

看護学生のための

教育学

—自己の再発見のために—

第4版

著

高谷 修

Pedagogy for
nursing students

第4版にあたって

第1、2版では、教育学と看護学の理論的な共通点について記述した。第3版では、看護学生の実習での看護設計の参考になるように、「1章 看護設計」と「2章 看護実践」を加えた。この中で、「教育の理論」と「教育の方法」を解説して「看護の方法」について説明した。こうして、教育学と看護学が共通する「教える理論と方法」を説明する教本となるよう努めた。第4版では各章に筆を加えた。特に、9章と「おわりに」に書いた「デジタル認知症」の癒しは21世紀教育学の使命である。

本書の目的

本書の目的は、学生が、1章にある「看護設計」を看護の場で実践できるようにすることである。学生が、本書で看護設計の基礎知識を習得すると、患者の療養上の問題点を明らかにし、看護計画を立て、実践し、問題を改善ないし解決する能力が向上する。1章に収められたレポートは、働きながら学んでいる学生のものである。この学生らは1年次に「レポート・論文の書き方」(60分講義30分レポート)を15回受講した。2年次に教育学(60分講義30分レポート全15回)を受講して後のレポートである。読者はまず、1章の学生のレポートを読んで本書の目的をしっかりと捉えておく必要がある。

働きながら学んでいるこれらの学生は、看護の日常業務において「看護設計」を実践している。こうした看護設計ができるためには、看護設計の基礎知識と文章を書く技術、そして患者に対する温かい思いやりを習得する必要がある。本書は、学生が、これらの能力を習得できるように設計してある。本書の内容はどの章も学生に必要な内容である。特に、4章の「無知の知」、7章の「反抗期」、14章の「苦難の意味」は、学生が心に残ったと評価するテーマである。

筆者は本書を用いて講義を行なっている。授業は講義・レポート・添削

とシンプルである。各章末にある「レポート課題」で、60分講義の後、学生は30分でレポートを書く練習をする。講義と試験だけの授業では文章力は育ちにくい。学生は、電子辞書を使用しながら、脳を働かせ、目を使い、手を動かしてシャープペン（鉛筆芯）で文章を書く。聞く・話す・読む・書くは一つの統合した能力なので、この授業を続けると、学生は、全人的能力が育っていく。自己を深く知ることによって他者理解が深まる。

3段落・1文を40字以内で書く

『看護学生のためのレポート・論文の書き方』（金芳堂刊）で学んでいない学生のために、レポートの書き方について説明しておく。原稿用紙1枚は、20字×20行=400字である。題に1行、出席番号と氏名に1行を使う。残り18行を3段落に分ける。1段当たり6行120字を3文で分ける。1文当たり40字になる。全体は3段で、1文の長さは40字以内にする。

3段には、過去・現在・未来（歴史構成）、事例1・事例2・事例3（対比構成）、要素1・要素2・要素3（分析構成）、問題・仮説実践・結果・実践の有効性（問題解決構成）、列举・消去・選択（消去構成）の5つの構成がある。どれかを利用すれば、1枚のレポートを論理的に書き上げることが可能になる。

レポートによる自己評価の勧め

本書の目的を達成するために、学生は自我を確立する必要がある。そこで、学生一人ひとりがレポートに過去を分析して自我形成史をたどる。本書の最終評価の方法は、学生のレポートによる到達度を測る自己評価を採っている。試験による評価では、知識偏重・教授者中心の権威主義的評価に偏る。筆者は、次のように学生のレポートと論文による自己評価を行っている。

1. レポート課題：どんな自分を見つけたか
 - 1) 文字数：400字原稿用紙6枚（全体の10%は、白紙可）
ワープロ印字の場合はA4サイズ1行40字40行で2,400字
 - 2) 手書きの場合はインクで書く
 - 3) 書式は、縦書き

4) 自己評価点を100点満点でレポート末尾に添付する

①60～74点の場合、2,400字レポート

②75～88点の場合、4,800字レポート

③89～100点の場合、4,800字論文

レポートの構成：例

はじめに（全体に何が書いてあるかを70字程度1段落で要約を書く）

1. 無知の知で見つけた自分（ここを3段落で書く）

2. 反抗期で見つけた自分（ここを3段落で書く）

3. 苦難の意味で見つけた自分（ここを3段落で書く）

おわりに（文字数調節のために、「まとめ」とか「気づき」を付け加える）

2. 4,800字以内で論文を書く

1) テーマを教育学の範囲内で決める

2) 本題と副題をつける

3) 論文の構成（書き手の自由と責任）

はじめに（要約400字：研究の動機や目的・問題・実践・結果・結論）

I. 問題

II. 問題解決の実際（1. 目標（仮説）・2. 実践・3. 結果）

III. 考察（分析。目標と実践の妥当性）

IV. 結論（実践の有効性）

V. まとめ（付け足し、気づきなど）

謝辞（敬体文で書く）

引用文献 1) …

論文例：

文章苦手意識克服と文章力を向上する方法の研究

——学生参加型の教育学の講義に参加して——

劣等感を克服し人格の成熟を目指す方法の研究

——学生参加型「自分探しの教育学」の講義を参考にして——

人間関係の苦手意識を克服し良好な関係を築く方法の研究

——学生参加型の教育学の講義を参考にした実践から——
グループワーク苦手を克服し、それを得意にする方法の研究
——教育学の講義で学習したことを実践して——

教育は、教授者と学習者との双方向的働きかけ

一般的に「教育は、何も載っていない皿に、できた料理を盛る作業のようなもの」と理解されているようである。しかしこれは誤解である。学習者には、誤字などの誤知識、既有知識、知ったかぶりのような曖昧な知識が既に存在している。教授者が、この上に新しい知識を盛り付けても、学習者の新知識の習得は難しい。この場合、教育は、教授者から学習者への働きかけであり一方向的である。

