

特別講演

第2回看護実践学会学術集会

看護のアジェンダ

井部 俊子

聖路加看護大学学長

日時 2008年10月5日(日) 場所 石川県立看護大学

皆さま、こんにちは。ただ今、大変丁寧な紹介をしていただいた西村先生、大会長にお招きいただきまして、特別講演をする機会を与えていただきましたことを大変光栄に思っております。

今回は「看護の実践知を共有しよう」ということがこの学術集会のテーマでありますので、そのことについて私が日ごろ考えていることをお話ししたいと思っています。私の話は1時間ぐらいで、あと30分は意見交換をしたいと思っておりますので、先ほどのように活発に意見をを出していただければと思います。この講演集の13ページに、電気をつけている間に話す内容が書いてありますので、そこを開いていただきたいと思います。

私は昭和44年に臨床ナースとして第一歩を聖路加国際病院で始めたわけですが、先ほどのウィックス房江さんは、同じ時期の昭和44年に同じく聖路加国際病院の外科病棟で同僚として仕事を始めた仲間でありまして、以後39年たって、それぞれがこのように変わったということを示しているのだなと思いました(笑)。

ウィックス先生は、新井さんといひまして、当時は非常にふくよかな、おかっぱのとてもすてきな日本人形のような人だなと思っていたのですが、今はすっかりアメリカ人形のようになりました(笑)。言葉もちょっと変わられたし、先程伺ったら、3年、聖路加国際病院の仕事をされたそうです。私はその後も延々と聖路加国際病院におりましたので、出来上がりがちょっと違う方向にいったということでもあります。今日は学生の方もいらっしゃると思いますが、自分たちの同期がどんなふうに進んでいくのかをみることは、非常に興味深い人生だと思えます。

お手元の13ページにありますのが、これから言

おうとする前座なのですけれども、「アジェンダ」とは、今、西村先生に紹介していただいたように「検討課題」という意味です。看護の検討課題はたくさん、ありすぎるほどあるわけですが、今日は特に実践知をどうやって共有していくかということですので、これまでどんな研究がなされ、どんな理論が提唱されているかということを少し復習してみたいと思います。

最初にパトリシア・ベナーの著作で、『ベナー看護論 初心者から達人へ (From Novice to Expert)』です。それを「ベナー看護論」としているわけです。必ずしもパトリシア・ベナーは自分の著作をベナー看護論と言ってはいません。パトリシア・ベナーたちの研究は“From Novice to Expert”という研究報告になっています。それを私とほかの何人かで翻訳して出版したときに『ベナー看護論』と付けたということです。その中にある一節を引用しています。

「看護師は、これまで自分たちが臨床で学んだことをきちんと記録してこなかった。単独の事例研究は数多く発表されているが、いくつもの事例を臨床的に比較したり、患者集団全体を対象に臨床的な観察をしたりすることはほとんどない。看護実践や臨床観察を記録してこなかったがために、優れた臨床看護実践に内在する知識の独自性や豊富さを、看護理論に組み入れることができなかったのである。実践と観察をきちんと記録することは、理論を展開するうえで欠かすことができない。」

これは冒頭に述べられていることでありまして、実践と観察の記録を残すことが理論を構築する上でとても重要であるし、理論を現実の適用性という観点で吟味する上でも実践の記録はとても重要であるということです。

実践の記録は毎日の看護記録と同じなのかという質問が後から出る前に言いますが、これはイコールではないと私は思っています。毎日の実践の記録を理論的な意味合いで残すことはとても大変です。そのようなことをやっているとかえができませんので、兼ね合いが難しいところでありますが、少なくとも実践の記録は重要であるということは認識しておく必要があると思います。

それから、次の固まりの文章ですけれども、これは野中郁次郎さんたちの研究報告にある「組織的知識創造理論」の一節から引用しています。まず、ここでは知識とは何なのかという説明です。「知識とは、個人や組織の間の社会的な相互作用の中で創造されるダイナミックなもので、文脈依存的な性質があり、文脈に依存しなければ単なる情報であり、知識ではない」と言っています。

