

「臨床の知」に関する文献レビュー

Literature review with the concept of clinical knowledge

高知工科大学大学院工学研究科博士後期課程
加藤 淳

KOCHI UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

Atsushi KATO

Abstract

The purpose of this article is to bridge the difference in sensation between "theory" and "field". The concept that becomes the keyword is "clinical knowledge". This is the concept presented by philosopher Yujiro Nakamura more than thirty years ago. It consists of three principles. That is, cosmology, symbolism, and performance. In this article, we will study the possibilities and problems of clinical knowledge through a literature review.

1. はじめに

ここ数年、「理論」と「現場」の乖離についての問題が注目されており、服部（2020）においては、リサーチ・プラクティス・ギャップ問題として、実践家の持つ「しろうと理論（実践知）」と組織行動の「理論（科学知）」について、組織行動研究の観点からアプローチを行なっている。また、教育学、社会福祉学等の分野でも、「理論」「学問」と「現場」「実践」の乖離についての問題が取り上げられている。

筆者は、看護師を対象とした「医療安全」の研究に従事しているが、筆者自身もこの問題に接した経験がある。例えば、「医療安全」に関連して、「レジリエンス」を医療現場に適用することで、医療従事者の柔軟な対応により、医療の安全、質、効率等のバランスをはかりながら、どのような状況においても患者に必要な医療サービスを提供することが目指されている。「レジリエンス」とは、Hollnagel et al.（2006）によれば、ある組織（システム）が安定した状態を維持して、時にはその状態から逸脱しても速やかに原状に復帰する能力のことであるが、芳賀（2012）においては、レジリエンスと（看護師による）医療事故の事例として、以下のものを紹介している。

【看護師による医療事故の事例】

レジリエンスを高めるための訓練手法は、現在各所で研究開発の途上であるが、臨機応変に対応したにも関わらず、あるいは臨機応変に対応したために却って悪い結果に至った場合に責任を問われてしまうなら、人々はマニュアル通りにしか動かなくなったり、自ら判断せずに何事も上司に伺いを立てたりする傾向に陥る。筆者（注：芳賀）は、日本のある病院で起きた一つのインシデント事例を（レジリエンスエンジニアリング理論の第一人者である）Hollnagel と彼の同僚の前で紹介した。それは、救急救命室において、酸素吸入用のチューブの長さが足りなかったため、看護師が吸痰用チューブを鋏で細工して接続器具とし、酸素吸入チューブを継ぎ足して利用した時、エラーをおかして接続が上手くできていなかったために酸素が流れず、患者が亡くなった事故であった。「柔軟な対応は時として悪い結果をもたらす事があるが、レジリエンスエンジニアリング（レジリエンスについての科学的な研究・実践的な取り組み）ではどのように考えたら良いのか」と質問したところ、以下のような意見が出された。

- ・看護師がそのような継ぎ足しを行っていたのは、その時が初めてではなかったのではないか。（実際その通りであった）
- ・救急救命室のベッドの配置を変えたか、何らかの理由でチューブの長さが足りなくなったのではないか。
- ・看護師はそれに柔軟に適応していたのであり、そのおかげで助かった患者もいたのではないか。

- ・悪い結果の情報だけがリスクマネージャーに報告されるので、リスクマネージャーは事故の再発を防止するためにチューブの継ぎ足しを禁止したり、長いチューブを用意したり、チューブの長さが足りない場合のマニュアルを作ったりするであろう。(実際そのような対応がなされた)
- ・本来なされるべきだったことは、リスクマネージャーが日常の業務実態をよく観察し、現場でこのような「適応」が行われていることを把握して、そのリスクを予測し、悪い結果が起きる前に対処することである。

上記の議論に関連して、筆者が行った研究報告¹において、現職の看護師から「行き過ぎたレジリエンス」を懸念する意見が挙げられた。すなわち、「レジリエンス」への過剰な期待や偏向を懸念する医療現場の声であった。筆者はこの意見に対して、芳賀(2012)の上記の引用を紹介したところ、彼女からは「医療事故を減らすことは大切なことである。ただし、現場の看護師は、一人ひとりの患者と向き合っており、たとえ一件でも医療事故が起きたとすれば、私たちはその患者や家族、関係者に向き合わなければならない」という意見を頂戴した。

