

Title	看護実践の意味を求めて
Author	池川 清子
Citation	大阪市立大学看護学雑誌, 1 巻, p.3-10.
Issue Date	2005-03
ISSN	1349-953X
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学大学院看護学研究科
Description	大阪市立大学医学部看護学科開設記念講演
DOI	10.24544/ocu.20180403-159

Placed on: Osaka City University

大阪市立大学医学部看護学科開設記念講演

看護実践の意味を求めて



神戸市看護大学
学長 池川 清子

はじめに

本日は大阪市立大学医学部看護学科の開設記念祝賀会にお招きいただきましたことを心から感謝申し上げます。思い起こしますと、大阪は私が大学卒業後、はじめて看護師としての第一歩を踏み出した懐かしい土地でございます。当時は、郷里の高知から大阪への道ははるかな道ゆりで、土讃線は白煙と轟音をあげてトンネルをぬけるたびに顔も白いブラウスも煤で真っ黒になるありさまでした。

臨床看護から地域看護へ、さらに看護教育へと決して平坦な道ではありませんでしたが、私の職業生活最後の土地が関西であり、多くの懐かしい方々に再会出来たことは、なにものにも変えがたい喜びでございます。殊に大阪市立大学医学部は若い時に研究生として一年あまりお世話になった場所でもあります。あまり出来のよい研究生ではありませんでしたが、当時、公衆衛生学教室の大和田教授をはじめ教室の皆様方には一方ならぬお世話になりました。そのような私が本日、医学部看護学科の開設という晴れがましい場所に参加させていただきましたことは、感慨もひとしおでございます。

これまで私が経験してまいりました臨床看護、地域看護、そして看護教育を貫いて存在する理念は実践であり、実践の意味を求めた道ゆりであったように思います。言い換えますと、“看護とは何か”を問いつづける旅であったと申せましょう。確かに看護という技(わざ)は、医学を始めとする関連諸科学からの知識を不可欠なものとして成立しています。しかしながら、われわれが看護学を標榜するかぎりにおいて、その中核であるべき看護の本質を問うことなしには、看護学の成立はありえません。

本日は、最近の学問全体の動向を踏まえて、看護実践の成り立ちを学び、われわれが今、必要としている看護学を基礎づけるものが何であるかを少しでも明らかにしたいと考えています。その上でこれからの看護ならびに看護教育の方向性を探してみたいと思います。

1. テオリアの科学からプラクシスの科学へ

「テオリアの科学からプラクシスの科学へ」という言葉は、中には聞きなれない方々もおられるかもしれませんが、一言で申しますとテオリア、つまり知識・理論優位の学問からプラクシス、つまり実践重視の学問へという学問の動向を示したものです。皆さんもご承知のように、看護教育が専門学校教育から短期大学、大学へと高等教育化が進められた時期に、看護界全体が理論志向を強めてまいりました。1960年代には、アメリカの看護が、国の総力を挙げて、看護の理論化を進めてまいりました。その影響はここ数十年間、わが国の看護に大きな影響をもたらしました。アメリカの看護論は発刊されるやいなや翻訳されて、どちらかと言うと、一つ一つの理論のよって立つ背景やフィロソフィの吟味がないまま、教育の場に導入されてきたさきらいがあります。その間、私が本日取り上げたいと考えている看護実践であるとか、看護者の経験などは、教育者間でも関心が薄く、科学的でないものという感覚でとらわれている時代が長くございました。私は臨床看護からのスタートということもございまして、看護学をどのような学問として構築するにしても、実践そのものを学問として高めていく努力なしに、手当たり次第に諸理論を実際の看護に当てはめていくという態度では、看護学の成立はありえないと考えてまいりました。

20世紀後半から現在まで、科学の世界は大きく変貌しつつあります。諸科学のそれぞれの世界でどのような変化が起こりつつあるかを究明することが、本日の課題ではありません。しかし、既成の諸科学や諸理論が時代の大きな転換期の中で、現代社会の現実が提起している多様で、複雑な問題に十分に対処することがはなはだ困難な状況にあることへの指摘は出来るのではないのでしょうか。