知識は、ある出来上がった、かちっとしたものではなくて、相互作用の中で創造されていくものであって、ダイナミックなものであるという説明です。特に看護は文脈依存的、つまりその場でどんな患者さんがいて、誰が考えて、誰が何をしたかという、そうした「状況」に非常に影響を受ける仕事でありますので、その意味で文脈、状況、あるいは背景といったようなものを無視することができないと思います。その意味では、どの場でそれが行われたのか、誰が考えて行なったのかといったような状況をそぎ落とすことなく記録することが重要であると思います。

その次の黒丸は、これはよくご存じだと思いますけれども、「知識には『暗黙知』と『形式知』がある」ということです。これはポランニーが言っているもので、必ずしも野中郁次郎さんが初めて使った言葉ではないと思いますが、暗黙知と形式知があるということです。「暗黙知は言葉や文章で表すことの難しい主観的で身体的な知識である。形式知は言葉や文章で表現できる客観的で理性的な知識のことであり、コンピュータ・ネットワークやデータベースを活用して容易に組み換えや蓄積が行えるものである」ということです。

特にベテランは暗黙知を豊富に持っていて、その患者さんをそろそろ個室に移さないと、あと数時間で亡くなるのではないかといったことを、医師が指示する前に分かる人たちがたくさんいます。私も先輩がそのような判断をするのに、新人のころは驚いたものです。

そうした言葉や文章で表すことの難しい、身体

が覚えている知識。例えば『雪国』の駒子ですね。といってもなかなか分からないので、この辺にしておきたいと思いますが、駒子の恋人は「指が覚えている」という表現をします。学生の人にはなかなか難しいかもしれませんが、ここで反応する人は小説を読んでいる人だと思います。そのような身体が分かっている知識というのが、私たちは経験を積みば積むほど持つことができるものだと思います。これは、新人は身体が覚えている知識が少ないわけでありまして、だからマニュアルに依存しなければならない状況が初心者のころはあるわけです。

次はナレッジマネジメントです。新たな知、新しい知識を創造していくということには、四つの変換プロセスがあるということです。共同化 (Socialization)、表出化 (Externalization)、連結化 (Combination)、内面化 (Internalization) という、四つの変換プロセスによって生成されるこれが野中郁次郎さんたちが提唱している組織的知識創造理論でありまして、これは看護の現場にも適用できる考え方ではないかと思っています。

ここから先はパワーポイントで見ていただこうと思います。

(以下スライド併用)

○新たな知の創造プロセスでは、先ほど Socialization、Externalization、Combination、Internalization と言いましたが、「SECIモデル」という四つのプロセスがここに示されています。これはたまたま野中郁次郎のホームページから取ったのです。成書ではもう少し丁寧に説明しているのですが、このウェブでは非常に簡略化して載っていました。

まず最初に共同化 (Socialization) です。共同化は一人一人が仕事を通して、あるいは企業の中や外を歩き回って知識を蓄えると説明しています。共感する時期というのがあって、ここはご覧になって分かりますように、暗黙知の段階です。

その一人一人の中に蓄えた知識あるいはノウハウといったようなものを、ここで表出化 (Externalization) するという段階があります。表出化は言葉で語らなければならないわけでありまして、表出化によって概念化が促進されるわけです。

次に連結化 (Combination) です。例えば A 病棟の手順と B 病棟の手順を連結化して、ある病院の看護部の手順とすることができます。手順委員会はまさにそのことをやっているのだと思いま

す。

結合することを通して、例えば新しい手順が完成すると、この手順を今度は実際に取り込んで実践する人たちがいるわけですが、これが内面化 (Internalization) です。

ここを見て分かりますように、暗黙知を表出化することによって形式知に変わり、形式知が整理されて、再びそれが個人の中に取り込まれて暗黙知にいく。手順が立派でも駄目なのですね。手順によって影響を受けた人たちが、自分の中に内面化して初めてその組織の質が高くなるのが期待できるわけです。質が変わるわけです。連結化までだと、組織が豊かになったとはいえない。ここに来て、一人一人が例えば新しい概念、新しい手順を内面化して、それを再び暗黙知として取り込むことによって新しい知の創造が行われることとなります。ここに蚊取り線香のような、これがらせん状に発展していくということを説明しています。

