて、支援してくれるサービスが必要となる。看護職はこのような必要に実際どのように、こたえているのであろう。ここでは、実際に行なわれている今日の病棟看護サービスに評価を加えるつもりはない。むしろ、私たちはいくつかの事例の中から、このような必要にこたえていない事例を意図的に選択し、それを類型化することによって、その問題の所在を発見する手がかりをつかもうとしている。

これらが私たちの仮説構想の前提となった一方の視座であるが、もう一方は、その問題の所在を役割期待論から明らかにしてみようとするものである。

一般的に言って、社会関係や人間関係が安定し、体系的、組織的な結びつきが生まれる前提として、双方の間で、相互の行為とそれに対する自己の期待との適合という役割期待関係が成立していることが必要だとされている。このような命題をふまえ、前述した患者に必要なサービスが、看護職と患者との双方の間で役割期待関係となっているか否かという視座によって問題の1つの所在を明らかにしようと思う。

そこで次に、このような2つの視座から、病棟看護サービスをめぐるいくつかの典型となる個別的なケースについて言及しようと思う。それは、個別的なケース・データの諸要因が配列したものにすぎないというスタイルをとるけれども、そこに分析される諸要因の連関は、単にそのケースだけの問題としてうけとめるよりも、一般化し類型化しうる1つの発展的な契機をもったものと考えてもらいたい。

## 2-2 病棟看護サービスをめぐるいくつかのケース

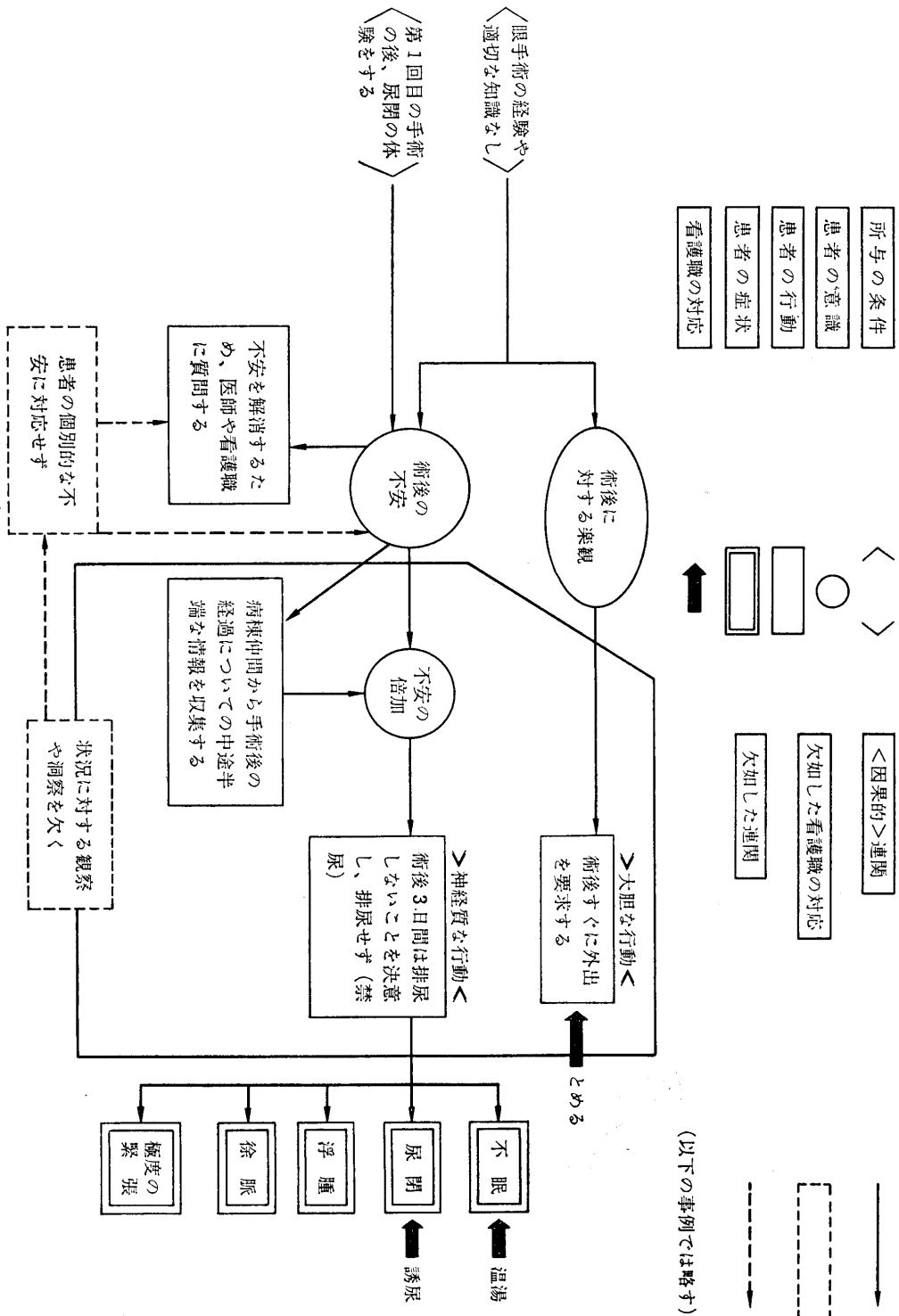
〔ケース1〕 ある看護サービスにみられる個別性、支援性の欠如と患者の〈異常な〉行動