「教育は、学習者の好みの料理が載っている皿に、教授者が料理を盛り付けし直すようなもの」である。教授者は、好みやカロリー、栄養素のバランスなどを学習者と相談した上で、既に載っている料理を盛り付けし直す。教育は、教授者と学習者の働きかけであり、双方向的である。

ギリシア語のパイダゴギー（子どもを導く技術）は教育学pedagogyの語源である。ティーチングは注入型の教育方法である。一方、ラテン語のエデュカーレ（引き出す）が語源の教育educationは引き出し型の教育方法である。人間の基本的な能力は、聞く・話す・読む・書く、の四つである。本書では、教育は、教える者と教えられる者との双方向的な働きかけと理解して解説してある。だから、本書を使った講義では、講師は毎回60分説明して、30分で学生にレポートを求めて、書く技術の能力を育ててほしい。この時、教授者は、さらに、学習者を新しい未来へと導くことができるだろう。21世紀、学生の中にデジタル認知障害という記憶障害や感情の鈍麻が急速に広がっている。本書が看護教育に少しでも貢献できたら幸いである。

2018年11月

高谷 修

目 次

| | | |
|----------|-----------------------------|-----------|
| 1 | 章 授業設計と看護設計 | 1 |
| 1. | 教授者主体の学習指導・学習者主体の学習指導 | 2 |
| 2. | 教授者は、学習者の長期目標と短期目標を作る | 4 |
| 3. | 学習者が自分で主体的・自律的に学習できる教材を用意する | 6 |
| 4. | 看護設計の実例 | 8 |
| 2 | 章 授業実践と看護実践 | 15 |
| 1. | 教授者は、学習者の既有知識に配慮する | 15 |
| 2. | 教授者は、見守り、忍耐強く教える | 17 |
| 3. | 教え方の実例 | 20 |
| 3 | 章 教育評価と看護評価 | 24 |
| 1. | 権威主義的評価と到達度評価 | 24 |
| 2. | 教育評価 | 26 |
| 3. | 評価と問題解決思考 | 28 |
| 4. | 学習者による自己評価 | 30 |
| 5. | 教育的役割か記録管理か | 33 |
| 4 | 章 ギリシア時代の人間の発見 | 37 |
| | ——ソクラテスの無知の知と教育方法—— | |
| 1. | 本章の目的 | 37 |
| 2. | 哲学とは | 38 |
| 3. | ソクラテスの無知の自覚 | 38 |
| 4. | ソクラテスの裁判所での弁明 | 40 |
| 5. | 看護師の患者指導 | 41 |

5 章 **教育愛と教育方法** ——愛の3段階—— 46

1. 愛の対象（物・価値・他者実現） 47
2. 人間を物として愛する悲劇 52

6 章 **教師と生徒の人間関係**
——教える者は教えられる者によって教えられる—— 55

1. 教育体験（幼子の心） 55
2. 教育的関係 56
3. 親と子の関係 57
4. 看護師と患者の人間関係 59
5. 教育愛は循環し、拡大する 60
6. 「援助する—援助される」関係 61

7 章 **人間の発達と教育方法**
——反抗期の意味は自我の目覚め—— 63

1. 子どもの心の発達段階（心；知・情・意） 63
2. 反抗期の意義は「自我の目覚め」「成長」「成熟」 66
3. 反抗の意味とその対処 68
4. 教育史における「自我」の発見（文芸復興・宗教改革の時代） 69

8 章 **「子どもの発見」と教育方法**
——子どもは小さい大人ではない—— 74

1. ルソーの「子どもの発見」 74
2. 子ども時代の「自分自身の発見」 76
3. 人間観の変遷と教育方法 78
4. 教育モデルと教育方法 81

9

章 子どもの遊びの意義と教育

86

1. 遊びの経験と育児 86
2. 遊びについての考え 89
3. 遊びについての諸学説 91
4. 遊びと治療教育（エリクソン） 93
5. 子どもと遊ぶために好きなもの、得意なものを持つ 95
6. 子どもの遊びの急激な変化（デジタル依存症&認知障害） 96

10

章 道徳教育と教育方法

——子どもに盗んではならないことを教える——

99

1. 動機と償い。こう教える 100
2. 教育史における「人格」の始まり——我と汝の対話—— 103

11

章 全人教育と教育方法 the wholeman education 109

1. 全人教育と全人医療 109
2. 全人教育論 110
3. 自分の中の個性的全人 116
4. 全人教育における宗教 117

12

章 全人教育における労作教育 122

1. 労作教育の目的は全人格の教育 122
2. 労作教育の思想 123
3. 教育方法としての労作教育 128

13

章 入院した子どもの教育 ——病院内保育・学級—— 130

1. 学習の困難な子どもの教育 130
2. 家庭の教育的意義 131
3. 入院した子どもの教育（病院内保育・学級） 132

14

章 苦難の意味付けと態度価値

143

1. フランクルの苦難の意味付け 144
2. トラベルビーの苦難の意味付け 146
3. フランクルの態度価値 146
4. 筆者の苦難とその意味付け 147
5. 苦難の意味を見つけ出すことが困難と思われるものもある 149
6. 態度価値が表現されている作品 151