ひるがえって看護学の状況はどうでしょう。諸科学の世界が大きく変化していく傍らで、いたずらに自分の専

門を狭く区切って安住し、権威ある理論を祖述するだけで現実から目をそむけて、お題目としての科学主義や客観主義に陥っている現実はないでしょうか。

最近、これまで科学のモデルとされてきた数学にさえ、多様な現実との対話によって、みずからを革新しようとする動きが見受けられるようです。浅田らは、これまでの科学観はテオリア主義に深く汚染されていたことを指摘しています。つまり、対象を持たない純粹理論という公理主義の数学観にしても、結局は世界そのものの合理的秩序のみを意味するものとして、テオリア（理論）主義の数学観の中に納まってしまっているということです。そうではなくて、近代的な意味での科学観は世界そのものと実践的にかかわっていく、そのかかわり方を数学として、あるいは科学として記述しようというプラクシス（実践）主義の台頭が期待されている、という主張をしているのです。

もっとも、近代科学の目覚ましい発展によって見えなくなっていた現実とのズレやギャップにいち早く気づいていったのは、自然科学そのものよりも、人間を含む複雑性の高い研究対象を扱う生物科学や社会科学においてであったことは、当然といえば当然の成り行きであったといえましょう。基本的には自然科学をモデルにして科学性を目指してきたさまざまな形態の社会諸科学において顕著な動きが見られるようになってきたということです。

こういった諸科学の変化を、最も単純化していうことができるのであれば、科学的なものの見方の枠組みそのものが、単純系から複雑系へ、理論志向から実践志向へと移行している姿をはっきりと読みとることが出来るのではないのでしょうか。

これまで、自らの研究対象を社会との関係で見ることがなかった科学の枠組みが、プラクシス、すなわち実践の枠組みへとシフトするということは、科学の知そのものが実践知の射程にはいつてきたことを意味しています。

こういった諸科学の実践知への再構築の流れは、当然のことながら、看護を取り巻く学問分野、たとえば、哲学、教育学、経済学、そして社会学などが、〈ケア〉の研究に拍車をかけてきたことと無関係ではないことを示しています。

こういった学問の動向を示すものとして最近私たちの周辺でやたらに〈臨床〉という言葉が氾濫していることに気づかれている人も多いと思います。臨床心理学というのは以前から親しいものです。臨床薬理学や臨床社会学はごく最近出てきました。それから身近なところでは大阪大学に臨床哲学があります。その方達が何を求めて「臨床」という言葉を自らの学問領域につけているのか

定かではありませんが、科学的知識を人間現象に適応するレベルで終始することがないことを願っています。

看護という現象は、あらゆる時代を通じて、病人に慰めの保障を与えるとともに、人々の健康を維持し、よく生きるという願望に直接的に応えるものとして進化してきました。

さらにこの仕事の本質は、世話し慰めを与え、滋養物を与えて養い癒すといった子供や病人へのかかわりの仕方の中に反映されてきたのです。看護の本質が人と人のかかわりの中からたち現れる実践的行為そのものであることに疑いを挟む余地はないようです。要するに、看護の実践はそれ自体が学問的に研究されなければならないのであって、看護者が支援的に患者にかかわったときに何が起こるのかを明らかにすること、つまり実践知の研究が看護学のコアであることへの認識が必要だということでしょう。

残念ながらこれまでの看護研究は看護学の方法論的研究の基盤が弱く、諸科学の研究手法を手当たり次第に看護の現象に当てはめていこうとする傾向が強かったように見受けられます。他の学問領域がケアの研究の重要性に注目し始めた現在、看護の実践知としての研究の蓄積がなされてこなかったことを大変残念に思います。

