

## 看護実践批評の試み

## Attempt of nursing practice criticism

高田 早苗 Sanae Takada (日本赤十字看護大学)

キーワード：看護実践、批評、実践知

key words : nursing practice, criticism, practical knowing

## はじめに

なぜ看護実践批評か。評価と言い換えてもよいのだが、批評としているのにはある含意がある。看護の評価は、さまざまな観点あるいはアプローチでなされてきた。実践の記述的な研究は古くは事例検討、事例研究から、最近ではナラティブまで多岐にわたっている。しかし、評価におけるアウトカム重視や標準化の傾向は、実験デザインによる研究へと向かう動きを強めている。実践評価はより科学的なエビデンスに基づくべきという考え方である。しかし、個々の看護実践は科学的なエビデンスだけで成立しているかということ、もちろんそうではない。看護実践そのものをどのように見ていくのか、ということについては、必ずしも十分に組み込まれていないようにも思われる。そこで、せまい意味での科学的ということだけに捉われない、看護実践の本質的特徴を視野に入れて観点を考える許容性という意味で、批評ということばを用いることとした。

「〇〇さんの看護はいいね」とか、「△△病棟の看護レベルはどうかしら」など、看護職同士で話をすることがある。あるいは、「□□病院の看護は定評がある」とか、「あそこは看護がいいことで有名だ」という話もよく聞く。このように、「よい」、「あまりよくない」、「悪い」、「いけてる」、「いまひとつ」などと私たちが言うときに、その基準とはいったい何なのだろうか。この問題意識のもとにおおよそ次のように話を進めることとしたい。

まず最初に実践ということの意味を、特に看護実践の特徴を挙げて検討する。次に、学生の学習という面

から、看護技術の学習や臨地実習場面を切り口に考えたい。次に観点を少し変えて、患者も実践しているという見方を紹介する。関連して、看護師が「患者を動かす」という言い方、近いけれど異なる「動くのを助ける」、これらの表現の違いによって表わされているのは何かを検討する。最後に実践を取り巻く大状況にも言及したいと考えている。

## 実践の意味

実践という言葉には、もともと2つの意味合いが含まれているという。1つは、自覚的になされる、あるいは明確な意図を持つ行為や活動。もう1つは、慣習的な日常的な行為、つまりどちらかというとな無自覚的な、意識に上る少し手前の行為、この2つである。文化人類学者のピエール・ブルデュー(1988)は、自覚的・意図的な行為あるいは創造的な行為も、社会的に構成される慣習的な実践と結びついており、それが別個にあるわけではないという。実践はどのように身についていくか、学習されるか。ブルデューはハビトゥスという概念を用いて説明している。ハビトゥスとは個人がもつ身体化された傾向性と社会集団の中で構築され共有されている考え方、感じ方、行為のやり方などの総体であるという。これらから実践には重層構造があると考えられる。

田辺(2003)によると、特に実践の社会性あるいは社会的な参加の面を重視しているのがレイヴとウェンガーだという。もともとブルデューや田辺も社会的ということは強調しているのだが、レイヴとウェンガーの2人は実践コミュニティという概念を出している

ころに特徴がある。

## 看護実践の特徴

話を看護実践に進める。筆者も検討に参加した日本看護協会「看護にかかわる主要な用語の解説」では、看護実践を「看護職が対象に働きかける行為である」と定義している(2007)。この「働きかけ」のありようが重要になる。働きかける当の対象は人間であり、各々の価値観、個性をもっている。この「働きかけ」は一方的になされるものではなく、相手の状況、その人の心や体の状態、その時々々の反応を読み込みながら、応答的になされる必要がある。さらに言えば、相手の意向や希望を確認したり、進め方を相談したりすることも求められる。このことについては後に議論する。

看護実践の場面で、先に紹介したブルデューらの二つの意味合いとの関連も含めて特徴を考えてみることにしよう。筆者は看護実践の一つの重要な要素は医療現場に日常性を持ち込むところにあると考えている。言うまでもなく看護実践にはその都度の意図がある。また一定期間を想定した目標がある。看護師は注射の実施やその効果の確認、VSの測定など、特定の目的や意図をもって訪室する。けれども、そういう明確な意図的实践であるとしても、無意識的な要素もしくは側面は必ずや含まれている。この無意識的な要素は、慣習的な意味合いと、日常性をもちこむという二通りの側面がある。日常性に優れた看護師は、時どきの気候の気配や時間の感覚を病室に持ち込む。もちろん患者の状態を考慮に入れてではあるが、何気ない言葉やしぐさで医療を受ける非日常的な時空間から、その人にとってなじみある雰囲気やホッとできる時間に変えるのである。これができるかどうかは、看護師自身のありようによって決まってくる。

