

ケアの実践におけるクリティカル・シンキング — 看護の臨床における反省的思考をめぐって —

How Does the Critical Thinking Work on the Practicum of Caring?

山口 美 和
Yamaguchi Miwa

キーワード：クリティカル・シンキング、反省的思考、専門家教育、看護実践、状況へのコミットメント

1. 問題の所在

本研究は、ケアに携わる専門職が、クリティカル・シンキング（= Critical Thinkig、以下CTとする）をどのように機能させながら臨床における実践を行なっているのかを考察することにより、時間とともに事態が移りゆく領域におけるCTの特徴を明らかにすることを目的とする。

CTは、近年、高等教育の分野において注目されている概念である。日本語としては「批判的思考」と訳される場合が多く、自己の思考過程について意識的な反省を行い、その客観性と妥当性について吟味を行うこと及びその態度のことを指す。こうした思考は、市民生活を送るのに必要な論理的思考力を培う基礎となるとともに、高度な職務を遂行する専門職にとっても、自己の信念や経験から一定の距離をとり、的確な推論を導き出す上で不可欠の思考の技法である。

しかし、実際のところ、CTの定義は分野によって多岐にわたっており、また、その思考が適用される領域によって、その内実及び必要とされる要素は大きく異なる。

本稿は、専門職の中から看護師の実践をとりあげ、そこで機能するCTの本質を明らかにしようとするものである。とりわけ看護領域における実践に焦点を当てることは、以下の二つの問題意識に根ざしている。ひとつは、時間の経過とともに起こっている事態が進行していき、ケアする者とされる者の関係が刻々と変化していく動的な領域において、CTにおける反省的思考はどのように機能しうるのかということ。もうひとつは、専門職の実践の領域が、行為の

主体にとって完全な了解や把握が不可能な他者への関わりを含んでいる場合、クリティカルな思考はどこへ向かうのかということである。このうち本稿では特に前者の問題の解明を中心に、クリティカルな思考と自己認識能力との関係——それは認識の時間的性格の問題を含むが——の検討を行なうことを企図している。

以下では、一般的なCTの定義を概観し、近年の高等教育におけるCTの意義と動向について確認する。そののち、看護学の領域においてはどのような能力及び態度がCTを構成するとみなされているのかを参照しつつ、CTが時間を含みこんだ実践においていかに機能しうるのかを考察する。

2. CTの定義

CTとは、自己の思考過程の論理妥当性や客観性について吟味を行うこと及びその態度である。こうした思考の技法や論理的態度は、教育学の分野ではデューイが「省察的思考 (reflective thinking)」、あるいは「探究 (inquiry)」と呼んでいる思考や態度と一致する。

各研究・教育領域におけるCTの定義はさまざまである。

たとえば、教育心理学の分野において、CT能力の開発及び評価に関する研究を行っている楠見孝は、「CTとは、物事を客観的かつ多面的にとらえ、規準に基づいて判断する、論理的・反省的思考である」¹ という定義を与えている。ここでは、CTと呼ばれるものの内実は、専ら認識・判断及び思考の領域に限定されている。

これに対してFacione (1990)²は、CTには技術的な特性と、意欲態度における特性の両方が含まれるというレポートを発表している。彼は、技術的な特性のうち認知的なスキルとして、①解釈、②分析、③評価、④推論、⑤説明、⑥自己統制 の6つをCTのコアな要素として挙げる一方、意欲態度における特性として「徹底的な知識欲、研ぎ澄まされた心、理性に対する熱心な献身、そして信頼できる情報に対する切望や熱望」³を、よきクリティカル・シンカーが有している「批判的精神」として挙げる。さらに、CTの情意的な特性として、「さまざまな世界観に対して開かれた心をもっていること」「自分自身のバイアスや偏見、ステレオタイプ、自己中心性、社会中心性の傾向に直面したときの正直さ」「他人の意見の理解」など14の要素を挙げている⁴。

楠見の定義に比べ、Facioneは、個人が有する認識や推論の能力のほかに、クリティカルな思考が完遂されるための条件としての、理性に対する根本的な信頼や、自らの思考を徹底的に追求しようとする性格や態度の必要性をも重視する。また、FacioneがCTの情意的特性として挙げているのは、他者との意見の違いが生じた際に、自己の観点を括弧に入れ、公正かつ正直な態度で批判的検討や討論をすることができるという、いわば社会的行為としてのCTの側面である。

