

◆総説

看護ケアの実践になぜ“看護師コミュニティ”の育成が必要なのか コミュニティ・オブ・プラクティスの考え方へ

Why is it necessary to develop “Nurse Community” in the practice of Nursing care
To “communities of practice” as a learning theory

野並 葉子

Nonami Youko

抄 録

看護ケアの実践はどのようにおこなわれているか、野並（2011）が行った「看護ケアの構造化」研究で、看護ケアの実践の構造とプロセスは看護師と患者の間に状況を生成し、看護師間にコミュニティを生成することで成り立っていることが明らかとなった。そのうち看護師間のコミュニティの生成が看護ケアの実践にどのように関連しているか、代表例を示しながら述べた。看護ケアの実践では、患者と看護師の間の『知る』相互行為のプロセスに続いて、看護師は『患者との間に踏み込む』主体的な行為を生成していた。看護師は自分自身が踏み込むという行為をプレッシャーを引き受ける（ストレス）こととして経験し、そのストレスを乗り越えるために看護師コミュニティを必要としていた。さらに、看護師間に生成される看護師コミュニティは、暗黙にパラダイムが共有される『仲間／パートナー』と、明示的にパラダイムが共有される『みんな／コミュニティ』の場を生成することで、看護ケアの実践が『繋がる』状況を作っていた。さらに、看護師は、看護ケアの実践で看護師コミュニティの相互行為を通じて『社会的な存在』となっていた。

コミュニティ・オブ・プラクティスの考えを取り入れた看護師コミュニティを育成することで、看護ケアの実践のプロセスで共に学習する社会構造がおこることが期待できる。看護ケアの実践という状況に埋め込まれた学習が、看護基礎教育及び高度実践看護師教育に有用であると考えた。現在、看護基礎教育カリキュラムにコミュニティ・オブ・プラクティスの考えをもとに4学年一緒に学び合う「学びのグループゼミ（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）」を採り入れている。もう一点は、高度実践看護師が開発した特定の専門看護の知識と技能を臨床に移転するためのワークショップに導入している。その成果は、今後発表していく予定である。

キーワード：看護ケアの実践 人の生き抜く体験 コミュニティ・オブ・プラクティス

Key words：The practice of Nursing care, Lived experience, Communities of practice

I はじめに

19世紀後半のNightingale以降、看護専門職が実践する看護について多くの検討がされ、様々な背景を持った看護理論が目されてきた(Henderson, 1960/1961; Wiedenbach, 1969; Peplau, 1952/1973; Orem, 1979/1979; Rogers, 1979; Roy, 1976/1981)。その中で、1980年代に入り、ケアの考えを基軸とした看護理論が発表されている(Watson, 1979; Leininger, 1980; Benner, 1989)。とりわけ、1980年代から1990年代にかけて、ケアリングの構成要素やカテゴリー、看護師のケアリング行動、人間関係の相互作用としてのケアリングのプロセス、看護師と患者の間のケアリングの見方などについての多くの研

究が行われている(Gaut, 1986; Valentine, 1989; Wolf, Giardino, Osborne, Ambrose, 1994; Clifford, 1995; Lea, Watson, 1976)。しかし、ケアリング、ケアの構成要素、ケアリングのプロセスについての定義は、一致をみない(Morse et al, 1990)。

村上(2019)は「厳密な科学という観点から看護学を捉えたときに、応用科学や実践科学という言葉は当てはまらないのではないかと、むしろトランス・サイエンスという概念が有用ではないか、これは科学や技術だけで正解を見つけることができないような問題領域をさしており、医療の領域はトランス・サイエンスの領域と言わざるを得ない。」(p.68)と提起している。そのうえで村上(2019)は、「科学や技術が確かに関与しているがそれだけでは正しい解答、あるいはベストな解答を即座に出すことが出来ないような問題に対して、判断を求められ