慣習的な意味合いの方について考えるために、車いすへの移乗動作、移乗援助を例にとり、患者への説明を含めて一連の動作一つ一つを追って考えてみる。看護技術のテキストを見るまでもなく、動作の手順を一つ一つ書き著していくということは実に大変なことである。頭で描いた手順を簡条書きにしてみようとする。まず「ベッドに休んでいる患者を起こし」と書いてみるが、これは非常に端折った言い方で、どのように起こすのが書かれていない。けれどもこれを述べる簡潔な言い回しはすぐには思いつかない。次に、「ベッドの端に足をおろして」については、「患者を端座位にする」という言い方だけでよいのかと迷う。そして「座らせ、あらかじめベッド横に準備した車いすに・・・」のところで、ベッド横に車いすを準備することを最初にして(書いて)おかなければいけなかったと気づく。つまり看護実践の手順について、わかりやすく書くということはなかなか難しい。実施者の

右手でどうやるとか、そういうことを言い出すともっと大変になってしまうとほぼあきらめたくなる。ところが、自分がふだん行っているようにしてみると、書かれた手順を読み理解して、という時間をすっとばして、よほど早くできてしまう。身体で覚えていることは、頭で考えながらよりもやってみるのがよいのである。つまり、看護実践は、特別の何かというよりも生活において習熟していることが土台になって成立している。一つ一つの動作は生活動作の延長線上にある、そのように考えられる。

ただ違いもある。自分で自分のことを行うことは確かに慣習的であるが、他者の身体にかかわる、他者の生活行動を援助するというのは、確かに自分自身の生活動作の身体知のうえに成り立つが、それだけではなくそれ以上のものが求められる。

このような一連の行為動作が、意識に上らない慣習的なレベルで、滑らかに、しかも双方が楽にできるにはどうすればいいのか、次にそれを考えてみたい。そこで看護実践を学ぶというところに入る。

## 看護実践を学ぶ

学生は、一から、あるいはゼロから学ぶというわけではない。看護技術演習科目を担当している教員はよくわかると思うが、学生はそれまでの生活でそなわった生活スキル、身体的なスキル、あるいは既に培ってきた身体感覚などを携えて、看護の学習に入る。よく器用とか不器用と言うが、それは身体スキルや身体感覚のレベルを端的に言いあらわしたものと言える。つまり看護実践とは、教科書に書かれていることを全く新たに学ぶわけではない。意識的・目的的部分を下支えするような、それまでの学生自身の身体性がある。この学生のいわば準備性によって、学習され獲得される知は大きく違ってくる。このことは、意外と気づかれていないのかもしれない。病院など臨地実習に行くと、教科書的な知識だけではなかなかうまくいかないということがよくわかる。

まず1つには、ベッドサイドにいられるかどうかということがある。大抵の基礎看護学の教員は学生を病院に連れていってもおかしくない状態になっているかを見る。立っている姿などを見るわけだが、これは服装のチェックのようでありながら服装だけではなく、その身体性をチェックしているとも言える。ベッドサイドに立っていてもおかしくないか、臨床ではただ立っているだけではだめで、いわば四方八方に気を配りつつの時の身のこなしといった身体性の獲得がなされているかどうかが必要になる。

次に、患者とやりとりできるかということがある。これが学生にとっては結構難しい。モノを扱うのではなく、血圧だけ測ることができればそれでよいという

わけにもいかない。ベッドサイドにいられる、患者とのやりとりができる、これらの前提のうえで看護観察やケアの実施があるのだが、それらは全部別々なことではなく、看護実践の中で重層的にあるということ。学生の実際の学習としては、看護観察ではどういうところを見るか、例えば脈拍測定とはどのように行うかと学ぶわけだが、その学んだことだけで成立するのではなく、下支えしているものがあるということを確認しておく必要がある。