15

章 ガイダンスと教育的感化

153

1. ガイダンスのあり方 153
2. カウンセリングの三つの方法と応用 156
3. 教育的感化 160

引用文献 167

おわりに 170

索引 172

column 掲載ページ

- | | |
|----------------|---|
| p. 7 設計（デザイン） | p.106 自分がわかる—相手がわかる |
| p.23 教える—学ぶ方法 | p.114 どう生きればいいのか |
| p.36 人格評価は困難 | p.120 自己主張と他者尊重 |
| p.42 耳に痛いこと | p.127 百聞は一労作に過ぎず |
| p.51 手入れして育てる | p.138 家庭は愛の満たされる場 |
| p.59 ケンカの仲直り | p.150 苦難の体験—一人の苦しみがわかる |
| p.71 反抗期は悪くない | p.157 ガイダンス—愛の業 |
| p.84 小さい大人ではない | p.162 粗 <small>あら</small> が九十九あっても美点の一つ |
| p.92 ハンドルの遊び | |

1章

授業設計と看護設計

本章は、看護学生の実習における看護設計に役立つように、教育方法から教育学と看護学が共通する看護設計を述べた。以下の文中で、教育＝看護、学習指導・授業＝援助、教授者＝看護師、学習者＝看護を受ける人（患者・患児・褥婦・家族など）と読み替えることができる。

教育の定義

19世紀から20世紀にかけて生きたディルタイ Wilhelm Dilthey (1833～1911) は「教育とは、成長した者が成長しつつある者の心的生を形成しようとする計画的な活動である」¹⁾ としている。最近の文献でも同じような表現がみられる。この立場では、教育は、「成長した者」から「成長しつつある者」への一方向的な活動や働きかけである。

成長した者 → 形成 → 成長しつつある者

これに対して、木村素衛^{もともり} (1895～1945) の立場は「本来の意味の教育はこのやうにして主體と主體との上の如き交渉において成立し、単に教へられる者が教へる者から限定されるのではなく、教へる者もまた教えることにおいて教えられる者から原理的に常に限定されて新しき自己開発に促進せしめられるのでなくてはならない」²⁾ である。

これを引き継いだ鯉坂二夫^{つぐお} (1909～2005) は「教育は成熟者と未成熟者の間に行なわれる行為的伝達作用であるならば、前者から後者への限らない親の心と、後者から前者へ、すなわち部分的なるものから全体的なるものへの敬慕という子の心の相関において成立すると言われる」³⁾ としている。この立場では、教育は、「成熟者」と「未成熟者」の間で教え—教えられるという双方向で行なわれる。

成熟者 ⇔双方向⇔ 未成熟者

本書は、「教育は、教授者と学習者の間で双方向に行なわれる行為的伝達作用である」という立場で書かれている。ここに教え—教えられ、教えられ—教えが現れ、互いに学び合う学習が存在する。そして教授者は学習者をさらなる未来へと導く。

教授者 ⇔双方向⇔ 学習者

学習は教授者と学習者の二者によって成立する。この場合、どちらに重点を置くかによって、その学習の性格が異なる。

1 教授者主体の学習指導・学習者主体の学習指導

1. 教授者主体の学習の長所と短所

教授者主体の指導では、学習目標、学習方法、学習内容、学習実践、学習評価を全て教授者が決定する。一斉授業形式で行なう。一方的な講義が多くなる。この方法の長所は、多くの学習者に効率的に指導できることにある。途中で小レポートの提出を求める。間違いを訂正し返却する。評価は試験で行なう。採点は短時間で済む。

教授者主体の指導の短所は、学習者の自律が奪われることにある。学習者は教授者から与えられた課題を達成するだけになる。させられ学習ややらされ学習になる。学習者の主体性、意欲、自尊心、積極性などは育ちにくい。反発するか、服従するかで、人格が成長しにくくなる。

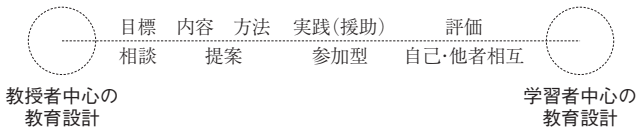
2. 学習者主体の学習の長所と短所

学習者主体の学習では、学習の目標、方法、内容、実践、評価を全て学習者が決定する。この長所は学習者の自律が保たれることにある。結果までの全てが自己責任においてなされる。学習者の主体性、意欲、自尊心、積極性が育つ。人格が成長する。

ところが、全てを学習者が決めるのだから、「嫌なもの面倒なものはやらない。楽なものや娯楽的なことに逃げる」ことになる。そのために、目標の設定、実践、成果を出すという自律学習において、自己管理ができない場合には知的・人格的な成長が少ないという短所がある。

3. 教授者主体と学習者主体の長所を取り入れた学習を設計する

教授者主体と学習者主体の学習指導は、どちらであっても一長一短がある。この短所を克服するための方法として、両者の長所を取り入れた学習指導を設計する方法がある。目標、その他を設定する場合に、教授者が一方的に決めるのではなく学習者も参加するようにする。学習実践において、一方的な講義ではなくレポートを書くなど学習者参加型の授業実践をする。評価にも、レポートや評価表による自己評価と、ほかの学習者による相互評価を取り入れる。



看護師主体の看護の長所は、一定時間に一定量の援助を提供できることにある。意思を表出できない患者に必要な援助を提供する。緊急・応急処置の必要な患者に必要な援助を提供する。一人で多数の患者指導をする。看護師主体の看護の短所は、患者の自立や自律が尊重されないところにある。患者の自主性や自己管理能力が育ちにくい。患者は依存的になる。できることができなくなる可能性がある。