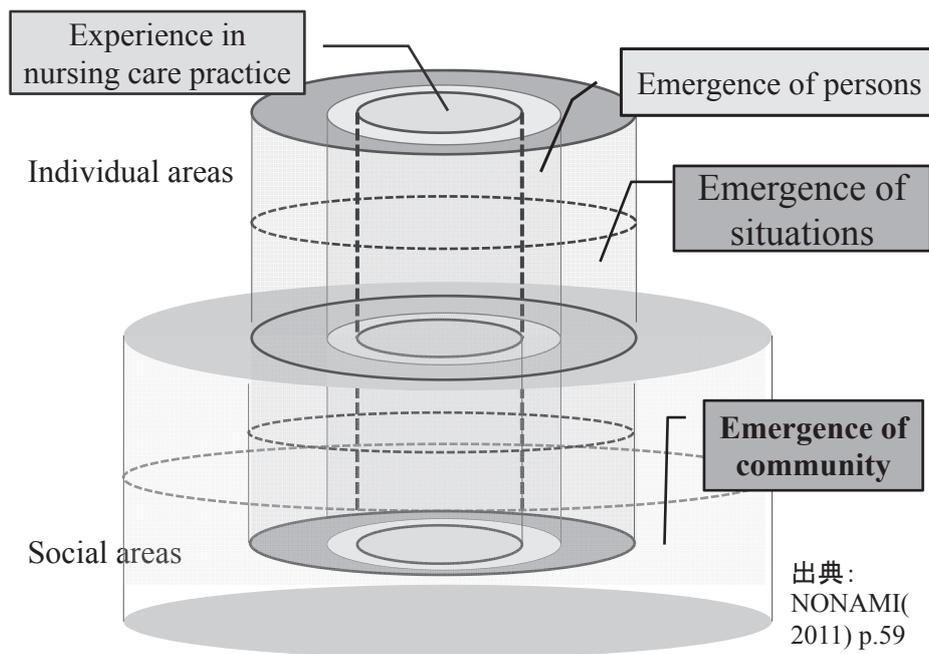
る場面がさまざまな形で想定される場面が幾らでもある。看護学の世界では、両方から攻めていって、哲学的なものまで含めた学問的体系化の中から生まれてきた臨床知というようなものが現場でうまく折り合えることができるような場がつくられていくことが一番望ましいのではないか。」(p.77)と述べている。まさに、看護ケアの実践は村上(2019)が述べている臨床知がないと不可能である。看護師は、その臨床知をさまざまな看護ケア実践のプロセスで学び、経験知を積んでいっている。しかし、それは暗黙知としてなかなか認識されないまま、経験として埋もれている場合が多い。

中村(1992)は「経験とは『活動する身体』をそなえた主体が行う他者との間の相互行為として考えること」(p.62)であり、「われわれ一人ひとりの経験が真にその名に値するものになるには、われわれが何かの出来事に出会って、『能動的に』『身体をそなえた主体として』『他者からの働きかけを受け止めながら』振る舞うこと」(p.63)であると述べている。この三つの条件こそ、経験がわれわれ一人ひとりの生の全体性と結びついた真の経験になるための不可欠の要因であり、われわれの能動性あるいは主体は、まさに世界や他者との関係性を組み込んだもの、そうした関係性のうちに組み込まれたものとなる。」看護師にとって看護ケアの実践の経験が、まさに看護ケアの実践となるためには、この真の経験が必要となる。

さらに、実践とは、「主体が機械的、一方的に対象に働きかけてそれを変えるのではなく、自己と他者や世界との、また理論と実践の形式的な相互性から成るものではない。実践とは、各人が身をもってする決断と選択を通して、隠された現実の諸相を引き出すことなのである。また、実践はすぐれて場所的・時間的なものである」(中村,1992, p.70)。このことより、看護ケアの実践においては、看護師・患者の真の経験、つまり看護ケアの実践のプロセスで、看護師及び患者が身をもってする決断と選択が重要であると思われる。

II 看護ケアは、どのように実践されているのか

Nonami (2011)が「プライマリナース・サポートシステム」において、どのように看護ケアが実践されているのか、その看護ケアの実践のグラウンドで看護ケアの構造とプロセスを明らかにした。看護ケアの実践は、「看護師が患者との間に相互に多重な『状況』を生成し、看護師間に多重な『看護ケアの場(コミュニティ)』；以下“看護師コミュニティ”という』を生成し、その空間に患者が日常生活を現し、看護師が共同・自律するという社会的行為であり、社会化のプロセスであった(Nonami, 2011)。つまり、看護ケアの実践は、看護師が患者との間につくる『知る』『気持ち動く』『生きられる』状況の生成プロセスと、『パートナーが一体化する』『看護ケ



出典：
NONAMI(2011) p.59

Figure 1 The structure of "Symbiotic nursing care"

アを社会化する』『みんながそれぞれの気持ちで繋がる』という看護師コミュニティの生成プロセスが同時に進行することで、成り立っていた(図1)。ここでは看護師間に看護ケアの実践を共同、共有、協力していく体験が促され、加えて看護師と患者の間の『知る』相互行為が看護ケアの実践の軸となり、それぞれの看護師の看護ケアの実践の体験が積み重なり、看護師の学習が推進されていくことが明らかとなった。

BennerとWrubel(1989/1999)は「『人の生き抜く体験(Lived experience)』を人が自らの関心・背景的意味・時間性・習慣的文化的身体・感情・反省的思考を携えて状況に出会うさまとし、『経験(experience)』を人間が自分の身に起こることを通じてよい方向に変わっていく、このような変化を可能にするもの」(p.454)と定義した。さらに「ケアリングは、人に体験と行為の可能性をつくり出す。」(p.1)と述べているように、看護ケアの実践では『人の生き抜く体験』を理解することが基礎となる。