すなわち、この看護師の言葉を借りると、「現場の看護師が向き合っているのは、研究者が創り出した理論ではなく、『生身の人間』である」ということである。すなわち、「レジリエンスに関する理論はたしかに有効であるかもしれないが、現実に一人の患者が亡くなっているではないか」という現場からの切実な声であった。

以上の遣り取りに起因するものは、「理論」と「現場」の乖離であり、前置きがやや長くなったが、本稿の出発点はここにある。すなわち、(研究者が作り出す)「理論」と(看護師の)「現場」の乖離を埋めることが重要な課題であるという問題意識と、その学術的作業において、キーワードとなる概念がないかという疑問である。

そこで、筆者に活路を与えてくれたのが、哲学者の中村雄二郎による「臨床の知」という概念である²。「臨床の知」とは、それぞれの場面や現場(フィールド)を重視して、深層の現実に関わり、隠された世界や他者の意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きを意味するものである。

本稿では、30年以上前に、中村雄二郎によって導き出された「臨床の知」という概念を再検討するための文献レビューを行うとともに、この概念を手掛かりとして、「理論」と「現場」の乖離を埋める学術的作業に寄与できればと考える。

¹ 第22回東海ヘルスケア・マネジメント研究会(平成31年3月 日本福祉大学)

² 「臨床の知」という概念は、中村雄二郎が、1983年に提示したものであるが、当時は「演劇的知」「パトスの知」「南型の知」等の名称でも論じられていた。「臨床の知」という名称は、医学的臨床のための知や医学の分野の知をただちに意味するものではなく、領域を超えて必要とされる知の一般的な在り様を指すものである。

2. 臨床の知とは

「臨床の知」とは何か。中村（1989）によれば、（近代的な）「科学の知」に対するアンチテーゼである。そのため、臨床の知を理解するには、対比の概念である（近代的な）「科学の知」について述べなければならない³。後述するが、「科学の知」とは、事物を対象化し操作する方向で、因果律に即して成立するのに対して、「臨床の知」とは、環境や世界がわれわれに示すものを読み取り、意味づける方向で成立する（中村, 1984）。すなわち、「科学の知」と比較、対照することによって、「臨床の知」の特徴が浮かび上がる（中村, 2015）。

中村（1992）によれば、科学の知とは、普遍主義、論理主義、客観主義という3つの構成原理により成立する。まず、普遍主義とは、事物や自然はすべて量的なものに還元されるため、地域的、文化的、歴史的な特殊性は簡単に乗り越えられ、同じものがどこにでも通用するという、事物や自然を基本的に等質的なものと見做す立場である。すなわち、理論の適用範囲が広く、例外なく、いつ、どこにでも妥当するものである。

つぎに、論理主義とは、事物や自然のうちに或るメカニズムが見出されれば、その技術的な再現、制作が可能であるというように、すべての出来事は論理的な一義的因果関係によって捉えられ、認識できるものと見做す立場である。すなわち、主張するところがきわめて明快に首尾一貫するものである。

最後に、客観主義とは、事物や自然を扱う際に、扱う側の気分や感情のような主観性をすべて排除して、それらをありのままに対象化して捉える立場である。すなわち、或ることが誰でも認めざるを得ない明白な事実としてそこに存在するものである。

ここで、中村（1989）においては、普遍主義に対する批判的な着目として、例えば、医療とは、医師と個々の患者との相互行為であると同時に、最終的には医学的な決断が必要となるが、普遍的であることは、医師の決断を隠してしまう問題（隠蔽の構造、責任の回避）が起こり得る。また、論理主義に対する批判的な着目として、論理的であるが故に、容易に説明できることのみを言って、それから先のことは言わないという、現実には十分に対処していない問題が起こる。さらに、客観主義に対する批判的な着目として、物事を客観的に見るが故に、冷ややかな対象化を行うという問題が起こる。

以上から、中村（1992）においては、「科学の知」が無視し、軽視し、見えなくしてしまった「現実」あるいはリアリティについての反措定として、コスモロジー、シンボリズム、パフォーマンスという3つの構成原理を提示する。

