

在宅訪問教育における実践コミュニティの形成と専門職の職能成長について：
母と看護師と教師の協働実践

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-05-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 荒木, 良子, 近藤, 啓子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10098/00028693

在宅訪問教育における実践コミュニティの形成と

専門職の職能成長について

～母と看護師と教師の協働実践～

荒木 良子・近藤 啓子**

1. はじめに

訪問教育は病気や障害が重度なために通学困難な子どもに対し、教員が家庭、施設、医療機関等を訪問して行う教育である。従って訪問教育においては、子どもの健康状態および医療面での配慮や生活上の条件を考慮し、家族や施設、病院など関係機関およびそのスタッフとの連携関係の構築が重要な課題となる。全国訪問教育研究会^{*1}においては訪問教育の萌芽期から実践を共有してその質を深め、制度の充実に向けて提言を行うなど、様々な現場の課題に取り組んできた。一方、医療分野では近年、在宅医療に関して多職種連携の必要性が認知されるようになり、日本小児診療多職種研究会の開催（2012年～）、「小児在宅医療連携推進拠点事業」（厚生労働省2013年～）が実施されおり、連携の仕組みと制度の運用についての実践が報告されるようになってきた。医療、教育ともそれぞれの課題や、制度の確立、連携の仕組みについての実践や研究は進められてきたが、連携関係に関して教育分野は医療的ケアが焦点化され、医療分野では生活の視点から福祉機関との連携を主な課題としているなど、医療と教育の連携について踏み込んで取り上げた実践や研究はほとんどない。

筆者は余命が厳しい進行性の難病の子どもの在宅訪問教育の担任として、保護者を中心に訪問看護師、往診の医師らとの連携関係構築を通して、教育的係わり合いについての医療者側の理解を深め、相互の専門性を活かし合う協働的实践を行い、その成立のプロセスと本質の解明に取り組んだ（荒木2011, 荒木・富山2013, 2014）。しかしその後も、連携関係は常に更新され続けなければならなかった。訪問の目的「対象児が自律的な存在として、病気に向き合い、豊かな生

活を積み重ねて充実した人生を送る」（以下、訪問の願い）は変化することなく共有されているはずであるのに、変化するコミュニティの要因が連携関係の発展的継続の課題となった。対象児の成長と進行する病状、対象児の兄弟らの成長など家族のコミュニティ、担当スタッフの交替など訪問者の帰属するコミュニティなど、多様なコミュニティとその変化する状況に対峙していくことになるからである。荒木ら（荒木・近藤2018）は、コミュニティを共通のめあてに向かってビジョンを共有して相互に役割を分担して働くものあつまりと捉え、状況を整理し、変化に対峙して連携関係を発展的継続させていくには、対象児と母親、専門職が対等な関係で訪問の場をコミュニティとして形成していくことが必要であることを明らかにした。

本研究では、さらに検討をすすめて、訪問の願いの実現を目指し続けた当事者（対象児と母親）・看護師・教師の協働実践について、訪問の場におけるコミュニティ形成の視点から捉え直し、コミュニティと専門職のあり方を考察し、その形成過程と形成されるために必要な要件を明らかにする。また、専門職の職能成長について、訪問の場のコミュニティの意義について考察したい。

2. 専門とコミュニティについて

筆者らは在宅訪問を続ける中で、訪問の願いの実現をめざす実践は専門職の連携関係構築による協働実践であること、さらには協働実践は訪問の場に当事者と共に実践コミュニティを築いていくことであるという認識に至った。ここで言う訪問の場における実践コミュニティを専門職のコミュニティ（松木, 2020）の視点から考えてみたい。

①臨床・実践の対象の場のコミュニティ…在宅訪問教育においては対象児の自宅が学校になり、学校で子

*対象児の保護者（母親）

どもたちや同僚と共に学級コミュニティを形成するように、自宅に対象児や保護者らとコミュニティを作っていくことになる。これを臨床・実践の対象の場のコミュニティとする(以下、対象の場のコミュニティ)。訪問対象児者の在宅生活に形成されるコミュニティである。

②臨床・実践の対象の場の背景にあるコミュニティ…自宅が実践の場である以上、兄弟や他の家族の生活と専門職の仕事は無関係ではなく家族らとの関係構築が必然的に起きてくるだろう。また、重篤な病気であれば医療との連携は必須のことであり、病院(主治医)と対象児の病気や成長について共有していきたいと願う。こうしたコミュニティを実践・臨床の場の背景にあるコミュニティとする。対象児の通院する病院や在籍校や兄弟などの生活である。

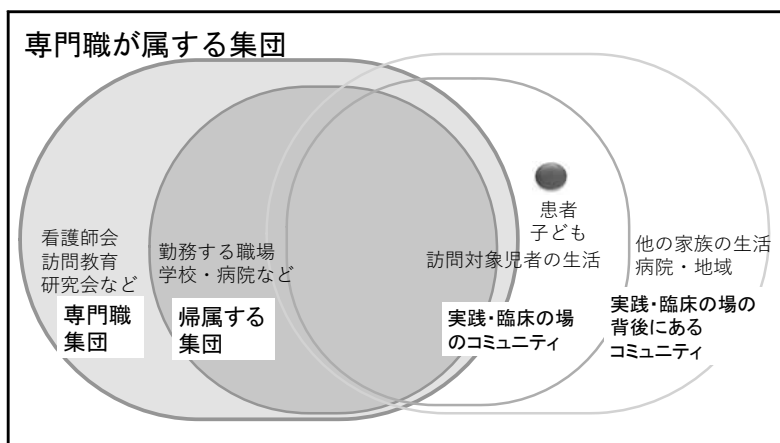
③帰属する集団…また在宅訪問の看護師や教師はそれぞれの職場を持ち、そこで日々の実践を同僚と語り合って次の実践へと繋げたり、相互に仕事を分担し合って職場全体の業務を果たしたりする。そこから訪問の場へと出向くわけである。これを自身が帰属する集団

とする。訪問看護事業所や病院、勤務する学校などになる。

④専門職集団…さらには専門職はその職種が属する集団を持つ。看護協会や教師の組織、全国訪問研究会等である。実践の省察を共有し、専門的な視点からアドバイスを得たり、あるいは自身の専門的な知識や技能の更新をめざして研修に参加したりし、専門職全体の力量向上をめざしていく。

このように専門職はその仕事との関係において4つのコミュニティに属していると考えた(図1)^{*2}。専門職は自身の所属する集団から出向いて対象の場のコミュニティで看護や教育などに取り組む。そこに複数の専門職が入り込んでいる場合もあり、本事例においても訪問看護と訪問教育が同時に展開された。

上述した③④は専門職が基本的には自覚しているコミュニティであるが、①②は実践を通して気づき、形成していくものである。本研究では専門職が自身の仕事に取り組む時の③④と①②の関係にも着目し、訪問の場におけるコミュニティの形成について検討していきたい。



【図1】 専門職が属する集団

3. 研究の方法

対象児(以下、mさん)は進行性の難病があり、呼吸器常時装着、酸素24時間給与という高度の医療的ケア・医療行為を必要とし、生活のほとんどを家族(母)と共に自宅で送っている。本研究はmさんに対する在宅訪問教育・訪問看護を対象にした事例研究である。分析対象期間は対象児小学校1年生から高校1年生11月までの9年7ヶ月である。この期間の在宅訪問における当事者(母及びmさん)および訪問関係者の連携関係構築過程を専門職集団のコミュニティの視点から分析する。