慣習的レベルになるまでには当然のことながら反復練習が重要になってくる。学生のとときには何回も練習するということが要求されるし、教師も期待する。それによって習熟していくということが大切になるからだ。ただ、その反復的な練習とは単なる機械的な練習ではない。機械的な練習の段階もあるのだが、それだけで終わるわけにはいかない。

具体例で考えていく。例えば体位変換、丸太を転がすのとはわけが違う。相手によってさまざまに違うということになる。太っているか、やせているか、体力があるか、ほぼ寝たきりの状態が長いのか、麻痺があるか、あるいは浮腫があるかというように、患者自身の身体のさまざまな状況性、身体性がある。さらに患者さんが協力的であるか否かといったことまで含めて、さまざまな反応があり得る。例えば痛みで体自体が強ばっている人に不用意に手を触れると、患者は強い拒否的な反応を示すかもしれない。

まずは学んだ動作手順で、患者さんに言葉をかけるところも含めて始めていく。始めていくと、先ほど述べたように患者さんの反応がさまざまに起こってくる。言葉で反応する人がいるかもしれないし、言葉では何も言わないが表情が変わる、さらには表情というよりも身体そのもので反応する場合もある。そのような相手の身体反応を感じ取ることを学生ができれば、あるいはナースができれば、それから先のプロセスはないも同然と言ってもいいかもしれない。反復練習の意味がない、学習が成立しないということだ。患者の身体を感じ取ることができるナースは、その感じ方に応じて力の入れ具合を変えたり、手の添え方、位置などを変えたりしていく。患者の身体の緊張のほぐれ具合などを感じ取ってよい加減を自身の身体で覚えていく。機械的な反復練習だけで終わるわけにはいかないという意味は、こういうことなのだ。相手の反応によってこちらも微妙に、手加減という言葉があるように、さまざまなケースを通して学習を重ねていく。自分自身の身体で学んでいく、これらのプロセスにより、経験を積み実践能力が身についていく。

最近、欧米においても、モデル人形を相手に練習するというシミュレーション教育が非常に普及してきている。かつてはシミュレーションなどほとんどなくて、直接学生同士で練習をして、その次には患者さん

を相手にするということが許された時代が長かったのだが、最近ではそれがなかなか難しくなってきた。シミュレーションで代替せざるを得ない状況が多くなってきた。もちろんモデル人形の精度が上がってきたことも関連して、可能になったという見方もできるかもしれない。しかし、先ほどの話からモデル人形相手のシミュレーションでは限界があるということも言える。モデル人形にはバリエーションがあまりない。さまざまに反応をするといっても、コンピューター制御による幾通りかの反応はあるが、生きた人間と比べればどうしても限界があるということは、誰が考えてもわかることだ。別の言い方をすれば、現場には無数の練習問題があるのだと言えるのかもしれない。

さらに言えば、手順中心の学習の限界もある。手順は必要ないということではないが、それがすべてにはならず、手順を変えなければいけないときが当然ある。それを学習の中に組み込んで初めて、習熟していくということができるのだろう。

## 看護実践の特徴のまとめ

ここで看護実践の特徴について、これまで述べてきたことを小括しておきたい。看護の専門性とは何だろうか。特殊な技術を駆使するとか、何かの機械を操作できるというよりは、むしろ非日常が支配しがちな医療現場に日常性を持ち込むところに看護の専門性はある、そこを大切にしていくことがもっと意識化される必要があると考える。それは看護師自身がツールになることにも関連している。看護師が自分自身の日常生活で培ってきた慣習的な身体性をもって相手にかかわることにより、日常性を持ち込むことが可能になるといえる。身体知ゆえに、一定の手順、型番というものはあるが、それ自体は可塑的であり、変わり得る、あるいは変えるべきときもある。また、反復的な訓練、経験を重ねることによって、行為それ自体を無意識的に行うことが可能になる。無意識的に行うことによってはじめて他への注意ができるようになるし、適度な集中も生まれるようになる。

かつての看護教育では支配的だったのは、理論知を適用して実践する、理論応用モデルという考え方が、実践そのものの特徴はそこにはない。机上で学んだ知識に基づくというよりも、統合的な知として備わっていくものである。実践知という面からさらに看護実践の特徴を考えていきたい。