患者H氏は、東京渋谷区に住む35才の男性の会社員で、配偶者はなく、父母は老令にして健在である。彼は運転免許の書き換えのためメガネ店にいった、メガネがうまくあっていないところから、眼の疾患を発見し、親戚の恩師の先生の紹介で、I医療センターの某先生を紹介してもらい、左右の白内障の手術をしている。このH氏はごく普通の若年性白内障の患者であるが、ここで彼に提供された看護サービスと、それに対する彼の対応の中にみられた諸問題について言及してみよう。

図2は、このケースにみられた個別要因の〈因果的〉連関図であるが、これを参照しながら説明しよう。

白内障手術後は、一般に術後の切開創が癒合して前房が形成されるまで安静にしないと、虹彩や硝子体の脱出や、前房の出血などがおこるため、術後は仰臥絶対安静が必要となり、大声

図2 ある若年性白内障患者の「禁尿」行動



での会話，咳，くしゃみなど顔の筋肉に影響を及ぼすものはすべて禁止される。従って，排泄はベットで仰臥位のまま行なう必要がある。H氏の場合，最初は眼手術の経験はなかったし，それに関する知識はあまりなかったので，手術や手術後に関する不安は左程なかった。しかし，第1回目の右白内障摘出術の後，尿閉といった彼にとって“思わぬ事態”が起き，これ以後の術後に大変な“不安”をもつようになった。その後，H氏はこの不安にかられ，手術や術後に関する情報を詳しくえようとするが「術後は誰れにでもよくみられることですよ」といったたぐいの一般的な情報しかえられず，彼の個別的な不安に答えうるものではなかった。また，「軽症で問題の少ない」患者ということで，看護職からその不安を軽減する積極的な支援（support）はなかった。そのため，彼は病棟仲間や彼らの情報たよるしか術はなかったが，彼らからえた中途半端で，即事的な情報（例えば，硝子体脱出などのかつての病棟患者の医療事故についての情報）は，かえって彼の不安を倍加させた。そして次回の術後では，「水を飲まない」ようにするなど，3日間自ら排尿をたつこと（禁尿!）を彼に決意させる結果になった。彼には，そのように排尿さえひかえることが，最も安全な方法であると思えたのであろう。従って，彼はそれ以降の術後においては，禁尿のみならず，頸部痛をおこすくらい顔を動かさなかったし，洗顔も口腔清拭もすることがなく，まさに絶対安静を地でゆくように貫徹した。

