

アクションリサーチを用いた看護実践を語る会による

看護師の気づきと行動

Nurses' Awareness in Meetings to Discuss Nursing Practices and
Develop Nursing Practice Using Action Research

東 めぐみ

Higashi, Megumi

2020 年度 博士（看護学）論文

主研究指導教員：河口 てる子教授

日本赤十字北海道看護大学大学院

看護学研究科共同看護学専攻

抄録

I. 目的

本研究の目的は急性期病院で働く看護師が看護実践を語る会に参加することで、看護師相互の実践の語りからどのような気づきを得て、それをどのように行動に移すのか、また、看護師間や周囲の看護師にどのような変化をもたらすのかを明らかにすることである。

II. 研究方法

本研究は看護実践を語る会を用いたアクションリサーチである。関東にある二次救急を有するA病院に依頼を行い、B病棟の語る会に参加する病棟看護師（以下、病棟看護師）5名およびインタビューのみに参画する看護管理者（以下、師長）を研究参加者とした。期間は2019年1月より2019年10月までであった。

アクション前の事前インタビューを病棟看護師5名と師長に半構成的面接法で実施した後、アクションの看護実践を語る会を月に1回、計5回開催した。アクション終了後に半構成的面接法でインタビューを行い、師長にはアクション終了3ヶ月後にも実施した。

アクションの看護実践を語る会は、研究者の進行のもと、病棟看護師が看護場面ワークシート（以下、ワークシート）に印象に残った看護実践を記載した後、記載した実践を語ってもらった。毎回の語る会終了後、学びをワークシートに記載してもらった。任意で個人ノートの記載を依頼し、研究者が必要であると判断したときに学習会を行うこととした。また、研究に参加しない看護師（以下、スタッフ看護師）が、語る会への参加を希望したときは参加可能とした。

語る会およびインタビューは、許可を得て録音し逐語録とした。研究者は参加観察記録を記載し、ワークシート、個人ノートの記載内容をまとめた。

分析は、事前面接データは「看護師が実践を語る現状と部署の課題はどのようなことか」等の問いをもとに行った。看護実践を語る会は東ら（2015）とLofland & Lofland（1997）を参考に、「語りからどのような気づきを得て、実践にどのように活かしているか」等を問いに分析した。病棟看護師への終了后面接データは「語りからの気づきを実践にどのように活かしているか」、師長への終了後および3か月後の面接データは「病棟看護師とスタッフ看護師の変化は何か」等を問いに分析した。分析に誤りがないか、思い込みにとらわれていないか適宜、病棟看護師と師長に確認を行った。本研究は日本赤十字北海道看護大学研究倫理委員会の承認（承認番号 30-312）および共同看護学専攻研究倫理（審査）委員会（承認番号 18-03）の承認を得て行った。

III. 結果

A. 研究フィールドの概要と研究参加者

A 病院は関東にある急性期医療を担う地域医療支援病院である。B 病棟は脳神経内科外科領域を担当し病床数は約 40 床、師長 1 名、係長 2 名、看護師約 30 名で構成され、2 チーム制で部署運営が行われ、平均在院日数 13.6 日であった。看護実践を語る会への参加者である病棟看護師は 5 名、平均年齢 27.4 歳、全員女性であった。看護師の経験年数は平均 5.3 年、B 病棟での経験は平均 3.06 年であり、師長は 40 歳代後半で師長経験年数は約 3 年であった。

B. 事前インタビューによる病棟の現状

病棟看護師へのインタビューによる病棟の現状は、カンファレンスでは重要な患者の検討が行われる、研修で同年代の看護師と語る機会はあるが経験年数の違う看護師とは語らない、退院調整は担当看護師が不在だと対応できないことがあると語られた。また、師長は「忙しい状況だからこそ、日常的な場で看護を語る風土ができてほしい」と語った。

C. 第 1 回から第 5 回看護実践を語る会の内容

2019 年 3 月から看護実践を語る会を月 1 回、計 5 回行った。1 回の平均時間は約 92 分であった。語る会へ参加は 1 回につき 3~4 名、1 回平均 3.4 名であった。第 1 回語る会には研究に参加していないスタッフ看護師 1 名が参加した。学習会は 1 回行われ、テーマは「経験学習」であった。〈 〉はエピソードを表す。

第 1 回看護実践を語る会では〈創洗浄への思いをキャッチした (D 看護師)〉〈胃瘻からの投薬を悩んだ (E 看護師)〉が語られた。D 看護師は「創洗浄をいやだという患者の思いをくみ取りたかった」と語った。C 看護師は「患者の希望と今やらなければいけないことをどう両立させるかやってみよう」と語った。E 看護師は「患者が表現した意味や意図を考えて理解してかわりやすい。患者の感情を受け止める味方になる看護に気づいた」、F 看護師は「患者のいやだという理由を考えたことがなかった。患者がどう思うか考えたい」と語った。

第 2 回看護実践を語る会では〈患者より家族の意向を優先した (G 看護師)〉が語られた。G 看護師は「娘の (患者に) 薬を飲ませたいという気迫に負けて、口を開けない患者に内服させた」と語った。C 看護師が「患者は 95 歳で胃瘻を造るか葛藤がある。どうしたらいいか話をしないといけない時期」「看護師間で情報共有はしている」と語ると、「ライフヒストリーを聴いてみたら」と研究者が提案した。D 看護師は「みんなが情報を提供して良かったと思ってもらえたら楽しくなり実践に活かせる」と語った。G 看護師は「チームで同じ目標を持つのは難しい。でも、あなたか気づいたからこうできたよと言えたらチームが良くなる」と語った。

第 3 回看護実践を語る会では、〈患者と家族のライフヒストリーを聞いた (C 看護師)〉〈低血

糖を起こす原因を見いだした (F 看護師) が語られた。C 看護師は「第 2 回語る会で G 看護師が語った患者の娘にライフヒストリーを聴いた。娘は来年の桜を患者と見たいというあきらめられない感情がある。主治医とずれがあったので面談を調整した」と語った。F 看護師は「第 1 回語る会の D 看護師のエピソードから糖尿病患者にご飯を食べない理由を聞いた」と語った。D 看護師は「理由を聞けてすごいね」と言い、「患者の理由をチームに発信しているか」と尋ねると F 看護師は「言うほどのことではないちっちゃいこと」と語った。C 看護師は「話せる雰囲気づくりが必要であり困ったことがないか聴いていきたい」と語り、F 看護師は「患者にとっては小さいことではないと知った。チームだから発信しようと思う」と語った。研究者は経験学習について学習会を行いたいことを病棟看護師に提案し、第 4 回語る会の冒頭で行うことになった。

第 4 回看護実践を語る会では、冒頭で学習会を行った。その後、〈トイレまでの歩行援助 (C 看護師)〉〈ダイルームまで患者と歩いた (E 看護師)〉が語られた。C 看護師は「患者はトイレまで歩けないと思っていたが、理学療法士は歩けると言った。リーダーとして理学療法士に歩行介助方法をみんなに教えてもらった。患者はトイレまで歩けた」と語った。F 看護師は「C さんのようにはできないと思ったが、自分で限界を決めていたことに気がついた」と語った。E 看護師は「C さんは理学療法士の専門性を活用していたので実践したい。リーダーの具体を学んだ」と語った。

第 5 回看護実践を語る会では〈看護師と医師の下剤のやり取り (D 看護師)〉〈インスリンの打ち方を工夫し低血糖が起きなくなった (F 看護師)〉〈インスリンを打たないで食事をする患者への関わり (E 看護師)〉が語られた。F 看護師は第 4 回語る会での C 看護師の歩行介助の語りから「あきらめないでできることがある。糖尿病患者にインスリンを打つ部位のローテーション表を作って実施した」「第 1 回語る会の D さんから処置の工夫を学び実践した」と語った。E 看護師が「患者は楽しそうにローテーション表を用いてインスリンを打っている」「他者の経験を聴くことで、自分の気がつかなかったポイントを学ぶことができるから効率的」と語った。D 看護師は「患者の行動をどうしてそうしたのかを考えることで自分の行動が変わる」と語った。

D. 終了後インタビューによる病棟看護師の状況と変化

看護実践を語る会終了後インタビューで C 看護師は「流していた出来事が本当によかったのかと思う視点ができ、後輩が困っていないか投げかけている」と語った。D 看護師は「語ることを推進することを意識している。日常でもカーテンの向こうの看護師と患者のやり取りを意識して聴いている」と語った。E 看護師は「意図的に C さんの語りを参考に実践している」、F 看護師は

「発信できない自分がしんどかった。自分から発信できるようになり楽になった」と語った。G 看護師は「第 2 回語る会で、もやもやを先輩に話せて消化できた。実践では自分の経験を話すことは難しい」と語った。

E. H 師長への終了後インタビューによる状況と変化

看護実践を語る会終了時、H 師長は「C さんは他者の意見をとり入れてライフヒストリーを聞いた体験が手応えとなり後輩に伝えている」、「D さんは病棟で語る会やったほうが良いと言っている」、「E さんは最初とは全然違う。自分の実践を自信をもって言葉にする」、「F さんはプライマリ(受け持ち患者)であるインスリン注射の患者と密に関わり、語る会によって成功体験を積んでいる」、「G さんは退院調整の患者を受け持つが自分ではできないと思っている」と語った。「語る会に参加していないベテランの先輩たちも、語る会を始める前よりはちょっとした時間に話している」、「病棟はチームでの取り組みが強くなった。チームの看護を考えるきっかけになった」と語った。

F. H 師長への終了 3 ヶ月後インタビューによる状況と変化

看護実践を語る会終了 3 ヶ月後、H 師長は、「C さんは語る会によって他チームを知ること、自分のチームを意識した。カンファレンスで後輩たちに困っていないかと問いかけ、話してもらっている」「D さんは退院調整を自分ばかりでやってはだめと、チームで行うことに気がついた」「教育委員として看護部の研修で語る会を取り仕切った」、「E さんは先輩の D さんが、E さんの語りから気づきがあったことで自信を取り戻した」「自分で判断して関わったことを報告するようになった」、「F さんは小さなカンファレンスを自ら持ち、意見が言えるようになった」「G さんは語る会でのエピソードを発表し、大切な看護が整理できたことは収穫」と語った。「語る会に参加していない看護師は誰ともなく、チームで話した方がいよねとあちらこちらで集まって話し、後輩たちが意見を言える文化が育っている」、「病棟では退院調整が二人体制になり、声を掛け合うことでチームが責任を持って行っている」と語った。

IV. 考察

看護実践を語る会を 5 回実施した。病棟看護師は他者の語りから気づきを得ていた。病棟看護師相互の対話によって気づきが言語化されることで共有された。病棟看護師はその気づきを実践しながら思い起こし、これまでと違う方法を選択し新たな行動が生まれていた。また、次の語る会で方法を変えた実践を語ることによって、他者から肯定的なフィードバックが得られ、さらに語りが進められ行動につながったと考える。このように病棟看護師それぞれが病棟での役割や自

己の課題に応じて気づきを行動に移すことを繰り返す姿があった。病棟看護師には他者の気づきから、自分が気がつかなかったことに気がつく内省（Collaborative Reflection）が起こっており、語る会は学習として学ぶ仕組みをつくる手立てとなると考える。島田ら（2015）はカンファレンスが気づきを得る場となることを報告しているが、気づきをどのように行動しているのか明らかにしていない。本研究では、F 看護師が第 1 回語る会で D 看護師の語りから患者に理由を聞いていないことに気がつき、患者に食事をとらない理由を聞く行動を行った。その行動を第 3 回語る会において語った。一方、その行動は「チームに発信していない」新たな気づきを得た C 看護師と D 看護師がさらなる行動を行い、気づきの連鎖が起こっている実感が明らかになった。また、これらの気づきは語る会に参加していないスタッフ看護師に伝えられ、病棟に変化が起きており、良質な看護実践につながることを示唆された。

V. 研究の限界と展望

看護実践を語る会是对話を通してコミュニティーを再構築し、職場の課題を言語化することで共有し解決を図っていく発達ネットワークを形成していたのではないかと考えられ、新たな職場学習の在り方を示唆できたと考える。本研究は、一施設一部署の調査であり、異なるフィールドでの調査が必要である。看護師が実践の場で自ら学ぶことができ、実践能力の向上やケアの質の向上に寄与できる新たな継続教育方法の開発が期待できる。

VI. 結論

1. 看護実践を語る会において病棟看護師は、他者の看護実践の語りを聴くことで、自分にはない新たな視点や発想を得ていた。
2. 看護実践を語る会による気づきは意識化され、次の実践において新たな行動となっていた。
3. 新たな行動は次の看護実践を語る会で語られ、病棟看護師にさらなる気づきをもたらしており気づきの連鎖が起きていた。このことにより、これまで行われていた看護実践を意図的に改善することができ、より良質な看護実践につながることを示唆された。
4. 先輩看護師による後輩看護師への肯定的フィードバックが行われることで、後輩看護師の自信につながっており看護実践の語りが促進された。
5. 看護実践を語る会が終了したのち、病棟看護師や語る会に参加していない看護師によって自発的に看護実践を語る場が病棟内で行われていた。病棟における看護実践を語る場は良質な看護実践につながることから、新たな看護師教育の可能性が示唆された。

Nurses' Awareness in Meetings to Discuss Nursing Practices and Develop Nursing Practice Using Action Research

Objective

The purpose of this study is to outline the learnings gained from the narratives during practice and action plans for nurses working in acute care hospitals. It is also necessary to clarify the changes that will occur between participants and other nurses.

Method

Study design: This study is an action research that utilizes the discussions during the meetings held about nursing practices. at a general hospital with a secondary emergency service in Kanto. The period of the study was from February 2019 to March 2020.

Participants: The participants were 5 female nurses, whose average age was 27.4 years. These nurses had an average work experience of 5.3 years.

Data collection: In this study, the meetings regarding nursing practices are considered to be an action. The meetings were held once a month. The participants were requested to fill out a worksheet.

A half architectonic interview (before and after the action and three months after the end of the action) was conducted with the chief nurse. Additionally, the chief nurse was asked to make personal notes.

Analysis: In accordance with Higashi et al. (2015) and Lofland et al (1997), an analysis was conducted by asking participants “How can the knowledge, skills, and theories useful in practice be shared in narratives between nurses?”

It was approved by the Japanese Red Cross Hokkaido Nursing College Research Ethics Committee (No. 30-312, 18-03)

Result

A. Current situation of hospital ward based on pre- interview

Describe the current situation of the ward was described using a preliminary interview.

Important patient reviews were conducted at conferences., Opportunities to talk with nurses of the same age, but not nurses with different years of experience. Discharge coordination was not always possible if the nurse-in-charge was absent or chief nurses would say, "I think it's a busy

situation, I hope we can create a climate where we can talk in everyday situations."

B. Outline of the meeting about nursing practice

During the first meeting, Nurse D said, "I have learned that if I knew what the real needs were behind the patient's words, I would be able to provide better care ." Nurse F said, "I never thought about the patient's point-of-view. I want to think about what the patient thought. I also want to take care of Nurse D's treatment because the setting the correct temperature of hot water is caring."

During the second meeting, Nurse C said, "I've noticed that feedback on how information was useful and how it could be used could improve the quality of nursing as a team, so I want to return to everyone." Nurse D said, "By giving feedback on how everyone uses the information they have obtained for discharge adjustment, this information can be used for discharge coordination."

During the third meeting, Nurse C said, "It is important to create an atmosphere where people can speak". Nurse F said, "I was able to hear from my seniors that it wasn't for the patient even if I thought it was tiny."

During the fourth meeting, Nurse F said, "If the patient is at risk of falling while with nurse E I want to think about what I can do, such as bringing a wheelchair. " Nurse C said, "If we have any questions after reviewing the evaluation, then we can act as a team focusing on multi-disciplinary approach and aim to improve the patient's condition."

During the fifth meeting, nurse E said, "Efficiently listening to other people's experiences can help them learn, I didn't notice." Nurse D said, "My behavior changes depending on whether I take the patient's failure as a failure or just one action of a person, and understanding the why."

C. Three months later, the status of nurses

Head nurse H said, "Team conferences are taking place with no one. It is better to stay back a little bit and talk to the team rather than thinking who is going to tell others troubles. We observed that pairing people (with a two-person discharge coordination) and correcting their differences works well. . Seniors are giving advice to juniors and talking to each other. "

Discussion

A participant was to do the meeting which tells in this research, and got "the viewpoint one doesn't have" from others' talk and utilized. It can be shared by practitioners in detail. When confronted with any problem, they can consciously practice these shared experiences.

A shared problem was practiced by the respective role of the participant and experience. It was repeated that a participant shares some changes by a language's doing that at the meeting which tells practice.

I think implementing these practices could bring an actual change for a participant. Such meetings where nursing practices are share will bring a change in others.

This study was probably a successful experience for a participant, he/she suggested that it will lead to good practice at a clinical site.

Conclusion

Participants who attend the meetings to discuss about nursing practices, and apply the narrative of others, come up with novel ideas.

Awareness to participate in a meeting to discuss about nursing practices, has become a new consciousness in practice behavior. Behavior such as this becomes a new way of practice that in turn causes change in patients .

Talking about what they did at the meeting created new awareness for participants. Participants turned their awareness into action.

Participants knowledge s about nursing practice gained from these meetings spread to nurses who did not participate in the meeting. This resulted in a new team conference, and improved the coordination of discharges. In these instances, nurses interact with each other, suggesting that they will be able to exchange knowledge in practice.

Keywords : action research, awareness, nurses' awareness in meetings to discuss nursing practices , Experiential Learning

目次

I. 緒言	
A. 研究の背景	1
1. 急性期病院におけるケアの現状と課題	1
2. 新たな専門家像と実践から生まれる知識の正当性	1
3. 経験から学ぶ意義	4
4. 学習の転換	4
II. 文献検討	
A. 経験学習について	8
1. 経験学習のモデル	8
2. 経験学習の定義	10
3. 経験学習に関する研究	11
4. 学習と経験の関係性の研究	12
5. 経験からの学習能力に関する研究	12
B. 暗黙知・実践知についての研究	12
1. 暗黙知についての研究	13
2. 実践知についての研究	13
3. 暗黙知や実践知の伝授に関わる実践能力の向上を目指した研究	14
4. 暗黙知の獲得・共有・伝授を目的とした研究	16
5. 暗黙知・実践知に関する研究のまとめ	17
C. アクションリサーチについて	18
1. アクションリサーチの背景	18
2. アクションリサーチの定義	19
3. アクションリサーチの特徴	19
4. アクションリサーチを用いた研究	20
III. 目的	
A. 目的	21
B. 意義	21
C. 用語の定義	22

IV. 方法

A. 研究デザイン	22
1. 研究デザイン	22
2. アクションリサーチの選択理由	22
B. 期間	22
C. データ収集施設	22
D. 研究参加者	23
1. 看護師	23
2. 病棟管理者（師長）	23
E. アクションリサーチの概要	23
1. アクション開始前	23
2. アクション	23
3. アクション終了後	23
4. アクション終了3ヶ月後	24
F. アクションリサーチの実施手順	24
1. アクション開始前	24
2. アクション	24
a. 第1回看護実践を語る会	24
b. 第2回看護実践を語る会～第5回看護実践を語る会	25
c. 次の看護実践を語る会までの実践	25
d. 学習会の開催	25
e. スタッフ看護師の看護実践を語る会への参加	26
3. アクション終了後	26
4. アクション終了3ヶ月後	26
G. データ収集法	26
1. 半構成的面接法	26
2. 看護実践を語る会の逐語録	26
3. 参加観察記録	26
4. 看護場面ワークシート	26

5. 個人ノート（気づきノート）の記載	27
H. 分析方法	27
1. 事前半構成的面接データの分析	27
2. 看護実践を語る会逐語録の分析	27
3. 病棟看護師個々の分析	28
4. 師長への半構成的面接データの分析	29
5. 病棟看護師への終了時半構成的面接データの分析	29
I. 信用性の確保	29
J. 妥当性の確保	29
K. 倫理的配慮	29
1. 研究倫理審査委員会の承認	29
2. 研究フィールド	30
3. 研究参加者への配慮	30
4. 研究に参加しない看護師への配慮	31
V. 結果	
A. 研究フィールドの概要	32
1. A病院の概要	32
2. B病棟の概要	32
3. 研究参加者の概要	32
B. 事前インタビューによる病棟の現状	33
1. カンファレンスでは重要な患者の検討が行われる	33
2. 研修で同年代の看護師と語る機会はあるが経験年数の違う看護師とは語らない	33
3. 記録などが多く看護をしているという実感がもてない	34
4. 退院調整は担当看護師が不在だと対応できないことがある	34
5. 師長による病棟の現状	34
C. 看護実践を語る会の経過	34
1. 看護実践を語る会の概要	34
2. 第1回看護実践を語る会	35
3. 第2回看護実践を語る会	37

4. 第3回看護実践を語る会	39
5. 第4回看護実践を語る会	42
6. 第5回看護実践を語る会	44
E. 病棟看護師5名の気づきと行動	
1. C看護師の気づきと行動	
a. 参加動機	46
b. 悩んでいた時にライフヒストリーを伝えてもらい実践した	47
c. 「発信できない」ことに驚き何でも言えるチームづくりが必要だと気がつく	47
d. 「困っていることはないか」と後輩が話せる場をつくる	48
2. D看護師の気づきと行動	
a. 参加動機	48
b. 実践を語ることで経験知が上がる感覚を得た	48
c. 患者の言葉の意味を考えることを忘れていたことに気づく	49
d. E看護師の語りから得た気づきを行動し後輩に伝える	49
e. 気づきをチームリーダーに伝え退院調整を二人体制に変更する	50
f. 看護師と気づきを伝え合い退院調整を進める	51
g. 日常のケアの場面で患者と看護師の関わりを意識して聴く	51
3. E看護師の気づきと行動	
a. 参加動機	52
b. 転倒のリスクを考えていなかったことに気がつく	52
c. C看護師のリーダーとしての気づきを学ぶ	53
d. リーダーとしての新たな視点に気がつく	53
e. C看護師の語りからの気づきを意図的に行動する	54
4. F看護師の気づきと行動	
a. 参加動機	55
b. 患者に理由を聞きケアの方法を変えようという発想がなかったことに気がつく	55
c. 自分にも行なえていることがあることに気がつく	56
d. 患者の理由を知ろうと意図的に行動しケアの方法を変えた	56
e. 話すことで先輩からいろいろなことを聞けることに気がつく	58

f. 「明日のカンファレンスで発信する」と発言する	59
g. 一筋縄ではいかない困りごとを発信する	60
h. 発信することで待つことを教わる	60
i. D 看護師から見た F 看護師の語る会終了後の行動	61
5. G 看護師の気づきと行動	
a. 参加動機	61
b. 発言することが他者の情報収集の役にたっていることに気がつく	61
c. ジレンマを先輩に語る事ができた	62
F. 終了後インタビューによる状況と変化	
1. 終了後の病棟看護師の状況と変化	62
2. 終了後のスタッフ看護師の状況と変化	65
3. 終了後の病棟の状況と変化	65
4. 終了後の師長の気づきと変化	65
G. 3ヶ月後インタビューによる状況と変化	
1. 3ヶ月後の病棟看護師の状況と変化	66
2. 3ヶ月後のスタッフ看護師の状況と変化	69
3. 3ヶ月後の病棟の状況と変化	70
4. 3ヶ月後の師長の気づきと変化	71
VI. 考察	
A. 看護実践を語る会における病棟看護師の気づきと行動	72
B. 看護実践の語りと気づき	76
C. フィードバックと気づきの行動化	78
D. 看護実践を語る会が看護実践を変える可能性	79
E. アクションとしての「看護実践を語る会」と転用可能性	81
F. アクションリサーチの過程から生じた研究フィールドの負担と課題	82
VII. 研究の限界と展望	82
VIII. 結論	83
謝辞	84
文献	85

図表

図 1 アクションリサーチの進め方	90
図 2 看護場面ワークシート	91
表 1 研究参加者の概要	92
表 2 看護実践を語る会の経過	93
表 3-1 C 看護師の気づきと行動	94
表 3-2 D 看護師の気づきと行動	95
表 3-3 E 看護師の気づきと行動	96
表 3-4 F 看護師の気づきと行動	97
表 3-5 G 看護師の気づきと行動	98
表 4 研究者の立ち位置	99

資料

資料 1 研究のご説明とお願い（看護部長用・師長用・看護師用）	I
資料 2 研究協力同意書と同意撤回書（看護部長用・研究者用）	IV
資料 3 研究協力回答書と同意撤回書（看護師長・看護師用・研究者用）	V
資料 4 看護実践を語る会の参加者へのお伺い書（看護師長・看護師用）	VI
資料 5 看護実践を語る会タイムテーブル	VII
資料 6 インタビューガイド	VIII
資料 7 各看護実践を語る会の内容	IX

I. 緒言

A. 研究の背景

1. 急性期病院におけるケアの現状と課題

急性期病院では、患者や家族の高齢化、疾病の重症化、治療の複雑化、入院期間の短縮化とともに、家族力の低下に伴う支援の強化や療養環境の整備にも看護の労力を要している。また、慢性疾患が重症化し、重篤な合併症を起こして入院するケースの他に、慢性病を複数患っているケースも多く、相乗的に病状を深刻化させ、治療が複雑になっている現状がある（黒江，2016）。

入院期間の短縮にともない、急性期にある疾患を治療しその病状に見通しがついたところで、早期に退院に至ることが多く、患者は急性期の状況下では自己管理や退院後の生活に対する関心は乏しいが、病状が落ち着き、退院が目前になる頃には退院後の生活に関心が向き、看護師などに食事療法や日常生活の注意点などの質問をするようになる。複数の治療にも十分な配慮を行いながら、患者が病気と向き合うセルフケア支援が有効に行える時間は限られており、今後の生活をどのように援助していくかという看護の視点は、患者の生活を支えていくために重要である（野川，本庄，東，鶴沢，長谷，2016）。看護師はこのような現状において、その時々々の症状への対応を行い、病いの軌跡にそった看護を実践している。専門看護師や認定看護師との連携や手術室や集中治療室、病棟間の連携、外来や地域での継続的な看護、多職種との連携がよりいっそう求められるようになってきている。

このような限られた時間の中で、看護師は患者の話を傾聴し親身にケアを行っているが、看護師間でどのようにケアを行っているかを知る機会が少なく、ケアをしながら本当にこれでいいのかという思いが募り、自信が持てない現状がある（陣田，2013）。その結果、「看護師が自分の中に生じている反応を取り扱えない場合、うずく傷のように何日も何か月もさらには何年もの間、その看護師の中にとどまり続け（Wiedenbach，1964/2008）」、モチベーションの低下や、やりがいを持たないまま、ルーティン化や離職につながることもある。

急性期病院で求められる医学的な知識や技術とともに状況に対応した臨床判断や、効果的で患者の意思を尊重した関わりを複数の看護師で検討し、それを共有し、看護師同士が学びあいながら、さらに良い看護が提供できるようにしていくために、学び方の発想を変えお互いの看護実践を通して学び、実践から学ぶ方法を身に付け、実践に活かしていく必要があると考えた。

2. 新たな専門家像と実践から生まれる知識の正当性

a. 新たな専門家像と経験から生まれる知識

Schön（1983/2007）は、1980年代に専門家像の新たな方向性を示し、「反省的実践家（Reflective

Practitioner)」という言葉で表現した。

反省的実践家とは「活動過程における知と省察、それ自体にあるとする考え方であり、思考と活動、理論と実践という二項対立を克服した専門家像 (Schön, 1983/2007)」である。反省的実践家は教師や看護師、介護士などを指しており、行為をしながら (経験を積みながら) 探求としての思考を行う専門家である。

新たな専門家像の特徴は、Reflection を行うことである。Schön は Reflection を行為のなかの省察 (reflection in action) と行為についての省察 (reflection on action) の二つを示した。行為のなかの省察 (reflection in action) は、活動の流れのなかで瞬時に生じては消えてゆくつかの間の探求としての思考である。これは必ずしも言語の媒介を必要とはせず、行為者自身には即興的で無自覚的なものである。ここでは状況との対話が起こり、ある状況の中で関わる対象について、何らかの驚きや不確かさを感じたとき、一体なにが起こっているのかと問い、それらを解決すべき新たな状況をかたちづくりながら、それでよかったのかという探究を行うことである (東, 2015)。

行為についての省察 (reflection on action) は行為を行いながらではなく、その行為の後で、行為について一般論として解釈する学び方であり、学びを広げたり、深める役割を果たすことができる。個別の状況で行った行為を記述や語りなどにより言語化し、その時の判断や思い、考えを表出していくプロセスである。行為のなかの省察をたどり、判断の適切さなど実践を離れて省察することで、同じような状況に出会った時に、専門家としてどう行為をおこなえばいいのか、実践での応用が広がるといわれている (Schön, 1983/2007, pp. 294-302)。

Reflection とは教育哲学者である Dewey (1938/2004) が、「その人の信念の根拠を評価すること」として 1900 年代前半に提唱した。その後、Schön らによって広められた概念であり、「経験によって引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探究の過程であり、自己に対する意味を明らかにするもの」と定義されている (Schön, 1983/2007)。

また、Reflection の定義は研究者によって様々になされている (Balman, 2013/2014)。Reflection は人が学習したり、成長したりするための中核となるものとして、実践を積み重ねた経験が基盤となり、その重要性が述べられてきた。経験は非科学的であるといわれてきたが、Schön (1983/2007) によって実践から生まれる知識は正当化され、その有用性が明らかにされた。

経験は不確かな状況のなかで「うまくいくまであれこれやってみる経験の中に暗示されていた思考が明示される」(Schön, 1983/2007) ことである。これを看護におきかえてみると、看護の対象である患者の状況は一刻一刻変わり、同じということはなく、看護師は不確かな状況の中で患者へのケアを行うという経験を日々積んでいる。経験を積むうちに似たような状況への対応が予

測可能になり、スムーズにケアを行えるようになる。

このことを Dewey (1938/2004) は「経験における熟慮 (Reflection)」と説いている。経験の中から生まれる知識があるが、人はなかなかそれに気が付かないため、自分の行為を意識して経験を積んでいくことが重要である。Reflection とは意識して経験を積み、経験から得られる知識を身に着けていくことである。経験によって引き起こされた気にかかる事柄を、内的に吟味する行為を行うことによって、その意味や価値を明らかにし、その結果として、新たな知識を生み出すことができると考えられる。そしてその新たな知識を次の実践に活用していくことである。

b. 専門家が陥りやすいこと

Schön (1983/2007, pp. 294-302) は、実践家は自分の経験したことに合わない現象には、選択的に注意を向けないことを学び、このことが仕事に対する退屈やバーンアウトを生み、実践家を苦しめるため、実践家は自分を守るために自然に、偏狭や頑固になっていくと述べている。その結果、ある状況が自分の経験から得た能力で対処できる範囲を超えると、状況に対応する困難さを感じ、「知らなかった」「あの患者はわがまま」「病院が悪い」「システムが悪い」と物事を決めつけると考えられている。また、日々実践しているうちに、患者に起こっている状況に対して深く考えなくなったり、ルーチンで検査の処置を行い、“これでいい”という、一方的な自信につながり、自分が積んできた直接的な経験には、限界があることを知る必要があるが、そのことに気が付かなくなるとされる。

このような閉塞的な状況から一步前進し、自分の殻を打ち破るために自己の実践を振り返る力をつけることが必要である。人間には思考して学習する能力が備わっており、Reflection は誰でも本来持ち得ている能力であるため、単なる反省や振り返りではなく、意図的に、知識の本質に関する哲学的探求によって知識を獲得していくプロセスとして、実践を積んでいく必要がある。

c. 経験から学ぶことを阻害する組織

人が自分の殻を打ち破り、日々の実践での楽しさを味わうことが出来る力を持つためには、実践を振り返り、経験から学ぶことをともに行う指導者の存在が必要である (中原, 金井, 2009)。看護においても、看護師の経験からの学びへの取り組みを組織で支えることが重要である。しかし、組織が学習を阻害すると言われている。それは「学習」とは何か、どう「学習」を進めるべきかに気がつかなくなったり、理解できない管理者がいるということである。このような管理者は、学習を「問題解決法」として、極めて狭い範囲で定義しており、外的環境の問題を発見し、誤りを正すことに的を絞っている。本来の学習を行うのであれば、管理者も看護師も、自己の内面を見つめなければならないと考えられている (中原ら, 2009)。

管理者は、自分の行動を批判的に内省し、組織の問題に無意識に影響を及ぼしている自分の在り方を見つけ出し行動を変革し、自分の行動がそこで起こっている問題の原因になっていることを理解する努力と勇気を持たなくてはならない。また、人は防衛的に行動する傾向があり、防衛的思考は「これまでこうやって来たのに何がいけないのか」と、問題を自分から遠ざけたり、他人に押し付けて責任を転嫁することがある（中原ら，2009）。重要なのは、看護師は組織からも影響を受けていることを視野に入れておくことである。

3. 経験から学ぶ意義

人は直接的な経験を通して成長し、その能力開発の70%以上は経験によるといわれている（McCall, Lombardo, and Morrison, 1988）。Schön（1983/2007）の提唱するリフレクティブな実践家の育成には、実践の場を離れて行う Reflection（Reflection on Action）が必要であり、Reflectionを学習に組み入れることが求められた。

これらの内省のプロセスをいかに学習として組み入れていくかが課題であり、内省には個人において担われる内省（Individual Reflection）と他者・集合を介して行われる内省（Collaborative Reflection）がある。Kolb（1984）や Korthagen（2010/2016）は個に焦点を当て、近年では、社会的文化的アプローチの発展により、後者の重要性が指摘されている（脇本，2013）。

看護師が看護実践から学ぶことは、看護師自身の実践から「自分にとって何が役立つ経験か」との省察を起こさせ、次の看護実践に活用できる内容の概念化を促進することである。その際、看護師は自身の持っている知識や理論を用いて、看護実践の意味づけや価値を見出すことができると考え、看護師が実践から学びを得る方法としての「経験学習」について注目した。看護師は個人の内省を促すモデルを活用しつつ、多様な人々からメンタリングを受けていると考えられる（Higgins & Kram, 2001）、自分の実践からの学びを自分でデザインすることが必要であると考えた。

4. 学習の転換

a. 職場学習（Workplace Learning）の転換

中原ら（2013）は成人がどのような業務環境（学習環境）を付与されれば、学習効果があがるのか、近年の学習研究の知見を述べている。従来の人的資源開発論（Human Resource Development）の考え方は、上司が部下に対して仕事を通じて計画的に必要な知識・技能・問題解決能力、態度について教育訓練を行うこと（On the Job Training, 以下, OJT）と仕事を離れて実施される研修等の教育指導訓練（Off the Job Training, 以下, Off-JT）の二つがあるが、これらの概念ではとらえきれない、効果の高い学習機会を職場に創造することが、学習に関する研究の観点から提案され

た。

Action Learning（または Work-Based Learning）は 2000 年以降に注目された、OJT, off-JT を組み合わせて可能になる学習である。従来の OJT の概念である上司から部下に指導を行うというだけでなく、職場の様々な他者からの支援（他律）を借りて、自律を目指す概念であり、それに基づく、社会的実践と学問知見が注目されている（中原ら、2013）。

企業では、意図的、戦略的に「職場の人材育成システム」を再構築する動きがあり、職場をコミュニティに見立てて問題解決を行いながら学ぶ、メンタリング（メンタルモデル）・発達ネットワークを職場内に形成し、その場での学習を推進する必要性が述べられている（Senge, 1978/2003）。これらは人材育成が企業の喫緊な経営課題であり、日本企業が新たな人材育成システムの在り方を再構築すべき時に生まれた、新たな職場学習の潮流と言われている。

b. 職場で相互に学ぶ学習への転換

Lave と Wenger（1993/2015）は学習を個人の頭の中での知識の獲得ではなく、共同参加の過程の中に位置づけている。学習に認知過程と概念的構造が含まれるかではなく、社会的なかかわり合いが学習における適切な文脈をもたらすものとして検討し、学習によって獲得される技能が相互的であり、生産的な役割を持っていることを明らかにした。学習を個人個人が相互に関係するある社会に参加することであるとみなすと、その関係の中で更新していく集合体となる（p. 25）。学習は個人の頭の中ではなく、ともに仕事をしている人々の間に分かちもたれる創造的な過程であるとの考え方である。この学習では、日常的な状況で、人々が職場という共同参加をしている場において、相互に関係しあうことで、最終的にはある種の業務にふさわしい技能を身に付けていくことができる。たとえば言語習得を考えてみると、会話に熟達した人々と関わりながら、自分では気が付かないでその人々の中で言語を習得していく。その身近な学習は看護実践においても同様に行われている。新人看護師がエキスパートになるまでの熟達へのプロセスには、学習が起りやすい相互交流のある環境が必要なことが明らかになっている（Benner & Wrubel, 1989/1999）。

c. 研修と実践をつなぐ場としての看護実践を語る会

（1）看護実践を語る発想が持ちにくい現状

看護実践の経験から学ぶためには、看護を言語化することが求められる。看護師に「それはどうして行ったのか」と尋ねると、患者の状況や状態、過去の看護体験などを踏まえた根拠を語るができる。しかし、それらの実践は誰にも語らず、特別なことをしているとも思わずに、日常業務として埋もれ続けている（Benner et al. 1989/1999）。看護師は患者－看護師関係の相互作

用のなかでその日の看護が完結すること、一部署の看護師は同じ環境の中で継続して看護を行うために、一瞬一瞬の自分の関わりが、その患者にどういった Outcome をもたらしているのかがわかりにくいこと、同じ部署内だと言葉で語らなくても、看護師同士が状況を分かり合えるなどの理由から、看護実践を語る発想がもちにくく考えられる（浦山，2016）。自己の実践や他者の実践から学ぶことができることは、次のステップへの早道でもあるとの報告がある（東，2009）。

（2）対話の本質と言葉を介して伝えあう共同作業

看護を語ることは、その語りを聴く人がいることでもあり、そこに生まれるのが対話である。対話とは「共有可能な緩やかなテーマの下で、聴き手と話し手で担われる、創造的なコミュニケーション行為」と定義されている（中原ら，2013，p. 197）。中原らは、ゼロックス社の複写複合機の修理を行う社員たちが経験したエピソードを War Story（こんなにすごいことをした武勇伝）としてカフェテリア形式で共有したことを明らかにし、組織における対話の重要性を提示した。

また、対話には共有可能なテーマや人々が日常生活の中でコミットするテーマが必要であり、聴き手と話し手の二人以上が必要になる。聴き手がいなければ単なる独り言であり、二人いても話し手が一方的に話しているだけの状態では、対話は成立しない。大切なのは聴き手であり、対話の本質は話すことよりもむしろ聴くことにある。このように、聴くという行為は話し手の話にじっくり耳を傾ける役割を担う積極的かつ意図的な行為であり、何かを即断、即答したくなくてもそれらを保留し、しっかり聴き取ることが聴き手の姿勢である（中原ら，2009）。

一方、話し手は「私は～した」と一人称の語りを心がけることが必要であるとされる。「私たちは」と主語をすり替えるのではなく、一人称のやり取りの中で、今まで気が付かなかった新たな意味が見いだされ、物事の理解が深まり、新たな気づきが生まれることが対話である。

認知心理学者で教育学者の Bruner（1986/1998，pp. 19-22）は、対話の在り方として「論理・実証モード」と「ストーリー・モード」の二つを提唱した。前者は科学者や管理者が得意とし、ある物事が正しいのか間違っているのかを問い、厳密な分析を通して物事の真意を明らかにする思考形式である。後者はある出来事と出来事の間にもどのような意味のつながりがあるかに関心を寄せ、物事が間違っているかではなく、現実味に富んでいるか、腹に落ちるかが重要な思考過程である。

「ストーリー・モード」は自己の経験を語る、感じたことをエピソードとして語ることであり、雑談とも違うと言われている。雑談は「自由な雰囲気の中でのたわむれのおしゃべり」であり、議論は「緊迫したムードの白熱した真剣な話し合い」である。これに対して対話は「自由な雰囲気の中での真剣な話し合いであり、まじめなテーマについての話し合いを真剣に楽しむスタンス

(Serious Fun) をとる(中原ら, 2013). 対話は物事を理解すると同時に, 自分についての理解を深める内省の機会となる. 人は他者と対話する場合, 自分の話が相手にうまく伝わるように他者が理解しやすいように話す必要に迫られる. そのために概念の整理を行うという「認知負荷」がかかる(中原ら, 2013). 臨床は治療を必要とする人々にとって治療の場であり, 療養の場である. 看護師はその状況を選択することができず, その状況と出会い, 患者や家族, 看護師同士, 多職種との関係など偶然性を生かしながら実践を行っている(生田, 北村, 2014).

これらは偶然性から学ぶという「計画された偶然 (Planned Happenstance)」(Krumboltz, 1988) であり, 複雑な看護現象や問題の難易度に関わらず, また, すでに知っているとか知らないという問題ではなく, 実践の中で偶然に出会う様々な患者の状況の中で学んでいくという現実である. たまたま出会った状況に対話の中で語ることは, 看護師自身の看護のありようを伝えていることである. その語りの聴き手は, 自分に向けられた「問い」として受け止め, 自分にも同じような経験がないか, あるいは経験したことがない状況であると内省し, 自分の経験として納めてゆくことは, 語り手の話している内容を聴き手が理解し受け止めることにつながり, 語り手との「共感」につながると考えられている(生田, 北村, 2014). 看護の現場にはともに働く他者が存在している. その他者と良い看護やこういう看護実践したいという思いや判断を「共にする(共感)」営みは, 言葉を介して伝えあう共同作業の中に創造されていくと考えられる(佐伯, 2007).

(3) 場—対話を裏付ける理論背景

共同作業の中であらゆる障害を取り去り, 個人が自律性をもって相互の関係において学んでいくためには「場」が必要である(野中, 1987/2000, pp. 64-68). 近年の企業を取り巻く現状では, ゆるぎない知識でゆるぎない答えを見つけだせるような環境ではなく, ある人の経験がすぐに応用できる状況でもなく, 知識が役に立ちにくい問題, 答えがないかもしれない問題に直面している. 多様化, 複雑化する医療の環境の看護師も同様の課題に直面し, 患者と向き合っている.

専門職の集団である病院では, 知識や感性や経験の異なる人たちが集まって, 問題に立ち向かい, 解決を通じて成長することが求められており, 話すことを通じて刺激しあい, 理解しあう対話による学習モデルの活用が求められた. これは, 1980年代から90年代にかけて, 複数の学習者が集まってコミュニケーションをとって学びあう協調学習(Collaborative Learning)と呼ばれる.