まず、コスモロジーとは、場所や空間を（普遍主義のような）無性格で均質的な拡が

³ 矢野・桑原（2010）においても、「臨床の知」とは、それ自体にパラドクシカルなところがあり、定義することの不可能性と可能性、あるいは、語ることの不可能性と可能性に直面する知の在り方である。したがって、逆説的に、「臨床の知」を明らかにするというパラドクシカルな道を選ぶ方が良いと述べている。

りとしてではなく、一つひとつが有機的な秩序を持ち、意味を持った領界と見做す立場である。すなわち、「個々の場合」や「個々の場所」が重要となる。

つぎに、シンボリズムとは、物事をそれ自体が持つ様々な側面から一義的ではなく、多義的に捉えて、表す立場である。すなわち、物事には多くの側面と意味があることを自覚的に捉え、表現するものである。

最後に、パフォーマンスとは、行為する人とそれを見る相手、そこに立ち会う相手との間の相互作用、インタラクションが成立していることである。すなわち、工学的な「性能」を意味するのではなく、また、身体を動かして何かをするという意味でもない。

上記のコスモロジー、シンボリズム、パフォーマンスという3つの構成原理をまとめると、「科学の知」とは、抽象的な普遍性によって、分析的に因果律を従う現実に関わり、それを操作的に対象化するものであるが、「臨床の知」とは、「個々の場合」や「個々の場所」を重視して深層の現実に関わり、世界や他者がわれわれに示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きをするものである。

言い換えると、「科学の知」が「冷ややかな眼差しの知」「視覚独走の知」であるのに対して、「臨床の知」とは「諸感覚の協働に基づく共通感覚的な知」となる。

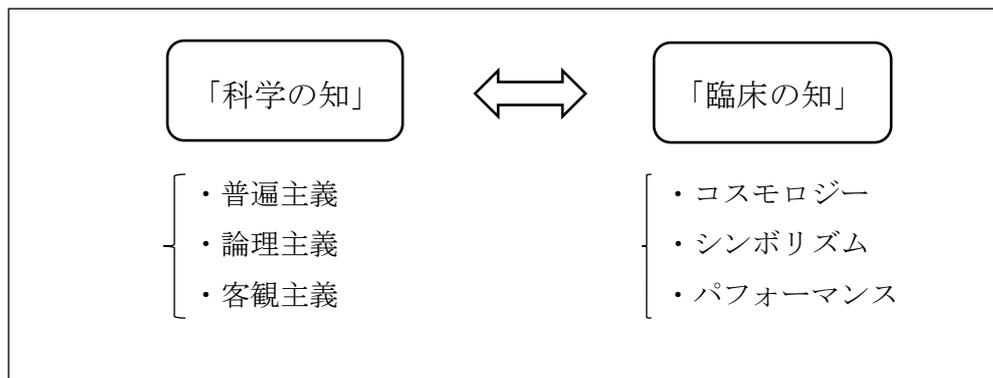


図1 「科学の知」と「臨床の知」（筆者作成）

3. 「臨床の知」に関する肯定的・批判的見解

前章では、「科学の知」と比較、対照しながら、「臨床の知」の特徴について概観した。以下では、「臨床の知」に関する肯定的・批判的見解を取り上げることにより、「臨床の知」という概念が持つ可能性と問題点を概観したい。

まず、肯定的見解であるが、西村（2007）においては、看護師が携わる患者との交流の手ごたえは、医学的な診断を前提とする患者との間で起こっているとは言い難い。それ以前に、彼らと持続的に関わるうちに、交流の糸口が見えてきたり、関わりの実感がその関係自体を成立させている。例えば、植物状態にある患者は、それ以前に、援助を要するひとりの人である。コミュニケーションは、自己と他者の独立を前提として、持

統的な関わりの関係の中で成立する経験として見えてくる。このように考えると、植物状態の患者とコミュニケーションが図れるか否か、看護師の関わりは思い込みや一方的なものであるか否か、ということは問題にならないと述べる。

佐藤 (2007a) においては、看護師が臨床で用いる知識は、看護学という理論的知識を抛り所としながら、個人的な経験を積み重ねることで個々の看護師の中で創造されていくと考えられる。特に、熟練した看護師たちが用いる知識は「科学の知」とは異なる「臨床の知」として捉えることが妥当であると述べる。