確かに，彼はあまりにも神経質なパーソナリティであったかもしれない。しかし，私たちと

看護職とのディスカッションの中で，あきらかになったことであるが，彼は術後まもなく「友人の結婚式に出席したい」ということで，“外出”を要求していることである。つまり，彼は一方では大変神経質な行動を行なっているが，他方ではこのように大変大胆な行動をしようとしている。このように，第三者からみて一見矛盾したように見える彼の行動を直接動機づけているものが何かについては，私たちは確かな情報をもっていない。“外出”の要求は，看護職への心理的反発であったかもしれないし，自分の身体の具合を確かめてみたいという衝動によるものかもしれない。いずれにせよ，彼には術後の事態を正しく理解しうる適切な知識や判断に欠けていた。このことは一見“矛盾する”行動を生みだした主要な原因の1つであったといえる。

かくして，「外出」を要求する行動と「禁尿」行動がとられ，前者は看護職によってとめられたが，後者は続けられ，患者に浮腫，徐脈，不眠などといった事態を招くことになった。このような事情をつゆともしらない看護職は誘尿，温湯などの対症的な看護サービスをする。しかし，すぐには解決がつかず，腎的機能障害がおこるのではないかという心配のため，大変焦ったということである。

このようなケースから，私たちは病棟看護サービス上の基本的な問題として，次のことが仮説できる。つまり，患者の病棟における療養生活上の不安が，看護職らの適切な個別的援助によってこたえられ，支援されないとき，患者は「自分のことは自分でしか守れない」という自

らの防衛過剰な主観の中に閉じこもり、しばしば不適切な情報収集を通じて、さらに不安を増幅させ、〈矛盾した〉、〈異常な〉行動をとるときがある。このようなとき、看護職が患者行動の〈矛盾性〉、〈異常性〉を生みだす根源的な問題への洞察や注視がなく、それに対する適切な個別的支援がないとすると、看護職は患者の矛盾した、異常な行動や頻発する症状に対して、場当り的な援助に終始させられ、問題解決はなりゆきにまかせられる。

前述したように、この患者は看護職に対し術後の尿閉問題について質問している。もしこのとき、「軽症で問題の少ない」患者としてうけとらず、彼に相談（counseling）による支援があったならば、また3日間の排尿をしない患者の行動の〈異常性〉、あるいは彼の「大胆な行動」と「神経質な行動」との矛盾への観察、洞察があったならば、このケースとは異なった看護の展開がみられ、異なった事例性（caseness）を見出すことができたであろう。残念ながら、このH氏は「軽症で問題の少ない」患者としてうけとられ、「療養生活の悩みに対する援助サービス」を必要としない患者とされ、看護計画にもカンファレンスにも登場しなかった。

ところが、H氏の方は、私たちがインタビューしたところでは「看護職が療養生活の悩みについて相談にのってくれることを期待していた」のである。そのような役割を期待していたからこそ、看護職に「尿閉問題の相談」という求助（help-seeking）行動にでたのである。つまり、看護職はその役割の必要を認めなかったが、H氏の方は少なくとも最初はそれを期待し

ていたのである。

ところで、このようにH氏が看護職にいだいた役割期待は、患者一般によくみられるものではない。むしろ、次のケースのように、H氏のような求助行動さえ、当然の権利としては期待できず、ひかえられることが多い。

#### 〔ケース2〕 ある患者の看護婦に対する〈同情〉と〈私的〉な関係

患者S夫人は埼玉に住む27才の主婦で、克気心のある、明るく、外向的な性格をもっており、子どもはまだいない。結婚してまもない頃、彼女は妊娠とともに、眼球黄胆、尿茶色、掻痒感、倦怠感などの症状がでたために、近くの医院で急性肝炎と診断され、入院した。しかし、その病院は評判が悪いので、自主的に退院し、家で安静にしていた。その頃はあまり大変な病気だと思っていなかったらしい。しかし、肝炎の事情は若干なりとも知っていたので、近くの産婦人科専門病院で中絶の手術をしたが、次の日、前回以上の強い症状が出たため、評判のよいT医大病院に転院した。