患者主体の看護の長所は、患者の自主性や自己管理能力が高まることにある。隠れていた能力が引き出される。持っている能力が生かされる。やる気、意欲を生かすことができる。患者主体の看護の短所は、意欲のない患者や節制しようとする患者の場合は問題が改善しないということである。身の回りのことができない重症患者の場合は、必要な看護が提供されない可能性もでてくる。

看護師主体と患者主体の看護には、それぞれ一長一短がある。だから、短所を克服するために両者の長所を生かした看護設計を考案する。看護目標と援助目標を設定する時に、患者と相談して目標を設定する。援助の実践についても、患者が主体的に実践するように計画すると両者の長所を生かした看護が設計される。

患者一人ひとりの状態に合わせて、看護設計は行なわれる。また、患者個人においても、急性期では看護師主体に設計されるが、安定し慢性期に移行したならば患者主体へと変更される。ここに、個別性に合わせた看護を設計する場合のヒントがある。

2 教授者は、学習者の長期目標と短期目標を作る

義務教育である我が国の教育課程（カリキュラム）は、文部科学省が定めている。例えば、国語の漢字は小学校の間に常用漢字 2,136 字⁴⁾（2010 年 11 月までは 1,945 字）のうちの、教育漢字 1,006 字を学習する。中学校では残り 1,130 字のおおよそを学習する。これは長期目標である。小学校 1 学年では、1,006 字のうち、80 字を学習する。これは中期目標である。7 月から 1 カ月に（一、右、雨、円、王）など 10 個ほどの漢字を学習する。短期目標は、簡単に数値化して測定できる。生徒が 10 個の漢字を学習した後、自分で自己評価すれば、達成度が測定できる。

1. 夢と希望に向かう長期目標（抽象的目標）

我々は夢や希望に向かって生きているから抽象的な目標も必要である。これは工夫すれば数値化と測定が可能である。例えば、「たくましく生きる子」という教育目標は抽象的である。

学習者が作った物、話した言葉、為した行為を長期に亘って詳しく記述すれば、たくましく生きたのかどうか、その変化を測定し評価することができる。「物」（作品、文集、整理整頓、人間関係、人生設計、問題解決、ポートフォリオなど）、「言葉」（悲観的・楽観的、否定的・肯定的、消極的・積極的、少ない・多い、攻撃的・友好的など）、「行為」（挨拶、配慮、清潔、掃除、洗濯、炊事、身の回りの状態、パフォーマンスなど）によって内容を測定できる。これらを客観的に数値で測定するためには、記録が必要である。1 日いちにちの（作品、言葉、行為、その他）観察内容を記録しておけば、二つの状態の間の相違が明らかになる。

2. すぐに達成できる短期目標を作る

目標を設定する場合には、まず診断評価を行なって、わかることとわ

からないこと、できることとできないことを明らかにする。そして、問題や課題を分析する。短期目標を達成していくと長期目標が達成できる。だから、次のように、少し努力すると実現する短期目標を作る。

- ①現実的である（理想・過去・未来に逃避しない。現実と向き合う）
- ②具体的である（誰が、何を、いつまでに、どれだけ、どうする）
- ③達成可能である（少し努力すると無理なくできる計画を作る）
- ④測定可能である（学習者が自己評価できると意欲が湧く）
- ⑤期限がある（「いつまでに」と短期間に到達できるものにする）

3. 教授者は、学習者を主語にして目標を設定する

課題達成および問題解決のプロセスには、問題の明確化・目標設定・教育実践・目標達成度の測定・実践の評価がある。この場合には、診断評価・途中評価・最終評価が重要になる。診断評価を行なって目標を設定する。「学習者が到達する学習目標」と「教授者が行なう教授目標」は分けて設定する。この目標の設定にあたって、次のことに気をつける。

学習者が主体的に学習を管理するためには、学習者からみて学習目標がわかりやすく記述されている必要がある。文部科学省が定めている「学習指導要領」は教授者中心の表現で目標を設定している。

理解させる 習得させる 育てる 考えさせる

これらは、「教授者が学習者に理解させる」のように、教授者が主語である。これは教授者主体の教育である。学習者からすると、「理解させられる」教育である。したがって、評価も教師が行なうものとなっている。我が国の学校教育は、教師が教えてその成果を教師が評価するという教師中心の教育である。この教育を受けた学習者が指導する立場になった時に、教授者主体の教育方法で教えようとする傾向がある。しかも、それを無意識のうちに実践しようとする。

学習者主体の教育を実現するには、学習者が到達する学習目標を学習者の視点で設定し、教材を用意し、評価基準を明示する。そして学習者が自己評価するように設計（デザイン）する。

- ①教授者は、学習者を主語にして学習目標を設定する（患者は…できる）

②教授者は、学習者が自分で学習できる教材を用意する

③教授者は、学習者が学習成果を自分で評価できる基準を提供する

評価基準例； 2：よくできた 1：ちょっとできた

0：できなかった

実習場面では、母性・小児・成人・精神・老年・在宅の分野で患者を受け持つ。この場合には、患者を主語にした看護目標（患者が到達する目標）と、看護師を主語にした援助目標（看護師が行なう目標）を設定する。そして、この目標が達成できたかを測定する評価基準を作る。

目標例；患者は～を理解する。患者は～ができる。

看護師は～を援助する。看護師は～を見守る。

評価基準例； 2：よく理解できた 1：少し理解できた

0：理解できなかった

3 学習者が自分で主体的・自律的に学習できる教材を用意する

「悟りは聞くことから始まる」という言葉がある。我々は情報を「聞く」「読む」「見る」「触れる」「匂う」「味わう」など、五感によって得る。「聞く」と「読む」は特に記憶に残りにくく、忘れやすい。だから、教授者が学習者に情報を伝える場合には、わかりやすく言語化され印刷された教材や資料が必要である。教授者は学習者に教材を用意する。