この二つの定義を比較しても、CTの範囲と内容は大きく異なる。CTの定義の違いには、それを適用しようとする領域の特性が関与していると考えられる。

以下では、わが国において特にCTが注目されているいくつかの分野を取り上げ、その領域

における CT の意義を探ることにしよう。

3. CT 教育の意義

(1) 初年次教育——教養教育・市民教育の基礎としての CT

近年、わが国の高等教育においても、CT 教育が初年次教育の一環として組み入れられるケースが増えている。

武田・平山・楠見 (2006) は、大学の初年次教育に CT 育成プログラムを取り入れる試みを行なっている。武田らは初年次教育に CT に関する教育を取り入れる理由として、今日のような「情報化社会においては、適切に情報を取捨選択し行動することが重要」⁵であることを指摘し、マルチ商法や各種団体からの勧誘など、実際に学生が社会生活を送る中で被害に遭いやすい問題に対して、「理性的・論理的思考判断力を持って対処することができるよう、クリティカルな思考態度を獲得することは、大学生活を送る上で重要であると考えられる」⁶と述べる。

また三重大学では、学習者自身が問題解決を通して学習を進めていく Problem / Project-Based Learning (PBL) をベースにした CT 育成教育を実践している。中西 (2009) によれば、三重大学では「専門性を超えた一般的な能力を高める」ことと同時に、日常生活で社会的な問題場面に遭遇した際の問題解決能力を育成することを目指しており、論理的能力を中心とする「Non-social な CT」の育成とともに、社会的実践の能力に関わる「Social な CT」の育成が必要であるとしている。前者の Non-social な領域については、①論理・証拠の重視、②要点理解、③脱軽信、④決断力 の 4 つ、後者の Social な領域においては①他の理解、②多様性理解、③真正性 の 3 つの側面を規準とした尺度を作成し、教育プログラムの実施後、学生の得点を評価して CT 能力を測定するという⁷。

この二つのケースのように、初年次教育への導入においては、市民教育の基礎として CT を捉えることが多いようである。職業や社会的立場の違いに関わらず、あらゆる状況や場面において共通に働く推論・判断能力、あるいは他者との合意形成をはかる上で不可欠となる知的な明晰性及び公正で開かれた態度が、その内実として目指されているといえる。

大学生・短大生という時期は、ひとが一個の責任ある主体として歩み始める時期と重なっており、この時期に今後、社会の中で「よき市民」としての役割を果たしつつ生きるための教育が必要となる。もちろん CT は、大学での専門科目や一般教養の学問を学ぶための基礎的な態度としても必須のものであるが、それとともに「賢い市民として学生生活を過ごす上で必要な態度」でもあることがここでは意識されているといえよう。

(2) 専門家教育における CT

一方、さまざまな領域の専門家教育においても、CT は重要な思考の技法と捉えられている。

医学の領域においては、「根拠に基づく医療」(Evidence-based-Medicine = EBM) が、的確な診断を導くための方法論として今日広く浸透している。斎藤清二によれば、EBM は『「エビデンス」という明確に定義された情報を利用することによって、『目の前の個々の患者』に最良の医療を提供することを目的とした方法論⁸であり、臨床疫学的な情報を一般診療の領域に活

かし、科学的に裏づけられた根拠に基づいて診断を行うことが目指されている。斎藤は、EBMを適用するためのステップとして、①問題の定式化、②情報の検索、③得られた情報の批判的吟味、④得られた結果の臨床場面での実行、⑤実行された医療行為の評価の5つの段階を挙げている⁹。これらは患者の個別具体的な状態を医学的根拠に基づいて理解し、妥当な判断を行うためのステップであり、すべての段階に医師のCTが働いているといえる。

また、法曹の専門家教育においては、法的思考力の育成が特に重要な課題として認識されている。法的思考とは、法的アプローチにおける専門的・技術的思考様式や技法のことである。田中成明は、法的思考は以下の7つの能力によって構成されると述べている。すなわち、①紛争や意見対立に直面した際、錯綜した状況を整理して、その中から法的な問題を発見する能力、②法的に関連ある重要な事実・争点とそうでないものとを区別し、法的に分析する能力、③関係者の言い分を公平に聴き、適正な手続きをふんで、妥当な解決策を考え出す能力、④適切な理由に基づく合理的な推論によって、法的理論構成を行う能力、⑤正義、人権、自由、平等などの法的な価値を尊重する感覚、⑥全体的状況を踏まえて各論拠を比較衡量し、バランスのとれた的確な判断をする能力、⑦思考や判断の理由・過程・結論などを関係者に説得する能力¹⁰、である。錯綜した状況の中から法という規準に照らして問題を発見し、合理的な推論によって当事者の意見を比較し、正義や公平性に基づく判断を下すという法的アプローチのプロセス全体において、CTが必要とされるといえよう。