(1) 訪問教育と訪問看護

筆者(以下、教師a)は訪問教育の担当者として10年間に対象児自宅訪問842回(週2~3回, 1回2~3時間)、入院時には病院訪問119回(1回1~2時間)を行っ

た。mさんが中学生時には新たな担任(以下、担任教師b)が加わり、教師aも新たな職場からの訪問を継続した。訪問看護は2箇所の事業所を利用し、合わせて週2~3回(1回1時間半)、実施した。健康状態チェック、呼吸器管理などの医療行為・処置、日常生活介護(清潔ケア、入浴)、遊びリハビリテーション、母の相談などが主な仕事である。mさんが小学生であることや呼吸器を使用していることなどから訪問看護は常時2名体制で実施された。詳細は後述するが、mさんが小学校3年生からは教師aと看護師の2名での実施されるようになった^{*3}。担当者は原則固定とし、交替は慎重に引き継ぎを行った。

(2) 分析資料

筆記資料としては教師aが保護者対象に作成した1回

ごとの訪問活動記録(連絡帳, 1回につきA4版2~3枚), 訪問関係者を対象として発行したニュースレター(4版1~2枚程度)を分析対象とする。連絡帳は学習活動の展開とその意味や母との話し合いを記載し, 記述内容についての意見を母に求めることもあった。ニュースレターは月2回程度, 期間中合計238号を発行した(2010年4月~2019年11月)。その時々を対象児の成長や学習, 訪問のあり方について特徴的なエピソードを記述し, その意味を分析し, 係わり手のあり方を考察するようにした。ニュースレターからの引用には(通信2011N0. 3 2011. 4. 18)と発行年度, ナンバーと発行年月日を付記する。また必要に応じて訪問関係者へのインタビューを行った。これら記述記録, 関係者カンファレンス記録, 対外的な報告を分析の基礎資料とする。

4. 結果

(1) 係わりの基本方針~訪問の願い~

訪問の目的(訪問の願い)は「対象児が自律的な存在として, 病気に向き合い, 豊かな生活を積み重ねて充実した人生を送る」である。これは母・訪問看護・訪問教育の願いが込められているものである。この訪問の願いの基盤となっていることは二つある。

一つ目は母と訪問者が暗黙的に共有した「mさんの主体性の尊重」である。重度の病気があり生活・生命維持の多く他者に依存せざるを得ないからこそ, mさんの尊厳を何よりも大切にしたいと考えていた。

二つ目は母の言葉である。mさんの命について「中ぐらいに太く, 中ぐらいに長く」と言い, さらに「mちゃん, 長生きしようなあ。寿命なら仕方ないけれど, 事故で死ぬのはいや」と言った。病気に過度に神経質になって, mさんの生活の充実を犠牲にはしたくないという願いである。一方でカニューレが抜けるなど実際のイベントは身体的なダメージとそれに伴ってmさんが感じる怖さや不安などの心身のストレスをもたらし, それが彼女の命を縮めてしまう。そういう事故は最大限に防ぎたいという願いである。さらに「安心と安全はセットなんだ」と。どんなに優れた知識・技能があっても, 自分をよくわかってくれる人である, 自分の話を聴いてくれる人であるという信頼がmさんになれば安心にはつながらない。

訪問の願いの実現を目指して, 係り手の基本的

な構えは, mさんの生活の充実(中ぐらいに太く, 中ぐらいに長く)を考える, mさんとのコミュニケーション関係を深める(mさんの尊厳, 安心と安全はセット), 病状の理解を深め, 健康状態の見取りと対応力を絶えず更新し習熟させていく(事故では死なせない)であった。

(2) 訪問の実際

訪問活動の実際について荒木ら(荒木2011, 2013, 荒木・近藤2018)を一部引用し, 専門職の連携関係構築過程として振り返り, この過程を専門職コミュニティの視点から捉え直していく。

① 専門職がバラバラに動いた時期から連携関係の模索へ(小学1年生4~11月)

a. 実践の経過

小学1年生6月, 11ヶ月に及ぶ長期の入院生活を終えて, 呼吸器常時装着, 酸素24時間給与という在宅医療としては専門性の高い知識と高度な技術を要する状態で, mさんは自宅に戻った。家族とともに新たな生活の再構築とmさんの養育・介護を担って母は必死であった。mさんの在宅生活開始と共に訪問看護と訪問教育が開始されたが, 訪問看護と訪問教育はそれぞれが母と訪問日程を検討して決めており, 相互に全く関係なく活動していた。(図2)

	月	火	水	木	金	土・日
9:00						
10:00						
11:00	訪問教育 10:00~12:00		訪問教育 10:00~12:00	訪問教育 10:00~12:00		
12:00						
13:00						
14:00	訪問看護 13:30~15:00	訪問看護 13:30~15:00	訪問看護 13:30~15:00	定期通院 (1ヶ月)	訪問看護 13:30~15:00	
15:00	入浴		入浴 回路交換			
16:00						
17:00						

互に訪問看護と訪問教育は関係なく設定された生活が分断された

【図】2 Mさんの生活時間表 (小学部1年6月~)

訪問教育の担当者である教師aも, 訪問看護事業所の責任者でもあり訪問看護の主担当である看護師(富山)も訪問の仕事は初めての経験であった。厳しい治療を繰り返してきたmさんは自身の身体に他者が触れることに警戒心をいだき, 看護師の検温すらも拒んでひたすら母にしがみついて泣き, 看護師はなすすべもない状況にあった。一方, 教師aとの学習活動は順調に展開したが, 様々な医療的ケアの実施とmさんとのコミュニケーションの仲立ち役として学習中は母が傍らにいない必要があった。本来mさんと

家族の生活をたすけるはずの訪問看護と訪問教育は母の力を借りてようやく成り立つ状態であったのだ。「夜も十分に眠ることもできず、ようやくウトウトし始めると、先生や看護師さんが来る時間になった」と後に母は述べた。

母から訪問者が出入りする事の苦労や、訪問看護が苦戦していることを聞いたり、夏休み中の兄弟と共に過ごすmさんの姿を見たりする中で、教師aは自分がmさんの生活の場に入り込んでいることを自覚するようになった。一方、看護師は「病室と訪問は全く違う。病室はこちらのエリアに患者さんが入る（自分たちの管理下になる）。訪問は相手の生活の中である」（富山）と気づくようになった*4。

教師aは同じ立場の訪問看護との連携の必要性を実感し、同年11月に訪問看護と第1回目のケースカンファレンスを実施することができた。この時に看護師の専門性に触れて、自分にはできない分野を担う仕事へのリスペクトと、「教師の専門性は何か？」と自身の専門性を問い直した。ただし、この時点で看護師は「教育より命」（富山）であり、教育や教師の存在への関心は薄かった。なお、以後、カンファレンスは保護者も加わり必要に応じて開催され、関係者間の共通理解を深める役割を果たした。

b. 専門職とコミュニティ

この時期は訪問看護と訪問教育が個々に機能していたと言える。それは自分の帰属するコミュニティからの出張であり、自分の属する専門職集団を基盤とした専門性の提供であった。訪問先は職場の一つであって、そこに対象の場のコミュニティが存在するという自覚は低い。母の思い、訪問看護・教育の目標がそれぞれにあり、mさんとの係わり合いの基本的な構えを共有することがない状態であった。この場合、対象の場のコミュニティは入り込む専門職によって分断された存在になる。教師aは訪問を続ける中で、他の家族の存在を知り、家庭をマネジメントしようと苦労する母の姿から対象の場のコミュニティの存在に気付いていった。看護師も病室と訪問の場の違いに自覚的になっていった。