1. 個別性に配慮して資料を作成する

資料は、一般的なものも利用できるが、患者の個別性に配慮して作成する。特に患者の問題点について、放置するとどうなるか、どうしたら改善するかなど、原因や方法をわかりやすく書く。文字の大きさやイラストなども工夫する。資料から知識と知恵を習得する自律的学習（自らする学習）が成立すると、学習者の行動に良い変容が起こる。

2. 教授者・学習者が共に学ぶ

教授者は手ずから作成した教材を用意する。教授者の熱意や配慮、思いやりなどが表れている教材は学習者に対してより説得力が増す。教授者は教材を作成することによって教材を研究している。学習者はその教

材から学習する。これは教材を介在した共に学ぶという指導方法である。まず、教授者が教材をもとにして、説明する。学習者は理解を進める。

次に、学習者の方からの質問をする機会を作る。この過程が終わったら、教授者は学習者がどの程度理解したかを質問して確かめる（評価）。学習者の返答によって、理解し知識になったかどうかを確かめる。理解不足の場合は補足する。誤った理解の場合は訂正する。記憶・思考・推論・問題解決によって知識は獲得される。知識と知恵の伝達は、教えるという一方向で成立するのではない。双方からの質問と答えという対話によって成立する（p.43の図「共に学ぶ指導方法」参照）。

3. 教材は学習を強化する

我々は、言葉によって聞いた知識は忘れやすい。特に専門用語は記憶に残りにくい。だから、文字に印刷された教材は再学習（記憶や理解の強化）に有益である。学習者は読み返して記憶を強化する。学習者が自律的に学習するためには文字によって印刷された教材が必要である。看護師が患者に知識を伝える場合の留意点は次の三つである。1）資料を用意する。2）看護師と患者が共に学ぶ。3）患者が再学習する。

看護師はデザイナーである。一人ひとりの患者の状態に合うように、看護のデザインを工夫する。既製品（レディーメイド）を真似たような設計では良い看護を提供できない。依頼者からの注文を受けて服を作る（オーダーメイド）デザイナーのように、患者の必要に合わせた看護を設計すると、良い看護を提供する道が開ける。

column

設計（デザイン）は、無から有を生み出す創造である。ある個人にとって未知の方法を体験することは独創である。患者の問題を解決に導く看護設計は、その個人にとって独創であり、創造である。創造は、冒険であり探究である。

4 看護設計の実例

1. オムツを外す患者の思いを尊重した看護を設計

病棟に不穏行動のある患者がいる。以前は、トイレにも行くことができ、便を触るなどの不潔行為をしなかった。しかし、下半身裸状態で廊下を徘徊し、大声を発しながらドアを叩くようになった。安全を考えて隔離室へ移動して身体拘束が行なわれた。

筆者は、身体拘束を外して様子を見た。食事の時は不穏状態になることもなく、自分で食事も食べられ、会話をするなど穏やかだった。30分後、スタッフから「〇〇さん、またオムツを外して、バラバラにしていたから、拘束しましたよ」と報告を受けた。ダメだったかと思うと同時に、なぜ、この方はズボンとオムツを外すのだろうかと考えた。

「もしかしたら、オムツを脱ぐ原因はオムツが濡れて気持ち悪いのではないか」と考えながら、患者のもとへ急いだ。患者は、興奮している状態だった。「お手洗いに行きませんか」と声をかけると、奇声を止め、「うん」と頷いた。トイレへ誘導した。トイレで排泄を済ませると、自分でお尻を拭き、自ら手を洗い、ベッドに戻った。「気持ち悪くて、脱ぎたくなるんですね」と声をかけると、「うん」と頷いた。

このこと以来、時間毎のトイレ誘導を行ない、患者の安全性が確保される以外、拘束をやめた。奇声や不潔行為など逸脱行為は少なくなっていた。その後、患者は以前の状態に戻りつつある。

看護設計では、看護師主体と患者主体の二つを調和することが大切である。看護師は患者の問題行動に意識が取られがちである。なぜこのような行動をするのかと考える部分が抜けてしまい、患者の思いを忘れがちである。患者の思いを尊重した看護設計が大切である。

2. 介助を求める患者へ、自立を促す看護を設計

初めての入院患者においては、情報収集することから始まり、患者と信頼関係が築けるまでや全体像を捉えるまでに時間がかかることがある。入院してきた患者は、視力低下があり、立位歩行は可能であるが、

手引きでの誘導が必要であった。その他、精神状態により粗暴さが見られることもあるが、ADLは一部介助するとほとんど自力で行なえた。

入院してきた当初は食事をテーブルにセッティングするだけで、自分で全量摂取できていたが、ある日から介助を求めるようになった。自分で食べる能力があるにも拘らず、手をつけようとしなくなった。そのため、誰かが介助していた。患者は介助すれば食べる。また、「食べないの」という問いには「食べる」と返答した。食思はあるが自分で食べようとしなないという問題点から、患者の依存心が窺えた。自力摂取可能な患者に対し、食事介助を行なうことは適切な援助ではない。これは、患者の能力を減退させ、依存的態度の助長に繋がる。