## 実践知について

実践知とは、実践の中で開発され備わっていく知のことだが、既に述べたように、学んだ知識を現場で用いるとか応用するといったことを指すわけではない。

先出の田辺繁治は「知識は本に書かれたようなモノではなく生きた身体に宿っている。」として、実践そのものに内在する知を実践知と呼び、「日常生活のあらゆる場面で働いているのは、実践知」であり、「私たちは知識を操作しているのではなく知識を生きているのである。」と結んでいる (p.14)。また、ブルデューは、「身体によって学ばれるものは、人が自由にできる知のように所有する何ものかではなく、人格と一体となった何ものかである」と表現している (1988, p.117)。看護実践において看護師自身がツールであるという意味はここに凝縮されているとも言えるだろう。

私たちはよい看護実践を見たときに、「○○さんだからこそ、そのように・・・できた」といったように、その看護実践とそれを行っている看護師自身とを結びつけて表現している。これを分けて考えるのはなかなか難しい。これはまさに看護師の人格と一体となったものが実践として提供されているから、分けがたいと見なされるのではないだろうか。川原 (2013, p.108) はそういった実践知に触れて、個々の看護師の表現スタイルはその人のユニークな個性を帯びており、それらは残念ながら、真似をしようとしてもなかなか真似できないものだとしている。真似をしたいと思う人は、真似ながらおそらくその人とは少し違う自分のスタイルを徐々に生み出していくということになるのではないだろうか。

このことは、看護介入の効果を評価しようとする介入研究、実験デザインなどで行うような介入研究のときに、ある種の困難や戸惑いをもたらすことにつながる。それは、研究ではプログラム化された介入それ自体の効果を評価したいのだが、そのためにはそれを行う看護師の要素を一定にしなければならない。介入研究のときに、看護師自身がコントロールの対象になってしまうということを意味する。筆者は何か納得いかない感じ、矛盾を感じてしまうのだが……。

繰り返しになるが、知のありようとしては、実践知あるいは実践で用いられる知は統合的なタイプの知であるというところに特徴がある。近年、科学知が重要視されるようになってきたが患者に直接働きかける、あるいは患者にかかわる看護実践は、科学知だけで成り立つわけではない。カーパーが1978年に見出したのは、看護師が実践において用いている4つの基本的な知fundamental knowingであった。すなわち、科学知と審美知(アート)、倫理知、さらに自己を見つめる個人知の4つであるが、これらがすべて統合されて実践がうまくいく、いずれかが欠けても破たんするのだと強調している(カーパー, 1978)。

もう1つ、リフレクションの文脈で、別のタイプの統合が明らかにされている(クリス・バルマン、スー・シュッツ, 2014)。病院で患者ケアに携わる看護師が活用する知識のタイプとして明らかになったのは、個

人的実践から得る知、理論的知、手続き上の知、そして病棟の文化的な知、それらの4つの知を統合したものにしかかわる反省的な知である。先輩看護師がもっている反省的な知を若手看護師はもっていない、将来の実践に影響を及ぼすには、経験の後のリフレクションが必要であると結論されている。リフレクションは、実践経験をトータルなものとして批判的に検討することで学びにつながるものであるが、精神運動スキルに集中して感情的知性から「分離」する傾向への懸念が示されている(pp.167-171)。

以上から、実践知は、実践の場という社会の中で看護実践を行うことで、よく学ぶことができ、そこにおける経験のリフレクションを通してよりよく学ばれることがわかる。

## 実践コミュニティで学ぶ意味

冒頭で、社会的な行為としての看護実践という考え方に触れた。社会的な行為の意味合いはさまざまあるが、社会のなかでルールやマナーなどの形で学ばれたり、グループや二者関係における相互的反応により自分の実践をふりかえったり、ということが浮かぶ。学生の学習について考えると、看護を教育プログラムとして学ぶということがある。疑似的な実践経験を積み、学習のレパートリーの中で基礎を得ていくが、学生同士で学ぶには限界がある。それは共通感覚があらかじめ成立していることが多く、学習のバリエーションが限られる、その意味で限界がある。さらに、ここでの実践コミュニティは、教育学習コミュニティであり、看護実践コミュニティ(広く看護が行われている、場・人々の総体と言う意味)とは異なるものであることは言うまでもない。