2. 看護実践の成り立ち

1) 科学と実践のちがいが

それではこのあたりで、看護実践とはそもそも何であるのかということへ話を進めたいと思います。そのために避けて通ることが出来ない、科学と実践のちがいを明らかにしたいと思います。看護はどのような時代であっても人間の福祉実現、健康回復への支援という人間の価値の実現にかかわる行為（実践）として存在してきました。これまで科学的パラダイムからは除外されなければならない人間の価値や行為の領域が、まさに看護そのものだといえます。ただ単に知識や理論を患者の状態に当てはめることが看護実践ではありません。言い換えますと、科学的思考のみで解決できるほど看護実践の成り立ちは単純ではないというべきなのかもしれません。

それではここで、物を作るための実践と、人間的な実践との違いを考えてみましょう。人間が〈物〉に向かっていく実践(技術)の場合は、そのために必要な材料と目的に沿った客観的な法則やモデルがあり、それを実行する技術者がいれば、AがやってもBがやってもおおよそ目的にかなった製品ができるでしょう。もしも規格にあわない物ができたとすれば、規格外として排除されるは

ずです。このような実践例は、「科学的理論の応用が実践である」とする科学的実践観を示しているものと考えられます。

ところで人間が<人>にむかっていく実践の場合はどうでしょう。いくら周到に準備された法則やモデルがあり、実践者がある目的に沿って実施しようとしても、受け手にも実践者と同じく意識が働いているために、このような場合にはAがやってもBがやっても同じ結果が得られるとは限らないことは自明の事実でしょう。

看護実践は、ある一面で医科学をはじめ隣接諸科学の基礎的な知識に支えられた活動です。しかし、看護実践に必要な知識が、そのみでは看護たり得ないことを看護の実践家は体験的に十分理解しています。そこには個々の看護実践の質を決定する看護者自身にかかわる何かが働いているからです。

ここで数年前にある新聞の投書欄に掲載された記事を紹介したいと思います。呼吸苦を訴える父親をその娘さんが近くの病院へ連れていかれた時の出来事です。もちろん医師は種々の検査をした後に診断をし、患者に呼吸困難の原因を説明すると同時に、即座に入院をするよう指示をしました。父親は嫌がっていたのですが、家族が説得して入院させたわけです。ところが入院してもなかなか呼吸の苦しさがとれない。父親は来る看護師、来る看護師に、何回となく自分の苦しい呼吸のことを訴えました。しかし、どの看護師も「あなたの症状は、昨日、主治医が説明した通りですよ、よく分かっているでしょう」と医師と同じ説明を繰り返すのみだったと書かれていました。さらに父親が苦しみのあまり少しあばれたということで、次に娘さんが訪れたときには、両腕をベットに縛られていたそうです。その上不幸なことに、父親は院内感染のため苦しみながら死亡したというのです。“家には手がいっぱいあったのに、病院に入院させたばかりに、なんの手当てもしてあげられなかった。私はこんな看護は決して許せない”という娘さんの言葉を読んで、私は胸を刺し貫かれました。

このような場合、医師の役割は、診断をして、科学的に病状を患者や家族に説明することだと思います。しかし看護師は説明するだけの人ではありませんね。まずその人の呼吸の苦しさにに対して何らかの手立てができないといけない。手立てをして始めて看護といえるのではないのでしょうか。我々は即座に呼吸困難を治すことはできません。しかし、我々は、呼吸というもののメカニズム

がわかり、呼吸苦を訴える患者に対してそれをどうしたら少しでも楽にできるかということを知っているはずですが。頭だけで看護をしているつもりになっている看護師が多くなっているとしたら由々しい問題ではないでしょうか。少なくとも手を使いながら考えることができる看護師の育成が待たれるところです。そのことによって科学的知とは異なる実践知の世界が広がってくることを再認識したいと思います。

少し堅苦しい話になりますが、ここで科学的パラダイムと実践学的パラダイムのちがいについて触れておきたいと思います。科学的パラダイムはご承知の通り、私達が小学生時代から慣れ親しんできたものです。表1に沿って説明させていただきます。[視座のとらえ方]としては、客観性と観察-測定可能なものです。

