

医療社会福祉研究

第25巻

基調講演

臨床推論の基本的な考え方

—臨床医の思考プロセスをたどる

前野哲博

シンポジウム

看護師の臨床推論について

伊藤美栄

リハビリテーション専門職が挑む臨床推論

—介入ポイントとチームマネジメント評価—

平上二九三

ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性：

実践の可視化と実践知識の構築

高山恵理子

シンポジウム質疑応答

論文

高松凌雲の思想形成

—春日寛平からの影響を中心に—

山田みどり

実践報告

集団支援段階以降のひきこもり事例への支援

芦沢茂喜

2017年3月

日本医療社会福祉学会

目 次

基調講演

臨床推論の基本的な考え方

- 臨床医の思考プロセスをたどる 前野哲博 1

シンポジウム

看護師の臨床推論について

伊藤美栄 13

リハビリテーション専門職が挑む臨床推論

- 介入ポイントとチームマネジメント評価— 平上二九三 21

ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性：

- 実践の可視化と実践知識の構築 高山恵理子 29

- シンポジウム質疑応答 37

論文

高松凌雲の思想形成

- 春日寛平からの影響を中心に— 山田みどり 45

実践報告

- 集団支援段階以降のひきこもり事例への支援 芦沢茂喜 55

[基調講演]

臨床推論の基本的な考え方 ——臨床医の思考プロセスをたどる

前野 哲博*

野村 基調講演「臨床推論の基本的な考え方——臨床医の思考プロセスをたどる」を筑波大学医学医療系地域医療教育学教授・前野哲博先生にお願いいたします。

前野 今日はこのような席にお呼びいただきましてありがとうございます。野村先生からメールをいただいた時に「臨床推論」というものがソーシャルワーカーというみなさんの職種のお役に立てるのかどうかかわからず、これからお話するような動画のファイルを送って確認していただいて、それでもよいとおっしゃっていたので、それならば、とお引き受けした次第です。私は現在、地域医療教育学というところで仕事をしていて、臨床のバックグラウンドは総合診療医です。明日こられる松井先生は学生時代からよく知っていますが、家庭医と同義だと思っていただいて結構です。医師は日頃から患者さんの話を聞いて診断するという臨床推論を地で行く作業を毎日やっているわけですが、それをどうぞ紹介するとわかっていただけるかなど。ここにきてから先生方の抄録集を見せていただき、方法論の理論的なバックグラウンドは、この後のシンポジウムで松井先生などが話されると思いますので、今日は実践的な話をさせていただこうと思います。

臨床推論を説明するときに、例えば「仮説演繹法」のように認知医学的な用語を用いて説明

する方法もあるんですが、私もこういった専門用語はあまり得意ではないので、もっとざっくりとお話して、そしてそういうことは言葉だけではうまく伝わらないのではと思っていますのでワークをやりたいと思います。ネタを4つ用意しました。せっかくやるならみなさんの臨床に役立つものがないかなと思ひまして、一番よくあるのは風邪。風邪を医者はどうみるという、日頃の自分やご家族に役に立つのではないかと思ひますので、よくある症状として「風邪」と「腹痛」を採り上げて実際に医者はどうのよう頭を使って診断しているかを体験していただく時間にしたいと思います。

今日の構成です。最初に理論的なものをお話します。そして風邪と腹痛について2つずつ症例を用意しました。

「臨床推論」のプロセスについて。究極に単純化すると、「どこで」、「何が起こっているか」の2つの軸で考えます。つまり「部位」と「病因」、どこの部位にどんな病理的な変化が起こっているか、ということです。「部位」というのは解剖学的な神経系、消化器系、循環器系、体のどの系統の異常か。「病因」は血管が詰まった、破れた、ガンができた、炎症を起こした、などがこれに当たります。この2つの組み合わせが診断の基本になります。医師は、診断をつけるうえで、この2つを明らかにするために、患者さんの話を聞いて頭を使っているといっても過

*Tetsuhiro Maeno : 筑波大学医学医療系地域医療教育学教授

言ではない。こうして2つの要因を縦横に組み合わせると星の数ほどある病気が一瞬にして絞り込まれます。

ここで例を示します。まず「神経系」と「変性」。そうすると、ここから後、やることは変性して萎縮した脳を画像で調べてみる。あるいは神経伝導速度が落ちていないかを測定する。そして、脳の変性疾患としてでこういう症状が出ているのであれば、神経学的にこの領域の異常を確かめましようとなっていく。このカテゴリーに入る病気は、たとえばパーキンソン病とかアルツハイマー病とかALSなどになります。

次は「循環器系」と「血管病変」。これは、心臓、動脈に、血管が詰まったか、破れたか、血流がうまくいっていない、という病気がおこっている。ここに入る病気は心筋梗塞、大動脈解離、エコノミークラス症候群といわれるものも血管病変です。こういうからくりがわかれば血管が詰まっているならそれを溶かす、穴を広げる、手術して塞ぐ、などの治療が必要になります。おそらく、内服薬よりは外科治療が必要になることが多く、緊急の対応が必要なケースが多くなります。

「消化器系」「腫瘍」というのは、例えば、3カ月前から食欲がなく体重が減ってきた。ガンではないか、と疑うケースです。ここに入るとわかれば胃カメラをやりましょう、大腸ファイバーをやりましょうとなる。このようにカテゴリーを縦と横で組み合わせることによってこの患者さんはどのマスに入るかを考える。鑑別診断の基本骨格はこれだけですので、まずこういった大きな枠組みでとらえていただいて、これにさまざま患者さんのストーリーが乗ってきます。患者さんの気持ちを思い、家庭環境もあっていろいろ複雑になってきますが、それを全部取っ払って医学的に原因を絞り込む考え方をイメージしていただくとわかりやすくなるのではないかと思います。

臨床推論がなぜ難しいかという、どの臓器にどのような病理学的変化が起こっているかを、患者さんの話や診察で当たりをつけていくとこ

ろが難しいわけです。今日はその中で非常によく使う、非常に役に立つ、医師でなくてもできるものを5つ、お話ししたいと思います。「発症様式」「症状経過時間」「分布」「鑑別診断分析」「組み合わせ」です。これから一つずつ説明していきます。

まず、「発症様式」です。ここではスピードとトレンドについて説明します。スピードというのは症状が始まってからどれくらいのスピードで今に至っているか。一瞬にして病気が完成しているのか、2年かけてじわじわと完成してきているのか。このトレンドというのは昨日や一昨日に比べて悪くなっているなら増悪、一昨日に比べて昨日よりは今日の方がいいのは改善、軽快。そして全然変わらないなら不変、という感じをいいます。つまり、どれくらいのスピードで悪くなって今、トレンドがどう向いているか。このような大きな流れをとらえることは大事です。たとえば、写真を撮ったらボールが宙に浮いていた、とします。この写真だけでは、ボールが跳ね上がってきたところなのか、落ちてきたところなのか。静止画だけではわからない。これと同じように、患者さんの話から、昨日はもっと高いところであって今日はここ、というなら明日はもっとよくなっていく過程を見ているのでしょし、だんだん悪くなってきて今、ここにあるなら明日はもっと悪くなるかもしれない。ひょっとしたら死んでしまうかもしれない、という予測を立てるわけです。このように、ピンポイントではなくトレンドでとらえることによって重症度の判断ができる。どれくらい待たなければいけないか。すぐに医者にみせなければいけないかという見通しを立てるのに役立ちます。

今の二つを組み合わせるといろんなパターンが見えてきます。まずは、突然始まって同じように持続するパターン。今日の話聴いて何か一つ覚えて帰るなら、これを覚えておいてほしいのですが、「突発」「持続」はロクな病気はないんです。まず病気の原因の中で感染症を考えてみます。1秒で風邪は引かない。1秒で肺炎

にならない。3秒前まで胆嚢炎がなかった人が今、胆嚢炎にはならない。3秒でアルツハイマー病にならないし、1分でガンにならない。ということで、秒で症状が完成することは物理的な破たんを意味しているんですね。何かグシャッと破れた、何か詰まったという物理的な変化を表している。物理的な変化ですから薬では治りません。基本的には手術適応です。物理的な原因でわかりやすいのは外傷ですね。殴られた、落ちたら何時何分、何秒で突然痛くなる。ただ、患者さんに「どうしたんですか?」「3分54秒前に急に右の肘が痛くなりました。実は転んだんです」と、まずいわない。外傷の場合は受傷歴を先に言いますので、迷うことはない。ぶつけた覚えがないのに突然症状が始まるとすれば、体の中で何か破れたり、切れたりしている。これは手術をやるかどうかを検討することが多い。ここで、「突然」かどうかを聞き出すのが大切で、例えば、患者さんは「急に」ということがあります。授業中に急に眠くなってきたという学生はよくいますけど、さすがに2秒では眠らないですね。よく話を聞いて、本当に5秒で症状が完成した場合は、程度の強さにかかわらず、緊急手術を考える必要がある。たとえば、大動脈解離のような緊急事態ですね。

次にスピードはゆっくり、トレンドは増悪。じわりじわりと悪くなっていくパターンは時間軸で病気の原因を推測します。もしこれが5年かけて進んでいく場合、変性疾患を疑います。わかりやすいのはアルツハイマー病。何年もかけてじわりじわりと病気を起こしていくのが変性疾患の特徴です。神経難病などもこういうパターンをとります。もしこれが数カ月で悪くなったらどうか。3カ月ほど前から何となく食欲がなくて3カ月で体重が5キロ減ってしまった。こういう経過の場合、一番フィットする対応は悪性腫瘍です。たとえば、大腸ガンができた場合は月単位で症状が進行します。これが日単位、たとえば3日間かけて悪くなっていく場合は感染症を疑います。肺炎などがこれに当たります。このパターンは体の中に何か起こり、ゆっく

りだけど、確実に進行している。夜中にたたき起こして医者につれていく必要はありませんが、必ず医者にみせる必要がある。今日より明日、明日より明後日と悪くなる。この原因をつき止めて見ていかないといけない。

次のパターンです。頭痛もちとか、腰痛もちとか、緊張感頭痛とか、「先生、いつも頭が痛いんです」「この前と比べるとどう?」「同じです」「何年前から?」「15年前から」。ずっと同じに続いているので将来も変わらないだろうと予測できますね。10年も症状が続いている原因がガンだったらもう死んでいますから、ここまで長くかつ変わらなければ、悪い病気はあまり考える必要がない。

次のパターンです。悪くなってよくなった。たとえば、風邪を引いて治ったというような感じ。もちろん、治ってから受診してもらえたら「よかったね」で済むんですが、「今日はどうしたんですか?」「風邪引いたんだけど、治りました」と治ってから受診する人はいませんから、まだ症状があるうちにくるわけです。そうすると、この人は将来どうなっていくかを予測しないといけない。こういう状態で病院に来院した場合まだピークを超えていませんので、さらに悪くなるかもしれないし、よくなるかもしれない。両方の可能性を考えながら様子を見ることになります。

それに対して、こういう形もあります。先ほどと違うのは、ピークを超えている、ということ。熱は下がっているけど、少し咳が残るので病院にきた、というような場合です。もうピークを超えているのでトレンドでいえば改善傾向ですから、これは安心して様子を見ていでしょう。それから、反復する場合。たとえば、時々頭痛がして、脳腫瘍を心配して外来にやってきましたとします。「頭が痛いんです」「どれくらい痛みがありますか?」「週2回くらい頭が痛い」「いつからですか?」「3年前からです」。3年前から週2回だったら1年間約50週×3×2、300回頭痛があったわけですね。ここで大事な質問は「いつもの頭痛と同じですか?」。

これまでと同じ頭痛であれば、301回目の頭痛なら基本的に心配はない。患者さんはよく「先生、脳腫瘍じゃないでしょうか？」と心配されることが多いのですが。脳腫瘍が300回出たりするわけではないですよ。同様に「脳出血ではないでしょうか？」と心配されることもありますが、脳出血が300回もあつたら外来に歩いてこられません。頻繁に繰り返される頭痛は大丈夫です。大切なことは、完全に0の時間がある、ということです。もし原因が感染症とか悪性腫瘍とか変性疾患だったら、途中で完全に元に戻ることはありません。元に戻るということは可逆性の元に戻る原因で起こる。たとえば、片頭痛とかですね。片頭痛は痛くなって半日くらい、暗い部屋で寝ていると治る。何年も経験されている方がほとんどなのであまり心配はしなくて大丈夫です。一般的に反復するものは基本的には安心なものが多い。

次は、「症状の経過時間」です。3日前からの熱は感染症を疑いますが、たとえばそれが3カ月も続いたら、感染の可能性はむしろ低くなります。たとえば肺炎だったら3カ月も病院に来ないでほっておくことはないの、むしろ膠原病とか腫瘍とかの方が考えやすいです。このように、いつからこの症状があるかによって、ある程度、病気の原因は絞れることがあります。たとえば、吐き気がある。若い女性の場合、つわりを考えないといけないわけですが、「吐き気はいつからですか？」「2年前から」。つわりは2年続くことはありえないのでその時点で除外できますね。こういうこともどんな原因で病気になったかを疑う時の重要な一つのファクターになります。

次に「症状の分布」。分布は専門的にはいろいろありますが、まず大切なのは左右。例えば、尿路結石は尿管の狭いところに石ができてギューッと刺激して強い痛みが出る病気です。腎臓は左右二つある。左右が同時に2016年9月3日14時5分にドンと尿路結石になることは、まあないですね。尿路結石の痛みは絶対に片側です。両方、左右対称に痛いという尿路結石は

ない。それから、脳は厳密に左右別々に支配しています。左右同時に動かなくなる脳の病気はあまりない。「脳幹部に両側性の病気が起きたらそうなりませんか？」。できる医学生はそういうかもしれませんが、脳幹部に両側にまたがる脳梗塞や脳出血は「何々さん、お入りください」「はい」といって歩いて入ってこられるはずがないんですね。そういう人は意識障害になって救急車で運ばれますので、外来で「両手がしびれる」というと脳じゃないと考えることができます。これも、左右にまたがるかどうかの一つのポイントになります。

次は、寛解・増悪因子。面接してこの病気かなと疑った場合、「その病気ならこの症状があるはず」「こうしたら楽になるはず」「こうしたら辛くなるはずだ」ということを、こちらから聞いてみるといいと思います。たとえば、骨折している人はそこに体重をかけたら痛いでしょうし、そこを動かすと痛い。例えば胸痛を診る場合、肋骨骨折の人は深呼吸や咳払いでものごとく痛い。その一方で、心筋梗塞の人は深呼吸をしても痛みは変わりません。つまり、そこに物理的に力をかけて痛みがあれば筋骨格系の病気です。動作、一歩目が痛いというのは筋骨格系で、それに対して労作は歩いているうちにだんだん苦しくなる。これは循環器や呼吸器の病気を疑います。逆もあります。「先生、息が苦しいんです」「どういう時に苦しいですか？」「買い物にいった帰ってきて、家でホッとお茶を飲んでいる時に息が苦しくなる」。買い物にいったものを運んでいる時は苦しくなくて座っている時の方が苦しい。心臓の病気や肺の病気です。安静時の方が、息が苦しい病気はありません。心臓や肺に負担をかける、動いている時に苦しくなくて、じっとしている時に苦しいことはないの、この病歴を聞いただけで心電図もレントゲンもいらぬ。これは大丈夫だとわかります。

食事で悪くなるのは消化器系の特徴です。また、むしろおなかにものを入れた方がおさまって痛みが軽くなるのは胃潰瘍の特徴です。みなさん経験あると思いますが、排便の前におなか

が痛くなり、排便によって痛みがきれいに变化するのは消化器系の痛みです。あとは朝に多い病気とか、起きたり、座ったりすることによって変化するものもあります。このように、どういう時に辛くなるか、どういう時に痛くなるかということを知ると鑑別に役立ちます。

そしてこうやって病歴を聞いていっても複数の疾患が残る場合。鑑別診断を上げればキリがないので、それをさらに絞りこむ時、強力なツールは一元的に考える、ということです。たとえば胸が痛い。気胸じゃないか。心筋梗塞じゃないかといろいろな病気が浮かびますが、もしこれが熱を伴っていたらどうでしょうか。39度の発熱と胸痛がある時、気胸、胸膜炎のどちらが考えやすいでしょうか。胸膜は肺の表面にある膜で、炎症を起こすと結構痛い。気胸は肺に穴が空いて潰れて小さくなっている状態。どちらも胸痛は説明がつく。でも、肺に穴が空いても熱は出ないですよ。それに対して胸膜炎は胸膜の炎症ですから胸痛もあり、発熱もあります。主訴である胸痛だけにフォーカスすると両者の区別がつかないですが、この人の発熱も含めて一つの原因で説明できるかどうかを考えると、気胸では説明できないが、胸膜炎では説明できる。従ってこのケースは胸膜炎であると考え、ということになります。

こちらの咳と鼻水についてはいかがでしょうか。肺炎で咳は出ますが、鼻水は出ない。一方、風邪は咳も鼻も出る。ということは、咳と鼻水を伴う場合は肺炎よりは感冒を考える。このように、訴え以外の情報も含めて考えることによって大幅に診断を絞ることができます。ということで臨床推論のさわりを説明しました。面白いと思った方は臨床推論の本を書いていますので興味がある方は見ていただければと思います。医者以外の人向けに高校生でもわかるように書いたつもりですが、実際医療者でない方もわかるといわれましたので、皆さんも楽しめると思います。ぜひ興味のある方は読んでください。

ここまで総論ということで、次にワークをやっていきます。医学生だと詳しい病歴を出して鑑

別を上げて絞り込んでいくのですが、今日は診断を当てる練習ではないので、絞りこんでいくプロセスを体験していただき、それをどう考えるかを解説していきたくと思います。今日は腹痛と風邪に関して2つケースを出します。先という答えはここに示した4つの診断のうちどれかです。それでは、3人組または4人組をつくってください。周りを見渡して3人組、4人組ができた方はお座りください。皆さんに風邪用と腹痛用と1枚ずつ。シートを2種類配ります。

それでは症例にいきたくと思います。最初に、このワークシート①について説明します。今回は、この4つのどれかを選んでもらうわけですが、実際の臨床は答えの一つに絞るやり方は危険なんです。マークシートだったら最も考えられる疾患はどれか。という質問に対して、7割の確率で肺炎と思えば、それを選べば正解となりますが、7割だとすると3割は違うということです。肺炎だと思って治療したら3割の患者は治らない。それを「外れてしまいましたね」というわけにいかない。実際の臨床では、1番はこの病気で7割。でも、この可能性も2割ある、この病気は5%ある。という形で考えて、確率は低くても死ぬかもしれない病気はちゃんと検査をしておこうということになります。つまり、鑑別診断は全部足してほぼ100%にしないといけない。大切なのは外さないこと。星の数ほどある病気の中から疾患を絞り込み、でも

鑑別診断			
疾患名	合うところ	合わないところ	可能性
かぜ			
副鼻腔炎			
扁桃炎 (咽頭炎)			
肺炎			

①

ほぼ100%カバーする、というのが臨床医の腕の見せ所です。ということで今回は、4つの中のどれかという意味では絞られていきますが、その可能性が何%かを決めてください。症例の可能性として60%、これが30%、これが10%、合計100%になるように数字を入れてください。数字をイメージする根拠になるもの、合うところと合わないところがあると思うのでそれを記入してください。これは、患者さんがいう症状だけではなく、ないはずのものがある、あるはずのものがないということも証拠になります。患者さん側からはいってこないこともあるので、その場合はこちらから効率よく質問を投げかけて順位をつけていきます。それではこれから症例を見せますので合うところは何か、合わないところは何かを見比べて「これだけ合うところが多いからこの病気だろう」、あるいは「矛盾はしないが、これは合わないからこれじゃないな」と考えていただきます。症例を見せて5分、埋めていただきます。最初に個人ワークを一人でやって、その後3人組、4人組のグループで討論してください。正解を一つ導こうとしないで結構です。最後にいくつか意見を聞かせていただき、それにコメントする形で進めたいと思います。よろしいでしょうか。では最初のケース②です。

症例 1 24歳男性

患者：すみません、風邪薬ありますか。
 医療者：どうされたんですか？
 患者：おとといから、とにかくノドが痛くて・・・。
 医療者：熱はありますか？
 患者：ええ、昨日測ったら8度7分ありました。
 医療者：鼻水はありますか？
 患者：いえ、それはないですね。
 医療者：咳が出たり、息が苦しくなったりすることはありますか？
 患者：いえ、そういうことはありません。
 医療者：他に症状はありますか？
 患者：いえ、とにかくのどが痛いんです。水を飲むのもつらくて、食事もうようにとれません。
 医療者：今まで何か大きな病気は？今、何か病院にかかっていますか？
 患者：いえ、特にありません。

②

この4つの病気に点数表を埋めてみてください。個人ワークで。3分間お願いします。(個

人ワーク)。

さて、それではグループでお互いに見せあって書いてください。最初に自己紹介をしてください。(グループワーク)。

それでは、引き続きもう一つの症例③に進みたいと思います。先ほどの症例との違いを意識しながら、鑑別を考えてみてください。(グループワーク)

症例 2 43歳女性

医療者：今日はどうされたんですか？
 患者：昨日の夜から8度3分の熱が出て、のどが痛いんです。
 医療者：鼻水や咳はどうですか？
 患者：鼻水もあります。今朝からは咳もだんだん出てきました。
 医療者：他に症状はありますか？
 患者：そうですね。ふしふしも痛いし、身体もだるいです。
 医療者：食欲はありますか？
 患者：いえ、あまりありません。普段の半分くらいですかね。
 医療者：今朝は熱は下がりましたか？
 患者：いえ、今朝は38度2分で、あまり変わらないですね。
 医療者：今まで何か大きな病気は？今、何か病院にかかっていますか？
 患者：いえ、特にありません。

③

〈グループワーク後〉

それでは、風邪症状について解説したいと思います。ところで、風邪ってなんでしょう。研修医に聞いてみても、意外と風邪の定義をいえない人が多いです。なんとなくイメージはあるんだけど改めて定義というとなかなか難しい。「3日前から発熱、喉が痛い」。これは風邪でいいかもしれません。「昨日から気持ちが悪くて今朝、下痢をした」。これって風邪ですか？「2週間前に発熱、その後、咳だけ続けている」。これは風邪ですかね。「この2週間、どうも体がすっきりしない。1週間前から頭がクラクラする。2カ月前から集中力が続かない」。これはうつ病のケースですが、これはみな、患者さんが「風邪」といってやってくる可能性のある症状です。風邪は診断名ではありません。主訴です。つまり、患者さんが「風邪を引きました」というのは診断名ではなくて、「自称」風邪なんです。そこをイメージしておく必要があります。では、本物の風邪は何か。「自然寛解する」「ウイルス

性」の「上気道炎」。これが定義です。上気道炎ということですから、自覚症状としては咳、鼻、喉の3つがキーワードになります。ちなみに本物の風邪であれば自然緩解するわけですから治療はいらないんです。だから、痛ければ痛み止め、咳が出れば咳止め、というように対症療法でいい。つまり、本当の「風邪」と診断がついたらその時点で診療はほぼ終わり。あとは症状によって薬を出せばいいんです。でも、その一方でこういう言葉がありますよね。「風邪は万病の元」。これはどう考えたらいいのでしょうか。実は風邪が万病の元になるのではなくて、万病が自称「風邪」といってやってくる、というのが実状なんですね。ですから、風邪の診療は、自称「風邪」、その中から本物の風邪を見つけだせば、もう終わるわけですから、大切なことは、その中に潜む万病を見逃さないこと。すなわち、風邪の診療とは自称「風邪」の中から「ニセモノ」を見つめる作業だといってもいいでしょう。