最初に「共同化」と書いてありまして、「I」は Individual (個人) が影響を受けて蓄えていくものであり、次の「表出化」は、個人が何人か言葉で説明することによって、グループの集団知としてその知識が高まるわけです。今度は、例えば A 病棟、B 病棟、C 病棟、D 病棟のグループが知識を集めて、つまり集団知をさらに高いものにし、「連結化」することによって新たな形式知ができていくわけです。形式知がここに来て「内面化」されて、これが「I」、個人ですね、グループの中の個人がいて、さらに Organization、組織全体の新しい知が創造される。これもこのように回転するわけで、暗黙知から形式知、形式知からまた暗黙知ということになって、これはスパイラルに展開されて、ここだと個人を超越したものとして知識が創造されていくという説明をしています。

○それで何ができるかということですが、ここに知識資産と書いてあります。例えば個人のスキルが変わります。向上します。それを、ノウハウとして示すことができます。あるいは、愛が生まれます。(本当でしょうかね。) 愛とか信頼といったようなもの、これは見えないものですが、愛や信頼、エネルギーといったようなものを創造していくことが可能です。

さらに形式知になりますと、コンセプト、ブランド、それから私たちにはなじみのマニュアルが作られたり、特許を取るような知識資産が作られ

る。組織文化が醸成されるということになります。例えば安全に関するマニュアルがきちんと整えられると、その組織の安全文化が確立されていくという、組織文化が変わるといったようなことが知識資産として考えることができるということでもあります。

○もう一つ、このタイトルが格好良いと思うのですが、学習する組織を作るために看護管理者がすべきことです。これは実践の場で看護管理者はいろいろなことをやるわけで、勤務表を作るのも一つですが、究極は「学習する組織」を作るのではないかと思います。

○この学習する組織を作るために、まず一つは、1 番目と 3 番目がとても重要だと思います。知識創造における「場」です。英語の文献でも「Ba」と書いています。しかも場は開かれていなければならないということが示されています。

これまでの臨床というのは、比較的ほかの病院の人、あるいはほかの大学の研究者が入ることに對しては、あまりオープンではなかったように思います。けれども、知識創造をするためには場は開かれていなければならないし、多文脈、多層にわたっていなければならないと説明されております。

病棟あるいは看護の実践の場で、場は開かれているということはどういうことか。例えば、聖路加にはかなり早くから ET スクールがありましたので、WOC ナース、今でいう認定看護師がかなり早くからいたのですけれども、病棟の師長によっては「私はストーマのケアは達人なのよ。別にあの人たち、呼ばなくてもいいわよ」という、自分の場をクローズしている人たちがいました。WOC ナースの前は ET ナースだったので。Enterostomal Therapist といわれている初期のころの ET ナースは、ある病棟には入れたけれども、ある病棟には入れなかったという時期があったのです。場は閉じられている病棟と、場は開かれている病棟と、これは端的な例ですけれども、そのような時期があったなと思います。

最近、私は研究者として、いろいろな病棟に協力を求めるということが増えていますけれども、とてもウエルカムで入りやすい組織と、何かと入りにくい組織があります。そのたびに、場は開かれていなければならないのになと思います。半開きの病棟と、常に扉がオープンでどうぞという組

織があります。これは皆さんの意見も聞きたいと思いますが、どちらが知識が豊富に入ってくるかを考えてみて下さい。

もう一つ、そうした場ではフェース・ツー・フェースの対話が不可欠と、この組織的知識創造理論は言っています。メールで情報を伝えることは現代では非常に容易になってきておりますし、会わなくても情報を伝達することはできるわけです。そこを、あえてフェース・ツー・フェースで、対面して、対話をするということはとても重要であり、知識創造では不可欠であると言っています。

私の体験です。ある病棟の師長が副師長に連絡するときに、すぐ後ろにいるのにメールで「今日、私は何時から何時会議があって不在なのでよろしく」みたいなことを伝える人がいて、そういうふうに毎回伝えられている副師長はノイローゼになりましたね。私を嫌っているのではないかということです。後ろにいるのだからちょっと言えればいいのに、どうしてあの人は言わないのだろうということで非常に不信感が生じるわけです。彼女は不信感が募ってくると吹き出物が出るのです。その人に会うと、今、精神状態が悪いなということが吹き出物の数で分かります。精神状態が身体に出るのは皆さんよくご存じのことだと思いますけれども、それは汗をかいて洗わないから不潔でできているのではなくて、心の状態が影響しているということです。その病棟は看護師長が代わりまして、吹き出物がなくなって、最近は非常につやつやした肌で仕事をしているので良かったなと思います。