転院当初の血液検査の結果、肝臓の炎症作用は大変高いことはわかったが、肝生検を行なうまで診断の確定はできず、私たちの調査時点では、彼女は食事療法とブドウ糖や強肝点滴し、肝生検の手術をまっていた。しかし、S夫人にとって肝生検は大きな不安のたねであった。その不安のたねは、生検のための手術そのものよりもその術後の排泄のしかたにあった。生検後一般に12～24時間は絶対安静が必要で、排泄も床上で行なわなければならない、従って、たとえ術

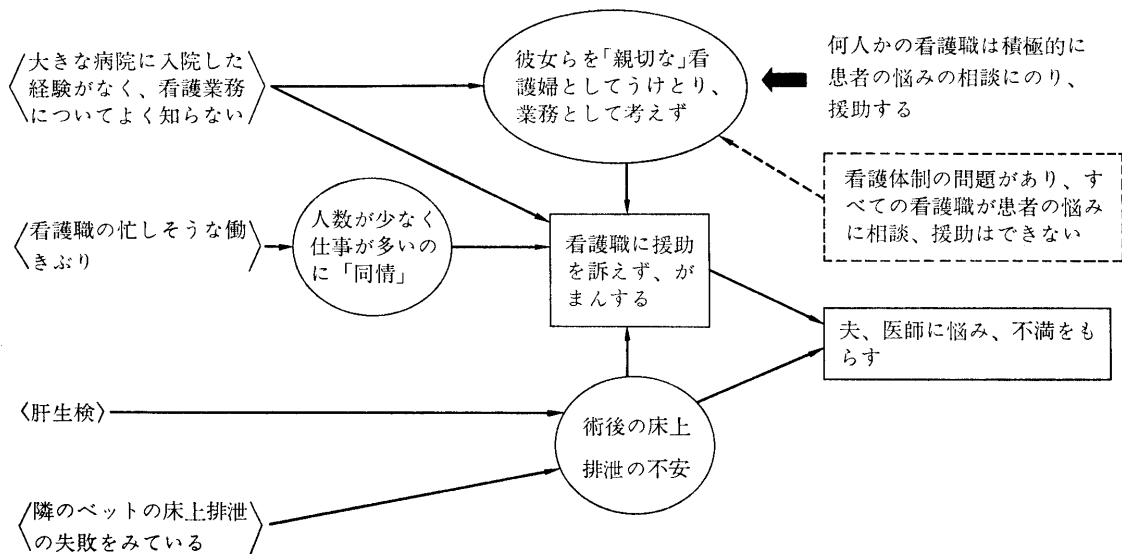


図3 S夫人の「同情」と「不安」

前に床上排泄訓練をうけていても看護職の援助を必要とする場合が多い。ところが現実には看護職の援助を求めてコールしても、すぐきてくれるということではなく、隣のベッドの人も肝生検後の床上排泄に大変苦勞し、「床上にもらず」など恥しい思いもしていた。彼女の不安はこれらの実情をよく知っていることに基づいていた。

S夫人は今までに大きな病院に入院したことがなく、看護といっても、診療介助ぐらいのイメージしかなかったので、排泄の世話を看護職からうけるべき“当然”のサービスとして要求することはできなかった。つまり、患者にとって診療介助サービスについては、役割期待できるが、排泄の世話まで期待できなかったのである。また、看護婦の忙しそうな働きぶりは、S夫人に「人数が少ないのに、仕事量が多く、大変だなあ」という〈同情〉の念をいだかせ、「余程でなければ看護婦に訴えないようにしよう」という気持をつくらせている。このようにし

て、看護職に訴えられない療養生活の上での悩みは、医師や彼女の夫にぶつけるほかはなかった。といっても、医師や夫がS夫人の悩みを看護職に伝えることもなかったもので、そのようなS夫人の悩みについての情報が“問題”としてフィードバックはされなかった。