そこで、何が原因なのかスタッフ間で話し合っただけで考えた。様々な意見が出た。その結果、スタッフ全員が、「患者のテーブルは、自力摂取が困難な患者ばかりが集まっている席であった」ことに気付いた。「周囲の人は介助されている患者ばかりであったことが、患者の依存する気持ちを生んだのではないか」と考え、自力摂取している患者のテーブルへと席を替えた。最初の数カ月は介助を求めていたが、様子を見てみると自分で全量摂取するようになった。介助すると「自分で食べる」と言う言葉も聞かれた。自力摂取している人の中で自分だけ介助されていることに患者自身が気付きを得たと考えられる。

患者の持つ能力を生かしながら、生活を送ることは重要である。看護師が決めた席によって、今回、このような問題が生まれた。対策を考え、解決に繋がった。プラン一つで患者の行動や心理に影響を与える。実践からの評価と見直しを繰り返す看護設計の重要性に気付いた。

3. 過飲水の患者が達成感を体験する看護を設計

精神科の閉鎖病棟に入院している患者に、お茶や水を飲みすぎる症状が現れることがある。放っておくと、1日で5キロ以上も体重が増えてしまうまで飲み続けてしまう過飲水の症状がある。しかし、この状態は身体ミネラルバランスが崩れ、危険な状態に陥る可能性がある。

この症状がある患者（A氏）に対し、「飲み過ぎるといけませんよ」

と何度も声を掛けても、「はい」と返事はあったが、見えない所で飲み続けていた。また、水分バランスが崩れて危険が伴うことを説明しても、A氏自身に実感がないため理解できず、やはり飲み続けてしまうのだった。そこで、実際に体重が増えていることをA氏が自分の目で確かめるように指導した。時間を決めて体重測定を患者自身で決めて行なうようにした。そして、A氏自身が決めた2キロ以上の体重増加がある場合は、コップを預ける約束をした。

A氏は、「飲み過ぎはいけませんよ」と何度声をかけても理解できなかった。ところが、自分自身で目標を決めることにより、A氏は自分から進んで体重を計った。そして体重増加が少ない時は、「頑張りましたね」と褒めると、嬉しそうな笑顔が見られた。また、体重増加があった時には、自らコップを置いていくようになった。水分バランスなど、患者にとっては難しく理解できないことがある。しかしA氏は、「目標が達成できた、またはできなかった」ということを基準に、水分を飲み過ぎない努力ができるようになった。

看護設計は、看護師から一方的に指導するのでは効果が少ない。このように、患者自身が目標を決める。一つひとつが達成できた時に、看護師も共に喜ぶ。何よりも、患者自身が喜びを感じるように設計することに意味があると言える。

4. 糖尿病治療の必要性を理解する看護を設計

病棟で糖尿病の教育入院患者を受け持ったことがある。この患者は60歳台の自営業者であった。血糖コントロールのために入院していたが、常に間食をしていた。ほかの看護師から幾度となく注意を受けていたが、「自分はまだ若いから大丈夫。仕事の付き合いもあるのに、食事療法なんて無理。今、できても退院したら一緒」などと言いながら、食事療法について興味を示さなかった。「血糖値が下がったら退院できるんだろ。採血の前は間食しないようにしているし、血糖値は上がらないだろ」という言葉も聞かれた。看護師側でもう一度、初めから糖尿病について理解できるように説明し直すことにした。

糖尿病の治療について多少知識があり、合併症についても知識は持っていた。しかし、「合併症については、運の悪い人になる」、「血糖値は、測定前にコントロールすれば医者もだませる」と考えていた。そこでHbA1cの説明を行なった。高血糖が続くことで血管も硬化する、確実に合併症に繋がっていくことなどを説明した。説明だけでは患者に伝わりにくいため、網膜症や足に起こる壊死について、写真の資料を準備し、見せながら細かく説明し、注意事項を伝えた。また、食事療法の苦手意識を克服するために、外食メニューのカロリー表を取り揃え、計算を少なくとも、自分で調整できるように指導した。

その後、間食は減った。患者は自分の苦手意識のある事項について「もう少し理解しやすいもの、やりやすいものはないか」と聞いて来るようになった。看護師と一緒に考えることができるようになった。

看護設計ではまず、患者自身の問題点は何かを知る必要がある。この患者の場合は、指導内容を自分ではできないと感じていた。また、合併症についても理解できていなかったために、危機感を持てなかった。苦手意識を克服できるように写真などを使用することで、患者は合併症についても危機感を身近に実感できた。本人自身が治療の必要性を理解できるような看護設計は、糖尿病の自己管理の実践に役立つのである。

5. 内服指導では、患者の思いを尊重した看護を設計

筆者が病棟で関わっている患者で、排便がうまくできていない人がいる。主治医の指示により、毎食後下剤を服用するのだが、看護師が「下剤を飲んでおきましょう」と勧めたが、拒否が強かった。時には「無理やり飲んでおきましょう」と勧めたが、拒否が強かった。時には「無理やり飲んでおきましょう」と勧めたが、拒否が強かった。時には「無理やり飲んでおきましょう」と勧めたが、拒否が強かった。この患者は軽度の認知症もあり、理解力が乏しい時があった。看護師たちは、患者が興奮するので避けるようになった。浣腸の使用を勧めてみた。しかし、患者は「嫌や言うたら嫌なんや」と、拒否が強かった。

ある時、筆者がその患者の部屋持ちになり、検温を行っていると、患者が、「最近な、便が出てないせいか、食欲もなくて」と、自分の体の異変について話し始めた。「前に、便秘だと言った時に、下剤を追加

で飲んだんや。その時、苦しくて一人でトイレに行けない分、みんなに迷惑かけたし、看護師さん達は忙しそうに動き回ってて、そんな中、ナースコールはよう押さんと」と話した。