職場のメンバーが実践を通じて切磋琢磨しあい, 教える, 教えられるという関係ではなく, 相互に学びあうコミュニティーをつくることで, 困ったときはお互い様の助け合いの文化を生む.

これはマニュアルや研修に偏ることは, 職場での学びを推進するには限界があり, 「鑄型にはめる」と「力を引き出す」は矛盾するのではなく, 段階に応じて前者から後者へとウエイトが移っ

てゆくことが重要であるとする考え方である(中原, 2013, pp. 189-195).

野中(1987/2000)はこのような対話場としてモデル化した。暗黙知の「共同化」のプロセスからは、個人のスキル、ノウハウ、信頼、安心感、エネルギーといった「経験的知識資産」が生まれるとされる。「表出化」の場では、「コンセプト知識資産」である製品コンセプト、デザイン、ブランドが生まれる。「連結化」の場では、マニュアル・スペック・特許という「システム知識資産」が生まれ、「内面化の場」では、日常業務におけるノウハウや組織文化といった「ルーティン知識資産」が生まれることを発見した。

以上のことにより、研究課題として、複雑化する医療現場は、知識が役に立ちにくかったり、問題の答えが分かりにくい状況であり、職場での学びを推進する必要がある。看護師自身が経験から学ぶ方法を学習し、実践の分析を通して専門的な知識やスキル、能力を伸ばしてゆくことができる方法が必要であり、その方法を対話とし、対話が生まれる場として、看護実践を語る会を開催したいと考えた。また、実践の場で看護実践を語る「場」を用いた学ぶ仕組みを構築する必要があると考えた。

II. 文献検討

A. 経験学習について

1. 経験学習のモデル

経験学習のモデルは以下の3つがあった。それぞれ特徴を説明する。

a. Kolb の経験学習モデル

Kolb(1984)の経験学習モデルは1980年代後半にビジネス界で注目を集めた。Kolbは学習について、知識を受動的に覚えて応用することではなく、「自らの経験から独自の知見(持論)を紡ぎ出すこと」を意味していると述べている(中原ら, 2009)。

Kolbは<実践・経験・省察・概念化>という4つのステージを開発した。実践(Active Experimentation)のステージでは学習者は現場において様々な状況に直面し、即興的な対応策を用いながらこれを乗り越えていく。経験(Concrete Experiences)のステージでは、学習者は実践の中で、その後の活動に役立つようなエピソード的経験(成功体験や失敗体験)を積んでゆく。この時点では学習者は現象の状況に埋め込まれており、「自分にとって何が役立つ経験か」ということをつかんではいないため、実体験を振り返り、その後の活動に役立つエピソードを抽出する省察(Reflective Observation)のステージが必要になる。さらに、学習者は抽出したエピソードについて検討を進め、次の看護実践に役立つ持論を概念化(Abstract Conceptualization)するステージ

に立つ。持論は普遍的理論でなくてもよく、学習者自身がこれを構築することに意味があり、持論づくりはこのステージによってなされると言われている。

このような4つのプロセスで得られた持論が新たな実践で活用され、再び、経験・省察・概念化のサイクルが繰り返される。このように学習とは終わりなきプロセスであり、4つのステージを繰り返すこと自体が学習だとみなされた。そして、このサイクルを継続するという実践のスタイルを体得することが「学び方を学ぶ」ことであるとされる（中原ら、2009）。

b. ALACT モデル

Korthagen (2010/2016) は、ALACT モデルを提唱した。オランダの教育実習生を育成するために開発されたモデルであり、学習を成り立たせる基本に経験を位置づけ、行為と省察が交互に行われる経験学習過程が概念化されたものである。(1) 行為し (Action), (2) その行為を振り返り (Looking back on the action), (3) その中から本質的な諸相に気づき (Awareness of Essential Aspects), その結果, (4) 行為の選択肢が拡大 (Creating Alternative Methods of Action) し, (5) 新しい行為を試みる (Trial) という5つの事象が循環することで学習が進むとされている。このモデルの、(5) の試み (Trial) とは、(4) の行為の選択の拡大を踏まえて行動に移すフェーズである。このフェーズは(1) 行為を踏まえて、(2) の行為の振り返りを行うという、らせん構造を持っており、状況に応じて循環していく特徴がある（脇本、2013）。

また、(3) の本質的な諸相の気づきにおいて、より理論的な要素の必要性が浮かび上がり、その要素は指導者によってもたらされることを強調している。

Korthagen は Kolb の経験学習モデルについて、指導された学びではなく自律したプロセスを説明しており、個別的な概念やイメージ、感情などを排除した抽象的な概念の役割を強調している。ALACT モデルでは(3) の本質的な諸相の気づきにおいて、学習者を理解し意識的に肯定的な反応を見せ、共感的な態度を示す指導者の存在によって、(4) の行為の選択の拡大が始まると説明している（Korthagen , 2010/2016, pp. 53-55）。

c. 国語科教師の経験学習過程のモデル化

澤本 (2005) は国語科教師の経験学習過程のモデル化を試みた。実践過程の振り返りから、自己の実践の意義・実践知・課題等への気づき、事実および原因・結果など因果関係の検討、対話リフレクション・集団リフレクションを通じた事例の共有と批判的理解、自己リフレクションによる再設計、次実践の計画・実施を明らかにした。これまであいまいであったとされる、教師の経験学習過程を分節化し解明した。しかし、なぜ教師は経験学習をするのかという動機的要因は明らかになっていない。

2. 経験学習の定義

経験学習の定義が示されていた文献の学問領域は、主に教育学、経営学、看護学であったが多
くはなかった。

a. Kolb の経験学習理論

Kolb が提唱した経験学習は学習を結果ではなく、プロセスとして捉える。具体的な体験を受け、
抽象的な概念化、そして、能動的な試みへ進むためのステップとして、内省的な観察（振り返り）
が位置付けられている。

b. 経営学

松尾（2006）は企業における経験学習を、日常の仕事経験を通して職務遂行に関する知識・ス
キルを獲得することと定義した。

c. 教育学

中原ら（2009）は、個人が外部環境と直接相互作用することを通して自己に変化が起こるプロ
セスである。自己の経験を能動的かつ主体的に省察し、抽象化、概念化に至るプロセス。また、
経験の省察を通して個人が独自の知見や持論の抽出をすることと定義した。Korthagen（2001/2016
p. 53）は自分自身の観察と状況への参加の方法、および指導の下で系統的に思考することによ
って自分自身と周囲の環境についての知識、姿勢、スキルを獲得することと定義した。

d. 看護学

深田、新橋、下高原、峰（2015）は看護学における看護学生の学びとして、実習から演習、理
論の順に学び、日々の看護実習の経験を教材化し、問題解決を探究する過程に沿って学生個別の
経験と学生の主体性を実習の中核に据える方法とした。複雑な臨床の現象の中での経験を学習者
が自ら意味づけをしていくという学習形態をとる実習が学生にとっての経験である。学生が講義
や演習で学んだ知識や技能をいったん忘れて患者家族や医療従事者との関わりなど、臨床の中に
身を置き、直接体験から内省的経験を繰り返しながら学んでいくプロセスを援助していく方法で
あると定義した。

これらの文献上の定義から共通する特徴として、以下の内容が考えられた。

- （1）個人が外部環境と直接相互作用することを通して自己に変化が起こるプロセス
- （2）過去の経験を能動的・主体的に省察しその中から実践のための知識や理論を抽出し、そ
の知識・理論によった新たな実践を創造するに至る学習過程である
- （3）日常の仕事経験を通して職務遂行に関する知識・スキルを獲得すること

これらから、経験学習を「日常的な実践を通して、自己の経験を主体的に省察し、相互の関係

の中で実践に役立つ知識やスキル，理論を系統的に思考することで見出し，それらを次の実践に活かすことによって，実践から実践への視点を得，自己の変化を起こすプロセス」と定義する。

3. 経験学習に関する研究

組織において，自律して効果的に学ぶことができる人材を育成する必要があるが，学習者にとって経験が自動的に学習へつながるわけではなく，同じ経験をしても成長する人もいればしない人もいる（松尾，2006）．経験からより学ぶためにはどうすればいいか，経験から学べる人とそうでない人は何が違うのか，この問いに答えようとしたのが経験学習であり，学習に果たす経験の役割については多くの研究がある．

木村（2013，pp. 34-71）は，職場における業務能力の向上と経験学習モデルとの関連を明らかにした．職場における経験学習は，コルブの経験学習のスパイラルを循環させていることが明らかになった．また，失敗を恐れずに挑戦する具体的経験が重要であるが，具体的な経験をするだけでは，経験を知識や技能へは統合できず，経験を学習へと発展させるためには，内省が必要であり，業績を上げている人は業績をあげていない人とは異なり，難しい仕事に挑戦し，それを実践して内省していることが明らかになった．

松尾（2006）は，人間と外部環境との相互作用に注目した．経験を直接経験・間接経験と外的経験・内的経験の二次元からとらえている．直接経験とは身体を通じて事象に関与することであり，間接経験とは言語や映像を通して事象に関与することを指す．外的経験とは関与する体験の客観的特徴であり，内的経験とは関与する事象・対象の理解・解釈である．経験とは直接経験/間接経験と外的経験と内的経験を含む概念であり，経験から学ぶことができるものとそうでないものとの違いは，直接経験/外的経験のみによって説明されるものではなく，間接的経験と内的経験の役割を合わせて考慮することであると説明している．経験からの学習として，IT 技術者 24 名・不動産業者 218 名にインタビューと質問紙調査をし，職種による経験学習のパターンを検討した．その結果，キャリア中期における経験が重要であること，領域によって経験学習のパターンが異なることを明らかにした．McCall, Lombardo & Morrison (1988) は「学習を促進する経験」として，191 名の経営幹部に対し能力を飛躍させるイベントやエピソードは何か，その経験から何を学んだかについてインタビューを行った．管理職としての能力を成長させる経験として「挑戦的な課題」「上司などの他者」「失敗や挫折などの修羅」に分類された．

金井，吉野（2001）は，「一皮むける経験」とリーダーシップ開発の関係を明らかにすることを目的に，中間管理職 20 名にインタビューを行った．「一皮むける経験」として 66 の経験を抽出した．リーダーシップは経験によって培われるものではあるが，ある特定の経験から必ず学習が得

られるわけではないことが明らかになった。これらの学習は学習を促進する客観的事象としての外的経験を明らかにしたものであり、経験から学習するためには外的経験から進んだ「何か」が必要であると考えられている（中原ら，2013，pp. 37-39）。

これらから、ある特定の経験は個人の成長を促す可能性が高く、その経験の特徴も明らかになっている。一方、ある特定の経験が、必ずしも個人の成長につながるとは限らず、その学習プロセスは領域によって異なることが示された。

4. 学習と経験の関係性の研究

松尾，正岡，吉田（2008）は学習と経験の関係性について、学習は「知識，スキルの変化」を意味し、経験は「知識，スキルの変化を促す外界との相互作用」を意味するとしている。一般的には直接経験による学習を経験学習とみなし、間接経験による学習や教室内の学習は経験学習には含めない傾向にあると述べている。よって、直接経験と間接経験の両方が経験に含まれると定義するとき、「経験学習」と「学習」は同義になる。直接あるいは間接経験をすることによって、既存の知識，スキル，信念の一部が修正されたり新しい知識，スキル，信念が追加されたりする。この変化が学習であるとされる。中原は、学習に果たす経験の役割について、多くの研究が行われているが、その定義は多様であると述べている（2013，p. 37）。

5. 経験からの学習能力に関する研究

経験と経験学習は異なるものである。経験から学習するためには、個人に内在するある種の技能や能力が必要であり、経験から学ぶための学習能力が提唱され、経験から学ぶことができているものがどのような特性を持っているか分析した研究がある。Spreitzer et al（1997）は経営幹部46人にインタビューし、経験からの学習能力の測定尺度の開発をし、経験からの学習能力として「フィードバックを使用する」「異文化に対して前向きに対応する」「学習の機会を求める」「批判に対してオープンである」「フィードバックを求める」「柔軟である」を見出した。経験からの学習を促進する能力や態度は、学習の機会を求め困難な環境に挑戦するという「挑戦性」や他者の意見に耳を傾け、周囲の状況に合わせて自分の態度を柔軟に変化させることができる「柔軟性」が必要である。これらは個人の能力の特性であり、職場における実際の行動や認知がどのようなプロセスを経て学習へと発展しているのか、明らかにするものではないことが明らかになった。

B. 暗黙知・実践知についての研究

暗黙知，実践知について医学中央雑誌 Web 版をデータベースとして検索を行った。「看護」「暗黙知」「実践知」「伝授」「共有」をキーワードとした。原著論文・研究報告の 22 論文を対象論

文とし精読した。選定した論文を研究テーマ・目的・対象・方法・結果・考察および定義，関連する理論・概念・今後の課題について整理を行った。次に，明らかになったこと，示唆されたことをまとめた。これらから本研究の学術的意義と分析の視点を検討した。

1. 暗黙知についての研究

暗黙知についての研究は看護師が「何か変」と感じた瞬時の臨床判断を明らかにする研究がみられた。杉本，堀越，高橋，齋藤（2005）は外科系病棟の看護師 15 名を対象に患者の異常を察知した時に看護師がどのような臨床判断を行っているかを明らかにする目的で，グループディスカッションを行った。グループディスカッションの選択理由は，異常を察知する「何か変」という感覚は記憶に留まりにくいために，その場面を想起するきっかけとなる同僚の発言が有効であると考えたと述べている。看護師は，「今までとは違うという感覚」を持ったとき，これまで見てきたその患者の状態と，現在みている状態が繋がらないことを感じ，何か変と感じる基準は一般的反応や基準値ではなく，現時点より過去のその人の日常の反応，通常症状や値であった。これは，知識として持つ標準的な反応に加え，看護師が経験の中で培った同じような属性を持つ患者の標準的な反応や症状と比較することで生じた感覚であり，経験に基づいた知覚能力が判断を左右していた。また，分析的判断と非分析的な直観的判断の両方が存在していた。

大川，川田，松岡（2008）は，外来看護師が何を見て，何を感じて考えてどのように行動したかという瞬時の看護に潜在する暗黙知を明らかにすることを目的に調査を行った。対象は外来看護師 5 名であり，半構成的インタビューを行った。看護師は「話し方や表情から瞬時に異変を感じ SOS を察知し力になる準備をする」「患者の思いに心を寄せ，身を置き換えて焦り不安・恐怖を押し量る」「自分の体験，知識に裏付けられた直感から方向性を見極める」「患者・家族のいら立ちや不安を理解し状況を読んで先手を打つことでトラブルを回避する」ことが明らかになった。佐藤（1999）は，直観的な臨床判断について「こういう風にすればこの人はこうという予測がある。患者の反応から何が起きているかを直観的に把握する。決して第 6 感ではない」と述べており，経験に裏付けられていることが重要である。

2. 実践知についての研究

内，島田，田淵（2013）は熟練助産師に日々の業務の中で妊婦に「なにか気になる」と感じた体験を語ってもらい，妊婦と胎児の状態をどのように「なにか気になる」と感じたのか，を明らかにした。熟練助産師 5 名にインタビューを行い，コアカテゴリーとして「平常心の揺らぎ」を見出した。これは，妊婦が来院した時の訴えや症状に対して，即時に全体を統合して判断しにくい不確かさを疑問から感じたものであり，「妊婦の主訴と観察情報がかみ合わない」「妊婦の主訴

を聞き流せない」「異変を見逃すことへの恐れ・最悪の事態を回避したい」で構成された。

また、何か気になる感知力や状況の読みは、その職場環境に適応し経験を積み重ねることで獲得できることが推察されたが、なにか気になる場面は日常的ではないため、一部の助産師の経験に内在していると推察された。そのため、妊婦のどのような様子が気になったのかチームで一連のプロセスを振り返り、内省を行い、共有する習慣化が望まれた。当事者の立場に身を置き、耳を傾けることで臨場感を味わい、共有が実感できることが示唆された。

中村（2015）による、熟練の訪問看護ステーション管理者による人材活用と育成の関わりを明らかにした研究では、中核カテゴリーとして「看護師の持つよきものを呼び覚ます」が明らかになった。看護管理者の実践知は自身の訪問看護観に基づき、療養者・家族・看護師との関係性の中で管理者の専門職性を管理に活かすかかわりであった。田村、牛久保（2018）は、熟練訪問看護師による訪問看護実習での学生への関わりを探求した。「訪問後に学生の感想を聞き、その中からポイントを伝える」「訪問後に一緒に看護技術を振り返りアドバイスする」等7つのカテゴリーが見出された。これらは訪問の学びを言語化し次の実践につなげ、療養者宅に訪問した後に、学生の学びを言語化することで、次の訪問や実習に活かせるように導くかかわりであった。

高橋（2018）は、終末期がん患者の清潔ケアにおける看護師の思考・感情・行為に焦点を当て緩和ケア病棟看護師の実践知を明らかにした。結果、「清潔行動への意欲が持てる状況を作り出す」「患者の状況に突き動かされるようにケアする」「押ししたり引いたりするようなかかわりをする」「患者と家族の反応を探りながらケアする」「ケアがもたらす意味を問い直す」が明らかになった。先行研究では、入浴などは生きる力を取り戻させるなどの意味が明らかになっているが、高橋らは看護師の思考・感情・行為によって生み出されたケアを明らかにした。また、暗黙知や実践知は緊急時のみではなく、患者の変化をとらえる時や日常ケアの経験などからも得ていることが考えられるが、日常的なケアからの知識を明らかにした研究は見当たらなかった。暗黙知や実践知を明らかにした研究は、対象者に実践を語ってもらうインタビューをデータ源とする研究がほとんどであった。なお、高橋は実践知を「技能を習慣的に使い、実践に従事しながら得られる看護実践に内在している知である（Benner et al）、これは言語化しにくく、暗黙知や身体知などの複雑で不明瞭な知の側面をはらんでいる。実践知とは、清潔ケアの実践に内在している知であり、個々の状況に即した実践を生み出すことに関する看護師の思考や感情・行為とする」と定義している。

3. 実践知や暗黙知の伝授に関わる実践能力の向上を目的とした研究

坂口ら（2007）は、ER チームの臨床判断能力の向上のために有用な方略を開発することを目的に、アクションリサーチを行った。アクションリサーチの選択理由は明記されていない。第 1

段階は問題状況の確認と共有，第2段階はアクションプランの策定，第3段階は実施，第4段階は評価を計画し，臨床判断能力育成トレーニングシート（以下シート）を開発し，シートを用いて経験を共有するために事例カンファレンスを40回行い，事例提供者と病棟看護師が体験を語った．データ源はカンファレンスの記録とし分析の結果，①適切な援助活動のために用いる技術の選択に関する臨床判断，②患者に情報を伝え効果的に指導につなぐ際に用いられる臨床判断，③急変時の効果的な対応に関する臨床判断，④救急医療チームの組織化のために用いられる臨床判断，⑤看護チームの組織化のために用いられる臨床判断の5つの臨床判断と，臨床判断に至る手がかりとして，①症状及び生体情報，②生体情報の継時的変化，③以前の類似した体験，④場の雰囲気，⑤ただならぬ予感，を見出した．また，経験の浅い看護師は以前経験した体験を，現在直面している場面に関連付けて臨床判断が行えていない傾向があること，経験年数が高いほど，1つの臨床判断を導くために複数の手がかりを意図的に収集していることが明らかになった．これらから，技術的側面（ノウハウ）と認知的側面（メンタルモデル，思い）の二つの側面を持つ暗黙知の伝達には，シートを用いることで，病棟看護師がコミュニケーションを通して相互に理解し合う経験の共有の場を創ることができ，伝授が困難とされる認知的側面（メンタルモデル・思い）の共有化の促進が示唆された．しかし，事例カンファレンスによって，看護師間での経験の共有がどのように行われたのかは明らかになっていない．カンファレンスを開くまでの方法がアクションリサーチであり，カンファレンスで検討された記録をデータ源としているため，臨床判断と臨床判断を行うための手がかりを明らかにすることにとどまっている．カンファレンスを行うことによる臨床判断の共有化の実際は明らかになっていない．

佃，森下（2016）はICU看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢を半構成的インタビューにより明らかにした．「姿勢」を「経験から培われるもの」と定義している．その結果，「患者に応じた看護援助を探究する」「自らの看護に拠り所を持ち，看護援助に臨む」など9つのカテゴリーが見出された．これらの特徴として，①意思疎通が図れない状況でも一人の人間として向き合う姿勢，②意思疎通が困難な患者は家族の意向を大切にするために，あらゆる方略や機械を活用し患者や家族に応じた看護援助に取り組む姿勢，③患者の安楽に努める姿勢，④自己の看護のよりどころをもとにして看護援助に臨む姿勢が考えられた．これらから，看護ケアを振り返り，看護に対する考えや倫理感などを共有し，経験豊かな看護師が自身の姿勢や患者への対応を言語化し，経験の浅い看護師が共有することができることが示唆された．

原田，松田，長畑（2014）は，急性期病院の退院調整看護師が高齢者の退院支援において，感じている困難を明らかにした．中でも，多様な高齢者とその家族の個別性を捉えた支援，関係職

種との連携・協働・地域の資源や支援体制が不十分な状況での調整，短い時間での調整を行っており，「これでよいという確信が持てない」が困難の中心概念であることが明らかになった．このことから，より良い支援を探究し続けられるように事例の振り返りを通して，自己の行った看護の明確化や意味づけを行いながら，実践知を積み重ねることが重要であることが示唆された．

4. 暗黙知の獲得・共有・伝授を目的とした研究

山口，石田（2016）は精神科の看護実践について新人看護師を対象にした講義の体験が，先輩看護師に与える効果を，半構成的インタビューを用いて明らかにした．実践の知を形成し伝授していく過程には，「適切な看護の模索」「自己の振り返り」「経験の意味づけ」「経験の伝授」「実践の継承」が明らかになった．中原，奥園（2015）は，パートナーシップ・ナーシング・システム（Partnership Nursing System）における暗黙知獲得に向けた気付きの言語化や共有化の実態を調査した．質問に沿って場面を記述してもらい，事例 28 事例のうち 2 事例にインタビューを行い，71 のコード，29 のサブカテゴリー，9 のカテゴリーを見出した．【思いを伝えあう】では，「賛同を得る」「自身から生まれる自主性」「相手の行動に疑問を持つ」，感性的な認識である【相手の行動に疑問を持つ】や【経験の差】では，＜先輩に圧倒される＞＜先輩の行動に納得＞＜躊躇する＞＜過去の経験を活かす＞などが明らかになった．看護師は体験の場に暗黙知があることを意識していないため，【自分一人で解決する】【言葉にするまでもない】が生じ「経験の差」「業務を優先する」「タイムリーに聴けない」現状が双方の看護の語りの妨げになっていたことが示唆された．PNS によって看護師が経験していることに焦点が当たり，実践で得た知識と PNS での経験が結果に混在しているため，実践知の伝達とは異なる上記の考察が得られたと考えられた．

島田，伊藤，平山，高橋（2015）は反照的習熟プログラム（以下プログラム）を考案し，多職種による協働的内省により，特別養護老人ホーム職員の看取りケアの認識がどのように変化したかを明らかにした．プログラムとは，自らのケアを振り返る内省と複数のメンバーが相互に事例を検討する協働的内省を経て経験学習を進めることである．特養の看護職と介護職などの多職種がシートをもとに検討会を行った．プログラムは，14 か所の特養で 44 回行われ 416 名の参加があった．会の進行は，施設の介護職員がマニュアルをもとに進めた．検討会の後，病棟看護師が気がついたことを記述し，それをデータ源として分析を行っている．分析の結果，＜内省の進化＞として，検討会で他者が経験した出来事やそれに関する思いなどを聞き，その相違や共通点から自らの物事の見方や考え方の特徴を確認していた．また，確証が持てずにいた看取り後の自己評価は他者と視点を共有し多様性が容認される場で，自らのケアの主観的評価が安定化した．逆に異なる視点からの意見でケア行為の自己評価を修正していた．＜事例からの普遍化＞は，対象

の事例だけではなく、他の事例や看取りケアにまで認識が広がっていた。振り返り対象の事例と共通の特徴を持つ入居者に対して、これから提供するケア内容を改善しようと動機づけられていた。看取りケアを俯瞰的にとらえ看取りケアとは何かを抽象化していた。施設で看取りケアを提供する意義・必要な視点に気がつくとともに、取り組むべき組織実践課題が浮上し、他者の経験に自らの経験を重ね合わせることで「われわれの課題が浮上した」ことが明らかになった。

また、「協働的内省」の場の特徴として、「充実感がある」「よい振り返りができた」などの【肯定的】な意見と、「気づいたことなどどんどん話してもよかった」「遠慮がちな検討会であった」など【不十分・否定的】な意見がみられていた。

これらから、ケア実践者の教育には「経験と内省」を融合させることが不可欠であるとともに、協働の場と自由な発言が不十分な場があったことが示唆された。今後の課題として、実践者の学習のプロセスでは行動変容が求められており、経験学習サイクルは行動への影響があって初めて成立する循環であるが、そこまで明らかにしていないこと、協働的内省の場で交わされる討論内容を分析対象にし、経験の言語化の促進や相互作用がいかに考え方の変容につながるか、そのプロセスを解明することが課題となった。

5. 暗黙知・実践知に関する研究のまとめ

研究の文献検討から、以下のことが明らかになった。

1) 実践に従事しながら得られる内在している知である暗黙知や実践知そのものを明らかにする研究が行われていた。対象は外来看護師、助産師、看護管理者、学生指導を行う訪問看護師、緩和ケア病棟の看護師などであった。

これらの研究の方法は、半構成的インタビュー法・グループインタビュー法による研究がほとんどであり、当事者に実践を語ってもらい質的に分析を行う手法がとられており「妊婦の主訴と観察情報がかみ合わない」「妊婦の主訴を聞き流せない」「異変を見逃すことへの恐れ・最悪の事態を回避したい」(内ら, 2013)などが明らかになった。これらの文献では、実践知の伝達や共有に関して言及している論文はなかった。

2) 実践知や暗黙知を伝授、共有することを目的にした研究が行われていた。先輩看護師による後輩看護師への講義をする調査では、実践の知識を伝授する過程が明らかになった。看護師が複数で実践を行うシステムにおける暗黙知獲得に向けた実態調査では、看護師は共有する体験の場に暗黙知が存在していることを意識していないために、看護実践を語ることの妨げになっていることが明らかになった。臨床判断能力向上に向けた暗黙知伝授を明らかにするアクションリサーチを用いた研究(坂口ら, 2007)では、対象はERの看護師であり、方法の開発が行われてい

たが、病棟看護師間にどのように伝授され、行動の変化がどのように起こったかは明らかになっていない。

3) 島田ら(2015)の研究は多職種間による反照的習熟プログラムを用い、過去の実践の記述とそれをもとにした複数名での検討会を行っているが、一回の検討会となっているため、記述や検討会によってもたらされた認識の変化を次の実践で生かすところまでは調査されていない。また、認識の変化が複数の病棟看護師間でどのように行われていたのかは明らかになっていない。

4) 高齢者やICUでの言語化が困難な患者へのケアなど、多様な看護の対象者への個別的な支援では、「これでよいという確信が持てない」困難が看護師にあることが明らかになった。

5) 臨床判断能力育成トレーニングシートや反照的習熟プログラムなど研究者が開発した用具を活用する研究では、そのシートをもとに複数の研究病棟看護師が実践を語ることに伴い、確証が持てずにいたケアに対し、他者との視点が共有でき、多様性が容認されるなどの内省の進化や、臨床判断に至る手がかりが明らかになった。さらに、自分たちのケアを改善しようと動機づけられ、自分たちの組織的な実践課題を見出せることが明らかになった。

6) 複数のメンバーで実践を言語化する事例カンファレンスや協働的内省の場は、自由な発言が不十分な場合と充実感や良い振り返りになった場合があった。

7) 経験の浅い看護師は以前経験した体験を、現在、直面している場面に関連付けて臨床判断が行えていない傾向があること、経験年数が高いほど、1つの臨床判断を導くために複数の手掛かりを意図的に収集していることが明らかになった。また、ともにケアの場面などを共有することで、相手の行動に疑問を持ったり、経験の差が先輩に圧倒されたり話しかけるのを躊躇したり、逆に先輩の行動に納得していることが明らかになった。

8) 暗黙知や実践知を明らかにした研究は行われているが、暗黙知や実践知を実践で活用した研究は見当たらない。どうすればそれらを伝授し、実践で活用されるか方法を検討している研究はあるが、実際にどのように看護師間で伝授され、看護師が変化したかを明らかにした研究は行われていない。研究方法は、病棟看護師の記録、カンファレンスの記録、インタビュー記録を分析しており、看護師間の語り合いをデータとした研究は行われていない。

C. アクションリサーチについて

1. アクションリサーチの背景

アクションリサーチ(Action Research)は、1940年代から1950年代前半にかけてアメリカの社会心理学者であるLewinによって提唱された方法である(筒井, 江本, 草柳, 川名, 2014)。ア

アクションリサーチは実証的、科学的研究とは異なるパラダイムに立っており、行為にかかわる研究方法として「自分が実際に行っていることをどう改善あるいは向上するか」という研究疑問を解決し、研究結果を実践に導入する方法としてきわめて有効な方法であるとされている (Holter & Schwartz-Barcott, 1993)。

看護学では 1980 年代前半に欧米の医療組織、看護管理、実践に関するアクションリサーチが登場した。病院での組織変化を促すもの、教育プログラムの導入、評価、ケアに関するもの、看護実践の理論生成を促すものとしての研究方法である。

看護実践では、健康維持、疾病予防、治療を必要とする患者、家族、集団、地域でのケアに焦点が当たり、看護教育では、プログラムの効果や教育者・研究者・看護師などの役割に関する研究に焦点が当たっている。このように、特定の現場で見られる問題点を取り上げ、その場の特徴に合わせた方法でアクションリサーチを行い、取り組みから得られる変化は、その場に限局したものになっている。これらから、アクションリサーチは特定の場所で、特定の問題を扱い、特定の変化を期待するものである。

2. アクションリサーチの定義

アクションリサーチの性質と特徴には多くの定義がある。Lewin (1951/1971, p. 271) は、「アクションリサーチは社会システムの知識を作り出すと同時に、社会システムを代えようとするもの」、Carr & Kemmis (1986, p. 162) は「自分自身の実践の正当性および合理性、実践を実行している状況などを改善する目的で、社会的な状況に関わる病棟看護師が行う自己反省的調査の形式である」と定義している。

3. アクションリサーチの特徴

アクションリサーチは質的研究の特徴を持ちながら問題点を探るという、批判的研究である。現場の人々に参加してもらい、アクションを通して現場を変える研究方法であり、他の質的研究とは研究者の立ち位置が異なる。アクションリサーチは起こっている現象をありのままにとらえる質的研究に対し、その場にいる人たちに働きかけ、現場を変えようとする特徴がある。(1) 研究者が現場に入り、その現場の人たちも研究に参加する参加型の研究 (2) 現場の人たちとともに研究作業を進めていく民主的な活動 (3) 学問 (社会科学) 的な成果だけではなく、社会そのものに影響を与えて変化をもたらすことを目指す研究活動である (筒井ら, 2015, pp. 46-48)。

また、アクションリサーチは特定の現場に密着するものであり、その場に生じる変化はそこにいる人々と環境が相互に関係するという理論背景を持っているため、一般性を求めるのではなく、現場の状況にどれだけ適していたのか、その現場に変化が見られたのか、に焦点が当たる。

4. アクションリサーチを用いた研究

アクションリサーチは近年、看護学領域において数多く行われている。

東ら（2015）と大池ら（2017）は独自に開発した「看護の教育関わりモデル」の定着を目指し、アクションリサーチを行った。東らは「看護の教育関わりモデル」を活用した勉強会を開催して、看護師の変化をフェーズとして見出した。看護師の変化は＜芽生え＞から＜波及＞があり、そのプロセスにおいて＜停滞＞が明らかになった。佐藤、齋藤、若山、芳賀（2016）は地域の高齢者が主体的に地域の取り組みに関わることを目的に、ワークショップや課題達成のための検討会を開催し、高齢者の変化を明らかにした。これらの研究では、活動を停滞させる事柄が表出し、その変化の過程を明らかにした。ネガティブな状況乗り越えた後に、合意形成や連帯感といったポジティブな変化に移行する様相が見られ、順調にいくプロセスのみではなく停滞があることで、信頼が深まり定着が促進されるプロセスが明らかになった。また、ケアの質向上を目指したアクションリサーチも行われている。中山（2015）は、地域の熟練保健師とかかわりにくいと感じている小脳変性症の患者へのケアを検討し、実施する過程を明らかにした。江本らも（2015）も、小児・成人混合病棟、小児外来、NICUなどで勤務する看護師がケアを提供するうえで課題となる状況、また、その状況が改善されるプロセスを明らかにした。一方、星野（2015）は長期入院の子供の退院支援を目指して復学支援の体制が作り上げられるプロセスを探求した。医療職と教育職の協働により作成したプログラムによる支援を実施し、その効果を明らかにした。

これらから、アクションリサーチは目的に沿って現場を良い方向に改善していく研究であり、病棟看護師は停滞を起こしながら変化し目的に向かって、状況が改善するプロセスが明らかになっている。研究者はそれぞれの目的によって、立場を明確にしているが、病棟看護師とともに現場を改善していく姿勢は一貫していた。アクションリサーチの方法はアクション前の状況を把握し、アクションのプロセスを分析し、その後、アクション終了後の状況を捉える研究がほとんどであった。

Ⅲ. 目的

A. 目的

本研究の目的は急性期病院で働く看護師が看護実践を語る会に参加することで、看護師相互の実践の語りからどのような気づきを得て、それをどのように行動に移すのか、また、病棟看護師間や周囲の看護師にどのような変化をもたらすのかを明らかにすることである。

B. 意義

人は実践を通して成長し、その能力開発の70%以上は実践での経験によることが明らかになっている (McCall, et al. 1988)。Korthagen (2010/2016) は、学習を成り立たせる基本に経験を位置づけ、行為から気づきを得て新しい実践を試みることで、経験による学習が促進すると報告している。しかし、Korthagen は教育する側に焦点を当てており、実践から実践者が気づきを得、行動することには言及していない。

実践能力の向上を目指した先行研究では、看護師の経験は意図的に計画した研修会などで言語化され、看護師は経験豊かな看護師の語りから、自己の実践に有益だと考えられる気づきが得られることが明らかになっている (島田ら, 2015 ; 田村ら, 2018)。しかし、経験豊かな看護師の語りからの気づきを実際に行動に移し、実践に活用しているとの報告はない。

そこで、本研究では、看護実践を語る会と実践を組み合わせ、その組み合わせを複数回、繰り返すことによって、語る会での気づきをどのように行動に移しているのかを明らかにすることを目的とした。

急性期病院において看護師は、医学的な知識や高度な技術を用い臨床判断や患者の意思を尊重した関わりを行っている。しかし、看護師は似たような状況の患者に限られた時間でケアを行い、同じ部署内では言葉で語らなくても、看護師同士が状況を分かり合えるなどの理由から、看護実践を語るという発想がもちにくい。カンファレンスや事例検討会など患者について検討する場は日々存在し、患者にどのようなケアが必要なのか話し合っている。しかし、看護師自身が患者に起こっている現象をどのように捉え、判断し、ケアを行ったのか、そのケアはどのように行われたのかを言語化して他の看護師に伝える機会はほとんどない。また、看護師自身の実践を言葉にして他者に伝えることが学ぶ機会であると捉えていない現状がある。実践を語り他者に伝えたり他者の語りを聞くという対話の場を自律的に創り、他者の語りから気づきを得、行動に移す方法を得ることができれば、これまで行っていなかった新しい行動によって、多様化、複雑化する患者の状況に沿ったより質の高いケアが提供できると考える。

C. 用語の定義

看護実践を語る会：看護実践を語る会とは、看護師が一人称で実践を言語化するとともに、他者の語りを聴くことで、良い看護とは何かを考え、目指す看護実践をしたいという思いや判断を共有できる営みとする(中原ら, 2013, pp. 198-199)。

経験学習：松尾ら(2008)を参考に、看護経験から学ぶために、自己の経験を主体的に省察し、実践に役立つことを言語化し、実践に活かすことによって自己の変化を起こすプロセスである。

対話：中原ら(2013)を参考に、対話とは自由な雰囲気の中で、語り手による印象に残った看護実践の語りを聴き手がじっくりと耳を傾けその内容を理解することで、話し手と聴き手がつながりを感じ相互に学びあうことを真剣に楽しむ(Serious Fun)ことである。

IV. 方法

A. 研究デザイン

1. 研究デザイン

研究デザインはアクションリサーチを選択した。

2. アクションリサーチの選択理由

アクションリサーチの研究手法や目的あるいは実施方法などは様々であるが、研究者と研究参加者との関係、この両者が反省的に実践を見つめなおしていくこと、質的・量的に問わずさまざまなデータを収集し分析すること、客観性や結果をめざすものではなく、改善していくことを目指すなどの共通した特徴があり、現場の改善を目的とした変化介入過程を描写し、解釈、説明するものである。それは未来志向を持ち、問題に焦点をあて特定化し研究参加者と研究者との関係は相互に影響し合い、ともに勇気づけられながら、計画・実行・評価が円環的に結びつき、何らかの変化を生むことが可能である(東ら, 2015)ため選択した。

B. 期間

日本赤十字北海道看護大学研究倫理審査委員会、共同看護学専攻専攻研究倫理(審査)委員会による承認の2019年1月29日から2019年10月までとする。

C. データ収集施設

機縁法を用いて研究フィールドの選択を行った。

A 病院は関東にある二次救急を有する総合病院である。A 病院の看護部長に研究の概要を説明

し、B病棟の推薦を受けた。

D. 研究参加者

本研究の参加者は、看護実践を語る会に参加する病棟看護師及びインタビューのみを受ける看護管理者である。

1. 看護実践を語る会に参加する看護師

看護実践を語る会に参加する病棟看護師（以下、病棟看護師）は5名程度とした。一つの病棟に限定した理由は、患者の共有ができること、各病棟看護師の行動が伝わりやすいことである。また、病棟看護師を5名程度にした理由は、アクションリサーチの規模はどのような現場で何に焦点を当てるかによって決まる（筒井，2014，p. 56）。本研究では病棟一単位から研究参加者を募るため、勤務管理の観点から一回の語る会への研究参加者は5名程度が予測された。

2. 病棟管理者

病棟管理者（以下、師長）は語る会には参加せず、半構成的面接（アクション前後とアクション終了後3か月後）のみの研究参加とした。理由は、師長は病棟を管理する立場であり、個々のスタッフ間の関係性や患者からの意見など、病棟看護師や部署内の変化に気がつきやすい立場にいると考えた。アクションリサーチは現場に変化や改善をもたらすことを目的としていることから（筒井ら，2014，p. 29）研究参加者とした。

E. アクションリサーチの概要（図1）

ここではアクションリサーチの概要について述べる。

1. アクション開始前

事前インタビューを病棟看護師と師長に行う。

2. アクション

本研究では、アクションを看護実践を語る会とする。看護実践を語る会は月1回、計5回開催し、開催時間は勤務終了後18:00～20:00とする。テーマは決めずに自由に語ることとし、進行は研究者が行う。病棟看護師には、語る会での気づきを次の語る会までに行動し、行動した内容を語る会や終了後インタビューで語るように依頼する。また、看護実践を語る会に参加する病棟看護師以外の看護師（以下、スタッフ看護師）が、看護実践を語る会への参加を希望する場合は参加可能とする。学習会は研究者が必要だと判断したときに行う。

3. アクション終了後

語る会が5回終了した時点で病棟看護師5名と師長に終了後インタビューを行う。

4. アクション終了3ヶ月後

語る会終了3ヶ月後に師長にインタビューを行う。

F. アクションリサーチの実施手順

1. アクション開始前

- 1) 事前インタビューをインタビューガイド(資料6)を用い、病棟看護師5名と師長に行う。
- 2) 開催案内を作成し、当該部署に配布する。
- 3) 予備的調査を踏まえ、第1回看護実践を語る会と第2回以降の看護実践を語る会のタイムテーブル案を作成した(資料5)。

2. アクション

a. 第1回看護実践を語る会

(1) 看護実践を語る会を始める前

①第1回語る会の冒頭に研究者より語る会の進め方とワークシート、個人ノートについて改めて説明を行う。また、語る会の進行について説明を行う。

②病棟看護師は看護場面ワークシート(以下、ワークシート)に、「①印象に残ったこと」「②なぜ印象に残ったのか」「③場面を書くことで気がついたこと、大切にしていること」を記載する(10分程度)。

③研究者が司会を行うこと伝える。また、病棟看護師に自己紹介を兼ねて、参加の動機、看護を語るることについて、期待すること、現在の自己の課題等を語るように依頼する。

(2) 看護実践を語る会の進行

①語る会を始めることを伝え、ワークシートの「①印象に残ったこと」「②なぜ印象に残ったのか」をもとに自由に実践を語ってもらう。

②約60分～90分を目安に、語りのきりの良いところを見計らって、語る会をいったん終わりにし、ワークシートに「④看護を語ることでの学び・実践に活かせると思ったこと」「⑤次回までに実践すること」を10分程度で記入してもらう。

③全員がワークシートの記入が終わったことを確認し、記入した内容を各自語ってもらう。その際、気づきを実践でどのように行動していくかを話すように依頼する。また、語る会に参加した感想なども語ってもらう。

④研究者は、Korthagen (2010/2016 pp. 53-55) による ALACT モデルを参考に、予備的

調査における研究者の発言や問いかけをもとに「看護実践を語る会を進行する際の立ち位置」を作成し、語る会での立ち位置とする（表4）。

（3）看護実践を語る会終了後

①語る会終了時に、2回目の開催日時は約1ヶ月後であり師長と相談すること、日時は師長が伝えることを確認する。質問がある場合など、研究者との連絡の取り方について伝える。

②語る会終了後、師長に内容の報告を行い、意見交換を行う。

③次回の語る回の日時を相談する。

④研究者は語る会終了後、即時にデブリーフィングを行う。主な内容は「会の進行の振り返り」「ファシリテーションの確認」「語られた内容の確認」「次回の進め方の確認」を行い、必要なことをメモし、第2回語る会の進行に活用する。また、参加観察記録を記載するとともに、次回説明用に語られた主な内容をまとめる。

b. 第2回看護実践を語る会～第5回看護実践を語る会

（1）看護実践を語る会を始める前

①病棟看護師が集まったところで、ワークシートに「①印象に残ったこと」「②なぜ印象に残ったのか」「③場面を書くことで気がついたこと、大切にしていること」を記載してもらおう（10分程度）。