[記述の仕方]としては数量的です。

表1 科学と実践学の相違

	科学的パラダイム	実践的パラダイム
視座のとらえ方	客観性 観察-測定可能	経験主義的-主観的 形而上学的
記述の仕方	数量的	質的または質・量併せた形
概念形成	一般化可能	状況、関係的
重点の置き方	事実-データ	意味づけ
使い方	技術的、知識の妥当性を 証明、現行知識の拡張	伝統にとらわれない(新しい洞察力、 理論、発見、新しい知識)
組み立て方	パラダイムから離れない	パラダイムを超越する

ジーン・ワトソン著、福岡文昭他訳:ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア、医学書院、1992、p27より引用、修正

科学的ということは、最終的には数値化できなければならないということ。それから[概念形成]は一般化が可能であるということです。[重点の置き方]としては事実-データ主義です。データが全てで、患者を見ない医師の話をよく聞きますが、科学的パラダイムからすれば当然の帰結だといえます。[使い方]としては、知識の妥当性を証明しなければならない。最後の[組み立て方]ですが、当然のことながらパラダイムから離れてはいけません。看護研究の初心者が科学的パラダイムを使って研究している時に陥りやすい誤りの一つがこの[組み立て方]です。看護の現象は非常に多様で複雑な要因を含んでいますから、そこから一般論を導くことになる、捨て去らなければならないことが多いわけです。だから最後の考察のところで“わーっ”と自分の言いたいことを言ってしまうのです。その結果、研究の枠組みから離れて、全然違うことが出てきたりするわけです。研究対

象とは不具合な研究方法を選んでしまった結果だといえましょう。

次に、実践学的パラダイムを見てみましょう。〔視座の捉え方〕は、経験主義的、主観的であって、さらに形而上学的とあります。人間を超えるようなもの、形を超えたものにまで向かっていくことを意味しています。

〔記述の仕方〕は、質的または質・量併せた形です。量的なものとは質的なものと併用するわけです。それから〔概念形成〕をみてみましょう。実践学的パラダイムでは、状況とか関係性を重視します。つまり、看護の現象は状況とか関係性の中から立ち現れる現象ですから、それを抜きにしては、全体像はつかめないわけです。

〔使い方〕は伝統にとらわれない、新しい洞察力、理論、発見、それから新しい知識へと向かっていきます。

それから、最後の〔組み立て方〕としては、パラダイムを超越いたします。

実践によってパラダイムを越えるとはどうゆうことを意味しているのでしょうか。一人の白血病患者の事例をとりあげてみましょう。白血病患者さんの看護は毎日のデータを読むことから始まります。この患者さんのデータはクリーンルームに入るかどうかのギリギリの状態であったようです。しかし、その患者さんは、すでに自分の死期がわかっていて、死ぬ前に一度公園を散歩したいという願いを持っておられました。その患者さんのプライマリーナースは、データが示す患者さんの状態を十分理解しているのですが、患者さんの想いに動かされて、主治医に直接患者さんの気持ちを伝えるのです。そうすると主治医はその看護師の熱意に打たれて、“あなたが、休日に付き添って行くなら許可しましょう”と言ってくれたのです。その結果、その患者さんと奥さんの願いは実現するわけです。いよいよ患者さんが終末を迎えたとき、クリーンルームで死を迎えるのか、それとも今いる病棟で死を迎えるのか、選択を迫られたのです。その時その患者さんは“自分のプライマリーナースに聞いて下さい。彼女の選択にまかせたいと思います”と静かに答えたそうです。

私たち看護師は、患者の生命を守るという第一義的な責任を負っています。しかし、その生命はただ管理の対象となるものではありません。生命を維持するための責任と同時に、よく生きるための配慮が含まれていなければならないでしょう。さらにその生きるための配慮は看護師自身の生きることへの愛が相手に浸透していくような仕方で行わなければならないはずで