このように、それぞれの専門分野によって、具体的に考量すべき情報や規準は異なり、それによって思考・判断の根拠も異なってくるが、専門家が身につけるべき知識を基盤として合理的な判断を行うというCTの思考の構造そのものは共通のものである。

専門家教育においてCTが取り上げられる際には、高度な倫理性を有する「専門職(profession)」にふさわしい、自己の判断を相対化できる謙虚な姿勢、価値観の偏りに敏感な公正性、他者の批判や意見に耳を傾けることのできる開かれた態度、などの側面がより重視される傾向にある。

4. CTの特質——^{リフレクティブ}反省的事であること

初年次教育及び専門家教育におけるCTの意義を概観した。ここで考えてみたいのは、CTという思考の方法に特有の性質である。デューイの言うようにCTが「省察的思考(reflective thinking)」であるとすれば、CTの根本には「反省」を通じた思考があると考えられる。ここではフッサール現象学を導きの糸にしつつCTの反省的な構造について考えてみたい。

通常の状態において、われわれの認識は、対象物をまっすぐ志向している。そして、「自分がそのように対象に『まっすぐに』geradehinむかっているというそのことには注意をむけていない」¹¹。このような自然的態度における認識は、認識する主観の自己忘却と対象への没入によってもたらされるのである。

しかし、そのような自然的な認識に吟味を加えようとするとき、認識は、対象へむかう認識そのもののあり方へと折れ返る。この自己への認識の折れ返りが「反省」である。反省作用に

よってはじめて「自然的自我には隠されていた、対象に没入していた自己忘却の在り方が露呈されるのであり、同時に自然的態度においては暗黙の前提となっていた自然的自我が、こうした態度の主体としてはっきり確認されるに至る」¹²。

さてCTとは、第一に自己の認識や思考過程のあり方そのものを検討し、認識の妥当性や客観性について吟味しようとする態度のことであった。すなわちこの思考は、ある種の「自己に対する知」を目指している。最終的に目指されるのは、対象の正確な認識及びそれらを基にした合理的な判断であるが、その根拠を得るためにクリティカル・シンカーは自己の認識の成り立ちや根拠を問う。自己の思考過程に潜む慣習的思考や暗黙に働く信念を宙吊りにし、多様な視点へと身を置き換えて、徹底的に自己の認識と判断を相対化する。CTとは、何よりもまず自己の認識に対して反省的に思考する態度にほかならない。

ところで、反省が自己へと向かうとき、反省する自我は、自然的態度における没我的自我からはすでに距離をとって、これを認識の対象としている。反省において認識の対象となっている自我は、すでに作動していない過去の自我である。言い換えれば、反省は「いまここ」で生き生きと作動している自我を決して捉えられない。「反省が捉えることのできるものは、常に『たった今』あったところの体験でありその自我であって、反省を遂行する者の《生き生きとした現在》は常に流れ去っていく」¹³ものだからである。

自己へと向かう反省的思考がこのような時間的性質を持っているとすると、CTの構造上、「いまここ」で動いているその行為そのものには、クリティカルな思考は及ばないのではないかという疑問が浮かぶ。批判的に検討できるのはつねに「たった今」の、すでに過ぎ去った自己の行為や判断についてであり、いままさに作動している生き生きとした現在に、CTは届くことがない。つまり、CTが反省的思考の範疇にとどまっているかぎり、結局、私の行動をあとから吟味して、事後的に修正を加えることができるのみだということになる。