顔を突き合わせて対話をするのが不可欠であることは、これはぜひ、病棟の看護管理者だけではなくて大学の教員もそうだと思うのですけれども、顔を合わせてディスカッションをする、昔というサロン、それがとても重要だと思います。そこにおいて新しい知識が創造されていくのではないかと思います。誰でもどうぞということと、活発な対話をする、これは考えてみたら当たり前のことですけれども、これが知識創造における場の条件となっています。

もう一つは知識労働者ということです。格好良く言うと「ナレッジワーカー」です。スタッフはナレッジワーカーなのですね。病棟のスタッフあるいは大学の教員たちもそうだと思います。単に力仕事をしているわけではないのです。病棟のナースは体力がないと続きませんけれども、体力だけでやっているわけではないのです。いつも何か

を考え、格好良く言うとアセスメントし、計画を立て、実践をし、評価をするということを常にやっているわけでありまして、あるときは上司の機嫌を伺い、あるときは機嫌の悪い医者や看護師の機嫌を取り、そうしたことを多角的にやっているわけです。非常に頭を使っている仕事であるわけです。それがナレッジワーカーという言葉で代表されているように、自立して仕事をしている職業人という人たちなわけですね。それを、何もできないとかいったような見下げた見方の管理者ではいけないのです。ナレッジワーカーとしてスタッフに一目置いて病棟を作っていくことがとても重要であるということです。

もう一つ、言うのを忘れてましたが、このフェース・ツー・フェースの対話の場として、私は夜勤の休憩室や朝の申し送りというのはとても重要だと思っています。夜勤の休憩室では大体先輩と後輩の組み合わせが多いと思いますけれども、夜中ですので、「〇号室の何々さんは今こんな状況で、こんなふうにしたら楽になったわ」とかいった、ちょっとしたケアの技術を披露したりするわけです。それがとても重要なわけですね。

私はそれが重要だとあるところで言いましたら、最近はそのようなことはしませんと言うのです。休憩室に入ってきて、コーヒーを飲んで、週刊誌を読んで、会話をしないというのです。それですと知識創造の機会を失っていくことになってしまいます。新人は話しかけがなかなかできないにしても、ベテランは一言二言、経験や知識を新人に提供するといった意味で、「今あの人はこうよね」とか、「こんなふうにしたらうまくいったわ」とか、さまざまな秘訣を伝授する場として休憩室は重要だと思います。

ですから、新しい病院を作るときには、看護師の休憩室を快適にして、長くそこで暮らせるように（笑）。そうすると鍋釜を持ち込む人がいるのですけれども、そうではなくて、フェース・ツー・フェースで行われる「対話の場としての休憩室」という新しい意味付けをして病院建築に生かすことが必要ではないかと思っています。私は医療福祉建築学会のなぜか理事をやっているのですが、病院を作るといことは、看護の立場からの情報が必要であり建築の人たちは非常に期待しています。どのような設計がコンペに勝つかというものもありますけれども、病棟をどう造るか、外来をどう造るかというのは看護師のノウハウがとても重要なわけですね。その意味では、休憩室の再発見を

すべきだと思います。

それから、申し送りです。申し送りは、一時、時間の無駄などといって、申し送りをするのは悪だといった状況があった、あるいは現在もあるのかと思いますけれども、申し送りは随分改善されてきていると思います。私は基本的に申し送り廃止には反対です。申し送りの持つ意味があると思います。ですから、ケアの時間を脅かすくらいに長い申し送りの時間を取るべきではないということには賛成ですが、人々が一堂に会して夜中にあった出来事の見方や対応の仕方といったものを学ぶチャンスでもあるのです。そうしたものをできるだけ引き出すようにリーダーあるいは病棟の師長はファシリテーターの役をすると、フェース・ツー・フェースでの対話の場ということが確立できるのではないかと考えています。私はこのフェース・ツー・フェースの対話の場として、休憩室と申し送りの場を、もっと積極的に再評価すべきではないかと考えています。

○これまで、場は開かれていなければならないということと、どういう知識資産ができるかということと、働く人たちは知識労働者つまりナレッジワーカーであるという考え方を示しました。