代表例1 人の生き抜く体験としての病気を理解することが出来ること；人としての行為や態度が看護師の中に自然にでてくる

チーフナース；Aさん

みんなの思いは一緒だったんです。前回入院していたときを知っているみんなが、ゴディバのチョコレートばかり食べていたMさんを覚えていて、元気になったらチョコレートを食べさせてあげたいって思っていたんです。患者は83才で、経鼻で人工呼吸器を付けていた状態でありながら、筆談も平成〇年〇月〇日からまず始めて、自分の用件を書いて、クエスチョンって書いて、看護師が答えると、それも筆記しちゃうような方で、それがあの状況下で出来るというのもすごいんです。朝の連続テレビ小説と大河ドラマが好きなんです。その時間はちゃんと覚えていて、ちゃんとテレビを楽しめるっていうこともできていたので、そういう場の設定をちゃんとしてあげようってというのが、みんな結構頑張ってるんです。みんな感じていたと思うんです。時計を見てちゃんとお話をし、急患で入ってきたときのことも覚えていて、‘何月何日僕は死にそうでした’って元気になってから書いていたんです。一生懸命自発呼吸をしてもらうために‘頑張って深呼吸をしましょうね’って一言言うと、もう次から筆談で‘今僕は頑張って深呼吸をしています、何回も何回も頑張って息をします’って時計を見てちゃんとお話しするんです。患者は意思表示

できる人なので、まずは彼の気持ちを優先する、それがやっぱり一番です。何をやるにも、何をさせていただくにも、本当に彼にきちんと説明して、納得していただいた状態で、彼が後でと言えはちょっと待ち、やってほしいと言えはそれを優先させる。あれだけ頑張っている人じゃないですか、だから素直に今は休息してもらおうって、みんな自然ととれていたと思うんです。みんなから聞いて、そう思った。‘Mさんは夜寝れてないし午前中は休ませてあげたいと思います’とか、‘本人が今はいやだって言っているのもうちょっと後にします’とか、人として自然にでてきて当たり前というか、みんなからのやさしい発言でみんながそういう思いでいるのかわってうれしく感じるがありました。‘今は休ませてあげよう’って言える看護師がいると、そういうのもOKなんだって思えると、その看護師が変わってこれと思うし、みんなが影響し合うと思うんです。この患者さんこれでいいじゃないかと思えると、その患者さんのための看護ができるんじゃないかと思うんです。影響が大きいのは患者さんと私の関わりっていうか、どこかに患者さんってあるのが影響が大きいのかなって思います。

人としての行為や態度が自然にでてくる

Aチーフナースが『みんな／コミュニティ』と表現している看護師一人ひとりが人としての行為や態度が自然にでてくるような看護師コミュニティが出来て、初めて看護ケアの実践が可能となるのではないだろうか。看護ケアの実践では、Benner, Wrubel(1989/1999)が述べている『状況を読み取る力, engagement』が看護師には必要となる。この状況を読み取る力は感情と密接に関わりを持っており、経験的に学ぶときに、経過をもとにしながら考えていくこと、あるいは倫理的に反応していくことが重要である(Benner, Wrubel, 1989/1999)。患者があんな状況下で時間をきちんと覚えていて、きちんとテレビを楽しめるっていうことができることを『みんなが知っている』し、『みんなが感じている』し、場の設定をきちんとしてあげるという『みんなの思いが一緒である』ことを、Aチーフナースは経験していた。さらに、患者に何をやるにも、何をさせていただくにも、本当に患者にきちんと説明して納得していただいた状態にする、患者の気持ちを優先するというように、『みんなが同じ気持ちになる』、『みんなの思いが一緒になる』と、『素直にみんな自然にとれている』ことを経験していた。看護師がその患者に対する自分のやさしい気持ちを『み

んなに言える』とその看護師が変わってこれると共に、『みんなのどこかにその患者がある』と『みんなが影響し合い、みんなが人として当たり前なのが自然にでてくる』ようになることを経験していた。この経験したことをカンファレンスや患者との対話、自己との対話、看護師との対話をとおして意識にあげていくことで、看護師の学習が促進されるものとする。この意識にあげることができるのは、『みんな／コミュニティ』の存在によってなされるものとする。中村（1992）は「経験が経験になるということは、現実とのかかわりが深まるということである」（p.65）と述べ、その現実との関わりについて「人間が実践を通して現実と関わる時、そこに言語が介在して大きな役割を果たしている」（p.68）ことを示しているように、経験が真の経験になるために対話の重要性をあげている。

1. 看護師は「患者その人を分かろうとする」ことから看護ケアの実践をはじめ

『みんなが知っている』『みんなが感じている』『みんなの思いが一緒になる』という看護ケアの実践は、どこから生成されてくるのか、そのはじまりは『患者その人を分かろうとする』ことである。

代表例2 看護ケアの実践のはじまり；患者その人を分かろうとする 看護師；Bさん

最初に知るためには、あなたのことを知りたいという態度とか言葉とかで相手に伝えていくと、相手から何らかの反応が返ってきて、何か分かる。また、自分から知りたいと思って見ているだけでも分かることもあると思うのでいろいろ見たりします。患者の背景を分かろうとして知り得たことが最初に一つあると、多分患者の方もこの人は、自分を知らうとしているんだって思ってくれることが試みのきっかけになると思うので、一つそういうことがあると、また次に話が進んだり、あまり飾らない表情や言葉が相手からでてきたりして、多分行ったり来たりしながら、相手のことを分かっているんだと思うんです。そうやって分かっているうちに、その人の看護上の問題ってよく言いますけど、あれが段々もしかしたらこれがっていうのが分かってくる、こう必要な看護ができるんじゃないかと思う。それをやっていくとどんどんやり易くなっていくし、相手からの反応がまた返ってくればそれがだんだん信頼されているっていうふうに変ってきて、それが自分で実感できるとやってい