CTを、たんに論理・思考能力——先の中西の区別によればNon-socialな側面——として捉えるならば、「反省」という特有の思考方法に特に不都合があるわけではない。認識し思考する主体は、自分の論理の筋道や思考の根拠についてあとからじっくり反省を加え、批判的に考察すればよいのである。しかし、動く状況の中で瞬時の判断を下しながら実践をすすめていくケアの領域において、究極のところでは反省的思考が「いま」の作動に届かないのだとすると、私の「いま」の行動を制御し、実践を合理的に方向づけていくのはどのような力なのか。その力は反省的な性格を持つCTとはどのような関係にあり、どのように主体の思考や判断に影響を与えうるのか。

このような問題意識を念頭におきつつ、以下では、動きの中で患者のケアを行う看護実践の領域において、CTがどのように受け止められているのかを取り上げよう。

5. 看護実践におけるCT

(1) 看護実践の特徴と看護学教育

わが国では、長らく看護師養成は完成型の職業教育として行われてきたが、近年は看護学士

課程を設置する大学が増え、看護師を専門職として育成しようとする方向性が強まっている。本稿でも、看護学教育を専門家教育のひとつとして分析することにする。

看護実践は、「看護過程」と呼ばれる問題解決技法のプロセスに従って展開される。看護過程とは、看護に必要な情報収集をしたのち、患者の状態を分析するアセスメントを行い、看護問題を同定し、問題解決に必要な看護計画を立案・実践し、ケアの効果を評価するという一連の流れのことである。看護の専門家教育においては、この看護過程の理解と修得が学修の中心となる。看護過程は、いわば看護が成立する要因と条件を科学的根拠に基づいて析出する概念装置であり、医療に関する理論と知見を適用するフィールドでもある。CTは看護過程の要となる技法として位置づけられている。

看護過程は、看護実践を理論と結びつけ、ケアを一定の方向へと形作るための「枠組み」であるが、実際の看護は、患者と看護師とのあいだに結ばれる一回起的で個別的な関係の中から生成されていく。個別の患者に対する看護過程の展開に際しては、検査データばかりでなく、患者の健康に対する価値観等のファクターも重視される。患者の健康問題の解決には、患者が病いの意味をどうとらえ、どう対処しようとしているのかが関与するからである。このため看護師は、患者の身体面における客観的データだけではなく、患者の主観的な情報も含め、心理的社会的側面からもデータを収集しなければならない。また、看護師はそれらのデータを一方的に「利用」してケアを行なうのではなく、患者との対話を通して、患者自身にとってそのデータがどのような重みや意味を持っているのかを知り、ケアに対する合意形成を図っていくのである。

(2) 看護領域における CT の定義及び内容

看護領域における CT はどのように定義されているのだろうか。

看護学の領域でも、Scheffer & Rubenfeld (2000) が独自の CT の定義を試みている。それによれば、CT は「思考の習慣」と「スキル」の 2 つの領域によって構成される。思考の習慣は、①(自らの理性的能力への) 自信、②文脈に応じたパースペクティブ、③創造性、④適応性、⑤知識欲、⑥知的誠実さ、⑦直観力、⑧開かれた心、⑨忍耐強さ、⑩省察 の 10 の要素から成る。また CT のスキルとして、①分析、②標準の適用、③差異化、④情報検索、⑤論理的推論、⑥予測、⑦知識の変換 の七つが挙げられている¹⁴。

また、Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) は、看護における CT の構成要素として①専門的知識基盤 (Specific Knowledge Base)、②経験 (Experience)、③有能さ (Competencies)、④態度 (Attitudes)、⑤標準 (Standard) の 5 つを挙げる。このうち、たとえば CT の態度については、自信、自主性 (独立心)、公正さ、責任感、リスク・テイキング、訓練、忍耐強さ、独創性 (創造性)、好奇心、誠実さ、謙虚さといった細目を挙げている。

さて、看護領域における CT の定義には、他領域の定義にはない要素が含まれているのが見て取れる。Scheffer & Rubenfeld が思考の習慣として挙げたものの中では、「文脈に応じたパースペクティブ」「創造性」「直観力」といった要素が特徴的である。また、CT のスキルとして「予測」や「知識の変換」といった要素が挙げられており、これは Kataoka & Saylor が、CT

の態度の中に盛り込んだ「リスク・テイキング」や「創造性」といった要素と通じるものである。Kataoka らが挙げる CT の 5 つの要素の中に「経験」が含まれていることも、他領域の定義にはない特徴である。

これらの定義は、看護実践に携わっている専門家が CT を構成する要素として共通に挙げたものであり、彼らの臨床経験における実感に基づいて抽出されたものである。なぜこうした要素が、看護における CT を構成していると考えられているのか。以下で看護師の実践を思考実験的に追いながら解明を試みる。