②第1回語る会（前回）の内容を簡単に紹介する。

（2）看護実践を語る会の進行

①前回の語る会での気づきをどのように行動したかを研究者が尋ねる。

②その後は、第1回目と同様に①～④を進める。

（3）看護実践を語る会終了後

①第1回語る会同様に①～④を行う。

②第5回語る回では、終了後インタビュー及び3ヶ月後インタビューについて説明を行う。インタビューの日時は師長と相談することを伝える。

c. 次の看護実践を語る会までの実践

（1）看護実践を語る会の終了時に病棟看護師にワークシート「④看護を語ることでの学び・実践に活かせると思ったこと」「⑤次回までに実践すること」について行動するように依頼する。

（2）看護実践を語る会開始時、印象に残ったことや行動したことを踏まえて語ってほしいことを伝える。

d. 学習会の開催

学習会は、語るの会の内容や病棟看護師の様子等から、研究者が必要だと判断したときに行う。その際、学習会の内容は吟味し、病棟看護師に説明し了承を得る。

また、学習会の時間は、病棟看護師の負担を考慮し、語る会の時間の中で行うこととする。

e. スタッフ看護師の看護実践を語る会への参加

スタッフ看護師が看護実践を語る会への参加を希望するときは、師長を通して事前に研究者に連絡をしてもらう。看護実践を語る会の当日は直接、参加してもらう。

3. アクション終了後

終了後インタビューをインタビューガイド（資料 6）を用い、病棟看護師 5 名と師長に行う。病棟看護師からインタビュー時に個人ノートを受け取る。

4. アクション終了 3 ヶ月後

語る会終了 3 ヶ月後にインタビューガイド（資料 6）を用い、インタビューを師長に行う。個人ノートを師長より受け取る。

G. データ収集方法

本研究はデータの偏りを減らしより確かなものにするために、複数のデータ収集法を用いた。

1. 半構成的面接法

病棟看護師 5 名と師長に看護実践を語る会を開始する前と第 5 回終了後にインタビューガイド（資料 6）を用いて行った。参加動機や課題と語る会後の変化を知ることが目的とした。また、師長には語る会終了後 3 ヶ月後にも行った。

2. 看護実践を語る会の逐語録

看護実践を語る会 5 回の記録を、許可を得て IC レコーダーに録音し、逐語録とした。

3. 参加観察記録

看護実践を語る会の逐語録とは別に、研究者は参加観察記録を記述した。語る会では許可を得てメモをとり、メモを参考に、会の雰囲気や語りの口調、表情や動作などを記述した。参加観察記録は語る会終了後、即時に記録をするように努めた。

4. 看護場面ワークシート（図 2）

Kolb の経験学習理論（実践・経験・省察・概念化）をもとに研究者が作成した。分析の信頼性を高めるために研究者が病棟看護師の気づきなどを確認する資料とした。ワークシート記載の目的は①病棟看護師が看護実践を語るために想起するきっかけとなることと語る会での気づきを言語化すること、②この記述を繰り返すことで、病棟看護師が看護実践を語る会での気づきを得て

いることを意識し、その気づきを実践し、実践したことをさらに語る会で語るという経験学習のサイクルを意識してもらうことである。ワークシートには5つの項目があり、記載は語る会の前後10分とした。

5. 個人ノート（気づきノート）の記載

看護実践を語る会での気づきを実践したときや、患者の反応や自分の思いなどを書き留めてもらうことを目的に、意識して実践したことや考えたことを自由に記載してもらった、次回の語る会のメモである「気づきノート」として個人個人にノートを配布した。記述内容は患者とのかかわりの場面や会への感想、研究への感想、病棟の状況など何でも記載するように依頼した（筒井ら、2014, pp. 97）。記載しないことも自由であることを伝え、ノートは研究者と共有する許可を得た。語る会5回が終わった時点で受け取り、研究終了時に返却した。

H. 分析方法

1. 事前半構成的面接データの分析

病棟看護師5名と師長への事前インタビューを逐語録にし、「病棟看護師が看護実践を語る現状と部署の課題はどのようなことか」「看護実践を語ることについてどのように捉えているか」「看護実践を語ることの課題はどのようなことか」などの問いをもとに分析を行った。

2. 看護実践を語る会逐語録の分析

東ら（2015）と Lofland & Lofland（1995/1997）を参考に以下の通りに分析を行った。

1) 看護実践を語る会の逐語録を精読し、病棟看護師が気づきを語っていると考えられる箇所や、気づきを実践したと考えられる語りを確認しながら第1回から第5回まで経時的に並べた。

2) 看護実践を語る会の参加観察記録を参考に、文脈の中で意味を捉えるように努め各回ごとに以下のように分析を行った。

3) 何が起きているのかを見出す（初期コーディング）（Lofland et al, 1995/1997, p. 260）

逐語録を用いて、「看護師同士の相互の語りの中で実践に役立つ知識やスキル、理論はどのように語られているか」「看護実践の語りからどのような気づきを得ているか」「看護実践の語りからの気づきを、実践にどのように活かしているか」「実践での変化とはなにか」「他者の看護実践の語りを自己の実践と比較して何に気づいているか」や「看護実践を語る会に参加することにより看護師の行動はどのように変化したか」「看護実践を語る会による相互作用がいかにより気づきを生み、行動につながるか」を視点に分析を行った。看護実践の語りからの気づきと考えられる箇所や、気づきを実践したことがどのように語られているかを検討しながら、逐語録をある意味のま

りに分け簡略な言葉で見出しをつけた。

4) 中心的な看護実践の語りと気づきを見出す(焦点化されたコーディング) (Lofland et al, p. 260, 1995/1997)

初期コーディングの内容を表す簡略な言葉の関係性を検討し、中心的な語りとして再構成を行ない命名しエピソードとした。次に、エピソードを中心に関連すると考えられる内容を再構成しストーリーラインを作成した。その際、終了後インタビューから関連する内容を抽出しストーリーラインに組み入れ、ストーリーラインに沿って各回の看護実践を語る会の記述を行った。

5) 簡潔な表の作成 (ストーリーラインを再構成する過程の記録) (Lofland et al, p. 261, 1995/1997)

各回のエピソードの関係性や語られた内容や意味を解釈しながら検討を行った。第1回から第5回分の逐語録と前後のインタビュー、参加観察記録などの内容の関係を検討する際、『看護実践を語る会の主な内容』の簡潔な表を作成した(資料7)。また、紙上にエピソードや語りを書き出し配置し、気づきと気づきからの行動がどのような関係にあるのか検討する作業を繰り返した。

6) 柔軟な思考

分析過程において、「どのような気づきが起こっているのか」「気づきからどのような実践が起こっているのか」に研究者が気づく作業にはデータの分析とともに、「大量の適切な思考」や「直感と掘り出しの思考」が必要である。「勤勉であると同時に柔軟性、精神の開放、遊び心」をもって分析を行った (Lofland et al, 1995/1997, pp. 272-276)。その方法として「言い回しの変更」「図表の変更」「絶えざる比較」「研究者との会話」「同僚の研究者の言葉を傾聴する」「距離を置く」「判断を控える」を繰り返し行った。

7) 看護実践を語る会の開催時に前回の語りの内容を端的にまとめ、口頭で紹介し病棟看護師に確認を取った。また、分析における主観性や先入観の是正を行うために、分析した結果を適宜、病棟看護師に提示し意見を求め、解釈に誤りがないか確認作業を行った。師長には各看護実践を語る会の内容は毎回、語る会後に伝えた。分析内容は適宜伝えた。

3. 病棟看護師個々の分析

本研究では、先行研究においてある特定の経験が必ずしも個人の成長につながらないことや、経験からの学習能力も個人の特性であるとされる(金井ら, 2001)ことから、看護実践を語る会において個人の学びを促進する経験学習モデルを活用した。語る会における対話から気づきがおこり、それが行動へつながっていくことが個人に起こると考えられるため、各個人の分析を行った。データ源は事前半構成的面接、語る会の逐語録および研究者による参加観察記録、終了後半

構成的面接であり、Korthagen (2010/2016) による ALACT モデルを参考に、(1) 参加動機 (2) 実践を語りその行為を振り返る (3) 他者の語りからの気づき (4) 気づきをもとにケア等の選択肢が拡大したか (5) 新しい行為を試みているか (6) どのような変化が起こったかという視点で分析を行った。

4. 師長への半構成的面接データの分析 (終了時および3ヶ月後)

逐語録を精読し、「部署で病棟看護師やスタッフ看護師はどのようなことを話しているか」「師長が捉える病棟看護師とスタッフ看護師の変化とは何か」「部署の変化はどのようなことか」「カンファレンスなどの変化はどのようなものか」「他部署の看護師や他職種からの反応はどのようなものか」を問いに分析を行った。

5. 病棟看護師への終了後半構成的面接データの分析

逐語録を精読し「看護実践を語ることで気づいたことはどのようなことか」「語りから気づいたことを実践にどのように活かしているか」「語る会に参加して変化したことは何か」「実践において変化したことは何か」「スタッフ看護師とのかかわりの変化は何か」を問いに分析を行った。

I. 信用性の確保

本研究では研究者は、研究フィールドと似通った急性期病院の文化に身をおき専門看護師として洗練した実践の技術を有し、臨床での教育、管理を担っていた。また全5回の看護実践を語る会の事実の再現性のために、ICレコーダーと参加観察記録を併用し即時の書きおこしを行い、病棟看護師のワークシートや半構成的面接の内容も活用し情報の歪みの因子を減らすことに努めた。

J. 妥当性の確保

病棟看護師と研究者の協力的な関係の中で行われるように配慮した。得られた分析結果は現実には起こることが可能であり、読者が納得できる内容が記述されていることが必要であるため、専門家集団での検討を行った。専門家集団にはアクションリサーチに精通している教育・研究者と専門看護師、修士号をもつ大学教員などである。病棟看護師には分析に誤りがないか、思い込みにとらわれていないかを是正するために適宜、確認を行った。また、研究者はアクションリサーチの経験やリフレクションに関する論文の執筆、研修のファシリテーションの経験があった。

K. 倫理的配慮

1. 研究倫理審査委員会の承認

本研究は日本赤十字北海道看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 30-312）および共同看護学専攻研究倫理（審査）委員会の承認（承認番号 18-03）の承認を得た。

2. 研究フィールド

- 1) 研究について病院の看護部長に説明し、研究者が承認を得た（資料 1-1・資料 2）。
- 2) 看護部長より急性期病棟を推薦してもらった。施設側より研究参加への強制力が働かないように、推薦していただいた師長には研究者より説明を行い承諾を得た（資料 1-2, 資料 3）。
- 3) 病棟の師長と相談し、看護師に説明を行った（資料 1-3）。
- 4) 本研究は変化を生み出すプロセスに価値を置いているため予期せぬことが生じる可能性がある。研究の進捗状況を適宜、看護部長に報告を行い、予期せぬ変化が起こった時には速やかに相談、対処を行い、部署運営に支障が起こらないように合意を得て進めた。
- 5) データ収集施設内の研究倫理審査委員会の承認を得た（必要時）。
- 6) 研究がまとまり次第、研究報告書を作成し提出した。

3. 研究参加者への配慮

- 1) 師長と相談し病棟会等で説明を行い、病棟看護師を募るとともに師長の推薦を得た。
- 2) 病棟看護師に、研究の趣旨及び目的を口頭および文書で説明し同意を得た（資料 3）。研究への参加を強要したり、参加しなければならない雰囲気になる力が働く可能性があるため、そのことを十分に配慮し研究参加はあくまでも自由意思であることを保証した。
- 3) 研究への参加は自由意思であり、途中で参加を止めることが可能であることを保証した。研究への参加を同意した場合でも、いつでも参加をやめることができることを伝え、その場合は師長を通して撤回することも可能であることを伝えた。
- 4) 個人への不利益及び危険性として、他者に話したくない過去の看護実践を思い出したり、話したことを後悔する可能性が考えられた。万一、これらが生じた場合には、参加の撤回ができることを保証し、師長に相談し必要な心理的な支援を依頼する。社会に対する貢献として、語られた看護実践が他の看護師の参考になり、看護の質の向上に寄与できることを説明した。
- 5) 研究で得られたデータは、研究目的以外では使用しないことを約束した。研究データは研究終了後 5 年間、鍵のかかる引き出し等に保存を行う。また、病棟看護師の個人情報（資料 4）に関しては、研究データと別に鍵のかかる引き出し等に保管し、研究終了後、直ちにシュレッダーにて廃棄する。病棟看護師の個人情報の収集は、年齢構成や看護経験、学歴等によって、看護実践の語りに何らかの違いが出ると考えられるために収集した。
- 6) インタビューはプライバシーの守られる個室で行った。また、承諾を得て IC レコーダー

への録音やメモをとった。得られたデータは4)と同様に取り扱った。

7) 個人ノートの取り扱いは鍵のかかる引出等に保管し、研究者以外が見ることがないように注意を行った。個人ノートは研究データの一環であることを説明し承諾を得た。書かれた内容は研究者が読み、分析過程で検討されることを伝えた。

8) 研究に不参加の看護師に対して、施設等での評価などで不利益が生じないことを説明した。また、看護実践を語る会のお知らせを配布し周知を行った。

9) 知り得た情報は個人が特定されないように氏名等を暗号化するなどの配慮をした。データの分析過程において、適宜、内容を病棟看護師に提示し内容に間違いがないかを確認した。

10) データは、専門家集団（教育・研究者1名、修士号を持つ専門看護師2名、修士号を持つ大学教員1名）の中で話し合われることを説明し承諾を得た。

11) 研究は学術集会や論文として公表することを説明し了承を得た。

12) 研究がまとまった時点で研究結果の報告書を作成し、希望する病棟看護師へ所属施設の住所に個人宛てに郵送にて配布する。また、研究に参加していない看護師も自由に閲覧できるように休憩室等に掲示する。

13) 本研究は変化を生み出すプロセスに価値を置いているため予期せぬことが生じる可能性がある。研究プロセスを通して予期せぬことが起きた時は、看護部長や師長に相談し速やかに対処を行い、合意を得て進める。

14) 研究協力回答書は同じものを2通作成し、病棟看護師と研究者が保管した（資料2、資料3）。

4. 研究に参加しない看護師への配慮

1) 病棟看護師には何らかの変化が実践の場で起こる可能性があり、その変化は研究に参加していない看護師に影響を与える可能性がある。先行研究によると、病棟看護師の暗黙知が研究に参加していない者に伝わる「共有化」（野中，1987/2000，p. 93）が起こる可能性がある。病棟看護師や研究に参加しない看護師にとって、アクションリサーチが進む中で、状況の移り変わりを体験し、「その現場で何が起きているのかについて個人の体験として、また、集団の体験として詳細に記述していくこと」ができる（筒井ら，2014，pp. 55-56）可能性がある。

そのため、病棟看護師以外の看護師が語る会への参加を希望したときには参加可能とした。

2) 研究に不参加の看護師が参加した場合、語られた内容はICレコーダーに録音し、データとして分析に活用される可能性があること、個人インタビューは行わないことを説明し承諾を得た。

3) 語る会での発言に関して個人情報が必要になった時に同意書を依頼することとした。

V. 結果

A. 研究フィールドの概要

1. A 病院の概要

A 病院は関東にある二次救急を有する約 300 床の中規模の総合病院である。地域医療支援病院、災害拠点病院、がん診療連携病院の指定を受けている。平均在院日数は 13.6 日である。

認可法人の一病院であり、法人の看護師育成の目的にリフレクション教育を掲げており、その一環として関東ブロックの複数の病院によるリフレクション研修が行われていた。その研修担当者の一人が A 病院の看護部長であった。看護師教育はキャリアラダーを導入し、実践を記述するナラティブを活用してラダーの段階を評価していた。また、新人研修などでは「看護を語る」を行っていた。

2. B 病棟の概要

B 病棟は脳神経内科・脳神経外科病棟であり、病床数約 40 床、主な疾患は脳血管疾患、脊椎疾患、神経難病である。平均在院日数 19.1 日、師長 1 名、係長 2 名、約 25 名のスタッフで構成され、看護師の平均年齢は約 31 歳、平均経験年数は約 8 年であり、2 チーム制で部署運営が行われていた。

3. 研究参加者の概要

看護実践を語る会に参加を希望した病棟看護師は 5 名であった。平均年齢 27.4 歳、全員女性である。看護師の経験年数は平均 5.3 年、B 病棟での経験は平均、3.06 年であった（表 1）。

C 看護師は 30 歳代前半であり経験年数は 10 年、当該部署の経験は 8 年である。語る会には 4 回出席した。事前師長インタビューによると、部署の中心的存在の一人である。事前インタビューでは「チームで患者さんを支えるという視点を大事にしており、多職種との協働によってより患者さんに沿ったケアの提供を心がけていた」と語った。

D 看護師は 30 歳代前半であり、経験年数 10 年、当該部署の経験は 2 年である。現在の部署の経験は約 2 年である。語る会に 4 回出席した。事前師長インタビューによると、部署ではリーダーとしての役割を發揮していた。D 看護師への事前インタビューでは、「退院調整に関心がありチームで推進している」と語った。

E 看護師は 20 歳代後半であり、経験年数は 4 年、当該部署の経験は 2 年である。語る会は 3 回の出席であった。E 看護師への事前インタビューでは、「中堅看護師として日々の業務を滞りなくやらなきゃいけないと思うことが強く、看護しているという実感が少ない」と語った。「言葉にすることが苦手」「自分の行動や考えを振り返って、学んで行きたい」と語った。

F 看護師は 20 歳代半ば，経験年数は約 3 年であり，部署の経験年数は約 2 年である．看護実践を語る会は 4 回の出席であった．F 看護師への事前インタビューでは「患者の状態が急に変化した時など，受け持ちとして患者の状態の変化が分かるようになり，自分の役割を考えて行動できるようになってきたが，自分一人でやろうすることが課題だ」と語った．

G 看護師は 20 歳代半ばであり，看護実践を語る会は 1 回の参加であった．G 看護師への事前インタビューでは，「退院指導には余り関わっていないが，患者や家族がこれまでどのような生活を行ってきたのかを考えるのが好きである」と語った．

H 師長は 40 歳代後半，看護師歴は約 26 年，師長となって当該部署に配属された．師長経験年数は約 3 年である．研究に参加した動機を「スタッフは患者のことをよく見ており，いい実践をしている」が「普通のことをしているだけで，印象に残ることはないと言う」ため「実践に自信が持てない，看護を行っているという実感が持ちにくい課題がある」と語った．「緊急入院の受け入れが増え，時間外も少なくない現状であるが，語る機会によって実践を言葉にすることを体験してほしい」と述べ「忙しい状況だからこそ，日常的な場で看護実践を語る風土ができ，実践の連鎖ができることを期待している」と語った．

B. 事前インタビューによる病棟の現状

看護実践を語る会を行う前に事前インタビューを病棟看護師 5 名と H 師長に行った．インタビュー時間は計 104.57 時間，平均 20 分 9 秒であった．H 師長への事前インタビューは 38 分 53 秒であった．語る会を実施する前の現状について述べる．

1. カンファレンスでは重要な患者の検討がおこなわれる

B 病棟は「脳疾患患者を受け入れており，重症患者や対応困難な患者についてカンファレンスを行っている」．そのため，「時間が限られ，他の患者について検討したくても言い出すことができない」「看護師一人一人は患者とよく関わり，たくさんの情報を持っている」が「チームで気になる患者については語る機会が少ない」と病棟看護師は語った．

2. 研修で同年代の看護師と語る機会はあるが経験年数の違う看護師とは語らない

A 病院は看護部の方針により人材育成にリフレクションを取り入れていた．ナラティブ研修があり，病棟看護師は看護実践を語る経験をもっていた．「研修では悩みは語ることができるが，喜びやうれしいことはなかなか語れない」「他部署の患者の話は自分の現状と違うためイメージしにくく活用までには至らない」などであった．経験のある看護師は「後輩看護師から話を聞くことが多くなり，自分の実践を語っていない」，後輩看護師は「先輩から語りを聞き，選択肢を

増やしたい、不足していることにフィードバックをしてほしい」と語った。

3. 記録などが多く看護をしているという実感がもてない

業務として記録など行わなければならないことが増え、「看護を行う時間が少なくても、仕事だから仕方がない」と語った。「思い描いていた看護と現実に乖離を感じ」実践を続けるなかで、「見失ったり落としてきたことがあるのではないか」「看護の良さを実感しながら仕事をするにあこがれてきたが、業務をこなすことが目標になっている」と語った。「行ったケアの効果がわかりにくく、自分はできていないと思う」ことがあり、「自己肯定感をもちたい」と語った。

4. 退院調整は担当看護師が不在だと対応できないことがある

B 病棟は病棟目標に退院調整支援の推進を挙げているが、「担当看護師が不在の時に対応できない現状」があった。また、「一人一人が個々に活動」を行っており、「チームとして活動することが必要な状態」であった。カンファレンスでは「メディカルソーシャルワーカー (Medical Social Worker, 以下, MSW) や理学療法士などに任せてしまいがち」になっていた。また、「退院調整マニュアルがあるが、患者の状況は個別性が高く、個別性に沿うためにはマニュアルだけでは不足である」と語られた。

5. 師長による病棟の現状

H 師長は「忙しい状況だからこそ、日常的な場で語る風土ができればいいなと思う」「ラダー申請を看護師に勧めても“実践事例は書けない”と言われる。“よい実践をしている”と伝えても“普通のことしかしていない、印象に残ることはない”と言う。また、脳外科・神経内科病棟であり、多職種協働カンファレンスを行うが、司会が看護師の役割になっており、患者の生活については理学療法士の方がよく知っている現状があり、看護の専門性としての役割を果たすことが課題である」と語った。

C. 看護実践を語る会の経過 (表 2)

1. 看護実践を語る会の概要

看護実践を語る会は月 1 回、計 5 回行った (表 2, 図 1)。開催時間は日勤が終了する 18 時から 19 時 30 分であった。1 回の平均時間は 92 分であった (ワークシートの記載時間は除外)。病棟看護師は勤務の都合などから各回全員出席ではなく、1 回の参加者は 3~4 名、1 回平均病棟看護師 3.4 名であった。第 1 回にはスタッフ看護師 1 名の参加があった。各回では病棟看護師が印象に残ったエピソードを語った。主なエピソードは第 1 回 2 エピソード、第 2 回 1 エピソード、第 3 回 2 エピソード、第 4 回 2 エピソード、第 5 回 3 エピソード、計 10 エピソードであった (表 2)。

病棟看護師は看護実践を語る会が始まる前に 10 分間、印象に残った場面とその理由をワークシートに記入した。語る会では印象に残った実践を自由に語った。また、語る会の終了後 10 分間、語る会での気づきとその気づきをどのように実践するかをワークシートに記入し、その後、その内容を病棟看護師全員が語った。語る会と語る会の間隔は約 1 ヶ月間おき、気づいたことを行動しその行動について語る会で語った。

看護実践を語る会の進行は研究者の立ち位置（表 4）を参考に研究者が行った。当初は研究者が主に進め、徐々に病棟看護師の対話に研究者が参加する姿勢をとった。

看護実践を語る会終了後に H 師長に語る会の内容を毎回、計 5 回伝えた。時間は計 330 分、1 回の平均は 66 分であった。学習会は第 4 回目の冒頭に 10 分間、経験学習について行った。テーマは研究者が「経験学習について」を提案し病棟看護師の了承を得て決定した。

個人ノートは、終了後インタビュー時に受け取った（師長は 3 ヶ月後インタビュー時）。記載は C 看護師 4 ページ 34 行、D 看護師 5 ページ 59 行、E 看護師 3 ページ 22 行、F 看護師 4 頁 39 行、G 看護師記載なし、H 師長 3 ページ 15 行であった。師長以外はすべて語る会時に書かれた内容であり、行動した内容の記述はなかった。

第 1 回看護実践を語る会から第 5 回看護実践を語る会で語られた内容を分析し記述した。病棟看護師の語りは「 」で示し、エピソードや病棟看護師の主な語りはイタリック体で示した。

2. 第 1 回看護実践を語る会

第 1 回看護実践を語る会は 2019 年 3 月に行われた。語る会に参加した病棟看護師は 4 名（C・D・E・F）であり、スタッフ看護師 1 名の参加があった。開催時間は 90 分であった。語る会を始める前に 10 分間、ワークシートに最近の実践で「印象に残った場面」「その理由」を記載してもらった。ワークシート記載後、初回語る会であるため、研究者が進め方の説明を行った。また、病棟看護師にそれぞれ語る会に参加した動機を語ってもらった。その後、D 看護師が多発性脳梗塞（小脳）の患者に皮膚生検後の創洗浄を行ったエピソードを語りだした。

<D 看護師の語り>

私が患者に創洗浄をシャワー室で行うことを伝えると、患者は「処置をやりたくない」と言ったため、なぜ、いやなのかと理由を確認した。患者には「シャワーは寒いから」との理由があり、処置が負の体験とならないようにデメリットとメリットを伝えて患者が選択できるよう配慮し、患者が寒い思いをしない方法を考えた。流水で行えばいいので、蒸留水を温めてお湯でシートが濡れないように工夫してベッドサイドでの洗浄を行った。

この語りから病棟看護師が「患者に嫌な思いをさせない温めた配慮がすごい (C 看護師)」と語ると D 看護師は「私こんなこと考えていたと思った」と語った。「D 看護師はなぜこの実践ができたのか」という質問が研究者からあり、D 看護師が「患者が部屋から出るときに“今日は寒い”って言ったんです。いやだというのをそのまま行うのは違うと思った」「嫌なことがあると入院したくないという高齢者がいて、信号をくみ取ってあげたかった」と語ると、E 看護師は「経験を活かしている」と言った。「このケアは、患者の処置をしたくないという信号をキャッチする」であり、「理由を探り方法を変える、だね」と研究者が言うと病棟看護師はうなずき、D 看護師は「医師の考え、看護師の行動、それを受ける患者がいて、3 者が良しとする方法ができたから、その名前しっくりくる」と語った。また、D 看護師が「みんなならどうする」と病棟看護師に聞かけると、F 看護師は「処置など決められたとおり (指示通り) の方法を実践するため、工夫する発想がなかった」「患者のいやだという理由を考えたことがなかった」「患者さんがどう思ったか考えられるといい」「お湯は心遣いだと思った。大切にしたい」と語った。

次に、E 看護師は胃瘻から鎮静剤を投与するときに患者から「(薬を) 入れないで」と伝えられ、そのことがどういうことであったか悩んだエピソードを語った。

<E 看護師の語り>

患者は「昼には手が付けられないくらい暴れた」との送りがあり、夜勤帯に入り一向に眠る気配がなくふらふら歩いている状態であった。私は「(薬を) 入れないで」に驚き、先輩と医師と相談して鎮静剤を使うしかないと判断した。鎮静剤を投与するときの患者の言葉は拒否というよりお願いに近く感じ、投与したことがよかったのか、でも投与によって患者は安寧な夜を過ごせたのではないかと思った。

病棟看護師は「暴れたのを見ていたので“薬を入れなくて”と言ったことに驚いた (F 看護師)」「“薬を入れなくて”を聴きとったことが大事だった (研究者)」「聞き取れなかったら立ち止まらないで薬を入れている。“薬を入れなくて”をわかってもらえたと思ったかもしれない (D 看護師)」と語り合った。その後、D 看護師は E 看護師の語りから「経験を積むうちに、患者が発する言葉の意味を考えていない自分に気がついた」と語った。語る会の終わりに、病棟看護師はワークシートに「看護を語ることでの気づき」と「次回までに実践すること」を 10 分程度記載した。今回の語りからの気づきや行動できそうなことを病棟看護師は次のように語った。

C 看護師は「患者の言葉や背景を考える大切さを学んだ。ケアを修正して患者の希望と看護師として、今やらなければいけないことをどう両立させていくかやってみよう」と語った。E 看護

師は「夜勤のもやもやが話せたことが大きかった。患者が表現したことの意味や意図を考えて理解してかかわりたい」と述べた。D 看護師は「患者の言葉の裏に隠れている本当のニーズが何かわかれば、寄り添ったケアができると学んだので実践したい」と語った。F 看護師は「患者の理由を考えたことがなかった。もっとそれを踏まえて、患者がどう思ったか考えられるといいなと思った。D さんの処置の実践もお湯の温度は心遣いだと思った。ケアのお湯が冷えると患者がいやな思いををすると思うので心遣いを大切にしたい」と語った。E 看護師は「患者が拒否をしたとき代替案を考えられる。患者の感情を受け止め、味方になる看護」と語った。

3. 第2回看護実践を語る会

第2回看護実践を語る会は4週間後に行われ、語る会に参加したのは3名(C・D・G)であった。開催時間は95分であった。語る会を始める前にワークシートにこの1ヶ月の実践で「印象に残った場面」「その理由」を病棟看護師は記載した。

G 看護師は中心静脈カテーテル (Central Venous Catheter, 以下 CVC) 入れ替え目的で入院した高齢の患者に対し、「スプーン一杯4ccの内服」を援助したエピソードを語った。

<G 看護師の語り>

患者は覚醒状態があまりよくないと思ったが、娘さんがどうしても(薬を)飲ませたいっていうのでジレンマを感じた。患者はCVC挿入が2回うまくいっていない状況の時であり、私は(娘の口調で)「なんで飲まないの、こうやってごっくんでしょう」という気迫に負けて、患者に内服させている自分がいて、娘さんの気持ちに同調できたけど、患者には苦痛を与えた(下を向いて語る)。

C 看護師は「なかなか難しいね」と言い、「娘さんはCVCが入らなかつたことがショックだったんでしょ」と付け加えた。「患者はドロージーな感じ(G 看護師)」であり、「娘はこれまで飲めたでしょうと感情的であった(G 看護師)」。C 看護師は「娘も今の状況に耐えられなくなっている」「患者も家族もほぼ主で考えることが大事」と語った。G 看護師は「患者が薬を飲まないとな娘は泣き崩れちゃうかもしれないと思って必死で飲ませた」と語った。

娘が薬を飲ませたい理由について「CVCが入らず、食事が進まない胃瘻をつくるという話が出ていて、娘さんは胃瘻を作りたくないと思っている」「本当につらい状況が混ざっていた時期」であることがC 看護師により語られた。「患者と娘は血縁関係にはないが、娘は患者を大切に思っで」おり「経過が長くどうすればいいか整理が必要な時期だった」とG 看護師は語った。これに対しC 看護師が「95歳のお母さんを楽にさせたいと思う気持ちと、少しでも元気でいてほしいと

いう気持ちの葛藤があるつらい時期だと思う」と言い「意思決定を支えてあげる人が必要では」と D 看護師が投げかけた。「午前中から夜の 8 時過ぎまで病院にいる姿から、患者が亡くなったあとの娘はどうなるのか (C 看護師)」との語りを聞いて、「お母さんとどういう生活をしてきたのか看護計画を立ててライフヒストリーを聞いたらどうか」と研究者が言った。「師長から(娘はこの病棟を希望されたと聞いた)」「どういう最期を迎えたいかという話の切り出し方はどうすればいいか」と C 看護師から投げかけがあった。研究者は C 看護師の表情が一瞬硬くなったと感じたため(参加観察記録)「ライフヒストリーを聞きながらお母さんが悪くなったときにどうしたいかふうな感じで聞いたらどうかな」と補足した。C 看護師は「本当は、どういふかたちにしようがいいかという話を常々しなきゃいけないと思っていた。なかなか聞き方というか、切り出し方が悩ましい状況下にある」と語った。これらの語りから「いずれ意思決定する時期が来るから、まずはどうやって二人で生きてきたのか知ると、支援の基盤になるかもしれない」と伝えつつ「娘にとってスプーン 4cc の薬は病気を良くするための安心できるケアだと思った」と研究者は語った。(このエピソードでは、スタッフが丁寧に娘の話を聴いていることが語られたため、多くの情報をお互いが持っていると感じた)。

このことから、「エピソードで語られた実践をチームで共有しているか (D 看護師)」という話題になった。「家族とのかかわりや情報をチームや多職種にどう伝えていくかいつも思う。一本化して伝えたい」と D 看護師が語ると C 看護師は「情報の一本化って」と聞いた。D 看護師は「家族はどう思っていて、どこまでやろうとしているかってこと」と答えた。C 看護師は「一本化というか、こうやりたいと思ったとき記録に残したり、朝のミーティングや隙間時間でこういうことを聞きたいと伝えている」と言った。G 看護師が下を向きながらぼつりと考えるように「・・・なんか、チームで同じ目標を持つって難しいですよ」と言った。C 看護師は「チームカンファレンスも大事だけど、今話したいときに聞ける環境が大事かな」と D 看護師と目を合わせながら「常々、病棟の課題だけど、ね」と語った。D 看護師は(そうだよね～というように)「ハイハイ」と相槌を打った。C 看護師が「ある患者はトイレでズボンを下すことができるけど、上げることはできないよねという情報を理学療法士に伝えたり、受け持ち看護師が評価してくれている。ありがたいなって思う」と語った。研究者は、(C 看護師は得た患者の状況を共有し、評価までしているが、その評価を次の行動までつないでいないことに気がつき)、「チームで行い評価もしていますよね。あたりまえにやっているけど患者をつないでいると思う。看護師が行った評価を C さんの次の行動にこういうようにつながったって、フィードバックはどうされているんですか」と尋ねた。C 看護師は「ふふ」と笑い、D 看護師は研究者の質問の意味が伝わったという感じで「あ

～、みんなに返しているんですか。こういう情報があったからこういうことにつながったって」と言った。C 看護師はおどけたように「なーにも言っておりません」と笑った。D 看護師は「そこ、フィードバックすると、確かに・・・“はっ”てしました」と言うと、C 看護師は再度「言っておりません」とおどけたため、会は笑いとともに盛り上がった。

D 看護師は「センサーマットなどは確かに、外すか外さないかで評価から次の判断や行動につながっている」と述べ、「退院調整を促進するには、その情報はここで役に立ったを意識すると変わるかもしれないね」と語った。C 看護師は「確かにここが役に立ったなどはなかったね」「センサーでできているなら、ほかのこともできると思う。センサーマットのように評価をフィードバックするとつながりが持てると思う。意識してやったらもっといい看護ができそう」と言った。研究者は「それによって、Cさんが大事にしていることも後輩に伝えられますね」と付け加えた。

これらの語りを終了し、病棟看護師はワークシートに「看護を語ることでの学び」と「次回までに実践すること」を記載し、会の終わりに病棟看護師は次のように語った。C 看護師は「退院支援とかみんなが評価して記録を残し、情報を取るのが当たり前な感じになっていた」「情報がどんなふうに関わったか、活用できたかをフィードバックすることで、チームとしての看護の質も上がることに話していて気づいたからみんなに返したい」と語った。D 看護師は「みんなが得た情報を退院調整にどう活かしているかをフィードバックすることで、看護師それぞれがこの情報を提供して良かったとか、ここに退院調整の楽しさや喜びがあると思ってもらえたらすごく楽しくなるんじゃないかと思って、実践に活かせる」「チームメンバーからももらった情報を、自分がその患者さんにちょっとでも活かしたことをメンバーにフィードバックしたい」と語った。G 看護師は「フィードバックですが、自分が例えば先輩から指導を受けたことですごく役に立ったことも、こういうことに気づけたとか、使えたと言えたらすごくチームとして良くなると思う」「チームの協力でも、後輩にこういうことを教わったからこうできたとか、こういうことをあなたが気づいてくれたからこうできたよとフィードバックできたらいいと思った」と語った。

4. 第3回看護実践を語る会

第3回看護実践を語る会は4月に行われた。開催時間は90分であり、語る回に参加したのは3名(C・D・F)であった。語る会を始める前にワークシートにこの1ヶ月の実践で「印象に残った場面」「その理由」を記載してもらった。

F 看護師は、受けもち患者が低血糖を起こす原因を見いだしたエピソードを語った。「重症筋無力症で1型糖尿病の患者が、前回入院時にインスリン注射を指導したが、低血糖のために二週間で再入院し、エレンタール®配合内用剤(以下、エレンタール)のコーヒー味が気に入り、食事を

とらなかった (F 看護師)」エピソードである。F 看護師は、第 1 回看護実践を語る会の「D 看護師の患者のいやだという理由をキャッチする」という実践を聞き、「これまで患者に理由を聴くことがなかったが、食事をしない理由を聴くことができた」と語った。「入院後、患者はご飯を食べないため、血糖コントロールが不良でいつまでこの状態が続くのかと思った」と F 看護師は、第 1 回語る会での D 看護師の「患者のくいやだという理由をキャッチする」を取り入れた」ことを語った。

<F 看護師の語り>

患者のこうやりたいと自分は看護師としてこうしてほしいという、持論を戦わせるこれまでの方法から、一回言って、引いて、時間をおいて同じことを言って、一緒に考える方法に変え、患者にご飯を食べない理由を聞いた。患者は、「ご飯を食べないとエレンタールが飲めるでしょう」「コーヒー味が気に入っている」とエレンタールが飲みたいために食事をしていなかったことを話してくれた。ご飯を食べない理由を理解した私は、患者と食事をとる大切さを考える時間を取った。その後、患者は私に「ほら、全部食べたでしょう」とサインを送ってくるようになり、食事を摂取し低血糖が改善した。

病棟看護師は「エレンタールが飲みたいために食事をしない」という患者の理由に驚きつつ、その理由を意図的に聴くことができた F 看護師の実践について語り合った。また、C 看護師が F 看護師に「この実践をチームに発信しているか」と聞いた。F 看護師は「自分がやっているのはいくらでもないちょっとしたこと」「発信できていない」と言った。病棟看護師は「患者にとって大切な事であり、発信することは大切」と語りあった。D 看護師は「F さんが先輩たちに相談することで、後輩が聞いていいんだと思えるよ」と伝えた。

これらの語り終了し、病棟看護師はワークシートに「看護を語ることでの学び」と「次回までに実践すること」を記載し、3 人は次のように語った。C 看護師は「些細なことと思ってもチームに発信していくことが大事だと思った」「話せる雰囲気づくりが大事だと思ったので、チームカンファレンスでは困ったことや悩んでいることがないか聴いていきたい」と語った。D 看護師は「自分の中で方針を決めてしまっていて発信していることがあるので、自分の意見を伝えつつメンバーの意見を聞くことをしたい」「人の意見に耳を傾け、具体的なことを聴きたい」と語った。F 看護師は「自分ではちょっとしたこと考えても、患者さんにとってそうでないことを先輩から聞くことができた」「漫然とどうしようかなと思う時や困っているときに、自分が発信することでみんなが気づいてくれる、せっかくのチームだから発信しようと思った」と語った。

研究者は、F 看護師による第 1 回看護実践を語る会での気づきを行動した語りから、ワークシー
トの基盤的な考え方である経験学習を理解すれば、気づきを行動することが促進されるのではな
いかと考えた。そこで、第 4 回語る会において経験学習について学習会を開催したいことを病棟
看護師に提案した。その結果、第 4 回語る会の冒頭で 10 分間程度、行うこととなった。

第 3 回看護実践を語る会では、看護実践を語る会が終了し、研究者が IC レコーダーのスイッチ
を切った時に C 看護師が第 2 回語る会の G 看護師のエピソードの患者と娘に対して「ライフヒス
トリーというか、患者さんのことを聴くことを実践してみた」と語りだした。研究者は許可を取
りもう一回 IC レコーダーのスイッチをいれ、病棟看護師も C 看護師の語りを聴いた。

<C 看護師の語り>

娘は胃瘻はつくりたくなかったが、セカンドオピニオンを受け、胃瘻を作る決心をした
が、在宅医の方針もあり胃管になり娘は悩んでいた。日々の受け持ちも 30 分は話を聴いて
いたが、私はセカンドオピニオンを受けて間もない時期に「受けてどうでした～」と娘に
声をかけた。話しをして誕生日の写真を見せてもらったりしているうちに“ライフヒスト
リーを用いて聞いてみたら”という話を思い出して、この流れの中で聞けるかも、話して
いるときに今だって思い、「結構、入退院を繰り返していますね」と話しかけ、「お母様が
お話しできた頃はどのような生き方をしたいか、最期はどうされたいのかお話したことあり
ますか？」と尋ねた。娘は、「最期は家で過ごしたいって言っていました。どのような風に生
きたいか、死にたいかまでは話していない」と言っていた。

また、違う日には、わかっているけど決められない日が続いていたので、そろそろ聴い
ていかないといけないと思い、患者は“全部娘に任せる”という情報も他の看護師から入
っていたので、傾聴の姿勢で、意思決定の支援ができるかなと考えて、「先生はなんて言っ
ているんですか」と聴くと娘は「先生は他の先生とぞろぞろ病室に来るので言えない」と
話した。私は娘と医師が話をしていないことをその言葉から知り、医師に「時間とって話
してください」と伝えた。医師は「IC を明日入れます」とすぐに対応した。医師によると、
胃瘻や胃管の話を娘にしたときに「パニックになる」と娘が話したため、「それなら待ちま
すよとなった」とのことであった。私は医師と娘がお互い待ちの姿勢になり、娘は「先生
から何も言ってくれない」と不満になっていた。停滞している時間をいつまで続けたら
いかチームで悩んでいたけど、あの時、話を進めなければと思い娘と医師に働きかけたこ
とで、意思決定支援につながった。

*註：エレンタール®配合内用剤：ほとんど消化を必要としない形の 5 大栄養素をバランスよく

配合した完全栄養組成物で、低残渣性・易吸収性の経腸的高カロリー栄養剤である。

5. 第4回看護実践を語る会

第4回看護実践を語る会の冒頭10分間で学習会を行った。内容は、これまで語られたエピソードを語りにも忠実に図式化して説明を行い、語られたエピソードから得られたことを実践していくことが経験学習であることを伝えた。

第4回看護実践を語る会は5月に行われた。病棟看護師は3名（G・E・F）であり開催時間は95分であった。語る会を始める前にワークシートに「印象に残った場面」「その理由」を記載してもらった。E看護師がパーキンソン病の患者が、廊下で家族とデイルームまで歩こうとしていた場面に出会ったエピソードを語った。