②連携関係土台作りの時期（小学1年12月～2年生3月）

a. 実践の経過

訪問看護師とのカンファレンスから他の専門性に気づいた教師aは、mさんの病気について他の職種か

ら学びたいという願いを持った。こうした教師aの思いを母は共感的に理解し、呼吸器について学ぶ機会を担当業者に依頼したり、訪問教育日を訪問医の往診日に重ねたりして、訪問関係者が直接に会う機会を設けようと努めた。このことは相手側に訪問教育の実際を知ってもらう機会となり、mさんが「とても集中して学んでいる」（富山）との評価を得ることができた。訪問医は「mさんが学ぶというのはどういうことなのか、初めはよく分かっていませんでした（中略）mさんの成長を見ていると他の人とコミュニケーションをとることや会話の仕組みってどういったことなのかということをお細かく観察できて、成長するってこういう順序を踏んでいくのかと教えてくれます」（平田 2020）とmさんと教師aの学び合いの場を見て、在宅での学習活動を理解するようになった。

当時、mさんがカニューレを引っ張ることについて、母と教師aはコミュニケーションとして対応してきた。呼吸器業者が「（危険性をわかっているはずのmさんが）なぜ引っ張るのかな」と関心を示したことから、教師aは他の職種ともmさんについての話題を共有できると気づき、「カニューレを引っ張るのはコミュニケーション」であるとして通信を発行した（通信2010N07 N08 N09）。看護師は「引っ張るのはいけないことだ」という認識しかなかった」とカニューレの問題は多職種を繋ぐ話題となった。こうして多様な職種がmさんについて共通に語り合えるという手応えを得た教師aは、保護者の了解を得て、保護者向けに発行していた通信を、訪問看護の担当者やさらに訪問看護事業所や病院などの関係者にも配布することにした。

通信について看護師が「起きたことと、その意味が書かれているので自分の係わりに重ねて考えることができる」（富山）と述べているように、訪問関係者がmさんとの係わり合いの意味を捉え直す役割を果たした。

定期的なカンファレンスの実施や通信の発行、2年生からは訪問の時間帯を連続設定し（図3）、教師aが訪問看護師と直接に会う機会を増やすなど相互の理解が深まっていく中で、通常、看護師2名体制の訪問を教師aと看護師の2名でもできると看護師（富山）から提案があった。小学2年生6月から看護師と教師aの組合せによる試行を繰り返し、同年11月には看護師と教師、二人の係わり手がいる方がより充実した訪問の時間になるという手応

えを母, mさん, 看護師, 教師aが持つようになり, 訪問関係者の協働へと大きく踏み出した. 母はそれぞれ医療については看護師に, コミュニケーションについては教師aに託すことができると信頼し, 教師aらも母の次にできるという自負を持ち, ようやく二つの専門職が組み合わされて, 母の役割を代替できるようになったのだ. 在宅訪問における「安心と安全はセット」の具現化である.

	月	火	水	木	金	土・日
9:00					通院 (1/月)	
10:00		通学		訪問教育		
11:00		スクーリング※				
12:00						
13:00		通学	訪問教育		通院 (1/月)	
14:00						
15:00	訪問看護		訪問看護			
16:00	入浴		入浴 回路交換	訪問看護		
17:00				母外出		

※スクーリングを行わない場合は通常の訪問学習日(10:00~12:00)

【図】3 mさんの生活時間表 (小学部2年4月7日)

訪問看護・教育の連続設定の日を設け、相互の交流が深まった。

b. 専門職とコミュニティ

連携関係においてはバラバラから棲み分けへと進み, さらに協働的な関係構築へと展開することになった. この時期に特徴的なことは, 教師a及び看護師が相互の仕事を見てmさんと他の職種との関係を知る機会を得たり, カンファレンスや通信など他の仕事を知る機会を得たりしたことである. こうした取り組みを通して自身の仕事が, その場だけではなく他の仕事を支える役割も果たすことに気づき, 他の職種と関係づけて捉えることになった. また相互に相手の仕事を参観する機会を得たことは, 自分の仕事との関係だけではなくmさんの生活を知ることになり, 臨床・実践の対象の場のコミュニティ (以下, mさんのコミュニティ) に気づき, 自分の帰属集団からの延長ではなく, mさんのコミュニティの土俵にあがるという認識になっていった. 訪問の願いを言語化し明確に共有することはないものの, 共有される事態が増えることで, お互いの仕事を目指すことは共通であることを実感として捉えるようになっていった.

③連携関係進展の時期 (小学3~5年)

a. 実践の経過

小学3年生からは訪問教育・看護は訪問の日時を合わせて同時にmさん宅を訪問し, 共に働く形態をとった (以下, 合同訪問) (図4). 小学4年生からはすべての訪問の時間が合同訪問となった.

教師aはmさんにとって母が命綱だからこそ, 母の不在によるmさんの自律した気持ちの育ちを願い, 看護師は母の外出を可能にすることで家族の生活の質の向上を願った. 専門性の違いにより同じ事象でも第一義的に考えることは異なるが, 協働して活動に取り組むことができ, 合同訪問は訪問の時間を豊かにした. mさんにとっては係わり手が二人になった. 母は買い物などの短時間の外出が可能になった. また, 教師aや看護師は相互の仕事を身近に観察し, 自身の活動として取り込み, また, 相手の仕事を支える自分の仕事の役割を自覚するようになった. 例えば, mさんの要請に応じて看護師は教師aが用意する教材を使って活動を展開し, これが後にmさんのコミュニケーションや学習過程の深化に大きな意味を持つようにもなった (荒木2018). 看護師は学習活動の重要な構成員になり彼女らの働きなくしては学習の充実した展開はなかった. また教師aは看護師の行為を観察し, mさんの状態の見取りの力を上げて, 対象児を励まして処置や治療場面に立ち会い, 緊急な状態を見取って看護師と共に切り抜けることもあった (通信2012N023 2013N018).

	月	火	水	木	金	土・日
9:00						
10:00						
11:00						
12:00			入浴 回路交換		通院(県外) (1/月)	
13:00		13:00~15:00 訪問看護 訪問教育	13:00~15:00 訪問看護 訪問教育			
14:00				14:00~16:00 訪問看護 訪問教育	通院 (1/月 午後)	
15:00						
16:00	PT 呼吸リハ					
17:00						

【図】4 mさんの生活時間表 (小学部5年6月~)

合同訪問になり、チームの意識が芽生えた。

学習の時間の終わりには, 母はお茶用意して訪問者を労う「お茶の時間」が設けられ, 係わり手は様々なことを語り合った (以下, 個別カンファレンス). 設定されたカンファレンスだけでなく, こうしたインフォーマルな語り合いの時間が続いたことが, 訪問関係者の相互理解を深めていった. 合同訪問は, 学習も病気も, mさんと共にみんなできいっしょに向かっていく関係性を育てていった.

こうした時間に訪問日程の微調整の話し合いも行われた. 教師aと看護師の合同訪問は母の短時間の外出を可能にしたことから, 母は家族のイベントに合同訪問を利用できるようになった. 訪問者から「保護者会はいつ? / 運動会は? / 遠足は?」と日程の微調整を申し出るようになった. 母は訪問の日程を考えて兄弟の保護者懇談日を選び, 兄弟は合同訪問が可能で時間(1回あたり最

長2時間)と運動会のプログラムを合わせて、母の参観を希望する種目を決めた。最年少の妹も我慢ではなくて、協力し合うメンバーとして、運動会のプログラムを開いて「ママは、～と…の時にいてほしい」と希望を述べて相談に加わった。こうした訪問時のやりとりの結果を持って看護師や教師aらは職場の勤務時間の調整を行った。

この時期には協働実践の展開について対外的な報告の機会も求めるようになった^{*5}。看護師や訪問医らとの共同報告、執筆の機会もあり、報告は必ず母と共有して意見を求めた。

b. 専門職とコミュニティ

定期的な合同訪問の実施は専門性を組み合わせて協働して働くことを具現化し、訪問の願いの共有、ビジョンの共有が起きやすくなった。それぞれの知識・技能の更新・熟達化も他の専門職と組み合わせることで、より高い価値を生み、他の専門職をたすけ、訪問の願いの実現に貢献すること気づいていった。