(3) 看護師の実践に働く CT

看護師が病室に行くと、ある患者がうつろな表情をして、元気がない様子だったとしよう。第一段階として、看護師がこのような些細な患者の変化に気づくことから看護はスタートする。

このようなとき、患者の様子がいつもと違うことに気づき、最初の異変を察知できるかどうかは、ひとえに看護師の観察能力にかかっている。ここには「直観力」と呼ぶべき能力が働いている。つまり、何が問題であるのかははっきりとは認識できないまでも、何かがおかしい、いつもと違う、ということを対象からダイレクトに感受する能力である。

さて、この患者が仮に糖尿病の患者だったとしよう。異変を察知したら、看護師は患者に話しかけたり、血圧や体温を測定したりしてフィジカル・アセスメントを行い、患者の情報を手早く収集する。熱はない。血圧も正常である。話しかけると意味の通らないことを早口でまくしたてる。こちらを向くが目の焦点が合わない。冷や汗をかいている。顔面は蒼白。オーバーベッドテーブルの上にインスリンのペン型注射器があり、朝の皮下注射を午前 6 時 40 分に終えた記録が残っている。現在の時刻は午前 7 時 30 分、朝食はこれから配膳される場所である。

看護師は、次々と断片的に集まってくるこれらの情報から、とりあえずの仮説的な判断を行わなければならない。このとき、看護師が的確な判断を行うためには、最低限患者の基礎疾患についての専門的知識を持っていることが必要であるし、収集されたデータの意味を理解できなければならない。これらは、専門的知識に基づいた分析及び解釈の能力であり、他の学問領域にも共通する CT の能力である。

しかし、患者の身に何かが起きているという切迫した状況の中で看護師が必要な情報にアクセスするとき、すでにそこに働いている思考の条件がある。それは、明確には言わないまでも、これから起こりうる事態を、看護師は「予測」しながら選択を行なっているということである。このケースの場合、バイタルサインと呼ばれる脈拍・呼吸・血圧など生体に関する基本情報に異常がないとわかった時点で、次に何の情報収集すべきなのかが直ちに問題となる。看護師はこの患者に対して、得べき情報の優先順位を決めなければならない。尿量やむくみについてのデータ収集は後回しにしてもよいが、インスリンをいつ打ったかという情報は今すぐ絶対に得なければならないというように。それは、この患者が糖尿病であるということを知っていれば、もしかしたら患者は血糖異常を起こしているのではないかという予測を立てることができるためである。看護師は流れる時間の中で必要なものを一定の規準に従って取捨選択しつつ情報にアクセスし、実践を行っているのであり、それはある程度の不確実さを孕みながらも患

者の未来へ先回りすることによって成し遂げられている。

そのような先回りが可能となるためには、過去の「経験」が必要とされる場合もある。たとえば顔面蒼白で冷や汗をかいている状態は、低血糖のほか、貧血、ショック、血圧低下等さまざまな事態によって起こりうる。また「意味のとおらないことをまくしたてる」という患者の行動は、一見精神症状のようでもあり、解釈を間違えば看護師の一貫性のある推論を妨げる場合がある。しかしベテランの看護師であれば、以前にも低血糖状態になった患者が同じような症状を示したのを見たことがあるなど、過去の経験によって判断を修正することが可能となる。

ケアをしながら低血糖かもしれないという仮説を立てたら、データを補完して確実な判断に近づけるために血糖を測定する。低血糖であれば、せいぜい10分程度のうちに正しい判断を下すことができなければ、患者はより重篤な意識障害に陥る危険がある。そこで血糖測定と同時に飴や砂糖を用意して、血糖値が本当に低かったら——ここではじめて看護師の仮説が正しかったことが裏づけられる——患者にただちに与えられるよう準備をすればよい。

しかし、もっと危険な状態に患者が陥っている場合、補完的なデータ収集もできないほど事態が差し迫っていることもある。一刻も早く何らかの手を打たなければ、患者の生命が危険に曝されるという場合、看護師は、自己の判断の確実性を高めるためにさらなるデータ収集をするよりも、暫定的な仮説を頼りに患者の処置を行なうという「リスク」とらねばならない。それは、自己の判断へのある種の賭けであり、不確実な未来への跳躍である。