次に重要なことは、リーダーシップであります。あえて「知のリーダーシップ」というタイトルになっていますが、私は病棟師長という呼び名を、「知のプロデューサー」としてもよいと思います。知のプロデューサーの役割があるのではないかと考えています。プロデュースするというのは作り出すということです。映画やテレビはプロデューサーが非常に大きな権限を持つわけです。病棟の師長は、単に看護師の長という意味ではなくて、新しい知を作り出していく責任者といった意味で仕事をするのがいいと思っています。

この「知のプロデューサー」になるには何をしなければならないかというのが、ここに書いてあることであります。でも実はこれは病棟の管理者だけではなくて、あらゆるレベルの人たちが知のリーダーシップを発揮すべきだと言っているのですが。

リーダーはまず、ビジョンを提示しなければならない。今どこでもビジョンが大切だといわれています。その組織で何が価値あるものなのか、何が尊重されなければならないのか、何を優先するのかといったようなことを、ビジョンによって明らかにすることができるわけでありまして。とにかく

効率的に、残業しないことがその組織の使命なのか、患者のケアを優先すべきことなのか。そうしたことをビジョンによって提示しておくことが必要になってくるということです。

これは看護部長のみならず、大学の学長もそうですけれども、病棟の師長も自分の病棟において何が大切にされるべきことなのかというビジョンを提示することが重要であると思います。日本語ですと、ビジョンとか、ミッションとか、ポリシーとか、みんな片仮名で、ウィックス先生に教えてもらわなくてはいけないのですけれども、私は特にビジョン、将来展望みたいなものをちゃんと示しておくことが重要であると思っています。

二つ目は、場をデザインすること。これは後で皆さんにいろいろ意見をいただきたいのですが、場は開かれたものにしなければいけないと先ほど言いましたので、どのように場を作ったらいのかということなのです。

臨床では、病棟ミーティングを時間外あるいは休日に計画されて、家庭のことなどで休もうものなら白い目で見られるというようなことがあるわけですが、それがこのビジョンとも関係するわけですが、場をデザインするということにも関連していくのではないかと考えています。

場をデザインし場を活性化する能力ということが、知のリーダーシップには重要であるということです。この場を活性化する能力というのは、私も確かにそうだなと思います。私は看護部長として20近くの病棟を見ていましたけれども、病棟とICU、外来も含めてですが、いろいろなリーダーがいて、場を活性化しないリーダーもいますね。その人がナースステーションにいと、ナースは近寄らない病棟というのがあります。その人にいつも何か指摘されて、注意を受けて、自己概念が低下するからなのですね。ある病棟で、聖路加国際病院では病棟師長をナースマネージャーというのですが、あるナースマネージャーが出勤していると、ナースステーションは比較的閑散としているのです。その人が休みの日は、スタッフが次々とナースステーションに集まって、「今日はこんなことがあった」「あの患者さんはこんなに回復した」といったようなことを、わいわいと……。先ほどの場が活性化するわけですが、残念ながらそのナースマネージャーが出勤しているときは一見静かですけれども、実は活性化させない力を持っている人がいるということが分かりました。

その病棟は、なぜか退職率が高いのです。私はなかなかそのことに気が付かなくて、スタッフは賢いので、「私は次のキャリアプランがありますので辞めます」と言いますが、ある日分かったのです。その活性化しないリーダーがかなり影響しているということです。それで何をしたらかという、配置換えをしました。

力があるのですが、人と共に仕事をするという点においては課題を抱えていたなと思います。

もう一つは、「あれもこれも」の発想です。割ときちょうめんな方は、「あれかこれか」で、今年はこれだけにしますとか言って二者択一といったような発想をします。しかし知のリーダーシップは、実は「あれもこれも」で、Aグループはこれをやり、Bグループはこれを手掛け、Cグループはこちらをやるといった、「あれもこれも」といった、弁証法的な発想をすることの方が良いということです。

潔癖な人は、「あれもこれも」で混沌とするのを嫌う人がいますね。整理整頓が第一で、何よりも整理整頓、病棟が乱れてはいけませんみたいな人がいますけれども、実は病棟が混沌としている方が、知のリーダーシップとしては優れているかもしれないという見方です。混沌と秩序、どちらを重要視するかということにもつながるわけですし、「あれもこれも」は混沌の時期があるわけであります。混沌の時期を脱すると自然に、「自己組織化」する、秩序が見えるということです。私の机の上は混沌としていますけれど、一定の秩序があるわけです。どこに何があるかというのは、動かされると分からなくなるのですね。ということで、混沌の中に秩序を見いだしていくような能力は、知のリーダーシップにおいては重要な要素であると思います。