その時に考えなければいけないのは、細菌感染症かウイルス感染症か、という点です。これは治療を考える際に極めて重要で、本物の風邪であれば抗生物質は必要ありません。風邪に抗生物質が効かないことは、これは世界的に証明されていますので、これは意味がない。となると、抗生物質を使わないといけない細菌感染症をきちんと見つけ出すことが重要になってきます。そのときにキーワードになるのは「細菌性」と「ウイルス性」の特徴④です。「細菌性」は原則として感染した局所で病変を起こし、あまり遠く離れた場所に病変を来すことはそれほど多くありません。ですから、肺に細菌感染が起これば肺炎の症状、副鼻腔に起きれば副鼻腔炎の症状、咽頭に起きれば咽頭炎の症状が出ます。ですから、たとえば肺炎になって鼻水は出ることほとんどない。副鼻腔炎は喉が痛くならない。これが特徴です。それに対して「ウイルス性」は幅広い臓器に症状が出るのがよくあります。たとえば、喉も痛いし下痢もある、とか、皮膚に皮疹が出たり、とか、わりと広く症状が

細菌性？ ウイルス性？		
	細菌性	ウイルス性
部位	原則として感染した局所にとどまる	多部位にまたがる症状を呈しうる
発熱期間	ほとんど3日以上	多くは3日未満

④

出ることが多い。もちろん、ウイルスで100%複数臓器に症状が出るとは限りませんし、細菌性でも複数の症状が出ることもゼロではありません。ただ、どちらの可能性が高いかということは大雑把に分けて考えて、どちらから攻めめるかを考える材料に使っていただければと思います。それから発熱の持続時間ですが、細菌感染は抗菌薬を的確に使わない限り、3日以上発熱が続くことが多いですが、その一方で、ウイルス性の上気道炎の多くは3日以内です。みなさん、自分が風邪を引いた時のことを思い出してください。おそらく、3日を超えて4日連続、38度の熱が出た、という人はかなり少ないんじゃないでしょうか。それがウイルス性の特徴です。この二つを組み合わせると細菌性とウイルス性の当たりをつけることができます。シチュエーションによっても異なりますが、もともと、風邪を訴えて受診する人の「細菌性」と「ウイルス性」の割合は約1対9といわれています。それだけ細菌性の方が少ないわけですが、すでに3日以上発熱が続く、という患者さんの場合は、細菌性の確率がそれなりに高くなりますから、4日目になってもまだ熱が下がらないようならこれは医者に見せたほうがいい。

さてここで、上気道炎の症状である鼻、喉、咳の3つについて、それぞれ○と×の組み合わせ⑤をつくってみました。数学的にみて、これがすべての組み合わせになります。まず、鼻も喉も咳もあるもの。これは風邪です。病歴だけ

上気道炎症状

ハナ	ノド	セキ	アセスメント
○	○	○	典型的な風邪
○	○	×	おそらく風邪
○	×	○	鼻が原因(副鼻腔炎、鼻炎など)
○	×	×	鼻が原因(副鼻腔炎、鼻炎など)
×	○	○	おそらく風邪
×	○	×	細菌感染症に注意
×	×	○	肺炎、後鼻漏、喘息、GERD、薬
×	×	×	風邪ではない！

⑤

で診断を確定できるというケースはそれほど多くないのですが、これに関してだけは、ほぼ間違いないといわれています。「自称」風邪で受診する危険な病気、たとえば肺炎、溶連菌感染症などはいずれも鼻、喉、咳の3つとも同程度には出現しませんこれは皆さん、今後自分やご家族の風邪を判断するのにすぐに役立ちますよ。鼻、喉、咳、3つともあったら風邪ですから、必ずしも病院を受診する必要はなく、つらければ薬局で市販薬を買って家で寝ているのが一番です。

次は、鼻と喉だけがある場合。これも複数部位にまたがっていますので、多分、風邪です。それから、鼻と咳のみの場合。喉がスキップしていますけど、原因は鼻にあります。鼻水が喉の奥に落ちて喉の奥で痰になり、咳が出るという機序で説明できるからです。逆に、肺の病気で鼻水は出ませんので、原因は鼻にあるといえるわけです。鼻に原因がある病気で心配なのは副鼻腔炎ですが、副鼻腔炎はよほど重症でなければ、1週間くらい様子を見ると、細菌性であったとしても自然軽快が期待できます。ですから、少なくとも今日、必ず病院にいかないといけないということはそんなにない。つまり、多分風邪だし、あったとしても待てる副鼻腔炎ということです。

鼻だけの場合はもちろん鼻の病気を疑いますし。喉と咳は多分風邪です。風邪の症状で最も恐いのは喉だけにくる場合です。溶連菌感染症

もそうですし、急性喉頭蓋炎という危険な病気もあります。その他扁桃周囲膿瘍とか咽後膿瘍など、局所的に化膿して危険な状態は、喉だけに症状がきます。自称「風邪」を訴える人の中で、すぐに病院に送らないといけない可能性があるのはこれです。それから、喉と咳がある場合、これも多分、風邪です。咳だけの場合は、風邪とは鑑別が変わってきます。喘息とか薬剤性の咳とか。逆流性食道炎なども考える必要があります。鼻も喉も咳もない場合。これはそもそも上気道炎ではないわけですから、鑑別が全く違います。自称「風邪」であって風邪の症状ではないので、何のことを「風邪」といつているかを突き止める必要があります。

この8つをまとめてみると、鼻水がある最初の4つは、この中に風邪か、おそらく風邪か、待てる副鼻腔炎しかありません。つまり、鼻がある風邪は比較的大丈夫、ということです。それから、二つ以上に○がついているものは、例えば肺炎とか扁桃周囲膿瘍のような、待てない病気はほぼ含まれないので、これも比較的安心できます。また、3つが同程度にある場合は基本的には風邪ですので、基礎疾患があったり、全身状態不良であったりしなければ、そんなに心配はない。

症例をみてみましょう。症例1は、発熱期間は3日は超えていません。ウイルスの場合、1、2日で下がることが多いのでもし熱が下がらないなら、「3日を超えると細菌性の可能性があるぞ」と思って気を引き締めないといけない情報ですね。そして、咽頭痛、発熱があるけれど、咳、鼻がない。そうすると、喉にきている細菌感染症の可能性があるので、受診を勧めてください。もちろん、喉だけに来る風邪のこともあります。それは病院を受診してから、医者が判断すればいいと思います。

肺炎は必ず熱があるかということ、そんなことはありません。お年寄りの介護施設に入っている方で熱は全くなくて肺炎だったということがあるでしょう。お年寄りで発熱の肺炎は半分もありません。熱が高ければひどいわけではあり

ません。お年寄りにはただ食欲がないだけで肺炎ということもあります。肺炎なのに気道症状が一切ないことがありますので病歴情報だけでお年寄りの肺炎を診断するのはとても危険です。では、何がキーワードになるかという、バイタルサインです。肺炎のほとんどは、バイタルサインの何かは動くと言われていて、血圧も脈も体温も呼吸も動かないのは、ほぼ肺炎は除外できます。あとは日単位の経過です。この数日、急にボケた。この2日間、急にご飯を食べなくなった、など、日単位で症状が変化した場合は、全く気道症状がなくても、全く熱がなくても肺炎を疑う必要がある。肺炎の死亡の9割以上は65歳以上です。特にお年寄りの場合、肺炎は致命的疾患ですから、もし見逃したら、これは心筋梗塞を見逃したに等しい。日単位でおかしい人は必ず感染症をチェックする。これが鉄則です。

次のケースでは、3日以内の発熱で、喉、鼻、咳と3つとも揃っています。ふしぶしが痛いのはウイルス性感染症によくある症状です。食欲がないと訴えていますが、それでも半分は食べられているということは、今、点滴する必要はない。それから、この患者さんの年齢は43歳です。98歳だったら他の選択肢も考えますが、43歳でご飯が半分食べられて喉、鼻、咳が3つ揃っている。となれば、これは大丈夫。です。風邪だと診断して、経過を見ていて良いと思います。

最後に、風邪の治療について触れておきたいと思います。風邪には根本的治療はありません。診断がついたら対症療法です。風邪に抗生薬は効きませんし、風邪薬を早く飲んだら早くよくなるわけではありません。ですから、とある薬のコマーシャルにある「効いたよね、早めに〇〇」というのは早く飲んだから効いたわけではなんです。風邪薬を使うのは、治るまでの間の症状を和らげることが目的です。ですから、我慢できるなら何も飲まなくていい。症状がコントロールされているならOTCで十分です。つまり、治療のために病院を受診する必要はあり

ません。風邪で医療機関を受診させるべきケースは、「風邪でいいんだらうか?」と思った時。それから、水も飲めず、点滴しなければならぬ場合などです。ぜひ、セルフメディケーションを推進して、混雑している外来を少しでも楽にさせていただきたいと思います。

よく点滴を希望されるか違いますが、点滴の中身は水と塩です。口から飲んでも血管から入れても同じです。ということで、口から水が飲めていれば点滴はいりません。栄養分は2日くらい何も食べなくても大丈夫ですから、水が飲めているか、全身状態が大丈夫か、基礎疾患がないか、を確認して、大丈夫そうな風邪なら病院に行く必要はありません。

時間がなくなってしまったので、腹痛のワークは簡単に進めたいと思います。鑑別診断は4つ、急性腸炎、虫垂炎、胆石症、大腸ガン。症例3は病棟でのケース⑥です。今日は時間がないので、最初からグループ討論してください。(グループワーク)

症例3 78歳女性

医療者：〇〇さん、今日の調子はどう？

患 者：あの、今朝からおなかが痛いの。

医療者：どこが痛いの？どんな痛み？

患 者：はっきり言えないんだけど、おへその周りがシクシクとね…。

医療者：どれくらい痛むの？今も痛いの？

患 者：いやもう、痛いときは冷汗が出るほど痛くて…。少し経つと楽になるんだけど、数分するとまた痛みがワーツと波のように押し寄せてくるの。トイレに行くのと楽になるんだけど、今朝になって痛みが取れなくてね…。

医療者：他に何か症状はない？吐き気や下痢は？

患 者：少し気持ち悪いけど、吐いてはいません。あと、夜中から下痢が始まって、今朝まで3回トイレに行きました。

⑥

それでは解説に移りたいと思います。腹痛の鑑別診断は大変難しく、それだけで一冊の本になっているくらいです。なので、ここで簡単にまとめるのが非常に難しいので、今日は「帰せる腹痛」⑦についてご説明します。まずはこの腹痛について理解していただいて、それ以外なら「医療機関を受診する」と覚えるのがシンプルです。

帰せる腹痛

- 分単位で変動する腹痛であること
- 痛みがほぼゼロになる瞬間があること
- 便通による改善があればより確実(必須ではない)
- 下痢以外の随伴症状がないこと
- バイタルサインが安定していること
- 全身状態が良好であること
- 悪化時にはすぐに受診できる体制にあること

⑦

症例で提示したのが典型的な「帰せる腹痛」です。ポイントは波があるということ。総論でいいましたが、「反復性」は比較的大丈夫ということ。もちろん大腸ガンができて腸が細くなって詰まりかけて反復性があることはありますが、その場合、進行はゆっくりですから、診断が2日遅れてもそんなに大きな影響はありません。

「帰せる腹痛」というのは何か。それは「消化管の蠕動痛」だけの場合です。腹痛を来す怖い病気はガンとか血管病変とか、膵炎とか消化管穿孔とかいろいろありますが、いずれも、分単位で症状が変動することはほとんどありません。分で変動する痛みの正体は、消化管の蠕動痛なんですね。その時の重要なポイントは、痛みがほぼ0になる瞬間があること。腹膜炎とか何とか出血は痛みが0になりませんので、0になる瞬間があることは可逆性の変化、元に戻りうる。器質的变化ではなく機能性の変化であることを表しています。さらに便通による改善があれば、ほぼ確実です。皆さんも、おなかが痛いトイレにいつてみようと思つすよね。それだけ頻度が高く、みなさんも経験を通して覚えておられるのだと思います。随伴症状については、下痢があつてもいいですが、それ以外のことがあつたら病院にいった方がいいと思います。それからバイタルサインが安定していることも条件です。それから、全身状態が安定していること、悪くなった時はすぐ病院にいけるという

条件が揃っていることも考慮する必要があります。

今述べたルールに当てはまらないものがあれば受診を勧めただけだと思いますが、ただ幸いなことに腹痛患者の一番多いのは今ご紹介した「帰せる患者」さんです。このパターンを知っているだけで「おなかが痛い」という患者さんのかなりの部分の様子をみるができます。

それから、痛みの場所がはっきりいえないことは内臓痛であることを意味しています。強さに関しては、実は痛みの強さで鑑別は意外と変わらない。これは腹痛に限つた話ではなくて、例えば仕事にいけるくも膜下出血とか、歩いてくる心筋梗塞とか、そういう患者さんもおられますので、気をつけていただきたいと思つます。逆に、腸の蠕動痛もグューツとなつたら油汗が出るほど痛いですが、それだけでは命には別条ありません。このように、痛みの強さで疾患を絞るのは難しいと覚えておいてください。

分単位の波があり、排便による変化がある。これは大きな手がかりです。組み合わせで元的に考えると、この情報だけでほぼ消化管に絞り込むことができます。あとはバイタルが安定して水が少し飲めれば、少なくとも明日の朝でもいい。ということで「帰せる腹痛」です。

逆に、絶え間なく続く腹痛は要注意です。腹痛のバイブルといわれる本があるのですが、そこには6時間以上、絶え間なく続く腹痛は緊急手術になる可能性が高いと記載されています。皆さんも、ご自身がおなかが痛くなつた時のことを思い出してください。おそらく、絶え間なく6時間は続いたという経験をお持ちの方は極めて少ないのではないかと思います。ですから「本当に」腹痛が持続している場合は急い方がいいですね。

さて、今日は総論から始まり、風邪と腹痛のお話をしてきましたが、これはたくさんある症状の中のごく一部です。お話を通して、こんなふうには医者も考えているんだということを感じただけだつたらと思つます。どうぞご清聴あり

ありがとうございました。

休憩の後、セッションでご質問などいただけたらと思います。最後にもう一度拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

野村 前野先生、ありがとうございました。この後もシンポジウムにご参加いただきますので、

[シンポジウム]

看護師の臨床推論について

伊藤 美栄*

1. はじめに

本日は臨床推論について私の実践をお話したいと思います。私は平成9年まで臨床で助産師をしていましたが、その後教員生活に入り、平成25年に看護師長として臨床に戻りました。久しぶりの医療現場は高齢化、在院日数の短縮化、チーム医療、クリニカルパス、電子カルテなど大きく変化していました。そのような中で、はじめの頃はソーシャルワーカーには一体いつから介入してもらえばよいのか悩みました。例えば、あるケースでは「治療方針が決まってからにしましょう」となり、別のケースでは、「意思決定の場から支援したいので治療方針を決める場から同席したい」と言われたりしました。看護職と違って患者とどのようにして出会うかある程度コントロールできるので、ソーシャルワーカーによって患者との出会い方にこだわりがあるような印象を受けました。これは学会テーマである「ソーシャルワーカーが挑む臨床推論」で私が真っ先に浮かんだエピソードです。これはソーシャルワーカーの方たちが多職種からの情報を得ながら患者の全体像を捉え、介入デザインを描いている臨床推論を表しているように思いましたので、後ほど皆様の意見をお聞きしたいと思います。

本日は、「臨床推論」の概念について、私が調べた範囲をお話し、ある程度わかったところで、それをどう教えたらいいのか、そのアプロ

チについて、私の経験をお話させていただき、そして最初の疑問に戻って多職種と連携する時、専門職がつながっていくためのチームの推論について皆様と一緒に考えたいと思います。

2. 臨床推論の概念

臨床推論 (clinical reasoning) とは、目の前の状況で何が起きているのか、最優先すべき問題は何かを考えながら行動する臨床下の思考プロセス、いわば専門家の臨床下での問題解決思考をいいます。私の調べによりますと、臨床推論の概念は1970年代の認知心理学の発達から始まります。まず Elstein ら (1978)¹⁾は医師が行う診断の推論過程には手掛かり獲得、仮説生成、手掛かり解釈、仮説検証の4つの位相があることを明らかにしました。これは仮説演繹推論と呼ばれ、看護診断の推論モデルとなり、看護過程の中に看護診断の概念が定着し、看護診断が開発されていきました。1980年代には看護師が行う臨床推論を記述する研究が活発になり、看護師は患者との相互作用の中でさまざまな推論を組み合わせて判断して行動していると捉えられるようになりました。臨床推論はいわゆる診断を目的とした診断推論からさまざまな場面で臨床判断するときの思考方略へとより大きな概念へと変化しました。一方、臨床推論 (clinical reasoning) と似た用語として、意思決定 (decision-making)、臨床判断 (clinical

*Mie Itou：独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター

judgement)、批判的思考 (critical thinking) があります。これらの概念は認知科学をもとに医学、教育学などの学問領域で互いに影響し合いながら発達しており、臨床推論の概念は今後も変化していくと思われます。ちなみに臨床推論 (clinical reasoning) の用語は日本の看護界には1990年に臨床判断 (clinical judgement) の用語とともに持ち込まれました (図1)。

年代	影響理論	医学	看護	概念
1960	決定理論 Decision-making	ベイズ定理 診断の確率論	看護過程 (1960)	患者の状態の決定
1970	情報処理理論	仮説演繹推論 Elstein et al. 1978	看護診断 (ANA1973)	看護診断の推論モデル
1980		Clinical judgement (Benner, 1982, Tanner, 1987, Corcoran 1988)		Clinical judgementの最終局面は診断推論である
1990	Critical thinking (APA, 1990)		Clinical judgement (Radwin, 1990)	Clinical judgementは推論プロセスと結論 (看護診断) である
2000		Critical thinking (Gordon, 2000) Clinical reasoning (Simons, 2010)		Critical thinkingは技術、精神的習慣

出典: 伊藤美栄、看護におけるクリニカルリーズニング研究の動向に関する文献検討、第22回日本看護学教育学会誌、22巻学術委員会講演集 Page193(2012.07)

図1. 臨床推論の概念の発達

3. 臨床推論のモデル

臨床推論モデルの開発は1970年代から始まり、80~90年代にはさまざまな推論パターンが発表されました (図2)。「仮説演繹推論」は診断初期に仮説を立て検証していくもので、主に初心者が用いる推論です。ベテランになると直感的推論をやっており、ある程度パターンを

モデル	報告者	概要
仮説演繹推論	Elstein et al (1978)	・診断初期に3-5個の仮説を生成、データ収集し検証する。特に初心者が用いる。
直感的推論	Benner & Tanner (1987)	・エキスパート、ナースは経験と直観力と実践的なおよび学問的な知識の組合せを使用する。
前方推論 後方推論	O'Neill (1995)	・初心者は仮定された診断から「後方」に推論するが、熟達者は初期の観察から「前方」に推論し、直感や過去の経験を組み合わせて診断仮説を作り出す。
パターン認識	Barrows & Feltovich (1987)	・一瞬で仮説を形成する熟達者の推論、よく整理された知識ベースが必要。バイアスの恐れもある。
倫理的な推論	Gordon M et al (1994)	・ナースの臨床推論、判断と行動の倫理的な側面。
ヒューリスティック	Fisher & Fonteyn (1995)	・認知科学の用語。過去の経験や学習によって、精神的近道 (思考のショートカット) を行い、迅速に結論を導く思考。

出典: 伊藤美栄、助産師教育におけるclinical reasoning学習モデルの開発、平成24年度京都府立大学大学院看護学研究科 修士論文、p.7

図2. 臨床推論のモデル

もっていて一瞬で仮説を立てて推論します。後に、初心者は仮定された診断から後方に推論していくので「後方推論」、ベテランは直感や経験を組み合わせで診断仮説を作り出す「前方推論」と推論の向きの違いで表されています。

臨床推論のモデルについて多くの論文が出た中で、2000年以降は相手との相互作用を含んだ推論プロセスが研究されています (図3)。チームの推論、物語的推論、相互作用の推論、倫理的推論などです³⁾。患者主体のチーム医療をやっていく現代医療の中で重要な推論モデルと思います (図3)。

認知プロセスのモデル	相互作用プロセスのモデル
仮説演繹推論 Elstein et al 1978	多くの専門にわたる推論 (チームの意思決定) Loftus 2006
パターン認識 Barrows 1987	条件付きの推論 Fleming 1991
前方推論、後方推論 Forward reasoning; backward reasoning Patel 1986	Narrative reasoning (物語的推論) Mattingly 1994
直感の推論 Agan 1987	相互作用的推論、協同的推論 Coulter 2005
	Ethical reasoning (倫理的推論) Barnitt 1997

Joy Higgs et al. :clinical reasoning in the health professions 3rd edition chapter1 2008 p7より引用作成

図3. 臨床推論プロセスのタイプ

4. 臨床推論プロセスのモデル (図4)

臨床推論は狭義では医師が診断を行うときの推論を表します。臨床推論プロセス²⁾は医学教

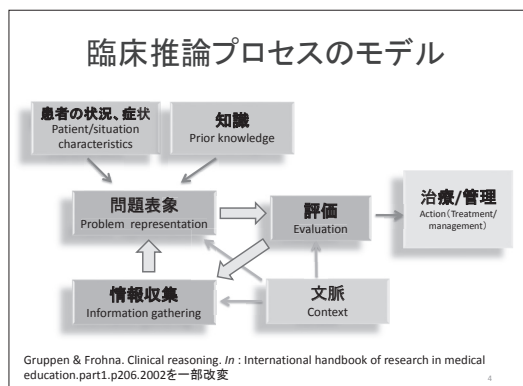


図4. 臨床推論プロセスのモデル

育では次のモデルが用いられています。このモデルを使って看護師が行う臨床推論も説明できます。

臨床下では、まず患者の状況や症状などの初期情報を糸口に、全体像とその経過を把握し、問題を表象化します（問題表象）。この問題表象は臨床推論の重要なプロセスとなります。ここでは目の前の患者がどういう状態なのか、把握した事実を一旦抽象化します。問題表象はその後の情報収集の枠組みとなるのでよく整理された知識ベースが求められます。

例えば、「65歳男性。だんだんと激しい腹痛」という初期情報があり、典型的な症例と鑑別に必要な知識は看護学校でも勉強するので、何が考えられるか思い浮かべます（問題表象）。救急のケースかを考えながら看護師は医師を今すぐ呼ぶべきかどうか、様子を見られるものか判断します。そのために看護師は問診したり、腹部を見たり、バイタルサインを測定したり、医師が到着するまでにある程度情報収集をします。もしこれが「25歳女性、突然の腹痛」の場合は消化器疾患以外に婦人科疾患も思い浮かべるので、問題表象は変わり情報収集も変わります。こうした症例特異性は臨床推論の特徴です。

5. 看護師の臨床推論

看護師の臨床推論を考えると、私たち看護師は何をする仕事かという原点に戻りました。まず浮かぶのは私たちの免許の法律、保健師助産師看護師法です。第2条は保健師についての定義、第3条は助産師について、看護師は第5条で「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うこと」と定義されています。これは臨床推論を考える時の重要な整理になります。助産師の場合は、産婦を見て「分娩が始まっているのか、いつ産まれるか、そのために今、何をしておかないといけないか」を考えます。助産師の場合、産科的な診断は医師の診断推論と共通します。看護師の場合はまず診療の補助として、先の事例のように患者の