て楽しいと思うんです。最初の最初だったら、顔と名前をお互いに分かるようになると、その次に生活のパターンだったり、考え方、思考のパターンだったり、こだわりだったり、勿論その人の病気だったり、治療や検査だったり含めてだと思えます。

患者その人を分かろうとする

『その人に何かがある』ことは看護師が患者に出会ったそのとき、その人の全体的な様子を捉え、看護師の患者に対する反応を意味していた。それは又、出会ったその場で、『熱が下がるまで何とか治療を頑張っしてほしいとそのとき思った』というような瞬間的な看護師の意識を含んでいた。『思う』という実践の技術であり、実践の方法であり、その看護師の思考過程であった。また、看護師は、『思う』ということ、『その時の自分の感情と自分が思う相手の感情が残っている』というように、感情と一体となって経験していた。これらの看護ケアの実践の経験について、BennerとWrubel（1989/1999）は「ケアリングという言葉は、『人が何かにつながり認められていること』『何かを大事に思うこと』を表わす語で、それが思考と感情と行為を区別せず、人間の知の働きと存在を一体的に表現する。」（p.1）と述べている。

また、看護師の『知ろうとしている』行為が伝わり、患者から反応が返ってくると、信頼されていることは楽しいということを経験できることを含んでいた。そして、看護師は患者との間に『親しみ易い』『関わり易い』『話し易い』『打ち解け易い』『気持ちが出易い』といった状況が生まれ、『どんどんやり易くなる』というように状況が進展することを経験していた。看護師は、患者との間に『親しむ』『関わる』『話す』『打ち解ける』『気持ちが出る』という行為を一つ一つ個別に捉えながら、看護ケアの実践をやり易くしていく、つまり思考過程をたどっていくことを体験していた。

看護師はその患者の日常の中に居て、その人の日常を見ていることが患者に伝わり、患者がその状況に日常生活を現すことを『見る』というように『知る』相互行為のプロセスで、患者と看護師が相互に患者の日常生活が分かってくることを経験していた。木村（1995）は相互主体的に関わるということは、対象を「単に見るだけではなくて、見ているわれわれ自身の『見る』という行為でもってわれわれが見るものを作り出して、それを見るということである」（p.16）。「ここではもはや、目で見るということすら必要がなくなっている。目で見な

くても、われわれの行為それ自身が目を持っているかの
ように、肉眼以上に的確にものを見ていることがある。」
(木村, 1995, p.17) と言っている。看護は、患者の日常
の生活に関与していくと言われていることは、まさにこ
の意味において存在価値があると考えられる。

2. 看護師は「身をもってする決断と選択」を通して看 護ケアを実践する

看護ケアの実践では、看護師と患者の間の状況の生成
プロセスと並行して『みんなが知っている』『みんなが
感じている』『みんなの思いが一緒になる』という看護
師コミュニティの生成が次の2点に関して必要となる。

代表例3 看護師が体験した患者との間に踏み込むこ と；自分の中の葛藤を引き受ける

看護師；Cさん

80歳の男性で、肺気腫で誤嚥性肺炎で入院したんで
す。そこで本人の食事をどうするかって話になったんで
すけど、食べると全部ムセるんです。でも食べたいっ
という希望が非常に強くて、本人のQOL (Quality Of
Life) を考えて食べるということになったんですけど、
自分としては非常に葛藤がある。できるだけリスクがな
い食べさせ方と思って、穴子が好きだったんで穴子を
刻んでとろみアップをして食べても、本人はやっぱ穴
子の食べた柔らかさとか匂いがやっぱりいいみたいで、
おいしくないと言って、満足してなかったんです。私達
にケアされることが嫌いで、生かされることが嫌いだ
ったから、なんか思いっきり温かいご飯に穴子を乗せて食
べさせたほうがいいんじゃないかとか、その辺にずっと
葛藤があったんです。テレビの料理番組を見ても有名旅
館がでると、美味しそうだなって、こう動かない首を動
かして感心してくらいだったんです。コーヒーが飲み
たいと言うんで、とろみアップつけて飲ませると、もう
いらない。‘こんなコーヒーじゃない’って言うてるう
ちにだんだんと活動レベルが低下したんです。最期には
あんまり食べたいもなんとも言わなくなったんですけ
ど、見せるとうれしそうな顔をするんです。何かをやっ
て‘ありがとう’って笑顔を見せるときとかあるから、
その辺をうまくさせたらと思ったんです。