家族のイベントに合わせての合同訪問の日程調整は、母からの一方的な要求ではなく、事業所や学校側の規則一辺倒の対応でもない。当事者や家族、訪問担当者らが顔をつきあわせて、それぞれが調整できる範囲を出し合って折り合って決めた。これは相互の情報共有とコミュニティの目当てに向かってそれぞれが役割を分担して最善の状況を生み出すことであり、コミュニティ形成の組織学習の始まりであったことを示している。

さらには対外的な発表の機会を求め、日々の実践を一定の期間で振り返って捉え直す試みがなされた。これは日々の実践を訪問の願いと繋いで言語化し、文字化する作業であり、訪問者の共通理解を育むものとなった。

訪問者が訪問の対象の場のコミュニティの存在、さらにはその背景にあるコミュニティの存在に自覚的になり、さらには自覚的ではないが訪問の対象の場に当事者と共に実践コミュニティを形成しつつあった時期である。

④連携関係の繰り上げの時期（小学6～中2）

a. 実践の経過

mさんが小学6年時に訪問看護の中心となっていた看護師（富山）が異動となり、これまでサブを務

めていた看護師が主担当になり、中学1年生時には教師aが退職し（訪問は継続）、新たな担任教師bが加わった。メンバーの交替により母や教師aら従来からのメンバーが違和感を抱く出来事が発生することになった。手探りで始まった在宅訪問教育・看護はプロセスそのものが組み込まれた協働実践であり、新たなスタッフと共にプロセス共有することの難しさを常に感じた。以下にいくつかの出来事を取り上げる。

例えば訪問看護による入浴介護である。他者に身体を預けるという心理面と、体力的な疲労から入浴はmさんにとってかなり負担が大きい活動である。多少、不十分であっても手早く終わること、担当看護師の急な代替は慎重さが求められた。訪問当初、検温すらできなかった看護師は入浴が出来るようになったプロセスを経験しているため、上記のことは理解できるが、新たなスタッフは清潔ケアは看護師の重要な役割と考えて入浴の時間が長引くことになった。さらに主担当の急な休みに代替看護師が予告もなく訪問する事態も起きた。通常の訪問看護としては休むことはあり得ないのだろうが、mさんの場合は急な変更は重大なできごとであり、母は事前相談を望んできた。母は言う。「mさんにとって入浴が喫緊のことであればメンバーの変更があってもmさんに十分に説明した上でお願いしたい、あるいは事業所が運営上、新たなスタッフを加えていきいたいと考えているのであれば検討の余地はある」など。お互いの状況を付き合わせて相談し、最もよい選択をしたいと願っていたのである。

あるいは訪問時の活動についてである。看護師は看護活動がメインであり、mさんの遊びりハビリテーション（訪問教育との協働による学習への参加）や活動後の「お茶の時間」（個別カンファレンス）は追加の活動のように受けとめられ、事業所から訪問時間の短縮を求められることもあった。訪問看護師は訪問時の活動の充実と事業所の方針の間で悩むことになった。

mさんが中学1年生から新たに訪問担当となった担任教師bは責任感を持って真摯に訪問教育に取り組もうと努力し、mさんは担任教師bに親しみを持って訪問を楽しみにするようになった。ただ、担任教師bは学校の延長をそのままに訪問の場に持ち込むことが起きた。例えば管理職の訪問日の設定、配布物の取り扱いなどである。管理職による訪問はこ

れまでも学校とmさん側の相互の事情を検討して設定してきたが、担任教師bは学校側からの決定として伝えることがあった。もちろん、mさんの健康状態などを配慮した上でことではあるが、保護者には一方的な通知に感じられた。配布物は特に訪問対象生に配慮されて作成されているわけではないので、これまでは学校側や保護者と確認して配布したりしなかったりをしてきたが、そのまま母に渡された。担任教師bは学校からの連絡は忠実に伝えたいと考えたのだろう。担任教師bに配慮がないのではなく、むしろ学校としての役割を果たそうとしていた結果である。

これらはいずれも相互の状況を出し合って、最もよい状況を選択するという過程が抜け落ちていた。

こうした出来事が起きる度に、母は訪問看護事業所管理者や担任教師bと話し合っ自分の考えを述べ、気持ちを伝えた。訪問事業所の管理者も誠実に対応しようと担当看護師と同行訪問をして母と話合った。教師aは通信(2015N01~3 2017N02~4)への記載、カンファレンなどを繰り返し、「誰のために」「何のために」なのかと問い、訪問の願いを確認した。

母親は個別カンファレンスの中で「コミュニティの質は、支援・被支援の関係ではなく、お互いが対等な関係で、自分の力を発揮し合うということである」「(重篤な病気をもち、生活時間の大部分を在宅で過ごす)自分たちにとっては、訪問の場が社会と繋がる大切なコミュニティであり、このコミュニティの質が自分たちの生活の質に直結する」と言った(荒木, 近藤2018)。入浴の問題は事業所としての使命感から起きたことであるが、当事者が置き去りにされていることについて「訪問の場を構成するメンバーとして当事者を対等に考えてほしい」と願っているのである。

起きる一つひとつのことは見かけ上は大きな問題ではないかも知れないが、mさんと母の尊厳にかかわる大切な問題である。コミュニティの成員として対等であること、なされることは「なんのために」「誰のために」なのかという確認作業は、以後、病状の進行によりmさんの状況が厳しくなる中、絶えず訪問の願いに立ち返って自分たちの仕事を捉え直すだけではなく、訪問の場のコミュニティのあり方を確認する役割を果たした。

例えば中学2年の2週間の入院後、在宅訪問の在

り方を検討するために実施したカンファレンス(2017.9.14)でのことである。訪問者は「自宅において看護師でなければできないことは何一つない。お母さんとmさんにとって一番いいように」と考えていたが、母は「訪問というのはチームの活動だから、チームのメンバーがそれぞれ自分の考えを出し合い、検討して、決めていくのがいい」と考えた(図5)。

mさんの入院経緯や現在の健康状態も、個々にお母さんから情報もらうだけではなく、みんなで共有する、お互いの都合や事情も出し合う(情報の共有)。その上で、目の前の課題「mさんの退院後の訪問の在り方」についてそれぞれの思いや考えを共有し、みんなで検討して、よりよい解決案を探すのですね(課題の共有)。その先に「mさんの健康を護り、充実した在宅生活を実現する」という共通の目的があるのだと思います。訪問者がバラバラに思っているのではなく、思っていることをみんなで言葉にだし、共有して、チームmさんのコミュニティを作っていきたいと、お母さんの思いはそこにあると思います。(通信2017NO14 2017.9.28)

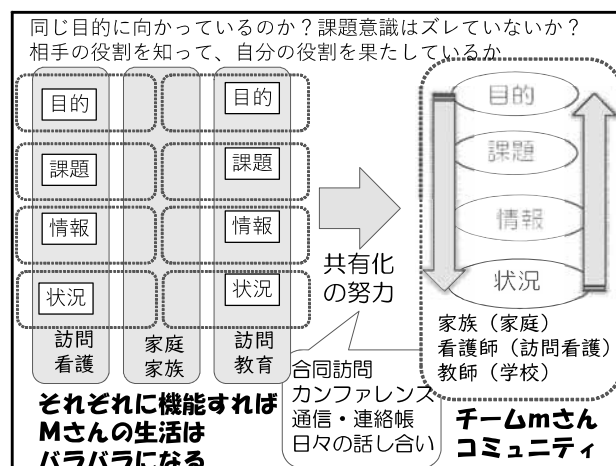


図5 状況・課題・目的の共有

母と教師aは「チーム」の協働実践は訪問の場に新たな実践コミュニティを形成していることになると考えるようになった。母は「わたしたちはずっと自宅に居たが、先生達が来るとそこにみんなでコミュニティをつくって、そこに出かける。先生達が帰ると自宅に戻る」と象徴的な表現をした。