訴えや急変の場面で効率よく情報収集して経過を把握して、医師への確に報告して必要なら呼びます。看護師の臨床推論は途中まで医師の診断推論プロセスを共有しています。そして療養上の世話としての臨床推論は、治療を受ける患者の不安や苦痛を緩和し、日常生活の世話を行うものであり、これは看護師独自のアプローチを持っています。

例えば、患者が何らかの疾患で呼吸困難の症状がある。それに対して医師はどんな治療をしているか、どんな観察やケアが必要か、この中身をアセスメントしていきます。具体的には患者はどんな呼吸をしているか、呼吸困難はどのような時に起こるのか、呼吸機能の予備能力はどうか、医師の治療方針はどうか、いつどのように治療評価しようと思っているのか、患者の呼吸困難は回復傾向か増悪傾向か、呼吸困難はどこまで看護師で様子観察できて、どのような場合に医師に連絡するのか、いわゆるフィジカルなアセスメントです。これをわかっておかないと患者のもとにいても異常に気づけないので、医師の診断推論と共有できていないといけません。そこは「診療補助」としてやるべきことですが、療養上の世話に必要な推論は、呼吸困難の患者が、日常生活において食事をする時にはどういう困難があるか、排泄する時はどのくらい困難か、お風呂に入る時はどうか、患者にとって、症状の程度と受けている治療によって日常生活にどれくらい援助がいるかを個別的にアセスメントします。これをもとに食事では労作負担の少ない体位、食事内容、摂食動作の指導、酸素流量を調整するなど考え、排泄の場合はトイレへの移動、下着の上げ下ろしなどの労作をふまえた酸素流量の調節、排便を楽にするために便通調節など考え、患者とともに工夫します。この療養上の世話のアセスメントは看護師独自です。

先ほど臨床推論モデルの中で、倫理的推論の話をしました。看護実践には二つの構造があります。一つは問題解決思考で、診療の補助、療養上の世話の際のアセスメントを科学的・分

析的に行います。もう一つは患者との関係形成であり、そこには信頼関係を築く、ケアリングといったケアを実践していくときの倫理的側面を持ちます。目の前の患者は自分の病気をどう受けとめ、どうなりたいと思っているのか、キーパーソンは誰なのか、分析的な思考と対象との関係性をベースにした倫理的行動が並行しており、看護師個人の資質も関わる非常に個別的なものです。看護師が暗黙的に行っていることが多く、十分には「可視化」されていません。実は看護師独自の臨床推論はこの部分にあるのではないかと考えています。熟練看護師の高度な実践ではさまざまな推論方略が用いられていることが研究されており、看護師の経験知や暗黙知によるものも多いとされています。看護師が暗黙的に行っている臨床推論を可視化することは看護の専門性を高めることにつながるため、わが国の看護界でも記述する試みが始まっています。

2015年に出版された「専門看護師の思考と実践」(図5)では、6つの共通能力として、①俯瞰的視点、②臨床判断と実践力、③リフレクション、④患者との関係形成、⑤エビデンス、⑥マネジメントが挙げられています⁴⁾。自分の実践の専門性を特徴づけている思考と行動を自分で意識しているかは大事なことだと思います。私は専門職の推論の共通点として、次の3点が挙げられると思います。

1) 大事な場面がわかる、意識すること

臨床場面で「気づく」こと。可視化は難しいのですが、経験を積んでいくうちに暗黙的に先を見越した上で「大事な局面」というものがわかってくる。この点をはじめにお話したソーシャルワーカーの患者との出会い方のこだわりもそうなのかなと思います。

2) 倫理的側面の推論をもつこと

科学的な推論と並行して、患者との相互作用の中で倫理的側面の推論を行っていること。

3) 自分の実践を振り返ること

自分の実践を振り返っているか(リフレクション)。結果的にどうだったか、自分の実践を後で振り返る。そういうことをどの専門職も行っていると思います。これには自分を振り返る力(メタ認知)も必要です。

これらの推論は経験的、暗黙的に行っていることが多いです。各専門職の推論の専門性と共通点はあとでチームの推論を考えるときの重要なテーマとなると思いますので、また後ほど皆様の意見もお聞きしたいと思います。

6. 看護学生の臨床推論教育

私が「臨床推論」にこだわったのは、助産学校の教員時代に「学生がどのくらい臨床能力が身についたのか評価したい」というのがきっかけでした。筆記試験やシミュレーション、模擬患者を相手にやってみせることを試し、やっけていくうちに臨床能力の何を評価したかったのかを考え、たどり着いたのは、学生が患者を相手に何を考え、何を見てどう行動しているかという臨床推論力、すなわち状況下での一連の思考と行動でした。そして学生に臨床推論をどのようにして教えるか試行錯誤してきました。

臨床推論の概念の歴史の話に戻りますが、看護界では1960年代には「看護過程」の概念が確立され、看護学校でアセスメント、情報収集と分析、看護診断、目標と計画立案、看護介入、評価の看護過程の5段階のプロセスを教わります。厳密に言いますと、「診断」が入ってきたのは1970年代以降です。この看護過程を教える

専門看護師の思考と実践		
共通能力	分野	ケース
1.俯瞰的視点	がん看護	患者に残された時間のコーディネーション
2.専門的な臨床判断と実践力の融合	急性・重症患者看護 母性看護	患者の「ふみとどまる力」を支える 破水から35時間、妊婦・胎児のつづきを見積もり、引き出す
3.実践のリフレクション	老人看護 家族看護	褥瘡に悩まされた高齢認知症末期の緩和ケア 母親の終末期に、家族の強みを引き出す支援
4.患者との治療的パートナーシップの形成	がん看護 母性看護	患者の「拒否」をほどこいて治療に「つなぐ」 掘り下げて聴くことで見えてくる女性のコースと看護
5.実践の方向性を決めるエビデンスと研究結果を状況に投入	急性・重症患者看護	人工呼吸器離脱困難患者が歩行する
6.多様な健康・疾病マネジメント	老人看護	認知症高齢患者の「食べる」楽しさを支える

井部俊子「専門看護師の思考と実践」医学書院 2015 目次を基に筆者が作成

5

図5. 専門看護師の思考と実践

とき、重要なのは臨床の状況下でこの過程を回す能力です。臨床推論の用語は1980年代には英語圏では使われていましたが、日本では馴染みがなく適切な用語がないので、私たちは「看護過程の展開」と呼んでいます。臨床推論と同義だと思います。看護学校では実習における「看護過程の展開」の教育は重視されており、一通りの知識を学んだあと、紙上事例を用いてトレーニングします。そこでは系統的に情報収集して、情報をアセスメントして、診断するというふうに教わり実習に出ます。しかし看護学生が戸惑うのは、患者のもとへ行って何を情報収集してアセスメントするかです。学生は一人の患者を受持ち、多くの時間をかけて情報収集してきますが、問題点にたどりつく頃には在院日数が短い今の医療では患者はもう退院してしまいます。私は今の看護教育は臨床下の思考の教育が不足していると感じています。臨床では全体像は徐々にわかってくるものなので、情報収集はその患者の経過の中で順序性や優先性を考えないといけない。先の臨床推論プロセスでいう「問題表象」は臨床下での焦点を絞った情報収集の枠組みとなると説明しましたが、この問題表象は経験を通して身についてくるので、ベテランになるほど卓越してきますが、漫然と身につくものでなく、必ずしも年数に比例するとは限りません。事例に紐づけながら意識して身につけるものであり、私は看護学校のうちからもっと強化すべきと思っています。

7. 臨床推論の現任教育

私は昨年、教育担当師長として看護師の現任教育を担当しました。その中で感じたのは若手看護職員のアセスメント力の低さでした。とくに病態治療の知識を用いた臨床推論力は低く、現場で経験を通して学ぶことは重要と思っていました。しかし、急性期の総合病院である当院の看護師構成は5年目未満が半数を占め、昔は先輩に怒られながら徒弟的に教わったものですが、現場の教育力も落ちていました。これは大

きな課題でした。

臨床推論をどう教えるか、私は二つのアプローチを考えています。一つは相当量の「知識獲得」です。例えば腹痛を訴える患者に対して、何を想定して、どんな問診をしていくのかなどは知識がベースとなりますが、これらは事例に紐づけながら獲得されていきます。事例が変わると必要な知識も変わるので相当量の知識を獲得していくにはそれなりの数の事例学習が必要です。

二つ目は、考え方の軸を自分の中に作る、省察する力をつけることです。自身のレディネス発達を促すような学び方を身につける必要があります。先に述べたリフレクション力です。

まず一つ目の「知識獲得」については、新人からベテラン看護師まで広く全職員を対象としたフィジカルアセスメント研修会を実施したので紹介します。研修プログラムは思考整理、臨床推論、チームの推論の3段階で、呼吸困難、腹痛、意識障害、胸痛という4事例の臨床推論について、グループ討議、ロールプレイ、リフレクションなど経験学習のアプローチを用いたプログラムを作成し、指導者クラスの看護師たちとともにやってみました(図6)。このプログラムでは、重要場面を切り取り、例えば「意識障害」の事例では、糖尿病合併、脳梗塞既往のある患者に朝のインシュリン投与後に訪室すると、ベッドに倒れていたという場面に焦点をあて、①何が起こったと思うか、いくつか挙げよ(問題表象)、②鑑別のための診察をしな

フィジカルアセスメント研修会 研修プログラム				
	第1回 思考整理	第2回 臨床推論	第3回 チームの推論	第4回 チームの推論
時間	90分	90分	90分	90分
事例	「呼吸困難」 突然、SPO2低下!	「腹痛」 おなかが痛い...	「意識障害」 突然、意識レベルダウン	「胸痛」 気持ち悪い...
結果	痰閉塞	消化管穿孔	脳梗塞	心筋梗塞
方法	グループ討議	グループ討議 & ロールプレイ		

図6. 研修プログラム

い(情報収集)、という質問を投げかけ、グループ討議し実際にロールプレイして、最後にリフレクションするという方法をとりました(図7)。研修アンケートやリフレクションからは、参加者の満足度は高く、若手は考え方を話しあうというグループ討議の新鮮さや楽しさを感じたり、先輩看護師の考え方を学んだり、自分の足りないことに気づいたりしていました。また、先輩看護師は新人の思考(狭さ)がわかった、わかっているつもりが自分もわかっていなかったなど、教え方を考えたり、自分を振り返ったりしていました。ロールプレイは自分ならどうするかといった見方をしており、リフレクションで多くの意見が交わされていました。このプログラムは教え方を学ぶこともねらいであり、プログラム設計は各部署から選出された指導者クラスの看護師とともに行い、彼らにはグループ討議のファシリテーターを務めてもらいました。このような学び方を現場に持ち帰ってもらい、各部署の事例で現場教育に活かされるのを期待しています。



図7. ロールプレイ(金魚鉢式)

二つ目の「考え方の軸を自分の中を作る、省察する力をつけること」については、2年目看護師を対象に「自己決定を支える看護」と題して、自分の看護の1事例について振り返りレポートをまとめてもらいました(図8)。後にこれらのレポートをもとにシンポジウム形式の発表機会を設けました。

2年目看護師のレポート
「自己決定を支える看護」

【目的】
自分の実践を振り返り、専門職として自己成長し続ける姿勢を養う。

【目標】

1. 自分の事例を他者に説明することができる。(プレゼンテーション)
2. 自分の看護実践を何らかの理論などを用いて分析・解釈したことを発表する。
3. 他者の事例を聞き、自己決定/意思決定を支えるとはなにか、自己の考えを深める。
4. ディスカッションを通して、自分の実践の振り返り方、体験の意味や価値を見出す。
5. 3年目に向けて自己の課題を見出す。

図8. 2年目看護師レポート

レポートにはそれぞれ事例を表すサブタイトルをつけてもらいましたが、大別すると、意思決定や自己決定に関すること、看護実践に関することがまとめられていました。前者ではクリティカルな場面、終末期、治療方針において患者の意思決定までの関わりや患者と家族の意向が違ふ、余命告知後の関わりなどがありました。後者では、がん看護、メンタルケア、チーム医療、患者とのコミュニケーションについて、症状マネジメント、認知症患者、抑うつ患者、多職種連携、患者の意欲や希望を引き出す関わりなどがありました。これらのレポートは2年目看護師の等身大の経験が記述されており、患者をどのように捉え、関わろうとしているのか、看護師としての思考と実践の軸を作りつつある姿が見えました。レポートに綴られた実践の背景に現場が抱える医療現場の問題と葛藤が描かれており、そうした中で多くの先輩看護師の支援も窺え、こうした実践をまとめるというプログラムは自身の専門職としての臨床推論の軸づくりに有用と考えています。

8. 現場で育むチームの推論

医療の高度専門分化、在院日数の短縮化のなか、チーム医療は標準となってきています。患者を中心にこうしたチームアプローチを考えると、チームとしていかに機能させるかマネジメントを考えねばなりません。チームアプロ

チの形態には①多職種チームモデル (Multidisciplinary Team Model) ②相互関係チームモデル (Interdisciplinary Team Model) ③相互乗り入れチームモデル (Transdisciplinary Team Model) があり、①は総合病院における各診療科の関係のようなもので主治医の責任が明確で多職種間の横の意見交換は少ない。②は通常のチーム医療の形態で、職種間で定期的な意思疎通が行われ、患者の状態に合わせて対応する職種が決まっています。③は患者の必要に応じて多職種間の相互乗り入れ、すなわち状況に応じて役割が変動する。各専門職が各職種の核となる知識・技術を超えてテーマ（がん、HIV、妊娠など）に関する共通の基本的機能を有することで学習とコミュニケーション力が必要とされます。つまりチームとしての協働作業が成果に深く関わります。

③について私の実践例を紹介します。私は助産師ですが、看護師長としての最初の職場はリウマチ科病棟でした。当初はリウマチのことは全くわかりませんでした。リウマチ治療が進歩し、妊娠・出産を希望するリウマチの女性が増えてきました。しかし周りに経験した人がおらず不安や悩みを抱えていました。私たち医療側の経験も少なく、リウマチ科の医師も含めてスタッフはリウマチ女性の妊娠・出産をどうすればいいか困っていましたし、助産師はリウマチ治療を受けている妊婦の出産・育児をどうケアするか困っていました。そこで私たちはリウマチと妊娠について必要な知識、支援について現場の事例から協働して学習し、お互いの領域を少しずつ乗り入れする形で連携するようになりました。おかげで私はリウマチケアに詳しい助産師になりました。リウマチは一般に妊娠中は軽快し、産後は悪化することがわかっており、育児による関節負担は関節破壊を強めます。関節負担を最小限に抑えることが必要なので、助産師、医師、作業療法士が協働して育児中の関節保護の工夫を提案するなどしています。また、母乳育児については関節痛の鎮痛薬、リウマチ薬の再開を乳汁移行の点から服薬しなかったり、

治療再開を伸ばしたりする母性心理があります。産後の育児、母乳栄養について、どのような計画を本人とその家族に持ってもらうか、私たちは取り組んでいます。それらの知見をもとに私たちは妊娠・育児を考えるリウマチサークルをつくり、妊娠を考えている、あるいは現在育児中のリウマチ女性とその家族によるピアカウンセリングの場をチームで運営しています。このような形で連携するには、まず互いの専門性、得意分野を理解し活かすこと、そしてチームで協働して結果を出していくという、「チームの推論」的なものを共有することが大事ではないかと実感しています。チームですからリーダーが必要ですが、私はリーダーシップをとる人は事例によって変わってよいと思っています。

チームの推論は時には価値観の対立などでなかなか進まないこともあります。例えば退院支援の場合、入院初期に病状や治療方針から経過の見通しを立て、支援の必要性と内容についてカンファレンスし、初期の介入を決定していきます。回復期には今後の治療方針を踏まえ、退院時期や退院先、予測される問題点などを明確にして、具体的な支援を決めていき、最終段階で具体的な退院計画を調整していきます。こうした支援は医師、看護師、ソーシャルワーカー、時には薬剤師やPT・OTなどもカンファレンスに参加して多職種連携を進めていきます。この多職種連携は時として、話し合うけれどもなかなか具体的に進まないことが多くあります。それぞれの専門職がアセスメントしているけれど、結局どう進めていくかを誰が決めるのか、みんな手探りの感じです。私の臨床では、臨床倫理の4つの枠組みとして知られる「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の視点で退院支援のアセスメントを進めています。この枠組みはチームで推論をすすめるときのワークシートの道具になると思います（図9）。

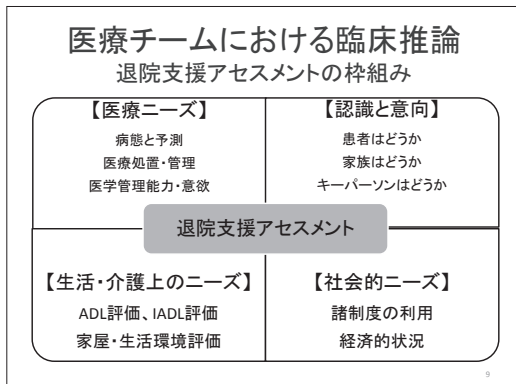


図9. 医療チームにおける推論

最後に、私たち看護職は患者に寄り添うという点でソーシャルワーカーと臨床推論を共有する部分を持っています。私たち看護職にとってソーシャルワーカーはなくてはならないパートナーです。今後ともよろしくお願いします。本日はありがとうございました。

文献

- 1) Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA (1978): Medical Problem Solving: an Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge, MA, Harvard University Press
- 2) Gruppen LD, Frohna AZ (2002): clinical reasoning. In: Norman G, Vleuten C, Newble D (eds), International Handbook of Research in Medical Education Part1, p205-230, Springer
- 3) Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N (2008): clinical decision making and multiple problem spaces. In: Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N clinical reasoning in the health professions. 3rd, Butterworth Heinemann, Elsevier
- 4) 井部俊子・大生定義監修，専門看護師の臨床推論研究会編，専門看護師の思考と実践，第1版、医学書院、2015

[シンポジウム]

リハビリテーション専門職が挑む臨床推論

—介入ポイントとチームマネジメント評価—

平 上 二九三*

1. はじめに

医療から介護・在宅へと急速に制度改革が進む中、最近では回復期リハビリテーション（以下リハ）の役割が、退院後の生活の見通しを立てることだと言われていています。このようにリハ専門職の果たす役割が変化しているということは、これまでのリハが機能回復訓練に偏りがちで、状況に応じた個別的な対応が希薄であり、漫然と行われていたことへの批判的な報告があることを知っておく必要があります。そのような流れの中で、2016年度の診療報酬改定では、今までのリハを刷新すべく幾つかの改訂が盛り込まれました。その中で本日は、はじめに二つの課題を提起させて頂き、「リハ専門職が挑む臨床推論」をテーマに、私どもが、これまで取り組んできました「介入ポイントとチームマネジメント評価」について紹介したいと思います。

まず一つ目の課題ですが、昨年の回復期リハ病棟の全国的な調査で、9単位（3時間）しても6単位（2時間）よりADL^{*1}改善が低かったという報告が出されました。このことから2016年度の改訂では6単位を超えた提供は、入院料に包括する案が出されました。そこで7月から来年1月まで6ヶ月分のアウトカム評価が調査され、それぞれの回復期リハ病棟に「実績指数＝運動FIM利得^{*2,3,4}÷（入院日数／上限日数^{*5}）」が求められています。効果に係わ

る相当程度の実績が、27未満はペナルティーとされ、アウトカム評価の導入で効果が上がっていない病院は撤退せざるをえない状況のようです。数値化目標には入院日数の短縮が条件になることから、入院時にADL改善が低いことが予想される患者さんが、受け入れ拒否や除外対象になることを危惧しております。そこで、この度の診療報酬改定は、改めて多田富雄先生の「リハ医療こそ、数値だけの冷めたい医療ではなく、個別性を大事にする、あたたかい全人間的な、本来の医療である」とおっしゃられたことを、我々リハ専門職は実践できているのかをあらためて考えさせられました。

もう一つ今日的な課題として挙げられるのが、目標設定等支援・管理料の新設で10月より実施され、算定しないと疾患別リハが減算されます。対象となるのは要介護認定者で、算定日数の3分の1経過時点でプロセス評価が求められます。どんなことを実施しなければならないかという、リハ専門職が患者さんの生きがいや価値観

注釈

*1 ADL (Activities of Daily Living) 日常生活動作

*2 FIM (Functional Independence Measure) 機能的自立度評価法

*3 運動FIMの項目は「セルフケア」「移乗」「排泄コントロール」「移動」の四つに分類
セルフケアは「食事」「整容」「清拭」「更衣(上)」「更衣(下)」「トイレ動作」の6項目
移乗は「ベッド・車椅子への移乗」「トイレ移乗」「浴槽移乗」の3項目
排泄コントロールは「排尿」「排便」の2項目
移動は「車椅子か歩行かの移動」「階段」の移動の2項目
運動項目は以上の計13項目から成る

採点は7点 完全自立、6点 修正自立、5点 見守り、4点 最小介助、3点 中等度介助、2点 最大介助、1点 全介助
点数の範囲は、13点～91点

*4 FIM利得 = 退院時運動FIM得点 - 入院時運動FIM得点

*5 上限日数は通常、脳血管疾患180日、運動器150日

*Fukumi Hiragami : 吉備国際大学

をどう認識したかを記載する必要があります。また目標設定として、どんな活動ができるようになるのかを示す必要がある他、退院後に必要な介護サービスの紹介・見学・体験なども入院中に実施することが求められています。こういう事例も後ほど紹介しますが、要介護認定者を回復期リハ病棟で受ける場合、排除あるいは途中で中断になるようなことだけは避けなければいけません。多田先生は「療法師の研鑽の対象は一人ひとりの体の残存能力である。そんな魅力的な医学領域は、そう多くない」と書き残されています。我々リハ専門職は、患者一人ひとりの残存能力を見出し、ADL向上に結びつけ、人間回復につながるような情報を発信してきたかを考えさせられました。

2. 臨床推論の必要性

ここでリハ専門職は、臨床推論にチャレンジしないといけないと思います。一般的に「目的」とは「何のため」という抽象的な言葉です。回復期リハの目的で言えば、機能回復・ADL改善・在宅復帰になります。次に、目的の下には「目標」があり「いつまでに」「何を目指すのか」この二つで具体的になってきます。目指すためには、その道筋や過程があり、例えば「1ヵ月後にトイレ動作の自立を目指す」ということになりましょう。そしてこの目標の下には「方針」があります。方針とは「どのように目標を達成するのか」です。リハ専門職は、この方針の達成可能性を掴んでいます。例えば「座位バランスが良好とか、意欲的だとかなど」いろいろと評価の中で捉えています。リハ専門職は、このことをちゃんと表現してきたかを大いに反省すべきです。ここが見えないから、機能回復訓練を漫然とやっているとやられてきたのではないかと考えています。そこでこの目標の道筋や過程から何を指すか、方針を言語化し、共感・共有される意味や意図を表現すること、それを他職種に伝え、連携することを情っていたように思います。これからのリハ専門職には臨床推