<E看護師の語り>

患者は、昨夜の夜から一人での歩行が可能になり、転倒のリスクがあり怖かった。廊下を歩きだした患者や家族を見たときに「どちらに行かれるんですか」と声をかけた。家族は「ほら無理しちゃダメじゃん」「本人が行きたがっていたから」と私の声かけにネガティブな印象であった。患者はやる気と自信がでていと申し送られており、“危ないからやめましょう”ではなく、“できるところまで歩きましょう”と腰が引けるときもあったがデイルームまで一緒に歩いた。私は、歩いているときには、患者はよくなったのよ、歩けるのよという雰囲気を醸し出していると感じたし、家族も「すみませ〜ん」と言って一緒に歩いたので、頑張らせたいのかなと思った。デイルームについたとき患者は「やったー」と言ったので「とろみ付きのビールで乾杯しましょう」と返した。本当に歩いて良かったなと思っていい時間が持てた。

この場面を受け持ちのF看護師が見ており、「何事かと思ったら患者が歩いていてEさんが対応していた」「いつも歩けるかどうかを気にする患者なのでうれしかったと思う」と言い、「自分は車いすを持って行ったかもしれない。危ないからというのではなく、できるときにできるように働きかけることが大事だと思った」と語った。C看護師もその場面を見ており「患者が歩くのをEさんが止めようとしたら、歩いてもらうように介入しようと思っていた」「Eさんがデイルームまで歩くのを見守り、患者と家族が喜んでいる姿を見て、ほほえましい場面だった」と語った。

一方、C看護師は「膝折れの可能性もあるとの判断」から「あのまま患者さんたちだけで歩いていたら転倒していたかもしれないから、ついたことはよかった」「転倒のリスク管理も必要な場面だね」と伝えた。E看護師は「今が、患者のやる気を損なわないことが大事な場面だと思った」

と語り「危ないと思ったら止める」と転倒のリスクについて話した。E 看護師は「C 看護師から患者のやる気だけではなくリスクについても考える、リーダーとしての姿を学んだ」と言った。F 看護師は「とうてい先輩のようなケアはできないと思った」が、C 看護師のリスクの視点を聴くことで、「自分はリスク面から場面を捉える傾向がある」「別の解答をもらった」と語った。

次にC 看護師はレビー小体病で、病態からバレリーナの足のように尖足気味になっている患者の歩行介助方法を作業療法士から支援を受け、実際に患者に対して歩行援助の方法をチームメンバーで共有した実践を語った。

<C 看護師の語り>

私がリーダーのとき、歩行につながる短期目標が上がっていないこと、理学療法士は歩けると記録にあるが自分の印象とは違うこと、看護師レベルで行う歩行援助ではないかもしれない気がついた。ステーションにいた理学療法士に「歩けるイメージではないが歩けるのか」と確認すると「歩けますよ」とのことであったため、すぐにその日のメンバー5名で患者の歩行援助の方法をリハさんに実演で教わった。本当にこんなに歩けるとわかり、リハさんの記録の評価を見るだけではなく、自分たちが見ている患者さんと乖離があるときにはなんでだろうと思い、理学療法士さんに返した場面であった。介助方法は教科書的ではなく、リハさんのほうがよかった。歩いているうちに歩行が遅れ、左足が内側に入ってくるから、介助者の右足を真ん中において左足をガードすると教わった。

F 看護師は「その患者はトイレまで歩けるとは思っていなかった」「つなぎを着ていたり、移乗も立位も難しく一人で介助するにはリスクが高いと思った。でもCさんの話を聞き、自分で限界を決めていたことに気がついた」と語ると、C 看護師は「ちょっとへたくそな感じですがとけがをしそうだけれども、筋力の回復のためにも病棟でできれば」と語った。E 看護師は「リーダーを行うことが多い年代」であり「看護目標の見直しや達成するためにチームを動かしていく方法が、自分には不足していると思った。リーダーとしての具体的な方法を学んだ」と語った。

理学療法士とその日の勤務している看護師で、患者の歩行を支援したことによる患者の反応を研究者が聞くとC 看護師は「本人は“でしょ”みたいな感じで“歩けるわよ”って笑った。その場にいた看護師全員が歩けるって思っていなくて、喜びの誕生だった」と笑いながら語った。

これらの語りを終了し、病棟看護師はワークシートに「看護を語ることでの学び」と「次回までに実践すること」を記載し、病棟看護師は会の終了時に次のように語った。F 看護師は「患者の立場、家族の立場、看護師の立場がそれぞれであって、その中でベストな判断ができればいい

と思った。Eさんのエピソードは歩けたけど、危ないようであれば車いすを持ってくるなど、支えになれるように何ができるかを考えたい。患者の思いを意識してかかわっていきたい」と語った。E看護師は「私のエピソードはデイルームまで歩けたけど、C看護師は理学療法士さんの専門性を活用していた。この病棟はそれができるから実践したい」「患者さんのやりたい、できたというポジティブな感情を損なわないかかわりをしたい」と語った。C看護師は「評価を見直して疑問に思ったら」「チームとして他職種にわからないことを聴いて、患者さんのより良い状態を目指すことが大事だと思った」と語った。

6. 第5回看護実践を語る会

第5回看護実践を語る会は6月に行われた。病棟看護師は3名(D・E・F)であり、開催時間は90分であった。語る会を始める前にワークシートにこの1ヶ月の実践で「印象に残った場面」「その理由」を記載してもらった。

D看護師は「実践しながら実践知の場面はないか探していた」と語りだし「語る会でいつも研究者が実践知を見つけていて自分でも見つけてみたいと思った」と「脳神経外科医から看護師は下剤の選択をどのような根拠で行っているのか尋ねられ、看護師が答えている場面」を語った。

<D看護師の語り>

医師に下剤の選択をどのように判断しているのか尋ねられた看護師は「患者の排便間隔、便の硬さ、自分で出せるかなどで判断している」と言った。便と下剤の使用の判断はマニュアルがなく、その患者にそって看護師間で語り継がれているため、実践の知識だと思った。後輩から「何を見て下剤の量を決めたらいいのか」と質問を受けることがあり、いつも困っていたが、この患者の場合はこの排便の間隔だし便の観察をしていると伝えられる。こんなに便が緩いのに下剤がいったんだと思ったら、3日出ていなかったことがある。

F看護師は「この患者はいつも(便が)出ないけど、下剤をやめたらまたでない日が3、4日続くし、下剤の量を増やすとじゃっと出る。自分の知識の限界があり先輩に聞く」「栄養剤でも、私はいいと思って先輩たちはこれは〇〇に特徴的なんだよね、だからこれとこれを処方してもらってと言いへえ〜と思い、私とは違うと思った」と語った。D看護師は「そう、私はこう思うからこうだよねって言って、他者もそう思うって共感が得られるとこの人と同じ感覚だって思える」と語ると、E看護師は「これが知識の受け渡しのような気がする」と語った。このエピソードを相互に語るうちにD看護師が「患者によって薬の管理方法も違うから頭に入れている」と語った。

<D 看護師の語り>

下剤の調整は絶対にできないと思っていた患者に、毎日、「今日はこの柔らかさだったからどうしますか」と話すことで「ピンク一粒でいい」と下剤の選択や飲むタイミングや量を自分で決められるようになった。患者に関心をもって関わり続けることで、セルフケア支援につながったと気がついた。看護実践を語ることで下剤を渡すという業務から、患者が自分で下剤を調整できたというセルフケア支援であったことに気がついた。このことは収穫である。

病棟看護師は「関心を持って患者に関わることは大切」「下剤のやりとりはお互いの知恵を交換している」と語った。「今後は排便コントロールを経験の少ない看護師に伝えたい。面白いって思えたらいいな」とD看護師は語った。次にE看護師が語りだした。

<E 看護師の語り>

低血糖で入院した患者にインスリンについて退院指導を行った。退院日にインスリンを打ちに行くと、患者はインスリンを打たないでご飯を食べようとしていた。私は今日、退院なのに、えっと思ったが、自分は患者になにをしていたのかと思ったら、笑ってしまった。師長から失敗したときに怒ってはいけないと教わり、一緒に考えようというスタンスになったことを思い出し、自分は受け止めるスタンスを持っていると気が付いた。患者が血糖値が42 mg/dl のときに、ブドウ糖を舐めてからインスリンを打ったことを思い出し、患者の血糖値の認識があいまいであり、もう一度確認すればよかったと家で振り返った。

E看護師の「笑ってしまった」を病棟看護師は「それって学会の講演で聞いた、デタッチメント、ネガティブ・キャパ・ケーパビリティだね」と語った。E看護師は「後輩がプライマリっらいて。それは一生懸命しているからだ」「でも、“面白い”で言葉はいいかわからないけど、俯瞰してみる、面白いという視点を持つと、心の負担が減り大事だなと思った」と語った。D看護師は「笑えたところがすごい」と捉え、「面白い大切さ」と「振り返ることでその人に合った方法を取り入れようとしている」と語った。「面白い」の語りから、F看護師は「面白いのは自分にとって新たな視点」「自分の課題は患者さんの失敗などを怒らないで、一回立ち止まって考えること。意識してやるだけで変わるのかなと思った」と語った。

F看護師は「第4回看護実践を語る会のC看護師の歩行介助のエピソードを聴いて、自分も限界を決めないで、できることがあるのではないかと思い実践した」ことを語った。第2回語る会

の重症筋無力症、1型糖尿病で低血糖の患者が「インスリンボールを避けてインスリンが打てるようになった」エピソードであった。F看護師は「インスリンを打つ部位のローテーション表を用いるときに持論のある患者と相談し、患者が自信を持って部位を変えてインスリン注射を打てるようになった」と語った。「工夫をしてローテーション表を患者と一緒に考える」ことは、「第1回語る会のD看護師の処置の方法を工夫する実践から学んだこと」であり、E看護師が「患者が楽しそうにローテーション表を用いてインスリンを打っている」とフィードバックを返した。「再入院の目的は低血糖ではないため、低血糖は阻止できた」とF看護師は語った。

これらの語りが終了し、病棟看護師はワークシートに「看護を語ることでの学び」と「次回までに実践すること」を記載し次のように語った。E看護師は「自分が経験したことを振り返ることによってそれが知識として定着するとか、自分のしたことの意味を考える場となればいいなと初回に思った。だけど、今日、思ったのは、他者の経験をゆっくり聴くことで、自分の気がつかなかったポイントを学ぶことができるから効率的。自分では気がつけない部分で、他の人が気がついているところを聴けて良かった」と語った。F看護師は「私の課題はすぐに怒っちゃうところがあり今年の目標にもしていた。患者の失敗も怒らないで“おもしろがる”“楽しんでやろうとする”話を聴いてできるのかと思ったが、まずは自分で怒りを表さないで一回立ち止まって考える、意識してみると変わるのかな」と語った。D看護師は「患者の失敗を失敗ととるのかその人の一つの行動ととるのか、どうしてそうしたのかを考えることで自分の行動が変わる」「“おもしろがる”ことで一呼吸おけるし、次は自分はどう行動したらいいかを考えられる」と語った。

E. 病棟看護師5名の気づきと行動

ここでは、5名の病棟看護師について参加動機、看護実践を語る会での気づきと行動したことについて述べる。

1. C看護師の気づきと行動（表3-1）

a. C看護師の参加動機

C看護師は30歳代前半である。部署では「リーダーが多く（後輩の話を）聞く側になっている。自分の看護がすぐに出てこなかったりする。最近、良いこととか嬉しいことが続いたので、その内容は話せると思った」「（語る会に参加することで）後輩が大事にしているものが聞けたり、自分が投げ掛けてきたことが伝わっているか聞ける」と語った。また「カンファレンスは重要な患者の話をするが、重症にあがらない患者や理学療法士との情報共有が課題」と語った。

b. 悩んでいたときにライフヒストリーを伝えてもらい実践した

第2回看護実践を語る会においてG看護師は患者より家族の意向を優先したエピソードとして、スプーン一杯4ccの投薬を患者に行ったことを語った。この語りでは家族である娘への対応に「経過が長くどうすればいいか整理が必要な時期であった（G看護師）」「お母さん（患者）が亡くなったあと娘はどうなるのか」というC看護師に対し研究者は「ライフヒストリーを聞いたらどうか」と伝えた。伝えた後、研究者は「C看護師の表情が曇り余計なことを言ってしまった」と参加観察記録に記述した。C看護師は「本当はどうしたいか話をしないといけない」と語った。

第3回看護実践を語る会が終了した後、C看護師は「実はライフヒストリーを（家族に）聞いた」と話し出した。再度ICレコーダーのスイッチを入れC看護師の語りを病棟看護師とともに聴いた。C看護師は「どういう後押しができるか悩んでいるときであった」と次のように語った。

<C看護師の語り>

どういう後押しができるのかと悩んでいたときで、ライフヒストリーの方法があると分かったので聞いてみた。長年介護をしてきてくださっていたご家族だったので、患者が元気でお話もできていたころ、毎年春はこう過ごしていると話してくださいました。私たちから見ると年だし十分に頑張っているから、これ以上医療処置はしなくてもいいんじゃないかなと思っていたが、もう1回お母さんと一緒に季節の行事を過ごしたいからなかなかシビアにはいけない、あきらめきれないという感情もあるのかなと思った。

C看護師に娘の反応を尋ねると「娘は携帯電話の写真を見せてくれながらずっと語って、80歳のときはこうだと楽しそうに話されていた」「シビアな話が続いたときで、楽しい話題もできて良かった」と語った。「娘とお母さんの一対一の関係でしかないのかなと思っていたが、患者が亡くなる時近所の人と一緒に付き添っていた姿を見て、周りでサポートしてくれる人がいたんだなとすごく安心できた」と語った。

また、G看護師について「同じチームの中でも私が関わるよりも一生懸命関わっている。私が知らない患者の様子や反応も聴けた。自分とは違う感性、考えがあると思った」と語った。

c. 「発信できない」ことに驚き何でも言えるチーム作りが必要だと気がつく

F看護師が低血糖を起こす原因を見出したエピソードでは、患者の理由を聞いたことを認めながら「発信できないものなのではないでしょうか」とC看護師は尋ねた。C看護師は「患者はチームの中で協力したり、意見をもらいながらやらないと難しいケース」であり、「F看護師が発信していないことや相談するかどうかで迷っていることに驚いた」「確かにそのとき重いケースとか、話し合いをしなきゃいけないケースが続いて起こっていた。でも、その中だからこそ患者への看護の方

針が違くと、最終的に不利益になるのは受け手の患者側になるので、そういうときこそ何でも言える環境というかチームづくりが必要かなと思った」と語った。

d. 「困っていることはないか」と後輩が話せる場をつくる

C 看護師は終了後インタビューにおいて「チームカンファレンスはいつも流れて」いるなかで「自分がリーダーに当たったら、何か困っていることはありますか？と（後輩に）投げ掛けるようになった」と語った。また、看護実践を語る会に参加することで「ポジティブな内容や良かったこととか、これを言われて嬉しかった、普段私はこういうことを患者にしたんだよ、へえ、みたいな感じの内容はなかなか言わないし話に上がらない。こういうことがあって嫌だったという流れならあったりする」と語り、「前よりは、いろいろな出来事を考えるようになった。ネガティブな事例が続いたとき、よし悪しはつけられない出来事が多いので、私はこう思っているんだよと発信して、それがチームの方針になるときもあれば、私が気持ちの整理をつけなきゃいけないこともある。流してしまっていた出来事も、本当に良かったのかと思う視点ができる」と語った。

2. D 看護師の気づきと行動（表 3-2）

a. 参加動機

D 看護師は 30 歳代前半であり、看護師経験は約 10 年である。現在の部署の経験は約 2 年である。D 看護師は看護実践を語る会に 4 回出席した。

D 看護師が看護実践を語る会に参加した動機は「普段看護を語る場面が少ない」と感じ、「ほかの人が大事にしていることを知りまねしたい」「マニュアルどおりにしても、なかなか習得できないのは何でだろう」と語った。「過去に先輩看護師から退院調整時にこの人はどういう人なの、今まで家ではどんなふう振舞っていたのと指導を受けた」「ああ、そういうことを取り入れるんだと納得できる」「マニュアルどおりにやっても個々が違うから、全然違う項目を考えなきゃいけない。その人の家のことを聞いてこれでもかというぐらい想像して、先輩に助けてもらって、どんなふうやったらいいかをまず考えて実践し本当にできたときに嬉しかった」と語った。

また、「看護の良さを実感しながら仕事をするに憧れて看護師になったのに、業務をこなすことが目標になってさみしい」「大切にしている看護はその人らしさ。（患者の）行動が頭の障害からなのか、習慣か生き方なのかに興味がある」と語り、「こういう話は語らないと出てこないから、病棟看護師の話を聴きたい」と語った。

b. 実践を語ることで経験知が上がる感覚を得た

D 看護師は第 1 回看護実践を語る会において〈患者の思いをキャッチするエピソード〉を語り合うことで「経験知があがる感覚を得て」いた。「多発性脳梗塞(小脳)の皮膚生検後の患者でステロイド使用中であり、生検部位の清潔を保つために、シャワー(流水)での創洗浄の指示」が医師より出ている。D 看護師は「患者が寒いからシャワー室では嫌だと言ったためベッドサイドでの洗浄を行った」「シャワーでの創洗浄を唯一の方法ではなく、工夫して行うことができたことと、医師、看護師、患者の 3 者が良いとする方法の選択と其中で患者が選ぶことができるようにすること」を語った。D 看護師は「自分は患者の前で立ち止まることができていなかったかもしれないが、「こういうふうに行っているという具体的に行ったことを語ることによって、ちょっとずつ自分の経験知があがるように感じて充実した思いになった」と語った。

c. 患者の言葉の意味を考えることを忘れていたことに気づく

E 看護師は胃瘻から「薬を入れないで」と患者に言われたエピソードを語った(第 1 回看護実践を語る会参照)。D 看護師は終了後インタビューで、E 看護師の語りが印象に残ったと語った。理由は「E 看護師が患者の“薬を入れないで”との言葉にとどまりその意味を考えていることが、自分にとって忘れかけていたことだった」と感じ次のように語った。

〈D 看護師の語り〉

嫌と言われてもお薬だから入れるけど、嫌と言われてたときに、嫌ですかと、留まったところが印象に残った。忘れかけていたなと思って、自分が、嫌と言われてたらそうだよ、嫌だよ、確かにこんな薬を入れられて嫌だよ。しかも、病気によって、喋れなくなり考えられなくなった人が薬を見て嫌と言った。そのこと自体が“どういうことなんだろう”と E さんが考えたのが、今、自分が失っていたものじゃないかと思った。自分はスルーしているが E さんが受け止めているのを聞いてとても印象的だった。

D 看護師は看護実践を語る回終了後にワークシートに、今後実践することとして、「相手が発する言葉や態度の意味を考える。患者の味方になる気持ちをもって接する」と記述した。

d. E 看護師の語りから得た気づきを行動し後輩に伝える

D 看護師は E 看護師の実践から得た気づきを行動に移したことを語った。「体位変換の場面」であり「自分がパッと見た感じと患者が思うことは全然違うという意味を考えた」場面であった。

〈D 看護師の語り〉

今も E 看護師から得た「患者の言動の意味を考える」テーマは崩していないですね。ある患者の体位変換をしたときに、患者が「体がよじれている」と言った。私は大丈夫って

思い左側臥位がきちんととれているのに、どこがよじれているんだろうと思った。どこがよじれているのか言葉の意味を考え聞いてみると、患者は「腰がキュッと出ている感じがよじれている」と言った。自分がパッと見た感じと患者が思うことは全然違うなど。なぜなんだろうとつなげて話を聴き意識している。今、流しちゃ駄目なところだと。

D 看護師は、患者の体のよじれが、どういうことを意味しているのかを考え、患者に確認して、再度、体位変換を行ったこと活かし、後輩看護師と体位変換を行ったことを語った。

<D 看護師の語り>

ある日、ナースコールが何回か鳴った。後輩看護師に聞くと「患者が何回も同じことを言うけど言われたとおり体位を直した」と言った。「ふうん」と思いベッドサイドへ行った。患者は「本当は角度も調節してほしかったし、服のちょっとしたしわも伸ばしてほしかった」と言った。私は「実際はこうだったよ、どういうふうに聞いて体位を直したの？」と聞くと「いろいろ言われたけど最終的に体位かなと思った」と対応していなかった。そこで、おむつ交換の後に後輩看護師と一緒に患者の思いを聴いた。患者は「おむつの当て方が浅くもうちょっと上なんだよ、自分のすっきりする場所は」と言った。「体位を変えてくれ」と言っているけど、本当は「体位を変えてくれ」の中にも「しわを伸ばしてくれ」や「おむつの位置を直してくれ」とちょっとしたことがまとまって「体位を変えてくれ」になっていることをその場できちんと後輩に伝えられた。「もうちょっと細かく聞いたら、3回のナースコールを1回にできたね」と言うと、後輩は「確かに」と言った。

e. 気づきをチームリーダーに伝え退院調整を二人体制に変更する

第2回看護実践を語る会では、看護師たちが行ったことにフィードバックを行うことになった。D 看護師は「退院調整の二人体制への変更は、フィードバックという第2回語る会から発展した。語る会のおかげだった。できていることを返すというおかげ」と退院調整を二人体制に変えたことを語った。D 看護師は「チームリーダーと、退院調整をどうしたらいいんだろうねと話をしたときに、メンバーはやり方が分からないのと自分の実績や成果が見えないからやる面白さや嬉しさ、患者のためになっている充実感がないのか」と話した。「語る会でのやり取りを（チームリーダーに）伝え看護師がやれたことを伝え返すのが、今できる一番簡単な方法」と相談し「退院調整の受け持ちを二人体制に変更」した。チームの課題として「カンファレンスのときに担当者がいないから分からない」ことが時々起こり「これはまずいとリーダー間で話して」いた。「二人体

制に変更するねらいを話し、やったことをメンバー同士で返せるように考えた。返すことで“これはいいね”と認証でき、ここまでやっているよと伝え合える仕組みを作ろうとなった」と語った。「相談相手の看護師に語る会での“発信”についても伝え（第3回語る会）、Fさんもこう言っていて、こういうやり方がいいと思うと伝えた」と「語る会でのやりとりがきっかけになった」と語った。

f. 看護師と気づきを伝え合い退院調整を進める

D 看護師は、退院調整を二人体制にしたことで看護師が相互にやり取りする環境になったことを次のように語った。

(1) リーダー看護師同士が気にかけて話す

退院調整を二人体制にして、「先輩看護師は気にかけるようになった」「リーダー間でのやりとりができる」ようになり、「リーダー看護師同士、リーダーと後輩とのやりとりができ意識しながら退院調整を促せる環境になった」ことが語られた。「チームでの課題であった一人のやり方で一人走りすることが改善した」ことが語られた。

(2) 後輩看護師が先輩看護師が気づけていなかった退院調整の視点を伝える

D 看護師は「やっている人がいないときに誰もそこを代われる人がいないのはよくない」とリーダー同士で相談し「ペアの看護師にメインの受け持ちを任せ」、「先輩がサブで付く体制に修正」した。「先輩がやってきたことがそのまま後輩に伝達できる」「ペアの後輩は先輩が気づけていなかった視点を伝え」ており、「二人の看護師の知識を寄せ集めながら退院調整を進めている」と語った。このことで「サマリーを書くだけ」から「どうしたらいいかをやりとりする場面が見られる」ようになった。「自宅に帰るために安全に歩くにはどうしたらいいか、薬の管理を自分でできない人にはどうやって協力を得たらいいのかと先輩に聞き、先輩からは“ここまではできるから作業療法士に相談してみよう”と意見がもらえ、相談しやすい環境になっている。私も“ちゃんとできていたよ”とフィードバックできるようになった」と語った。

また、このような状況を、「1年ぶりに復職した看護師が、1年たって帰ってきたら、すごく退院調整を頑張っていると言ってくれた」「スタッフからも“記録が充実した”“普段のカンファレンスや朝のミーティングで、この人は家に帰るのに準備が進んでいないのではないか”と気づきが出るようになった」と語った。D 看護師は「これまでは若い看護師が、退院調整のやり方が分からないから進まなかった。先輩とペアを組むことでアドバイスをもらい、なにをすればいいかがわかり、やってみようという気持ちになっている」と語った。

g. 日常のケアの場面で患者と看護師の関わりを意識して聴く

D 看護師は語る会に参加することで、「看護実践を語ることを推進することを（以下、語りの推進者）をすごく意識している」と終了後インタビューで語った。「実践ではある技術に習熟してなくても、忙しくてやらざるを得なくて失敗することもあるが、その看護師のできているところを探して自信を取り戻すこと」が「自分の役割であり、語る内容を探したり看護師の実践に関心を持ち肯定的に関わり、他の看護師の大切にしている看護を共有し、自分の看護の価値を見いだす」と語った。「語る内容を探す」ことは「語る会に向けてエピソードを探しながら歩いたり、ちょっとおもしろいぞと思ったことや、困ったなと思ったことを語る」ことであった。「看護師の実践に関心を持ち肯定的に関わる」ことは「肯定的なフィードバックを行ったり、患者とどういう関わりをしているか意識して関心を持つこと」であり「具体的には実践できたことをできたねと返すことが、今できる一番簡単な方法だと共有している。相手に伝わるように話し、同じ患者を見るときどういふところを意識しているか関心を持つ」と語った。「病棟看護師の語りを聴く大切さが理解でき、日常の場面でも看護師の話聞くようになった。例えばカーテンの向こうのやり取りを意識して聴き、こうやっているんだ、と思う」と語った。

3. E 看護師の気づきと行動（表 3-3）

E 看護師は 20 歳代後半であり、経験年数 5 年である。語る会には 3 回出席した。

a. E 看護師の参加動機

E 看護師は語る会への参加動機として「師長にすすめられた」と前置きし「これまで看護をしているという実感が持ちにくかった」と語った。それは「日々の業務を滞りなくやらなきゃいけないという思いが強い」「仕事だからしなきゃいけないのは当たり前のこと」との思いがあった。

E 看護師は「実践したことは自分ではわかりにくい」「ある患者さんへの声掛けもどういふ声かけが良かったのかは振り返ってみないと分からないから参加した」と語った。

b. 転倒のリスクを考えていなかったことに気がつく

ここでは第 4 回看護実践を語る会における E 看護師の気づきに焦点を当てて述べる。第 4 回看護実践を語る会で E 看護師はデイルームまで患者と歩いたエピソードを語った。このかかわりを見ていた C 看護師は「心温まる場面」と語り「途中で膝折れなどが起こる可能性があったからリスクにも目を向けないとね」と伝えた。E 看護師はこの時の気づきを次のように語った。

<E 看護師の語り>

F さんがリーダーで申し送りを受けていたので「歩いているよ、危ない危ない」と思った。（語りのときより声が大きくなっている）。家族は「行けるね～」と言っていたが、私がひと声かけた瞬間にはっとして「(歩いたら) 駄目だったんだ」ってなった。・・・患者は

ADL をあげる段階でここでだめだっていうとやる気がなくなると思った。家族の前でできない自分を見せたくない人もいるし、調子のいいタイミングを逃したくないと思った。

結果的に安全にデイルームまで行けたからよかったけれど、歩行が安定していたこともあってお部屋の前で患者に出会った瞬間の私の思考の中に転倒のリスクはまったく浮かんでなかった。自分の足りない所に気づけたという面白さを感じた。

C 看護師は「膝折れのリスク」について語ったことを次のように考えていた。

<C 看護師の語り>

単純に本人の希望どおり付き添って歩いていくこと自体は良いことだと思うんですけど、部屋の前だったので、デイルームだと 50 メートルぐらい距離があった。途中で疲れてしまったという可能性もある。車いすと一緒に持っていけば、転倒の危険もなくなるんじゃないのかなと思った。患者の希望に沿うことは大事だけど、起こりうる可能性は考慮して安全上の対策を持った上でやる必要があるのかなと。

c. C 看護師のリーダーとしての気づきを学ぶ

C 看護師はレビー小体病の患者のトイレまでの歩行のエピソードを語った。看護目標の長期目標と短期目標が合っていないこと、理学療法士の「患者はトイレまで歩ける」という記録と C 看護師の「歩けるとは思えない」現状があり、患者を介してスタッフと理学療法士から介助方法を学んだエピソードであった。C 看護師は「患者の長期目標に歩行でトイレに歩くことができるとあり、私が見る感じでは患者はトイレまで歩けるとは思えない。短期目標に“一日一回トイレに座ることができる”とあったが、歩行につながる短期目標が上がっていなかった」と語った。この語りを聞き、E 看護師は「チームで決めている目標だから、その目標をめざしているんだ、なるほどなあって思っちゃう」と語った。研究者は「C さんはなぜ、長期目標と短期目標が合っていないことに気がついたのですか」と尋ねた。C 看護師は「目標は達成しないと意味がない・・・やらないと意味がないと思う。それに研修企画などを通して目標の意味など知っていたから」と答えた。E 看護師は「C さんが気がつかなかったらそのままの目標だったかもしれない。リーダーはこうでなくてははいけないと学びました（笑い）」と語った。

d. リーダーとしての新たな視点に気がつく

C 看護師は理学療法士の「歩ける」という記録があるが、「歩けるとは思えない」ため「理学療法士に介助方法を確認」した。

<C 看護師の語り>

私には歩けるってイメージがないので、「歩けるんですか」で聞いたら「実用的な歩行ではないけど歩けますよ」って教えてくれた。「歩行介助を教わろう」ってみんなに声をかけた。確かに二人介助ぐらいのレベルで、スタッフも歩くのをお手伝いしたいからやらせてと、患者に協力してもらい5人でやり方を教わった。「本当にこんなに歩けるんだ」「すごいね」って、患者と喜びを分かち合った。理学療法士の評価を記録上で見るだけではなく、私たちとは乖離があることもあり「なんでだろう」と実際の姿をみなきやと思った。

この語りを聴き E 看護師は「私一人だったら考えが至らなかったなあって」「患者の最大の能力の確認を理学療法士としたことがすごい」「実際に（患者に）どういうことをするのかやっているのを見たことないから、なるほどなって思った（笑い）」と語った。E 看護師はこの時のことを終了後インタビューで次のように語った

<E 看護師の語り>

C さんとは別のチームで、同じ日に同じカンファレンスを別の患者さんで実施している。C さんの語りを聴いて、リーダーとして勉強になるなと思い、今後のカンファレンスや日々につなげたいなと思った。単純に新しい視点を得られたことが楽しかった。

e. C 看護師の語りからの気づきを意図的に行動する

E 看護師は「退院支援や日ごとのカンファレンスで主体的に動いたり、長期目標、短期目標のところは考えるようになった。意図的に C さんの語りを参考に実践することがある」と C 看護師の語りから得た気づきと行動を次のように語った。

E 看護師は「その患者は絶対に在宅に帰ることが決まっていたため、どう介入していこうかと後輩と一緒に考えた」「後輩はどう進めたらいいか分かっていなくて、何が足りなかったかねと終わってから一緒に考えた。うまくいかなかったため、違う受け持ち患者で家に帰る人がいるから次は頑張ろうねとなった」。

次の退院調整で同じ後輩に「長期目標、短期目標をこういうところを目指したほうがいいと伝える」と「後輩はこう考えているんですけど、どう思いますかと返ってきた」ため「一緒に考えて目指すものを明確にすると、後輩が考えてチームでできるようになった」と語った。「後輩は1回目はアセスメントが足りなかったと落ち込んでいたが、2回目は無事にできてよかった」と語ったため、「この変化はなぜ起こったのか」と研究者が尋ねると E 看護師は次のように語った。

<E 看護師の語り>

(C さんから) 引っ張っていく力をすごく感じた。目標の設定の仕方はもちろんですけど引っ張っていかなくゃ、みたいなところを実践するときに思っていた。考えないと自分がやったというふうには思えないんじゃないかと思うので、こういうふうな方向でどう？みたいな感じで、後輩が考える余地を残しながら引っ張っていくのはどうしたらいいんだろうなと考えた。自分の練習じゃないですけど、後輩についてフォローして一緒にやるときの勉強になった。

C 看護師は E 看護師を「E さんは経験年数で言えば中堅ですけど、チームの中でベテラン並みにプライマリの役割をしている。患者のことで何かあれば率先して意見を出す。チームで決まったことを合わせてやり、普段からよくやっている」と語った。

4. F 看護師の気づきと行動 (表 3-4)

F 看護師は 20 歳代半ばの 3 年目である。看護実践を語る会には 4 回出席した。

a. F 看護師の参加動機

F 看護師が看護実践を語る会に参加した理由は「経験年数の違う年代の看護師の考えを聞きたい」であった。「自分はこう思っても他の人から見たら、こっちがいいんじゃないかといろいろな考え方があるのでその視点を学びたい」「自分が直接、経験していないことを、他者の語りを聴くことでどうすればよかったのか考える機会にしたい」と語った。また、日々の実践で「退院後になどようになってほしいか患者や家族のお話を聴く」が「患者への直接的なケア、たとえば、トイレの介助だったり食事の介助を優先し、患者の希望などをリーダーと共有しようと思っても、後回しになってしまうことが自分の課題である」と語った。

b. 患者に理由を聞きケアの方法を変える発想がなかったことに気がつく

第 1 回看護実践を語る会では D 看護師による患者の嫌だという信号をキャッチし、工夫して創洗浄を行ったエピソードが語られた。この時 F 看護師はほとんど言葉を発することがなく、D 看護師の語りと病棟看護師のやり取りを聞いていた。F 看護師は「D 看護師の語りは 4 回参加した中で一番印象に残った」と次のように語った。

<F 看護師の語り>

処置をしないといけない患者が寒いからしたくないと言った時に、蒸留水を温めてベッドサイドで行うという工夫がすごい。自分は 3 年目で指示通りに行うことに一生懸命で、D さんのようには思いつかない。D さんはシャワーが寒くて嫌なら暖かい場所で蒸留水も

温めて、水の受けはこういうものも使えると工夫していた。これが私が学びたかった選択肢が増えることだと思った。経験が積み重なっており、先輩の経験から学べる。

c. 自分にも行なえていることがあることに気がつく

第1回看護実践を語る会の途中、D看護師に対し「患者が創洗浄をしたくないと言ったときに、大事にしていたことは何か」と研究者が問いかけた。D看護師は「・・・なんだろう」と考えながら「いやって言われたときに、やらなければいけないときもあるし、みんなどうしているのか」と投げかけた。F看護師は「自分にはDさんのようにできない」「検査に行こうとしたら待つてほしいという患者がいた。あれっと思って理由を聞くと“車いすにもう少し乗っていたい”と言った。“何時に来ますね”って待ち合わせみたいに時間をおいた。すると“待つてもらえてよかったよ”って言ってくれた。検査はいやじゃないけど今ではないというタイミング」と語った。D看護師は「それも理由を探るだね」と返した。この時のことをF看護師は次のように語った。

<F看護師の語り>

Dさんが創洗浄の工夫を話しているとき、それをやるタイミングがあると気がつき、自分もやっていることがあると思った。その検査はいやではないけれども、今ではない、じゃあ、今はどうしてだめなのか、理由を確認して、じゃあ、時間をずらしましょうと代替案を出すことができた。それで、語ることができた。

d. 患者の理由を知ろうと意図的に行動しケアの方法を変えた

第3回看護実践を語る会はF看護師の語りから始まった。F看護師は受け持ち患者で重症筋無力症と1型糖尿病があり、今回は低血糖で入院、2週間で退院した患者へ意図的に関わった実践を語った。F看護師は「エレンタールが始まると食事も食べないため血糖コントロールが悪くなる。低血糖がなかなか改善せずいつまでこの状態が続くのか」と「血糖コントロールの見通しがつかない」と思っていた。F看護師は「なぜ、ご飯を食べないのかという疑問もあって、患者に確認しなくちゃと思っていた。低血糖の説明をしても“いや、飴をなめれば治るから”と持論があるため、患者の話を聴いても（不利益がない程度に）流していた」と語った。患者は「1型糖尿病でインスリンをやってきたという自負があるけど、認知機能も落ちているから自分に関心あるところとそうでないところの差がある（C看護師）」状態であり、「インスリン注射を始めるとそれに固執し今度はトイレに歩かなくなる（F看護師）」という特徴があった。F看護師は「第1回目でDさんから患者さんの断わる理由を聴く語りを聞いたので、朝、時間がなかったけど患者

と話す時間を創った」「前回（の入院時）、あんなに食べていたのに今回（の入院では）どうしたのって、心配だよと伝えるところから関わった」と語った。F 看護師は「患者がご飯を食べないため“血糖コントロールがうまくいっていないから、まずは食事を食べるのが課題です”と話し、“なんで食べないのですか”と聴いたら、患者は“食べる気はあるけど食事が気にいらぬ”と語った。」「こっちが“こう思っている”と言っても、患者は“違うふうに思っている”と言うこともあり、（お互いの）持論がぶつかるため、今回は、一回引いて時間をおいて、また同じ事を言ってと繰り返した」と語った。すると、「食事をとらない理由を“エレンタールのコーヒー味が気に入っていて、食事がすすまないと飲めると思っていた”と語ってくれた（病棟看護師：感心したふうに「ふ～ん」とうなずく）。F 看護師は「理由を聴いて患者なりに考えている」と思い「“エレンタールは病気によるものだからずっと飲めないんです”と説明を行うと“ご飯をちゃんと食べるから見ていてね”って言ってくれた」「食事の時に“食べれるだけでいいですよ”って言ったら、全部食べ、“頑張ったでしょう”と合図を送ってきたので“すごいね”と伝えた」と語った。そのうえで“ご飯をきちんと食べることを続けて、血糖をコントロールしないと家に帰れないから頑張ろう”と伝えた」と語った。F 看護師は「違う日にも夕食後に薬を持って行くと“今日も全部食べた”ってうれしそうに言い、その後も全量摂取をしている」と語った。

F 看護師は「患者が食事をとらない理由を意図的に聴く」行動をとり、「患者なりに考えている」ことを理解して、「エレンタールや血糖コントロールの目的を伝え患者が食事をとる」ことにつながった。また、患者が「（食事を摂ることを）がんばったという合図を送ってきたタイミング」で「食事をとる目的を伝え」た。F 看護師は語る会でその時の思いを次のように語った。

<F 看護師の語り>

患者の主張が強かったり、聞き入れてくれないときに説明しても“わかった”って流されることが多かった。患者と話していて、そういえば、患者がなぜ、そうするのか理由を聞いてなかったなあって気がついた。患者の行動には何か理由があるからそれを理解することが大事。時間がなくてもどういう状況にあるのかを聞くことで、患者を理解でき治療につながっていくのかなって感じた。患者の安全や看護につながっていくことを感じたエピソードだった。

F 看護師の語りについて C 看護師は「その話に至るまでいろいろな話を聴いたんだね。こちらが聴きたいことに答えてくれない患者も多いからがんばって話しを聴かないと、（患者の理由に）たどり着けないよね」、D 看護師は「ふだん、流してしまうような話だけどエレンタールよく受け

止めたなって思うよ。患者の話を聴いてその一回でご飯を食べてくれるようになったのはすごいよね。Fさんのエピソードを聞いていて、患者の話とかみ合っていると思った。食事がすすまない理由が、本当はエレンタールが飲みたかったっていう理由がすごかった」と語った。

e. 話すことで先輩からいろいろなことを聞けることに気がつく

F看護師が行った患者の理由を聴く実践は病棟看護師に感心をもたせたが、C看護師とD看護師より「このことはチームに伝えているのか」という問いかけがあった。

(1) 「発信していない」ことにC看護師とD看護師が気がつく

F看護師は「発信はできていない」と言い、D看護師は「トラブルになることでもないし、記録に書くことでもないからかな」と返しつつ「せっかくプライマリでそれだけ患者にかかわっているから、チームに還元して伝えられたらなんかできると思うよ」と付け加えた。F看護師は「その時にご飯食べるよっていうところまで聞けたんですけど、若干、手探りであり、日によってはだめだなって思うこともあったから」と、患者との関わりを模索していたことを語った。C看護師はF看護師のチームのリーダーであり「この語る会で言うことではないと思うけれど」と前置きしながら「その患者のことで悩んでいますよってチームで言っている？」と、注意するという口調ではなく、むしろおどけたような口調で、すこし肩をすぼめて両腕を膝の上で組んで「チームに言ってほしいのにな」という雰囲気醸し出して語りかけ「Fさん、去年からプライマリ持ち始めて、“チームに言っていこうかな”と思えないものではないでしょうか」「日々悩んでいることは昼のカンファレンスでアピールしてもいいのかなって思った。(私たち)聴くほうは、お悩みごとのアドバイスができる。先輩に相談している姿を見せると後輩たちも困った時に話していいんだって思うし、難しい患者だったからあれこれ発信したらいいと思いました。ふふ。(第3回語る会)」と笑いながら「思いました」という丁寧な言い方をして発言を締めくくった。

(2) 発信しない理由を語る

F看護師は発信していなかったことを「おおっぴらに言うことかって思っちゃう。取り上げないといけないことかな、ひとまず置こうって思っちゃう…」と語ると数秒、沈黙が流れた。

C看護師はおどけた雰囲気「(発信することは)なかなか勇気のいることなのかな」、D看護師は「うちのチームはなりふり構わず聞いてくるよ」と場を和らげた。研究者はF看護師の語る会への参加理由に「患者の希望などをリーダーと共有しようと思っても、語ることは後回しになってしまう」ことや、C看護師やD看護師の場を和らげようとする雰囲気から「発信してほしい」との思いを感じ「Fさんにとって取り上げないといけない問題はどのようなことですか」と尋ねた。F看護師は「退院先が医療的介入ができない場所なので、お薬なら袋から出して自分で飲めるの

かな、一包化がいいのかな、とか。ちっちゃいこと」と言った。C 看護師は「だいじな薬を飲んでいるから、薬がきちんと飲めているか見守りが必要だよ。これって受け持ちと共有する大事なことも。F さんのつぶやきひとつでこうやって返せるし、いろんな方法が出るよね (D 看護師「でるでる」)」「今日はここ、とみんなが記録を残すから、評価ができるよね」と語った。C 看護師は念を押すように「ちっちゃいって思っていることが、大切なこともあるよね」というと D 看護師は「そうそう。自分が考えた方法以外に、いろんな方法を持っている人がいるよ」「これどうしたらいい悩んでいるって、ちっちゃいことを言ってくれるのを待っているよ」と付け加えた。

(3) 自分で考えているだけでは相手に伝わらないことに気がつく

研究者は C 看護師, D 看護師は F 看護師に「つぶやいてほしい」と願っていることを感じたが、黙っている F 看護師が気になり「先輩たちの話を聞いてどう思いましたか」と聞いた。F 看護師は少し考えて「・・・いやあ、自分では今までいろんなことを考えているつもりだったけど、自分で考えているだけで発信ができていなかった」と語り出した。「つい、こんなことぐらい自分で考えて行動しようかなって思うが、話すことでいろんなことを先輩たちから聴くことができると思った」「自分で考えているだけでは相手に伝わらないこと、発信することで、自分がいない間でも情報がつながっていくことが分かった」と語った。このとき F 看護師は次のように語った。