連携関係の発展的継続の課題に対峙する中で、母の変化が起きた。母はmさんの状態、二つの事業所、学校(担任教師)、教師a、家族の状況などすべてを最も掌握しやすいポジションにあることを自覚し、

これまでマネジメント的立場を果たしてきた教師aに替わって積極的に動き出すようになった。このことについて「先生のしていることを見たり、話したりしているうちに、次第に気づくようになった」と後に母は語っている。

b. 専門職とコミュニティ

mさんの病気の進行のみならず、中心的な看護師や事業所の管理者の交代や新たな担任教師bの参加という変化する要因により、協働実践の発展的な継続課題に直面することになった。この課題に向かう中で対象の場のコミュニティを「在宅訪問コミュニティ」として形成するという認識が教師aや母に生まれることになった。

この時に三つのことが起きた。一つは専門職が帰属するコミュニティと在宅訪問の場のコミュニティにおける自身の仕事の意義や位置づけに関する葛藤である。例えば看護師は事業所の規定する仕事と、訪問時に意義を見いだして取り組もうとした自分の働き方について悩んだ。担任教師bは自身が持つ学校のフレームからの切り替えに苦労した。母と教師aは看護師や教師らと個別カンファレンスを繰り返し、ビジョンの共有を図った。この経過の中で母がコミュニティのマネジメントを強く意識するようになったことが二つ目のことである。母によるマネジメントの意識は、看護師、教師、保護者はコミュニティの成員として対等の関係であることを明確にした。これが三つ目である。特に被支援の立場で主体性を侵襲されやすい母は対等であることを強く意識した。母の発言によって、教師aらは訪問者はコミュニティを形成するメンバーとしての当事者と訪問者が対等であることについて認識を新たにした。

コミュニティを共通のめあてに向かってビジョンを共有し相互に役割を分担して働く者の集まりと捉えたが、コミュニティの成員は、集団のめあての明確化とそのためになんという考え方で目の前の事態を捉えて、なんという方略（戦略／戦術）で取り組むのかというめあてに向かうビジョンを共有することが必要になってくる。母は訪問の場をコミュニティとして形成しようと努力し、訪問担当者は訪問は当事者と共にコミュニティを形成するものであることに気づき、暗黙的に組織学習を経験し、その中で専門職としての知識・技能を積み上げていった。

訪問の発展的継続課題に関する要因は大きく二つあると考える。一つは創り上げてきたプロセスを新たなスタッフと共有すること。もう一つは専門職が帰属するコミュ

ニティと対象の場におけるコミュニティの葛藤である。その時々課題の共有はできるが、プロセスをたどり直すことはできずもどかしさが残った。後者に関しては帰属するコミュニティ自体の問題には迫ることができなかった。

⑤みんなで乗り越える（中学3年生～高校1年）

中学2年生後半の長期入院以降のmさんの病状の進行は、mさんの急激な状態変化をもたらした。mさんの状況が厳しくなればなるほどに、訪問の願いの実現には、母と看護師と教師らがチームであることの意味が増していった。

主治医が在宅生活での訪問看護の力量を危ぶむほどにmさんの病状は厳しく、医療処置、行為は高度化し、より慎重さを求められるようになった。しかし、在宅訪問の看護師らは退院前に病院側にカンファレンスの開催を申し出たり、さらにmさん宅を訪問し、ベッドの配置や機器の管理方法、訪問体制について母と検討したりして退院を迎えた。これまでのmさんの病状の進行を見取ってきた自信と責任感が看護の知識・技能の更新と熟達化を促した。mさんは母と看護師を信頼し、様々な医療的な処置に向き合った。教師aもmさんとともに乗り切ろうと、医療処置中にmさんに語りかけ、mさんを励ました（通信229, 231, 231号）。

教師aはmさんの学びを深めるために1回ごとの学習活動についての省察を深め、内容を吟味し続けた。実際の学習は教師aと看護師が係わることで深化した。例えば発信ツールの制限は大きくなっていったが、教師aはmさんとの協働作業を通して、深化するmさんの認識を引き出して写真カードや音声言語に表現した。ほとんど操作的活動ができなくなったmさんに代わって看護師が教材の操作をした。mさんの手となって活動する看護師の存在があって、教師aはmさんとのコミュニケーションに全力を尽くすことができ、看護師はmさんの願いを具現化する役割を担うことに全力を尽くし、3人が全力で向き合って成り立つ学習活動であった。mさんの笑みは自分の考えが教師aによって他者と共有され、看護師によって具現化されることに充実した満足感を味わっているように見えた。

mさんは訪問を楽しみにし、母は合同訪問時に学習時間が確保されるように、mさんの生活を整え、看護師とともに医療の処置や治療の時間を工夫した。mさんと母の生活の中に占める合同訪問の時間はわ

ずかではあったかも知れないが「大きな意味を持っていた」（母）。

b. 専門職とコミュニティ

この時期は母の心身両面の負担は想像を絶するものであったと推測されるが、母のマネジメントのもと訪問チームが最も安定して機能していた時期である。訪問コミュニティの成員として、mさんと共に訪問の場を作っていくという自覚が訪問メンバーの全員にあった。換言すれば、訪問コミュニティが形成されていなければ、mさんの在宅生活の維持は母と家族にさらに大きく重くのしかかっていたであろう。看護師は事前に退院後の生活に向けて自宅に集まって相談し、主治医が在宅での看護を危ぶむ医療処置を当然のこととして担う、教師aはmさんの学びの深化に引っ張られるように学習活動に取り組んだ。しかも看護も学習も母、mさん、看護師、教師らの協働によって成り立っていた。母も含む専門職の知識・技能の更新・熟達化と組織学習という職能成長が、mさんの成長（認識および病状の進行による状態の

変化）と共に起きたといえる。

(2) 最後の入院～新たなコミュニティ形成～

入院を繰り返しながらも、高校1年生8月後半から学習が深まっていた。

mさんが自分で組み立てることができる活動のバリエーションが一気に膨らみました。活動を組み立てる予定の話をし、活動に取り組み、振り返る…ワクワクが続きます。（通信237号 2019.10.7）

mさんは高校1年10月に最後の入院をした。入院前日の学習活動は新たな踏み出しがあり、これからの展開が予想される充実した時間であり、また続きができると考えていた（通信2019N012 N013）。しかし教師aは、10月末には帰宅は叶わないだろうと考えるようになり、その頃から、病室がmさんの居場所だと強く感じるようになった。そう感じたのはなぜだろう。

月	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	中1年	中2年	中3年	高1年
4	■									
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
1										
2										
3										