論の必要性を強く意識して、言語化しなければならないと思います（図1）。

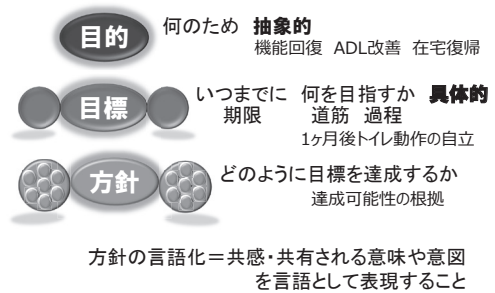


図1. リハ専門職の新たな役割 臨床推論によるリハ方針の言語化

そこで臨床推論とは、大西先生の定義によりますと、狭義には「当該患者の疾病を明らかにし、解決しようとする際の思考過程や内容である」とされ、診断推論と同じ意味と述べられています。一方、広義には「マネジメントや治療に関する内容、あるいは心理社会的な側面の内容をも含み、時に確認が必要」とも述べています。ここでリハ専門職が挑むべき臨床推論は、後者の広義の方だと考えています。ただし後で触れますが「時に」でいいのかなと思います。また理学療法士の山崎先生は「理学療法の臨床では診断学的推論以外の推論も重要であるというのが最近の見方である」と述べられています。この「推論も」でいいのかなと思います。薬剤師の川口先生は「臨床推論は患者理解を深めるため一つで、医療者間のコミュニケーションツールである」と述べられていますが、この「医療者間の」でいいのかなと思います。これらについては、取り組みを紹介した後で触れたいと思います。

3. 取り組みの紹介

患者・家族を含めたチームで医療の方針を共有する「症例検討会」を取り組んで来ましたので紹介させていただきます。「介入ポイント」とは「患者のおかれた状況を理解し、回復の可能性を見出し、リハ専門職が現状で行うべきこ

と、早期かつ優先的に解決していくための方針である」、これをテイクホームメッセージとしてお伝えしたいと思います。リハを進めていくための方針について、こだわりの考え方を「介入ポイント」と言い、目標を現実に達成する可能性の方針をこう呼び、介入ポイントとして導き出すことを「臨床推論」と思っております。介入ポイントは、正式なりハの専門用語ではなく、通称的な用語であり、通常カンファレンスとは異なり直接、患者の介入場面で、現場で家族と対話しながら見出されます。また医療職が専門性にこだわりバラバラな考え方をしない、そしてスペシフィック(特定の)よりジェネリック(包括的な/共通の)な立場、あるいはリハ提供のインフォームド・コンセントを患者・家族に介入場面で示唆、といった意味合いを含んでいます。

そして介入ポイントに基づく「チームマネジメント評価」を実践しています。症例検討会は11年間で、1,000例を超え、その臨床実践をもとにした教育や研究も後で紹介させていただきます。回復期リハ病棟に入棟当初は、リハ専門職と患者・家族が「介入ポイント」を共有するところから始まります。現場に足を運べば、たった20分で済むことで、後はそれを短期集中で1ヵ月間の実践です。回復期リハ病棟には、複雑多様ないろんな患者さんが入院され、退院時の予測ができる患者さんもありますが、最近では実際やってみないと分からない患者さんも多く見かけます。でも1ヵ月後のリハ効果として、必ずアウトカムが出るように進めていかないとけません。漫然としたリハではなく、限られた日数で効率よくやらなければなりません。短期集中の積極的リハを1ヵ月間行った上で退院後の見通しを立て、その後は支援と援助、在宅支援を確実にやっていく。こうした回復プロセスに基づき現実的な目標に向かって退院支援につなげていくことが大事で、スタート地点でリハ専門職と患者・家族が介入ポイントを共通認識しておけば、後は回診時に数分で確認していくこととなります。

4. 臨床推論の思考過程

介入ポイントを導き出すプロセスは、縦軸に知識と知恵、そして横軸に思考と実践から成る四つの思考過程で示されます。つまり「知識→評価→内省→治療」の四つの場面・ステップがあり、これを順繰りに回していきます。必ずしも一方にはいきませんが、介入ポイントを見出すスパイラルアップの過程です。思考過程は「知識」と「内省」で、一方の「評価」と「治療」は専門的な実践過程ですので、ここでは二つの思考過程を説明します。臨床推論の思考過程のスタートは「知識」で、効果的な個別介入に必要な全体像を知識として生み出すステップです。次いで「評価」は、現場で患者・家族との対話や、できる動作を観察し活かせる機能を見つけ出すステップです。さらに「治療」は、活かせる機能を能動的な活動につなげていく介入を探索するステップです。最後の「内省」は、治療を振り返って期待される成果を推定するステップとなります(図2)。



図2. 臨床推論の思考過程 介入ポイントを導き出すプロセス

最初に「知識」という言葉を使いましたが、知識は「データ」→「情報=意味あるデータ」→「知識=価値ある情報」、「知恵=動きながら使える知識」という高梨智弘先生の「知のピラミッド」を参考にしたものです。単なる情報を削り落とした「知識」から動きながら使える「知恵」を生み出していく過程です。データを取捨選択し、価値ある情報の知識を見つけ出すプロ

セスが臨床現場の仕事です。そのためには現場で、患者・家族に対面し、オープンな境界のない対話と、今、ここを共有することから新たな知識が生まれてきます。

臨床推論は、アタマの中を「見える化」することです。考えていることを見るようにするために、アタマを二つの軸で四つに区切ります。縦軸に「身体的」と「心理社会的」な軸、横軸は「回復」と「支援」の軸です。この四つの事象には「臨床像」「障害像」「環境面」「心理面」があります。「臨床像」は、疾病と病態の理解や医療の流れに関する情報です。「障害像」は、身体の運動機能や活動能力の障害特性です。「環境面」は、生活環境に関する人的・物的・制度的な情報です。「心理面」は、精神心理的・知的・意欲などの固有性です。この四側面評価から患者の抱える問題を整理し、全体像を見据えながら「介入ポイント」を特定していきます。

この四側面を設定したことには、二つの意図があります。まず一つ目にリハ医療は、急性期から回復期、維持期へと機能分化したと言われますが、分断されたのだと思います。そこでリハ専門職は、分断をつなぎあわせ、途切れないようにするには如何にすべきか、その病病連携のバトンタッチが重要になります。当然、急性期は「臨床像」が主で生命レベルの医療の話です。回復期では「障害像」が中心になり生活レベルの話です。維持期（生活期）に至っては「心理面」と「環境面」から人生レベルの話かと単純に考えられるかもしれませんが。しかしながら、入院日数の短縮やリハ効率が厳しく問われる昨今では、急性期から患者さんの病前の心理面や環境面の把握は欠かせません。

もう一つ目は、見方を変えると「臨床像」は当然、医師が中心になり、「障害像」はリハ専門職が中心になるかもしれませんし、心理面や環境面はMSWの役割かもしれません。また看護師は臨床像や心理面が守備範囲になるかもしれません。しかしながら医療の質が叫ばれている今日では、四側面の同時スタートが必要です。患者が抱える問題が、複雑で多様・個別的

である限り、全体像を見渡す地図が必要です。診療情報提供書や施設間連絡票では、たった数行程度の書面で綿密な情報連携を行っているはずで、暗黙の地図の中で協働が見えてくるようにするのがチームマネジメントだと思います。そこでリハ専門職が挑む臨床推論は、知識として患者さんに本当に必要な動きながら使える知恵を明示することではないかと思っています(図3)。



図3. 臨床推論の思考過程 アタマの中を見る化 (知識)

そのために臨床推論を内省し、現実可能性の根拠として「見える化」をどうやるかです。臨床推論は、クリニカルリーズニング；Clinical reasoning でリーズン；reason とは、わけ、背後の理由や根拠という意味です。リーズニング；Reasoning とは、根拠をもって理由づけることと理学療法士協会の資料にも載っています。また石松先生は、看護師の臨床推論とは「こう考えると根拠が確かになること」と書かれています。このことから「目標について達成可能性の根拠をもって理由づけ、説明できること」や「成果を出すために責任をもって介入内容を選定し、その根拠を示すこと」が臨床推論であり、このことがリハ専門職の役割とも言えるでしょう。これを言語化し、何をもって根拠とするのかを、例えば写真や動画を編集して、入院時と比べて「ここまでよくなりました」ということを実践しています。

ところで、何か問題を解決する時の考え方を図示したフローチャートを「アルゴリズム」と

いうようですが、臨床推論でも使えるのではないのでしょうか。方針や目標設定を確認する手順は、処理、判断、処理という単純な流れで根拠のある確かなものになってきます。症例検討会で家族に同席してもらい確認していきます。臨床像・障害像、心理面・環境面の四側面評価から全体像を捉え情報を共有化します。介入ポイントを導き出すプロセスは、四つのステップを踏みます。介入ポイントによる目標設定では、患者・家族の同意とチームの共有、達成可能性について根拠を示し、退院後の見通しを立てていく流れです。こうした回復プロセスに基づいてアウトカムを出していくことが、今日の回復期リハビリ専門職に求められていることだと考えております（図4）。

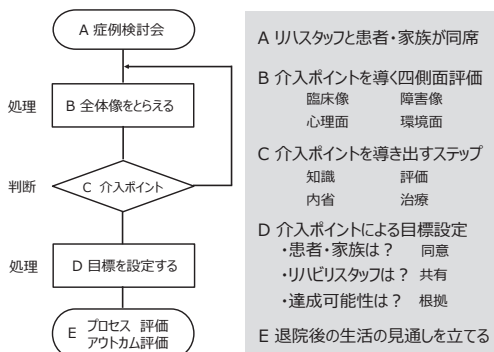


図4. 臨床推論の思考過程 根拠を確認していく手順

5. 臨床と教育・研究

以上のような臨床実践を、教育研究にどう反映していくかに少し触れたいと思います。60文字以内でタイトルをつくることを、臨床実習教育の中で試みております。学生にタイトルは「患者の臨床像や障害像などの特徴を示し、最善の介入内容や介入ポイントを提案した臨床思考過程の要約」であると伝えています。臨床実習を振り返って「どんな患者に？どのような方針で？何をするのか？」、どんな患者には、臨床像や障害像の定義に従って情報を整理し、取捨選択しながら全体像を浮き彫りにすることです。どのような方針は、評価から活かせる残存機能を

見つけ出し、端的に分かりやすく示すことです。何をするのかは、最善の治療選択や期待できる成果を示すことです。これを60文字で表現させるのは言語化能力も必要で難しいことですが、自ら経験した臨床推論の振り返り学習になると考えております。難しいことを分かりやすく、やさしいことをより深く表現しようと考えることが、実践スキルになると思います。

さて、これまで述べてきたことを、より分かりやすくするために二つの事例を紹介します。一例目は、脳梗塞の発症後31日目で、障害像は手指のマヒが主な軽い片マヒです。心理面では鬱病の傾向があり活気がなく、環境面で住まいは2階。介入ポイントと目標設定からは、鬱傾向を防ぎ手指の機能回復を優先して早期に職場復帰をめざすリハの提供。タイトルが「63歳男性左脳梗塞発症後5週うつ傾向を防ぎ早期職場復帰を目指した手指機能回復促進」。このように簡潔に表現された時、何をやっているかが伝わっていくのではないかと思います。1ヵ月後のアウトカム評価は、82点が87点になりましたが、最高点は91点ですので、天井効果でADL低改善になります。こういう手指だけの軽いマヒの対象者が、リハの除外対象となってよいのでしょうか。アウトカム評価で数量化が求められた時にQOL、生きがいや価値観などの質を含めた効果判定ができるでしょうか。それらの臨床実践研究は、非常に困難が付きまとうのではないかと思います（図5）。

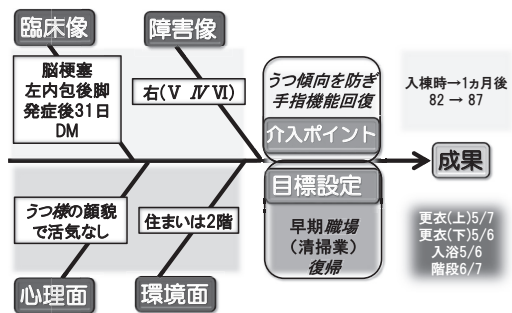


図5. ADL低改善例-1

もう一例も脳梗塞で手術もされています。発症後2週間くらいで入棟され、既往歴がいろいろあり、認知症もあります。要支援Iで大事な情報は、リュウマチがあって時間をかけて何でも一人でする意欲的な方のようです。脳梗塞の診断名も大事ですが、既往歴のリュウマチについて家族に確認しました。ご家族の方から「うちのおばあちゃんは風呂に1時間以上かかけて一人で入っていました。」という言葉頂きました。それが知識です。どうでしょうか。そこで「見守り声かけ手を出さない」を「介入ポイント」にしました。タイトルは「リュウマチの86歳女性脳梗塞3週超スローペース見守り声かけ手を出さないで自宅にいるつもの入院リハ」です。自宅にいるつもりで、ご本人にそういう気持ちになっていただいて、入院リハを提供しましょうかという提案に、ご家族には納得し合意していただきました。1ヵ月後に起き上がりが可能になりましたが、アウトカム評価は13点の最低点で、2点しか上がっていません。こういう患者さんがリハの対象になった時、それを中断することは我々に許されるのでしょうか。病前の生活状況と身体状況を十分に把握し、現状とのギャップを明確しておく必要があるのではないのでしょうか。そうしたリハのプロセスやアウトカムをどう数量化し、質的に評価していくのでしょうか。そういう評価研究の蓄積が求められているように考えます(図6)。

吉備国際大学では、サークル活動として「臨床実践スキルアッププロジェクト」を立ち上げ

ています。シンボルマークは心・技・体です。多面的な関係性の中で人が生きることを理解する「心」、創造力豊かなコミュニケーションスキルの「技」、動きながら反省し経験から学べる「体」。そうしたジェネラリストの思考力を学生の時から養ってあげればと考えております。

6. まとめ

リハ専門職は今こそ、臨床推論に挑み、意識改革していく大きな転換期を迎えていると思います。臨床推論を言語化し表現することは、容易くはありませんが「患者理解を深めるための医療者と家族間のコミュニケーションツール」にならないとだめだと思います。また「マネジメントや治療に関する内容、あるいは心理社会的な内容を含み、時に確認が必要ではなく、常に確認が必要」だと考えています。その確認には、写真や動画なども使って根拠を示していくことが大事ではないでしょうか。「こう考えるもつと根拠が確かになる、という前に家族を含めたチーム」で、リハ方針や共通の目標を設定する必要があるのではないのでしょうか。これが「介入ポイント」と「チームマネジメント評価」の視点です。こうした取り組みを通じて、リハと医療・看護、保健・予防が一体となり、住みなれたところで安心・安楽な暮らしを支えるという、これからの「地域包括ケア」を担う人材養成につながるのではないかと考えているところです。ありがとうございました。

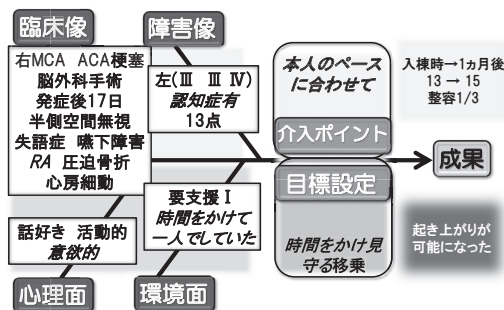


図6. ADL低改善例-2

〈参考文献〉

- 多田富雄 (2010)『寡黙なる巨人』集英社文庫。
- 大西弘高 (2012)『The 臨床推論—臨床医よ、診断のプロをめざそう!』南山堂。
- 山崎弘嗣 (2008) 最近の臨床推論の学び方。理学療法科学, 24: 297-301。
- 川口 崇 他 (2013)『ここからはじめる! 薬剤師のための臨床推論』じほう。
- 高梨智弘 (2000)『図解わかる! ナレッジマネ

ジメント』ダイヤモンド社
理学療法士協会：クリニカルリーズニング
[www.pt-nagano.or.jp/contents/0past/.../
h250918_p1.pdf](http://www.pt-nagano.or.jp/contents/0past/.../h250918_p1.pdf)
石松伸一（2014）『看護の臨床推論 ケアを決
めるプロセスと根拠』Gakken.
平上二九三（2010）内省的実践による症例検討
会の紹介－臨床推論と実践的思考過程－.
理学療法学, 37 : 127-134.
Fukumi Hiragami, et al. (2015) The utility

of a care model to individualise
rehabilitation in adults aged over 80
years. *Top Stroke Rehabil* 22 : 102-115.
Fukumi Hiragami, et al. (2016) A process
of multidisciplinary team
communication to individualize stroke
rehabilitation of an 84-year-old stroke
patient. *Care Management J* 17 : 97-
103.

[シンポジウム]

ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性： 実践の可視化と実践知識の構築

高山 恵理子*

1. はじめに

今日のテーマは「ソーシャルワーカーが挑む臨床推論」ですが、挑むことができるのだろうか、大変な道りであるかもしれないが、これから臨床推論を進めていかいといけないと、考えています。今日の私の役割は、医学、看護、リハビリ等の隣接領域で進められている臨床推論をソーシャルワークに適用することの可能性と意義・課題について問題提起することです。

伊藤先生から、臨床推論の概念、教育、チームワークにおける臨床推論についてご紹介をいただきました。平上先生からは、介入ポイントという概念を学びました。チームワークにおける介入ポイントの特定についても、これから必要ではないかと思っております。また、お二方とも、専門職の一人ひとりが臨床推論を可能とする過程、教育について、「内省」の重要性とともに示していただいたと思います。

率直に、先生方の話をお伺いし、看護の領域にも理学療法の領域にも、先生方は「まだこれから」とおっしゃっていましたが、臨床推論の基盤となる専門職としての「知識ベース」の可視化ができていたことを感じました。一方、ソーシャルワークの場合は、そのような臨床における共通基盤となる「知識ベース」を可視化していく、構築していくことが今の課題ではないかと思っております。今日、「臨床推論をソーシ

アルワークに応用することの可能性と意義・課題」について問題提起するにあたり、進め方として、まず、ソーシャルワーカーにとって臨床推論の導入が有効であるとする根拠について検討いたします。次に、臨床における思考のプロセスの特徴をとらえ、その上で、ソーシャルワークにおいて臨床推論を考える場合の課題を提起したいと考えています。

課題としては、(1) 専門性の特徴に起因する課題として、介入の軸が多面的であること、そして、(2) ソーシャルワークに特有な課題として、ソーシャルワーカーとしての倫理や基本的な姿勢との適的な方策の検討が必要であることの2点を提起いたします。

2. 理論と臨床における対象把握・思考のプロセスの相違

臨床推論に私自身が関心を持つに至った経緯について紹介いたします。私自身は、1983年から10年、大学病院、リハビリテーション病院、地域の病院でMSWとして勤務し、その後、大学院に進みました。臨床での経験を持って大学院に進学したため、臨床と研究では思考のプロセスが違うことを痛感しました。大学院では研究を学ぶのですが、その際は、論理を中心に対象を俯瞰的に捉えることが重要であると考えられました。臨床の経験について、実践を行っ

*Eriko Takayama：上智大学

ていたときと同じように表現をすると、論点がずれるという経験をいたしました。そのような中で、研究の思考のプロセスが、臨床でのそれとは異なっていることを実感しました。

結論から言うと、「研究」は論理を中心に対象を概念化して捉えることによって、機能や特性、強み、限界を的確に把握し、場合によってはモデルとして理解するものであると言えます。一方、「臨床」は関わりのプロセスを辿ることによって、変化の可能性、実現可能性を追求するものであると言えます（図1）。研究は対象の強みや限界を理解することによって、実践を効果的に行う方策を検討することに貢献しますが、実践は、その変化の可能性を高めるための具体的な方策を考えることが必要になります。研究において構築されたものが、全体を把握し方向を定める「地図」だとしたら、実践が必要としているのはその方向に進むための「羅針盤」のようなものだと、そういう関係にあるといえます。

このように、研究における論理を中心とする思考の組み立てと、実践における介入に着眼した思考のプロセスは異なったものであるといえます。そのように考えると、今まで一般的にソーシャルワークの研究として行われていることは前者であって、臨床における思考のプロセスの可視化は、別の方策が必要であると考えられます。

この別の方策とは、臨床現場の実践からでなくては導かれないものであると考えています。それを端的にあらわしているのは、熟練者の「勘」とか「センス」として表現されているものでは

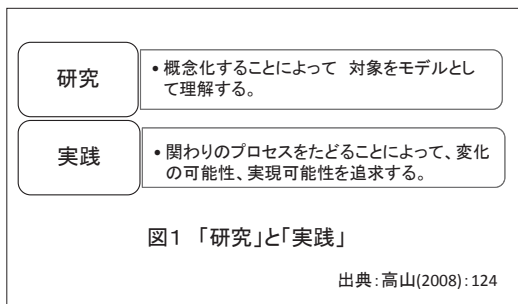
ないかと考えています。例えば、先輩ソーシャルワーカーが「この方は大丈夫」と判断したり、一見問題がなさそうに見えるケースについて「このケースでは関与が必要」と判断すること等です。これらの場合の判断の根拠は何かを明らかにすることが、熟練者の「勘」や「センス」を可視化し、伝達可能なものにするといえます。「臨床推論」はこのようなことを可能にする概念であると考えています。この点で「臨床推論」に関心を持ちました。

今のソーシャルワークにおいて、このようなことは、スーパービジョンの場面で、事例を通してスーパーバイザーから伝達されてきていると考えられます。スーパーバイザーが事例に関する判断を行う際に、スーパーバイザーは「なぜ、この情報からそのような判断が導かれるのだろうか」と考える経験を経て、事例に即して伝達されてきている側面があります。先ほど平上先生が「介入ポイント」と説明されたものと近いものなのではないかと考えています。

3. 判断の観点の可視化と共有

また、私は大学でソーシャルワークを教えています。その中で、ソーシャルワーク実践の判断の観点とプロセスを可視化することの重要性を考えます。

実習に出る前の大学2年生を対象とした演習で事例検討を行っています。「脳卒中で介護が必要となった女性。『老いた夫との二人暮らしは難しいから、施設を紹介して欲しい』と医師から紹介されたケース」、これは「医療ソーシャルワーク実践50例」にある事例ですが、この事例のここまでの情報で、ソーシャルワーカーとしてどのようにアセスメントし関与するかを、学生がグループで検討するというところを行っています。その結果、医師の依頼をそのまま受け止めて「どのような施設があるかを紹介する」という結論を導くグループはありませんが、多くのグループは、「施設を紹介するより前に、自宅生活可能とならないか検討する」あるいは、



思考のプロセスを可視化する方法としての臨床推論

<学生の事例検討から>

事例 「脳卒中で介護が必要となった女性。老いた夫との二人暮らしは難しいから、施設を紹介して欲しい」と医師から紹介されたケース

学生⇒ 「施設紹介の前に、自宅生活の可能性を検討する」「どこに退院したいと考えているかを確認する」

事例の展開 「もう治らないということに納得いかない」

出典：大谷他(2008)

思考のプロセスを可視化する方法としての臨床推論

<事例検討から>

- 臨床に必要な思考のプロセスを可視化する。
 - ・臨床におけるアセスメントの根拠を可視化する。
 - ・臨床における介入ポイントを判断する過程を可視化する。

- 臨床における知の蓄積を可視化すること。
- 可視化においては、論理を中心とする思考とは異なった臨床における思考のプロセスを尊重。
- ⇒臨床推論が有効である点