従って、このような知のリーダーシップによって、新しい知の創造を病棟でも、大学でも、地域でも、知をプロデュースをしていくことが管理者の役割の一つとして重要であると思います。

〇次は臨床家と研究の関係を少し考えてみたいと思います。ここで引用しているのは、ノッターという人です。後で出てきますが、このようなことを言っています。

「臨床家は種々の形態において研究に参加できる。すなわち、臨床家は研究から得られた新しい知識に遅れないように、臨床の場で必要とする問題を確認し、それを研究者に伝え、研究がその施設

で行われるときには、これに協力し、研究計画におけるデータ収集者として研究を助ける。さらに多くの若い臨床家は、自分の研究を行うことに興味を抱き、簡単な注意を要する研究を実施するために必要な技術を習得することを望んでいる」。

「臨床の場面における簡単な注意を要する研究」が何かは意味深ですけれども、1983年に出版されたノッターの翻訳『看護研究』の中でこのようなことを言っています。

「臨床家は研究から得られた新しい知識に遅れないように、臨床の場で必要とする問題を確認する。研究者に伝える。研究が行われるときには、データ収集として協力する。」ここが非常に重要ではないかと思っているのです。これが看護大学と臨床との関係にも適用できるのではないかと思います。

私の聞くところによりますと、臨床では研究をする「係」というのがあるそうですね。ある人は係が回ってくる前に辞めようという人もいるやに聞いています。この中にはそういう方はいらっしやらないと思いますけれども、実際に「来年は私は研究の係になるので、今年辞めたいと思います」というような人たちがいるということです。

臨床看護師研究者には幾つかの課題があります。一つは、論理的思考という点で、もっとトレーニングが必要だと思います。研究計画を立てる段階では、まず先行研究をレビューしなければなりません。これは、二つ目の初歩的知識不足とも関連するわけですが、看護の研究は突然アンケートを取りますね。あれはおかしいのです。やはり論理的に考えると、問題の背景があって、問題は何なのか、それに関する先行研究はないのかというのは最初にやらなければならないことです。にもかかわらずなぜかすぐアンケートに走るという弱点があります。アンケートに答える人も迷惑です。

私は数年前に、今も反省しているのですが、ある病院の看護研究発表会にコメントするようになると言われて行きました。そこでは、開胸手術の後にさらしを巻くことが行われていて、このさらしをどういうふうな形にしたらいいかということを一生涯懸命、研究と称して発表しているわけです。そもそも、そんなものは巻かないわけですよ。そういうことはもうちょっと調べれば分かるのではないかと思います。

従って、今、私たちが課題にしていることが、どこまで解決されようとしているのかといったこ

とは、先行研究を検討する必要があるわけです。それでなおかつ、この部分ははっきりしていないのでアンケートを取るといのはありかもしれませんけれど、すぐにアンケートに行くのはやめた方がいいと思っています。

そうした一連の論理的思考のトレーニングをしておく必要がありますし、研究の初歩的知識をもう少し学ぶ必要があると思います。しかし「研究」を現場でやるべきことなのかどうかというのは課題だと思います。これだけ看護系の大学が近くに増えてきているわけですので、教育者でありかつ研究者である大学の教員の活用をもっとすべきではないかと思っています。

それで、臨床看護師研究者として大切なことは、自分の看護実践の場で起こっている問題を解決することや、あるいは業務改善を行うこと、行った結果がどうなのかという評価を行っていくことが大切な役割ではないかと思っています。

そうすると、研究という言葉を使わないで、業務改善あるいは問題解決といったことで、かつ実践の評価をしていくことの方が、臨床ナースとしての研究的なアプローチとしては意味があるのではないかと思っています。研究は一定の標本数が必要ですし、質的な研究にしても量的な研究にしても、病棟に來ている何人のナースに聞きましたというだけでは一般化は非常に困難です。その意味では業務改善をするための調査研究ということの方が、繰り返しますが、臨床家としてやる意味があるのではないかと思っています。