自分の中の葛藤を引き受ける

看護ケアの実践では、患者と看護師の間の『知る』相
互行為のプロセスに続いて、看護師は『患者との間に踏

み込む』主体的な行為を生成していた。この看護師の主
体的な行為は、看護師の中に明確に形づけられたもので
はなく、探求や模索といった相互行為のプロセスであっ
た。看護師は『自分自身が踏み込む』という行為をプレ
ッシャーを引き受ける(ストレス)こととして経験し、
そのストレスを乗り越えるために看護師はアソシエイト
ナースに相談するというように、看護師コミュニティを
必要としていた。さらに『看護師が踏み込む』ことによ
って、看護師の『気持ちが出てくる』『意志がうまれる』『そ
の人らしい姿が思い描ける』行為が生まれ、看護ケアす
る人がその患者の前に現れていた。『看護ケアする人が
現れる』ことは看護ケアの実践と深く関わるため、看護
師はより一層の看護師コミュニティを必要としていた。

看護師間には、あまり考えがまとまっていなくてもそ
れに付き合ってくれ、看護師が安心して話せる場をつく
り、看護師コミュニティの構造の中で信頼できる『仲間
／パートナー』の層を作っていた。竹内(1981)は、「混
沌とした中から『ことば』が生まれてくるその過程こそ
大切であり、プリミティブ(原始的)な認識の過程をこ
とばにすることこそ大切なことであり、ことばを選び、
感じ取っていくということが思考のプロセスそのもので
ある。」(p.70)と述べているが、看護師が安心して話を
する場があることは、そこで看護師の中に意味をもった
言葉が生まれてくることを看護師が経験することを意味
していた。また、村上(2019)が帚木蓬生著(2017)「ネ
ガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える
力」を取り上げ、「医療者というのは、医師も看護師も
さまざまな場面で判断を求められる、その判断というの
は広く一般的に認められている学問的な根拠に基づいて
判断することが、医療の場面ではむしろそういうケース
は少ない。」(p.70)とネガティブ・ケイパビリティの重
要性を指摘していることから言える。

代表例4 プライマリナースが体験した看護師みんなが それぞれの気持ちで繋がること；みんなが同 じくらいの気持ちで関わる

看護師；Dさん

慢性のゆっくりした経過の中で、一ヶ月先ぐらいにこ
のくらいになっていけばいいっていうすごく小さい目標
の中でコツコツやっていくと、その先には何かあるとい
うふうに経験から思う。吸い取られるようにエネルギー
が切れて、たまにくたびれることもあります。みんなが
同じくらいの気持ちで関わっていないと、ゴールは見え

ない。プライマリナースだけが息巻いていても、後の16時間は普通だったら、きっと無理だと思う。そこらあたりで24時間ってというのは重要になってくるかなっていうふうに感じます。どこを見据えて毎日やっているかっていうことを、ずっと思っているかということだと思うんです。みんながどんな個性をもって看護をしているにしても全然問題はないんです。いろんな個性の中で、でも最終的にみんなが思い描いていることが、この人がそうならいいねってところだと思うので、そこさえ見失わないでもらえれば、きっと毎日やっていることは、そう変わらないと思うし、逆にその変わらないことに意味が持てるのかなって思う。

みんなが同じくらいの気持ちで関わる

プライマリナースは、『みんな／コミュニティ』がどのような個性をもって看護をしているにしても全然問題はないが、その患者に対して私はこうしたいというところに『みんなが賛同できる』と、『その患者のことをみんなが思い描いていられる』、『みんなが毎日どこを見据えてやっているかをずっと思っている』と、『みんなが同じくらいの気持ちで関われる』ことを経験していた。プライマリナースだけではゴールが見えないが、『みんなが同じくらいの気持ちで関わる』とゴールが見えてくることを経験していた。

『みんながそれぞれの気持ちでつながる』ことがないと、24時間の継続的な看護はできないし、毎日のつながりもできない。看護ケアというのは、患者の生活、すなわち生命が繋がっている生活を支えていくことで看護

の成果がみえてくるものだからである。

村上によると「Kuhnは科学者共同体に属する成員同士の間では、暗黙にも、明示的にも、パラダイムが共有されており、そのパラダイムの共有ということ自体が、その共同体内部における個人間の『伝達可能性』を保証している」(村上, 1980, p.111)。さらに、「あるパラダイムを共有する個人の集団が科学者共同体であり、逆に、ある科学者共同体の中では、それに属するメンバーの間で、何らかのパラダイムが共有されている」(村上, 1980, p.112)と指摘し、パラダイムは、明文化された理論言語によって表現されるものとは限らず、暗黙に共有され、必ずしもその成員たちにとって自覚化・対自化されていないようなものも、Kuhnはパラダイムと呼んでいた(村上, 1980)。

看護師は看護ケアを実践するために、グループという単位でもなく、一人一人という単位でもなく、『仲間／パートナー』『みんな／コミュニティ』というように一人一人が主体的であり、でもバラバラではなく、看護師間が一体化した『仲間／パートナー』であり、看護師間が有機的に繋がる『みんな／コミュニティ』を必要としていた。看護師間に生成される看護師コミュニティは、暗黙にパラダイムが共有される『仲間／パートナー』の層と、明示的にパラダイムが共有される『みんな／コミュニティ』の層から成っていた(図2)。『仲間／パートナー』の層では、グループの看護師間が『一体化する』場及び『看護ケアを社会化する』場の生成プロセスがあり、『みんな／コミュニティ』の層ではチームの『みんな／コミュニティ』が『繋がる』場の生成プロセスがあった。