生命を管理することだけで言えば、医科学的対応が基本となることはいうまでもありません。しかし看護は、

先に述べた看護師の行為が示すとおり、医学的判断を理解しながらも、さらに人間の可能性を医学や科学をこえたところに求めようとするのです。科学的パラダイムと実践学的パラダイムの違いを明らかにすることによって、これまで看護にとって重要だと考えてきた主観や科学の枠組みでは捉えきれないケアの領域が生き生きと描き出されることに気づいていただきたいと思います。

2) 古代ギリシアの養生法とナイチンゲール看護論

看護学の中核である看護実践の成り立ちを探求してきた私にとって、歴史の中でケアがどのように学問的に裏付けられているかを知ることは重要課題でした。原始においては病気そのものが、痛みや苦しみといった人の身体に関わる直接的な「悩み」の1つとしてとらえられていたという視点に大変関心をもちました。つまりケアが、このような悩みを取り除くというところに発生の契機があることに気づかされたからです。

さらに古代ギリシアにおけるケアは、人間が病気になる前の健康状態に対する配慮であり、言い換えると、健康でよく生きるための日常生活上の驚くべき養生法(ディアイタ)であったことが明らかになってきました。そしてこのディアイタの日常生活規則は、我々人間を超えた次元の大きな自然の秩序に由来するものであることもわかりました。

エントラルゴ(P.L.Entralgo)によると、古代からのディアイタは神と人間との関係を規定した3つの本質的要素と密接に結合するものでした。この3つの本質的要素とは、ミクロコスモスとしての人間理解、カタルシスの意味での浄化、宗教儀式としてのセラペイア(奉仕)、ないしはトレスケイア(礼拝)からなっていました。

ミクロコスモス的人間観とは、プラトンの人間観に由来しているのですが、人間を小さな宇宙とみなす人間観です。ディアイタと人間の小宇宙的理解との関係は、「人間の本性(自然)がその構造、過程、リズムなどの点で、普遍的自然、つまり宇宙の1つの似姿であるとするなら、ディアイタはとりもなおさず人間の生き方(栄養の摂取、環境との関係、労働、性生活、政治的、社会的な生活など)を自然にならって正しく整える」ことを意味していました。

カタルシス(浄化)は聖職者による一定の行為を媒介とした罪からの開放という意味と、もう一つはある種の瀉下剤の作用による病気の治療や軽減、という2つの意味があったようです。

セラペイア(奉仕)、ないしはトレスケイア(礼拝)については、ディアイタが宗教儀式の一部として理解されていたことを示すものであったといえます。これらの宗教

儀式の最終目的は、人間の日常生活の結果として失われたピュシス(自然)の正しい秩序を再建することにあつたと考えられます。

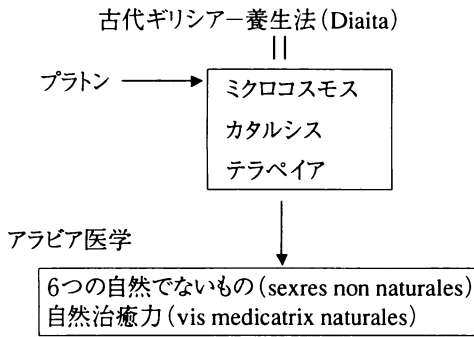


図1 ディアイタ的思想の流れ

古代の養生法であるディアイタの思想を要約してみたいと思います。人間はこの「自然もの」によって形作られており、したがって人間の本性(Nature)と宇宙の自然(Nature)とは同一であると考えられていました。これに反して「六つの自然でないもの」とは自然に反するもの、自然に逆らうもの、つまり病気ということになります。したがって「六つの自然でないもの」とは、人間がその環境の中で常にバランスを保ち、統制をとっていかなければならない諸領域を示すものです。

これらの領域は裏を返せば秩序と統制を必要とする六つの生の領域でもありました。つまり1. 空気、2. 食べ物と飲み物、3. 運動と休止、4. 摂取と排泄、5. 睡眠と覚醒、6. 気分の動き、からなっています。