○もう一つは看護管理者です。看護管理者は臨床研究者として、格好良いことを言うとナースリサーチャーですが、どんな役割があるかということここをまとめてみました。

まず一つは、問題を確認し研究者となる。あえて言うと、研究者となると、研究を始めるということもできると思います。二つ目は、看護職員の問題解決あるいは業務改善を支援するという役割もあると思います。

三つ目は、研究のためのフィールドを提供する。私のところもどうぞというような、フィールドを提供すること、そのときに私のところの病棟の患者の安全は担保されるかと研究倫理上の判断をすることが管理者には課せられていると思います。研究はとてもいいとは思いますが、私の病棟では患者のリスクはこのように考えられるので、フィールドは提供できないということはあると思

います。そうしたことを判断するのが臨床における研究者の役割の一つでもあると思います。そして個人的な好ききらいで研究のフィールドを提供しないというのは、一方で研究者としては困りますが、いずれにしても、患者の安全を確保することは臨床家にとってはとても重要なことであると思います。

四つ目は、私が推薦したいことですが、他の研究結果を評価し、必要なときに当該単位に適用する責任と権限があるということです。ですから、既に行われている研究の成果を評価して、この知見は自分の病棟に採用してみようと考えて先行研究を使うということです。研究の成果を使うことの役割、この四つ目がとても大きいのではないかと私は思っています。そのために病院は十分にサポートするための環境整備をする必要があると思います。最近はコンピュータがかなり臨床で使われているので、新しい研究成果を入手するのは昔ほど困難ではないと思います。

臨床家が研究を行うためには、研究のための時間、研究のための費用の保証が必要です。病棟の看護研究と称するものは、ほとんどお金を使っていないと思います。実は大学の教員たちは、あるテーマの研究を行うために研究費を獲得しているわけです。私が臨床にいるときにはあまりそのことの違いを認識しませんでしたけれども、やはり研究にはお金が必要だということです。看護の研究は医学の研究と比べて研究費が格段に少ないですけれども、それでも年間数百万というお金を研究費として、文部科学省や厚生労働省あるいは他の研究財団から獲得するということが行われているわけです。臨床では時間もなければお金もなくて、ただ係だからやれというのは、これはやはり無手勝流というものでしょうか、何も手段がなくて、精神力で、竹やりで飛行機を落とすみたいな、私は戦後生まれだからよく知らないのですが、そのようなことに等しいのではないかと思います。

それから、リソースの整理です。文献が入手しやすいとか、さまざまな分析の手段が準備されているといったようなことが、臨床家が研究を行うためにも必要であると思います。

研究は、創造性、オリジナリティがあるのかどうか問われます。創造性と好奇心、そのテーマについて、わくわくどきどきするような好奇心を持っているかどうかがとても重要なことであると思います。それから、やっつけようとする意欲が

必要であると思います。ほかにも先ほど言いました時間とかお金とあるわけですが、研究者個人としては、こうした特に好奇心、そのテーマを解明していきたいという好奇心が必要であると思います。

そういう点から考えても、病棟の係として割り当てられる業務としての研究は非常に限界がある。ですから、病棟の係業務としての研究というのは、これは病棟の管理者あるいは看護部長がそのようなビジョンを示しているのかどうか分かりませんが、もう少し研究成果の活用ということを考え、かつ研究課題を研究者に伝えていく。先ほどのノッターの中にありましたような方向です。

私はなぜそれを強調するかといいますと、臨床看護師の第一義的な役割は、「質の高い看護サービスの提供」、ここはあまりはっきりしなくて、「質が高い」はよく使われる枕詞ですが、できれ

ば質が低くない方がいいわけですが、この「質が高い」というのは何が高いというのかがはっきりしていないので、いいかげんに使っているわけですが、この「質の高い看護サービスの提供」であって、そのためには研究を始めるよりも、研究成果の活用をもっと考えるべきであるということを強調したいと思います。これまで述べてきましたナレッジマネジメントの考え方を通して、臨床家は実践をすることが第一義的な役割であって、睡眠時間を減らしてまでも研究といったような代物に取り組まなければならないのかどうかは、大きな疑問です。

否定的に捉えられると困るのですが、実践の中にある知の発掘ということが、とても面白いことではないかと思っています。これで終わりです。ありがとうございました。