確かに2、3の看護職は、そのような悩みに積極的に相談にのってくれ、援助してくれる“好みの人”であった。しかし、S夫人にとって、それはある看護職の個人的な親切さ(私事)でしかなく、サービスとして享受することのできる看護業務(公事)とは受けとれなかった。従って、彼女にかかわるすべての看護職に、それらの看護職と同じような役割を期待するということではなかった。かくして彼女の悩みはしばしば1人で耐えるか、夫に訴えるしかなかった。それどころか、服薬などについて、医師と看護職との意見の調整もとれてないところから、S夫人はトラブルをさげようとして医師に

も、看護職にも気をくばらなければならなかった。

そこで、このケースから病棟看護サービスのもつ次のような問題を仮説しよう。

H氏の場合、「療養上の悩みに対する」援助というサービスについて、最初は彼からの一方的な役割期待にせよ、もっていた。が、S夫人の場合、そのようなサービスについて、看護職も患者も、双方とも役割期待がなかった。ただし、特定の看護職と患者との“私的な関係”においては別であった。つまり、患者の「療養生活上の悩み」に対する看護サービスは業務（公事）として期待しえないで、看護職個人の親切さ（私事）でしか期待できなかったということである。どの看護職にもこのようなサービスを期待することはできない。看護職が大変忙しく、その働きぶりに〈同情〉さえせざるをえないときはなおさらである。かくて、患者は自分の悩みを看護職に訴えることができないで、1人で耐えるか、家族などに訴えるしかない（図3）。

ところで、S夫人の場合、看護職と患者との双方の間に、「療養上の悩み」に対する援助サービスについて役割期待関係が成立していないといっても、2、3の看護職とは「私事」としてあったことになる。しかし、次のようなケースは、双方の不信感によって、このような関係をまったく欠くようになり、患者は孤立感に苛まれるようになる。

〔ケース3〕 ある患者の看護職に対する〈不信〉と〈孤独〉

患者K氏は、銀行に勤務している64才の男性

である。家族は妻とすでに成長した4人の子供がある。

彼は、寒風に吹かれ、左顔面神経麻痺、構音障害がおこった。神経麻痺は軽減したが構音障害がなおらないため、8カ月ほどたってから居住地近くの外科診療所で受診したところ、隣県のA国立大学医学部付属病院耳鼻咽喉科を紹介された。すぐ同病院の外来を訪れ、7回通院加療したのち、手術の目的で入院した。

診断名は舌癌であるが、本人は病名をはっきりいわれていない。

入院後の治療としては、抗癌剤静脈注射およびコバルト外部照射が行なわれていたが、途中ラジバッド動脈注射のためカテーテリゼーションが施行され、ラジバッドを併用したコバルト照射に切りかえられた。ラジバッドとの併用は、3回目にカテーテルが抜去したため、中止された。

以上の治療を受け腫瘍は一応縮小したが、主治医は、外部照射のみで全治は無理と判断し、いずれラジウム針による内部照射をしなければならないと考えている。しかし、ひとまず退院し、通院加療することとなり、私たちが面接した時は、退院直後であった。