<F 看護師の語り>

何もわかっていないのに、ノープランで出すと無責任だから、考えてから言おうかなって思うと・・・ほかの患者で大きな課題があり、処置もしなくてはいけないなどが、入院するまでの間、何かあるかもしれないから、どうにかしなくてはとか、病棟で聞いていると、私もどうにかしなくてはいけないなって思う。自分が抱えていることは、まだまだ大ごとではないと思ひ、話さなくてもいいかなって思ってしまう。カンファレンスでも、違う話で長くなると、「じゃあまた」ってなる。・・・時間もなし、言うほどのことではないかなって思う。朝ミーティングでも、今、ここで言うのと止まらなくなるから、急ぎじゃないからと、あとでゆっくり時間があるときに聞いてみようっていう感覚しかないからかもしれないです。だからそこを、学習していかないといけないのかなって思う・・・

f. 「明日のカンファレンスで発信する」と発言する

F 看護師の語りを聞き C 看護師と D 看護師が最近の病棟について次のように語った。C 看護師は「どこから手をつけていいかも含めて相談すればいいと思う」「“今じゃないと”思っていると

遅れてしまうこともあるからね。いろんな視点が入ると早く取り組めることがある」と言うと、D 看護師が「それはいいかもしれない」と相づちを打ち、研究者は「(F 看護師が) 大切に思うことを伝えて、後の判断はその看護師に任せるのもいいかもしれないですね」「F さんにとってちょっとしたことで、患者にしたら小さいことではないかもしれない。低血糖もエレンタールのことが分かって大切なことだと思う」と伝えた。D 看護師がさらに「私は分からなくなると問題を書き出す。発信すると一緒に悩んでくれる人がでるかもね」と言うと、F 看護師は「明日話してみようかな。チームカンファレンスがあるので発信してみます」と語ると、C 看護師、D 看護師は「明日、私いる」と笑った。D 看護師は「発信してみたらいいよ。チームで話し合った事実がこうすることにしましたといえる勇気につながると思う。面白そうだね」と楽しそうにつけ加えた。

g. 一筋縄ではいかない困りごとを発信する

F 看護師は第 3 回看護実践を語る会が終了した後のワークシートに「チームメンバー間で相談する。発信を自分からする。情報収集を患者さんからするとき個別性を大切にする。どのように聞くか、なぜそうするのか」と行動することを記述し、終了後インタビューは次のように語った。

<F 看護師の語り>

C さんがカンファレンスの時に、後輩たちに「何か困っていることないか」と聞いてくれるようになり、自分が考えていることが話しやすくなった。実は、発信できない自分がいて、発信できないことがしんどかった。C さんが聞いてくれて、発信できるようになって、楽になった。いまは、自分から、発信していけるようになった。

F 看護師は患者が再再入院したとき、プライマリになったことを「前回の入院では、インスリンボールに対するローテーション表の活用で達成感があったが、主治医もかわり患者の状況が違ったため自分から困りごとを先輩に発信した。患者は誤嚥性肺炎であり一筋縄ではいかなかった。ちいさいことではないと自分から先輩看護師に発信した」と語った。F 看護師は「今までだったら、今何をしたらいいんだろう、でも分からないし取りあえず決まるまで待っておこうかなだった」が「どうしたらいいか分からないことは、小さいことじゃないと思った。先輩たちはいつでも聞きますよという姿勢だと第 3 回語る会で分かったので、何をしていたらいいか分からないから聞こうという気になった」と、困った状況を先輩に伝えることができたことを語った。

h. 発信することで待つことを教わる

F 看護師は発信することで「先輩から具体的に行うことや待つことを教わることができた」と語った。また、チームリーダーに相談したことにより「今の状況で一人だと負担だからと、プラ

イマリを二人体制に変更してもらった。もう一人のプライマリ看護師は、私（F 看護師）がいない間の情報を拾ってくれたりして一緒に見てくれた」と語った。

<F 看護師の語り>

今、私に何ができてどこに介入ができるから、どこに関わっていけばいいんだろうということは経験なのかなと思って、「方針もよく分からないし何をしたらいいか分かりません」と正直に言うことができた。先輩は今の状況は「むしろやることはない」と教えてくれた。「この状態を待ってこのぐらいになったらこういうことをすればいいんだよ」「こういうところを確認してこの情報を取っていいか」と教えてくださった。迷っているとき、何をしたらいいか分からないことを言えばいいんだなと思った。

i. D 看護師から見た F 看護師の看護実践を語る会終了後の行動

D 看護師は F 看護師の変化を終了後インタビューで次のように語った。

「ある日、F 看護師はナースコールの多い患者を受け持っていた。“ナースコールはどうだった”と聞くと、“患者が転ぶ可能性があるから、薬を飲んだ後のふらつきを見ながらセンサーの位置を足元にするかトイレ前にするか考えた”と行動を変えていた。何回もナースコールがあって、今は眠たいのか、それともシャキッと起きていてしっかり歩けるのかを評価して戻ってきていたので、楽しそうだった。イライラせずに、そういうところを見て戻ってきていた。

5. G 看護師の気づきと行動（表 3-5）

G 看護師は 20 歳代前半の 3 年目の看護師である。語る会には 1 回の参加であった。

a. G 看護師の参加動機

G 看護師は院内の研修で看護実践を語る経験を持っていた。そのときの経験として「他部署に入院した患者がおむつをしており、自部署に転棟した時におむつでなくてもよいという共通認識が語られたことがあった。そのことから、語ることで共通認識が持てる」と語った。

また、G 看護師は「日々の業務が忙しくてほかの人と話す機会があまりない」と語り「改めてこういう機会を持ってほかの人と印象的だったことを語る機会があるのは自分の振り返りや、情報の整理、認められるような感覚にもなる。参加してみようと思った」と語った。

b. 発言することが他者の情報収集の役にたっていることに気がつく

G 看護師は C 看護師のエピソードで「退院支援を進めている中で、情報をほかの看護師が提供してくれたときにフィードバックしたほうがいいんじゃないかというお話があって、それが目からうろこではっと考えさせられた」「私はこうしてこうしてこうしてとやるにはちょっとまだ年齢

が浅いので、誰かに聞きながらやっていく立場なので、ここはこうだったよ、ありがとうと言う立場ではないですけど」と語った。「その逆を考えたら自分からも積極的に、この人はこうこうでしたよと発言することが（他者の）情報収集に役立っているんじゃないかと改めて考えることができた」と語り「自分がプライマリで新たな情報が入ってきたら、ありがとうございましたと声をかけたいと常に思いながらやるようになった」と語った。

c. ジレンマを先輩に語ることができた

患者より家族の意向を優先したエピソードは「私がこれをできましたという語りではなかったが、もやもやした経験をほかの人に話して共有して会話して、自分の中で消化することができた」と語った。このことは「普段は先輩が自分のジレンマを聞いてくれる体験はあまりない」ことであり「Dさんに私だったら同じことをしていたかもしれないと言っただけで、ジレンマも少し楽になった」と語った。「自分の経験は恥ずかしがらないで話していいと感じた」が「普段の実践では先輩に血圧などの患者の事実を話すのはできるが自分の経験を話すことは難しい。でも、（今回語ることで）仕事が煩雑で忙しい中は言えないが、普段ちょっとした中でそれを見て、私はすごく悲しかったですとか、むかむかしましたとか言っただけじゃなくいいんじゃないかなと感じた」と語った。しかし、「休憩とかでは先輩にはまだお話できないが同期とはできる」と語った。

G 看護師は看護実践を語る会の最後にワークシートに「学んだこと」として「退院支援や他のことでも看護師に情報を共有したりフィードバックする。患者・家族のそれぞれの人生を一步踏み込んで聞いてみる。そこからまた気持ちを想像する」「今後行くこと」を「フィードバック！人生を聴いてみて考える！」と記述した。

F. 終了後インタビューによる状況と変化

終了後インタビューは病棟看護師5名に行い、計303.19分、平均60分6秒であった。H師長への語る会終了後インタビューは124分37秒であった。ここでは5名の病棟看護師やスタッフ看護師、病棟の状況についてH師長のインタビューから述べる。

1. 終了後の病棟看護師の状況と変化

a. C看護師の終了後の状況と変化

H師長は第2回看護実践を語る会での研究者とC看護師のライフストーリーのやりとりについて次のように語った。研究者は第2回語る会でライフストーリーを伝えたときに一瞬、C看護師の表情が変化したことを伝えた（参加観察記録）。その表情から、家族にライフストーリーを聞くとは考えにくかったためC看護師の行動に驚いた。H師長は「Cさんは思っていることと違うこ

とに目を向けられないことがある」「Cさんは実際に自分でライフヒストリーを家族から聴き、ああ、そうだったんだという経験が起こり、Cさんの意識を変えていくことになったと思う。他者からの意見を取り入れて、ライフヒストリーを聞いた体験をしたことがCさんに手応えとなり、こういうことがあったと、自分が体験したことを後輩に伝えている。言動が変わってきたのかもかもしれませんね」と語った。

b. D 看護師の終了後の状況と変化

H 師長は D 看護師について「経験から学んできたことを実践に活かしている」「病棟をどう動かすか感じとっている」「Dさんは普段からすごい視点があって、自分の経験から学んだことを実践に活かしていく」と語った。「Dさんに“4年目の看護師は日々のことに追われていて仕事が面白くないと葛藤を感じている”と話したら、“語る会、やりますか、やったほうがいいのかも”と言った」と語り、「Dさんは病棟をどう動かすかを感じとってくれている」と語った。

c. E 看護師の終了後の状況と変化

H 師長は E 看護師を「患者や家族の困りごとに目を向けられるが言葉にすることが苦手」であり、看護実践を語る会による変化として「実践を言葉にできるようになった」と語った。

(1) 看護実践を語る会でフィードバックをもらい実践を言葉にできるようになった

H 師長は E 看護師について「人の反応に気づくタイプで感受性が豊かである」と語った。「師長さん、こうカルテに書いてあり、実際に話したら家族はこういうことで困っていると、報告することが語る会を始める前によくあった」「E看護師はナラティブを書くとき、言葉にすることが苦手だと自分でも捉えていた」と語った。H 師長は「Eさんは最初とは全然違う気がする。自分の実践を言葉にすることができるようになってきたという印象を受けた。自分の実践を自信をもって言葉にする、意識化するところができているんだなと感じた」「“Eさん、ちゃんとやってくれていたね”という先輩からのフィードバックをだいぶもらっているような感じがある」と語った。

(2) 自信を持ち生き生きと実践している

H 師長は E 看護師について「Eさんは看護実践を語る会が始まってからある体験をした。その体験は語らないが、違うエピソードを語ることで彼女が体験したことを克服していくプロセスがこの中であったのかもしれない」と語った。「その体験の後にこの会が2回か3回あったんですよ。最近を持ち直して発言に自信を持っている。カンファレンスの発言や日々の実践の中での発言からちょっと失った自信を取り戻しているなと思う」「議事録から、先輩からのフィードバックを受けることが語る会であり、自分の実践に自信を持つことができたから、いま、本当に生き生きと実践しているなと思える」と語った。

d. F 看護師の終了後の状況と変化

H 師長は F 看護師について「患者との距離をとるのが得意ではなく、感情的に患者に巻き込まれていた」「小さな実践が本当に意味があると、なかなか捉えられなかった」と語った。しかし、語る会に参加し、「一步下がって何が必要かを考えたケアができ、生き生きと実践している」「自発的に勉強会にも行きだした」と語った。

(1) 患者にとって必要なことは何なのかを考えた行動ができるようになった

H 師長は、「看護実践を語る会に参加する前の F 看護師の患者との関わりは、今までのやり方を持っている患者に関わると、F さんは感情的になり巻き込まれる部分があった」と語った。「インスリンボールができた患者はプライマリだった。あそこまで患者さんに密に関わったのは今回初めてであり、語る会によって実践での成功体験を積んでいる」と語った。H 師長は「F さんは語る会に参加してから、生き生きと実践している」「以前は、時には涙を流しながら私の所にやって来て、こんなことを言われたんです、悔しいと言うことがあった。いまは、患者の感情に巻き込まれないで一步下がって、患者にとって必要なことは何なのかを考えた実践ができている」「先輩の実践を（現場で）見て、見た実践の語りを聴く場が彼女の中で学びになっていた」と語った。

(2) ちっぽけだと思っていたことが大きなところにつながった

第 3 回看護実践を語る会で F 看護師が自分の実践を「ちっちゃいこと」として周囲に発信しなかったことについて「確かに、こういうスポットを当てられる患者との関わりは、3 年目のナースにとっては、自分がやっていることがちっぽけというふうに捉えられているんだろうな」「自分の小さな実践が本当に意味があると、なかなか捉えられなかったのかもしれないですね」と語った。また「自分でちっぽけだと思っていたことが、実はその積み重ねでとても大きなところにつながったことが感じられたのかもしれないですね」と語った。

H 師長は「F さんと年度の初め（語る会を 3 回から 4 回を実施した頃）に、面談をしたんですけど看護実践を語る会は楽しいと言っていた。ここでやっている看護が楽しくなってきた。自発的に院外のセミナーに行ったりこの数カ月間で伸びたと思う。経験ある先輩たちが F さんの変化が大きいなと思っている」「今日は語る会をやるよと言ったら、“今日だったっけ、忘れていた”と語る会に嬉しそうに参加しているし、終わった後も、ああ、という疲れた感じじゃなく、いつもすっきりとしていた」と語った。

e. G 看護師の終了後の状況と変化

H 師長は、G 看護師について「自分ができないことがつらい時期」と語った。「G さんは他の 4 年目の看護師同様、夜勤のリーダーも取り始め、課せられるものが増えている。小さなものだけ

で良かったものが大きな成果を出さなきゃいけない，退院調整をしなきゃいけない患者を受け持つが自分ではできないと思っている．先輩からサポートを得ている一方で，これはどうなっているのと，先輩は教育的に率先してやってほしいという思いで後ろからお尻を押すんですけど．そこにプレッシャーを感じて，すごくつらいと言っている」と語った．

2. 終了後のスタッフ看護師の状況と変化

H 師長は「看護実践を語る会に参加していないベテランの先輩たちも一緒に話すことがある．語る会を始める前よりはちょっとした時間に話している」と語った．また，H 師長は「スタッフが意図的に関わった患者で，実際に患者やそのご家族が満足感を得て帰った．それを私たちにちゃんと返してくれたという体験ができたというのがあった」と具体的な患者との関わりを語った．「語る会をやる前にそういうことがあったかなというと，ここまで患者さんに深く関わったというのはあまりなかったような気がしますね」と語った．

3. 終了後の病棟の状況と変化

H 師長は病棟について「チーム力が強くなった」と語った．具体的には「チームで何かに取り組むところがすごく強くなった」「看護実践を語る会でほかのチームの人たちが話しているのを見たり聞いたりすることで，自分のチームとしての看護はどうなんだろうと考えるきっかけの一つにもなっている」と語った．H 師長は「語る会は学年を超えて語っていいんだ，そして自分の語りをちゃんと先輩たちが承認してくれる場なんだというのが逐語録から伝わった」と語った．また，「あえて語る会を設定しなかったとしても，日常のカンファレンスの中でテーマを持っていくとか，そういう場をつくっていかれるといいな」と語り「看護師には学年ごとの課題があって，同じように語る会に参加会しても，学年ごとの自分の課題を見つけて成長している」と語った．

4. 終了後の師長の気づきと変化

看護実践を語る会の終了時，H 師長は「実践の語りからフィードバックを受ける場を創る．日頃の実践に意味を持たせる大切さを支援する」と語った．

a. 後輩看護師が実践を語ることで先輩看護師からフィードバックを受けることに意味があると気がつく

H 師長は4年目看護師について「自分を守ってくれる先輩がいなくなって，上に立たなきゃいけないというはざまにいて4年目はすごく苦しんでいる．そこを乗り越えていくために実践を語ることをもっと積極的にとと思う．Dさんの話に戻ると，4年目をどう乗り越えさせられるかは，“語る会，やりますか”なのだと今本当に思う」と語った．また，「ナースにはナースとしての発達段階があり，それぞれの語ることの意味の違いがある．同学年のみではなくさまざまな学年で語る

ことに意味がある」「後輩が実践を語り先輩からフィードバックや承認を受けるのは、同期で話して承認を受けるのと意味が違ってくるのかなと思う」と語った。

b. 日頃の実践に意味を持たせる支援の大切さに気がつく

H 師長は「小さいことに意味を持たせることも、とても重要だと今改めて思う。困難事例は周りからやっているように見える。でも、実践力がまだ未熟なスタッフには、日々の小さな実践をどういうふうにして意味のあるものと感じられるかを支援していかなきゃいけないんだと、私は気づきましたね」と語った。

G. 3ヶ月後のインタビューによる状況と変化

H 師長に看護実践を語る会終了3か月後にインタビューを行った。ここでは、3か月後の病棟看護師5名、スタッフ看護師、病棟の変化と師長自身の気づきと変化について述べる。インタビュー時間は74分であった。

看護実践を語る会終了3か月後の病棟についてH 師長は「語る会が始まった頃と病棟の機能が変わり、24時間365日、脳卒中を受ける状況になり、今まで以上に新規入院患者が増えた。退院の促進もしなきゃいけないなか、転入院が一日に6人はある。これまでは3人ぐらいがせいぜいで、今週末も13人退院、その後、ほぼ満床になった。日々業務に流されていく。スタッフの数も減って時間外は増えているけど、だからって手を抜かない」と病棟の現状を語った。

1. 3か月後の病棟看護師の状況と変化

ここではH 師長によって語られた5名の病棟看護師の変化について述べる。

a. 3か月後のC看護師の状況と変化

H 師長はC看護師について「看護実践を語る会によって他チームのことが伝えられ、その影響でチームのことを意識した。後輩たちに問いかけて話してもらっている」「Cさんのチームは一人一人の力はあるがチームよりは個人で動くことが多い。影響力の強い先輩がいて、チームでやりたいCさんの思いがうまくできず、余計にチームに対する意識が高いのかもしれない」と語った。

H 師長は「FさんはCさんのチームメンバー。Fさんがプライマリ患者を受け持ったらサポートする先輩をつけて、Fさんに達成感を感じてもらえる関わりができてるのはCさんの力かな」と語った。また、「Cさんは黙々とやるタイプだが（語る会に参加して）カンファレンスで“これはどうなっている？”と後輩たちに聞く場面が結構見られる。後輩がその日の受け持ち患者にちゃんと責任を持つこととして問いかけて、後輩たちが応えている」「できていないとの評価ではなく、いったん受け止め、受け入れているという感じ」と語った。

b. 3か月後のD看護師の状況と変化

H 師長は D 看護師について「チームで行うことに気がつき、D さんの患者からチームの患者になった。新たな自分に自分で気がついた」「研究者から引き出し方を学び優れたファシリテータとしてのかかわり方を体験した」「教育委員として語る場を創り取り仕切っていた」と語った。

(1) チームで行うことに気がつき働きかけるように変わった

H 師長は「D さん自身も語る会で変わってきたのかな」と語った。それは、「D さんは優れた実践力を持っている。筋萎縮性側索硬化症（Amyotrophic Lateral Sclerosis：ALS）患者のプライマリで、非侵襲的陽圧換気（Noninvasive Positive Pressure Ventilation：NPPV）を付けて在宅に帰ることを支援したときに D さんがいないと他の看護師では分からない状況が発生した。一部スタッフから“D さんだけがやっている”との意見が 1 年ぐらい前にあった。今は、そうではなくチームの患者となった」と語った。「退院調整は“自分ばかりやっちゃ駄目だね”と最近、よく言うようになった」と語った。H 師長は「ベテランというか、ある程度経験年数がいって実践を積み重ねてきた D さんは新たな自分に気がついている。“もっとチームに働きかけなさい”と私が言ってもあまり変わらなかったと思う」「D さんが E さんの実践から気がついたことを素直に語る会で言えたところが素晴らしい。でも語る会がなければたぶん話すことはないと思う」と語った。「もともと自分を振り返る性格だが、自分で気がつくことに意味があった。私から言われて D さん自身がチームに働きかけることをさらに超えて、自分が語りの推進者となる行動につながっていたんだなと思う」と語った。

(2) 語りの引き出し方に気がつき語りのファシリテータとして行動している

H 師長は「看護実践を語る会が気になり“どんなことを聞かれるの。私も一緒に入りたかったわ」と言うと、D さんが“研究者は引き出し上手なんですよ”と言うんです」と笑いながら言った。「そういう体験をした D さんは自分がスタッフから引き出すことにつながっている」「教育委員会で語る会をやったほうがいいです」と言い、病棟でも“師長さん、やっぱり語る会ですよ”と言うのも、語る会で引き出される体験をしたからだと思う。実践を語る職場風土につなげてスタッフの成長を支援するには、優れたファシリテータのいる場での体験が重要なかもしれない」と語った。「D さんは“(語る会は) 私たちがやみくもに実践を語ったものとは、また違うものがあるのかもしれない”と言った。皆な語る会が終わった後はすっきりしている」と語った。

(3) 教育委員として新たな語る場を創った

H 師長は「教育委員で新人看護師に看護を語る研修をやるんですけど、D さんが担当をしている。教育委員会メンバーも語る会を経験した方がいいと語る会を行い、“語る会のワークシートを

準備してみんなに説明します”と語る場を彼女が取り仕切り発信をする役割を担った」と語った。

c. 3か月後のE看護師の状況と変化

H 師長はE 看護師について「看護実践を語る会で実践を話して承認された」「先輩のすごさに気がつくことが自分の糧となり自信を取り戻した」「自分の判断で患者や家族と関わりをもって報告するようになった」と語った。

(1) 実践を承認され話していいことに気がつく

H 師長は「看護実践を語る会が行われている期間,, E さんは病棟で落ち込むことがあったが乗り越えて実践に自信を持つようになった」と語った。H 師長は「E さんは語る会で自分の実践を語ることで、承認を受けることができた。語る会の中身(分析結果)を読み、(語る会はE さんにとって)何でも話していいんだ、しかもそれは学年分け隔てなく安心できる場で、自分の実践を話して承認を受けられる場であったと思った。語る会の何回かの間に本当にそれでよかったのかと自信をなくした。語る会で何でも話していいんだって思えたのではないか」と語った。

(2) D さんがE さんの語りから自己の課題に気がついたことが糧となり自信を取り戻した

H 師長は「E さんは、ほかの人のすごさに気づいて自分の課題を見つけるというやりとりの中で、自分の自信を取り戻したと思う」と語った。「D さんはすごい実践をしている先輩だと思っているし信頼もしている。そのような先輩がE さんの実践から自分の課題に気づいたことは彼女には大きなものだったと思う」「D さんみたいにはなかなかできない。学年も上だし優れた実践をしているらなところ目配っている先輩からの言葉が、E さんには何よりも大きなものだった」「折れない何か自分の自信となる糧となるものがあつたんだろうなと私は思っている」と語った。

(3) 自分の判断で患者家族と関わりをもつよう行動が変わった

H 師長は「E さんはこれまでは“家族はこう言っていた。自分の判断でコメントしていいんだろうか”との報告だったが、自分なりに家族と関わりをもって説明をしたことを報告してくれる。ここが変わったなと思った」と語った。具体的には「治療薬の調整の余地があるのに転院しなきゃいけない、本当にこれでいいんだろうかという迷いを家族と話しすぐに私のところに来て、(家族は)こうに思っていたんですと報告してくれた。もともと患者の家族のクレームとか早めに察知をし報告をくれるが、自信をもって家族と突っ込んで話ができるようになった」と語った。

d. 3か月後のF看護師の状況と変化

H 師長はF 看護師について「小さいカンファレンスをもつようになり自分の意見が言えるようになった」「自分を振り返り、自分自身をコントロールしている」と語った

H 師長は「F さんはカンファレンスで、もともと発信はしないタイプではあるけれど、チーム

で小さいカンファレンスをちょこちょこもつようになった。その日のチームメンバーにこの患者について話そうと声をかけ仕事終わりに話す姿を見かける」と語った。また、「カンファレンスで自分の意見が言えるようになり表情が違うなと思う。自信がなかったり、焦ると顔に出ることがあった。早めに声をかけ“顔が緊張しているよ”と声をかけていたがそういう場面がなくなった」と語った。H 師長は「F さんの語りにもあった、インスリンボールの患者のプライマリぐらいから自信をもっている。患者の感情や周りの業務の状況に巻き込まれていた自分をコントロールし、必死な顔をしている場面が少なくなった。F さんの成長はすごく大きいなと思った」と語った。

e. 3 か月後 の G 看護師の状況と変化

H 師長は「G さんの事例報告がすてきな看護だと他部署の師長からフィードバックがあった」と語った。H 師長は「緩和ケアリンクナース会に G さんが事例報告を行い、師長（がん看護専門看護師）が良い事例だったとフィードバックしてくれた」と語った。「看護実践を語る会で語った 4cc の投薬に悩んだ患者が家に帰った事例を彼女がまとめた。私は見せてもらっていないが、“非がん患者の緩和ケアをどう考えるか学びになる事例だった。B 病棟はすてきな看護実践をしている”とフィードバックをつい最近いただいた」と語った。「G さんは 1 回しか参加していないが、自分たちが大切にしていた看護は何なのか整理ができたのかなと思う。語る会で実践を話しそれをまとめたのはひとつ大きな変化と思う」と語った。

2. 3 か月後のスタッフ看護師の状況と変化

H 師長はスタッフ看護師について「チームのカンファレンスが誰ともなく行われるようになった」「後輩たちの意見を聞き意見を出し合うようになり、チームで効率的にやれている」と語った。「困り事を誰が発信するかではなくて“ちょっと残ってチームで話したほうがいいよね”と話している。昼のカンファレンスでは共同の退院調整カンファレンスなどになり、それぞれのケースカンファレンスを持つのはなかなか難しい。そのため、“今日、仕事終わりにみんな集まって、誰々さんについて話すよ”とちょこちょこあちらこちらでしている」と語った。

H 師長は「看護実践を語る会が進行する中で、プチカンファレンスみたいなときに先輩主導で進行するのではなく、後輩たちの学びの機会となるように意見を聞くことができている。後輩たちが自分たちの意見を言える風土が育っている」と語った。また、「ある優れた人だけではなく、みんなで話し合っ意見を出し合っ統一してケアを行っている」と語った。

H 師長は「チームリーダーは 2 人とも看護実践を語る会に参加していないですけど自分から“話そう”と呼びかける。みんなもわーっと集まって、じゃ話すよみたいに話している」「語る会に参加していないけど退院調整を生活の視点で捉えるようになり相談を受けることが多い」と語った。

また、H 師長は「看護師としてやるべきことに手を抜かない。去年よりも稼働率は上がる中で時間外勤務は年間平均が去年は 20 時間、今年は 21 時間ですごく増えたわけではない。このことは逆にチームで効率的にやれているし、今、時間を投入しなきゃいけないことは投入をしていることだと思う」と語った。

さらに H 師長は理学療法士との協働について語った。「リハさんのほうが患者の日常生活や仕事で困っていることを知っている状況があった。看護師は患者がどういう生き方をしてきたのかの視点が不足していた」「リハさんの指示どおりに治療のサポートをしてきたが、リハさんとやりとりするようになりケアにリハさんの技術を取り入れて、深い意味で効率的になった」と語った。

3. 3 か月後の病棟の状況と変化

H 師長は看護実践を語る会終了 3 か月後の病棟について、退院調整の状況を語った。「(退院調整を二人体制にして) ペアがうまく進められるように目を配りグループの差が是正された。退院調整の着手と進捗の確認ができるようになった」「先輩が後輩にアドバイスを伝え声を掛け合うようになった」「師長の意図を汲めるようになった」「患者の直接的な変化の声はない」と語った。

a. ペアがうまく進められるように目を配り進捗の確認を行うようになった。

H 師長は「単独のときとは違って、チームでそれぞれ責任を持ってペアでやっている」「ペア以外のチームにも目を配って、そのペアがうまく進められるようにチーム力が高まっている」と語った。また「チームのリーダーに“2 人受け持ち制はどう”と聞くと“グループによって進みが悪いところと悪くないところがあったが、すこし是正されたと言っていた」と語った。また、H 師長は「前は直接、ケアマネたちに連絡を取ることはあまりなかった」が「着手と進捗の確認をやるようになった。MSW の動きが待てないときは“ケアマネに電話をかけてもいいですか”と、主体的に直接交渉を行い情報を取っている。今まで MSW 主導で進めていたが、転院に至るまでの意思決定のプロセスを行い、家族の意向が聞けるようになった」と語った。また、「ナースは患者さんの代弁者であり擁護者であることが意識され、MSW 主導で倫理的な調整がされると葛藤を感じるようになった。患者に介入する迷いから具体的に一步踏み出せるようになった」と語った。

b. 病棟看護師がスタッフ看護師と声を掛け合い語りやすい場をつくる存在になっている

H 師長は「2 人体制となり、後輩が書いたサマリーを先輩が見て先輩が見た後にまた修正をして私のところに来る。先輩が主導で進めるのではなく、あえて後輩に経験をさせようとしている」「ほかのグループやペアにも、“ここは進んでいないから、誰々さん、もうちょっとやって”と自分たちで声をかけ合っている」と語った。「C さんとか D さん、E さんはファシリテートをし、F さんたちは自分が語ることで後輩たちが語りやすい場をつくる存在になっている」と語った。

c. 患者にとって必要な視点を理学療法士に伝える

H 師長は「この数カ月前から、方針を決める退院調整カンファレンスとは別に月に 1 回リハビリのスタッフとチームカンファレンスをやるようになった」と語った。これは、「退院間際に慌てて内服薬の指導等を進める現状があり、早い段階から作業療法士と在宅に向けた管理や指導を一緒にやっていけたらと私がシステム創りを主導した」が「看護師から“家族がどこまで協力できるのか聞いておきます”と前より情報を得ることが増えた」と語った。また、「リハのスタッフには“家屋の状況で何か問題があるところを挙げてください”と何が患者にとって必要なのかと看護の視点を伝えていることが変わってきたこと」と語った。

4. 3 ヶ月後の師長の気づきと変化

a. 病棟看護師が看護の専門性を意識したことに気がつく

H 師長は「師長として B 病棟に来て 3 年目が終わる。彼女たちが実践に自信を持って看護師としてどうしていきたいかを考えられるようになってほしいと、ずっと考えてきたところにこの研究があった。すごく大切にしてきたところだった。彼女たちがそこを意識してつくり上げるにはなかなか難しさがあったが、研究で一気に段階が上がった。私もとても嬉しかった」と語った。H 師長はまた、「がん専門看護師の師長は看護者が患者の立場に立っているかの視点で見ている。G さんの委員会での発表で師長が私にフィードバックしたことは、(スタッフの) 実践がかたちとして看護の専門性を伝えることができていたと、やっとそこに来ただなと思う」と語った。

H 師長は「臨床では、教育・人材の育成に理解を示してくれない師長がいて難しい」が、「賛同者もいて一緒に教育企画をやっている師長は看護実践を語る会を“いいなあ”と言っている」「D さんが言っていた“研究者は引き出し上手”から研究者の引き出し方を学びたい。引き出しかたを学び語る会を研究者と一緒にやりたい」と語った。

b. 語りから気がつけるよう現場で行動する

H 師長は「私たちのキー概念がリフレクティブな実践家であり、教科書には載っていないことを語りのやりとりで気がつけるのが重要で、現場でどう仕掛けていこうかと管理者として思っている」と語った。そのため、「語る会というオフィシャルな場じゃなくて、変化として表れたカンファレンスの場でいかに看護実践をチームで話し合えるか。そこから始まり自分たちはこういうことをこの実践で学んだんだとやっていけるといい」「今、師長たちの教育企画でいかにリフレクションを現場の中に組み込んでいくか、リフレクションを働きかけられる先輩たちが教育委員としてスタッフたちにどう関わっていくか意識してやっている」と語った。

VI. 考察

A. 看護実践を語る会における病棟看護師の気づきと行動

本研究では、看護実践を語る会を5回実施した。病棟看護師は語る会に参加することで病棟看護師相互の語りから気づきを得ていた。その気づきは言語化されることで共有され、病棟看護師それぞれに意識されていった。そのことを実践のさなかに思い起こし再確認することで、これまでと違う新たなアプローチ方法での実践を行っていたことが明らかになった。これによって、病棟看護師個人の変化とスタッフ看護師と病棟に変化が生まれていた(表2)。

第1回看護実践を語る会はD看護師の<患者の思いをキャッチした>語りで始まった。創洗浄をしたくない患者の思いをキャッチし、その思いに沿える洗浄方法を工夫するエピソードであり、F看護師に「自分は言われた通りの方法でしかやっていない」「理由を患者に聞いたことがない」という気づきをもたらした。この気づきは、「違う年代の看護師と語り選択肢を増やしたい」というF看護師の研究への参加動機でもあり<低血糖を起こす原因をキャッチした><インスリンの打ち方を工夫し低血糖が起きなくなった>という行動につながったと考えられる。

<胃瘻からの投薬を悩んだ>E看護師の語りによってD看護師は、「患者の言葉を深く考えることを忘れていた」と語った。D看護師は終了後インタビューにおいて、「体位変換時に体がよじれているとの患者の言葉に立ちどまり」、「その意味を考えて患者の望むポジショニングを行った」こと、それを後輩看護師への関わりとして行動したことが語られた。

第2回看護実践を語る会ではG看護師が<患者より家族の意向を優先した>エピソードを語った。「家族に対してそれぞれの看護師が話を聴く関わりを十分に行っている(C看護師)」が、その情報を「チームで共有することは難しい」とG看護師が述べ、「今、話したいときに聞くことができる環境が必要である(C看護師)」という「病棟の課題」が語られた。3か月後の師長インタビューで「カンファレンスでは話せなかった患者について、看護師が集まって語っている姿をよく見かける」との語りがあり、「話したいときに話すことができる環境」となっていた。

また、病棟看護師が看護記録を読むことで実践の役にたっていることが語られた。そのことを記録者にフィードバックすることで、「看護がつながっている」ことや、「大事にしていることを伝えられる」と語り合った。この語りは第4回看護実践を語る会において、C看護師が理学療法士による記録と看護師のとらえている患者の歩行状態の印象が異なっていたため、理学療法士に働きかけ患者への歩行支援を行った行動やD看護師の退院調整の二人体制への変更につながった。

また、患者とその家族である娘への胃瘻造設に関する意思決定支援が停滞していることを語ったC看護師に、研究者から患者と娘のライフヒストリーを用いると、患者や家族をより理解でき

る方法があるとの語りがあった。C 看護師は、第 3 回看護実践を語る会までの間にライフヒストリーを用いた意図的な実践を行った。ライフヒストリーを聴き、娘と医師が「お互いに待つ姿勢」であることがわかり、娘と医師が話しをする場を設け、患者の方向性を検討することができた。

第 3 回看護実践を語る会では低血糖を起こす原因を見いだした (F 看護師) >エピソードが語られた。F 看護師は第 1 回語る会の D 看護師のエピソードである、「患者の理由を聞く」ことを自己の課題として今後行うこととし、食事をとらない患者へその理由を意図的に尋ねた。患者は食事をとらない理由を語り、F 看護師は理由を聴くことで「患者の理由が理解できた」との語りがあった。F 看護師は「これまでとは違う、患者と持論がぶつからないアプローチ方法を選択」し、「食事をとり血糖値が安定すれば退院できること」を伝え患者の理解を得た。その結果、「患者は継続して食事がとれるようになり、低血糖の改善」につながった。

第 1 回看護実践を語る会で F 看護師は「患者の理由を聞いていなかった」という気づきがあったが、患者に食事をしない理由を聞きながら「そういえば患者に理由を聞いていなかった」と、行動しながら再度、気づきを反芻していた。語る会での気づきを行動するために、実践しながらその気づきを意識することが必要であると考えられた。このことは、日々実践しているうちに、患者に起こっている状況に対して深く考えなくなり“これでいい”と考えていた閉塞的な状況から、一歩前進する内省のプロセスの学習が言語化されたことであると考えられる (Schön, 1983/2007)。

一方、F 看護師のエピソードを感心して聞いた病棟看護師は、「チームに発信しているか」と尋ねた。F 看護師は「患者の理由を聞いた行動をチームの看護師に発信していない」と語った。それは「病棟では多くの重要な検討することがあり」「話すほどのことでもない、ちっちゃいこと」ととらえていたからであった。「患者にとっては小さいことではないのでは」「発信することで助けてくれる人がいる」などの語りが続き、C 看護師と D 看護師はリーダー看護師として「後輩が発信できないことがチームの課題である」と語った。語る会を始める前には、「語りたときに語れる環境が必要ではないか」と、病棟看護師は経験的に病棟の課題を捉えていたが、F 看護師の語りから、後輩看護師が発信しない事実とその理由が改めて顕在化し共有できたと考える。この語り合いはその後の F 看護師による「プライマリの二人体制」、C 看護師による「カンファレンスで後輩に困ったことはないか尋ねる」、D 看護師による「退院調整の二人体制」につながった。F 看護師には「ちっちゃいこと」という考えから、他者の意見に耳を傾ける柔軟性 (Spreizer, McCall, & Mahoney, 1997) という、経験から学ぶ能力を得る機会になったと考える。

F 看護師は終了後インタビューで、同じ患者が再再入院したときに、「一筋縄ではいかない状況」と判断したことを語った。「これまでであれば様子を見て発信しなかった」が、先輩看護師に発信

し、プライマリを二人体制にしてもらうことができた。その結果、先輩看護師に相談することでアドバイスがもらえ、「こうしたらいい」などとやり取りが生まれた。F 看護師は、自分にはない先輩看護師の考えを得ることで、患者の状態に沿って行動を行うことができ、「安心感を持つことができた」と語った。「一筋縄ではいかない」は困難な状況に挑戦できる機会となり、先輩看護師からのアドバイスによって、具体的に何をすればいいかがわかるという経験から学ぶ機会を得ることができたため「安心感」につながったと考える。F 看護師は一人の経験には限界があることを知り、先輩看護師のアドバイスは F 看護師に「間接経験（中原ら，2013，pp. 37-39）」として知識やスキルがもたらせられ、新たな知識やスキルを得るという変化（学習）が起こったと考える（松尾ら，2008）。

一方、D 看護師は F 看護師が他の看護師に発信していないことを知り、後輩たちがなかなか自分から発信できない状況にあることを同僚と共有した。相談の結果、病棟内で進めていた退院調整を二人体制にしたことを終了後インタビューで語った。二人体制にすることで、まずはリーダークラスの看護師が退院調整の進捗に関心を向けるようになり、先輩看護師と後輩看護師がどのように進めていくか、やり取りを行う場面が増えた。この様子を育児休暇で 1 年ぶりに復帰した看護師が「退院調整が活発になっている」と語った。師長は 3 か月後のインタビューで「MSW（Medical Social Worker）に任せて、看護師は意見を言わない雰囲気があったが、看護の専門性を表面に出して MSW に相談し、退院調整を進めるように変化している」と語った。また、C 看護師はカンファレンス等で「困っていることはないか」と言葉をかけるようになり、F 看護師はその行動に気がつき「カンファレンスで発言しやすくなった」と語った。

中原ら（2013）は話すことを通じて刺激しあい、実践を通じて教える教えられるという関係ではなく相互に学びあう協調学習の重要性を述べている。また、坂口ら（2007）は ER チームの能力向上を目的にアクションリサーチを行い、技術的側面（ノウハウ）と認知的側面（メンタルモデル・思い）の臨床判断の共有がカンファレンスで行われることを報告しているが、具体的にどのように行動されているか明らかにしていない。本研究では、F 看護師の「発信していない」ことは F 看護師の課題であると共に、病棟の課題として C 看護師と D 看護師がそれぞれ課題を意識して行動していく実際を明らかにすることができたと考える。

第 4 回看護実践を語る会では〈デイルームまで患者と歩いた〉エピソードを E 看護師が語った。C 看護師、F 看護師が同じ場面を見ているエピソードであった。転倒の危険がある患者の「歩きたい」という思いを理解していた E 看護師の実践を C 看護師が見守っていた。また、受け持ち看護師である F 看護師は「先輩のようににはできない」「自分ならすぐに車いすを使う」と語った。

C 看護師は「心温まる場面」であると、E 看護師の実践を肯定的にフィードバックするとともに「リスクを考えることも必要」と語った。F 看護師は終了後インタビューで「先輩のようにはできないので、語る会に参加することは苦痛でもあった」が「C さんのリスク面での発言から、リスクから考える自分の傾向を知ることにつながった。違う解答をもらえた」と自分を認められるきっかけとなった。E 看護師は「患者の思いを尊重できた」と自己の実践を認めることができたと同時に、「転倒などのことも考えるリーダーの姿勢をC 看護師から学んだ」と語った。

F 看護師には実践を聞いたり語ることを整理する「認知負荷（中原ら，2013）」が起っていたと考えられる。中原，奥園（2015）による PNS（Partnership Nursing System）の暗黙知獲得を目指した調査では、看護師が共有する場に「言葉にするまでもない」と暗黙知が意識されていない実態を明らかにしているが共有するための方略は明らかになっていない。本研究では、「先輩のようにはできない」から「自分の傾向を知ることにつながる」「違う解答をもらえた」と F 看護師が変化したプロセスが明らかになったことで、今後の看護師教育に活用できると考える。

第 5 回看護実践を語る会では D 看護師が「実践知を語ってみたいかった」と看護師と医師の下剤のやり取りを語った。第 1 回語る会の時に自己の実践から「患者の思いをキャッチする」「処置を工夫する」が病棟看護師間で共有され、「自分でも実践知を見つけてみたいという思いを抱く」ようになり、「意図的に他者の実践を見る」ように行動が変化していた。さらに、D 看護師が「実践知を交換し合っている」場面を現場から見いだして言語化することで、語る会は実践知に気がつくことを共有する場となった。

E 看護師は「インスリンを打たないで食事をする患者への関わり」を、適切な療養行動を行わない患者に対し、「怒るのではなく学会に参加することで得たおもしろがる」と関連して語った。E 看護師は「師長からのアドバイスを活用して患者の失敗を怒らないで笑ってしまった自分」を語ることによって、無意識に行っていた行動が師長の実践に対する姿勢とともに病棟看護師に伝えられた。また、学会で学んだ「おもしろがる」という「新たな考え方」を「自分が何をしたのかなと思ったら笑ってしまった」という行動と照らし合わせ、既存の知識を用いて自分の実践を考える機会となった。