富永 (2009) においては、生身の人間を対象とする医療及び医学という学問は、特定病因説 (ある疾病には一つの病因が特定されるという疾病理論)、機械的因果関係論で割り切れるものではない。「臨床の知」概念の構築により、患者にも医療者側にも存在する科学的医学に対する誤解を解いて、個々の病いや患者に正当に全面的に向かい合う時、科学的医学の成果が生々の形で示されるのではなく、「臨床の知」として統合される必要があると述べる。

福島 (2013) においては、エビデンスに基づく医療 (EBM : evidence-based medicine) の背景にあるのは、統計的な考え方であり、大量のデータによって、特定の一般的方法の有効性を客観的に見るのに適している。しかし、EBM は、あくまでも多くのサンプルの平均値を見ることには有効であるが、特定の背景と個性を持つ患者については、必ずしもその平均値に収まらない。すなわち、EBM はその平均的なパターンが中心であるが、臨床の知の重要な点は、その平均値に当てはまらない患者への対応であると述べる。

つぎに、批判的見解を取り上げると、つぎのようなものがある。例えば、伊藤 (1986) においては、医師の立場から、精神医学や文化人類学では「臨床の知」で十分かもしれないが、現代の多くの医師にとって、「科学の知」を捨てることは、現代医学の方法論を放棄することを意味し、到底実行できないだろうと述べる。

癸生川 (2007) においては、物理学—特に力学の立場から、(近代的な)「科学の知」が人々に信頼された理由は、科学の普遍性、科学の論理性、科学の客観性ではなく、科学の再現性、科学の予見性、科学の公平性であると述べる。

以上から、「臨床の知」という概念について、哲学、医学、看護学、物理学等、それぞれの立場から、肯定的な見解、批判的な見解が挙げられた。医学、物理学においては批判的な見解が見られたが、それ以外の見解を見る限り、臨床現場の看護師においては有効な概念と捉えることが出来そうである。

4. 「臨床の知」と看護師

本章では、「臨床の知」という概念が、臨床現場の看護師とどのような関連があるのかを見ていきたい。ここで、佐藤 (2007b) においては、「科学の知」の3つの構成原

理である、普遍主義、論理主義、客観主義と、臨床現場の看護師との関連をまとめている。「科学の知」とは、「臨床の知」の対比の概念であるため、この関連が薄ければ、(逆説的に)臨床現場の看護師と「臨床の知」との結びつきが強いことになる。

まず、「看護は普遍性のある仕事だろうか」の問いについて、例えば、看護の業務の一つである「死後の処置」に当たって、看護が普遍的なものであるとすれば、「死後の処置」は万国共通の看護技術として位置づけられるだろう。欧米では「死」とは生命の終焉であり、遺体は物体として捉えられる。また、死後の処置＝エンゼルケアとして、専門の業者がその後の処置を請け負う。一方、日本では、遺体には靈魂が宿っていると考えられており、看護師たちは末期の水を飲ませ、遺体に語りかけながら清拭を行なう。すなわち、「死の看取り方」は、万国共通でも普遍的でもない。

つぎに、「看護は論理的に考えながら行う仕事だろうか」の問いについて、医学とは自然科学であり、医師は科学的知識を用いて診断を行っている。しかし、看護師は、子どもが「おなかが痛い」と訴えれば、医師と同様に消化不良や感染症の可能性を考えながらも、様々な視点から子どもの腹痛の原因を知ろうとする。すなわち、自分の感性や感覚を頼りに子どもの全体性を見ようとする。

最後に、「看護は客観的な見方で行う仕事だろうか」の問いについて、看護師が検査の説明をする場合、いつも同じように説明するのではなく、患者の状況を捉えながら説明を行なう。すなわち、看護師と患者は相互に観察し合い、相手を見きわめ、看護師は相手が理解できているかどうか確認しながら説明を行っている。これは客観的な見方では対応が出来ない関わり方である。

以上から、看護師は、普遍主義、論理主義、客観主義では説明することの出来ない、コスモロジー、シンボリズム、パフォーマンスという3つの構成原理から成る「臨床の知」を臨床現場で用いていることがまとめられる。