川喜田は、医学とはもともとars medendi(テクネー・イアトリケー)、つまり「癒しの術」であったとして、その基にある「自然治癒力」である生体自身の働きについて、「言うところの自然治癒力なるものは、本来は生体の防衛機能と見るべき炎症、それと密接に関連して同じく間業組織の活動である免疫、キャノン(W.B.Canon)のホメオスタシス、組織の再生能力その他のアンサンブルとみられるものだが、そうした合目的な生理機能の協力を期待することなしには、すべての治療は成立しないと言っても過言ではないだろう」と述べています。

しかしながら、こういった「自然治癒力」を基にした学説は、ディアイタすなわち中世の健康訓の衰退とともに、医学の首座から消えていく運命にあったといえます。そのことは同時にまた、生物機械論に基礎づけられた近代医学の隆盛との分岐点であったともいえるでしょう。

このように近代医学への方法論的転換によって、その表舞台から姿を消してしまったかにみえた古代からのディアイタは、その後ナイチンゲールという人を得て、それが本来あるべき看護ケアのなかに、歴史上はるか後の

世代まで継承されていくのです。

表2 「ディアイタ」と「ナイチンゲール看護論」

ディアイタの6つの生の領域	ナイチンゲールの看護の定義
1. 空気 2. 食べ物と飲み物 3. 運動と休止 4. 摂取と排泄 5. 睡眠と覚醒 6. 気分の動き	看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理すること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味する。

すぐれた実践のなかから手繰り寄せたナイチンゲールの看護観をみてみましょう。「病気というものを注意して見つめているとき、それが個人の家であっても公共の病院であっても、経験豊かな観察者を強くひきつけることがある。それは、その病気につきもので避けられないと一般に考えられている症状や苦痛などが、実はその病気の症状などでは決してなくて、まったく別のことからくる症状—すなわち、新鮮な空気とか陽光、暖かさ、静かさ、清潔さ、食事の規則正しさと食事の世話などのうちどれか、または全部が欠けていることから生じる症状であることが非常に多いということである。そしてこれは、病院看護においても家庭看護においても、まったく同様によくみられることなのである。」

そしてこの洞察から導かれた看護がなすべきこと、それは、「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理すること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味する。」ことにあるのです。

このような人間に備わった自然治癒力にたいする基本的信頼こそが、これまで我々が見てきたケアの根底に流れる思想であったということが出来ます。

3. 看護者の知覚と判断

どのように医療技術が発達を遂げたとしても、看護の本質が見失われることがあってはならないと思います。医療が高度化すればするほど、患者の生命力の消耗を最小限に留めるためのケアの重要性は増すものと考えられます。

高度医療の只中であって、われわれ(看護者)が患者の傍らに在ることの意味があるとすれば、それは、その患者の生命力というものが、われわれ看護師からケアへの衝動を引出させようとするためではないかと考えます。

そういった観点から見ていくと、その時々々の看護師の患者への知覚のしかたは、その看護師自身の人間の本质に対する洞察力であるとか、生や死に対する考えかたに左右されているように思います。そういった洞察力の根底をなすものが、看護師自身が何のために看護をしているか、要するに看護の目的と哲学を明確にしておかなければならないことを意味しています。

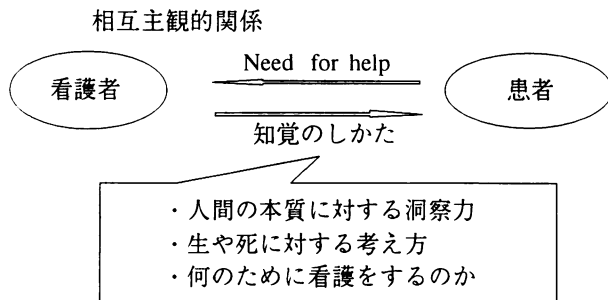


図2 看護師の知覚と判断

看護は、これまで種々の実践モデルやそれに基づく専門的知識、技術を開発してきました。実践モデルとしての「看護過程」や「看護診断」がそうです。それらが発展してきた背景には、強い時代の要請があったように思います。しかし、それらはどちらかという看護をする側からの要求であって、いずれもがよりよいケアの提供をめざしたにせよ、問題解決のための看護者側の論理であることに違いはありません。