「本人・家族がどこに退院したいと考えているかを確認する」とします。この事例では、次の展開として「医師からは回復しないと説明があったが、もう治らないということに納得がいかない」と考える夫の思いが話されます。そのような展開から、学生たちは、ソーシャルワーカーとして、生活の中でその方たちに生じていることを全体として想像することが必要だと考えることとなります。同時に、クライアントの生活の中では様々な多様なことが繰り返されています。その中から、ソーシャルワーカーとして何が重要な要素かということを考えるには想像力を豊かにするのみでは不十分で、これにプラスして、専門職としての「考え方の軸」をどのように身に付けるか、という課題があるのではないかと考えます。さらに、そのためには専門職として「知識ベース」をいかに共有するか、ということが必要だと考えます。ソーシャルワーカーが想像力を働かせ実践プランを作成する際に、持つべき観点を「知識ベース」として共有することが必要であるといえます。ソーシャルワークにおいて臨床推論の可能性を考えるとき、この点を押さえることが必要なのではないかと考えます。

このような例からは、現段階のソーシャルワーク実践において、臨床に必要な「思考のプロセスを可視化する」ことが課題となっているといえます。特に、ソーシャルワーカーとしての臨床において、得ることができた情報から今後の支援方針を決定する根拠、即ちアセスメントの根拠を可視化すること、さらに、臨床の思考のプロセスとしては、熟練したソーシャルワーカーによる介入ポイントを特定する過程を可視化する

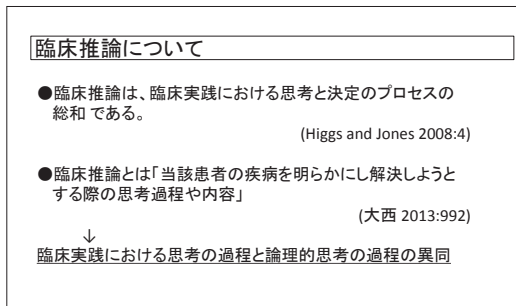
こと、が求められていると考えます。

そして臨床推論が強調する点が、臨床における知の蓄積を可視化すること、さらに、可視化においては研究とは異なる臨床における思考のプロセスを尊重する点で、ソーシャルワーク実践において有効であると考えます。

ソーシャルワーク実践においてさまざまな局面に可視化すべき要素があります。例えば、特定の疾患群に見いだせる特有な生活課題も可視化すべき要素であるといえます。しかし、これらの中で、とりわけ臨床推論は、対象者に生じている事柄への関与が必要か否か、また、関与が必要な際はその方法を決定する根拠を明らかにする方策として位置づけられるのではないかと考えています。このような観点から「臨床推論」について概観してみたいと思います。

4. 臨床推論が可視化するもの

臨床推論については、端的にいうと「臨床実践における思考と決定のプロセスの総和」、また、臨床推論とは「当該患者の疾病を明らかにし解決しようとする際の思考過程や内容」であるとされています。臨床推論が対象としているのは、アセスメントがいかにしてなされるかといった部分であるといえます。例えば、クライアントと面接を行い、その家族の関係が膠着状態を来している場合、それを解くには、どのような介入が必要か。それを判断するプロセスを理解することが必要ですが、これは、論理を中心として伝授される知識とは異なった構造があると考えられます。



この点に関しては、ベナー編の文献において、ドレイファス&ドレイファス (=2015) は看護師のスキル獲得のプロセスとして論じています。その際に科学的知識に対して経験則、理性に対して直観を置き、スキル獲得の段階を示しています。ここでは経験則とは「もしあなたがた以下のような現象を観察したなら以下のような行動をとるべきだ」という形で示されるもの、としています。また、直観というものは理性的理論によって決して把握しえないもの、規則に基づいた推論からではなく、脳のプロセスという観点から説明できるものとしてとしています。その上で、5つの段階を説明しています。第一段階の「初心者レベル (novice)」では、経験がなくても認識できるようなもの、理論的知識によるものだとしています。それに対して、第三段階の「一人前レベル (competent)」では、どのような視点が重要かを判断できる階層的視

点 (hierarchical perspective)」を身に付け、状況の一つひとつにおいて計画し、視点を決定できるとしています。さらに、第四段階の「中堅レベル」では、直観的行為が理論的対応に取ってかわり、第五段階の「達人レベル (expert)」では、何が達成されなければならないか、目標をどのように達成するかを知っており、同じように見える状況間の違いを識別し、どのような行為を要求しているのかを判断する、より微細でより研ぎ澄まされた識別能力もつ、としています。このように、理論的知識は識別能力に裏打ちされた熟慮による合理性にとって代わるといえると考えられています (表1)。

この「達人レベル」の思考のプロセスが、実践におけるエッセンスともいえるものですが、これが平上先生が指摘された「介入ポイント」に近似のものであり、さらに、伊藤先生が「整理された知識ベース」とおっしゃったものは、この点を可視化することによってもたらされるものであると考えます。そして、これは事例検討を通して、ソーシャルワーカーがどのような判断を何を根拠に行ったか、を検討することを通して明らかにされるものだと考えます。

また、大西氏は「臨床における思考のプロセス」として図のように「非分析的推論」と「分析的推論」に分類して3つの型のプロセスをあげています。「パターン認識」は情報収集や主

**表1 臨床における思考のプロセスの特徴(1)
看護師のスキル獲得のプロセス**

第一段階: 初心者レベル	●経験がなくても認識できるようなもの ●「理論的知識」
第二段階: 新人レベル	●状況的: 具体的状況下での実践的経験
第三段階: 一人前レベル	●「階層的視点(hierarchical perspective)」 ●状況の一つ一つにおいて計画や視点を決定●重要性・非重要性の識別力
第四段階: 中堅レベル	●規則や原則という形で示される実践者のスキル理論は、脳のシナプスが 生み出す状況的識別力によってかわる。 ⇒直観的行為が理論的対応に取ってかわられる。
第五段階: 達人レベル	●何が達成されなければならないか、目標をどのように達成するかを知っている。より微細でより研ぎ澄まされた識別能力。 ●同じように見える状況間の違いを識別し、どのような行為を要求しているのかを判断する。●問題を解決したり決断しない。ただ実践するだけ。 ●「熟慮による合理性」

(出典:ドレイファス&ドレイファス 2015:1-32)

訴の同定の段階で、すでに診断を決め打ちするような方法、「仮説演繹法」は鑑別診断などの仮説の設定の時点で数個程度の鑑別診断を思い浮かべ、それにそった情報収集を行う方法、「徹底検討」は情報収集や推論を網羅的に行う方法としています。その上で、「非分析的推論を避けようというのではなく、非分析的推論を大事にしつつ分析的推論を併用すると、むしろよい結果がもたらされる」としています。

ソーシャルワークにおいては「仮説演繹法」は検証する過程として認識できます。「徹底検討」についてはいわゆる事例検討として認識しています。その一方で非分析的推論である「パターン認識」は議論が進められていないといえそうです。ソーシャルワーカーは「決め打ち」をしていないのか、直観で、この方はこういう状態ではないか、と予測することはあるのではないかな。これは大西氏が述べるように「決め打ち」を検証する過程として分析的推論を併用しながら行っているのではないかとということです。

そして「臨床推論」の型の一つとして「パターン認識」「仮説演繹法」は伊藤先生がおっしゃる臨床の立場からの「よく整理された知識ベース」が共有されているからこそ確かなものとなりますが、ソーシャルワーク専門職の場合、このような知識ベースが「可視化」されていない段階にあるといえるのではないかな。暗黙知としてスーパービジョンを通して事例に則して示されることがあっても、整理がなされていない、「可視化」されていない状況にあるのではないかとということです。ソーシャルワーカーにおける「臨床推論」の可能性を考える場合、この知識ベー

スを可視化することによってソーシャルワーク実践に関する共通基盤ができる点で意義があると考えます。そして、可視化されることによって、その妥当性について検討できる点でも意義が大きいと考えます。

5. ソーシャルワークにおける臨床推論の課題

それでは、このような臨床推論を、ソーシャルワーク実践に適用した場合、どのような課題があるのでしょうか。私は大学院で「援助事例分析」という講義が行っていますが、ここで、ソーシャルワーカーである学生とともに、臨床推論の考え方に基づいた事例分析を試みました。その中から、以下の2点が課題として見出されました。第一に、ソーシャルワーカーが臨床推論を導入する場合、推論の対象は多様であるという点です。例えば、退院支援を例にあげると、対象者（クライアント）がどのように考えているか、そして、対象者とどのように関わるかを中心的に、推論を行うこととなりますが、それのみではなく、対象者をめぐる環境や社会資源の配置状況がどのような状況にあるのか、それによって、退院可能性や関与の方法をどう考えるか、さらに、関係するスタッフや機関がうまくコーディネートされるにはどうしたら良いか、等、ソーシャルワーカーが実践するにあたり、様々なレベルの推論を行っているということです。

個別支援を想定した場合、大きく4つの軸で捉えることが必要だと考えられます。第1は、ソーシャルワークとしての支援プロセスにおける判断です。これは、対象者とソーシャルワーカーの間で展開される相互作用であるといえます。第2が、対象者の理解です。これは、対象者のアセスメントに関わることです。第3が、問題解決に関わる資源の理解です。ここで資源とは環境にある資源を示していますが、これは生活の方策や資源状況に関する客観的に確認できる知識・解釈に関わることです。そして、第

表2 臨床における思考のプロセスの特徴(2)

臨床における思考		
非分析的推論	①パターン認識	情報収集や主訴の同定の段階で、すでに診断を決め打ちするような方法
分析的推論	②仮説演繹法	鑑別診断などの仮説の設定の時点で数個程度の鑑別診断を思い浮かべ、それにそった情報収集を行う方法
	③徹底検討	情報収集や推論を網羅的に行う方法

*「非分析的推論を大事にしつつ、分析的推論を併用すると、むしろよい結果がもたらされるともいわれている。」

(出典:大西 2013, 994)

4は、問題解決をめぐる協働者の理解。これは、院内スタッフや地域関係機関との関与に関する知識・解釈に関わることです(図2)。

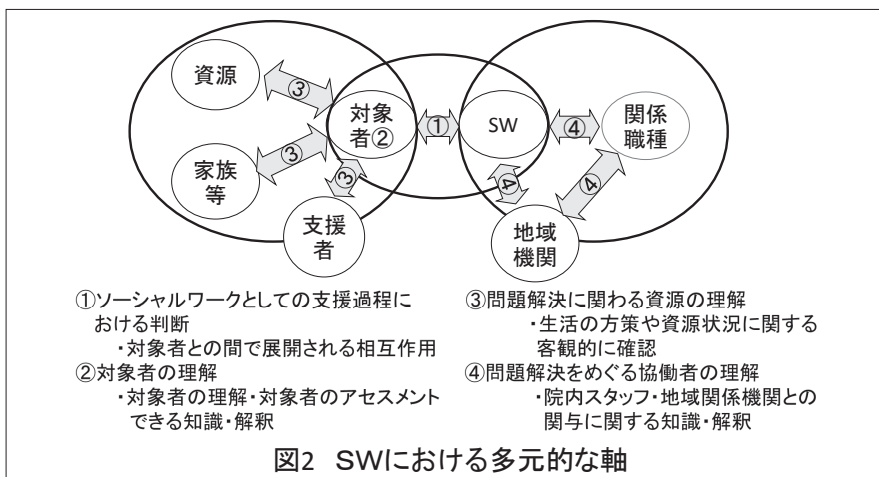
①の支援プロセスに関する推論は、伊藤先生が紹介されたHiggsの「相互作用の推論」の概念が有効なものであると考えます。ソーシャルワーカーは、対象者との関係性が実践そのものを大きく変えることを実感として理解しています。「相互作用の推論」という概念が生成されたことで、ソーシャルワーク全体を臨床推論の考え方によって捉えることが可能になったのではないかと考えます。さらに、この点についてはソーシャルワーカーが明確化していくべき領域であるとも考えます。②の対象者に関する推論は、多くの分野で行われている「臨床推論」と共通する部分であり、推論の対象とするのが容易な部分であるといえます。③の問題解決に関わる特に地域に関わる資源に関する推論は、このような資源や人の協力が得られることを根拠に地域での生活は可能と判断できるといった形で表現される部分であるといえます。④の協働者に関わる推論は、チームのコーディネートに関心を寄せるソーシャルワークに、特有な領域であるといえます。同時に、チームの一メンバーとしては、伊藤先生、平上先生が提案されたチームにおける臨床推論に関わる点でもあるといえます。そして、介入ポイントについては、

これら全体を見渡した上で判断されることが必要であるともいえるのではないかと考えます。

もう一つのソーシャルワークにおける臨床推論の第2の課題として、ソーシャルワークの倫理、ソーシャルワーカーの姿勢との間に齟齬が生じるのではないかと、という点です。ここでは二つの齟齬を課題として整理します。

第1は、実践における対象を「個別化」した理解と対象に関する知識のカテゴリ化の問題です。特に、「知識ベース」において不可欠なことは知識を整理するという点ですが、これは自ずとカテゴリ化を意味します。この点が「クライアントの個別化」と齟齬を生じるのではないかと、という点です。第2は、対象者が語るストーリー尊重とソーシャルワーク専門知識にもとづく対象理解の問題です。特に、「鑑別診断」を行う場合、ソーシャルワーカーは対象者が語るストーリーを尊重せずに、鑑別のための質問を発する必要が生じないか、という点です。クライアントと向き合う場合にカテゴリ化を良しとせず、クライアントのストーリーを重視するソーシャルワーク実践の倫理・姿勢と齟齬が生じるのではないかと、という点です。

しかし、ソーシャルワークの専門的な知識の体系、これは、ソーシャルワーカーのストーリーと言えますが―は必ず持っているはずだといえます。ソーシャルワーカーの場合、対象者のス



トリーを聞きながら、頭の中では、何らかの形で専門家としての知識体系への落とし込みを行っているといえます。そのようなものがあるのであれば、これを可視化することは、伝達可能性を高める点、妥当性について検証ができる点で有用であるといえます。そして、ここで問題となることは、整理された知識ベースをいかに活用するか、という点に関わるのではないかと考えられます。

6. ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性

最後に、改めて整理いたします。ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性について以下のとおり提案できます。第1に、臨床推論は、ソーシャルワーク実践の思考のプロセスを「可視化」する方策として有効であるということです。特に、アセスメントとその根拠を可視化することができるのではないか、という点です。第2に、ソーシャルワーク実践における推論の軸は、複数取り上げることが必要であるということです。その中でも、「相互作用推論」の概念を組み込むことは重要であるといえそうです。第3に、ソーシャルワーク実践において「パターン認識」「仮説演繹法」の前提となる知識ベースの構築、可視化は、ソーシャルワーカーが暗黙のうちに構築している知識について、検証を行え精度を高められる点、伝達可能性を高める点で重要であるということです。そして第4に、「臨床推論」を導入する際に、臨床推論の「知識ベース」の活用における「共通認識」構築が不可欠である、ということです。

ソーシャルワーカーにとっての当面の課題は、臨床における知識として何を構築するのかという「知識の構築」における枠組みの検討と構築した知識をいかに活用するのか、という活用における「共通認識」であると考えます。この点について議論を行うことが今、喫緊の課題であるといえます。専門職としての思考のプロセスを可視化する必要性については、現段階では誰

ソーシャルワークにおける臨床推論の可能性

- ①臨床推論は、ソーシャルワーク実践の思考のプロセスを可視化する方策として有効
 - ②ソーシャルワーク実践における推論の軸は、複数取り上げることが必要
 - ③ソーシャルワーク実践において「パターン認識」の前提となる知識の構築は、検証を行え精度を高められる点、伝達可能性を高める点で重要
 - ④「臨床推論」を導入する際に、活用における「共通認識」構築は不可欠
- ↓
- ソーシャルワークにおける臨床推論への取組みの当面の課題
 - ・「知識の構築」における枠組みの検討
 - ・活用における「共通認識」構築

もが納得する事であるといえます。それを踏まえた上で、一步踏み込んで臨床推論のエッセンスは何かということを見ると、ソーシャルワーク専門職集団のレベルで「知識ベース」を構築することが非常に重要であると再認識するところです。どうもありがとうございました。

〈引用文献〉

- ドレイファス, H., ドレイファス, S. (= 2015) 「第1章 スキル獲得における理論と実践の関係」ベナー, P. 他編『ベナー看護実践における専門性：達人となるための思考と行動』医学書院。
- Higgs, J., Jones, M. et. al. (2008) Section1 Clinical reasoning and clinical decision making-nature and context, Clinical Reasoning in the Health Professions 3rd ed., Butterworth Heinemann.
- 大西弘高 (2012) 『The 臨床推論—臨床医よ、診断のプロをめざそう！』南山堂。
- 大西弘高 (2013) 「臨床推論とは」『治療』95(5), 992-994.
- 大谷昭他 (2008) 『医療ソーシャルワーク実践50例』川島書店
- 高山恵理子 (2008) 「研究と実践の狭間—経てきた経験から考える」『社会福祉学』49(1), 123-126.
- 山中克郎 (2013) 「臨床推論をどう学んできたか」『治療』95(5), 995-998.

(シンポジウム質疑応答)

小西 3人の先生方、ありがとうございました。お話を聞きになった皆様の中にはさまざまな思いや考えが渦巻いているのではないかと思います。高山先生からは、ソーシャルワーカーは知識ベースをもっと蓄積しなければいけないというメッセージをいただいたと思います。これまで臨床推論について他職種がどのような考えをもち、どのような課題をもっているかについて、このような学会で共有することはなかったのではないかと思います。大変力のこもった研究、実践を聴かせていただきました。先生方から補足がありましたらお願いします。伊藤先生からは、こことこだけは伝えておきたいというところがありましたら、補足をいただければと思います。

伊藤 概念の話が長くなり、教育やチームの推論が時間切れになったのを反省しています。臨床推論のモデルを出しましたが、このケースに関してはこのモデルということではなく、しかも誰もが同じ推論モデルをしているわけではなく、その人がもっている知識、経験によって、思考方策を組み合わせて、ひっくるめて推論している。私はそれを学生のうちからどうやって教えていくか取り組んできました。また臨床の場では新人から2、3年目になるまでの間にナースが行う臨床推論の軸をどうやってつけさせようかとやっている最中です。チームの推論については平上先生がわかりやすく説明していただきましたので譲りたいと思います。

小西 ありがとうございます。平上先生、お願いいたします。

平上 臨床推論を現場でやっていますと限界を感じます。患者さんのところに足を運んで専門職がそういう話をすると、感動がございます。それを振り返った時、みなさんにお伝えする時、伝わらないものがとんどん出てきて、写真で「こ

うだった、こう考えた。今はこうなんだよ、こういう生活もある、こういう可能性もある」と語っても、そこには限界がある。でもそれをやるか、やらないかは大きな違いがある。家族のために、患者のためにやらざるをえない状況がきていると思います。もう一つ補足すると正直いって、MSW との実践、いっしょにチームとして携わったことがないのがとても残念です。病院で若手療法士のスキルアップを目的に職場内研修(OJT)として症例検討会にかかわらせていただきました。理想を語っているだけで、現場では難しいから、こういうシステムができないと、リハはやっていけないだろうなど、しこたま考えさせられました。こういうことが効果が出るのか、そんなにいいものか、システムがそれで十分なのか、まだまだ不足が一杯です。そういう不足の中でこういうことを理想として創造して学生にも「チーム医療とは何か、他職種との連携は何か」ということを語れるようなことが今、見えてきたように思います。

高山 臨床推論を考える時、まず臨床での思考のプロセスをいかに「可視化」するかが大事かということを考えています。それができないかどうか。論理に従った推論、それもあるかと思いますが、そちらの方が勝ってしまうと、実践で培ってきている「介入ポイント」や「知識の構築」が消えてなくなってしまうのではないかと心配をします。そこで臨床での思考プロセスを可視化することに、とにかく力を入れる必要があると思います。それから医学における臨床推論はまた違う側面があるのではないかと感じている。そのへんのことについて前野先生のお話を伺いたいと思います。また、伊藤先生が紹介された「相互作用的推論」という考え方は、私たちのソーシャルワークの「臨床推論」を考える場合にとっても有効なのではないかと感

じるところがありました。その点について話しあっていけたらよいと思いました。

小西 それぞれの先生方からお話をいただきました。「思考の可視化、実践の可視化」はソーシャルワークにおいては長い間課題としてきたことでもあります。それを「臨床推論」という切り口からみると、このようなことが考えられるのではないかという提起がありました。研究者の方も実践の方もいらっしゃいます。明日の事例部会では3つの場面を取り上げて、ソーシャルワーカーの臨床推論を可視化することを試みますので、どなたでもぜひ思っていることをご発表いただければと思います。いかがでしょうか。質問でもコメントでも結構です。

質問 他職種の看護やリハビリテーションなどのバックグラウンドがある方々がこんなふうに考えながら仕事をされているということで刺激になりました。基調講演で前野先生が、どこで何が起こっているのかと考えていくと言われました。何をわかろうとして思考しているのか自問しているという感じがなと思います。目の前のクライアントを理解したいと思う中で、どうやって近づいていけるか、どんな知識を用いたらいいのか。そんなことを考えています。伊藤先生が「ここは大事な局面だ」ととらえるということをどう言語化するかが大切だとおっしゃいました。ソーシャルワーカーもそうだなと、詳しくお聞きしたいと思います。知識については平上先生がお風呂に1時間かけて入ることも大切な知識だと言われました。そういうとらえ方について聞かせていただければと思いました。

伊藤 「大事な局面」がわかるのはナースにもありますが、私たちもなかなか言語化できていません。私たちは申し送りというのが毎日あります。「患者さんはなぜそうなったの？」など、先輩から突っ込まれたりして、それが言語化の機会、昔はそれでよく鍛えられていたと思います。しかし、現場のそういった徒弟的な教育の力は落ちてきています。徒弟的にやっていることを取り出して分析的にやってみたのが2年目看護師のリフレクションです。自分の事例を

ちゃんと書けるか、どんなことを書いてきたか、どんな場面か、2年生なりに「大事な局面」と思って関わり、「これでよかったのか、どうしたらよかったのか」という疑問や気がかりがずらりと並びました。例えば、「終末期の患者さんで病名が未告知である、本人と家族の意向が違う、どんなふうに患者さんのベッドサイドに行って関わったらいいか」という事例について、患者さんから気持ちの訴えがあった時、ナースとしてそれをどう受けとめていいのか悩んでいます。「傾聴しかできなかった」とレポートにはあり、傾聴が援助の一つであるということに気付いていない。また、患者に本当のことを伝えていいのか、もし患者からの訴えがなかった時、どう思っているかを聞き込んでもいいのか、でも自分がうまく聞けるか自信がないなど、そこには2年生の等身大の悩みが表れています。「大事な局面」というのはわかりつつあり、そこでどうすべきか、毎日働いている中で暗黙的にできあがってきていると感じました。こういう事例をいくつか取り上げ、2年生50名でシンポジウム形式で話しあいました。臨床には正解はなく、多分、その患者さんと家族にとっての選択なのかなと。私たちがそれについてチームでどう援助できるかを考えないといけないよねと。「大事な局面」は一言で表しきれないかもしれませんが、事例の中で暗黙的にもつようになると考えています。

平上 情報を知識にするためには、その間に「知の場」があるということです。知の場とは face to face で同じ時間、同じ場所、そこに相互作用の場が必要だと言っている「知のピラミッド」ということを高梨先生が紹介されています。知識にするには知の場が必要である。そういう場こそ臨床現場ではないでしょうか。それを机上ではなく、face to face で同じ場所、同じ時間を共有して相互作用をオープンな対話で。そういう場において情報から生きた知識が生まれてくる。まさに「臨床現場」はそういうものではないかなと思います。いかがでしょうか。