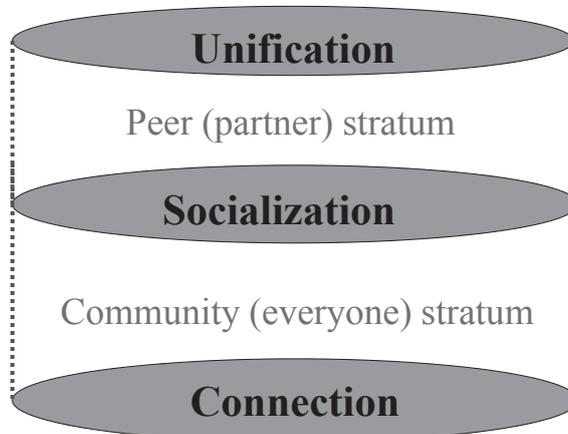


Figure 2 The structure and process involved in the “Creation of places for nursing care (in the community)”

出典：NONAMI(2011) p.56

3. 看護師は看護師コミュニティの相互行為を通して 「社会的な存在」になる必要がある

代表例5 新人看護師が体験した学ぶこと；患者を通して 会話を 新人看護師 Eさん

患者さんを通しての会話、勿論プライベートなことも上の人と話したりするんですけど、そうではなくって、患者さんを通すことで、その先輩とも距離感がすごく縮まることがある気がするんです。最初は、自分がこういうふうに考えるというところを、まず言わないと助けようがないと思うので、言いたいんだけど、それさえも分からない状況だった。多分、こういうふうに話していて、こういう状況なんでこうじゃないかなって思うんですけどという形で意見を少しずつ、少しずつ貰って、考え、またこういうのが必要じゃないかと貰って、日々修正でやっていった。あなたは言うことないのってせつつかれながら、はいつていうみたいな感じでぼつぼつ言って、言うことやっぱりちょっと霧が晴れたりして、ああそうやってやっていった。でも最初は、うまくやらなきゃいけない、しっかりやらなきゃいけないっていう気負いとかもあるので、隠して、隠して、暖めて、暖めてっていう形でやって、それで怒られてというか、注意をされ、やってきたような気がします。

患者を通して会話を

新人看護師は、先輩から意見を少しずつもらって考え、ぼつぼつ言うというように患者を通して先輩と会話することで、その先輩と距離感が縮まるということ、先輩と話すと少し霧が晴れて、分かったら担当患者の看護ケアをやったという実践のプロセスを『患者を通して先輩と会話する』というように経験していた。

Kleinman(1988/1996)は、『病の語り(illness narrative)』の著書の中で「その患者が語り、重要な他者が語りなおす物語とし、語ること(ナラティブ)によって、病をめぐるさまざまな出来事や経験や意味が整理され配列されて、一つのまとまりをもつようになる。また病いの物語は過去の具体的な経験を組織化する一方で、経験を新しく創り出しさえする。」(p.61)と述べているように、患者のみではなく看護師も看護ケアの実践における出来事や経験を語っていくことで、経験の意味にまとまりがついてきて経験が新しく作り出されるという学びをする。

看護師は、患者の語りを聴くことによって、患者が新たな体験を創り出すことを手助けすることが出来るし、

『みんな／コミュニティ』に看護のナラティブを聞いてもらうことで新たな看護ケアの実践の経験を創出することができるようになる。看護師は、看護ケアの実践を看護師の真の経験にするために、暗黙に共有されているパラダイムを自覚化・対自化するために、スモールグループを使って、アクティブ・ラーニングの全ての要素『話すこと、聴くこと、読むこと、書くこと、熟考すること』(Meyers, 1993)や社会的・個人的な技術を身につける必要がある。さらに、看護師は、個人的な存在から看護師コミュニティの相互行為を通じて『社会的な存在』になることが必要である。看護師には、『分かってもらう』といったきわめて個人的な技能と、ケアを社会化する技能の両方が必要である。

4. 看護師の自律は『みんな／コミュニティ』が繋がり 看護ケアを社会化したときに経験される

代表例6 看護師みんなの体験を共有すること；みんな が支える プライマリナース；Fさん

私が一番、迷っていたかもしれませんが、‘大丈夫って自信がないのよね’って、カンファレンスで言ったんです。‘Nさん大丈夫よねって私は言えない’。辛かったと思うんですけど、でも一生懸命酸素を吸って、ちゃんとお飯を食べていたんです。そう思うと辛かったと思います。横向けば胸腔ドレーンはあるし、上向けば褥創が痛いだろうし、動けば息があがって、苦しかったと思う。食べるのもこんな酸素マスクして食べていたんです。私のほうも、看ているのが辛かったですね。でも私は三交代勤務で8時間したらまたリフレッシュしてNさんにも元気な姿で励ましていこうと思っていました。アソシエイトナースのHさんは辛かったみたいです。三人とも辛くなってくる。そういう時はカンファレンスにだしたりとか、後はみんなに話を聞いてもらう、そういう方法しかないんです。自分の思いとか、他の人の考えとか聞けると思うので、話をしていたほうが楽になると思うんです。Hさんは、辛くてよく泣いていました。HさんはNさんの話になると一年経った今でも泣きます。