■部分が入院期間。

小学校1年生時は前年の7月から入院していた。

【図6】

入院期間（小1～高1年生）

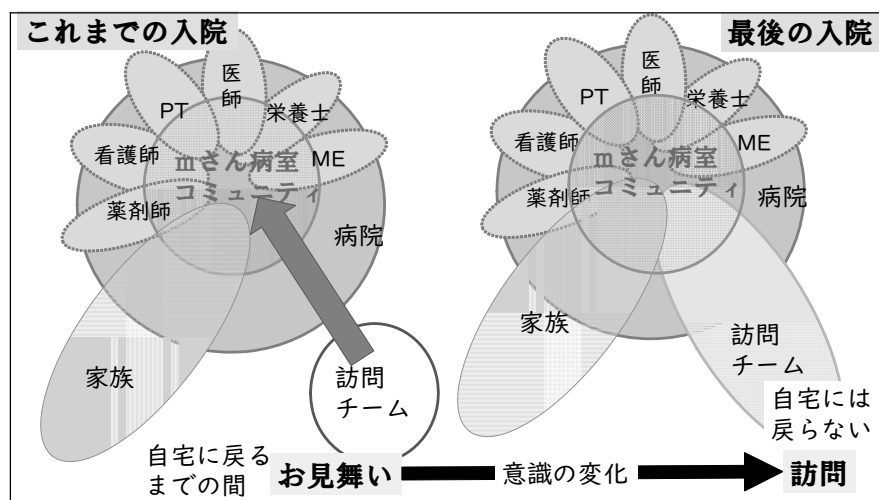
【図6】 入院期間（小1～高1年生）

これまでも長い入院を経験してきた病院(図6)であり、母は主治医や病棟医のみならず多くの専門職らとの関係を構築してきている。入院という事態も組み込んで家族の生活もマネジメントする母の苦労や頑張りを見てきた。それでも教師aの意識は、病室は自宅に戻るまでの間の仮住まいで、お見舞いであった。しかし帰宅は叶わないと思った目で改めて病室の生活を見ると、母は病室が「mさんのコミュニティ」として形成されるように多くの専門職らをマネジメントしているのだと気づいた。主治医、病棟医、他科の医師、看護師、ME（メディカルエンジニア）、理学療法士、栄養士、薬剤師、清掃担当者らである。もちろんそこには自宅で暮らす家族も

組み込まれた。在宅時のように、それぞれの専門職が病院内で帰属するコミュニティの状況までは十分に把握できないが、それぞれの立場や役割を尊重し、た上で、対等な立場で必要な意見を述べた。それは患者の家族としての一方的な主張ではなく、あくまでも関係性を構築し、相互了解の元に治療を進めてほしいという願いからである。例えばmさんの食事量が極端に減った時に、食べられそうなものを考えて苦労する母に、看護師（富山）や教師aらは「食べられるなんでも用意したら」と提案したが、母は病院での食事は栄養士との協働であるという認識から病院食を中心にしてきたので「そんなことしていいのかなあ」と慎重になった。医師もそういう母を

尊重した。「お母さんはmさんの状態をもっとも把握しており、必要な情報を医療者に提供し共に治療方針について検討し、mさんとのコミュニケーションが誰よりも成り立って治療をmさんに伝えることができる」と評価し「お母さんがあつての治療」（坂井）と述べている。教師aも病室で医師と母が検査の結果を共有したり、医療処置について検討している姿を何度も見ている。教師aが対象の場におけるコミュニティに気付いた時に訪問チームはコミュニティの成員として組み込まれた(図7)。この入院中、母は訪問チームが病室コミュニティを形成

する一員となったことを実感したという。定期的なお見舞い訪問を続ける訪問チームの存在も、母のマネジメントによってmさんの病室コミュニティに組み込まれていた。mさんの状態の急変を受けて、母は「みんなに声をかけた方がいい？」と教師aに訪問チームへの呼びかけを依頼し、病室に訪問チームのメンバーが集まることになった。この二日後にmさんは病室で亡くなられたが、ご自宅か病院かではない。母が「mさんのいるところが、mさんの家である」ようにマネジメントしてきたのである。



訪問チームが
お見舞いから訪問へ

【図7】
病室コミュニティと訪問チーム

(3) 実践経過のまとめ～専門職のコミュニティの変化の過程

コミュニティ形成の視点から在宅訪問における当事者も含む専門職の連携関係構築過程に添って整理してきた。これを専門職のコミュニティを軸にをまとめると以下のようなになる。

①出張・専門的技術の提供…専門職が別々に機能していた時にはそれぞれの帰属集団からの出張であり、専門職は専門的技術の行使をしていることになる。mさんと御家族の生活という実践の対象の場のコミュニティ(以下mさんのコミュニティ)は出張してくる専門職の数だけ生活が分断されることになった。母の苦勞を知ったりmさんの抵抗を受けたりして、教師aや看護師は不十分ながらもmさんのコミュニティへの意識を持つようになり、専門職同士の接触の努力をするようになった。

②出向・他を意識した専門的技術の提供…他の専門職の存在を知ることは相互の専門性を棲み分けて役割の分業することとなり、他の存在を知ることでmさんのコミュニティへの意識が生まれ、帰属するコミュニティからm

さんのコミュニティに出向した状態だとも言えるだろう。母は、専門職の間をつなぐ役割を果たすようになった。看護師と教師aは訪問実績を積み、「医療健康面については看護師」「コミュニケーションについては教師a」がそれぞれ母の代替をできるとの自負と、相互の信頼を得るようになった。信頼関係は母、mさん、看護師、教師aらすべての関係性においてである。また看護師と教師aは相互の訪問の観察、カンファレンス、通信の発行、合同訪問試行により相互の理解が深まり、状況共有とビジョンの共有が図られていくことになる。他の専門性との関係の中に自身の専門的技術の行使をするようになった。

③mさんのコミュニティに加わる・専門性を組み合わせて機能する

次第に相互の専門性を組み合わせて機能させるという協働関係が構築されていった。定期的な合同訪問は状況の日常的な共有を可能にし、このことは他からの専門性から学ぶことだけではなく、自分の専門性が他の専門性を支えることを知り、自分たちがそれぞれの立場か

らその専門性を最大限に発揮することでもっとよい訪問活動ができることに手応えを感じるようになっていった。またこの時期には訪問日程の微調整という組織学習に取り組むようになった。相互の状況・情報を共有し、折り合ってもっともよい選択をするという経験を積み重ねた。また母は専門職や家族を繋いでの仲立ちをすることからmさんのコミュニティ全体のマネジメントに関心を持ち始めていた。訪問活動後のお茶の時間という個別カンファレンスは日々の省察を可能にし、訪問者と当事者は自分たちの関係性をチームと呼ぶようになった

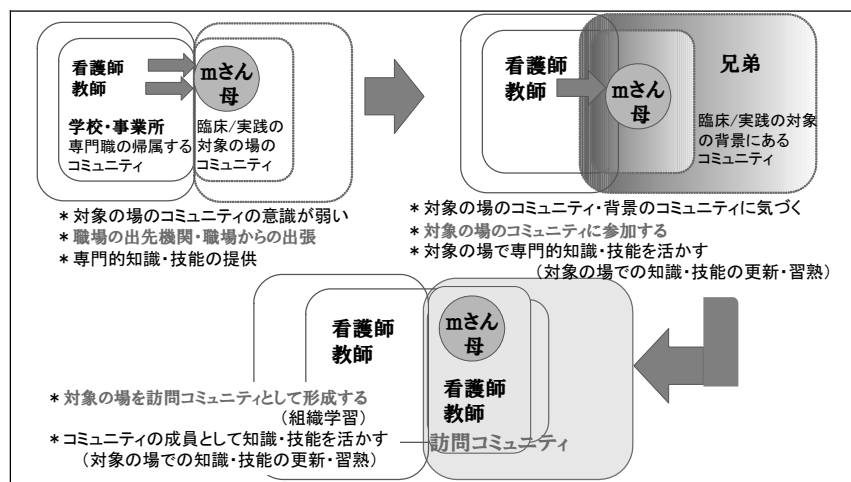
④「mさんの訪問コミュニティ」を形成する・発展的継続課題に向かう

当事者と共に自分たちをチームとして意識し、専門職はmさんのコミュニティに加わるという認識が生まれていったが、中心的なスタッフの交替とmさんの病状の進行により、協働実践の発展的継続という課題に直面した。しかし、このことは訪問の願いに立ち返って考える機会となつて、自分たちの実践を繰り返すことにもなった。母は訪問活動全体をマネジメントできる自分の立場に気づき、積極的にマネジメントの役割を果たすようになった。