小西 ソーシャルワーカーはこれまでも平上先

生の言われる「知の場」、相互作用、関係性を大事にしてきたといえますが、伊藤先生のお話からするとそれはケアリングも通じるのでしょうか。またそれらはリュウマチの方の事例でも出てきており、ある意味、注目されてきているといえるのではないかと思います。医療に携わる職種の共通認識を確かめていく一つ的手段に「臨床推論」がなってもいいのではないかと思います。他にも研究と実践の違いやソーシャルワーカーが知識ベースをつくっていく時の課題等のご指摘がありましたが、現場からのご意見もいただければと思います。

質問 「臨床推論」について初めて学ばせていただきました。自分なりに考えて説明とか介入ポイント、支援者の思考過程などを可視化して述べ伝える。可視化する時にリフレクション、自分自身のことを知る、自己覚知が重要なのかなと思ってお聴きました。リフレクションとか自己覚知を深める時の重要なポイントがあればご教示いただけたらと思います。

小西 「臨床推論」のテーマを採り上げ、打ち合わせの際の「臨床推論とは何か」という議論の中で、絶対に教育とつなげるべきだという認識を共有しました。ソーシャルワーカーの分野でもスーパービジョンや自己覚知は常に取上げられてきたことですが、今の話と含めて一歩踏み込んで平上先生からお願いします。

平上 「知の場」があったら共通認識できる。伊藤先生もいわれていましたが、最初から患者さんの全体像なんてわかりっこないよねと。情報を削り落としていく、まさに全体像が見えるからこそ削り落とされる。リフレクションはそういう意味がある過程ではないでしょうか。実践と思考を振り返る中でふり落としていく、患者さんの全体像が最初から想像したものと同じく変わっていく、行きつ戻りつしながら全体像が見えてくる。最後に削り落とされなかったものが知識かもしれませんが、介入当初から見えてきたものではない、その過程は「臨床推論」をリフレクションすることが、こういうことを生み出すプロセスになるのではないのでしょうか。

小西 「削り落とす」といわれましたが、ソーシャルワーカーは何を削るかという発想はあまりないかもしれません。あるいは言語が違うかもしれないと思いましたが。

質問 私も法人の中で人材育成を担当していることがあり、リフレクションの大切さ、自分一人でPDCAサイクルを回していけるかどうかにかかっていると思っていて、どう自分で深めていけるかが重要だなと思います。私たちがよくセンスでしていることを言語化して述べ伝えていくとか、削ぎ落とすということはわからないでもないと感じます。ソーシャルワーカーとして大切にしているクライアントの一人ひとりを個別化して個性を考えていくことではないかと、お話を聴いて思いました。

小西 伊藤先生からお願いします。

伊藤 「臨床推論」を自分の中の軸として意識する時、リフレクションを抜きには語れないと思います。患者さんの全体像はなかなかすぐには見えてこない。医師とかソーシャルワーカーの受け持ち制と違い、ナースは交代制勤務なので自分が今日見て、次に見るのは3日後とかです。この2年生のレポートも一場面をとらえ、その後どうなったか追いかけてストーリーになっていて、「あの時のかかわりはよかったのか」と立ち止まって考えるものが圧倒的に多かったです。振り返ることで、自分がやったことがその患者さんにとってどうだったか、自分が援助した行為の意味がわかってくる。スライドでリフレクティブサイクルを紹介しましたが、リフレクションをやる時に、まず自分で事例の記述、描写ができるか、そして次のステップで「そこでどう感じたのか、どんな問いをもったか」の部分が必要で、最終的にどんな結論を出して、次はどうしたいかとサイクルを回します。この考え方の軸は専門職がもっていないといけない姿勢ではないかと思います。そうやって経験しているんな事例にあたりながら、その患者さんにとって「これは大事な局面」だとわかるようになる。一言で表現できませんが、こういう軸づくりを看護師として3年生までの現任教育に位

置げたいと考えています。人は自分で意識して自分を育てないと育っていかない、この力は絶対に身につけないといけないのではないかと思っています。

高山 専門家ではない「人」から専門家になっていくプロセスの中で、まずは個人としての感じることにベースにはあるかと思いますが、そこから専門職となる間に自己覚知はとても重要だと思います。専門家としての考え方の軸が、最初は個人としての感じ方から、振り返って一枠組みに照らして的確であるかを確認して振り返って一つくられていく。直接感じるという直感から、観る直観に変わってくるのかなと考えます。その時に自己覚知はとても重要な要素になってくると、先生方の話を伺いながら、ソーシャルワーカーの中で語られることと照らして考えました。

小西 PTの立場からはFIMの数字が少ししか上がらなかつたら診療報酬上排除されてしまうという事態に、患者さんにとっては大事なことになるのでよいかという危機感があること。また一つの量的データで、急性期の病棟の中で起こったことと、サイクルの中で動かしていったストーリーをきちんと語れるようにすることの大切さを語っていただきました。ソーシャルワーカーの場合、かなり長いスパンでないと、その結果に対する決め手を欠くという側面もあるのかなと思いますが、そのあたりはいかがですか？

高山 最終的に何が適切であったかを判断しにくい部分があるといえます。だからこそ自己をつくっていく、行為の適切性を説明できるようにしていくということが必要であるのではないかといいことですね。

小西 高山先生はそういう意味でソーシャルワーカーの働きの自己評価、アウトカム評価の指標をつくっておられるので、方法論的にはその延長線上として似たようなものがありますね。

質問 30年ほど臨床でソーシャルワーカーをしております。それぞれの専門職にとって臨床推論の流れの中に私たちの職種があるということ

が大事だと思います。一人の患者さんに対してどういうふうに統合され、チームとして患者さんに対応していくか。チームの臨床推論、それこそがリフレクションの一つの方法ではないかと考えます。特にチーム・カンファレンスの中で患者さんや家族がその中に入っていると、そうなるとうまうまう他職種とのチーム医療についてご意見を伺いたいと思います。

伊藤 「相互乗り入れチームモデル」のように、これからのチーム医療は多職種の相互乗り入れでやっていく必要があるかなと思います。私は助産師ですが、リウマチ病棟の看護師長を経験しました。初めはリウマチがよくわからなかったのですが、実は、リウマチの治療が進んできて妊娠・出産を希望する患者さんが増えてきていること、ナースや医者の中でもリウマチの出産に詳しい人がいない。助産師はリウマチの妊婦さんを見たことがないという問題がありました。リウマチのチーム医療は専門分化しており、妊娠、出産部門のリウマチのチーム治療をつくらうということになりました。チームを組んで学習会や研修に取り組み、おかげで私はリウマチに詳しい助産師になりました。また、リウマチ科のナースは妊娠に詳しくなった。同じように妊娠とリウマチに詳しい作業療法士や理学療法士ができ、薬剤師ができ、多職種がリウマチと妊娠の特殊性、患者さんのよくある悩み、抱える問題についての推論を共有しました。多職種と協働で学習してチームマインドが育つと、自分たちの専門だけをするのではなく、少しずつ伸ばして隙間なくつながるように相互乗り入れできてくる。ちょっとずつ互いに詳しくなるというか。ソーシャルワーカーも詳しい専門分野をお持ちだと思います。ガンとか、HIVによく関わっているとか。

多職種がチームで成長することを考える時、自分の専門性を特徴づける推論をもち、力を発揮するためのチームの推論の枠組みをもたないといけない。患者さんが今、病期のどの段階で、どんなことに困っているか、それを治療の「障害像」「臨床像」「心理面」「環境面」として分

けていった時、それぞれの職種がもつ推論を持ち寄りながらチームで決めていかなければいけない。とくに「誰が、いつ、何をするか」ができないといけない。チームが成熟してこないといけない。例えば今、私は「退院支援のカンファレンス」をやる時、臨床倫理の4つの枠組みをベースにした内容での論点整理をしています。入院した初日は看護師がよく関わるから看護師が初回面接をしましょう。そして情報の6、7割をとる。入院して3日以内に一度、ソーシャルワーカーと初回カンファレンスをもつ。そして患者の支援がどの段階かを話し合っ、どんな介入をしていくかを決めていきます。これをシステムにして乗せていこうとしています。

小西 そういう方向がどんどん進んでいくと、将来いいイメージができやすくなるようにと思います。前野先生、お待たせしました。チームということも出てきましたのでコメントなりご感想をお願いいたします。

前野 興味深いお話を聴かせていただきました。私は総合診療医ですか、大学では医学教育の分野を担当しています。お話を聴いていて、今日はそっちの方でくれば良かったかなと思うほど、本質的な議論だったと思います。私が話したことは各論的すぎたかなと。もう少し理論的背景を含めてお話すればよかったかなという思いで聴かせていただきました。おかげで、みなさんがイメージしている臨床推論は何となくイメージできてきたように思います。今の議論は、一言でいうと暗黙知、経験知の部分。それをどう学ぶか、どう伝えていくか、どう力をつけていくかという永遠のテーマについてのものだったと思います。

医学教育でも同じことがいえまして、医学教育の立場でもプロフェッショナルリズムとか倫理的な教育とか、そういう暗黙知をどうやって身につけるかが大きな問題になっています。その背景に、これまでのパターン認識、とりあえず肺炎を治せばいいだろうとか骨折をつなげればいだろうとか、そういう医療でなくなってきた。医療が複雑になって多様化してきて、それを限

られたりソースの中で多様化する価値観の中でこなしていかなければならない。そうすると一人ではできない、ただ熱が下がればいいということではない。本人だけではなく、家族も考えないといけない。今まで以上にたくさんの職種と連携してやっていかなければいけない。そうすると、教科書的なパターン認識でいいのか、正解のない問題にどのように取り組むか、という悩み方の部分も、今日の3人の発表を聞いていると「臨床推論」のカテゴリーの中にあるのかなと思いました。

私は単純に考えるのが好きなので単純に申し上げますと、これまでの医学教育は全部、徒弟制度のような形で現場に送り込んで勝手に学べということやってきた。このいい点は、暗黙知は暗黙知のまま学べることです。しかしばらつきが多くて効率が悪い。その暗黙知をできる限り、「形式知化」しようという試みがあって、その理由は形式知化することによって確実に伝えることができる。あるいは一人の人がたくさんに伝えることができるからなんです。実は、伊藤先生がいわれたように私がやったワーク、あれは「仮説演繹法」なんです。仮説を立てるところを省略して4つに絞りこんだところからスタートしていただいたのですが、実際には数ある病気の中からいくつかに絞るといふ仮説を立てる。そしてあとは一個一個、検討していく。あえてその言葉を使いませんでしたが、ああいうのが「臨床推論」の一つだと思うイメージしやすいかなと思います。

しかし絶対に、すべては形式知化できません。むりやりすべてのモデルを形式知化しようとする客観性を大事にするあまり、大事なものを損なってしまいます。FIMをやれば全部表すか、決してそんなことはない。形式知化する努力と同時に、絶対に形式知化できないことを悟るべきなんですね。ではそれをどうやって伝えるか。医学教育の業界では「hidden curriculum」という言葉をよく使います。たとえば、先輩が必死で人の命を救う姿を見て感動して医者になろうと思ったとかいうものですが、これは決し

て先輩が「背中を見ろ」っているわけではなく、その場面を経験して、いつのまにかそこから学ぶ。このように、恐い経験をした、心から感動した、というところから学ぶ部分もすごく大きいんですね。でもそれは「hidden」、隠れているカリキュラムなので、すべて計画的に教えることができない。では、その暗黙知したものをどう学ぶか、がテーマになってくるわけですが、医学教育でできることの一つはそういう機会を計画的につくることです。平上先生が繰り返しおっしゃった「現場で」そういう経験を確実にできる場をつくること。あとは経験を最大化すること、経験からえた学びを最大化すること。それがリフレクションにほかなりません。経験させてほっておいたら勿体ない。30しか学べないことがリフレクションすることによって50にも100にもなる。そういう場を計画的につくること。そして学び合う、みなで経験することでそれぞれの中に暗黙知としてたまっていく。

そして、倫理についてですが、倫理的問題には論理的な「正解」はありません。もしそんな答えがあるなら、倫理的問題で悩んだりしませんよね。先ほど倫理4原則のご紹介がありましたが、これは答えを見つけるための方法論ではなく、悩み方の方法論だと思います。悩むなら、漏れなく悩まないといけない。そのための方法論です。決して答えを教えてくださいではないですけど、方法論の悩み方だったら形式知化できるのではないかと、ということで用いられているものです。このように社会の中で大切になってきた臨床推論という暗黙知を伸ばしていくためには、形式知化できるものは徹底的に形式知化してそれを伝える。それができない部分は開き直って、その部分は確実に経験させ、その学びを最大化させるリフレクションで広げる。これを全部あわせたサイクルが大切で、その取り組みは医学教育の業界でも注目されています。医学教育でもそんな流れがあるということで、ご紹介させていただきました。

小西 ありがとうございます。チームでいっしょに学ぶという意味でヒントなりご意見もい

ただければと思います。

前野 これまで医学教育の中でもチーム医療は注目されています。ところが、教える側はチームでやるのが大事だといいながら、大学や学部は完璧に職種ごとに分かれています。私は筑波大学のチーム医療教育のコーディネーターをやっていますが、学生時代から多職種連携を学ぼうという動きは進みつつありますが、残念ながら、まだ部分的なものにとどまっています。今後、医療ニーズはますます多様化し、かつ高度化しています。チーム医療も、これまでのように、いつのまにか身につくのではなく、しっかり確実に身につけさせないといけない。価値観が違う人たちの中で一つのビジョンを共有して、みなでそこへ向かっていくというディスカッション、チームワークが大事ですね。医療者のコミュニケーションは対患者だけではなく、対医療者のスキルも重要です。チームをまとめていくリーダーシップに関する教育も今はあまり行われていませんが、そのうち体系的に卒後教育に入れていかないといけないと思っています。

小西 どうもありがとうございました。お話をまとめていただきまして今後の方向が見えてきたような気がいたします。最後に一言ずついかがでしょうか？

伊藤 いつも看護職に対して話をするのですが、今回、違う職種の方にわかるように伝えないといけないと。いい課題をいただき、取り組ませていただきました。私にとっても得ることが大きく充実した感想をもっています。ありがとうございました。

平上 勉強になりました。ありがとうございました。

高山 本当に勉強になりました。「ソーシャルワーカーが臨床推論に挑む」というタイトルですが、挑まないといけないんだと肝に銘じながら、そのための方策を今回、学ばせていただきました。どうもありがとうございました。

小西 ありがとうございます。実は今回のテーマを理事会で決めた後、どなたに登壇していたか、雲を掴むような状態でした。高山先生

は会員でもいらっしゃいますが、色々探してようやく伊藤先生と平上先生にたどりつきましたが、本日はお蔭さまでとても嬉しく良い時間をもつことができました。チーム医療はソーシャルワーカーにとって大きな課題だと改めて思いましたし、議論に励まされました。研究者の立場からは、知識の考え方の軸などこれまで必ず蓄積したものがあると思っています。研究者と実践の方と力をあわせながら、もう少しそれらをつないでいくことに力を入れていきたいと思えます。新しくつくることではなく、これまでのものでも十分、拾いだしていけるものがソーシャルワーカーのなかには蓄積していると信じております。明日の事例部会は「問題の設定力の涵

養を目指す」ことを目的に、患者さんとの出会いを中心に言語化し、関係性、相互作用のなかで学びあうことがおそらく中心になるかと思えます。どうぞお楽しみに明日もご参加いただければと思っています。それでは「臨床推論～職種によるそれぞれの展開」はこれで終わらせていただきたいと思えます。みなさま、本当にありがとうございました。

野村 小西先生をはじめシンポジストの先生方、基調講演の前野先生もお残りいただきましてありがとうございました。今日の学びを明日に生かして引き続き進めていきたいと思えます。本日はどうもありがとうございました。

〔論文〕

高松凌雲の思想形成 —春日寛平からの影響を中心に—

山 田 みどり*

本論文は高松凌雲の思想形成の中で、春日寛平の人格・思想の分析と高松凌雲への思想と実践への影響を『載陽遺稿』と『同愛社五十年史』を中心に分析した。

高松凌雲は1836年に久留米藩の庄屋の三男に生まれ、医師を志し大阪の春日寛平を訪れるが入門できず、江戸の石川桜所の食客生となった。フランス医学を学んだ高松凌雲であるが、その思想には仁に厚く禅に精通していた春日寛平の思想の影響が見受けられる。春日寛平は名医とはその根底に医道を堅固し、医の倫理を備えている医師であると言い、医師と患者の信頼関係を重視し、病者の回復力を信じた。また春日寛平は「眞實ニ愛護シ最善ヲ盡スベキ」と人の生命の尊重を訴えている。春日寛平の思想の影響を受けた高松凌雲は、良医であっても医師と患者に信頼関係がなければ薬効なく、それゆえ施療は区医に限らず「平日我輩ヲ信用シテ施治ヲ乞ハント欲スル者」を救療すべきであると「醫ヲ請ヒ薬ヲ求ル之力」なき貧困者に「眞實ニ愛護シ最善ヲ盡」すべく治療にあたった。凌雲は「相生相愛ノ道」が真理であると医師としての義務を尽くした。

Key words : 高松凌雲, 春日寛平, 思想形成

I はじめに

1 研究の背景と目的

幕藩体制の崩壊に伴い、明治新政府は近代国家形成のため、欧米諸国より政治システムと生産技術の採用を責務とした。医療の近代化も明治政府の一つの要請であり、それに伴う1874(明治7)年の医制の発布は、衛生行政と医学教育に及んでいる。

その医制は76条から構成されており、その主要な点は医学教育、医師免許規則や医師開業免許制度と医薬分業である。また、この時代の医療は、私立病院はもちろん開業医においても自

由診療が主であり「何れも四疊半の座敷より多きはなく、六人の男女各々裸体に快けに話し居る」(大我居士 1893: 5) ような長屋の住人たちには、私立病院や開業医の医療を受けることが困難であった。しかしながら、無料診療(以下施療)が全くなかったわけではなく、極めて貧困なものに関しては医制24条の但し書きにより、公立病院または医学学校附属病院の入院料薬種科金は無料であり、地方においては1879(明治12)年の「窮民救療ノ事」において、郡区町村医を配置し施療を行わせていた。しかし、長興と専濟が「衛生意見」の中で公立病院が「医師ヲ奨導シ医流ヲ改正スルヲ本然ノ目的」(長興

*Midori Yamada : 日本福祉大学 博士課程

1877：12) としているため、施療がおろそかになっていると指摘し、また煙雨樓主人が『噫醫弊』で「醫學の研究は富者の病のみ療養せむとする目的に出づる」(煙雨樓 1909：62)と、官公立病院の医学教育と富裕層の医療への弊害を批判したように、官公立病院では施療は十分行われていなかった。開業医においては、東京醫事新誌の「市醫ノ悪弊ヲ論ス」で弘田武雄は「市醫患者ヲ診スルノ當初此患者ハ果シテ富カ貧カヲ熟察」して診療を行うが、貧富の差異があっても「同シク是ノ天地間ニ生ヲ受ケタル人間ナリ安ゾ生命ニ於テ上下アランヤ疾病ニ於テ輕重アランヤ」(弘田 1879：20-21)と述べ、開業医の営利化を嘆いている。しかし、全ての開業医が営利のみを目的としたのではなく、開業の傍ら施療を施した医師たちも多く存在した。

本論文の目的は、高松凌雲(以下凌雲)が施療施設の同愛社を設立した思想背景と理念を探る試みとして、凌雲の思想と実践に影響を与えたであろう医師春日寛平の人格・思想を考察する。また凌雲が春日寛平の思想をどのように内在化していき、そしてその思想が凌雲の実践にどのような影響を与えたか検討したい。

2 先行研究の課題と研究方法

高松凌雲の先行研究には、青年期の活動から同愛社設立まで伝記的特徴を持ったもの(木本 1980；吉村 2000)、凌雲の思想と実践や医療福祉の原点として同愛社(伴 1980)を論じたもの、兄の古屋作左衛門と戊辰戦争を中心に凌雲の生涯(高松 1980)を描いたものがある。同愛社に関しては、救療問題の必要性から施療事業の目的で生まれた(川上 1969：145)、または「共立貧民病院」が東京にないのは「盛世ノ欠陥」であると同愛社の趣旨や運営方法(池田 1997：220-1)に論及しているものがある。また春日寛平(以下春日または載陽)の先行研究は、載陽の経歴や人となり(森 1902)、載陽の遺稿(春日 1923)を編纂したものがある。

しかし、これらの先行研究は、同愛社の理念・実践と運営に関わる高松凌雲の医師としての思

想を、十分掘り下げて論じられていない。凌雲と春日の関係については、師弟関係に留まり、春日が凌雲の人格や思想形成に及ぼした影響について明らかにしていない。これら従来の研究の到達点を踏まえ、本論文では、同愛社の設立と実践に影響を及ぼした凌雲の思想と春日の思想について考察を行う。分析対象は『同愛社五十年史』、『高松凌雲翁経歴談』、『載陽遺稿』が中心であるが、第一次資料の不足が課題として残るため、他の資料で補足し、春日の思想が凌雲の思想形成に及ぼした影響を可能な限り明らかにした。

研究方法は、歴史資料の分析によりその他の史資料にもとづき、凌雲の思想形成を時系列に分析した。凌雲の同愛社設立の動機・実践を支えた根幹となる凌雲の人格や思想は、家族や環境、師弟、友達、風土、社会背景や体験等から形成される。本研究では高松凌雲の人格と思想形成を、凌雲の幼少期から、医師として活躍する成年期をへて戊辰戦争から同愛社の設立・実践に至るまでを下記の3期とした。

第1期は、1836(天保7)年の凌雲出生から、師と仰ぐ1859(安政6)年大阪の漢方医春日寛平の訪問、江戸の蘭学医石川桜所での食客生、1861(文久1)年、緒方洪庵の適塾入門、1865(慶応元)年運上所内の英語塾でのヘボン、ブラウン、バラ等の出会いまでとする。

第2期は、1865(慶応元)年凌雲が一橋家の表医師から幕府の奥医師となり、1867(慶応3)年のパリ万国博覧会参加の徳川昭武の医師として随行中に、幕府が崩壊し急遽帰国した1878(慶応4)年までとする。

第3期は、凌雲が1878(慶応4)年に負傷兵の手当や和平交渉を行った箱館戦争への参加、1879(明治12)年の同愛社設立、1916(大正5)年の凌雲の死去までとする。

但し、本論文で取り扱う時期区分は、第1期の凌雲の思想形成であり、特に春日の人格・思想の分析を通し、凌雲の思想と実践に影響を及ぼした春日の思想や価値を考察し、また春日と凌雲に共通に見られる普遍的な思想や価値の検証

を行う。

II 高松凌雲と思想形成

1 高松凌雲の生い立ち

高松凌雲は1836（天保7）年、筑後国御原郡古飯村の庄屋の三男として生まれた。凌雲が育った時代は、幕藩体制の歪みが顕著にあらわれ始め、国内では天保の大飢饉による1837（天保8）年の大塩平八郎の乱、対外的には「モリソン号事件」が起きている。凌雲が17歳であった1853（嘉永6）年に黒船が来航し、翌年日米和親条約が締結された。さらに4年後の1858（安政5）年にハリスと日米修好通商条約が結ばれている。尊皇攘夷の激しい中で、凌雲は1856（安政3）年、久留米藩士川原彌兵衛の養子となるが、3年後に久留米藩を脱藩し医師になるために、大阪で著名な漢方医春日寛平のもとを訪れる。しかし、入門が許されず、江戸で有名な蘭方医石川桜所の食客生となった。凌雲は1861（文久1）年緒方洪庵の適塾に入塾し1年後に適塾が閉鎖、次兄の勧めにより、横浜の運上所内でヘボン等から英語の教えを受けた。1867（慶応3）年「佛國巴里に於て、萬國大博覧會來る千八百六十七年を以て開設あるべしとの事に會せり、（中略）幕府は、日本國の名を以てこれに參せんこと」（田邊 1898：467）を望み、凌雲もパリ万国博覧會に徳川昭武の随行医として欧州に同行し、パリ市民病院（オテル・デュ）で近代医学を学んだ。