臨地実習となると、教育・学習コミュニティから実践現場、看護実践コミュニティへ行くことになる。そこで学生がどのように実習しているかということだが、それが現場の様々な制約のなかで可能な範囲で、というのが現実的な実習のありようになるかと思う。学生は本来なら実践現場の中に組み込まれてコミュニティの一員として実習できればいいのだが、現実にはなかなかそうはいかない。現在の実習の問題は、実践コミュニティ(これは病院実習の場合には看護チームあるいは医療チームを指すことになるのだが)に参加しての実習というよりは、学生と教員が相対的に独立して実習しているところにある。コミュニティが学生を受け入れる余裕がないのかということだが、そのあたりは今後いろいろと検討、検証をしなければいけないと考えている。実践コミュニティにおける振る舞い方は、本当は実習の要素として重要なのだが、なかなか学習が成立しにくい状況にある。そのことが、実際に卒業して現場に出るとよく言われるリアリティ

ショック等々につながる。ただ、教員はゲートキーパーの役割をある程度果たしていると思われる。学生が生で実践現場に身を置くには刺激が強烈ということもあるので、そこで教員が少し中和するような役割も果たしているのではないか。あるいは、学生にどういった刺激を与えるかという選択についても、可能な範囲ではあるものの教員は教育実践の中で無意識的に考えているのかもしれない。これはよい悪いということではなく現実的な話だが。

### 患者も実践する

次に、患者も実践するということを考えたい。患者の実践としてはさまざまなことがある。一つには看護実践への協力、参加ということがある。

よく経験される場所では、看護師が「血圧を測りますね」とか、「採血します」と言うと、患者さんが自ら腕を差し出してくれる。筆者は最近の医療現場には看護師としてではなく、患者として行くことが多いのだが、ナースがマンシュートを巻きやすいように患者は軽く手を浮かせる。すると非常にやりやすいので、あうんの呼吸でできる患者さんはナースにとっては本当にありがたい存在となる。採血の場合には血管の確認がしやすいように両腕を差し出して、患者も痛い思いはしたくないので、できるだけいいポイントを探せるように協力してくれる。

もう1つ重要なのは、患者自身の実践である。患者は実に多くの実践をしている。痛そうな検査や処置を受けるとき、気をそらせるおまじないをする。それで痛みを本当に全く感じなくなるわけではないが、セルフコントロールをすることによって一定の効果はある。あとは話のわかる看護師を見分けたり、大好きなおまんじゅうを2回に1回にしたり、薬の内服を忘れないように工夫するなど、患者もいろいろな実践をしている。それをセルフケアや自己管理という言い方でみているわけだが、患者の実践は看護師が捉えるよりも概して幅広く行われている。

### 立場・見え方の違いによって

立場や見え方の違いがどういうことをもたらすのかという点で、吉田（2013）の著書から2つ使わせてもらおうが、吉田のまとめ方とは少し違うかもしれない。ひとつは学生が時々出してくるケースでもあるが、洗髪に紙おむつを利用しようとするナースの例である（pp.66-73）。術後で頭を動かしてはいけない患者に、「気持ち悪いでしょうから洗髪しましょう」とナースが申し出ると、患者は動かさずに静かにしておいたほうがいいと思っているので、あまり気が乗らない。そこでナースはとてもしもいいことを思いついたかのように、

いい方法があるので大丈夫ですよとベッドサイドに来て、さあ、これですと紙おむつを頭の下に広げようとする。紙おむつを見た患者は驚き、怒りの表情になってしまう。「何でこんな反応になってしまうのでしょうか」とナースがしょげかえるという想定だ。さすがにこのナースは、善意だがセンスが悪い、さらに患者の怒りの理由がわからないのは鈍感なのではと思う。

医療現場とは、日常性の感覚あるいは共通感覚をいかに失わせるかということの、わかりやすい例である。こんな例がこれほど現場にあるのかと思うぐらい、学生が時々取り上げる。もし意識のない患者であれば看護師の思いどおりに目的が達せられるのか、よい方法であれば何でも使っているのかというように、この問題でバリエーションを膨らませて考えることもできる。