動く状況の中で実践を行なうことには、このような不確実な未来を引き受ける「決断」が伴い、その局面に立たされている看護師の私的な価値観や倫理が露わにされる可能性がある。たとえば、あらかじめDNR (do not resuscitate = 心肺蘇生はしない) が指示されている患者の状態が急変した場合などは、看護師がその患者に対してどのように関わるのかということがラディカルに問われる場面である。こうした状況で事前指示に従って一切のケアを差し控えるということは必ずしも倫理的に自明ではなく、目の前の患者の苦しみや死への恐怖と向き合っている看護師自身の価値観が、どのようなケアを行うか／行わないかにダイレクトに反映されてしまう。

状況に巻き込まれている看護師は、判断すべき事態を「対象化」して——^{スタティック}静態的に前に立てて——見ることはできない。また、判断の根拠となる事実を、並列的に目の前に置いて比較考量するのでもない。なぜなら、看護の実践は看護師である「私」と相手との相互的な関係を基盤としており、看護師が行なう判断や推論の材料となる状況のうちにすでに「私」の関与が織り込まれているからである。現に、患者の状態は時間経過とともに刻々と変化していくが、看護師や医師がそれに応じて行なう治療やケアは患者の状態に絶えず影響を与え、循環的に互いを規定しあっている。看護師の実践は、こうした移り行く状況との対話の中で行われるのであり、新たな情報の取得と状況の再解釈とをつねに行い続けなければ継続できないものである。看護師が「決断」を行なうためには、その状況や文脈に飛び込み、コミットするという契機が必要となる。看護におけるCTの要素として、「文脈に応じたパースペクティブ」が求められているのは、このような事情によるといえよう。

6. まとめ

われわれの思考実験では、看護独自のCTの定義にある「予測」や「リスク・テイキング」といった要素が重要な意味をもつことが明らかになった。看護師は動く状況の中で、作動している「いま」だけではなく、その先の不確実な未来をも引き受けて判断を行なっている。これは、自己の認識へと後ろ向きに折れ返る「反省的思考」とは、様相を異にした思考である。看護師の状況への積極的なコミットメントと、リスクをとって事態に飛び込む「決断」が看護実践を方向づけ、専門家としての判断を、流れる時間の中で実現しているといえよう。

このような看護の特徴と関連して、Kataoka & Saylor は、臨床判断にあたり、看護師がより多くの情報と知識を材料とし、治療の利益と不利益とのバランスや患者の価値観について深く考量するに従い、Basic, Complex, Commitment の3段階を踏んでCTのレベルが高まっていくことを明らかにしている¹⁵。

Basic レベルのCTとは、「複雑な問題に対する解答は『正しい』か『誤っている』かのいずれかで、どのような問題にもひとつの正しい解答が存在すると考えるレベル」、すなわち問題に対する正しい解答がひとつあることを前提として事態を解釈・判断するような思考のレベルである。Complex レベルのCTとは、「問題に対する最善の解答を、『それは～による』と考えるレベル」であり、ここでは利益とコスト、患者の特殊な状況や文脈が判断における重要なファクターとなる。

最後のCommitment レベルは、患者との相互作用の中で、高度な倫理性に基づいて最良の選択を行うCTのレベルであるとされている。第2段階までのCTは、どの選択肢も同じ重みで並列的に存在する、いわば相対主義にとどまる。相対主義では、さまざまなファクターを考慮すればするほど決断不能に陥るが、Commitment レベルではそれを突破して、看護師自身がなんらかの価値観に主体的にコミットして決断を行うのである。

実践における看護師のコミットメントは、自己へ向かう反省的思考とどのような関係にあるのか。

それは、いまだ自己へ向かう「認識」にはなっていないようなある種の自己への関わりである。自己認識すなわち反省的な自己へのまなざしは、自己を観察の対象とし、自己が置かれた状況を俯瞰的に見下ろす位置に立つことによって生まれる。しかし、われわれは反省によって自己の行為を把握する以前に、すでにその状況を「生き」、「引き受け」ている。

こうした自己の行為の引き受けは、リクールが「前反省的な自己帰責」と呼ぶ企投の一局面である。リクールは、人がある状況の中で「決意する」ということについて、次のように述べる。「自己は（反省を行うときのように）『空中で』ではなく、おのれの諸々の企投の中でおのれを意志するのである。…それこそはまさに、この行為が私自身なのだという責任の感情が教えているものなのである」（括弧内：引用者補足）¹⁶。