箱館戦争では凌雲は敵味方の区別なく1340人を治療し、敵方の兵士を津軽まで送り万国赤十字の精神を示している。

2 明治初期の社会的背景と医療保護

明治政府の政策である1871（明治4）年の廃藩置県により、徳川家は「七十萬石を賜はつて其の血食を存せしめらるゝ事に成たれば幕臣の去就に關して實に言ふに忍びざる程の情なき状態」（福地 1897：189）を呈した。徳川家と共に静岡に「移住するのは勝手なれども此方より

して命じたる者の外は扶持方を給する」（福知 1897：192）ことが出来ず、扶持方も秩禄処分之恩恵も受けられない士族達の多くは、経済基盤を失い生活困窮に陥った。他方農民の貧困の原型はすでに幕末期からあった。この時代の農家においては、換金作物の栽培が農業生産力を高め、農民を貨幣経済に巻き込んで行った。加えて三大飢饉という天災が重なり、零細農民は生活費の高騰に悩まされ、借金の形に土地を取り上げられ、流浪する農民が少なくなかった。明治維新後、形式的には身分制度の撤廃がなされたが、国内産業の乏しい明治初期には、国家財政の多くを農民に頼っていた。そして国家財政安定化のために、土地所有者個人に納税義務を負わせる1873年（明治6年）の地租改正条例を布告したが、しかし前年に農業改革による土地永代売買禁止の解放があったため、この地租改正条例は、寄生地主や豪農を保護する事になり、農民の小作化を促した。さらに1881（明治14）年より始まる松方財政による深刻な不況の影響で、農作物や農地の価格は半分以下になり、逆に諸税が増加する中で農家・農民は没落し、恐慌時には一家離散や浮浪化するものも出て、貧困化した農民の一部は職を求めて都市に流動し、停滞し、そしてスラムを形成することになった。

明治初期の救療事業は十分ではなく、1877（明治10）年を境として、貧困疾病者に対する医療保護制度は「各方面よりその設立の急務が、或いは新聞に、或いは雑誌に於いて議論」（社会事業研究所 1943：73）されてくる。そのような社会情勢の中で凌雲は1879（明治12）年施療施設である同愛社を設立した。

高松凌雲の同愛社設立や実践背景には凌雲の思想がある。そのためには、凌雲の思想形成の側面を検討することが重要であり、凌雲に少なからず影響を与えたであろう春日寛平の生涯と思想を見ておきたい。

3 春日寛平の生い立ち

春日寛平は1812（文化9）年、備前岡山藩士

の家に生まれた。1819（文政2）年に8歳で父と大阪に移り、1830（天保元）年19歳で藤沢東咳に入門して経史と詩文を学ぶ。1832（天保3）年3月、20才で泉州堺の医師橋本左司馬に就き、1834（天保5）年11月まで、漢方医学の内科学を学んでいる。森は「長するに及ひて、ひろく経史百家に涉り、最も刀圭の術を極め、往々奇行あり」（森 1902：414）と述べている。1834（天保5）年には長女を僅か2歳で失い、また墓碣銘には「嫡子亨亦早歿」（春日 1923a）と刻まれてある。1834（天保5）年11月に箕裘を継ぎ23歳で医院を開業し、1848（嘉永元）年以降は浪速きっての名医となり、1886（明治19）年75歳にて死去した。

4 春日寛平の人格・思想

春日の生き方は「乾坤独歩」、「天地を一人で歩む」である。平生欣慕慈明風／苦学期成千日功／我亦男兒應如／是醫雖小道將無同（春日 1923a）。春日は長年の苦学と努力の結果、禅道を会得した慈明楚円禅師の生き方を敬慕し、医術は小道であるが医と同じ価値のものは無く、私も亦男子なら慈明禅師と同じく、医道を極めるために邁進したいと詠んだ。

載陽春日先生墓碣の謹撰は、春日の師である藤沢東咳の長男藤沢恒（または南岳）であるが、その一部に「浪華醫門五百有餘而嘉永以來稱名醫則必先屈指于先生」（春日 1923a）と記されており、1848（嘉永元）年以來、大阪で500余名の医師の中、名医を挙げるときには載陽にまづ指を屈したほどである。春日は「つとに興き夜半にふしてそつとめなん。くすしき法の道のおくまで」（春日 1923b：2）と詠い、「医道」を極めたいと述べる。春日の門弟望月惇一の『春日載陽先生行状』には、春日の医師としての姿勢が記載されており、春日は常に業務に励精し「病者ノ診療ニ全カヲ注」（望月 1923：2）ぎ、診察には綿密な注意を払い「往診中ニ態々歸宅シ、参考書ヲ檢シテ始メテ處方スルコトサヘアリキ」、「凡ソ疾病ハ是レ自己ノ疾病ナルガ故ニ、自己スナハチカヲ攝養ニ用ヒ、以テ恢復ヲ謀ル

ベキノミ」（望月 1923：2）と述べられ、養生して健康の増進に勤めれば病気も回復すると説いている。また、春日は門弟に「萬物一體ノ理ヲ識得シ一切ノ病者オ視ルコト」、「眞實ニ愛護シ、之ガ為ニ最善ヲ盡スベシ」（望月 1923：2）と諭したように、春日は病者の実存と、生命の尊重を提起している。春日は息子育造に「唯纔ニ疾ヲ治スルヲ以テ醫ナリトナスハ、大ナル誤ナリ」と論じ、名医とは「道心堅固ニシテ、道德ニ深キ根柢ヲ有スルノ醫」（望月 1923：3）であると述べる。さらに春日は「古舊ニ厚ク、最モ恩誼ニ深」（望月 1923：3）く、常に「予ヤ終身醫業ニ盡シ、死シテ後休マンノミ」（望月 1923：2）と、病者のために身を呈して働いた。春日の風貌は「豊頬温眼ニシテ、音容高爽」であり、春日と接する人には「尊崇ノ意ヲ」（望月 1923：5）抱かせた。春日の人柄は「誠以接人恕以容衆」、「才敏志篤」、「仁厚乎救人」、「孝成乎事君」（春日 1923a）であり、春日は「死生は實に天命に御座候て。人力之及ふところに非ず候」（春日 1923b：52）と説いた。

III 高松凌雲の思想と実践に影響を及ぼした春日寛平の思想

1 春日寛平と高松凌雲の関係

『高松凌雲翁経歴談』によると、凌雲は安政6年に「今橋筋尼ヶ崎町1丁目春日寛平と云う人は、當時有名の醫師なりと聞き」（盤瀬 1912：8）其の門を叩くが入門を拒否されている。その後、凌雲は江戸に渡るが、凌雲と春日との間で「年始暑寒には、互いに書信の往来を」（盤瀬 1912：14）行うなど手紙のやり取りを続けていた。凌雲の再度の入門依頼を門弟の判断で断ってしまったことに、春日は「門生の粗忽は即ち我為せしも同じ事にて、千恨萬悔」（盤瀬 1912：13）と遺憾の念を書簡で率直に述べ、来坂には立ち寄るようにと書簡を送っている。凌雲も「大坂へ至る毎に、必ず同氏を訪問」（盤瀬 1912：16）し、適塾入塾に際し「来書は悉く保存し今日も懐に所持し」（盤瀬 1912：15）

て、春日に保証人を依頼した。春日の塾と適塾とは目と鼻の先にあった為、凌雲は「緒方塾に在學中は間ある毎に訪ふて親子の如く師弟の如く」(磐瀬 1912: 15) 付き合い、また凌雲は「元治2年京師に於いて一橋家に仕へてより、大坂へ至る毎に、必ず同氏を訪問」(盤瀬 1912: 16) している。両者の深い関係を示唆する事柄としては、凌雲が奥医師に登用された報告や、フランスへの渡航の報告に春日を訪れた時、春日は「喜色満面に溢るゝ」(盤瀬 1912: 16) 程凌雲の出世を喜んだことが挙げられるであろう。凌雲が春日の思想から少なからず影響を受けた背景には「親子の如く師弟の如く」の関わりが、位置づけられると考えられる。同じく凌雲は「東北鎮定の後」春日の死後であったが、フランス留学の土産にイタリア製のモザイクをわざわざ送っているが、その凌雲の行為に、春日への「厚い尊敬の念」と、「敬慕の情」が確認できる。また福澤諭吉の『福翁自伝』に「垢染みた傷寒論を土産にして國に歸て人を殺すとは恐ろしいぢやないか今に彼奴等を根絶やしにして呼吸の根をとめてやる」(福澤 1899: 151-2) と、当時の蘭学生と漢学生との緊張関係の記載があるが、蘭学生である凌雲が春日塾へ出入する事実は、凌雲が「老儒藤澤東岐先生の高足弟子にして當時、大坂有名の漢醫」(磐瀬 1912: 16) の春日を尊敬していた為であると指摘できよう。凌雲の春日へのこれらの意識が、春日の思想を受容し内在化し凌雲の思想を形成して、実践に結び付いて行ったと考えられる。

2 高松凌雲の思想と実践に影響を及ぼした春日寛平の思想

春日の思想と凌雲の実践との関係を、具体的に示す資料が今のところ披見できない。それゆえ、凌雲の実践は儒学の教養を背景にしていた可能性も否定できず、春日の思想を内在化した凌雲の思想の実践とは、明確には言及できない。しかし、凌雲の暇あるごとの春日への訪問や、書簡のやり取りで春日の思想や実践を、凌雲は少なからず内在化して行ったと考えられ、凌雲

の思想や実践の背景には、春日の思想の影響があった事を看過することはできないであろう。

春日先生墓碣に「誠以接人恕以容衆」(春日 1923a)、「誠に以て人と接するに恕にして以て衆を容れ」との記載がある。また春日は「藥實有靈然患者不信我則藥或失其靈是以欲治其病宜先使之信我也」と述べ、薬には実に霊がある。病を治せんと欲すれば先ず吾を信じさせることである。しかし患者が医師を信じなければその霊は失せてしまうと言う。信ずれば果たして多くの薬も亦愈々霊となると説く。凌雲は「其生命ヲ托スルト、托セザルトハ、平素其醫ヲ信ズルト、信セザルトニ、在リテ、假令良醫トイエドモ患者之ヲ信セサレシハ其藥効ヲ収ムル能ハザル者ニ候」(同愛社 1928: 11) と、春日の医師の思想と姿勢を内在化していたことが窺い知れる。春日は人の治癒力を信じ、病者の力を信じて医師と患者の信頼関係を重視した。凌雲はこれらの春日の思想の影響を受け、また春日との交流の中で、凌雲本来持っている価値を強化し実践に結びつけたとも考えられるが、その実践の第一は、「盛世ノ缺典ヲ補ハント欲」(同愛社 1928: 22) し、同愛社を設立したことである。同愛社の設立の本旨は「疾病ニ際シ其生死ヲ托セントスルモノ無力ニシテ、謝儀ヲ贈リ、藥價ヲ納ムル事能ハザル者」(同愛社 1928: 13) を、「区内貧民ノ病苦ニ煩」(盤瀬 1912: 10) 者を「恕以容衆」の思想を根底に「府下病院及ビ區醫ノ施療券ヲ得ル事能ハザル者」(同愛社 1928: 22) に、同愛社独自の施療券で施療を行う事であった。春日が名医とは「道心堅固ニシテ、道德ニ深キ根柢ヲ有スルノ醫」(望月 1923: 3) と子弟に論じたように、凌雲は「施治ヲ乞ハント欲スル者アランニ之レヲ救ハザル可ラス」(同愛社 1928: 9) と、医の倫理と「仁厚乎救人」を以て「我カ職業ニ對スル、應分ノ義務ヲ盡」(盤瀬 1912: 10) ために施療をおこなった。

春日は「病者ノ診療ニ全力ヲ注」ぎ「診療ニ際シテハ最モ綿密ナル注意ヲ拂ヒ、苟モ之ヲ忽ニスルコト無ク」(望月 1923: 2) 診療に努め

た。春日の大阪での開業初期、医療の傍ら村社に奉仕し、また「村内ノ子弟ニ教授」した。当時の郡中総代が「篤ク之ニ同情シ種々ノ便宜ヲ與ヘ」（望月 1923：3）、村人も春日に好意を寄せた事に春日は感謝し、村人からの診療の要請に対しては、多忙を極めていても往診に出向き、郡中総代より診療を乞われたときは「如何ニ緊要ノ所用アルモ、又ハ深更ニシテモ必ズ速ニ往診」（望月 1923：4）している。春日の医業が繁栄すると「能ク人ノ世話ヲ為シ、且恵與喜捨等ノ為ニ費ス所モ少ナ」（望月 1923：4）くなかった。春日は仏の前では全ての人に「徳」があり、全ての人が平等であると考え、春日の宗教観は「呈晩年覺樹知満三律師書」に「念佛仕候。ものには」と限定されるが「本来人人箇箇萬徳圓備して」何一つ欠けたるものは無く、天地と同根であり「僧俗男女之差別なし。知愚賢不肖の隔なく。古今前後の異なし。皆此徳を具足せり」（春日 1923b：37）と、仏法の「徳」について書き送った書簡に良くあらわれている。「死生は實に天命に御座候て。人力之及ふところに非ず候」（春日 1923b：52）と論じ、これら春日の思想に対して凌雲は「命ヲ天ニ稟ケテ生タスルヤナリ、故ニ同氣相求メ、同病相憐ムノ意ナキ者ハアラザルベシ」（同愛社 1928：58）と述べる。春日は「生死は實に天命」と言い、凌雲は「命を天に稟ケテ」と、春日と類似した言説が見られる。凌雲は「富貴ノ幾分ヲ割キテ」、「貧賤ノ全活ヲ得セシムル事」（同愛社 1928：58-9）、そして其の成功の日が来るならば「相生相愛ノ道ニ於テ、永ク完然タル眞理ヲ保ツ可キナリ」（同愛社 1928：58-9）と言及している。「眞實ニ愛護シ、之ガ為ニ最善ヲ盡スベシ」との春日の医の倫理の意義を理解し、思想の根底に置きながら、凌雲はより広く思想を展開し「相生相愛ノ道」が人としての道であり、医道であり眞理であると、貧困患者の施療にあたった。これは広く人間の基本である人権と連帯思想をも示唆している。

孟子は「人間には人に忍びざる心」（貝原 1971：153）があると言う。吉田は「人情の自

然に基づく『惻隱』の心を仁の本とした」（吉田 1974：44）と述べる。同愛社の設立はまさに「人に忍びざる心」と、「施治ヲ乞ハント欲スル者」を「救ハザル可ラス」と、医師としての倫理と義務によるものである。

凌雲の第二の実践は、箱館戦争での負傷兵への医師としての実践である。凌雲は負傷兵を助ける良策は無いが「只病者ト死生ヲ共ニスル決心アル而已」西軍が来襲せれば「病者ノ為メニ助命ヲ乞ヒ」、「若シ不孝之ニ反スアラバ、某ハ首トシテ満院ノ病者ト共ニ死シテ遺憾ナシ」（高松 1911b：377）と、負傷兵の助命を第一に考え医師としての覚悟を示している。春日の「道心堅固ニシテ、道徳ニ深キ根柢ヲ有スルノ醫」として、凌雲は負傷兵を護るために医道を貫き通した。また、凌雲は敵兵も治療し本土に送り返したが、このことは「恕」、「惻隱」に通じ、人への「尊厳」を示している。凌雲のこれらの実践と春日の思想との関係を、明確に示す資料を披見できていない。しかし、凌雲は「医道」に対する価値を、春日の姿勢や思想との関わりの中で学び深めていったと十分考えられる。

第三の実践は、開業当時の恩義を忘れず「古舊ニ厚ク、最モ恩誼」に深く行動した春日であったが、凌雲も同じく箱館戦争で出会った鹿児島藩士池田治郎兵衛の窮乏の状態を、1909（明治42）年になって知り「知人のみならず、我恩人なり」（盤瀬 1912：124）、「君の高庇に因り、彼病院患者完全の生を得たるのみならず。缺乏品の供給あり。慰安の温言あり。實に感謝する所を知らず」（盤瀬 1912：125）と、昔の恩義を忘れず、友人、朝野から数百円を集め「喜寿のお祝い」として手渡した。凌雲のこの行動は、名医になっても開業当初の恩義を忘れず行動した、春日の姿勢と同じ価値を指摘できる。

第四の実践としては、凌雲は「一切ノ病者オ視ルコト」、「眞實ニ愛護シ、之ガ為ニ最善ヲ盡スベシ」の春日の思想に依拠しながら、凌雲の思想を広く発展させ連帯思想の「相生相愛ノ道」を説いた事である。1911（明治44）年の東京朝日新聞には「殆ど形容の出来ぬ破れ長屋の薄暗

い一寓に瘦せさらばへて生気なき女房は死せる
 嬰児を抱きて臥し、「亭主は葬儀の費用を得る
 ために一銭二銭と長屋中に奉加帳を回していた」、
 「高松老は余りの事に私財を投じて葬儀を済ま
 せて遣った」（東京朝日新聞社 1911）と、医師
 としての治療以外の凌雲の行為の一面を伝えて
 いる。

IV 考察

1 医師春日寛平と高松凌雲

春日寛平は若き頃、藤沢東咳に教えを受け、
 東咳没後は、漢学の知識を広瀬旭荘に求めている。
 徳田（2014：83）は「旭荘が政治や世相に
 対して一家言を持っていたことは、知る人ぞ知
 ることであったが、そうして識見をも載陽は撰
 取することがあったであろう」と言及する。春
 日は「深く心ヲ陽明学ニ傾ケ」ていたが、陽明
 学者の大塩平八郎の乱には「一晝夜深思黙考シ
 テ後、終ニ意ヲ決シテ斷然之ヲ辭シ、母堂ヲ伴
 ヒテ亂ヲ泉州堺ニ避」（望月 1923：3）てい
 る。春日は「世を思ふ心をかへてひたすらに。いた
 つく人をさめても見ん」と、社会情勢と冷静に
 対処し「世を思ふ」社会的関心に替えて、ひた
 すら病に悩む人々に尽くすため「是醫雖小道將
 無同」と医道を選んだ。春日は「道心堅固ニシ
 テ、道德ニ深キ根柢ヲ有スルノ醫」として努力
 し、実践した人物である。この医師としての春
 日の態度は、凌雲が動揺する負傷兵に、箱館病
 院に留まるか否かの選択権を与え、冷静、沈着
 に病者の救助策は「道理に訴え、諸君の助命を
 乞う」ことであると論し、惨事を回避させた事
 に通じる。また凌雲は、官軍に対して「騷擾す
 る勿れ、此は是病院なり」（盤瀬 1912：81）と
 病院頭取として毅然とした態度で臨み、これら
 の凌雲の態度には医の倫理を固守し、門弟には
 毅然とした、春日と共通する医師の価値観が指
 摘できよう。春日は、阿波加修造へ「孫子曰。
 戦者國之大事。死生之地。存亡之道也。實に戦
 争は天下之大亂。萬民之困窮申すもなかなかお
 ろかなり。是故に決して不可爲也。實に不得已

して戦争に及ぶ也。」「決して輕卒に可行こと
 に非ず」（春日 1923c：35-6）。また「今回將軍
 家御上洛に相成候御達も有之。一橋公既に御上
 京被遊候間」、「公武御一體なれば。日本は泰平
 なるへし」（春日 1923c：35）との書簡を送っ
 ている。『高松凌雲翁経歴談』の中に「文久三
 年癸亥、將軍上洛の典を擧られ、石川先生供奉
 せらる。其の不在中、病用は素より家事をも管
 理する事となり、勤學の餘暇なし」（盤瀬
 1997：19）との記載があり、春日の阿波加修造
 への書簡は、その内容から1863（文久3）年の
 ものである。春日と一橋家に仕える凌雲とが交
 わした書簡には、攘夷や戦争、公武合体等の意
 見の交換はあったであろう。戦況が不利になっ
 た箱館戦争で、凌雲は村橋直衛等の勧めで1868
 （明治2）年和議の書簡を、榎本武揚に送り戦
 争終結に貢献した。その後、凌雲は軍医の仕官
 の口も、そして赤十字社の誘いにも「該社は、
 陸軍軍醫にて管する者なれば」（盤瀬 1912：
 115）と断っている。凌雲の戦争に関する価値
 観は、春日の戦争への思想や箱館戦争の経験か
 らの影響が窺い知れる。

2 高松凌雲の実践

春日寛平が社会的関心に変え、病に悩む人に
 尽力したように、凌雲も「膝を屈するを欲せず。
 獨立して力を公共事業に盡さん」（盤瀬 1912：
 114）と開業し同愛社を設立した。その同愛社
 の実践を『同愛社五十年史』上の最期の報告と
 なる第47回庶務会計報告から見ると、1927（昭
 和2）年中の施療患者数1347人、延人員27326人、
 創立以来の累計88386人、延人員136万2463人
 との記載がある。なお、設立当初は14ヶ所で始ま
 った救療所は、1927（昭和2）年には64ヶ所に増
 設された。同愛社の実践は、施療に限らず、軍
 人遺族の救済や災害救助もみられた。軍人遺族
 の救済は施療券を要せず、日清戦争では1940名
 の軍人遺族を施療し、1910（明治43）年の下町
 での水害では、その施療総数は延べ数で合計
 21615人にのぼった。

この同愛社の実践を支えたのは、凌雲の「人

に忍びざる心」であり、医師の倫理と義務である。凌雲は「府下病院及ビ區醫ノ施療券ヲ得ル事能ハザル者」を同愛社独自の施療券で施療を行ったが、これは春日の「恕以容衆」、「仁厚乎救人」の思想に通じる。また凌雲は、春日の「藥實有靈然患者不信我則藥或失其靈是以欲治其病宜先使之信我也」の思想を内在化し、「良醫トイエドモ患者之ヲ信セサレシハ其藥効ヲ収ムル能ハザル者ニ候」と実践を行った。

V おわりに

1870（慶応3）年、徳川慶喜が政権を奉還する事で「政府ノ施設ハ『知識ヲ世界ニ求め、大ニ皇基ヲ振起スベシ』トノ聖旨」に基づいて「諸般ノ制度皆ナソノ範ヲ西洋ニ採ルニ至リ」（富士川 1941：730）、明治政府は科学としてのドイツ医学を移植すべく、医制を發布し、西洋医の急速な養成に力を注いだ。そのため「医学校兼病院では、患者本位の医療より、むしろ医師本位の医療が行われていたといつてよい」（菅谷 1978：119）。それ以前の徳川幕府260年は漢方医の時代であり、幕末になり蘭方医は幕府に公認され登用されたが、この時代の漢方医・蘭方医の根底にある倫理は儒教であり「仁」、「恕」の思想であった。

凌雲は春日との書簡のやり取りや訪問により、春日を通して身につけたものが多いと考えられる。春日は名医とは「道心堅固ニシテ、道德ニ深キ根柢ヲ有スルノ醫」であると、医の倫理の重要性を述べ、また自己の力を「攝養ニ用ヒ、以テ恢復ヲ謀ルベキノミ」と、患者の治癒力を信じている。門弟には「萬物一體ノ理ヲ識得シ一切ノ病者オ視ルコト」、病者を「眞實ニ愛護シ、之ガ為ニ最善ヲ盡スベシ」であると、病者の尊厳と医の倫理と生命の尊重を教えた。凌雲は「施治ヲ乞ハント欲スル者アランニ之レヲ救ハザル可ラス」と施療施設を設立し「我カ職業ニ對スル、應分ノ義務ヲ盡」と「恕」と医の倫理や義務を訴えている。凌雲は「區醫ニ限ラス己之平日信任スル所之醫ニ就而其券ヲ以テ、治療ヲ受