K氏には、治療への不安、身のまわりのことでのさまざまな心配、医療職への不信などから、入院生活が、「死んでしまいたい」と涙を流すほどつらいものであった。

K氏がこのような気持ちにおち入っていったプロセスを、図4をを参照しながら説明しよう。

K氏は治療について大きな不安をもっていた。それは1つには、病気の性格上、病名や治



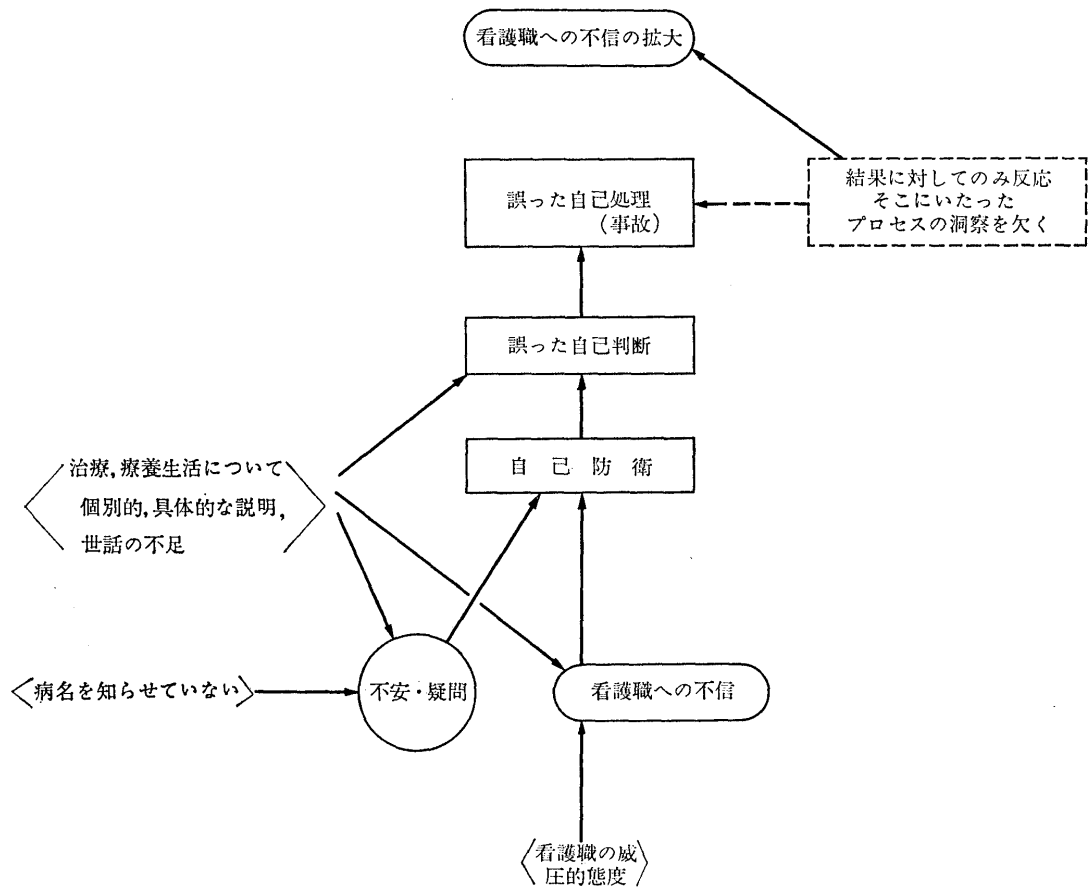


図4 看護職に対する不信

療が本人にはっきり知らされていなかったことによるであろう。加えて、検査、処置などについて十分な説明を受けず、どうしたらよいかわからないことが多かったということが、彼の不安を倍加させていたと思われる。彼は不安や疑問をいただきながらも、医療職にたしかめたりたずねたりすることなく、自分なりに判断したり、患者からの情報にたよろうとしていた。そのような行動は、時に、ラジバッドの動脈注射の前にコバルト照射をしてくるといったような、処置の受け方にまちがいを生じさせている。

3回目の動脈注射施行時医療職が誰も付添っ

ていないという状況の中で、カテーテルが抜去するという「事故」が起きている。その背景には、K氏の問題として不安がかなり高まっていたこと、知識や情報が不十分であること、医療職にたずねることができなかったこと、看護職にものをたのんでもすぐに応じてもらえるとは思っていなかったことなどがある。

K氏は私たちに、動脈注射の薬液が終わったため、器械のスイッチを止めようとして動いたため、カテーテルが抜けてしまったと説明している。そして、スイッチを止めた理由として、次のことをあげている。「ゴムくだの中間にある