『みんな／コミュニティ』が支える

間質性肺炎でパルス療法をしてる患者を担当しているプライマリナースは、アソシエイトナースを含めて患者を『看ていることが辛くなる』ことを経験していた。プライマリナースとアソシエイトナースは、カンファレン

スで『みんな / コミュニティ』に‘患者に大丈夫だと自分は言えない’ということや、‘患者は一生懸命酸素を吸って、きちんとご飯を食べていた’ことを『看ているのが辛い』ということ、‘横向けば胸腔ドレーンはあるし、上向けば褥創が痛いだろうし、動けば息があがっている’のは『苦しいだろうと思う』こと、‘自分たちは8時間したらまたリフレッシュしてNさんにも元気な姿で励ましていこうと思っている’ことを『みんなに聞いてもらう』、『みんなの考えを聞く』ということをして、辛さが和らぐことを経験していた。

看護師は、『みんな / コミュニティ』が共同することで『看護ケアが繋がる』ということ、『みんな / コミュニティ』が力を合わせて患者の看護ケアができた時に『看護師として自律する』ということ、つまり自律と共同という社会化のプロセスを経験していた。看護師の経験は、何かをするという行為だけでは経験とならない。何かの行為によって、看護師の中に何らかの帰結があったとき、看護師の経験となっていた。帰結のない語りや、行為の表現のない語りは、看護師の真の経験となっていなかった。このことは、看護師の経験を真の経験とするために看護師が語れる場を必要としていることを意味している。さらに、患者や他の看護師から何らかを「支えられた」「助けられた」「聞いてもらった」というような他者の主体的な行為も主体として経験すると、真の経験となっていた。プライマリナースはアソシエイトナースと一体となって、その看護師コミュニティに担当患者をデビューさせ、『みんな / コミュニティ』が繋がり、看護ケアが繋がった時に、『看護師として自律する』ということを経験していた。つまり、看護師の自律は、『みんな / コミュニティ』をその患者に繋ぎ、看護ケアを社会化したときに経験すると考えられた。

Ⅲ 看護ケアの実践のために看護師コミュニティをどう育成するか

1994年、オレゴンヘルスサイエンス大学看護学部のクリス・ターナー教授は、看護学部教育にアクティブラーニングの考えを取り入れていた。まず、紹介されたのが、Chet Meyers, Thomas B. Jones (1993) 著の「Promoting Active Learning」だった。この本の中で、アクティブラーニングは研究と実践のギャップに橋渡しをすることを狙っていると述べていることから、「臨床看護実習プログラム‘鼓モデル’の開発ーケアリングの考えを用いた臨床看護実践モデルとアクティブラーニン

グ理論の連動ー」を実習の体験からの学びを支援するために開発した(野並ら, 1998)。学生は看護実習で看護ケアの実践のプロセスを体験するとともに、学習プロセスを体験することになる。学習プロセスはアクティブラーニングの方法で可能となったが、教員や学生の準備性やコミュニケーション能力などの要因が学習成果に影響することが課題としてあがってきた。

1993年のジーン・レイブとエティエンヌ・ウエンガーの著作「状況に埋め込まれた学習」が出版され、続いて2002年には、Wenger, McDermott, Snyder (2002/2010) 「コミュニティ・オブ・プラクティス」がナレッジ社会の新たな知識形態の実践として日本の企業から発信された。コミュニティ・オブ・プラクティス(実践コミュニティ)とは「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団のことである。」(Wenger et al, 2002/2010, P33) と定義され、実践コミュニティには領域、コミュニティ、実践という三つの領域があった。領域とは「コミュニティが熱意を持って取り組む、知識あるいは専門分野が何であるかを表し、領域を明確に定義することでコミュニティの価値をメンバーやその他の関係者に確約しコミュニティを正当化することができる。」と述べていることから、ここでは看護学が該当する。二つ目のコミュニティでは、実際に相互交流している人たちの集団を指し、学習する社会的構造を生み出す。学習は理知的なプロセスというだけではなく、帰属意識に関わる問題でもあり、頭で学ぶだけでなく、心も必要で、コミュニティは影響を与えあい、ともに学習し、関係を気付き、そしてその過程での帰属意識や互いに対するコミットメントを築いていく人々の集団であるとされる(Wenger et al, 2002/2010)。三つ目の実践とは「コミュニティが生み出し、共有し、維持する、特定の知識を指し、有効な実践はコミュニティが共同で生み出すものでコミュニティと共に発展していくものである(Wenger et al, 2002/2010)」。ここで重要なのは、二つ目の『実践に埋め込まれた状況的学習』をおこすことと、その学習によって生み出される知識を維持し、共有するコミュニティの発展である。

著者らは2011年からコミュニティ・オブ・プラクティスの考え方を『糖尿病患者へのエンボディメントケアの実践家育成のための学習支援プログラム』研究に採り入れた。ここでは糖尿病患者へのエンボディメントケアの実践能力をサポートするため、糖尿病看護実践家にエンボディメントケアの技術の伝達、実践共同体の育成、個