5. おわりに

「臨床の知」とは、「個々の場合」や「個々の場所」を重視して、深層の現実に関わり、世界や他者がわれわれに示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きをするものである。

例えば、柳田(1996a)においては、臓器移植推進派の指導的な立場にある医師の見解を(以下のように)紹介している。

救急の現場にある看護婦から「脳死は死として認められない」という意見を聞き愕然とした。彼女の意見はとても「専門家の意見」ではなく、日ごろ接触している家族の心情を思うと、脳死をもって死とすることは残酷で認められないというものであった。患者の生死という重要なことが情に流されて認識できないのでは、看護婦ではなく、介護

者になってしまう。

上記の医師の見解について、山本（1998）においては、「科学の論理」では、脳死を「人の死」とすることに大きな問題は無いだろう。しかし、この医師の見解は明らかに「科学の論理」のみに立脚しており、家族の思いを配慮した「関係の論理」が欠落している。今回のナースの意見は、患者と家族のケアの「専門家」であるために発することが出来たのであり、対人援助の専門家としての臨床的な感覚を吐露したものであると述べる⁴。

これに関連して、柳田（1996b）においては、川越厚氏との対談で、以下のようにも語っている。

柳田：人間はそれぞれ、自分だけの人生の物語を持ち、その文脈の中で生き、死んでゆく。まず、死にゆく人自身にとっての死、「一人称の死」があるわけです。これに対して、友人・知人や医療者をはじめ無縁の他人に至るまで、「彼（彼女）の死」と言える死、「三人称の死」があります。そして、一人称でも三人称でもない、家族や恋人などの関係にある死、「二人称の死」というのがある。医療現場においても、人称による死の違いを見つめ直す必要があるのではないのでしょうか。現代の医療は一人称と三人称の関係だけに限定され過ぎているからです。

川越：残念ながら、医療者の頭には、家族のことなど無いのです。邪魔だから病室から出て行ってもらったほうがいい、と考えてしまう。まさに、科学支配の世界なのです。

柳田：医療の対象を、生物学的な命だけに限定して、同居している精神的な命を無視しているのですね。しかも、「一人称の死」、すなわち、患者自身の死と、「二人称の死」、すなわち、家族や身近な人間にとっての患者の死、その二つが密接に重なり合っていることに考えが及ばない。そういった視点はまったく排除されているわけです。

⁴ 柳田（1989）においては、(1) 医者と患者のコミュニケーションが満たされること、(2) 「痛み」について積極的に取り組む医療であること、(3) 死の臨床、ターミナル・ケアについて積極的に関心を持つ医療であること、の3つを「温かい医療」を実現する道として挙げる。

また、柳田（2003）においては、医療者に望む条件として、つぎの6つを挙げている。(1) 命の質を考えようとする医療者になってほしい、(2) 患者と会話しようとする医療者になってほしい、(3) 患者の言葉の意味を深く考えようとする医療者になってほしい、(4) 患者が人生の中で大事にしているものに気づこうとする医療者になってほしい、(5) 患者の人間像をしっかり捉えしかもそれを記録に表現しようとする医療者になってほしい、(6) 患者・家族を支援する周辺システムを考えようとする医療者になってほしい。

以上は、「臨床の知」に繋がる考え方であると思われる。

これらの遣り取りに起因するものは、「科学の知」と「臨床の知」の対立の問題であり、(研究者が作り出す)「理論」と(看護師の)「現場」の乖離についての問題と、論意を同じくするものである。すなわち、(第1章で紹介した)筆者の研究報告での経験は、看護師が「臨床の知」として語る「一人の患者の死」と、研究者が「レジリエンスエンジニアリング理論」として提出する「科学の知」との対立であった。