管がモータのそばにくるとまき込まれ、こわれる危険があるので、もしもの時にはスイッチをとめるようにと、I看護婦からスイッチのとめ方を知らされた」こと、静脈注射に関する知識から類推し、「注射がおわってそのままにしておく空気が入り危険だと思った」こと、「注射が終わったらベルをおすようにいわれていたのに、隣の人がベルをおして看護婦をよんだが、すぐにきてくれなかった」こと。

他方、I看護婦は「スイッチを切るようにいったことはない」といっており、看護婦らは、「カテーテルは抜けたのではなくK氏が抜いてしまったのではないか」と思っている。

ことの真相は私たちにはわからないけれども、ここで問題とすべきことは、むしろこの件でK氏と看護職との間に対立が生じた、ということである。

K氏は、「I看護婦は、スイッチを切るようにしていないというし、いろいろ話しても水掛論となり、看護婦の責任問題となるとつらいので、医師には自分が悪かったと謝った」とのべているように、看護職に不信感をつのらせながら、自分をおさえようとしたのである。

他方、看護職は「K氏は動脈注射がつらいので自分でカテーテルを抜いてしまい、抜けてしまったと嘘をついているのだろう」と思い込み、K氏への不信感をいだいてK氏から足が遠のくようになったのである。I看護婦は「どうして自分の名前が出されたのかわからず、K氏がおそろしい人に思えて、しばらくの間はどうしても近よることができなかった」とのべている。

K氏と看護職との関係が、相互不信、相互対立へと発展していったプロセスを考察する時、看護職が、K氏の看護職に対する不信感と自己抑圧がどこに由来するものであるかということを理解した上で対応することなく、K氏を猜疑心の強い人だときめてしまったということが、1つの大きな問題だといえる。

ところで、K氏の看護職に対する不信感は、この時はじめて生じたものではなく、この件で拡大されたにすぎない。K氏は、入院生活において、治療や身の廻りのことについて、たずねたりたのんだりすることができず、「自分のことは自分でしか守れない」という、防衛過剰な主観の中にとじこもっていたのであるが、それはまさに看護職に対する不信感のあらわれとみることができる。

K氏が、防衛過剰な主観の中にとじこもらざるをえなかったのはなぜかということ、看護サービスとのかかわりで見ると、2つの問題が指摘できる。

第1には、治療や身の廻りのことについて、一般的あるいは不十分な説明しかなされず、患者がそれを可能にするような身近な指導、世話あるいは不安や疑問に対する支援的な対応が不足していたということである。

このことを具体例をあげて説明してみよう。

彼は退院直前まで手術をうけるものと信じており、「大手術らしいがどんな手術かわからない。舌を切除して話ができなくなるのではないかと不安をいだいていた。そして不安の中で、看護職からはコバルト治療中ゆえ、あまり運動しないようにといわれていることを承知し

ながら、手術に耐えられる体力をつけようと、看護職にかくれて階段昇降、ゴルフのからぶりなど、なるべく運動するようにしていたのである。

食事については次のようなことがあった。コバルト照射後2日目に口内痛を訴え、主食のみ米飯から7分粥に変更されている。しかし、K氏によれば「10日目には粥も舌にのせられず、一番ひどい時にはたらこの一粒でも舌に触れると痛かった」といい、同室の患者にみならってミキサーをつかいはじめた。そして、ミキサーが故障した時、病院の隣県からわざわざ家族をよび寄せたり、手術後のミキサーの洗浄について非常に心配するなど、看護職にたのむということは考えていない。

他方看護職は「体力をおとさないため、食事のことが看護上のポイントであり、7分粥よりもむしろ全粥に引き上げたい位であった」とのべている。

また、口腔や身体の清潔については、次のようなことがあった。K氏はうがい励行を指示され、「患者からほうじ茶でするとよいと教えられたが、ほうじ茶は病院の売店では売っていないし、家族に頼むより方法はなかった」とのべている。また、「(入院後2カ月ほどたったある日)まもなく手術だと覚悟し、その前に体を清潔にしておこうと、医師に入浴してよいかたずねたところ、風呂にはもう入っているのだろう、といわれた。しかし、その時、風呂がどこにあるのかさえ知らなかった。入浴の説明などうけたことがない」とのべている。それまでK氏は、自分自身でできる時に湯で体を拭っていた