筆者は、今まで、「この患者は頑^{かたく}なで、自己主張の強い人」と誤解していた。この話を聞き、下剤についてももう一度しっかりと説明をし、理解したかどうか確認を行ない、患者と一緒に失便対策を考えていこうと思った。そして、再度、説明を行なった。患者に、いちばん弱い下剤、液体下剤で一日かけて出す下剤、強めの下剤、浣腸と、実際に下剤の種類、効果、内服することによるプラスな点、マイナスな点を、実物を用いて説明を行なった。患者は、いろいろな疑問を質問してこられたので、一つひとつ答えた。すると、患者から「こうやって、ほかの薬を見ながら説明を受けると、よく理解できるね」と言われた。

振り返ると、患者の言い分は聞かず、看護師サイドの考えだけで動いていた。看護設計から考えると、どうして患者は下剤を拒否するのか、その拒否の原因を解明し、アセスメントを早い段階で行なう必要があった。内服指導でも、患者の軽度の認知ということにも配慮し、患者の考えや思いを尊重して繰り返し教育を行なっていく必要がある。

6. コルセットを外さないでトイレができる看護を設計

効果的な看護設計には、①患者の意思や考えを看護師が否定せず受け入れる。②看護師が、患者主体で考えていることを伝える。③患者主体の教材を用いる。以上を充たす時、患者は自己効力感を高め、効果的な取り組みが実践できると考えられる。

筆者が実習で受け持った患者は、腰椎圧迫骨折で、医師から24時間腰にコルセットを装着する指示が出ていた。しかし、その患者はトイレに行く時は、コルセットを外してしまう習慣があった。病棟の看護師は、コルセットを外さないよう、患者の言い分を聞かずに一方的に注意していた。しかし、患者はコルセットを外していた。

そこで、筆者は患者になぜコルセットを外してしまうのかをしっかりと聴いた。患者は、「コルセットをしたままでは、トイレの時にズボンの

上げ下ろしがしにくい」と答えた。筆者は、コルセットを外さなくても済むズボンの上げ下ろし方法を調べ、わかりやすく図を載せたパンフレットを作成した。そして、説明を行なった。

筆者は、以上の過程を経た後に、患者と共にトイレでパンフレットを見ながら練習し、動作の習得を援助した。患者は「この方法ならコルセットを外さなくてもトイレができる」と笑顔になった。また、筆者の作成したパンフレットを、時間の空いた時に読んでいる姿も度々確認できた。

このことから、患者の思いを聴く、患者主体の看護を提供する、患者が理解できる資料を用いるという方法を看護設計に取り込むことは、患者主体の効果的な援助の実施において有効である。

7. 個別性を考えて、患者と共に作る看護設計

看護設計の中にパンフレット作成がある。パンフレットは、患者の意欲向上や、回復のため、また、予防のために、どうやって行なうかなどを説明するために必要である。患者が疾患に対して、知識を少しずつ持てて、患者自身が疾病を理解することは、治療上の中でとても大切なことである。患者が自ら実践し、理解を深めることで、今後の回復の過程や予防へと繋がっていく。提供する側である看護師としても、患者の意欲が向上し自己実践することで、その後の看護が展開しやすくなる。

パンフレット作成には個別性が必要となる。性別、年齢、性格、理解度も違えば、同じ疾病でも症状が異なることなど、多々ある。それら全てを把握した中で作成しても、活用されず、意味のないものになってしまうこともある。また、看護師としては、提供する立場であり、何が必要か、どのようなことを注意する必要があるかを学習し、さらに、それをわかりやすく簡潔にまとめる必要がある。

過去に筆者も実習の時にパンフレットを作成したことがある。その患者は高齢の男性で、腰椎圧迫骨折による腰痛があり、車イスに乗る時も、体位変換、さらに咳嗽する時にも腰痛が出現する状態だった。そのため、リハビリの遅延もあり、下肢筋力低下の状態であった。そこで筆者は、筆者がいない時にでもできる簡単な床上リハビリのパンフレットを作っ

た。それを見て患者は、筆者の不在の時もやっていた。その結果、下肢筋力は保たれるようになった。

看護設計をする際、看護師の考えだけで作るのは良くない。患者に不快感を与え、意欲の低下へと繋がる。患者の個別性を考えて、患者と共に作り、内容があるようなパンフレットが望ましいと考えている。

8. 既有知識や誤知識を確かめてから指導を設計する

小児科外来に、母乳育児をしていた若い母親が全身に発疹のある乳児を連れて来た。検査すると、タマゴにアレルギーがあることがわかった。そこで、医師は、タマゴを除去した食事をするように指導した。その母親は「わかりました。タマゴを食べないようにしたらいいのですね」と言って、帰った。2、3週間経過しても改善が見られなかった。医師は「食事からタマゴを除去していますか」と尋ねた。母親は「タマゴを買っていないので、食べていません」と答えた。

そこで看護師は「1週間、どんなものを食べていたかを教えてください」と尋ねた。すると、クッキー、プリン、茶わん蒸しなどのほか、「大好きなマヨネーズをたくさん食べていた」と話した。マヨネーズはタマゴの黄身に酢を混ぜて作られる。その若い母親はこのことを知らなかった。医師は、「タマゴとタマゴを使った製品」という説明が不足だった。タマゴは、ケーキなど多くの食品に含まれている。

これらの例のように、教える立場の者は、1を聞いて10を知るような人ではなく、10を聞いて1を知るような学習者に教えるという自覚が必要である。指導に当たって、既有知識と誤知識を確認することは大切なことである。