クリティカル・シンキングとは自己の認識や判断の根拠に対する反省的な思考である。それが自己への反省による認識である以上、「いま」の作動に対する時間的な遅れが生じ、実践の中で生動する現在は認識によっては捉えられない闇として残り続けることになる。しかし重要

なのは、クリティカル・シンキングが何のために必要とされているのかという点である。それは、この私の判断を、私の責任において引き受けるために要請されるのではなかったか。再びリクルールを引こう。「決意の作用そのものと厳密に同時的な、そしていわば自己自身に対する一種の作用であるような自己自身の巻き添えというものがあるはずである。反省の可能性を萌芽として含み、意志作用に〈……なのは私だ〉という責任の判断をいつでも下せるようにさせているのは、この自己自身の巻き添えなのである」¹⁷。

看護師が実践の中で行っている状況へのコミットメントと不確実な未来への跳躍は、こうした「自己自身の巻き添え」であると言えるだろう。それは、行為に伴う専門家としての責任を引き受けようとする決意であり、通常のクリティカル・シンキングの枠組みには回収されない側面を持つ。それが、看護師の実践における決断を方向づける力として機能しているのだといえよう。

【註】

- 1 楠見 孝「批判的思考力を育成する：認知心理学に基づく大学教育実践」『教育心理学年報』2007年、No.46、35-36 ページ。
- 2 Facione, P. A, Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Newark, DE: American Philosophical Association (ERIC Doc. No. ED 315 423) (1990). Facione は、Delphi method を用いて、人文科学及び自然科学における 53 名の専門家を対象として行った調査をもとに、クリティカル・シンキングに関する総合的なレポートを提出しており、これがアメリカ哲学協会 (American Philosophical Association = APA) によるクリティカル・シンキングの定義のもとともなっている。
- 3 Facione, Ibid. p.11.
- 4 Facione, Ibid.
- 5 武田明典・平山のみ・楠見孝「大学初年次教育におけるグループ学習の討論—クリティカル・シンキング育成の試み」『筑波大学学校教育会誌』第 13 号 (2006 年) 1 ページ。
- 6 武田ほか、前掲書、1 ページ。
- 7 武田明典・村瀬公胤・中西良文・石岡克俊・山口美和「高等教育におけるクリティカル・シンキング—初年次教育・法学・看護学における実践比較—」『神田外語大学紀要』第 22 号、2009 年 (印刷中)。クリティカル・シンキングの Non-social / Social の区別やその評価については、中西良文「自己評定調査を通じた全学的取り組みと初年次における発達的变化」(日本教育心理学会第 50 回総会シンポジウム「クリティカル・シンキング—初年次教育・法学・看護学分野における教育実践」口頭発表) を参照。
- 8 斎藤清二・岸本寛史『ナラティブ・ベイスド・メディスンの実践』金剛出版、31 ページ。
- 9 斎藤清二、前掲書、31 ページ
- 10 田中成明『法学入門——法と現代社会』放送大学教育振興会、2000 年、141 ページ

- 11 斎藤慶典「反省と実践－現象学的反省と哲学者の自己責任」『哲学』第78集、三田哲学会編、1984年、119ページ。引用中 傍点は原著者による。
- 12 斎藤慶典、前掲、120ページ。
- 13 斎藤慶典、前掲、124ページ。
- 14 Barbara K. Scheffer and M. Gaie Rubenfeld, A Consensus Statement on Critical Thinking in Nursing. *Journal of Nursing Education*. 2000, 39(8), p.358.
- 15 Merle Kataoka-Yahiro and Coleen Saylor, A Critical Thinking Model for Nursing Judgement. *Journal of Nursing Education*. 1994, 33(8), pp.352-353.
- 16 ポール・リクール著、滝浦静雄ほか訳『意志的なものと非意志的なもの I. 決意すること』紀伊國屋書店、1993年、101ページ。
- 17 リクール、前掲書、100ページ。

※本稿は、2008年10月13日に行われた日本教育心理学会第50回総会
自主シンポジウム「クリティカル・シンキング——初年次教育・法学・看護学分野における教育実践」
における山口の課題提供資料をもとに、新たな知見を加え、大幅に加筆修正したものである。