のである。

他方看護職は、清潔について「K氏は自分でできることは自分でやっていたようだし、特に問題はなかった」、「入浴については、入院時のオリエンテーションで説明してあるはず」といつている。

K氏を自己防衛過剰な主観の中に没入させた第2の問題は、看護職の「してあげる」という威圧的な態度である。少なくともK氏には、看護職がそのようなものとして映っていたのである。

彼は看護婦に関し、「何をわがままをいうのかという顔をしているので、不安でたずねてみたいことがあっても、声をかける気になれなかった」、「とてもいばっている」、「患者を叱りつけている」というようにうけとっている。

K氏は、まず外来の医師にこの威圧的な態度を感じている。彼は当初自分の病気を軽くみていたので、当病院に入院ときまった時、入院となれば家に近い病院の方がよいと思い主治医に相談したところ、傍にいた医師から「この病院に来たくなければ来なくてよいのだ」といわれたことに、大きなショックをうけている。そして、「看護婦の態度もこのような教授の態度に通じるものがある」と感じ、「医師の下働きや伝票、グラフ書きはよくやっているようであるが、入院患者の世話はどうもあまりしていないようだ」と観察している。そして、むしろ病院の受付係や炊事婦に気安さを感じていたという。

患者は、「われわれはどうせモルモットだから」と自嘲しつつ、最先端の医療をうけるため

にはがまんしなければならないと、自分の欲求をいかにして抑えるかを考えている姿勢さえうかがえる。

このケースを通じて、私たちは病棟看護サービスについての問題を次のように仮説できる。

患者は、ケース1の場合と同様、自分の療養上の悩みが、適切な個別的援助によって支援されないことである。また、病院における医師をピラミッドの頂点とし、看護職そして最後に患者とならぶヒエラルヒーの中で、しばしば医師や看護職に患者は威圧感を感じる。そのようなとき、患者は自らの心を閉ざし、「自分のことは自分でしか守れない」という防衛過剰な主観の中に没入せざるをえなくなる。心を許した家族などの付添がないときはなおさらである。このような孤独感に苛まれ、過剰に自己防衛する患者は、しばしば自分の、あるいは病友の不適切な知識で自己判断し、事故を招くことがある。そして、このケースのように看護職と患者との相互不信、対立という関係にも発展する。このような関係の中に、「療養上の悩み」に応ずる援助サービスの自然生的な役割期待関係は成立しない。そこでは、患者はますます心を閉ざし、専ら自分の欲求を抑えることに専念しなければならない。

### 3. 中間的結言

「療養上の悩み」に対する援助サービスを患者は当然のものとして期待でき、看護職は当然の義務として提供するような役割期待関係がない。あっても、2、3の看護職と患者との「私事」としてしか成立しえない。このようなとき、患者はしばしば看護職に「不信感」、「同情感」などをもちやすい、それによって患者は看護職に依拠しえない「孤独感」に苛まれたり、「過剰な自己防衛意識」をもちやすくなる。ここでは、患者は心を閉ざし、自分の悩みを極力抑えることに専念しなければならない。また、過剰な自己防衛から誤まった自己判断、自己処理を招き、しばしば医療上の事故にも発展してゆく。このことは、ときには看護職と患者との利害問題にもつながってゆく。このように患者の療養生活の悩みに応ずるサービスが役割期待関係として安定化していないとき、看護職と患者とは社会関係においても、人間関係においても不安定で、問題がおきやすい。前述した3つのケースはいずれもこのような視座からとらえられる。

そこで、次の課題として別稿では、そのようなサービスが、看護職と患者との間になぜ役割期待関係として成立しないのかについて検討してみたい。