次のケースは患者ではなくパソコン操作に気をとられるナースの例である（pp.38-45）。電子化によってベッドサイドに端末を持って行って入力したり、あるいは医師の指示を確認しながら患者とやりとりをしたりするナースが現れる。ナースは電子カルテのほうに目が向いて、そちらに関心を奪われてしまい、患者さんが何を言わんとしているかというところに注意がほとんど向けられていない。さらに、バーコードにピッと当てられて、名前を言ってくださいという場面がある。患者経験がある筆者としては患者に大いに共感する場面である。内心ではいやな感じと思いつつも、仕方がない、大人としてはがまんしかないので、その状況の中でも協力はする。バーコードでピッと読み取られることに、スーパーの商品並みの扱いかと、患者さんは不快感と落胆を覚える。このようなナースの対応によって、自分がどのように扱われているかというメッセージを受け取ってしまうのだ。ナースは意図していないが、モノ扱いというメッセージとしか患者には思えない。

これは医療安全が強調される現在だからこそ起きてくる問題かと思う。また、業務遂行の仕組みもかなり合理化されてきているので、それに飲み込まれてしまっている図だ。吉田は患者が飲み込まれるとしているが、筆者はむしろナースが飲み込まれている部分が強いケースではないかと思う。患者さんは巻き添えを食らっているという感じだ。このような場面では、患者がほとんど見えなくなってしまう看護師もいる。状況そのものにナースが自覚的かどうかということが問われている。

### 患者の実践に気づく～相互実践に向けて

そこで、患者の実践にナースが気づくということが重要になってくる。これまで紹介してきたケースでわかるように、自分の実践に夢中になっていると患者の実践には気がつかない。一定の習熟度に達して適度な

集中が可能になったとしても、患者への関心がなければ、患者の実践は見てくるわけがないのだ。ナースの関心事と患者の関心事は違う。これもよく知られている例だが、患者は別のことを一生懸命に言わんとしているのに、「それでお通じは何回だったんですか」と聞く看護師。コミュニケーションがずれてしまっている。また、患者の実践に気がつかなければ一方的な見方や決めつけが起こるといことも、よく知られている。

患者は医療現場というなじみのない世界に入っているわけで、もともと不安だったり、あるいは心もとない感じ、居心地の悪さを感じたりしていることが多い。別の言い方をすると、よく対等性と言うがそれどころではなく、患者はハンディキャップを負わされていると考えなければいけない。ナースの当たり前は、患者にとって当たり前ではない。そういうケースを嫌と言うほど、これまで見てきた。このように考えていくと、医療、看護の実践コミュニティにそもそも患者が含まれているかどうか、重要な一つの観点として成立するということがわかってくる。

相互実践の可能性はあるか。実践とは一方的に看護師が患者に行うものだとするのは、看護実践の意味するところではない。そうなると、むしろ相互実践という考え方に持っていけないだろうか。これが、ブレークスルーの一つの方向性ではないか。まず素朴なところでは患者の話を聞かせてもらうということ。これは誰でもができることで、にもかかわらずあまりなされていないことだ。次に、実践内容やタイミングを相談して決めるということだが、これも比較的素朴なレベルでできる。看護提供の仕組み等を説明して意見を聞く、可能な選択肢を提示する一方で限界についても説明する。提示と同時に限界の説明によってこちらの状況もわかってもらうことが大切だ。可能なら、患者にイニシアティブを取ってもらうことも重要になってくる。薬の管理、カルテの共有化など、可能性を探る。このあたりは実施している病院もあると聞いている。

### 看護の倫理性

#### (動かすのか、動くのを助けるのか)

唐突に感じられるかもしれないが、看護の倫理性がとて重要になる。患者の車いすへの移乗のところで、起こして云々という表現をした。「看護師は患者を起こし、車いすに座らせる」という表現の仕方と、「看護師は患者が起きて車いすに移るのを助ける」という表現では、同じことを言っているようでありながら、実はここには違いがある。この言明の違いは何か。前者が患者を客体化しているのは明らかだと思われる。これに対して後者は、患者が主体の表現である。そういった表現の違いは、ただ単に患者のADLの差だけで説明できるわけではないだろう。

看護実践として、看護師の身体性に違いは出てくるのだろうか。西村(2001)の、『語りかける身体』という言葉がある。極端な表現かもしれないが、患者への関心を失い、患者の実践に気づかない看護実践では、そこには語りかける身体はもはやなく、ナースの思考だけで事を進めようとする、モノを扱う身体性ということになり得る。これは、看護倫理の観点からすると大変に重要な問題と考える。