別相談の三つのプログラムを含んだワークショップを開催した。さらに、2015からは神戸女子大学看護学部看護学科カリキュラムにコミュニティ・オブ・プラクティスの考えを取り入れた1年生から4年生までが一緒に学び合う「学びのグループゼミⅠ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ」科目を設けた。この「学びのグループゼミ」授業の途中結果を本誌に発表する予定である。

IV おわりに

コミュニティ・オブ・プラクティスの考えを取り入れて看護師コミュニティを育成することで、看護ケアの実践のプロセスで共に学習する社会構造がおこることが期待できる。「そこでの学習のカリキュラムは本質的には状況に埋め込まれたものとされ、状況的学習とは意味を獲得する参加の軌道の中で捉えられ、この軌道はそれ自体が社会的実践に埋め込まれていなければならない。」(Lave, J., Wenger, E. (1991/1993))とされているように、ここで重要なのは状況的学習であり、その学習は実践の状況に埋め込まれていなければならないということである。そこで看護学部基礎教育では、学生個々の実習体験を話すこと、分かるように伝えること、聴くことなどを通して、相互に意味を持った言葉が生まれてくることを経験する。その経験を真の経験とし、学生の中に新たな経験を作り出していくことができる。二点目は、看護ケアを実践していくプロセスで、臨床知を生み出す場を常に育成しつづけていくためのものである。看護基礎教育で看護ケアの実践のためのコミュニティ育成の重要性を理解し、看護師コミュニティを育成していく力と状況に埋め込まれた看護実践の状況を言葉にする力身につけることで、看護師となり臨床の場で将来にわたって臨床知を創り出していけるよう期待している。

本論は著者が取り組んだ博士論文「看護ケアの構造化—プライマリナース・サポートシステムにおける看護ケアの構造とプロセスの分析—」の一部代表例を二次資料として使用した。

文献

Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring : Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California : Addison-Wesley Publishing Company.

Benner, P., Wrubel, J. (1989/1999). 難波卓志 (訳), 現象学の間論と看護. 医学書院.

Clifford, C. (1995). *Caring : fitting the concept to nursing*

practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 37-41.

Gaut, D.A. (1986). *Evaluation caring competencies in nursing practice*. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 77-83.

帯木蓬生 (2017). *ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力*. 朝日選書.

Henderson, V. (1960/1961). 湯楨ます, 小玉香津子 (訳). *看護の基本となるもの*. 日本看護協会出版部.

木村敏 (1995). *生命のかたち / かたちの生命*. 青土社.

Kleinman, A. (1988/1996). 江口重幸, 五木田紳, 上野豪 (訳), *病の語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学*. 誠信書房.

Lea, A., Watson, R. (1996). *Caring research and concepts : a selected review of the literature*. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 71-77.

Leininger, M. M. (1980). *Caring : A central focus of nursing and health care services*. *Nursing and Health Care*, 1, 135-143.

Lave, J., Wenger, E. (1991/1993). 佐伯胖 (訳), *状況に埋め込まれた学習 正統的周辺参加*. 産業図書.

Meyers, C., & Jones, T. B. (1993). *Promoting Active Learning: Strategies for the College Classroom*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.

Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J.L. (1990). *Concept of caring and Caring as a concept*. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.

村上陽一郎 (1980). *科学のダイナミックス 理論転換の新しいモデル*. サイエンス社.

村上陽一郎 (2019). 講演「実践科学としての看護への期待」. *神戸女子大学看護学部紀要*, 4, 68-74.

村上陽一郎, 野並葉子 (2019). 第4回神戸女子大学看護セミナー対談. *神戸女子大学看護学部紀要*, 4, 75-78.

中村雄二郎 (1992). *臨床の知とは何か*. 岩波新書.

野並葉子ら (1998). *臨床看護実習プログラム“鼓モデル”の開発*. *看護研究*, 31 (5), 2-8.

Nonami, Y. (2011). *Structure of nursing care -Analysis of the structure and process of nursing care in the primary nurse support system -*. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18, 49-63.

Orem, D.E. (1971/1979). 小野寺杜紀 (訳), *オレム看護論—看護実践における基本概念*. 医学書院.

Peplau, H. E. (1952/1973). 稲田八重子 (訳), *人間関係の看護論*. 医学書院.

Roy, C. (1976/1981). 松木光子 (訳). *ロイ看護論—適応モデル序説*. メヂカルフレンド社.

竹内敏晴 (1981). *話すということ*. 国土社.

- Valentine, K. (1989). Caring is more than kindness : modeling its complexities. *Journal of Nursing Administration*, 19(11), 28-34.
- Watson, J. (1979). *Nursing : A Philosophy and Science of Caring*. Boston : little, Brown.
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W. M. (2002/2010). 野村恭彦 (監), コミュニティ・オブ・プラクティス ナレッジ社会の新たな知識形態の実践. 翔泳社.
- Wolf, Z.R., Giardino, E.R., Osborne, P.A., & Ambrose, M.s. (1994). Dimensions of Nurse Caring. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111.