レポート課題

- * 看護設計のあり方の考察。

おわりに

この教育学を学んで、自分の性格に問題を感じていた人は、その原因の一つとして「養育者から問題のある人格をコピーされていた」ことが明らかになったと思う。これが、本書の意図である。これを理解した人は、性格の問題を修正して成熟し、円熟した人間に成長する。すると、子ども達に良い教育を与えることができる。また、愛情深く育った人もこれを学ぶことによって、さらにより良い教育を行なうことが可能となる。

人間関係は、与えるあるいは与えられるという一方向では成立しない。人間関係は、与え与えられるという循環や充足があって成立する。この人間関係を成立させる人は、愛情のある子育てをする。養育者から受けた悪循環を断ち切り、良い循環の教育愛を子ども達に伝えたいものである。

筆者は、1948年に北海道のヒグマが住んでいて電気もなかった山奥で生まれた。反抗期を抑圧して育ったため、人間関係が不得手で性格に問題を抱えていた。貧しく教育環境は良くなかった。玉川大学教育学科の通信教育の科目で、特に「教育原理」と「西洋教育史」の内容で癒された。

筆者はレポート・論文の書き方の講義を担当していて、学生の心が癒されるような教育学が必要であると感じていた。その後、京都府看護専修学校で教育学を担当する機会があった。初版は2001年度に使った講義内容が学生に評判だったので、テキストとしてまとめたものである。初版の「全人教育における宗教教育」は一部を割愛して11章に置いた。本書を使った授業で、学生達は15回のレポートを書いた。その過程で、学生達の心が癒されるのを目の当たりにしてきた。本書が、看護学生の学習や実習にいくらかでも役立つことができたら嬉しく思うものである。

2018年6月、世界保健機関 WHO は「ゲーム障害」を依存症の一つに加えた。また、フランスは、9月の新学期から小中学校で子ども達の携帯電話の使用を禁じる法律を施行した。高校では各校で禁止を定めることができるとした。一方、日本の厚生労働省が2017年度に中高生 64,000 人を調査した結果の推計によると、中高生全体（650万人）の1割半（93万人）

が病的なインターネット依存症だった。その予備軍も含めると254万人(4割)だった。調査対象中高生の半分はそのために学力低下を体験していた(2018.9.1報道)。「9章」の末尾に「21世紀の教育学はデジタル認知障害とその裏の強力な商業主義と戦わねばならない」と書いた。その戦いを述べる。学習は学習者の自律的な行動であることに希望がある。

1. 最低6、7時間の睡眠を取って脳の長期記憶化を助ける

脳の海馬が短期記憶、主に前頭葉が長期記憶を司っている。一日の学習記憶はまず海馬に保存される。次に、夜10時から午前2時の睡眠中にメラトニンというホルモンを分泌して学習の短期記憶を何度も再生して前頭葉に長期記憶として保存する。翌日には講義で得た新しい記憶が海馬に上書き保存され、前日の学習記憶は消去される。もしも、3時までスマホで起きていたならば、長期記憶に保存されない。睡眠不足で1校時目から眠り新しい学習記憶が得られない。深夜勤務の場合、予後に必要な睡眠を取れば、脳は柔軟性があるので長期記憶に保存するだろう。脳は睡眠中に長期記憶を保存して発達する。

2. 学生の自律学習を支援する

この100年間、脳の神経細胞は加齢と共に衰え、壊れて再生しないと信じられてきたが、1998年にアメリカとスウェーデンの研究チームが、海馬の細胞は57歳から72歳の5人の患者で新たに作られていることを確認した(『日経サイエンス』日経新聞社1999.8)。この新細胞は適度な学習・栄養摂取・睡眠・運動によって既存の細胞のネットワークに繋がる。脳はこうして細胞が増えて発達する。スマホに没頭すると新細胞は死ぬ。

「国語辞典や看護学辞典を使って用語の意味を調べる。漢字辞典で漢字の読みと意味を調べる」を指導する。筆者は、50分講義—40分レポートの講義を続けている。文章の書き方を教えて、レポートを求めて添削して返却する。講義終了後に、多数の学生が5,000字の論文を書いて提出するようになる。添削と返却に手間がかかるが、学生の自律学習が成立して、デジタル認知障害が改善されていく。

著者

著者紹介 高谷 修 (たかや おさむ)

1948年 北海道瀬棚郡北松山町赤禿出身。5歳；重症筋無力症発症。
1977年 専門学校三育学院カレッジ入学 1981年退学
1979年 玉川大学文学部教育学科 通信教育課程入学 1984年卒
1984年 佛教大学社会学部社会福祉学科 通信教育課程入学 1989年卒
2008年 佛教大学大学院教育学研究科 通信教育課程入学 2010年修了
1981年 両洋学園小学校教諭 1990年退職
1998年 京都保健衛生専門学校 講師 2007年退職
1999年 京都府看護専修学校 講師 他

主な著書 『看護学生のためのレポート・論文の書き方』
『看護師に役立つレポート・論文の書き方』
『看護学生のための自己学習ガイドブック』
『看護学生のための倫理学』
『教える技術がよくわかる高谷流看護教育方法』 いずれも金芳堂刊

看護学生のための教育学 — 自己の再発見のために —

2002年9月1日 第1版第1刷
2005年9月10日 第2版第1刷
2010年4月5日 第2版第3刷
2013年4月1日 第3版第1刷
2016年3月10日 第3版第2刷

2018年12月10日 第4版第1刷 ©

著者 高谷 修
発行者 宇山閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替 01030-1-15605 電話 075-751-1111(代)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版 株式会社データボックス
印刷 株式会社サンエムカラー
製本 有限会社清水製本所

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1767-2

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088、FAX 03-5244-5089、e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。