また、母は自宅に訪問者を受け入れる立場だったからこそ、自分たちのコミュニティに他者が入り込むのではなくて、自分たちも入り込んだ他者(専門職)と共に対等な立場で新たなコミュニティを作るという認識を強く持つようになった。母の言動に引き上げられるように教師ら訪問者の認識も変化していった。専門職は自身の帰属するコミュニティとの葛藤に直面し、支援/被支援の関係性を越えてmさんのコミュニティ成員として対等な関係性であることの実感を母の言動に気づかされていった。一方で、連携関係による協働実践の発展的継続課題は十分に迫ることができなかった。

⑤専門職の職能成長

mさんの病状が急激に進行する中で、母も看護師も教師もmさんの変化に対応しようとして自身の専門的な知識・技能を絶えず更新し習熟化させ、コミュニティを形成するという組織学習に経験的に取り組んできた。mさんの状態がもっとも厳しくなったときに、それらがもっとも意味を持つことに気づき、急速な病状進行にも応じようと、専門職の自負と責任感がいっそう強まった。



5. 考察

mさんが自律的な存在として、病気に向き合い、豊かな生活を積み重ねて充実した人生を送るという「訪問の願い」の実現を願って専門職が当事者と共に実践を続けることは、在宅訪問の場に訪問コミュニティを形成することであった。言い換えれば「訪問の願い」の実現には関係者が対等な関係で訪問コミュニティの形成をすることが必要であった。対象の場のコミュニティに「在宅訪問コミュニティ」が形成されるための要件について考察したい。

ここではmさんの実践を通して考察するため臨床・実践の対象の場のコミュニティを「mさんのコミュニティ」、在宅訪問コミュニティを「mさんの訪問コミュニティ」と表記することとする。具体的にはmさんのコミュニティとはmさんの御家族と共にある生活を指し、mさんの訪問コミュニティとは訪問関係者が当事者と共に在宅訪問の場に形成するコミュニティを指す。

(1)mさんのコミュニティに「mさんの訪問コミュニティ」を形成するための要件

mさんのコミュニティに「mさんの訪問コミュニティ」を形成するためにはどのような要件が必要だったのかについて以下にまとめた。

①ビジョンを共有し、訪問の願いを明確にする努力をすること～省察すること～

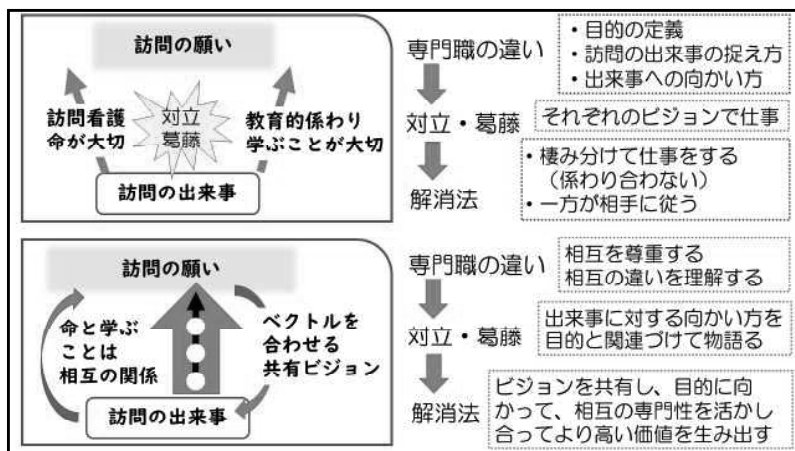
訪問が開始された当初から母、訪問看護、訪問教育が相互に訪問の願いを明確に共有していたわけではなかった。訪問の願いは、連携関係構築のプロセスの中で、具体的な事象をめぐって当事者や異なる専門職の間に起きる葛藤の解決過程で明らかになっていった。

訪問開始当初の対象児のカニューレを引っ張る行動を例に考えてみたい。この行動を看護師は命にかかわる行為であり止めるべき行動と捉え、教師aはmさんなりのコミュニケーションであると考えており、対立的な考え方であった。それぞれの専門職が個々に機能していたり、棲み分けたりしている段階では訪問の願いの定義も異なり、それぞれのビジョンに従って出来事の意味づけ、対応することになる。対立や葛藤の解消法は他の専門職とは無関係に仕事をするか、どちらかが相手に従うことになる。

一方でお互いの専門性を組み合わせて仕事をする

場合、相手の専門性に対する理解と尊重を前提に、出来事を訪問の願いに関連づけて省察することで専門性による定義の違いから起きる葛藤・対立の解消を図ろうとする(図9)。省察することは物語ることである。出来事を時系列に従って並べることであり、訪問の願いに向かって一定のベクトルが生まれる。ベクトルは目指す方向を指し示すものであるから、漠然としていた訪問の願いを明確にしていくことになる。カニューレ問題についても教師は物語を提示し続けた。つまりニュースレターや合同カンファレンスで訪問の願いと関連づけて対象児の行動を捉え直したニュースレターを発行し、看護師が訪問時の学習活動を見学し、合同カンファレンスにおいてコミュニケーションについて教師aから報告を行った。それによりコミュニケーションの視点から、この行動について母と教師aと看護師で共通理解ができ、対応の仕方を共有することができた。

訪問の願いを常に具体的な日常に落とし込み、自身の仕事との関係において確認し続けることにもなった。ビジョンを共有し、目的に向かって、相互の専門性を活かし合ってより高い価値を生み出すことによる葛藤の解消である。



【図9】
訪問の願い（めあて）の明確化と
ビジョンの共有

以後、訪問の願いの捉え方の食い違い、訪問の出来事の捉え方や対応において葛藤や対立が起きる度に、ニュースレターに取り上げ、個別カンファレンスを重ね、必要に応じて合同カンファレンスを実施して、出来事を訪問の願いと関連づけて捉え直して物語り、ビジョンの共有を図り、訪問の願いを確認することを続けた。さらに対外的な報告の機会や実践論文の執筆^{*6}を利用して一定期間の実践について保護者や訪問関係者間で省察するようにした。(図10)

②自覚化すること

看護師や保護者との共著による実践論文の制作や対外的な機会を利用した実践報告は、長期のスパンを振り返り、自分たちの実践を意味づけて客観的に捉え直すことである。こうした取組を通して自分たちの実践を「チーム」と名付け、自分たちのチーム実践の場を「mさんの在宅訪問コミュニティ」と呼ぶようになった。「チーム」「コミュニティ」と言語化し自覚化することは、自分たちの実践が目指すものを明確にすることになった。

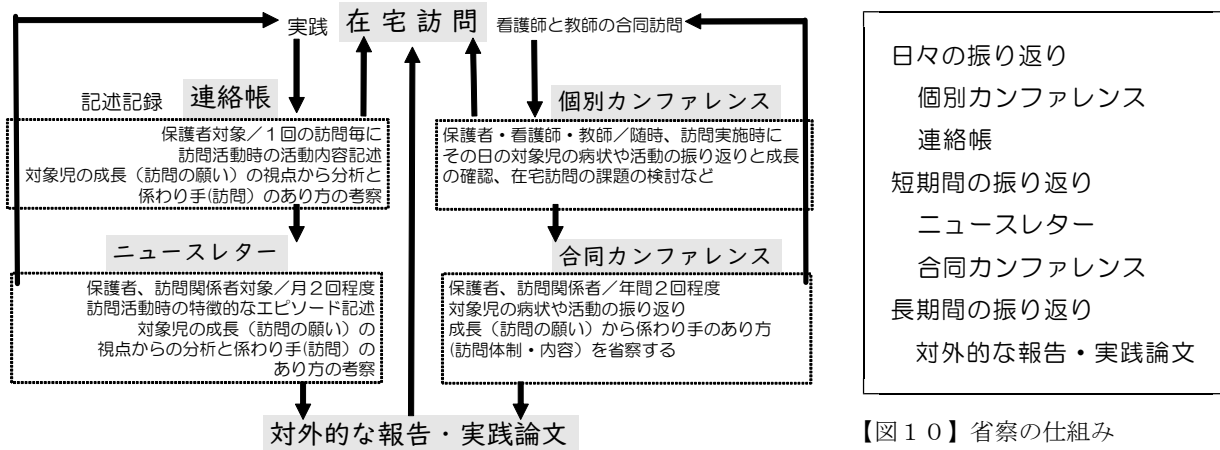
③共に働くこと

上述の①が訪問の願いの明確化とビジョン共有に有

効であり、コミュニティを自覚していくことができたのは、合同訪問という形態によるところが大きい。看護師と教師aが状況や情報をリアルタイムで直接に共有し、随時の個別カンファレンスができる。直接の経験の共有は他の専門職の理解と尊重を深め、情報の共有をたすけた。