### 実践コミュニティ～実践内容の変化 (看護実践を取り巻く大状況)

時間がなくなったので、実践コミュニティのところでは1つだけ話したい。本来なら学生は実践コミュニティの中で学ぶということがとても重要なのだが、その実践コミュニティが専門家集団の価値やヒエラルキーだけが強調されているところであれば、よい学習にはならない。現実の世界で矛盾や問題を含むリアリティに触れる、その中で学ぶことは重要だが、よりよく変えることができる可能性も共に学ばなければ、とりあえずの振る舞い方を学ぶにとどまったり、悪くすると無力感を強くもつ危険性もあることに気づいておかなければならない。現場の看護師たちにとっても、新たな実践、患者との相互実践を可能にするというものにはならず、決まった業務を決まったように行うことが強調される、およそ魅力的とは言えないコミュニティであろう。

実践内容の変化については、変化は当然起こさなければいけないし、起きてもいる。どのように生み出されているかということ、1つは個人の熟達による。また、研究知見の集積、理論開発や医療技術の進歩とされるものによっても変化は起こる。制度の変更、仕事の仕方や役割の取り方、専門看護師・認定看護師の導入により、変わってきているところもある。いわゆる医政局長通知等や法律などの変更によって、それまでは看護実践とは見なされていなかったものが看護実践として組み入れられるということが、今までにもあったし、今後も起ころうとしている。さらに、クリニカルパスや電子カルテ化などの大きな変化によって実践が影響を受けているのは、これまで述べてきたことから明らかと思われる。

このような背景には、リスク管理の圧力というものが見逃せないほど増大してきていることがある。そして少子高齢社会や格差の拡大等々私たちの社会が大きく変化するなかでもたらされる影響が大きくなっていることに気づかされる。大切なのは、社会や政治状況の影響を受け、それに翻弄されるのではなく、自分たちであるべき方向性を見定め望ましい変化を生み出す力量の形成であろう。

## 看護実践批評の切り口

最後に、個人の実践を批評する視点に簡単に触れる。これには、自分のものになっているか、患者の状態に見合っているか、実践の熟達度という視点がある。そして、患者を主体としているか、自分が主役になってはいないかという倫理的な観点がある。実践は個人的か画一的かという観点もありえるし重要である。部署や施設全体としては、そこでどのような看護管理がなされているかによって個人の実践が決まってくる面もある。看護管理だけではなく病院管理全般だが、そこを見ていくことが重要になるだろう。

また、看護実践コミュニティでは活発なコミュニケーションが行われているか、どれぐらい本物のディスカッションがなされているかが重要である。看護師集団は覚醒しているか。ヘルガ・クーゼ (2000, pp.253-276) というオーストラリアの女性倫理学者が、看護職集団は「眠れる巨人」だと批判している。私たちは目覚めているだろうか。

政治状況、政策による実践への影響に有効に対処できているかが重要である。ただ影響を受けるだけではなく、政策決定のところに関与するということがなければ、実践内容を自分たちで決めることはできない。物言わぬ集団は無限の撤退を余儀なくされるおそれがある。最後に、看護教育はこのような関心を育てているかという自戒を述べて終わることにする。

(本稿は第16回日本赤十字看護学会学術集会 会長講演に加筆修正をしたものである。)

## 文献

- ピエール・ブルデュ (1980) / 今村仁司他訳 (1988). 実践感覚1. みすず書房.
- クリス・バルマン&スー・シュッツ (2013) / 田村由美他監訳 (2014). 看護における反省的实践 原著第5版. 看護の科学社.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental pattern of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 13-23.
- 川原由佳里 (2013). 看護の知 実践を読み解くための新しい知の考え方. 看護の科学社.
- ヘルガ・クーゼ (1996) / 竹内徹他監訳 (2000). ケアリング 看護婦・女性・倫理, メディカ出版.
- 日本看護協会 (2007). 看護に関わる主要な用語の解説 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈.
- 西村ユミ (2001). 語りかける身体 看護ケアの現象学. ゆみる出版.
- 田辺繁治 (2003). 生き方の人類学. 講談社現代新書.
- 吉田みつ子 (2013). 看護倫理 見えているものが違うから起こること. 医学書院.