研究への参加動機に「年代の違う看護師に話すことによって違う考えを聞きたい」と考えていた F 看護師は「いっぱいになるとイライラする」という自己の課題と向き合いはじめる機会となった。F 看護師は終了後インタビューにおいて、「ナースコールがたくさん鳴っている。どうしようかな」と焦ってしまう自分から「さて、どこから行こうかと余裕をもって実践」できるようになった変化を語った。

これらから、病棟看護師が実践を相互に語り合うことで、他者の実践から病棟看護師に気づきが生まれていた。その気づきは次の実践においてこれまで行っていなかった新たな行動となっていた。その新たな行動を語ることで病棟看護師にさらに気づきが生まれる連鎖が起こっていた。

また、病棟看護師が気づきを語ることは、その気づきに気がつかなかった他の病棟看護師の気づきとなった。気づきは語りから個々の病棟看護師が得るばかりではなく、他者の気づきが言語化されることで得られていた。

このように看護実践の語りから病棟看護師は実践に役立つ気づきを得て、新たな実践を行い、さらにその実践を語る会で語ることを繰り返していることが明らかになった。看護実践の語りは他者・集合を介して行なわれる内省（Collaborative Reflection）として、個人の気づきから病棟の課題としてそれぞれがとらえ、課題達成のために行動を起こす変化につながっていた。これらから、語る会は臨床現場での学ぶ仕組みを作る手立てとなると考える。

B. 看護実践の語りと気づき

E 看護師は第 5 回看護実践を語る会において「語ることによって実践の知識が定着すると思っていた」が、他者の語りを聴くことで「自分にはないポイントを学ぶことができ効率的」と語った。5名の病棟看護師は語る会への参加動機として「(先輩) 看護師がどのような実践をしているのか学びたい」「なかなか話す機会がないため、何を大事にしているのか聞きたい」と、自己の実践を語ることよりも他者の語りを聴きたいと考えていた。しかし、語る会においては、まずは自分が経験した実践を、語ることが求められていた。語る会では、病棟看護師のうちの誰かの実践がまず語られ、そこから病棟看護師が自由に語り、次の語りへと移ってゆく。このような中で病棟看護師は、第 1 回目の語る会から他者の語りから実践に役立つことに気づくことを経験していたと考えられる。

第 1 回看護実践を語る会において、D 看護師のエピソードである「患者のいやだという信号をキャッチする」「工夫して行う」が相互に語られた。D 看護師は「みんなならどうする」との問いを投げかけ、F 看護師は「方法を変える発想がなかった」「患者の断る理由を考えたことがなかった」と語った。また、「先輩はすごい」「自分には D さんのようににはできない」との思いを抱いた。

森岡（2005, p. 158）は「対話の場面では二つの自己、語られた自己と語る自己が生じる」と述べ、「語られた自己は物語られた出来事の主体であり、語る自己とは物語る主体である。（中略）語りを聴くことと語りの中にいることを人は同時に行っている。語りの中にながら、語られた自己を捉えるという視点と（略）そこに介在する他者の視点をいったん経由するという契機が必

要なのである」と述べている。

エピソードを語る D 看護師は語る主体であり、F 看護師は D 看護師のようには行えていない自分に気づきながら「D さんのようにはできない」と語る。この時、D 看護師の言葉は音として F 看護師に届いているが、「できない」という「小さな壁（森岡，p. 161）」が存在していたと考えられる。しかし、D 看護師の「みんなならどうする」との問いかけにより、F 看護師は「先輩のようにはできない」という自分を語るという能動的な行為に移ったと考える。反面、この時 F 看護師は「寒いからしたくないと言った時に蒸留水を温めてベッドサイドで行う工夫がすごい」が「自分は指示通りに行くことで一生懸命であった」と語った。このことが「これが自分が学びたかった選択肢が増えることであり、経験から学べること」と終了後インタビューで語った。

D 看護師が創洗浄の具体的な方法を語ることで、F 看護師は患者への具体的な創洗浄の方法を「なぞる（森岡，p. 166）」ことによって、過去に行っていた患者への行為を思い起こし、過去に行った自分の行為にいったん身を置き、その過去の行為を D 看護師の行為と比較していたのではないかと考える。森岡はこれを「対話によって微細運動が起こること」と述べ、「なぞりを通じて時間と場所のづれを含みながら重なり合い、語り手はもう一つの視点を獲得することができる（2005，p. 160）」と述べている。F 看護師にとって D 看護師のエピソードから「指示どおりで精いっぱい」「理由を考えたことがなかった」と語ることで「自分のはっきりとする（2005，p. 159）」感覚が生まれ、自分との違いを「理由を聞く」「工夫する」と言語化することによって、第 3 回看護実践を語る会のエピソード（行動）につながったと考えられる。

F 看護師には、同様のことが第 4 回看護実践を語る会のくデイルームまで歩いた（E 看護師）> エピソードで起こっている。「心温まる場面」でありながら「（転倒という）リスク管理を考えないとね」という C 看護師の言葉によって F 看護師は「自分は先輩のようにはできないが、リスク面から考える傾向がある」ことに気がついた。E 看護師の語りを聴いているスタンスから、C 看護師の言葉によって「それまで省みもしなかった自己のある部分に光が当たった瞬間（森岡，p. 160）」が F 看護師に訪れ、「違う解答をもらった」と生き生きと表現したと考える。他者の語りを聴くことは「ぴたっと来ることもあれば、そうとも言い切れないしっくりこない感じ（森岡，p. 160）」がある。F 看護師の「D さんのようにはできない自分」を感じ、語る会が苦痛であった状況から、第 1 回語る会の「やっていることがある」、第 3 回語る会の「自分の傾向」というように、自分を捉えながら、しっくりこないことにたじろがずに丁寧に考え言語化することは、看護実践を語ることは、病棟看護師にとって気づきを生み、新たな実践（行動）という可能性を生む力であると考えられた。

C. フィードバックと気づきの行動化

病棟看護師は他者の語りから「自分にはない視点」を得ることで、実践を行い次の語りを行った。江本、筒井、川名（2002, p. 935）は、どのようなケアをしたらよいか困惑した時には仲間との意見交換などにより、自分にはない発想を得て「新しい見方を得ている」ことを明らかにした。F看護師は、再再入院の患者を迎え、難しい局面によって行き詰ってしまう状況があった。他者の語りを聴き、他の看護師がどう捉えてどう行動したかを聴くことで、自己の行動と比較しながら「自分ではできない」と語りながら、「方法は一つではない」「工夫する」という先輩看護師の語り（実践からの知識）を「新たな視点」として取り入れ、自己の行動に活用したと考えられる。

これは、自己の課題を感じてはいるが、病棟看護師同士が普段は具体的に伝え合うことはなく、その課題は自分ひとりで抱えたまま実践を続けており、個人として課題を修正したくても、ひとりではその手立てが見つからない状況であると考えられた。中山（2015, p. 136）は熟練保健師が行動を変化させる過程において「わからないことをわかるようにしていくプロセスがある」と述べている。本研究において、語り合う中で実践では見えなかった（言語化されていなかった）課題が言語化され、共有したことに意味があったと考える。実践が具体的に言語化されることで病棟看護師同士に共有され、ひとりの課題ではなくそれぞれの病棟看護師のチームでの役割や経験による違いにより、各自が自分のこととしてその課題に向き合い、行動することを意識したと考える。また、その課題を共有できたため、行動していることを病棟看護師が感じ取ることができたと考える。

第2回看護実践を語る会において、看護師の記録による評価を実践で活用していることをフィードバックすることを語り合った。C看護師は第4回語る会において、理学療法士の電子カルテ上の患者の評価と看護師がとらえている患者像の乖離を語った。理学療法士に依頼し、患者を交えて歩行訓練を行うことで、看護師が行える実践的な技術を取り入れることにつながり、それが語られた。松尾ら（2008, p. 29）は「営業マンはどのような営業手法を使って顧客の問題を解決すべきかを知っている。何が難しいか、自分の強みと弱みは何かについて知識を持って」おり、これを「メタ知識」と述べている。この知識を活用するためにはある種の能力が必要であり「情報化されたナレッジでは伝わるかどうかは難しく、人が直に伝えないとナレッジは伝わらない」と指摘している（2008, p. 78, p. 194）。

C看護師は、評価のフィードバックを語った第2回看護実践を語る会での気づきを生かし、第4回語る会で、理学療法士に対し次はどうすればいいかという、患者の歩行について支援を依頼し、

看護師と理学療法士と患者が語り合うという、具体的な支援を共有した行動（実践）を語った。これらは教科書に載っていない知識であり、F 看護師はその違いを知ることで「へえ」という納得感につながった反応を示した。このことは、James の「情報の共有は使うことによって、価値を増すからこそ重要である（1987/2000, p. 255）」に通じる。James は「知識や知的能力は共有することで飛躍的に成長する」「この伸びがどのように生じるかを見ることは難しいことではない」「二人の人間が互いの知識の交換をすれば、二人の情報と経験は直線的に成長する。さらに、この二人が自分が得た新しい知識を別の人たちと分かち合い、それぞれからの質問や解釈、修正をフィードバックすればその利益は飛躍的に向上する」と述べている。本研究では、一人の語りを複数の病棟看護師が聴き気づきを言語化し、言語化されることで気づきが共有された。語る会を複数回、続けることでこのことが繰り返され、D 看護師による退院調整の二人体制、F 看護師の発信によるプライマリ二人体制や C 看護師のカンファレンス時のフィードバック等の行動が新たに行われ、これまで行われていた看護実践を意図的に改善し、より良質な看護実践につながったと考える。

D. 看護実践を語る会が看護実践を変える可能性

病棟看護師には看護実践を語る会への参加動機として「他者の看護を聞いてみたい」があった。病棟看護師は看護実践を語る会に参加し他者の語りにはマニュアルや教科書にはない、実践に役立つ気づきがあることに気がついた。これらを経験しながら行動し、行動したことを語るものが繰り返された。D 看護師は、第 5 回語る会において下剤の処方を看護師が医師に依頼する場面を語った。自ら「実践知を語ってみたいかった」という思いを持ち、「探していた」ことが語られた。Moon et al. (2002) は、経験を積めば D 看護師のように下剤の処方場面に気がつけるかという点、そうではなく、経験から学ぶためには能力が必要であると述べている。D 看護師の行動は、Spreitzer et al. (1997) による、「学習の機会を求める」ことであり、経験学習を促進する態度として挑戦性（責任や難易度の高い仕事や変化の大きい職場を好む）のある態度であると考えられる。

D 看護師が、看護師と医師の処方に関する対話の場面に居合わせたことと、それに気づけたことは、「計画された偶発性理論」(Mitdhell et al., 1999) で説明される。D 看護師は「実践知はないか」と「個人が偶然の出来事を生かして機会を創造・予測する」機会を探していた。そしてたまたま、下剤の処方場面に会い「これってすごくおもしろい」とおもしろがる姿勢を持っていた。このおもしろがる姿勢は、Curiosity (Mitdhell, 1999) である。Curiosity とは、たまたま出会った機会をキャリア上の機会としてつかむための 5 つのスキルのうちの、一つのスキルであり、

好奇心である。この理論は「どのような経験をするのかは、偶然によって左右されるが、その偶然を学習の機会と使用できるかどうかは個人の能力次第」(松尾, 2006, p. 76)であり、D 看護師は語る会で E 看護師, F 看護師との具体的なやり取りから「これこそ実践知である」との確証を得た。「実践知」の存在に気がつき、現場でこの場面に気がつき、さらに第 5 回看護実践を語る会で「語ってみて実践知と気がついた」と述べていることから、「実践知」の獲得は語る中で現実となると考えられる。

また、D 看護師は語りの中で、自分が見たり思ったことを違う看護師に確認し、同じような考えの看護師の意見を聴くことで、「共感を得た」と語っている。このことは単なる情報のやり取りとは違い、「知識の受け渡し」と表現された。「知識の受け渡し」は患者の排便の状態を捉え、それを判断するときに看護師自身の経験として、「あの時はこうだったからこうしたら」と表現されていた。ここに、過去の経験との差を今の現象に活用するという経験が存在する (Benner et al., 1989)。実際の経験を言語化することは、内的な経験にすることであり、先輩看護師が F 看護師に伝えているのは、経験から得た知識を伝えていると考えられる。このことから、実践知かもしれないと思っていたことを「実践知であると確信」を持つためには、「語る」という言語化の作業が必要であり、その役割を果たすのが看護実践を語る会(語る場)であると考えられる。

第 5 回看護実践を語る会での、先輩看護師との排便コントロールのやり取りから、「貴重なこと」を教えてもらっていると気がつく F 看護師とそうでない看護師がいるとの E 看護師の語りから「伝える側の問題について」語られた。Moon (2004) の調査から、経験から学ぶ能力には個人差があることが明らかになっており、松尾 (2006) は、経験から学ぶためには、よく考えられた実践(練習)が必要であると述べている。「よく考えられた練習」には①課題が適度に難しく明確であること②実行した結果についてフィードバックがあること③何度も繰り返すことができ誤りを修正する機会があることとされている。臨床判断能力向上に向けた暗黙知伝授を明らかにするアクションリサーチを用いた研究(坂口ら, 2007)では、病棟看護師間にどのように伝授され、行動の変化がどのように起こったかは明らかになっていない。また、ある特定の経験から必ず学習が得られるわけではなく、経験から進んだ「何か」が必要であると金井ら (2001) は述べている。本研究では病棟看護師が語りから気づきを得てそれを行動に移していることが明らかになった。他者の語りから気づきを得て行動することは、経験から学ぶための能力のひとつであり、実践での学習の機会となることが示唆された。このことから「看護実践を語る会」を用いた本研究での結果が今後の看護師教育に活用できると考える。

E. アクションとしての「看護実践を語る会」と転用可能性

看護実践を語る会は5回行われ、次の語る会は約1か月間の期間をあけて開催した。その間、病棟看護師は語る会で「次の実践で活用すること」を見出した内容を行動し、行動した内容を語ることを繰り返した。語る会、気づき、行動、次の語る会で行動した内容を語るというプロセスを5回、繰り返したことであり、野中（1987/2000）による「共同化」と「内面化」を病棟看護師個人が繰り返し、病棟看護師同士が相互に語る場としての協調学習（中原ら，2013，pp. 189-195）が行われたと考える。松尾，赤澤（2017）や岩國ら（2017）の調査においても同様の結果が得られている。語る会をアクションとしたことにより、これまで行っていなかった新たな行動を行う変化を生み出すことにつながった。臨床において日常の業務につきながら行う教育訓練（On The Job Training：OJT）と、通常の仕事を一時的に離れて行う教育訓練（Off The Job Training：Off-JT）の概念ではとらえられない効果の高い学習機会を職場に創造することや他者からの支援を受けて自律を目指す学習知見が求められている（中原ら，2013）。本研究における看護実践を語る会は協調学習としての機能を持ち、病棟看護師と看護師の変化と病棟のシステムの改善につながったと考える。語りを通してコミュニティーを再構成し、職場の課題を言語化することで共有し解決を図っていくことが明らかになり、発達ネットワークが形成できたと考えられ、新たな職場学習の在り方を提示できたと考える。

第2に、ケア提供者として看護師は経験と内省と自由な発言ができる環境が不可欠である（島田ら，2015）。本研究において語る会実施前は「語りたときに語れる環境がない」状態であったが、「カンファレンスで取り上げられなかったことを語る姿が見られる」ように変化した。F看護師が「患者に理由を聞く」行動をしながら「そう言えば理由を聞いていなかった」という行動のやり方そのものを問うことを行ったことや、F看護師に意識的に問いかける先輩看護師の行動の実際の記述は、研修という形式的な場ではない実践の場において「語りたときに語る事ができる」場となり、容易に看護行為の選択が拡大できる場となるため、看護師の育成の知見となると考える。

第3に、看護実践を語る会を行う過程において語りの推進者が生まれた。語りの推進者は語る内容を自ら探し、看護師の実践に肯定的にかかわり、他者の大切にしている看護を共有し自分の看護にも価値を見いだす姿勢を持っていた。これは、教える、教わるという従来のOJTの概念とは違うメンタルモデルであり、本研究においては推進者が中心になるのではなく、周囲の看護師が引き立てられ、チーム力が上がっていることに価値があり、新たなメンタルモデルとしてチーム力の向上に貢献できると考える。

F. アクションリサーチの過程から生じた研究フィールドの負担と課題

1. 研究フィールドの負担

本研究では、研究期間が長期に渡ると病棟看護師に負担がかかり、研究への参加を辞退したいと思う可能性があるため（筒井ら，2014，p. 172），5回が適当であると考えた。また，一部署を対象に看護実践を語る会を開催した。そのため，5名の病棟看護師が語る会の実施日に日勤で勤務することが難しかった。師長の調整で日勤のほか，休みや夜勤明け等で時間の確保は行ったが，夜勤明けなどの参加は難しいものがあった。よって，病棟看護師の参加の平均は3.4回となったと考えられる。

2. 語る会を推進する上での要件

今回のアクションリサーチは看護実践を語る会を5回（約6か月）行った。会の運営や進行は研究者が行い，病棟看護師は語る会に参加するという形式で行った。語る会の運営では，始める前にワークシートを10分程度で記載していただき，その会の終了時に気づきと今後行うことを記入していただいた。これによって語ることを想起し次の実践つながったのではないかと考える。

VIII. 研究の限界と展望

本研究の信用性として，看護実践を語る会の記録とともに前後のインタビューやワークシートなど，多方面からのデータを収集し，指導教官と複数のメンバーで検討を行うとともに，分析過程において病棟看護師と師長に確認を適宜行った。起こった事実として病棟看護師の変化がもたらした病棟や病棟看護師以外の看護師への影響は記述できたが，患者へのケアの質の向上を評価するまでには至らなかった。

今後は，看護実践を語る会を異なるフィールドで行い，そのフィールドでの実践での語りを推進するファシリテータを育成するための調査が必要である。

一施設一部署の調査ではあるが看護師が実践を語り合うことから気づきを得て，その気づきを行動していることが明らかになった。このことを示すことで，看護師間での語りからの気づきと気づきを行動する方法を看護師教育の一環に組み入れ，看護師が実践の場で自ら学ぶことができ，実践能力の向上やケアの質の向上に寄与できるのではないかと考える。この知見をもとに看護師の新たな継続教育方法の開発が期待できる。

IX. 結論

1. 看護実践を語る会において病棟看護師は、他者の看護実践の語りを聴くことで、自分にはない新たな視点や発想を得ていた。
2. 看護実践を語る会による気づきは意識化され、次の実践において新たな行動となっていた。
3. 新たな行動は次の看護実践を語る会で語られ、病棟看護師にさらなる気づきをもたらしており気づきの連鎖が起きていた。このことにより、これまで行われていた看護実践を意図的に改善することができ、より良質な看護実践につながることを示唆された。
4. 先輩看護師による後輩看護師への肯定的フィードバックが行われることで、後輩看護師の自信につながっており看護実践の語りが促進された。
5. 看護実践を語る会が終了したのち、病棟看護師や看護実践を語る会に参加していない看護師によって自発的に看護実践を語る場が病棟内でつくられていた。病棟における看護実践を語る場は良質な看護実践につながることから、新たな看護師教育の可能性が示唆された。

謝辞

本研究は、多くの方々に支えられ、また、助けられてここに至ることができました。

調査に至りましては、看護実践を語る会への参加を承諾していただき、また、忙しい仕事の合間をぬって参加していただきました看護師の皆様のおかげで研究をまとめることができました。

看護実践を語る会では看護師の皆様の患者さんとのエピソードや姿勢を聴く場を共有することで、語ることの素晴らしさや大変さを実感し、語ることで起こるプロセスを多くの方に紹介したいと思うようになりました。私自身、教えられ、励まされ支えられてきました。

また、約5か月という長い期間を通じて研究の場をご提供いただきました。施設の看護部長様はじめ師長様、係長様、スタッフの皆様にも多くのご協力を得ました。

師長様には勤務調整などのご協力をいただくとともに、私が病棟に伺う際には必ず待っていていただき、励ましの言葉やご助言をいただきました。

日本赤十字北海道看護大学学長・教授の河口てる子先生には、修士時代からご指導をいただけてきました。今回も研究テーマの選択から現在に至るまで、丁寧なご指導をいただきました。自分の能力の限界や思考の癖のようなものがときどき頭をもたげたとき、先生からのアドバイスによって、滞っていた分析の方向性や思考が一筋の川の流れたように通っていく感覚を何回か味わいました。この感覚が私の研究者としての次のステージに活かされるように研鑽を積みたいと思います。

また、研究課題を決めるときからともに悩み、意見交換をして研究過程を進んできた東京と北見の皆さんによって支えられ、ここまで来ました。

最後に、私を見守ってくれた友人と家族は心の支えでした。

ここに記して、心からお礼申し上げ感謝いたします。

本研究は令和元年度日本赤十字北海道看護大学学内研究奨励費および学校法人日本赤十字学園教育・研究基金交付事業の助成を受け実施することができました。お礼申し上げます。

文献

- Balman, C., & Schutz, S. (2013) /田村由美・池西悦子・津田紀子監訳 (2014). 看護における反省的実践 看護の科学社, 東京.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989) /難波卓志訳 (1999). 現象学的人間論と看護. 医学書院, 東京.
- Bruner, J., S. (1986) /田中一彦訳 (1998). 可能世界の心理. みすず書房, 東京.
- Carr, W., & Kemmes, S. (1986). *Becoming critical : education, knowledge and action research*. London, The Falmer Press.
- Dewey, J. (1938) /市村尚久訳 (2004). *Experience and Education*. 経験と教育. 講談社学術文庫, 東京.
- 江本リナ, 筒井真優美, 川名るり (2015). 小児看護においてケアを提供するうえで 課題と捉えた状況とその改善の試み. 小児保健研究, 74 (6), 930-938.
- エレンタール®配合内用剤 EA ファーマ株式会社 HP
www.eapharma.co.jp/medicalexpert/product/elental/elental_information.html
- 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代 (2014). 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難. 老年看護学, 18 (2), 67-75.
- 深田 あきみ, 新橋澄子, 下高原理恵, 峰和治 (2015). 学生のリフレクションを促す経験型実習 : 主体的に学ぶ力を育成するための取り組み. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 25-1, 11-18.
- Higgins, M., C., & Kram, K. E. (2001). *Reconceptualizing mentoring at work : A Developmental Network Perspective*. *The Academy of Management Review*. 26 (2), pp. 264-288.
- 東めぐみ (2009). 看護リフレクション入門. ライフサポート社, 東京.
- 東めぐみ, 大澤栄美, 井上智恵, 大池美也子, 小林貴子, 林優子, 安酸史子, 伊波早苗, 長谷川直人, 滝口成美, 伊藤ひろみ, 近藤ふさえ, 小田和美, 恩幣宏美, 道面千恵子, 下田ゆかり, 横山悦子, 小長谷百絵, 小平京子, 岡美智代, 太田美帆, 河口てる子, 下村裕子 (2015). 「看護の教育的かわりモデル」をもちいたアクションリサーチ. 日本看護科学学会誌, 35, 235-246.
- 星野美穂 (2015). アクションリサーチを用いた関係職種の協働による復学支援 -長期入院している子どもの順調な復学を目指した支援-. 千葉看護会誌, 20 (2), 11-19.
- Holter, I. M., & chwartz-Barcott, D. (1993). *Action Research : What is it. How has it been used and How can it be used in nursing*. *Journal of Advanced Nursing* .
- 生田久美子, 北村勝朗編著 (2014). わざ言語 感覚の共有を通しての「学び」へ. pp. 163-170,

- 慶応義塾大学出版会, 東京.
- 岩國亜紀子, 槻木直子, 菅野峰子, 大前耀子, 酒井淑子, 武田保奈美, 槻木直子, 菅野峰子, 大前耀子, 酒井淑子, 武田穂奈美, 坂田明子, 寺嶋智穂, 濱野由起, 仲田敦子, 黒島華恵, 川村桃子, 川西貴志, 松本奈美, 岡邑和子, 川下菜穂子, 赤松恵美, 工藤美子, 山 あい子 (2017). 乳児の養育者とともに考える子育て支援プログラムの評価ー参加型アクションリサーチ, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, vol. 24, 115-123.
- James, B. (1987/ハーバードビジネスレビュー編集部訳, 編 2000). マネージャーはいかにベストを尽くすか (pp. 178-188). ナレッジマネジメント, ダイヤモンド社, 東京.
- 陣田泰子 (2013). チーム医療時代のナレッジマネジメント 動く組織への挑戦. pp. 11-15, 看護の科学社, 東京.
- 金井壽宏, 吉野庸一 (2001). 「一皮むける経験」とリーダーシップ開発ー知的様相力の源泉としてのミドルの育成.一橋ビジネスレビュー, 49 (1), 48-67.
- 金子仁子・佐藤美樹・標美奈子・三輪眞知子 (2017). 大学教員が推進役となったコミュニティ・ミーティングによる子育て支援のためのソーシャル・キャピタル醸成に関する報告. 日本公衆衛生看護学会誌, 6 (2), 168-181.
- 木村充 (2013). 職場における業務能力の向上に資する経験学習のプロセスとは: 経験学習モデルに関する実証的研究, 中原淳(編), 職場学習の探求 企業人の成長を考える実証研究 (pp. 34-71), 生産性出版, 東京.
- Krumboltz, J. D. (1996). A Learning Theory of Career Counseling. Handbook of career counseling theory and practice. Davies-Black Publishing.
- Kolb, D. A. (1984). Experiential Learning : Experience as the source of learning and development, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Korthagen, F. (2010) /武田信子監訳 (2016). 教師教育学ー理論と実践をつなぐリアリスティックアプローチ. 学文社, 東京.
- 黒江ゆり子 (2016). 病みの軌跡モデル 看護実践に活かす中範囲理論, 152-176, メジカルフレンド社, 東京.
- Lave, J., & Wenger, E. (1993) /佐伯ゆたか訳 (2015). 状況に埋め込まれた学習 正統的周辺参加. 産業図書, 東京.
- Lewin, K. (1951) /猪俣佐登留訳 (1971). 社会科学における場の理論 (増補版). 誠信書房, 東京.

- Lofland, J., & Lofland, L. (1995) /新藤雄三・宝月誠訳 (1997). *Analyzing social setting*. 社会状況の分析. 恒星社厚生閣, 東京.
- 松尾潤子, 赤澤千春 (2017). ラオス人民民主共和国の中核病院における看護実践の変化—アクションリサーチを用いて. *看護科学学会誌*, 37, 344-352.
- 松尾睦 (2006). *経験からの学習*. 同文館出版, 東京.
- 松尾睦, 正岡経子, 吉田真奈美 (2008). 看護師の経験学習プロセス—内容分析による実証研究. *札幌医科大学保健医療学部紀要* 11, 11-19.
- McCall, M. W., Lombardo, M. M., & Morrison, A. M. (1988). *The lesson of experience : How successful executives develop on the job*. NY : The Free Press.
- Moon, J. A. (2002). *A handbook of reflective and experiential learning : Theory and Practice*. London : RoulledgeFalmer.
- 森岡正芳 (2005). *うつし—臨床の詩学*. みすず書房, 東京.
- 中原明日香, 奥園夏美 (2015). *日本看護学会論文集 : 看護管理*, 45 号, 7-10.
- 中原淳, 金井壽宏 (2009). *リフレクティブ・マネージャー*, 光文社, 東京.
- 中原淳, 木村充, 重田勝介, 舘野泰一, 伊勢坊綾, 脇本健弘, 吉村春美, 関根雅泰, 福山佑樹, 伊澤莉瑛 (2013). *職場学習の探求—企業人の成長を考える実証研究*. 生産性出版, 東京.
- 中村順子 (2015). 熟練の訪問看護ステーション管理者による人材活用と育成の関わり. *秋田大学大学院 医学系研究科保健学専攻*, 23 (2), 71-81.
- 中山貴美子 (2015). 脊髄小脳変性症患者への活動の改善に取り組む保健所の熟練保健師が実践を変化させる過程—分析と公表の重要性の気づき—. *日本公衆衛生看護学会誌*, 4 (2), 130-138.
- 野川道子, 本庄恵子, 東めぐみ, 鶴沢久美子, 長谷佳子 (2016). 慢性看護のコア・コンセプト I—慢性看護の共通する核となる内容—学問領域から見た検討—. *日本慢性看護学会誌*, 22-30, 特別号, 7月.
- 野中郁次郎 (1987/ハーバードビジネスレビュー編集部訳・編 2000). *知識創造企業* (pp. 38-68), .ナレッジマネジメント, ダイヤモンド社, 東京.
- 大池美也子, 長谷川直人, 道面千恵子, 小林貴子, 井上智恵, 横山悦子, 東めぐみ, 小田和美, 近藤ふさえ, 小長谷百絵, 大澤栄実, 岡美智代, 林優子, 長谷川直人, 小平京子, 太田美帆, 恩幣宏美, 下田ゆかり, 道面千恵子, 滝口成美, 伊藤ひろみ, 伊波早苗, 安酸史子, 河口てる子, 下村裕子 (2016). 「看護の教育的関わりモデル」を活用した教員とのアクションリサーチによる看護師の実践に対する認識の変化. *日本看護科学学会誌*, 36, 19-26.

- 大川百恵, 川田世里子, 松岡和江 (2008). 外来看護師が行う瞬間の看護に潜在する暗黙知—看護場面をナラティブで振り返って. 日本看護学会:看護管理, 39 卷, 75-77.
- 境裕子 (2009). 療養病床における養生の世話による看護師のエンパワメント. 日本看護技術学会誌 8 (2), 74-81.
- 坂口桃子, 作田裕美, 佐藤美幸, 山田美佐子, 梶原優子, 田村美恵子 (2007). 臨床判断能力の向上に向けた「暗黙知」伝授の一方略. 滋賀医科大学看護ジャーナル, 5 (1), 38-43.
- 佐藤智美, 吉野淳一, 澤田いずみ (1999). 構造化された入院治療環境の中で看護師が構築する境界性パーソナリティ障害患者との援助関係. 日本精神保健看護学会誌, 24 (1), 12-22.
- 佐藤美由紀, 齊藤恭平, 若山好美, 芳賀博 (2016). アクションリサーチによる地域高齢者の社会参加促進型ヘルスプロモーション・プログラムのプロセス. 老年社会科学, 38 (1), 3-20.
- 澤本和子(2005). 授業研究から見た国語教師の専門的力量形成—国語科教育の現代的課題と授業リフレクション研究による実践知形成. 全国大学国語教育学会編「国語科教育」(pp. 8-9).
- 島田千穂, 伊藤美緒, 平山亮, 高橋竜太郎 (2015). 見取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響. 社会福祉学, 56 (1), 87-100.
- Schön, D. A. (1983) / 柳沢昌一・三輪建二訳 (2007). 省察的实践とは何か プロフェッショナルの行為と思考. 鳳書房, 東京.
- Senge, P. M. (1978) / 柴田昌治監訳 (2003). 学習する組織「5つの能力」企業変革をチームで進める最強ツール. 日本経済新聞社, 東京.
- Spreizer, G. M., McCall, M. W., & Mahoney, J. D. (1997). Early identification of international executive potential. Journal of Applied Psychology, 82 (16-29).
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 斎藤やよい (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. The Kitakanto Medical Journal, 55 (2), 123-131.
- 高橋智子 (2018). 終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知. 日本看護研究学会雑誌, 41 (1), 83-83.
- 田村直子, 牛久保美津子 (2018). 熟練訪問看護師による訪問看護実習での学生への関わり. 日本農村医学会誌, 66 (6), 703-712.
- 筒井真優美, 江本リナ, 草柳浩子, 川名るり (2014). 研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門 看護研究の新たなステージへ. ライフサポート社, 東京.
- 佃雅美, 森下利子 (2016). ICU 看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢. 高知女子大学看護学会誌, 42 (1), 67-76.

- 内織恵, 島田啓子, 田淵紀子 (2013). 妊婦ケアで「なにか気になる」と感じた熟練助産師の体験
—妊婦と胎児の状態が急変した9事例のインタビューから. 金大医保つるま保健学会誌, 37(2),
57-65.
- 浦山絵里 (2016). 医療・看護現場でファシリテーションを実践する. 看護管理, 26(10), 892-895.
- 脇本健弘 (2013). 部下の成長を促す上司の在り方とは 上司の成長認知と部下の内省支援の関係.
中原淳 (編), 職場学習の探求 企業人の成長を考える実証研究 (pp. 94-101), 生産性出版,
東京.
- 山口いずみ, 石田正人 (2016). 精神科看護師の知識伝授の方法 先輩看護師が新人看護師に講義
を行うこと (2016). 日本看護学会論文集: 看護教育, 46号, 214-217.
- Wiedenbach, E. (1964) /外口玉子・池田明子訳 (2008). 臨床看護の本質 患者援助の技術. 改
訳二版, 現代社, 東京.

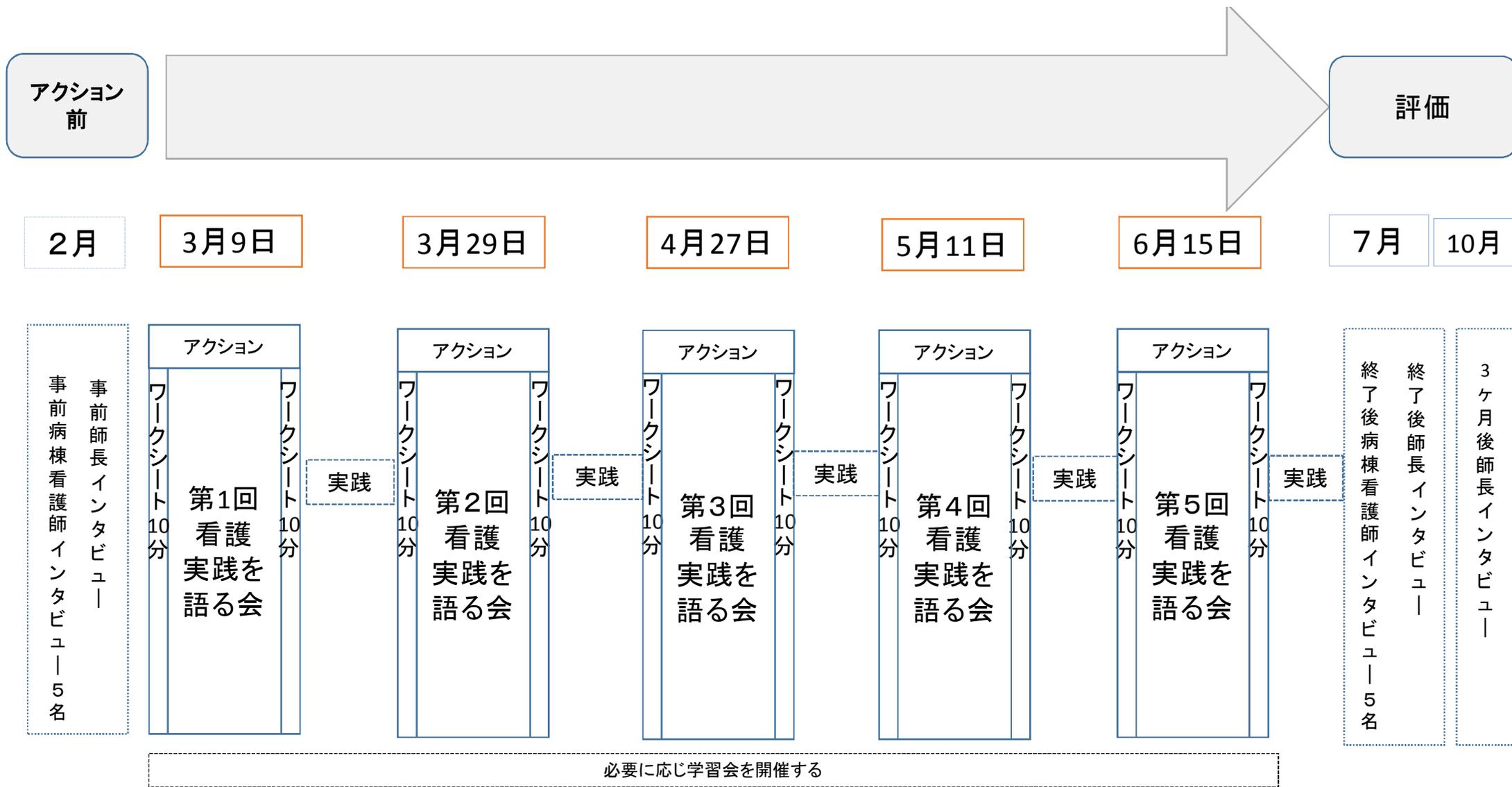


図1 アクションリサーチの概要



① 想起：印象に残ったこと

② 内省：なぜ印象に残ったのか

③ フォーカス：場面を書くことで気がついたこと大切にしていること

④ 醸成：看護を語ることでの学び・実践に活かせると思ったこと

⑤ 発展：次回までに実践すること

図 2 看護場面ワークシート

表1 研究参加者の概要

看護師	年齢	紹介	参加した語る会	看護師経験年数	現在の部署経験年数	最終学歴
C	30代前半	C看護師は30代前半であり、看護師経験は約10年である。語る会には4回出席した。事前師長インタビューによると、部署の中心的存在の一人である。事前インタビューでは「チームで患者さんを支えるという視点を大事にしており、多職種との協働によってより患者さんに沿ったケアの提供を心がけていた」と語った。	1回・2回・3回・4回	約10年	約9年	専門学校
D	30代前半	D看護師は30代前半であり、看護師経験は約10年、現在の部署の経験は約2年である。語る会に4回出席した。事前師長インタビューによると、部署ではリーダーとしての役割を發揮していた。D看護師への事前インタビューでは、「退院調整に関心がありチームで推進している」と語った。	1回・2回・3回・5回	約10年	約2年	大学
E	20代後半	E看護師は20代後半、看護し経験は約5年である。語る会には3回出席した。E看護師への事前インタビューでは、「中堅看護師として日々の業務を滞りなくやらなきゃいけないと思うことが強く、看護しているという実感が少ない」と語った。「言葉にすることが苦手」「自分の行動や考えを振り返って、学んで行きたい」と語った。	1回・4回・5回	約5年	約4年	大学
F	20代前半	F看護師は20代前半であり、看護師経験は約2年、当該病棟での経験は約1年である。語る会には4回の出席であった。F看護師への事前インタビューでは「患者の状態が急に变化した時など、受け持ちとして患者の状態の変化が分かるようになり、自分の役割を考えて行動できるようになってきたが、何でも自分一人でやろうとしないことが課題だ」と語った。	2回・3回・4回・5回	約2年	約1年	大学
G	20代半ば	G看護師は20代前半の3年目である。語る会には1回参加した。G看護師への事前インタビューでは、「退院指導には余り関わっていないが、患者や家族がこれまでどのような生活を行ってきたのかを考えるのが好きである」と語った。	2回	約4年	約3年	大学
H(師長)	40代後半	H師長は40歳代後半、看護師歴は約26年、師長となって当該部署に配属された。師長経験年数は約3年である。師長への事前インタビューでは、「スタッフは患者のことをよく見ており、いい実践をしているが、”普通のことをしているだけで印象に残ることはない”と言うため、実践に自信が持てない、看護を行っているという実感が持ちにくい課題がある」と語った。「緊急入院の受け入れが増え、時間外も少なくない現状ではあるが、看護実践を語る機会によって、実践を言葉にすることを体験してほしい」と語った。「忙しい状況だからこそ、日常的な場で語る風土ができ、実践の連鎖ができることを期待している」と語った。		約26年	約3年	大学院(修士)