ここで重要なことは、看護の実践過程は必ずしも問題指向の状況とは限らないし、分析的思考だけで解決できる問題ばかりでもないということだと思います。何よりも看護の本質は患者との豊かなかかわりを通して患者自身が自己の自然治癒力を促進できるように、口腔ケアをし、食事の管理をし、呼吸を整え、そして排泄が十分に整えられるようにケアすることにあるからです。またそのことを通して患者の生命力が促進することや安らかな死への援助ができることを経験的に十分知っているからだと思います。

最近「看護診断の妥当性検証」と題した海外の看護研究を目にいたしました。それによりますと「異なるナースが同じ看護診断を行う場合、それらのナースはお互いに共通する診断指標をとらえているということを証明することも妥当性検証のひとつである。これは、たとえばフロリダ州のICUナースも、オレゴン州の精神科ナースもともに、「緊張して落ち着きがなく手に汗をかいている」という診断指標のクラスターをもつと【不安】を診断しているかどうかという問題である」をいうものでした。

ここまでのもの見かたが画一化するということは、人

間を含む社会的現象を研究対象とする社会科学のなかにも見出せないのではないかと思います。ある現象（特にそれが人間的事象である場合）を特定の科学的枠組みで見られないようにするということは、患者のみならず看護する側も共に操作（コントロール）の対象にされているとしかいいようがないのではないのでしょうか。

人が病むことの苦悩や不安は、何ひとつとして同じものはないし、そこに居合わせる看護師の見かた、感じかたもまた一様ではないはずである。患者にしてみれば、5人の看護師がある状況を「黒」と判断しても、その中にひとり「白」を見てくれる看護師がいるからこそ、救われもするし、癒されもするであろう。看護がこれまで守り続けてきた全体性や個別性への認識は、看護実践の重要な構成要素である看護師の知覚と判断という看護学の根幹にかかわる問題をぬきにしては成立しないものなのです。

諸科学がいち早く、科学的枠組みと現実とのギャップに気づいたように、看護師の多くが看護診断の診断レベルや診断指標が実践の臨床場面で生起している事象との間に生じている重大なズレに1日も早く気づくことを期待してやみません。

4. 看護教育の方法の問題

1) 行動科学モデルから実践学モデルへの転換

このあたりで、実践学に基礎づけられた看護学の教育にまつわる幾つかの問題提起をさせていただきたいと思います。これまでの看護教育においては、授業そのものを、法則や原理の適用による実践と見る立場が一般的でした。いわゆる行動科学のモデルに乗っ取った立場である事は周知の事実です。この立場における単元は、「目的・達成・評価」によって構成されプログラムが決定されるわけです。いわゆる「～が出来る」といった目標達成型行動目標である。「行動科学モデル」による授業過程を一言でいうことをお許しいただけるならば、それは、機能主義的システムと呼ぶことができると思います。機能主義的なシステムとは、工学モデルに代表される社会的な効率主義のアナロジーによるものであることもご承知の事だと思います。ここ20年来の看護教育実践は、まさにこれまで述べてきた通りの行動科学モデルの最前線であったように見受けられます。この間、一部看護教育者から生じてきた問題点の幾つかを取り上げてみましょう。

1. すべての教育目標を行動言語で記述することが可能かどうか。
2. また、それが教育的に見て妥当なことなのかどうか。

3. 「行動科学モデル」による教育実践が授業と学生から創造性を剥奪し、教育の画一化を助長するものとはならないか。

4. そもそも、授業と学習は「行動科学モデル」のような工学的技術的過程をして統率すべきものだろうか。

以上、大雑把に問題点を列挙してみたが、ここでの基本的問題の一つは、教える側の視点でのみカリキュラムを発想し、教えた事柄と学んだ事柄を同一化してきた点にあると考えられます。改めて言うまでもありませんが、学生の学習経験は、与えられた教科内容や教育目標のみで規定し得るものではなく、個人的で多義的な価値と内容を含む経験である事は否めません。このように多くの批評を内蔵しながらも、行動科学モデルは、今日まで看護教育の方法に圧倒的な影響を及ぼしてきたことも事実です。