以上、対象の場のコミュニティの存在「mさんのコミュ

ニティ」に気付き、そこに「mさんの訪問コミュニティ」を構築していくためには、訪問の願いの明確化と共有ビジョンの形成が必要であることを述べてきた。共に働くことが状況・情報の共有をたすけるが、訪問の願いの明確化と共有ビジョンを作るためには、絶えず「訪問の願い」との関連づけて自分たちの実践を省察することの必要性和重要性が示された。



【図10】省察の仕組み

(2) コミュニティの発展的継続の課題

本実践ではコミュニティの発展的継続の課題については十分な検討をすることはできなかった。発展的継続課題は、皮肉にもmさんの病状が厳しくなり、mさんと母に引き上げられるように、全員が「mさんがよりよく生きること」だけに全力を尽くす中に吸収されていった。命の問題に向き合ったときに、教育および看護の質とその協働がなければ「訪問の願い」は達成されないことが明示的になったからだろう。極限の状況でmさんがよりよく生きることができるために大切なことが何かをはき違えることなく、協働実践を繰り返していくコミュニティであったとも言える。

(3) 専門職の職能成長におけるコミュニティの意義

専門職が臨床・実践の対象の場のコミュニティ「mさんのコミュニティ」の存在に気づき、それを大切に、当事者と共にそこに新たなコミュニティ「mさんの訪問コミュニティ」を形成する過程と形成のための要因について述べてきた。この在宅訪問コミュニティにおいては二種類の職能成長があった。

①知識・技術の更新と熟達化...mさんの病状の進行は、医師が在宅生活を危ぶむほどの高度な医療上の対応が必要な状態であっても、在宅での時間が確保されたのは、母と看護師の優れた実践力による。また教師

aは病状の進行に伴って低下する体力や姿勢制御や手指の操作性低下を補い、mさんの認識の深化に取り組んだ。それぞれ最初から高い技術や知識があったのではなく、mさんの実態に応じて母、看護師、教師らは、知識・技術の更新と熟達化に努力し続けていったのである。これらの専門職の知識・技術は互いに相手の仕事のたすけ手となり、協働することによって訪問の願いが実現できるという、他の専門職との関係の中でより高められていった。

②組織学習の経験...自分たちの実践の場を「在宅訪問コミュニティ」ということばで表現することで、組織学習に経験的に取り組むことになった。

・専門職と母は自分の所属するコミュニティにおける自分の立場や役割についての定義、あるいは自分がとらわれている個人の考えと、在宅訪問の場に形成されつつあるコミュニティのめあてと関連づけられた自分の立場や役割について葛藤し、思考した。

・チームとなって機能することで単なるメンバーの力の総和ではない実践力が生み出されることを経験した。

・語り合って実践を意味づける、価値づける、ビジョンを共有していくといったチーム実践を実現するための方策を経験的に知った。

・最初から意図的なマネジメントや組織運営がなされたわけではないが、在宅訪問コミュニティという捉え方をするようになった頃から、母は組織としての運営を考え、

自覚的にマネジメントに取り組むようになった。

組織学習，組織運営の経験は新たなコミュニティで活かされて，新たなチームを作り協働実践を実現することになるだろう。

おわりに

本実践においては、協働実践の発展的継続課題において専門職が帰属するコミュニティ（職場）や専門職種団と臨床/実践の対象の場のコミュニティの対立・葛藤について触れたが、十分には検討できていない。臨床/実践の対象の場での専門職の成長と帰属するコミュニティ、専門職集団の変容・成長についての考察は今後の課題としたい。

また、筆者は特別支援学校に勤務時には特別支援教育コーディネーターとして教育相談の仕事をしてきた。地域の幼保園、小学校等へ出向いて、苦戦を強いられる子ども達の支援に奮闘する先生方や親御さんと一緒に悩み、係わり合いの在り方を考える仕事である。現職の教職大学院では拠点校/連携校に実践の場がある。いずれも臨床・実践の対象の場に当事者等と共にコミュニティを形成するものであり、本実践と同じ構造を持つと考えられる。近藤（母）は「アドバイスするのではなくて、一緒に考えよう、一緒にやっ払いこうという，“いっしょに”が大切なんだ」と言う。筆者はかつての教育相談対象や現在の拠点校・連携校と「いっしょに」歩んでいるのか、コミュニティの視点から捉え直したい。

※1 全国訪問教育研究会 1988年に結成。訪問教育担当者同士の情報交換，研究交流の機会，全国的な訪問教育の実態を把握など訪問教育に関する研究会として活動。保護者の方々も会の一員となっている。

※2 この他に専門職自身の家族や地域などの背景となるコミュニティも当然のことながら存在するが、本研究では取り扱わないこととする。

※3 日常的には訪問看護・訪問教育は看護師と教師の2名体制で合同実施されたが、入浴介護の時間帯のみ2名の看護師で対応した。母と3名体制での実施である。このことはmさんに定期的にかかわる看護師を確保することになり、さらに後のスタッフ

交代を滑らかにした。

※4 不十分ながらも筆者と富山が実践の対象の場のコミュニティに気づくことができたのは、それぞれが帰属するコミュニティの外で仕事をしてきた経験があったからではないと考える。筆者は特別支援教育コーディネーターとして地域の教育相談を長く担当し、富山は救急看護の認定看護師として災害の現場で仕事をしてきた。

※5 平田（日本小児診療多職種研究会，2012），荒木（全国訪問教育研究会2011,2012），荒木・富山（重症児者・病弱児の明日を考える研究集会報告集，2012），荒木・平田（実践研究福井ラウンドテーブル，2011）などがある。

※6 全国訪問教育研究会（報告2回），実践研究福井ラウンドテーブル（報告6回）その他各種研究会など

〈引用文献〉

- ①荒木良子 2011 在宅訪問児の豊かな生活の実現を目指して異なる専門性が協働すること 全国訪問教育研究会2011 p40-43
- ②荒木良子・富山朝子 2014 在宅医療が必要な子どもの豊かな生活を目指す多職種連携の取り組みに関する実際研究～訪問看護と訪問教育の合同訪問～ 福井大学教育実践 研究 第38号 福井大学地域教育科学部附属教育実センター p55-66
- ③荒木良子 2018 運動機能に制限がある子どもの市販のブロックセットを用いた立体認識の学習過程の展開および行動特性と係わり手のあり方について 福井大学教育・人文 社会系部門紀要 第2号 p155-178
- ④荒木良子・近藤啓子 2018 専門職との協働実践における母親の役割と意識の変化～在宅訪問教育・在宅医療の対象児の豊かな生活の実現を目指す協働実践～ 教師教育研究Vol.11 福井大学大学院 福井大学・奈良女子大学・岐阜聖徳学園大学連合教職開発研究科（連合教職大学院）「教師教育」編集委員会 p159-179
- ⑤平田善彰 2020 私信
- ⑥松木健一 2020 社会福祉法人光道園2020年度重複障害講座第1回講義