以上から、学問や理論は、専門の知識、立ち入った高度の認識として、常識から離れることは或る意味で当然なことであり、時によっては、社会通念としての常識と相反することも必要であるかもしれないが、あくまでも人々の間の共通感覚としての常識を基盤として、それを出発点としたものでなければならない(中村, 1982)。また、「臨床の知」は、「科学の知」が見失ったもの、排除したものの豊かさを正当に回復することにより、新しい知を目指すものである(中村, 1983)。すなわち、中村(1992)においては、医学・医療について、物理学のような物質やエネルギーを対象とした「厳密科学」「精密科学」「エグザクト・サイエンス」の側面だけでなく、具体的な場面・事物の多様性・相互行為に対応する知恵に充ちた技芸(わざ、アート)を併せ持つものであり、経験から多くを学ぶ「臨床の知」、確かな根拠を持った「臨床の知」を身につける必要があることを述べる。佐藤(2007b)においても、理論的知識を内面化し、多様な理論を「実践」に取り入れる必要を述べている。

最後に、本稿では、(研究者が作り出す)「理論」と(看護師の)「現場」の乖離を埋めるためのキーワードとなる概念として、中村雄二郎による「臨床の知」の再検討を行った。すなわち、科学者や研究者は、「現場」や「実践」を意識した「臨床の知」を取り入れることが必要であり、このような姿勢は、臨床現場の範囲に留まらず、それ以外の領域でも共通する課題である。

参考文献

- 福島真人 (2013) 「臨床実践現場における科学とは」 理学療法学第 40 巻第 1 号 pp.50-55.
- 芳賀繁 (2012) 「レジリエンス・エンジニアリング：インシデントの再発予防から先取り型安全マネジメントへ」 医療の質・安全学会誌第 7 巻第 3 号 pp.209-211.
- 服部泰宏 (2020) 『組織行動論の考え方・使い方ー良質のエビデンスを手にするために』 有斐閣.
- Hollnagel,E., Woods,D. & Leveson,N. (2006) Resilience Engineering, Ashgate Publishing.
(北村正晴訳 (2012) 『レジリエンスエンジニアリング 概念と指針』 日科技連.)
- 伊藤幸郎 (1986) 「臨床の知の可能性と限界ー医師・患者関係に関する人間学的考察 (第一部) ー」 医学哲学 医学倫理第 4 巻 pp.60-73.
- 癸生川武次 (2007) 「「中村雄二郎著ー臨床の知とは何か」に於ける物理学批判について」 信州大学教育学部紀要第 119 巻 pp.141-146.
- 中村俊也 (2015) 「ソーシャルワークの知の構造 (一) ー中村雄二郎の「臨床の知」概念を手掛かりにー」 社会関係研究第 21 巻第 1 号 pp.65-91.
- 中村雄二郎 (1982) 『パトスの知ー共通感覚的人間像の展開ー』 筑摩書房.
- 中村雄二郎 (1983) 『魔女ランダ考』 岩波書店.
- 中村雄二郎 (1984) 『述語集』 岩波書店.
- 中村雄二郎 (1989) 「<臨床の知>と言語」 聴能言語学研究第 6 巻 pp.80-88.
- 中村雄二郎 (1992) 『臨床の地とは何か』 岩波書店.
- 西村ユミ (2007) 「<身体>知としてのコミュニケーションー遷延性植物状態とされる患者との関わりからー」 日本看護科学会誌第 27 巻第 1 号 pp.61-67.
- 佐藤紀子 (2007a) 「看護師が臨床で用いる「知」に関する文献検討」 東京女医大看会誌第 2 巻第 1 号 pp.11-17.
- 佐藤紀子 (2007b) 『看護師の臨床の「知」ー看護職生涯発達学の視点から』 医学書院.
- 富永真琴 (2009) 「臨床医学におけるサイエンスとアート」 山形医学第 27 巻第 1 号 pp.1-10.
- 山本力 (1998) 「「臨床学」の視点と実践研究の方法ー臨床心理学の立場からー」 岡山県立大学保健福祉学部紀要第 5 巻第 1 号 pp.55-60.
- 柳田邦男 (1989) 「これからの大学病院への期待」 順天堂医学第 34 巻第 4 号 pp.582-597.
- 柳田邦男 (1996a) 『犠牲ーわが息子・脳死の 11 日』 文藝春秋.
- 柳田邦男 (1996b) 『いのちー8 人の医師との対話』 講談社.
- 柳田邦男 (2003) 「21 世紀の医療と医学への期待」 川崎医会誌第 29 巻第 1 号 pp.1-16.
- 矢野智司・桑原知子 (2010) 『臨床の知ー臨床心理学と教育人間学からの問い』 創元社.