2) 二元論の克服（授業の相互主観性）

実践学としての教育実践は、まずこれまでの理論と実践との価値の上下関係を逆転させなければなりません。すなわち、「理論から実践へ」(theory into practice)ではなくて、あらゆる理論は、実践のなかで機能する「実践的理論」(theory in practice)として創出されるような「実践学モデル」が要請されなければならないと考えます。私の長年にわたる看護教育・研究への挑戦は、この理論と実践との二元論を克服することにあります。看護教育における科学的知識の重要性を少しも疑うものはありませんが、知識がただ知識として伝達されるのではなく、あらゆる知識は実践主体である教師の経験に即して、再構成されなければならないことに注目していただきたいと思います。あらゆる理論は、意識的あるいは無意識的次元を問わず、教師自身の「看護とは何か」という全体枠組みによって知の組み替えがなされなければなりません。ここでの授業展開の最大のポイントは、学生を教育操作の対象としないということです。教師を見るもの、学生を見られるものとする地位の固定化は許されません。見るものが見られるものであり、見られるものが見るものという相互主観的關係が成立することを意味しています。

5. ケア能力を高める教育とは

看護の高等教育においては、現場適応型の即戦力になる人材の育成を目指すという事が要請されているわけではありません。しかしながら、学生は看護の奥深い意味と看護実践への豊かな動機付けを伴ったカリキュラムが提供されなければならないでしょう。

最近になってようやく看護教育に対する方法論的反省があちこちで取り上げられるようになってまいりました。「ケア能力を高める能力とは何か」という問いがその一つだと思います。

実践学としての看護学教育においては、まず第一義的に教師自身のケア能力が問われなければなりません。そもそも「教育」という言葉は子供を単なる可能性に過ぎなかった状態から導き出して、一個の〈人間〉として生を営ませることを意味しています。そして、その水先案内人として、かなり長い期間におよぶ〈ケア〉と呼ばれる看護のプロセスを必要とするのです。おそらくこういった人間による人間へのケアの内に潜む能力こそが、教育と呼ばれるものの原動力ではないかと考えます。したがって、「実践学モデル」による教育とは、あくまでも教えることも学ぶことも、教師と学生が共に出会いの場とする方法であることにつきまします。ここでの教師の役割は諸論理を看護現象に適用するという段階に留まるのではなく、それらを人間の理解と看護の解釈のなかに統合する必要があります。こういった教師や学生の知覚体験の変容が、学生達の主体的な学習行為を生み出し、ケアするものとして必要な成熟を準備するものとするからです。

おわりに

本日は、看護実践が意味するものについて、いくつかの視点から述べさせていただきました。大変大きなテーマに取り組みましたために、時間内に収まりきらず言葉足らずになりましたことをお許しください。

21世紀において看護が真に時代のニーズに応えられるかどうかは、今、我々が看護教育をどう変革していけるにかかっていると思います。看護教育という名のもとに、画一化した知識の詰め込みによって、学生の個性や創造性を無力化してしまうようなシステムを批判しつつ、教師の実践学的認識を中核とした教育改革が推進されてまいります事を願ってやみません。ご清聴ありがとうございました。

本稿を掲載するにあたりまして、饒舌な部分は削除し、言葉足らずでもう少し説明させていただきかけた部分は加筆させていただきました。

引用・参考文献

1. 浅田彰他：科学的方法とは何か、中公新書、1986
2. 川喜多愛朗：近代医学の史的基盤（上・下）、岩波

書店、1977

3. 池川清子：看護－生きられる世界の実践知－、ゆみる出版、1991