表2 看護実践を語る会の経過

語る会が始まる前の病棟の現状	第1回語る会 3月9日	第2回語る会3月29日	第3回語る会4月27日	第4回語る会5月11日	第5回語る会6月15日	病棟看護師の変化	師長による病棟看護師の変化	師長による参加者以外の看護師と病棟の変化	
	参加した看護師 C・D・E・F・(I)	C・D・G	G・D・F	C・E・F	D・E・F			【参加者以外の看護師の変化】	
1.カンファレンスでは重要な患者の検討がおこなわれる	エピソード 創洗浄への思いをキャッチした(D看護師)	患者より家族の意向を優先した(G看護師)	患者と家族のライフヒストリーを聞いた(C看護師)	トイレまでの歩行援助 (C看護師)	看護師と医師の薬剤のやり取り (D看護師)			・チームのカンファレンスが誰ともなく行われるようになった。	
2.研修で同年代の看護師と語る機会はあるが経験年数の違う看護師とは語らない	エピソード 胃瘻からの投薬を悩んだ(E看護師)	低血糖を起こす原因を見いだした(F看護師)	低血糖を起こす原因を見いだした(F看護師)	デイルームまで患者と歩いた事例 (E看護師)	インスリンの打ち方を工夫し低血糖が起きなくなった事例 (F看護師)			・後輩たちの意見を聞き意見を話し合うようになり、チームで効率的にやれている。	
3.記録などが多く看護をしているという実感がもてない	エピソード				インスリンを打たないで食事をする患者への関わり (E看護師)			・仕事終わりにみんな集まって、誰々さんのことについて話すよ”とちよこちよこあちらこちらで出てきている。	
4.退院調整は担当看護師が不在だと対応できないことがある								・後輩たちが自分たちの意見を言える風土が育っている。	
5.師長による病棟の現状								・ある優れた人だけではなく、みんなで話し合って意見を出し合っで統一してケアを行っている。	
忙しい状況だからこそ、日常的な場で語る風土ができればいいと思う。「よい実践をしている」と伝えることも「普通のことかしてない印象に残ることはない」と言う。多職種協働カンファレンスで看護の専門性の役割を果たすことが課題である。	語る会の概要 OD看護師が「患者の処置をしたくないという信号をくみ取り、理由を聞いて」「方法を考える」実践を語った。 この実践を語り合う中で「患者のいやだという信号をキャッチすることや」「処置を工夫して行う」が語られた。 D看護師の語りを受けて、F看護師は「患者の理由を聞いていないことに気がついた」。 OC看護師は胃瘻から鎮静剤を投与するときに患者から「入れないで」と伝えられた。「そのことがどういうことだったのか」と語った。D看護師は、「経験を積み中で患者の言葉の意味を考えていない自分に気がついた」と語った。	OG看護師は「薬を飲もうとしない患者に娘がどうしても飲ませたいという思いを持っており、娘の意向に沿って患者への内服を介助した」と語った。G看護師は「患者の思い添えなかったことを苦痛を身えてしまった」と語り、D看護師はG看護師に「心が痛かったんだね」と伝えた。「患者と家族は胃瘻の意思決定を行わなければならない状況であり、患者と娘の関係性などを理解するためにライフストーリーも有効である」と語った。また、「看護師間で得た情報が、自分の実践に役立っていることを意図的にフィードバックすると、自己の実践が他者のために役に立っていることが伝わると自信につながるのではないか」と語った。	OF看護師が「重症筋無力症の患者で低血糖で入院した患者は入院後、ご飯を食べないため、血糖コントロールが不良で、「いつまでこの状態が続くのか」と思っていた。第1回語る会のD看護師の、「患者をキャッチする方法を取り入れ、患者と特論を戦わせるこれまでの方法を考え、患者にご飯を食べない理由を聞いた」。患者は「エンターールが気に入っており、食事をしていなかった」と語った。参加者は「エンターールが飲みたいために食事をしない」という患者の理由に驚きつつ、「チームでの関わりを大事にしている」と語った。G看護師が「自分がやっているのか」と聞いた。F看護師は「自分がやっているのには言うほどないっちゃいことであるから発信してない」と語った。参加者は「患者にとっては大切な事であり小さいことではない。発信することで意見がもらえるし発信を待っている」と語った。OG看護師は語る会2回目のG看護師の患者と娘に対して、「ライフストーリーを聞いてみた」と語った。「娘と話している」と医師と娘がお互い相手が言ってくるのを待っている、待ちの姿勢であったことを知り、医師に相談し話す場を作った」と語った。	OE看護師が、「パーキンソンの患者が廊下で家族とロビーまで歩こうとしていた場面に出会い、危ない危ないと思いつつ一緒にロビーまで歩いた」場面を語った。この場面は患者の受け持ちであるF看護師が見ており、「自分だったら車いすを準備する」と語った。C看護師もその場面に遭遇し、「E看護師が患者が多歩くのを止めようとしたら、歩いてもらうように介入しようと思っていたが、ロビーまで歩くのを見守って、ほほえましい場面だった」と語った。一方、C看護師は「転倒のリスク管理も考えないとね」とE看護師に伝えると、E看護師は「リーダーとしての姿を学んだ」と言った。F看護師は「どうてい先輩のようなケアはできないと感じていた」「OC看護師のリスクの視点から、自分ではいけなかった」と語った。OC看護師は「レビー小体病でバレリーナの足のように尖足気味になっている患者の歩行助方法を理学療法士と話しあい、チームメンバーで共有した」と語った。F看護師はC看護師の語りから、「その患者はトイレまで歩けるとは思っていなかった。自分で限界を決めていることに気が付いた」と語った。	OD看護師は「実践しながら実践知を探した。脳外の医師から看護師は下剤の選択をどのような根拠で行っているのか尋ねられ、それに答えている場面」を語った。「その看護師は医師に、便の硬さとか自分で出せるかなどで判断していることを語った。この場面は、マニュアルはないため、看護師間で語り継がれている実践の知識だと考えた」と語った。また、この場面を相互に語るうちに、D看護師は「ある患者は下剤の選択や飲むタイミングや量を自分で決められるようになった。患者に関心をもって関わることで、セルフケア支援につながっていることに気がついた。これは収穫だった」と語り、参加者から「関心を持って患者に関することは大切」「下剤のやりとりはお互いの知恵を交換している」との語りがあった。「今後は排便コントロールがわからない看護師に伝えたい。面白いて思えたらいいな」と語った。OE看護師が、「低血糖で入院した患者に退院指導したが、退院日にインスリンを打ちに行ったらご飯を食べようとしていた」「今日、退院なのに、えっと思ったが、自分には怒ってはいけないと教わり、一緒に考えようというスタンスになり、自分は受け止めようとするスタンスを持っていくことに気が付いた。」と語ると、参加者は「E看護師の笑えたところがすごい」と語り、「その人に合った方法を取り入れようとしている」とD看護師は語った。OF看護師は第4回のC看護師の歩行助の語りを受けて、「自分も限界を決めないで、できることがあるのではないかと思いやってみたこと」を語った。「第2回目の低血糖の患者で、インスリンボールを避けてインスリンが打てるようになった」と語った。F看護師は「インスリンを打つ部位のローテーション表を用いることで患者が自信を持って部位を変えてインスリン注射を打つことができるようになった。先輩が「患者が楽しそう」と言ってくれた(C看護師や先輩)。低血糖は阻止できた」と語った。F看護師は「Eさんのように患者の失敗を怒らなくて、一回立ち止まって考える。意識してやるだけで変わるのかな」と語った。	病棟看護師の変化	師長による病棟看護師の変化	【看護師の変化】 1. (退院調整を二人体制にして) ベアがうまく進められるように目を配りグループの差を是正された。退院調整の着手と進捗の確認ができるようになった。 2.先輩が後輩にアドバイスを伝え声を掛けた。 3.患者にとって必要な視点を理学療法士に伝える	
C看護師の気づき	・Eさんの語りの患者がはっきり意思表示をするとは思わなかった。 ・薬でぼーっとするのはつらいことだと思った。 ・Dさんの蒸留水を温める細やかな配慮。気をつけて意識してやろうと思った。	・G看護師の語りについて「本当は娘にどうしたいか話さないといけない」「確かにここが役に立ったなどは伝えている」「センサーでできているなら、ほかのことでもできる。センサーマットのように評価をフィードバックするとながりが持てる。意識してやったらもっといい看護ができそう」	・後輩がやっていることを小さいことだと思っている。 ・Fさんが発信できないことに驚いた。	・ポジティブな内容というか、良かったこととか普段話に出ないことが話題になる。 ・トイレまで車いす。みんな知っておく方がよい。車いす介助が普通の方法ではなさそう。	・Cさんは欠席であったが、Fさんのインスリンボールの患者が楽しそうにしていることとフィードバックした先輩の一人がCさん。	・ライフヒストリーを患者の家族に聴くことで、家族と医師が話し合う場を持つことのできた(第3回語る会)。 ・カンファレンスで「何か困っていることはないか」と聴くようになった(事後インタビュー)。	・カンファレンスで「これはどうなっている？」と後輩たちに聞く場面が結構見られる。後輩がその日の受け持ち患者にちゃんと責任を持つこととして問いかけ、後輩たちが応えている。		
D看護師の気づき	・Eさんの語りを聴いて患者の言葉に立ち止まっていない自分に気がついた。	・看護師が記録したことにに対して、活用したことをフィードバックしてもいいことに気がつく。	・Fさん(後輩)は発信できないんだな。	欠席	・研究者は語る会で実践知を見つけている。 ・私がこう思うと言っただけと言われると同じ感覚だと思ふ。 ・Eさんのインスリン注射を忘れた患者さんに対し、「面白いが」ところがすごい。	・チームの看護師と相談し退院調整を二人体制にした(事後インタビュー)。 ・患者の「体がよじれている」の意味を考えた。患者に確認して体位変換を行った。また、新人看護師と患者の言葉の意味を一緒に考えた(事後インタビュー)。 ・実践知を探した(第5回語る会)。	・チームで行うことに気がつきDさんの患者からチームの患者になった。 ・教育委員として語る場を創り取り仕切っていた。語る会を行い、「語る会のワークシートを準備してみんなに説明します」と発信をする役割を担った。		
E看護師の気づき	・患者が拒否をしたとき代替案を考えられる。患者の感情を受け止め味方になる看護。	欠席	欠席	・患者の”できることを損なわない”エピソードを語り、転倒のリスクについても目を向けることに気が付いた。 ・リーダーとして看護目標が患者の状況にあっているか見る。Gさんの引く張っていく力を感じた。 ・患者の最大の能力を確認したところがすごい。 ・Gさんの患者の最大能力の確認を理学療法士にする姿勢。	・他者の語りを聴くことで自分が気がつかないポイントを学べる。 ・起こっている患者に共感できないのは自分が壁を作っているからかもしれない ・実践知を伝える側の姿勢もある	リーダーナースとして後輩と退院調整を一緒に行った(事後インタビュー)。	語る会で実践を話して承認され不安感がなくなった。 自分の判断で患者家族と関わりをもつて報告するようになった。		
F看護師の気づき	・患者の理由を聞いたり処置を工夫する発想がなかった。 ・自分はDさんのようににはできない。タイムリングを計るなどでできていることもある。 ・薬を入れなければならない。仕事だから。 ・患者のできることを最大限生かそうとしている。	欠席	・実践しながら患者に食事をしない理由を聞いていなかったと気がつく。 ・自分ではちっちゃいことと考えても、患者さんにとってそうでないことを先輩から聞くことができた。当然とどうしようかなと思う時や困っているときに、自分が発信することでみんなが気づいてくれる。せつかくチームだから発信しようと思った。 ・先輩に情報は伝えるが患者の思いは伝えていなかった。	・Eさんにはできない。自分だったら車いすを準備する。 ・Gさんのエピソードから、患者の限界を自分は決めていた。 ・自分は患者の安全を考える傾向がある。 ・チームの目標、なるほどだなんて思った。	・下剤の調整など私はいいと思っても先輩は違って、へえ～と思う。 ・第4回のGさんの語りを聴いて、実はできることがあるのではないかと思いやってみた インスリンボールを避けてインスリンが打てるようになった。できないと決めつけないで聞かれ、患者はローテーション表を用いてできるようになった。先輩から「本人が楽しそう」と言われた(Gさんや先輩)。 ・ふっと力を振る感じがした。	・再入院の患者について一筋縄では行かないと判断し、プライマリに先輩看護師がしてくれ相談した(事後インタビュー)。 ・患者が食事を食べない理由を聞くことによって低血糖が改善した(第3回語る会)。	・一歩下がってなが必要かを考えた実践をしており、生き生きしている。 ・小さいカンファレンスをもつようになり自分の意見が言えるようになった。 ・自分を振り返り自分自身をコントロールしている。		
G看護師の気づき	欠席	・情報を他の看護師が提供してくれたとき、フィードバックした方がいいが目からうろこだった。 ・逆を考えたら自分も他者の役にたっていることもある。	欠席	欠席	欠席	・退院調整をしなくてはならないが、自分ができないことがつらい時期である(事後師長インタビュー)。	・緩和ケアリンクナース会にGさんが事例報告を行っていたとフィードバックももらった。		
学習会	経験学習について 17:40～17:50								
研究者の問いかけ	・「D看護師はなぜこの実践ができたのか」 ・「このケアは患者の処置をしたくないという信号をキャッチするであり、理由を探り方法を変えるだね」 「薬を入れられないで」を聴きとったことが大事だった。	・「お母さんどうい生活をしてきたのかライフヒストリーを聞いたらどうか」。 ・研究者はC看護師が患者の状況と共有し、評価まで実践しているが、その評価を次の実践につないでいないことに気が付き、「あたりまえにやっているけど患者さんをつないでいると思う。看護師が行った評価をGさんの次の行動にどういようにつながったって、フィードバックはどうされているんですか」と聞いた。 ・「それによって、Gさんが大事にしていることも後輩に伝えられますね」。 ・「いずれ意思決定する時期が来るから、どうやって二人で生きてきたのか知ると、支援の基盤になるかもしれない」と伝えつつ「皆さんにとってスパン400の薬は病気を良くするための安心できるケアだと思った」。	・C看護師やD看護師の場を和らげようとする雰囲気から「発信してほしい」との思いを感じ「Fさんにとって取り上げないといけない問題はどのようなことですか」と尋ねた。 ・C看護師、D看護師はF看護師に「つぶやいてほしい」と願っていることを感じたが、黙っているF看護師が気になり「先輩たちの話を聞いてどう思いましたか」と聞いた。 ・「(F看護師が)大切に思うことを伝えて、後の判断はその看護師に任せるといいかもしれないですね。Fさんにとってちっちゃいことでも、患者にした小さいことではないかもしれない。低血糖もエンターールの事が分かって大切なことだ」と語った。	・患者の歩行を支援したことによる患者の反応を尋ねる。 ・「Gさんはなぜ、長期目標と短期目標が合っていないことに気がついたのですか」と尋ねる。 ・Eさんが後輩と退院調整を行ったとき、後輩に変化が行ったのはなぜかを尋ねる。	・患者の歩行を支援したことによる患者の反応を聞いた。				

表3-1 C看護師の気づきと行動

語る会と実践	事前インタビュー	第1回	実践	第2回	実践	第3回	実践	第4回	実践	事後インタビュー
主なエピソード		創洗浄への患者の想いをキャッチした (D看護師)		・患者の意向より家族の意向を優先したエピソード (G看護師)		・患者と家族のライフヒストリーを聞いた (C看護師) ・低血糖を起す原因を見出した (F看護師)		・トイレまでの歩行援助 (C看護師) ・デイルームまで患者と歩いた (E看護師)		
C看護師の語り と気づき		・患者の言葉や背景を考える大切さを学んだ。 ・いやな思いをさせない、温めた配慮がすごい。		・「娘(家族)に対しどう後押しができるのかと悩んでいる時にライフヒストリーの方法があると分かった」 ・G看護師のエピソードに対し「本当は、どうかたちにしたほうがいいのかと話を常々しなきゃいけないと思っていた。なかなか聞き方というか、切り出し方が悩ましい状況下にある。 ・「チームカンファレンスも大事だけど、今話したいときに聞ける環境が大事なかな」。 ・「確かにここが役に立ったなどはなかったね。センサーでできているなら、ほかのことでできると思う。センサーマップのように評価をフィードバックするとつながりが持てると思う。意識してやったらもっといい看護ができそう」。		・「フィードバックしたけどさりと終わった」。 ・「Fさんは実践をチームに発信しているか」。 ・「些細なことと思ってもチームに発信していくことが大事だと思う」。 ・第2回Gさんのエピソードの患者にライフヒストリーを聴くことを実践してみた。医師と娘がお互い待ちの姿勢になり、娘は「先生から何も言ってくれない」と不満になっていた。停滞している時間をいつまで続けたいかチームで悩んでいたけど、あの時、話を進めなければと思い娘と医師に働きかけたことで、意思決定支援につながった」。		・「Eさんのかかわりを見ていた。歩くのを止めようとしたら声をかけようと思ったのだが、歩行を援助したので見送った。でも、リスク管理の視点が必要」。 ・「レビー小体病の患者の長期目標と短期目標が合っていないことに気がついた。看護師が捉える患者の歩行と理学療法士としては評価が違っていたため、患者への介助を理学療法士とともにスタッフを巻き込んで共有した」。 ・「歩行につながる短期目標が上がっていかチームで悩んでいたけど、記録にあるが自分の印象とは違うこと、看護師レベルで行う歩行援助ではないかもしれない気がついた」。 ・「本人は“でしょ”みたいな感じで“歩けるわよ”って笑った。その場には看護師全員が歩けるって思っていないくて、喜びの誕生だった」。		・「立派なこととはしていないと思うが一生懸命やったと言えることがある」。 ・「普段流れていることが思い出される感じ」。 ・「最後のまとめがあり、覚えていないこともあるがこうしていると思うこともある」。 ・「流してしまっていたことも本当に良かったのかと思う視点が出てきた」。
語る会に参加した病棟看護師・患者の反応						・F看護師は困った時に発信するようになった。 ・チームカンファレンスで先輩に「困ったことはないか」と尋ねるようになり、F看護師は「話しやすくなった」と語った。 ・G看護師のエピソードの患者の娘と話す。医師から声がかかるの待っていたため、医師に相談してICをおこなってもらった。		・E看護師は患者がデイルームまで歩ける関わりは「患者のやれる」を支援したと語りつつ、「リスクの観点から考えていなかったことに気がついたと語った」。 ・E看護師はC看護師の語りからリーダーとして長期目標や短期目標の修正をしていくことや多職種とのかかわりを学んだ。 ・F看護師はE看護師のような実践はできないと思っていたが、C看護師のリスクの観点を聴くことで、リスクから考える自分の傾向を知ることにつながった		・E看護師・リーダーとしての姿勢。短期目標と長期目標の見直し。先輩と一緒に目標を考える ・F看護師：発信できるようになった。 ・Cさんが何かないか聞いてくれるようになった。
C看護師の新たな行動						・ライフヒストリーを用いて娘に話を聴く ・娘と医師の話し合いの場を調整する ・看護師にフィードバックする		・カンファレンスで困ったことはないか聞く ・理学療法士に看護師の視点を伝える		
参加動機 実践すること (ワークシート)	・師長からの奨めで参加した。 ・リーダーが多く聞く側になっている。 ・先輩が大事にしていることが聞けたり、自分が投げかけてきたものが伝わっているか聞きたい。 ・介入してよくなっているケースが続いているが介入の効果がわかりにくい。 ・カンファレンスでは重症患者はあがるが、それ以外は検討にあがらない。	患者の立場でケアの提案や方法を実践する。	他の看護師がとった情報を活用できたらそれをフィードバックする。		メンバーにプライマリや受け持ち患者のことを悩んでいることや困っていることがないか聞く。		それぞれの専門性を理解してわからないことは、わかる人に聞き、患者のより良い状態を目指す。			

表3-2 D看護師の気づきと行動

語る会	事前インタビュー	第1回	実践	第2回	実践	第3回	実践	第5回	事後インタビュー
エピソード	<ul style="list-style-type: none"> ・創洗浄への患者の想いをキャッチした (D看護師) ・胃薬からの投薬を悩んだ (E看護師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の意向より家族の意向を優先したエピソード (G看護師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレまでの歩行援助 (G看護師) ・デイルームまで患者と歩いた (E看護師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンを打たないで食事をする患者への関わり (E看護師) ・看護師と医師の下剤のやりとり 					
D看護師の語りと気づき	<ul style="list-style-type: none"> ・自己の事例：多発性脳梗塞(小脳)の皮膚生検後の創洗浄時、シャワーは寒いからやりたくないといったため、蒸留水を温めて、ベッドサイドで行った ・Eさんが全身麻酔で胃瘻造設を行った患者への眼前薬投与を行おうとした時「薬を入れないで」と頼まれた語りを聞き、自分は立ち止まれていると聞いた。経緯を積むうちに、患者が発する言葉の意味を考えていない自分に気がついた。 ・参加者から「配慮がすごい」と言われて「私こんなこと考えていたと思った」。 	<ul style="list-style-type: none"> ・D看護師の語りから、看護師が記録した内容を読んで活用したことに気がついた。「そこ、フィードバックすると、確かに・・・」はっ”てしました」 ・エピソードで語られた実践をチームで共有しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Fさんによく、エンテールを聴くことができたねと伝える ・発信を待っていると伝える ・自分の中で方針を決めてしまっ”て発信していることがある。人の意見に耳を傾け、具体的なことを聞きたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・E看護師の語りについて)美えたところがすごいと思った。また、笑ったほうが場がなじむよね。 ・あった方法を取り入れよう”と変化している。 ・看護師が脳外の医師にピ”スコールではなく酸化マグネシウムを出して”くださいと依頼したとき根拠は何かを聞かれた。その看護師は便の硬さとか自分で出せるとか見ていると伝えた。マニュアルにはない、語り継がれている知識だと思った。 ・実践知を探したかった。下剤について関心をも”て聞くと、患者は一粒の内服を自分で決められるようになり、収穫だったと気がついた。看護師間では「そう思っていた」というような共通を得られた。今後は排便コントロールがわからない看護師に伝えたい、面白”いて悪くない。 ・Eさんの語りから「いろいろな”人から話を聞くし患者や家族を巻き込んで自分たちで選べるよ”うにかかわる”うに変わってきた」。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の語りを聴いて語る大切さが理解でき、日常の場面でも看護師の話を聞くようになった。 ・例えばカーテンの向こうのやり取りを意識して聞き「こうやっているんだ」と思う ・患者の前で立ち止まれるようになり、患者の体位交換後の体のよ”れを理解して体位交換を行った。また、新人看護師にも関わった。 ・病棟で知の受け渡しが起こっていることに気がつき、それを師長に伝えた。 ・排便コントロールを意識してやり取りを詳しく聞いた。 ・語りつながった(知識の受け渡しの場) ・Eさんの語った実践からポイントがみえる。大切にしているものが見える ・退院調整を二人体制に相談して変更した。リーダー同士で話しあうようになった。時短で一年ぶりに病棟に戻った看護師が「退院調整頑張っているね」と驚く。 ・リーダーから後輩に話しかけ、後輩が相談しやすくなったとい”ている。 ・言葉が行きかうようになった。先輩が伝える。 ・先輩が後輩にできたことをフィードバックする。後輩が相談し先輩がそれに対応することで、二人の知識を寄せ集めるようになった。 				
語る会に参加した病棟看護師・患者の反応	<ul style="list-style-type: none"> ・「先輩のようににはできないと思いつつ、患者のいやだという理由を聞いた方法”を修正していなかったことに気がついた。タイミングを計るなどできていることがあることに気がついた」(F看護師)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Dさんが自分も同じようにすると”言ってくれてシレンマが軽くなった (G看護師) ・退院調整を二人体制にする。 ・リーダー間でやり取りが生まれる。 ・サマ”リを書くだけからどうしたらいいかをやりとりする場面が見られるようになった。 ・記録が充実した。”普段のカンファレンスや朝のミーティングで、この人は家に帰るのに準備が進んでいないのではないかと”気づきが出るようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩に相談してもいいとわかつた。一緒に考えている人の存在を知った (F看護師)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践知を意識的に探す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整を二人体制にした。 ・他者の実践を意識的に見るようになった。 ・体位交換時など患者の言葉の意味を考えて実践するようになったと語る。 ・看護師の実践に関心をもち肯定的に関わり、他の看護師の大切にして”いる看護を共有する。 				
D看護師の新たな行動	<ul style="list-style-type: none"> ・体位交換を行った時に患者の言葉に立ち止まり、自分の実感な体位と患者の求める体位の違いを確認し、実践した。また、そのことを先輩とともに一”緒に行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームリーダーと退院調整をどうしたらいいかを相談する。その時に語る会”で「やったことをメンバーに返す」ことが語られたことをチームリーダーに伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・その看護師ができていたことを意識して伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践知を意識的に探す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整を二人体制にした。 ・他者の実践を意識的に見るようになった。 ・体位交換時など患者の言葉の意味を考えて実践するようになったと語る。 ・看護師の実践に関心をもち肯定的に関わり、他の看護師の大切にして”いる看護を共有する。 				
参加動機	<ul style="list-style-type: none"> ・普段看護を語る場面が少ない。 ・業務をこなすことが目標にな”ってさみしい。 ・ほかの人が大事にしているところを知りたい、まねしたい。 ・退院指導とかを自分でするようになって、先輩から教えてもら”うマニュアルどおりのことをしても、なかなか習得できないのは何だと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相手が発する言葉や態度の意味を考”える。敵ではなく味方になってみる気持ちをもって接する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームメンバーにプライマリ患者に”ついて協力を仰いでみる。そこから得た情報がどう行かせたかをフィードバックする。メンバーの家で楽しさにつな”げられるかも。 ・いかせたことをメンバーにフィードバックをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の中で方針を決めてしまいがちなので、プライマリの患者について自分”が思っていることを口に出してみる。それについてメンバーの考えを聴いてみる。逆に先輩の考えていること”も聞いてみる。答えはなく過程を聞かせてもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しむよりも面白い。一呼吸おいてなぜなの”か、聞いてみるそこから次の自分の行動をどうするか、考えてみよう。 				

表3 -3 E看護師の気づきと行動

語る会と実践	事前インタビュー	第1回	実践	第4回	実践	第5回	実践	事後インタビュー
主なエピソード		創洗淨への患者の想いをキャッチした (D看護師)		・トイレまでの歩行援助 (C看護師) ・デイルームまで患者と歩いた (E看護師)		・インスリンを打たないで食事をする患者への関わり (E看護師)		
E看護師の語り と気づき		・胃薬から薬を入れた場面：昼の薬（鎮静剤）がいつてなく患者が暴れた。鎮静剤を胃薬から入れようとしたところ、患者が「薬を入れなさい」と言った。先輩と見えない目のほうから薬を入れた。罪悪感が起こったが、薬を投与し患者が静かな夜を迎えられたと思った。		・パーキンソンの患者が廊下で家族と歩こうとしていたため、一緒にロビーまで歩いた。ADLを上げていこうという時期であった。患者や家族のやる気を損ねてはいけな思っ、ロビーまで付き添った。 ・C看護師は「リスクも考えない」と言い、その視点が持てていなかったことに気がついた。		・退院日にお昼の前にインスリンを打ちに行ったら、インスリン指導をした患者がインスリンを打たないでご飯を食べようとしていた。今日、退院なのに、えっと思ったけれども、笑ってしまった。師長から患者が失敗したときに怒ってはいけな、と教わったことがあって、一緒に考えようというスタンスになり、自分は受け止めようとするスタンスを持っていると気が付いた。 ・怒っている患者への対応、自分が怒られていると思うと「心に壁を作ってしまったかもしれない。傷つかないように壁を作っているから共感できない。 ・面白がるって大事。 ・伝える側の姿勢、伝え方もある。		・同僚の行動の意図を聞くことは、実践では全然ないから面白かった。先輩の言葉にはパワーがあり、納得しやすかった。今は何をしたいなくちゃいけないということを考えて、皆で動けるようになった。 ・先輩もちゃんとその人のことを見てアセスメントして捉えて、行動に移すというところがしっかり伸びている。 ・話すことで自分の思考の感じも分かった。その一つにC看護師の長期目標、短期目標のところは考えるようになった。参加しての変化はリーダーとしての役割を感じ実行に移すところを感じた。 ・先輩と1回目のときに考えて、2回目はこうふうにやろうと先輩から声がかかった。先輩が考える余地を残しながら引っ張っていく自分の練習になった。 ・D看護師の姿勢から学んだ。押しつけがない振り返りの姿勢で先輩の行動の理由を聞くようになり、意図と一緒に考える姿勢で話したら、先輩がどうしてこうなったんだらう意識してそういうことをするようになった。 ・経験していることが学びにつながることは意識しないと、どんどん過ぎるものであることを学んだ。語ったことに対して、意見をもらうことで確かにそうだと思うし、起こっている事象を経験として知識にして勉強にできる場なのかなと思った。
語る会に参加した病棟看護師・患者の反応		D看護師は、患者の言葉の意味を考えていてEさんはすごいと語った。D看護師は、自分が忘れてしまっていることを思い出さずかけとなり、体位変換の事例で、患者の言葉の意味を考えて実践や先輩へのかかわりを実践した。						
E看護師の新たな行動						・退院支援や日ごろのカンファレンスで、主体的に動いたり、長期目標、短期目標のところは考えるようになった。意図的にCさんの語りを参考に実践することがある。先輩は退院調整をどう進めたらいいか分かっていなくて、何が足りなかつたかねと終わってから一緒に考えた。先輩から、こう考えているんですけどどう思いますかと返ってきた。一緒に考えて目指すものを明確にすると、先輩が考えてチームでできるようになった。		
参加動機と実践すること（ワークシート）		・日々の業務を滞りなくやらなきゃいけないと思うことが強い。仕事だからしなきゃいけないから当たり前のことと思う。 ・看護しているという実感を感じる場面が少なかった。 ・師長の勧めではあるが、どうい声かけが良かったのかは振り返ってみたいと分らないから		・自分のかかわる患者をもっと、深く理解する。 ・患者の表出していることの意味や意図を考え理解できる。		・患者の能力の把握 ・患者の「できた」を損なわない。		・患者に対して受容の態度で接する。 ・他者(他スタッフ)の行動や発言に目を向ける。

表3-4 F看護師の気づきと行動

語る会	事前インタビュー	第1回	実践	第3回	実践	第4回	実践	第5回	実践	事後インタビュー
エピソード	患者の思いをキャッチする (D看護師)	患者の思いをキャッチする (D看護師)	低血糖を起こす原因を見いだした (F看護師：自己の実践の語り)	低血糖を起こす原因を見いだした (F看護師：自己の実践の語り)	低血糖を起こす原因を見いだした (F看護師：自己の実践の語り)	デイルームまで患者と歩いた (E看護師)	デイルームまで患者と歩いた (E看護師)	インスリンを打たないで食事をする患者 (E看護師)	インスリンを打たないで食事をする患者 (E看護師)	インスリンを打たないで食事をする患者 (E看護師)
F看護師の語り と気づき	患者のいやだという理由を聞いたことがなかった。指示通りに1つの方法で行っていた。	患者のいやだという理由を聞いたことがなかった。指示通りに1つの方法で行っていた。	・この患者は、血糖コントロールの見通しが付かないと思っていた。そういえば食事をとらない理由を聞いていなかったと、理由を聞いた。	・この患者は、血糖コントロールの見通しが付かないと思っていた。そういえば食事をとらない理由を聞いていなかったと、理由を聞いた。	・カンファレンスでは重要な患者の話をするので、言うほどのことでもないっちゃいこと。 ・発信しているつもりだったけど、発信していないことに気がついた。	・先輩のような実践はできないと思っていたが、自分はリスク面から考えると、別の解答ももらったと思った。	・先輩のような実践はできないと思っていたが、自分はリスク面から考えると、別の解答ももらったと思った。	・不穩の人のセンサーがずっとなったら最初は優しくてもイラッと来る。	・不穩の人のセンサーがずっとなったら最初は優しくてもイラッと来る。	・退院した患者が誤嚥性肺炎で再入院したが一筋縄ではいかなかった。 ・この状況はちいさいことではないから自分から先輩看護師に発信した。
語る会に参加した病棟看護師・患者の反応	(D看護師の処置の工夫を聞き) タイミングを計ることは自分にも行なえている。	(D看護師の処置の工夫を聞き) タイミングを計ることは自分にも行なえている。	・患者と持論がぶつかることもあったが、自分の思いを伝えることで患者に理解してもらえた。	・患者と持論がぶつかることもあったが、自分の思いを伝えることで患者に理解してもらえた。	・患者と持論がぶつかることもあったが、自分の思いを伝えることで患者に理解してもらえた。	・患者がご飯を食べない理由を聞くとエレンタールが飲みたいたからと言った。血糖コントロールが得意。家に帰るために食事が大切と伝えたと、ご飯を全量摂取するようになった。	・患者がご飯を食べない理由を聞くとエレンタールが飲みたいたからと言った。血糖コントロールが得意。家に帰るために食事が大切と伝えたと、ご飯を全量摂取するようになった。	・Fさんのつぶやき1つでいろんな方法が出るよ。言ってくれるのを待っている人がいるよ。	・Fさんのつぶやき1つでいろんな方法が出るよ。言ってくれるのを待っている人がいるよ。	・チームリーダーへの相談により、プライマリが2人体制となった。
F看護師の新たな行動			・エレンタールの理由、よく聞けたね。	・エレンタールの理由、よく聞けたね。	・C看護師はカンファレンスで困っていることないか、と後輩に聞くようになった。D看護師は「退院調整を二人体制にした。	・エレンタールの理由、よく聞けたね。	・エレンタールの理由、よく聞けたね。	・インスリンボールのある患者と一緒に注射部位を考える。	・インスリンボールのある患者と一緒に注射部位を考える。	・ナースコールが鳴ってもイライラしなくなった (D看護師)。 ・感情をコントロールできるようになった (H師長)。
参加動機と実践すること (ワークシート)	・経験年数の違う年代の看護師と話すことによって、違う考えを聴きたい。 ・患者の思いなどを聞いてもリーダーに報告できないことが課題。	・患者・看護師・医師の目指すところが達成できる方法を考える。 ・心づかいを大切に。 ・患者がどのような人なのか、どうかかわるといのか、対象理解を深める。	・患者・看護師・医師の目指すところが達成できる方法を考える。 ・心づかいを大切に。 ・患者がどのような人なのか、どうかかわるといのか、対象理解を深める。	・患者・看護師・医師の目指すところが達成できる方法を考える。 ・心づかいを大切に。 ・患者がどのような人なのか、どうかかわるといのか、対象理解を深める。	・チームのメンバー間で相談する。 ・発信を自分からする。 ・情報収集を患者さんからするとき、個性を大切に。 ・どのように聞くか、なぜ、そうするか聞く。	・患者の思いをかなえられるように、看護師がどう介入すればよいか考える。	・患者の思いをかなえられるように、看護師がどう介入すればよいか考える。	・限界を決めないで実際にやってみる ・セルフケア援助・方法を変えたかかわりをする ・一度立ち止まる ・楽しんでやろうとする	・限界を決めないで実際にやってみる ・セルフケア援助・方法を変えたかかわりをする ・一度立ち止まる ・楽しんでやろうとする	・困りごとを発信する。プライマリ二人体制になり自分から先輩に相談する。 ・病棟でチームの患者さんについて話し合う場を持つ。 ・ナースコールが頻回な時「さてどこからいこうかな」と楽しむ。

表3-5 G看護師の気づきと行動

語る会と実践	事前インタビュー	第2回	実践	事後インタビュー
エピソード	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の意向より家族の意向を優先したエピソード (G看護師) 			
G看護師の語り と気づき	<ul style="list-style-type: none"> ・もやもやした経験を話すことで消化できた。ジレンマを聴いてもらえる体験はあまりないため、恥ずかしがらないで話していいと感じた。 ・自分が発言することが他者の情報収集の役にたっていると気がつく。 			
語る会に参加した 病棟看護師・患者の反応				<ul style="list-style-type: none"> ・非がん患者の緩和ケアとして素晴らしい実践を行っているとは他部署の師長がH師長にフィードバックを行った。 ・H師長は「がん専門看護師の師長も看護師が患者さんの立場に立ててできるのかみたいな視点で見ている。Gさんが委員会で事例発表をした。そのことを他の師長がいい看護だったと私にフィードバックしたことは、実践がかたちとして伝えられることができていたんだと、やっとそこに来たんだと思う」と語った。
G看護師の 新たな行動			語ったエピソードを事例報告として発表した	
参加動機と実践 すること (ワークシート)	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒した患者がおむつをしてい た。おむつでなくてよいということは部署で語られたことがあり、語ることで共有認識が持てると思った。 	他の看護師がとった情報を活用できたからそれをフィードバックする。		

表4 看護実践を語る会の研究者の立ち位置

進行	<ul style="list-style-type: none"> ・研究者は初回の冒頭では研究参加者の参加目的を、会の終わりには、語ることによって何を学んだか、その学びを次回までにどう行動するかを全員に語ってもらい、次の回に連動させる。 ・テーマは決めずに参加者が実践で印象に残った場面を自由に語ってもらう。 ・重要なエピソードが語られたと判断したとき、その場で実践への新たな視点を検討しどう生かせるかを検討する。 ・2回目以降は前回の会での気づきを実践したことを話してもらうように促す。 ・研究参加者が、コルブの経験学習を参考に実践を行い（具体的経験）、何が起こっていたか多様な視点からとらえ直し（内省的観察）、その結果を自分なりに次に活用できるように学びを得て（抽象的概念化）、学んだことを実践で果敢に行ってみる（能動的実験）という循環を意識して会を運営する。 ・語る会での看護師相互の語りを推進するため、話し手が「私たちは」ではなく「～した」と一人称の語りをを行うように留意する ・語り手が実践を語ったときに、その場面が聴き手に思い描けるような語りになるように「そのときにどのようなことを行ったのか」と具体的な内容が語れるように尋ねる。
問いかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・研究者は重要なエピソードが語られたと判断したとき、その場でなにを学びどう活かせるかを検討できるように、問いかけを行う。 ・語り手に対し「なぜそう思ったのか」「それはどういう意味があったのか」「なぜ行ったのか」など内省を促す問いを投げかける。
聴く	<ul style="list-style-type: none"> ・聴き手は語りを自分に向けられた「問い」として受け止めているか、自分にも同じような経験がないか、語り手は何を伝えようとしているのか、考えながら聴く。 ・研究者は話し手の語りを聴き、何かを即断、即答しなくなってもそれらを保留し、しっかり聴き取る姿勢を持つ。
フィードバック	<ul style="list-style-type: none"> ・語られた実践についてなにがよいと思ったのか明確に、ポジティブなフィードバックを行う。 ・ネガティブな実践が語られたときには、そのなかにポジティブなことがらがあることを見いだすことに努め、ポジティブフィードバックを行う。
姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・研究者は参加者がなにを伝えようとしているのかを理解し、意識的に肯定的な反応を見せ、共感的な態度を示し、ともに考える姿勢を示す。

研究のご説明とご依頼

(看護部長様)

本研究の目的は、急性期病院で働く看護師が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにするために「看護実践を語る会」を開催いたします。

また、研究参加者の看護師様が看護実践を語る会を運営したり、施設で継続して行われることを目指しています。

本研究の意義は、「看護実践を語る会」を行うことによって、共に働く看護師と相互の理解が深まり、お互いの看護実践から学ぶ方法を示すことができると考えます。また、これにより、より良質な看護実践が広がることに寄与できると考えます。

趣旨をご理解いただき、ご参加いただきますようお願い申し上げます。

1. 研究のタイトル:看護実践を語る会を用いたアクションリサーチ
2. 研究期間:平成〇年〇月から平成〇年〇月
3. 研究へのご参加:急性期病棟の看護部長様と看護師様5名程度です。
4. 看護部長様より急性期病棟を推薦していただきます。
5. 推薦していただいた師長様と相談し、看護師の皆様に説明をさせていただきます。
6. 方法は「看護実践を語る会」を以下の手順で行います。
 - 1) 「看護実践を語る会」を〇月までに5回、行います。日程は看護を語る会に参加して下さる皆様と師長様と相談します。また、1回の「看護実践を語る会」は、説明や「看護場面ワークシート」の記載を含めて2時間程度を予定しています。「看護実践を語る会」そのものは1時間です。
 - 2) 「看護実践を語る会」は次のように行います。
 - (1) テーマは決めずに看護師様が実践で印象に残った場面を自由に語っていただきます。
 - (2) 看護実践を語る会の最初に「看護場面ワークシート」を記入していただきます。また、看護実践を語る会の終了時に、「次回までに実践すること」の欄に記入いただき、次の看護実践を語る会までにあげた内容を実践していただきます。毎回、看護実践語る会が終了した時にコピーをさせていただきます。
 - (3) 研究参加の看護師様にはインタビューを30分程度、2回行わせていただきます。初回開催前、5回終了後です。
 - (4) 師長様にはインタビューのみ、30分程度、3回(初回開催前、5回終了後、3か月後)に行なわせていただきます。
 - 3) 看護実践を語る会は1時間です。(研究の説明などを含め2時間程度)
 - 4) 1回から5回の看護実践を語る会の内容は、各回、研究者が簡潔にまとめ、病棟内で共有できるお知らせを作成します。
 - 5) 看護師様に「気づきノート」をお渡しします。看護実践を語る会や、その後の実践で気がいたことをお書きください。5回目の看護実践を語る会の終了時に集めさせていただきます。
7. 「看護実践を語る会」を行うにあたり、以下の配慮を行うことをお約束いたします。

- 1) プライバシーを守り、個人が特定されないように配慮をすることをお約束します。
 - 2) 研究で得られたデータは、研究以外の目的では使用しません。またデータは、個人が特定されないように暗号化を行うなどの配慮をいたします。得られたデータは鍵のかかる場所に保管し、研究終了後、5年程度保管いたします。また、「看護実践を語る会参加者様へのお伺い書」は、研究データとは別の鍵のかかる場所に保存し、研究終了後に直ちに破棄いたします。
 - 3) 研究への参加は、自由意思によるもので、参加されない場合でも、関係に支障をきたすことはありません。また、一度、同意をされた場合でも、途中で中止、中断することができますので、遠慮なくお申し出ください。
 - 4) 「看護実践を語る会」の進行は基本的に、研究者の東が行わせていただきます。その際、語ることを強要したり、語る内容を誘導することなどが無いように注意するとともに、「進行役の手引き」を作成しその内容を遵守いたします。
8. 研究に参加しない看護師様で、看護実践を語る会に参加のご希望があった場合、自由に参加することができます。
- 参加する場合、語られた内容はICレコーダーに録音され、データとして分析に活用される可能性があります。必要に応じて別紙「看護実践を語る会参加情報お伺い書」への記載をお願いすることがございます。記載は自由意思によることをお約束いたします。また、個人インタビューは行いません。
9. 「看護実践を語る会」のお知らせは、研究参加者様や師長様に確認していただきます。
 10. 本研究は変化を生み出すプロセスに価値を置いているため予期せぬことが生じる可能性があります。研究の進捗状況を適宜、看護部長様に報告を行い、予期せぬ変化が起こった時には速やかに相談し対処を行い、部署運営に支障が起こらないように合意を得て進めます。
 11. まとめた論文の内容は報告書として、希望により研究参加者の皆様にお渡しいたします。また、学会発表や論文として公表する予定です。
- 研究に参加されるにあたりご不明な点やご意見がございましたら、下記までご連絡ください。

2019年 月 日

<連絡先>

氏名: 東めぐみ(東京都済生会中央病院人材育成センター)

所属: 日本赤十字北海道看護大学大学院研究科共同看護学専攻博士課程

連絡先: 東京都済生会中央病院

東京都港区三田 1-4-17

電話 03-3451-8211(PHS 3761)

E-mail m.shigashi@saichu.jp

指導教授: 日本赤十字北海道看護大学教授 河口てる子

連絡先: 日本赤十字北海道看護大学

北海道北見市曙町 664 番地1

電話 0157-66-3311

E-mail kawaguti@rchokkaido-cn.ac

研究のご説明とご依頼

(師長様)

本研究の目的は、急性期病院で働く看護師が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにするために「看護実践を語る会」を開催いたします。

また、研究参加者の看護師様が看護実践を語る会を運営したり、施設で継続して行われることを目指しています。

本研究の意義は、「看護実践を語る会」を行うことによって、共に働く看護師と相互の理解が深まり、お互いの看護実践から学ぶ方法を示すことができると考えます。また、これにより、より良質な看護実践が広がることに寄与することができると考えます。

趣旨をご理解いただき、ご参加いただきますようお願い申し上げます。

1. 研究のタイトル:看護実践を語る会を用いたアクションリサーチ
2. 研究期間:平成〇年〇月から平成〇年〇月
3. 研究へのご参加:急性期病棟の看護師長様と看護師様5名程度です。
4. 看護部長様より急性期病棟を推薦していただきます。
5. 推薦していただいた師長様と相談し、看護師の皆様にご説明をさせていただきます。
6. 方法は「看護実践を語る会」を以下の手順で行います。
 - 1) 「看護実践を語る会」を〇月までに5回、行います。日程は看護を語る会に参加してくださる皆様と師長様と相談します。また、1回の「看護実践を語る会」は、説明や「看護場面ワークシート」の記載を含めて2時間程度を予定しています。「看護実践を語る会」そのものは1時間です。
 - 2) 「看護実践を語る会」は次のように行います。
 - (1) テーマは決めずに看護師様が実践で印象に残った場面を自由に語っていただけます。
 - (2) 看護実践を語る会の最初に「看護場面ワークシート」を記入していただきます。また、看護実践を語る会の終了時に、「次回までに実践すること」の欄に記入いただき、次の看護実践を語る会までにあげた内容を実践していただきます。毎回、看護実践語る会が終了した時にコピーをさせていただきます。
 - (3) 研究参加の看護師様にはインタビューを30分程度、2回行わせていただきます。初回開催前、5回終了後です。
 - (4) 師長様にはインタビューのみ、30分程度、3回(初回開催前、5回終了後、3か月後)に行なわせていただきます。
 - 3) 看護実践を語る会は1時間です。(研究の説明などを含め2時間程度)
 - 4) 1回から5回の看護実践を語る会の内容は、各回、研究者が簡潔にまとめ、病棟内で共有できるお知らせを作成します。
 - 5) 看護師様に「気づきノート」をお渡しします。看護実践を語る会や、その後の実践で気が付いたことをお書きください。5回目の看護実践を語る会の終了時に集めさせていただきます。

7. 「看護実践を語る会」を行うにあたり、以下の配慮を行うことをお約束いたします。
- 1) プライバシーを守り、個人が特定されないように配慮することをお約束します。
 - 2) 研究で得られたデータは、研究以外の目的では使用しません。またデータは、個人が特定されないように暗号化を行うなどの配慮をいたします。得られたデータは鍵のかかる場所に保管し、研究終了後、5年程度保管いたします。また、「看護実践を語る会参加者様へのお伺い書」は、研究データとは別の鍵のかかる場所に保存し、研究終了後に直ちに破棄いたします。
 - 3) 研究への参加は、自由意思によるもので、参加されない場合でも、関係に支障をきたすことはありません。また、一度、同意をされた場合でも、途中で中止、中断することができますので、遠慮なくお申し出ください。
 - 4) 「看護実践を語る会」の進行は基本的に、研究者の東が行わせていただきます。その際、語ることを強要したり、語る内容を誘導することなどがないように注意するとともに、「進行役の手引き」を作成しその内容を遵守いたします。
8. 研究に参加しない看護師様で、看護実践を語る会に参加のご希望があった場合、自由に参加することができます。
- 参加する場合、語られた内容はICレコーダーに録音され、データとして分析に活用される可能性があります。必要に応じて別紙「看護実践を語る会参加情報お伺い書」への記載をお願いすることがございます。記載は自由意思によることをお約束いたします。また、個人インタビューは行いません。
9. 「看護実践を語る会」のお知らせは、研究参加者様や師長様に確認していただきます。
10. 本研究は変化を生み出すプロセスに価値を置いているため予期せぬことが生じる可能性があります。研究の進捗状況を適宜、師長様に報告を行い、予期せぬ変化が起こった時には速やかに師長に相談し対処を行い、部署運営に支障が起こらないように合意を得て進めます。
11. まとめた論文の内容は報告書として、希望により研究参加者の皆様にお渡しいたします。また、学会発表や論文として公表する予定です。

研究に参加されるにあたりご不明な点やご意見がございましたら、下記までご連絡ください。

2019年 月 日

<連絡先>

氏名: 東めぐみ(東京都済生会中央病院人材育成センター)

所属: 日本赤十字北海道看護大学大学院研究科共同看護学専攻博士課程

連絡先: 東京都済生会中央病院

東京都港区三田 1-4-17

電話 03-3451-8211 (PHS 3761)

E-mail m.shigashi@saichu.jp

指導教授: 日本赤十字北海道看護大学教授 河口てる子

連絡先: 日本赤十字北海道看護大学

北海道北見市曙町 664 番地1

電話 0157-66-3311

E-mail kawaguti@rchokkaido-cn.ac

研究のご説明とご依頼

(看護師様)

本研究の目的は、急性期病院で働く看護師が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにするために「看護実践を語る会」を開催いたします。

また、研究参加者の看護師様が看護実践を語る会を運営したり、施設で継続して行われることを目指しています。

本研究の意義は、「看護実践を語る会」を行うことによって、共に働く看護師と相互の理解が深まり、お互いの看護実践から学ぶ方法を示すことができると考えます。また、これにより、より良質な看護実践が広がることに寄与できると考えます。

趣旨をご理解いただき、ご参加いただきますようお願い申し上げます。

1. 研究のタイトル:看護実践を語る会を用いたアクションリサーチ
2. 研究期間:平成〇年〇月から平成〇年〇月
3. 研究へのご参加:急性期病棟の看護師長様と看護師様5名程度です。
4. 看護部長様より急性期病棟を推薦していただきます。
5. 推薦していただいた師長様と相談し、看護師の皆様説明をさせていただきます。
6. 方法は「看護実践を語る会」を以下の手順で行います。
 - 1) 「看護実践を語る会」を〇月までに5回、行います。日程は看護を語る会に参加して下さる皆様と師長様と相談します。また、1回の「看護実践を語る会」は、説明や「看護場面ワークシート」の記載を含めて2時間程度を予定しています。「看護実践を語る会」そのものは1時間です。
 - 2) 「看護実践を語る会」は次のように行います。
 - (1) テーマは決めずに看護師様が実践で印象に残った場面を語っていただきます。
 - (2) 看護実践を語る会の最初に「看護場面ワークシート」を記入していただきます。また、看護実践を語る会の終了時に、「次回までに実践すること」の欄に記入いただき、次の看護実践を語る会までにあげた内容を実践していただきます。毎回、看護実践語る会が終了した時にコピーをさせていただきます。
 - (3) 研究参加の看護師様にはインタビューを30分程度、2回行わせていただきます。初回開催前、5回終了後です。
 - (4) 師長様にはインタビューのみ、30分程度、3回(初回開催前、5回終了後、3か月後)に行なわせていただきます。
 - 3) 看護実践を語る会は1時間です。(研究の説明などを含め2時間程度)
 - 4) 1回から5回の看護実践を語る会の内容は、各回、研究者が簡潔にまとめ、病棟内で共有できるお知らせを作成します。
 - 5) 看護師様に「気づきノート」をお渡しします。看護実践を語る会や、その後の実践で気が付いたことをお書きください。5回目の語る会の終了時に集めさせていただきます。

7. 「看護実践を語る会」を行うにあたり、以下の配慮を行うことをお約束いたします。
- 1) プライバシーを守り、個人が特定されないように配慮することをお約束します。
 - 2) 研究で得られたデータは、研究以外の目的では使用しません。またデータは、個人が特定されないように暗号化を行うなどの配慮をいたします。得られたデータは鍵のかかる場所に保管し、研究終了後、5年程度保管いたします。また、「看護実践を語る会参加者様へのお伺い書」は、研究データとは別の鍵のかかる場所に保存し、研究終了後に直ちに破棄いたします。
 - 3) 研究への参加は、自由意思によるもので、参加されない場合でも、関係に支障をきたすことはありません。また、一度、同意をされた場合でも、途中で中止、中断することができますので、遠慮なくお申し出ください。
 - 4) 「看護実践を語る会」の進行は基本的に、研究者の東が行わせていただきます。その際、語ることを強要したり、語る内容を誘導することなどがないように注意するとともに、「進行役の手引き」を作成しその内容を遵守いたします。
8. 研究に参加しない看護師様で、看護実践を語る会に参加のご希望があった場合、自由に参加することができます。
- 参加する場合、語られた内容はICレコーダーに録音され、データとして分析に活用される可能性があります。必要に応じて別紙「看護実践を語る会参加情報お伺い書」への記載をお願いすることがございます。記載は自由意思によることをお約束いたします。また、個人インタビューは行いません。
9. 「看護実践を語る会」のお知らせは、研究参加者様や師長様に確認していただきます。
 10. 本研究は看護実践を語る会を行うため、予期せぬことが生じる可能性があります。予期せぬことが起こった時には速やかに師長に相談し対処を行い、皆様の実践に支障が起らないように合意を得て進めます。
 11. まとめた論文の内容は報告書として、希望により研究参加者の皆様にお渡しいたします。また、学会発表や論文として公表する予定です。

研究に参加されるにあたりご不明な点やご意見がございましたら、下記までご連絡ください。

2019年 月 日

<連絡先>

氏名: 東めぐみ(東京都済生会中央病院人材育成センター)

所属: 日本赤十字北海道看護大学大学院研究科共同看護学専攻博士課程

連絡先: 東京都済生会中央病院

東京都港区三田 1-4-17

電話 03-3451-8211(PHS 3761)

E-mail m.shigashi@saichu.jp

指導教授: 日本赤十字北海道看護大学教授 河口てる子

連絡先: 日本赤十字北海道看護大学

北海道北見市曙町 664 番地1

電話 0157-66-3311

E-mail kawaguti@rchokkaido-cn.ac

研究協力同意書

本研究の目的:急性期病院で働く看護師様が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにすることです。また、看護師様が看護実践を語る会を運営し、施設で継続して行われることを目指しています。

研究参加者:急性期病棟に所属する看護師 5 名程度と看護管理者 1 名

研究協力への同意の可否(どちらかに○をお願いいたします)

研究計画書より以下の内容を確認しました。

1. 研究の目的・方法
2. 協力の内容
3. 研究協力は自由意思によること
4. 協力しない場合にも不利益を受けないこと
5. 同意した場合でもこれを撤回できること
6. 研究参加を途中で撤回した場合、研究データは一括して破棄すること
7. 個人情報の取り扱いについて
8. 結果の公表について
9. 問い合わせ先について

平成 年 月 日

可:施設名: _____

否:施設名: _____

承諾責任者様: _____ (自署)

<連絡先>

氏名:東めぐみ(東京都済生会中央病院人材育成センター)

所属:日本赤十字北海道看護大学大学院看護学研究科共同看護学専攻博士課程

連絡先:東京都済生会中央病院看護部

東京都港区三田 1-4-17

電話 03-3451-8211(PHS 3761) 直通 03-3451-6802

指導教授:日本赤十字北海道看護大学教授 河口てる子

連絡先:日本赤十字北海道看護大学

北海道北見市曙町 664 番地1

電話 0157-66-3311

*この同意書は2部作成し1部は参加者、1部は研究者が保管します。

同意撤回書

私は研究課題「本研究の目的は、急性期病院で働く看護師様が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにすること。また、看護師様が看護実践を語る会を運営し、施設で継続して行われること」について、研究に参加することに同意しておりましたが、このたび、自らの意思により撤回することにいたします。

研究データは一括して破棄します。

同意撤回者

平成 年 月 日

施設名: _____

お名前: _____ (自署)

研究者

平成 年 月 日

_____ (自署)

研究協力同意書

本研究の目的:急性期病院で働く看護師様が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにすることです。また、看護師様が看護実践を語る会を運営し、施設で継続して行われることを目指しています。

研究参加者:急性期病棟に所属する看護師5名程度と看護管理者1名

研究協力への同意の可否(どちらかに○をお願いいたします)

研究計画書より以下の内容を確認しました。

1. 研究の目的・方法
2. 協力の内容
3. 研究協力は自由意思によること
4. 協力しない場合にも不利益を受けないこと
5. 同意した場合でもこれを撤回できること
6. 研究参加を撤回するまでに語られた内容は、他の研究参加者の語りと相互に関係しているため、研究データとして使用されること。
7. 個人情報の取り扱いについて
8. 結果の公表について
9. 問い合わせ先について

同意者

平成30年 月 日

研究参加者氏名: _____ (自署)

研究者

平成30年 月 日

氏名: _____ (自署)

<連絡先>

氏名:東めぐみ(東京都済生会中央病院人材育成センター)

所属:日本赤十字北海道看護大学大学院看護学研究科共同看護学専攻博士課程

連絡先:東京都済生会中央病院看護部

東京都港区三田1-4-17

電話 03-3451-8211(PHS 3761) 直通 03-3451-6802

指導教授:日本赤十字北海道看護大学教授 河口てる子

連絡先:日本赤十字北海道看護大学

北海道北見市曙町664番地1

電話 0157-66-3311

*この同意書は2部作成し1部は参加者、1部は研究者が保管します。

同意撤回書

私は本研究の目的である、「急性期病院で働く看護師様が看護実践を語る会に参加することで、実践に役立つ知識やスキルを見出し、それを実践に活かしていることを明らかにすること。また、看護師様が看護実践を語る会を運営し、施設で継続して行われること」について、研究に参加することに同意しておりましたが、このたび、自らの意思により撤回することにいたします。

なお、撤回するまでに語られた内容は、他の研究参加者の語りと相互に関係しているため、研究データとして使用されることを承諾いたします。

同意撤回者

平成 年 月 日

施設名: _____

お名前: _____ (自署)

研究者

平成 年 月 日

_____ (自署)

看護実践を語る会参加者様へのお伺い書

看護実践を語る会へのご参加をありがとうございます。下記に必要事項を頂戴いたしたくよろしくお願いいたします。

皆様のことについてお伺いいたします。個人情報の取り扱いにつきましては、ご依頼書に記載されている倫理的配慮に基づき適切に取り扱うことをお約束いたします。

氏名 _____ 記載日 平成 年 月 日

内容		
部署		
年齢		歳
看護師経験年数	年	月
現在の部署経験年数	年	月
最終学歴 (○をお付けください)	専門学校	大学 大学院 (修士・博士)
連絡先 (調査内容の確認などをお願いすることがあるため、お願いいたします。)	携帯番号:	
	e-mail:	
報告書の送付	要	不要

第1回看護実践を語る会

日時：2018年 月 日 場所：

<事前準備>

1. 研究参加者（以下参加者）の確定 2. 会議の予約・準備 3. 参加者の情報用紙（氏名・経験年数など） 4. 師長との相談

時間	項目	内容	備考
17:50	会場準備	机、椅子の設定	
		1. 会の進行の確認 2. 必要書類の準備・確認 研究説明用紙・承諾書・ICレコーダー 看護場面ワークシート・看護実践を語る会参加情報お伺い書	進め方の確認
18:00	研究会開始 1. 研究の目的・趣旨の説明と同意	挨拶：研究者 研究者紹介 1. 研究計画の説明と同意 2. ○月までのタイムスケジュールの説明 3. 質疑応答 4. 研究参加承諾書の記入	レコーダー・メモの承諾含む
18:20	開催前	1. 参加の動機 2. 看護を語ることについて 3. 期待すること 4. 現在の自己の課題	
		1. 自己紹介：研究参加における参加者の願いや目的を確認する（研究終了時と比較する） 2. インタビューガイド（会の進行） ・実践を語ることに對してどのように思っていますか。また、どのように実践を行ってきたのか教えてください。 ・その際、具体的な印象に残った場面をあげてください。 ・それについてどのように考えていましたか。 ・看護語る上で、何が難しかったのか教えてください。 ・看護実践を語る意義をどのように考えますか。 ・本研究に参加しようと思ったきっかけを教えてください。	司会： 記録： ICレコーダー
18:40	ワークシート	看護場面ワークシートの記入	各自
19:00	語る会	語る会の開始 各自、話したい人から話していただく。	司会
19:50	知識の創出と言語化	1. 語る会を通して学んだこと。 2. 実践で活かしていけること 3. 各自に語っていただき、看護場面ワークシートに記入してもらう 4. どのように活用していくかを検討する	
19:55	感想など語る	各自に語ってもらう	
20:00	第2回までの確認	1. 次回開催時間・場所 2. 質問や困ったことを研究者とアクセスする方法の確認	参加者とのアクセス方法
後日	デブリーフィング (後日)	1. 会の進行の振り返り 2. ファシリテーションの確認 3. 語られた内容の確認 4. 学びの創出の確認 5. 次回の進め方の確認	
20:10	片づけ		
	終了		

第2回 看護実践を語る会

日時：2018年 月 日 場所：

<事前準備>

2. 研究参加者 2. 会議の予約・準備 3. 参加者の情報用紙（氏名・経験年数など）
4. 師長との相談

時間	項目	内容	備考
17:30	会場準備	机、椅子の設定・役割分担	
	ブリーフィング	1. 会の進行の確認 2. ファシリテーションの基盤となる態度の確認 3. 必要書類の準備・確認 ICレコーダー 看護場面ワークシート・デモグラフィックデータシート	進め方の確認
17:50	受けつけ		
18:00	研究会開始 1. 研究の目的・趣旨の説明と同意	挨拶：研究者 研究者紹介 1. 研究計画の説明と同意 2. タイムテーブルの説明 3. レコーダー・メモの承諾を行う。 4. 質疑応答	
18:50	ワークシート	看護場面ワークシートの記入	
19:00	語る会	語る会の開始 前回の語りの概要の説明 各自、話したい人から話していただく。東が司会を行う。	
19:50	知識の創出	1. 語る会を通して学んだこと。 実践で活かしていけることを各自に語っていただき、看護場面ワークシートに記入してもらう 2. どのように活用していくかを検討する 3. 看護場面ワークシートに記述する	
20:00	第2回目の感想などを語る	各自語っていただく 1. 研究参加における参加者の願いや目的を確認する（研究終了時と比較する） 2. インタビューガイド（会の進行） ・実践を語ることに對してどのように思いましたか ・その際、具体的な印象に残った場面をあげてください。 ・それについてどのように考えましたか。 ・看護を語る上で、何が難しかったのか教えてください。 ・看護実践を語る意義をどのように考えますか。 ・本研究に参加しようと思ったきっかけを教えてください。 ・看護を語ることはどのような経験でしたか	司会：記録：ICレコーダー
20:20	今後の確認	1. 質問や困ったことを研究者とアクセスする方法の確認 2. 参加者とのアクセス方法	
20:30	デブリーフィング（後日）	研究者・指導教授（大学教員）など 1. 会の進行の振り返り 2. ファシリテーションの確認 3. 学びの創出の確認 4. 次回の進め方の確認	
	片づけ		
	終了		

インタビューガイド

(1) アクション前・看護師

- ・看護実践を語る会に参加した動機を教えてください。
- ・看護実践を語る現状について教えてください。
- ・看護実践に参加する願いについて教えてください。
- ・印象に残った看護場面を教えてください。
- ・なぜ、印象に残っていますか。
- ・実践を振り返ることをどのように考えていますか。
- ・それについてなぜ、そう思うか話してください。
- ・本研究に参加しようと思ったきっかけや印象に残っている場面を教えてください。

(2) アクション前・師長

- ・本研究に参加しようと思ったきっかけはどのようなことですか。
- ・部署の課題はどのようなことですか。
- ・部署における看護実践を語る現状について教えて下さい。
- ・看護実践を語る会に看護師が参加することについて。

(3) アクション後・看護師

- ・看護実践を語るということについてどう思っていますか。
- ・看護実践を語ることで学んだことはなんですか。
- ・看護実践を語ることで、看護実践を語る会に参加したことで変化したことはどのようなことですか。
- ・他の看護師の語りから、どうしてだろうと疑問をもったり、なるほどと納得したり、なぜその看護行為を行ったのかなど印象に残ったことを話してください。
- ・語る会で実践してみようと思った内容と実際に実践したことと患者の反応を教えてください。
- ・仲間と看護を語ることはどのような経験でしたか。
- ・本研究に参加して自分自身をどのように思いますか。
- ・周囲の看護師との関係をどのように思っていますか。

(4) アクション後・師長

- ・部署の中で研究参加看護師について印象に残った場面や変化したと思うことを教えてください。
- ・なぜ、印象に残ったのか、変化と思ったのか理由を教えてください。
- ・病棟を全体的に見たときに課題であったことはどのように変化していますか。
- ・研究が始まりどのように思いましたか。
- ・研究参加者をどのように見ていましたか。
- ・他の看護師が変化をしたと思うことをどのように見ていましたか。
- ・研究が始まって研究参加者からケアを受ける患者さんたちの言動で印象に残ったことを教えてください。

- ・看護師が互いの看護についてどうしてだろうと疑問をもったりなるほどと納得したり，なぜその看護行為を行ったのかなど話している場面について話してください。

(5) アクション後 3 か月・師長

- ・この 3 か月で部署の中で参加看護師について印象に残った場面や変化したと思うことを教えてください。
- ・なぜ，印象に残ったのか，変化と思ったのか理由を教えてください。
- ・看護師間のやりとりやカンファレンスなどで変わったと思うことを教えてください。
- ・研究参加者からケアを受ける患者の言動で印象に残ったことを教えてください。
- ・看護実践を語る会終了時から維持できていると感じることを教えてください。

	C看護師	D看護師	E看護師	F看護師
エピソード名		創洗浄への思いをキャッチした(D看護師)	胃瘻からの投薬を悩んだ(E看護師)	
エピソードの内容		多発性脳梗塞(小脳)の皮膚生検後の創洗浄時、シャワーは寒いからやりたくないといったため、蒸留水を温めて、ベッドサイドで行った	全身麻酔で胃瘻造設を行った患者への眠前薬投与を行おうとした時、「薬を入れなくて」と頼まれた	
語る会での気づき	・いやな思いをさせない、温めた配慮がすごい。	・参加者から「配慮がすごい」と言われて「私こんなこと考えていたと思った」。 ・経験を積むうちに、患者が発する言葉の意味を考えていない自分に気がついた。	・経験を生かしている	・処置など決められたとおり(指示通り)の方法を実践するため、工夫する発想がなかった。 ・患者のいやだという理由を考えたことがなかった。 ・Dさんが創洗浄の工夫を話しているとき、それをやるタイミングがあると気がつき、自分もやっていることがあると思った。
語る会終了時の語り	・患者さんの言葉や背景を考える大切さを学んだ。	・患者の言葉の裏に隠れている本当のニーズが何かわかれば、寄り添ったケアができると学んだので実践したい。	・夜勤のもやもやが話せたことが大きかった。	患者さんのSデータをもとに理由を考えてこなかった。 Dさんの実践ではお湯は心遣いだと思った。
ワークシートの記載:学び・気がついたこと	ケアを修正して患者さんの希望と看護師としてやらなければいけないことをどう両立させていこうかやってみよう。	相手が発する言葉や態度の意味を考える。敵ではなく味方になってみる気持ちをもって接する。	患者さんが表現したことの意味や意図を考えて理解してかわりたい。	患者さんの表現していることの意味や理由を考えられるといいと思った。
ワークシートの記載:実践すること	患者の立場でケアの提案や方法を実践する。	患者の言ったことばの「いやだ」背景を探る。なんでなのかな。相手のニーズは何だ。	きちんとして説明をする ・味方になる看護 ・患者の感情の受け止め ・拒否があったときの、代替案を考えられる ・対象理解を深める	医師、看護師、患者それぞれの思いが達成できる方法を考えることが大切。少しでも心づかいを大切に。患者がどのような人なのか、どうかかわるとよいか、対象理解を深めていく。
			自分のかかわる患者さんをもっと、深く理解する。 患者さんの表出していることの意味や意図を考え理解できる。	
新しい行動(実践)		体位変換を行った時に患者の言葉に立ち止まり、自分の安楽な体位と患者の求める体位の違いを確認し、実践した。また、そのことを後輩とともに一緒に行った。		第3回語る会での語り:Dさんの話を参考に患者と話しをする時間を創った。これまで患者に理由を聴くことがなかったが、食事をしない理由を聴くことができた。
研究者の問い		・D看護師はなぜこの実践ができたのか。 ・このケアは<患者の処置をしたくないという信号をキャッチする>。であり、<理由を探り方法を変える>だね。	“薬を入れなくて”を聴きとったことが大事だった。	・患者のこうやりたいと自分は看護師としてこうしてほしいという、持論を戦わせるこれまでの方法から、一回言って、引いて、時間をおいて同じことを言って、一緒に考える方法に変えた。 ・ご飯を食べない理由を理解した私は、患者と食事をとる大切さを考える時間を取った。

参加看護師	C看護師	D看護師	G看護師
エピソード名	退院に向けた作業療法士との協働 (C看護師)		患者より家族の意向を優先した (G看護師)
エピソードの内容	自宅への退院に向けて作業療法士と協力して内服管理や排せつ支援をおこなった		2回目のCV入れ替え目的で入院した患者が内服したくないとき、家族(娘)は飲ませたいため、家族の意向に沿って無理に内服を支援した
語る会での気づきと行動	<ul style="list-style-type: none"> ・G看護師のエピソードに対し「本当は、どうかかたちにしたほうがいいのかと話を常々しなきゃいけないと思っていた。なかなか聞き方というか、切り出し方が悩ましい状況下にある」 ・C看護師は「チームカンファレンスも大事だけど、今話したいときに聞ける環境が大事な」 ・「確かにここが役に立ったなどはなかったね」「センサーでできているなら、ほかのこともできると思う。センサーマツのように評価をフィードバックするとつながりが持てると思う。意識してやったらもっといい看護ができそう」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「エピソードで語られた実践をチームで共有しているか」 ・「そこ、フィードバックすると、確かに…“は”てしました」 	<ul style="list-style-type: none"> ・「…なんか、チームで同じ目標を持つて難しいですね」 ・退院支援を進めている中で、情報をほかの看護師が提供してくれたときにフィードバックしたほうがいいんじゃないかというお話があって、それが目からうろこではって考えさせられた。 ・自分からも積極的に、この人はこうでしたよと発言することが情報収集に役立っているんじゃないかと改めて考えることができた。 ・自分の経験は恥ずかしがらないで話していいと感じた。
行為の選択(次になにをするか)語る回での終了時の語り	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援とかみんなが評価して記録を残し、情報を取るのが当たり前な感じになっていた。情報がどんなふう役に立ったか、活用できたかをフィードバックすることで、チームとしての看護の質も上がること話していて気づいたからみんなに返したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・みんなが得た情報を退院調整にどう活かしているかをフィードバックすることで、看護師それぞれがこの情報を提供して良かったなとか、ここに退院調整の楽しさや喜びがあると思ってもらえたらすごく楽しくなるんじゃないかと思って、実践に活かせる。チームメンバーからもらった情報を、自分がその患者さんにちょっとでも活かせることをメンバーにフィードバックしたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・フィードバックですが、自分が例えば先輩から指導を受けたことでごく役に立ったことも、こういうことに気づけたとか、使えたと言えたらすごくチームとして良くなると思う。チームの協力でも、後輩にこういうことを教わったからこうできたとか、こういうことをあなたが気づいてくれたからこうできたよとフィードバックできたらいいと思った。
ワークシートの記載:学び・気がついたこと	他の看護師が評価してくれたことが、どんなふう役に立ったかをフィードバックすることでスタッフの成長につながる。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者やその家族の関係(ライフヒストリ)を聴いてケアの仕方やアプローチの方法を考える。 ・OTなどの訓練に重点を置くかなど看護師の視点も伝えて一緒にリハ計画を考えてもらう。 	「…なんか、チームで同じ目標を持つて難しいですね」
ワークシートの記載:実践すること	他の看護師がとった情報を活用できたらそれをフィードバックする。	<ul style="list-style-type: none"> ・チームメンバーにプライマリ患者に関して協力を仰いでみる。 ・そこから得た情報がどう行かせたかをフィードバックする。メンバーの案で楽しさにつなげられるかも。 ・いかせたことをメンバーにフィードバックをする。 	フィードバック！人生を聴いてみて考える！
新しい行動(実践) ()は実践が語られたとき	↓ スタッフにフィードバックしたが「ふ～ん」という感じであった G看護師のエピソードの患者の家族にライフヒストリーを聴いた(第3回語る会)	↓ 退院調整を二人体制にした(事後インタビュー)	↓ 緩和ケア委員会で本エピソードを発表する。他病棟の師長よりよいケアが言語化できていると評価を受ける(師長3ヶ月インタビュー)
研究者の問い	<ul style="list-style-type: none"> ・「お母さんどうい生活をしてきたのか看護計画を立ててライフヒストリーを聞いたらどうか」 ・C看護師は得た患者の状況を共有し、評価まで実践しているが、その評価を次の実践までつないでいないことに気が付き、「チームで行い評価もしていますよね。あたりまえにやっているけど患者さんをつないでいると思う。看護師が行った評価をCさんの次の行動にこういうようにつながって、フィードバックはどうされているんですか」と聴いた ・「それによって、Cさんが大事にしていることも後輩に伝えられますね」 		<ul style="list-style-type: none"> ・「いずれ意思決定する時期が来るから、まずはどうやって二人で生きてきたのか知ると、支援の基盤になるかもしれない」と伝えつつ「娘さんにとつてスプーン4ccの薬は病気を良くするための安心できるケアだと思った」

参加看護師	C看護師	D看護師	F看護師
エピソード名	患者と家族のライフヒストリーを聞いた (C看護師)		〇低血糖を起す原因を見いだした (F看護師)
エピソードの内容	2回目のCV入れ替え目的で入院した患者の家族(娘)に対し、意思決定支援のためにライフヒストリーを用いて思いを聴き、医師との調整を行った。		重症筋無力症、2型糖尿病の患者で前回入院時、インスリンなどを指導したが、低血糖のために二週間で再入院。エレンタールのコーヒー味が気に入って食事をとらなかった。
語る会での気づきと行動	<ul style="list-style-type: none"> ・F看護師は実践をチームに発信しているか ・Fさんにとって(発信することは)なかなか勇気のいること。 ・些細なことと思ってもチームに発信していくことが大事だと思った ・第1回C看護師のエピソードの患者にライフヒストリーを聴くことを実践してみた。医師と娘がお互い待ちの姿勢になり、娘は「先生から何も言ってくれない」と不満になっていた。停滞している時間をいつまで続けたらいいかチームで悩んでいたけど、あの時、話を進めなければと思い娘と医師に働きかけたことで、意思決定支援につながった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の中で方針を決めてしまっていて発信していることがある。人の意見に耳を傾け、具体的なことを聴きたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院後、患者はご飯を食べないため、血糖コントロールが不良でいつまでこの状態が続くのかと思った。 ・患者のこうやりたいと自分は看護師としてこうしてほしいと、持論を戦わせるこれまでの方法から、一回言っただけで、時間を置いて同じことを言って、一緒に考える方法に変えた。 ・ご飯を食べない理由を理解した私は、患者と食事をとる大切さを考える時間を取った。 ・患者は私に「ほら、全部食べたでしょう」とサインを送ってくるようになり、食事を摂取し低血糖が改善した。 ・こんなことぐらい自分で考えて行動しようかと思うが、話すことでのいるんなことを先輩たちから聴くことができると思った。自分で考えているだけでは相手に伝わらないこと、発信することで、自分がいない間でも情報がつながっていくことが分かった。
行為の選択(次になにをするか)語る回での終了時の語り	<ul style="list-style-type: none"> ・話せる雰囲気づくりが大事だと思ったので、チームカンファレンスでは困ったことや悩んでいることがないか聴いていきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の意見を伝えつつメンバーの意見を聞くことをしたい。人の意見に耳を傾け、具体的なことを聴きたい」 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分ではちっちゃいこと考えても、患者さんにとってそうでないことを先輩から聞くことができた。 ・漫然とどうしようかなと思う時や困っているときに、自分が発信することでみんなが気づいてくれる、せっかくのチームだから発信しようと思った。
ワークシートの記載:学び・気がついたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・離床をどのように進めていくかを考えることで、合併症の予防につながられる。チームでどんなことでも発信していくことで、良い看護ができる。自分では些細な問題と考えてもその患者にとっては重大なこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・失語の人にどのくらい伝わるか。言語聴覚士の記録からヒント。 ・やってみたらそれであっている、と思った。多職種の間で持っている情報や知識を借りる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・どうしてそうしたのか、理解することで予防につながる。
ワークシートの記載:実践すること	<ul style="list-style-type: none"> ・メンバーにプライマリや受け持ち患者のことを悩んでいることや困っていることがないか聞く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の中で方針を決めてしまいがちなので、プライマリの患者について自分が思っていることを口に出してみる。それについてメンバーの考えを聴いてみる。逆に先輩の考えていることも聞いてみる。答えはなく過程を聞かせてもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームのメンバー間で相談する。発信を自分からする。情報収集を患者さんからするとき、個性を大切に。どのようにきくか、なぜ、そうするのか
新しい行動(実践)	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスで先輩に「何か困っていることはないか」と聞く。(事後インタビュー・F看護師事後インタビュー) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整の二人体制への変更は、フィードバックという第2回語る会から発展し語る会のおかげだった。できていることを返すというおかげ(事後インタビュー) ・退院調整が担当がいなくても進めることができるようになった。(師長3ヶ月後のインタビュー) ・D看護師が一人で退院調整を進めていたが、先輩たちと共に行うようになった(師長3ヶ月後のインタビュー)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・発信できない自分がいて、発信できないことがしんどかった。Cさんが聞いてくれて、発信できるようになって、楽になった。いまは、自分から、発信しているようになった。 ・患者は誤嚥性肺炎であり一筋縄ではいかなかった。ちいさいことではないと自分から先輩看護師に発信した
研究者の問い	<ul style="list-style-type: none"> ・C看護師やD看護師の場を和らげようとする雰囲気から「発信してほしい」との思いを感じ「Fさんにとって取り上げないといけない問題はどうかですか」と尋ねた ・C看護師、D看護師はF看護師に「つぶやいてほしい」と願っていることを感じたが、黙っているF看護師が気に入り「先輩たちの話を聞いてどう思いましたか」と聞いた。 ・「(F看護師が)大切に思うことを伝えて、後の判断はその看護師に任せるのもいいかもしれないですね。Fさんにとってちっちゃいことでも、患者にしたらかいことではないかもしれない。低血糖もエレンタールの事が分かって大切なことだ」と伝え 		

参加看護師	C看護師	E看護師	F看護師
エピソード名	トイレまでの歩行援助(C看護師)	デイルームまで患者と歩いた事例(E看護師)	胃管を抜いた患者への対応(F看護師)
エピソードの内容	レビー小体病の患者。長期目標である、トイレ歩行の援助が進んでおらず、患者の歩く状態から看護師のみでは難しいと作業療法士に歩行介助の方法をスタッフが共有できる場を創った。また、C看護師は、「ズボンは下せるがあげることはできない」と看護師ならではの視点を伝えた。	E看護師が自分で歩くことを気にしていた患者と家族がデイルームまで歩こうとしている場面に出会い、付き添うことで歩けた事例。受け持ちのF看護師は廊下に出て、なにごとかと思ったらE看護師が対応していた。C看護師は歩行をやめるのであれば、声をかけようと思い、E看護師の対応を見守っていた。	経管栄養を行っている患者。ミトンが裏返っていて胃管がつかめる状態になっており、胃管を自己抜去した。その後の対応として、上肢抑制も検討したが、最小限の抑制でよいと判断した。
語る会での気づきと行動	<ul style="list-style-type: none"> 歩行につながる短期目標が上がっていないこと、理学療法士は歩けると記録にあるが自分の印象とは違うこと、看護師レベルで行う歩行援助ではないかもしれない気がついた。 本人は“でしょ”みたいな感じで“歩けるわよ”って笑った。その場にはいた看護師全員が歩けるって思っていないくて、喜びの誕生だった。 	<ul style="list-style-type: none"> C看護師から患者のやる気だけではなくリスクについても考えるリーダーとしての姿を学んだ。 看護目標の見直しや達成するためにチームを動かしていく方法が、自分には不足していると思った。リーダーとしての具体的な方法を学んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> できるときにできるように働きかけることが大事だ。 どうして先輩のようなケアはできないと思ったが、「自分はリスク面から場面を捉える傾向がある。別の解答をもらった。 その患者はトイレまで歩けるとは思っていなかった。Cさんの話を聞き、自分で限界を決めていたことに気がついた。
行為の選択(次になにをするか)語る回での終了時の語り	<ul style="list-style-type: none"> 評価を見直して疑問に思ったら、チームとして多職種にわからないことを聴いて、患者さんのより良い状態を目指すことが大事だと思った。 	<ul style="list-style-type: none"> 私のエピソードはデイルームまで歩けたけど、C看護師は理学療法士さんの専門性を活用していた。この病棟はそれができるから実践したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の立場、家族の立場、看護師の立場がそれぞれであって、その中でベストな判断ができればいいと思った。Eさんのエピソードは歩けたけど、危ないようであれば車いすを持ってくるなど、支えられないように何ができるかを考えたい。患者の思いを意識してかわっていきたい。
ワークシートの記載: 学び・気がついたこと	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんが歩きたいと思った気持ちを受け止めて安全が守れる範囲で援助する。 実際に患者さんを見る。わからないことはわかる人に聞く。専門性を生かす。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分が行った中で重要なポイントに気が付ける。 リハとの情報共有の大切さ。 起きた現象の原因を見極める。 	<ul style="list-style-type: none"> 実際に患者を診ること、思いをかなえられるように、看護師がどう介入すればよいか考えること。
ワークシートの記載: 実践すること	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの専門性を理解してわからないことは、わかる人に聞き、患者のより良い状態を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の能力の把握。 患者さんの「できた」を損なわない。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんの思いや様子について意識して実践する。状況をいろんな点から考えてアセスメントする。
新しい行動(実践)			
研究者の問い	<p>(Cさんから)引っ張っていく力をすごく感じた。目標の設定の仕方はもちろんですけど、引っ張っていかなきゃ、みたいなところを実践するときに思っていた。</p>		
研究者の問い	<ul style="list-style-type: none"> 患者の歩行を支援したことによる患者の反応を研究者は聞いた。 「Cさんはなぜ、長期目標と短期目標が合っていないことに気がついたのですか」と尋ねる。 		

参加看護師	D看護師	E看護師	F看護師
エピソード名	○看護師と医師の下剤のやり取り(D看護師)	インスリンを打たないで食事をする患者への関わり(E看護師)	○インスリンの打ち方を工夫し低血糖が起きなくなった事例(F看護師)
エピソードの内容	脳外の医師に下剤の処方依頼している同僚看護師の場面、医師から看護師は何を根拠に下剤の選択をしているのか尋ねられ、看護師が患者の排便間隔、硬さ、自分で出せるかなど答えていた。これこそ語り継がれて得る知識ではないかと思った。	低血糖で入院した患者で、入院中にインスリンの指導を行った。退院の日にインスリンを打たないで食事をとろうとしていた。口酸っぱく言っていたのに、えっと思ったが、私がしてきたことは何かと思ったら不思議と笑えてきた。	3回目と同じ重症筋無力症の患者、インスリンの指導の時、どうしたらインスリンボールができないように打てるか、ローテーション表を用いて薬剤師さんとともに工夫した。患者はいいねと嬉しそうに使った。
語る会での気づきと行動	<ul style="list-style-type: none"> 語る会でいつも研究者が実践知を見つけていて自分でも見つけてみたいと思った。 便と下剤の使用の判断はマニュアルがなく、その患者にそって看護間で語り継がれているため、実践の知識だと思った。 そう、私はこう思うからこうだよねって言って、他者もそう思うって共感が得られるとこの人と同じ感覚だって思える。 患者に関心をもって関わり続けることで、セルフケア支援につながったと気がついた。看護実践を語ることで下剤を渡すという 	<ul style="list-style-type: none"> これが知識の受け渡しのような気がする。 師長から失敗したときに怒ってはいけないと教わり、一緒に考えようというスタンスになったことを思い出し、自分は受け止めるスタンスを持っていると気が付いた。 面白がるという視点を持つと、心の負担が減り大事だなと思った。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の知識の限界があり先輩に聞く。私とは違うと思った。 面白がるは自分にとって新たな視点。自分の課題は患者さんの失敗などを怒らないで、一回立ち止まって考えること。意識してやるだけで変わるのかなと思った。○看護師が「患者が楽しそうにローテーション表を用いてインスリンを打っている」とフィードバックした。
行為の選択(次になにをするか)語る回での終了時の語り	<ul style="list-style-type: none"> 患者の失敗を失敗ととるのかその人の一つの行動ととるのか、どうしてそうしたのかを考えることで自分の行動が変わる。“おもしろがる”ことで一呼吸おけるし、次は自分はどう行動したらいいかを考えられると思う。 	<ul style="list-style-type: none"> 他者の経験をゆっくり聴くことで、自分の気がつかなかったポイントを学ぶことができるから効率的。自分では気がつけない部分で、他の人が気がついているところを聴けて良かった。 	<ul style="list-style-type: none"> 私の課題はすぐに怒っちゃうところがあり今年目標にもしていた。患者の失敗も怒らないで“おもしろがる”“楽しんでやろうとする”話を聴いてできるのかと思ったが、まずは自分で怒りを表さないで一回立ち止まって考える、意識してみると変わるのかな。
ワークシートの記載:学び、気がついたこと	<ul style="list-style-type: none"> 自分が感じていることを周りの人に話してみると共通の話題でも、発見があるかも！患者が学生の失敗を失敗ととるか、その人の一つの行動としてとるのかで、怒るのか、どうして何かなと考えるのか、自分の行動がわかるかもしれない。患者がセルフケアができるようになったときに、できるようになったのはなぜと、考えてみることで、患者の行動変容のヒントが見えるかも。 	<ul style="list-style-type: none"> 皆の学びや気づきを聴くことができ、自分も同じ学びができる。 面白がる。経験をもとに考える。患者さんが変化した理由を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 限界を決めないで実際にやってみる。セルフケアの方法を変えたかかわりを見ていく。一度立ち止まる。面白いと思う。怒りという感情のコントロール。
ワークシートの記載:実践すること	<ul style="list-style-type: none"> 楽しむよりも面白がる。一呼吸おいてなぜなのか、聞いてみる。 →そこから次の自分の行動をどうするか考えてみよう。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんに対して受容的態度で接する。他者(他スタッフ)の行動や発言に目を向ける 	<ul style="list-style-type: none"> 何に対してもまず、立ち止まって楽しんでやろうとする。限界を決めずに様々な方法を使ってかかわりをする。
新しい行動(実践)		<ul style="list-style-type: none"> 退院支援や日ごろのカンファレンスで、主体的に動いたり、長期目標、短期目標のところは考えるようになった。意図的にCさんの語りを参考に実践することがある。先輩は退院調整をどう進めたいか分かかっていなくて、何が足りなかったかねと終わってから一緒に考えた。先輩から、こう考えているんですけどどう思いますかと返ってきた。一緒に考えて目指すものを明確にすると、先輩が考えてチームでできるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 第4回語る会の○看護師の歩行介助のエピソードを聴いて、自分も限界を決めないで、できることがあるのではないかと思い実践した。 インスリンを打つ部位のローテーション表を用いるときに持論のある患者と相談して行い、患者が自信を持って部位を変えてインスリン
研究者の問い	<ul style="list-style-type: none"> 患者の歩行を支援したことによる患者の反応を研究者は聞いた 		