ルコトヲ得セシメハ」、「貧民之太幸ニ可有之」（同愛社 1928：11）と、病者の医師を選ぶ選択権と窮民の人権を主張した。また凌雲は貧困病者に「富貴ノ幾分ヲ割キテ、貧賤ノ全活ヲ得セシムル事」、それこそが「相生相愛ノ道ニ於テ、永ク完然タル眞理ヲ保ツ可キナリ」と言及し、施療病院の設立に尽力している。その凌雲の「相生相愛」の思想からは人権と連帯思想が認識できる。

そして凌雲の「良醫トイエドモ患者之ヲ信セサレシハ其藥効ヲ収ムル能ハザル者ニ候」との主張は、春日の「藥實有靈然患者不信我則藥或失其靈是以欲治其病宜先使之信我也」からの影響をうけていることが窺える。また春日の「一切ノ病者オ視ルコト」、病者を「眞實ニ愛護シ、之ガ為ニ最善ヲ盡スベシ」との思想は、凌雲の「其施療ヲ乞フ者多クハ衣食ニ缺乏シ」、「之ニ滋養ノ品類ヲ與ヘ、治療ヲ施サンニ亦タ奈セン」（同愛社 1928：68）と、生活を見なければ、病気のための治療では解決できないのだと言う凌雲の実践に、受け継がれていると考えられる。医師と言うものは「自家腦裏、至公至誠ヲ以テ病者ニ臨ミ、醫ノ本分ヲ盡サザル可ラズ」（同愛社 1928：364）と凌雲は述べ、春日の医の倫理と共通する。

人間の患いは人の生き立ちと生活に密接に結びつき、将来の生き方に深く関わっている。それ故、春日や凌雲が訴えた病者の「回復力」、「人権」、「尊厳」と「連帯」の視点は医療福祉関係者に多くを示唆しており、また医療福祉関係者は春日や凌雲の思想から学ぶ事も多と言えよう。

本論文では、凌雲の思想形成とその実践を、春日の思想や医師としての姿勢との関わりで考察した。しかし思想は、家庭環境や風土・友人・社会情勢等からも形成されるものである。それ故これらに関する考察は今後の課題としたい。

引用文献

伴 忠康（1980）『高松凌雲と適塾』春秋社。
同愛社（1928）『日本救療事業史料 同愛社五

- 十年史』同愛社事務所。
- 富士川 游 (1941)『日本醫學史』東京日新書院 国立国会図書館所蔵。
- 福地源一郎 (1897)『懐往事談』民友社 国立国会図書館所蔵。
- 福澤諭吉 (1899)『福翁自傳』時事新報社 慶應義塾大学所蔵。
- 煙雨樓主人 (1909)『噫 醫弊』吐鳳堂書店 国立国会図書館所蔵。
- 池田敬正 (1997)『日本社会福祉史』法律文化社。
- 盤瀬玄策編 (1997)『高松凌雲翁経歴談』高松凌雲翁壽筵會。
- 春日 頤 (1923a)『載陽遺稿 卷上』春日健造 1-50, 国立国会図書館所蔵。
- 春日 頤 (1923b)『載陽遺稿 卷中』春日健造 1-53, 国立国会図書館所蔵。
- 春日 頤 (1923c)『載陽遺稿 卷下』春日健造 1-29, 国立国会図書館所蔵。
- 木本 至 (1980)『医の時代』マルジュ社。
- 貝原茂樹 (1971)『諸子百家』岩波書店。
- 川上 武 (1969)『現代日本医療史』勁草書房。
- 望月惇一 (1923)「春日載陽先生行狀」『載陽遺稿 卷下』1-5, 国立国会図書館所蔵。
- 長與專濟 (1877)「衛生意見」『大久保利通関係文書』立教大学日本史研究会編纂, 1-14, 国立国会図書館所蔵。
- 森 大狂 (1902)『近世禪林言行録』金港堂書籍株式会社 国立国会図書館所蔵。
- 大我居士 (桜田文吾) (1893)『貧天地饑寒窟探検記』日本新聞社 国立国会図書館所蔵。
- 社会事業研究所 (1943)『近代医療保護事業発達史 上巻 総説編』日本評論社。
- 菅谷 章 (1978)『日本医療制度史』原書店。
- 高松凌雲 (1911a)「同愛社實驗談」『国家医学会雑誌』(臨時増刊), 21-33。
- 高松凌雲 (1911b)「東走始末 (承前)」『刀圭新報』2 (10), 376-379。
- 高松卯喜路 (1980)『幕将古屋佐久佐衛門 (兄)・幕医高松凌雲 (弟) 傳』高松卯喜路。
- 田邊太一 (1898)『幕末外交談全』富山房 国立国会図書館所蔵。
- 徳田 武 (2014)「広瀬旭荘と春日載陽」『江戸風雅』(9), 81-86。
- 東京朝日新聞社 (1911)「施薬救療 (三) 社団法人同愛社」『東京朝日新聞』明治44年2月15日, 第8807号。
- 弘田武雄 (1879)「市醫ノ悪癖ヲ論ス」『東京医事新誌』(87), 20-21。
- 吉村 昭 (2000)『夜明けの雷鳴』文藝春秋。
- 吉田久一 (1974)『社会事業理論の歴史』一粒社。

The formation of the mindset of Ryouun Takamatu
—Focusing on the influence of Kanpei Kasuga—

Midori Yamada

Nihon Fukushi University

This paper delves into the mindset formation of Ryouun Takamatu and analyzes Kanpei Kasuga's character, philosophy, and his influence on the thoughts and practices of Ryouun Takamatu by casting attention on *The posthumous works of Saiyou* and *Fifty years of the history of Doaisha*. Ryouun Takamatu was born in 1836 as the third son of the village headman of the Kurume domain. Full of compassion and well-versed in Zen, he aspired to become a doctor and visited Kanpei Kasuga in Osaka, but was unable to become his student. Instead, he became the boarding apprentice of Osho Ishikawa, a famous doctor in Edo. Ryouun Takamatu had studied French medicine, but the influence of Kanpei Kasuga's philosophy can be seen in his mindset. Kanpei Kasuga emphasized that an excellent physician should be ethical and value the importance of the doctor patient trust relationship. Kanpei Kasuga also urged people to be "sincerely humanitarian and do the utmost good" and to value human life. Ryouun Takamatu took to heart Kanpei Kasuga's belief that no matter how good a physician one may be, with no trust between doctor and patient, the medicine used will be ineffective. For these reasons, Ryouun's free medical treatment was intended to rescue those "who rely on us daily and desire to be healed." He also intended to be "sincerely humanitarian and do the utmost good" for the destitute who are without "the strength to request treatment or ask for medicine." Ryouun Takamatu fulfilled his duty as a physician who was truly on the "path of mutual living and mutual caring."

Key words: Ryouun Takamatu, Kanpei Kasuga, mindset formation

[実践報告]

集団支援段階以降のひきこもり事例への支援

芦 沢 茂 喜*

ひきこもりは精神保健上の問題とされ、ひきこもり支援は各都道府県・指定都市に設置された精神保健福祉センターを中心に行われている。厚生労働省の「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」によれば、ひきこもり支援は家族支援、個人支援、集団支援、就労支援と段階的に対応することが推奨されているが、全てを実施し、段階的に進めることは難しく、当事者が個人支援や集団支援の段階に滞留し続けていることが課題として挙げられている。筆者は平成25年度から平成27年度までの3年間、山梨県立精神保健福祉センターに所属し、ひきこもり事例の滞留化の問題に取り組み、集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりと就労支援を行った。集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりでは、集団支援として行っていたアクティビティグループ(以下、AG)を活用し、AGへの参加者が30名を超えた。また、就労支援では、農産物直売所と加工場、そしてコンビニエンスストアでのボランティア体験を短時間から始め、19名が就労支援の段階へ移行した。AGという集団を通じた体験と視覚的に分かりやすく、明確で、誰にでも出来そうな作業内容を通して、当事者の不安感が低下し、滞留化が改善された。ただ、家族支援から個人支援への繋ぎについては十分に取組みせず、今回の取組みだけでは県内全ての事例に対応することは難しいことから、家族支援から個人支援へ繋ぐための仕組みづくりと当事者に身近な地域でも取り組めるようにしていくことが、今後の課題である。

Key words : ひきこもり, 集団支援, 社会適応訓練事業, 就労支援

はじめに

ひきこもりは「さまざまな要因の結果として社会参加(義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしてもよい)を指す現象概念」(齋藤万比古他, 2010)と定義されている。実数については正確な把握は難しく、内閣府の調査では

自分の趣味に関する用事の時だけ外出する者も含め、54.1万人いると報告されている(内閣府, 2016)。

ひきこもり支援は各都道府県・指定都市に設置された精神保健福祉センターを中心に行われており、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらず精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究(主任研究者 齋藤万比古)」の成果として厚生労働省より公

*Shigeki Ashizawa : 山梨県 峡東保健福祉事務所

表された「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン（以下、ガイドライン）」によれば、出会い・評価の段階（家族支援）、個人的支援段階（個人支援）、中間的・過渡的な集団との再会段階（集団支援）、社会参加の試行段階（就労支援）の順に段階的に対応することが推奨されている。だが、齊藤（2012）が指摘しているように、多くの精神保健福祉センターは家族支援と個人支援が中心であり、集団支援段階以降の支援に十分に取り組みず、当事者が個人支援や集団支援の段階に滞留し続けていることが課題として挙げられている。

筆者は平成25年度から平成27年度までの3年間、山梨県立精神保健福祉センターに所属し、ひきこもり事例の滞留化の問題に取り組み、集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりと就労支援を行い、成果等を報告してきた¹⁾。本論では、これまで報告してきたものを中心に実践を整理した上で、集団支援段階以降のひきこもり事例への支援について考察したい。

なお、報告にあたり、前所属の許可は得ている。また、倫理的配慮として、個人が特定されないように、個人情報には十分な配慮を行って

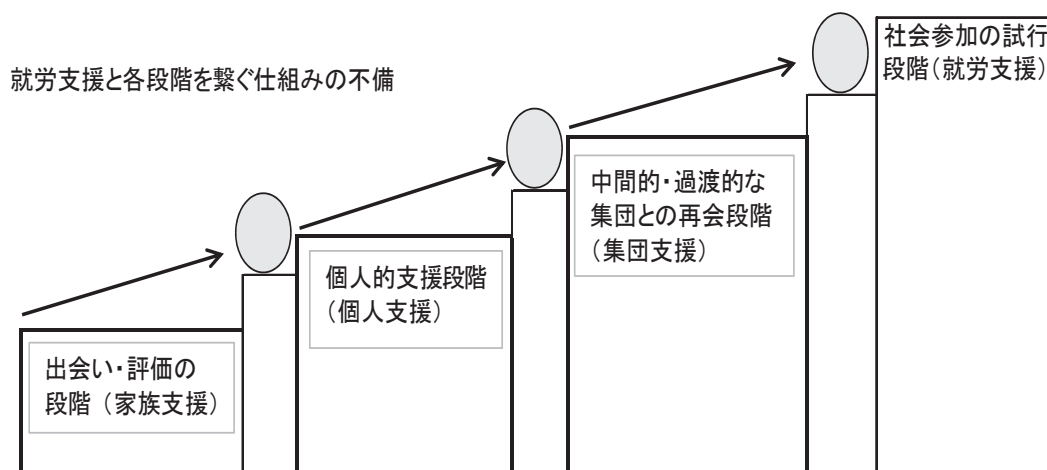
いる。

ひきこもり事例の滞留化の背景

図1は、ガイドラインで示されたひきこもり支援の諸段階の図を改変したものである。

ガイドラインによれば、ひきこもり支援の最終的な目標は就労に置かれ、それに向けて直線的に進むことが想定されている。最終的な目標を就労に置くことには批判も多く、関水（2016）は「客観的に達成すべき基準を設定し、そこに支援される側を導こうとする支援は、いざばどうしても思い通りにならない事例を抱え込む」と指摘している。個人支援から先に進めない、集団支援の場に延々と通いつける、就労支援に進もうと頑張るが、失敗し、戻ってくる等の状況で留まる事例も多く、齊藤（2012）は、ガイドラインで示されたひきこもり支援の各段階の中間段階に留まり続ける当事者は相当の数で存在し、その対応が今後の重要な課題と指摘している。

滞留化の原因としては、精神保健上の問題が挙げられる。5か所の精神保健福祉センターで精神医学的評価・診断を行った結果、全ての当



出典：齊藤万比古他（2010）「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」における図を著者改変

図1 ひきこもり支援の諸段階

事者に診断名がつき、それらは「うつ病などの気分障害や不安症、統合失調症」(1群)、「発達障害など」(2群)、「パーソナリティ障害など」(3群)の3グループに分類できたことを報告した近藤直司らの調査結果(近藤直司他, 2010)等を受け、ガイドラインではひきこもりは精神保健の問題であることが示されている(齋藤万比古他, 2010)。

また、就学、就労、職業訓練のいずれも行っていない15~39歳のニート対策として全国に設置された地域若者サポートステーション(以下、サポステ)では、利用者全体の3~5割弱に精神障害や発達障害の診断や疑いがあることが報告されている(宮本, 2015a)。また、別の論文では、新規登録者の半数が滞留し、その7割に疾患や障害が疑われるが、診断ありの者は5割に過ぎず、その中で障害者手帳の保持者は5%に過ぎなかったことが報告されている(宮本, 2015b)。

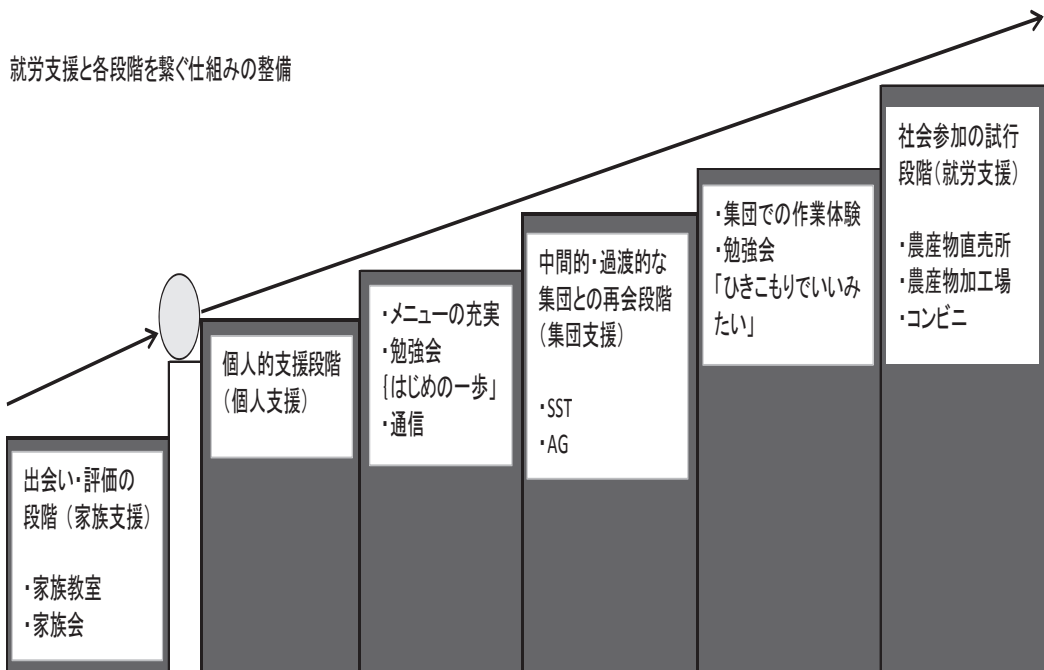
滞留化を解決するためには、ひきこもり支援の各段階を繋ぐ仕組みと診断や制度利用を前提とせず、精神保健上の問題に配慮した就労支援の取り組みが求められているといえる。

実践経過

1) 山梨県立精神保健福祉センターにおける不登校・ひきこもり相談の実態

山梨県立精神保健福祉センター(以下、センター)では、平成25~26年度の相談のうち、不登校・ひきこもりを主訴とする87事例について分析しているが、性別では男性(57事例)、年代では10~20代(71事例)、初回相談では社会不安・対人恐怖を挙げる者が多く(69事例)、精神医学的診断は未受診(25事例)が多い結果を示した²⁾。

図2は、ひきこもり支援の諸段階に、平成25年度以降のセンターの取り組みを書き加えたも



出典: 齋藤万比古他(2010)「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」における図を著者改変

図2 平成25年度以降のセンターにおけるひきこもり支援の諸段階

のである。センターでは、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」に従い、ひきこもり支援を展開してきた。家族支援として家族相談と並行して家族教室、家族会を開催し、当事者の来所があれば個人支援として個別相談に応じ、集団支援としてSST（社会生活技能訓練）やレクリエーション等を行うアクティビティグループ（以下、AG）を開催してきたが、就労支援に関しては就労支援機関へ紹介する形を取ってきた。

だが、就労支援機関との連携が構築できず、当事者、家族の精神科受診や制度利用の拒否もあり、現状維持が続き、当事者が滞留している状況が見られたことから、集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりと診断・制度利用を前提としない就労支援に取り組んだ。

2) 集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくり

まず、集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりとして、集団支援として取り組んできたAGを充実させた。AGはこれまでミーティングや外出等、職員と当事者だけで行うものが多く、外部との接点は少なく、毎月の参加者が固定化していた。また、開催が月1回と少なく、内容に興味を持てなければ1か月、当事者を待たせる結果になっていた為、回数を月2～4回に増やした。

個人支援から集団支援へ繋ぐ為に、AGの活動内容として、一人での参加は躊躇するが、興味はあり、集団で混ざれば参加しても良いと思えるものを基準に、臨床美術、陶芸、蕎麦打ち、茶道、太鼓、料理³⁾等を選定した。ただ、AGが自由に使える予算は年15,000円と少ないことから、外部講師は職員のネットワークを活用し、少額で依頼した。

具体的に、臨床美術では職員が通っている教室の講師に依頼し、当日はバナナを目で見て、匂いを嗅ぎ、食べ、五感を使い、感じたものを絵にする経験をした。また、陶芸では障害者の文化活動の支援を行う団体の協力を得て、講師

を紹介してもらい、当日は湯呑や小皿を作り、後日焼きあがったものを色づけする機会を設けた。様々な内容を設けたことで、初めて参加する当事者も増加し、AGでの体験を通じて、外部講師の主宰する陶芸教室に通う者も現れるようになった。

ただ、外部講師に頼るにも限界がある為、職員だけでも行うことができ、当事者が集団で参加しても良いと思えるものを検討し、テレビゲーム機をプロジェクターに繋ぎ、画面をスクリーンに映し出し、参加者によるトーナメント戦を企画した。

ゲーム機は幅広い年齢層の参加を考え、最新機種は外し、ソフトは馴染みややすく、複数で対戦でき、視覚的に分かりやすいものを選び、模造紙でトーナメント表を作成し、会場の壁に貼り出した。また、趣味でゲームをしている映像を動画サイトで見ているとの当事者の発言を受け、対戦席の後ろに観覧席を設けた。

通常の参加者は平均7名前後であるが、トーナメント戦には初参加も多く、申込者が10名を超えた。トーナメント戦はソフトを月ごとに変え、毎月1回、開催し、参加者の中には動画サイトで予習をする者やトーナメント戦の優勝が自信となり、コンビニでの作業体験を希望する者が現れる等の変化が見られた。

また、AGの一環として当事者が講師となり、AGの内容をテーマに勉強会「はじめの一步」を企画した。勉強会では、集団支援の内容を実際に参加している当事者が説明し、「色々と考えてしまうけど、まずはやってみることが大切」というメッセージを参加者へ伝える機会になった。その他には、AGの様子を撮影した写真を多く使用した通信を発行し、当事者や家族に配布した。

そして、集団支援から就労支援に繋ぐ為に、前述の直売所と加工場に月1回、AGの活動の一環として行くことにした。また、その時は同じように作業体験を経て、現在は直売所や加工場で働いている当事者から作業内容について教えてもらう機会を設けた。また、コンビニにつ

いても、新たに作業を始める場合は開始前に既に働いている当事者の所へ行き、気になったこと等を直接聞く機会を設けた。

ただ、作業体験の場に行くこと自体を躊躇することも多いことから、コンビニでの作業体験を経て、現在は働いている当事者が講師となり、コンビニでの作業体験をテーマにした勉強会「ひきこもりでいいみたい」を開催した。当事者が働いている写真をスクリーンに映し出し、それを見ながら説明する等、視覚的に理解しやすい工夫をし、当事者以外に家族や支援機関の職員も参加可能とした。勉強会は働いている当事者から参加者へ、「体験してみたら、楽しかった」とのメッセージを伝える機会になった。

3) 就労支援の取り組み

次に、就労支援については山梨県が実施する「精神障害者社会適応訓練事業（以下、社適）」を活用した。社適は、全国的には実際の事業所内の仕事を通じた社会性や労働能力の向上を目指し、1982年に「通院患者リハビリテーション事業」として始まり、1995年に名称が「精神障害者社会適応訓練事業」に変更され、精神保健福祉法に基づき、制度化された。だが、他の就労支援制度の充実に伴い、2003年から一般財源化され、2013年には精神保健福祉法からも削除されたが、本県では県単事業として継続していた。

本県では、障害保健福祉圏域に設置された保健所を窓口し、通院し、症状が安定している精神障害者を対象に、最大3年間（1年更新）の訓練期間が設定され⁴⁾、県が当事者等の相談に応じる訪問指導者を地域の支援機関から指定し、作業中の怪我、事故には県が加入する保険が対応する形を取っていた。

社適の活用として、既に協力事業所として登録されている事業所の中から、ひきこもり事例の特徴を考え、視覚的に分かりやすく、明確で、誰にでも出来そうな作業内容がある農産物直売所と農産物加工場、そしてコンビニエンスストア（以下、コンビニ）を選定した。ただ、全て

の事例が精神科通院をしている訳ではない為、精神科通院をしていない場合はボランティアでの作業体験をそれぞれの事業所に依頼した⁵⁾。

直売所と加工場は人手が必要で、個人が特定されにくく、周りに紛れることができる場所である。事前に最短で週1日、2時間といったように曜日と時間を決め、直売所では農家や業者から届く野菜等の袋詰めやラベル貼りをを行い、加工場では果樹の種取りやジャムの下準備等を行った。

コンビニは、山梨県では出店が相次ぎ、大手コンビニの人口10万人あたりの店舗数も全国で上位を占めており（平川，2014）、ひきこもり事例でも外出できる場所として挙がること多い身近な場所である。ただ、客の出入りがあることから、ひきこもり事例の特徴を考え、作業内容を駐車場や店内の清掃とペットボトル等の飲料水の補充に限定した。清掃中の客との接触は想定されるが、飲料水の補充は冷蔵庫に移動して行う為、客との接触を最小限に抑えた。そして、当事者は直売所や加工場と同様に事前に最短で週1日、2時間といったように曜日と時間を決め、作業の間は訓練中とのプレートを胸ポケットに付け、写真に作業の説明文を書き加えた手順書を胸ポケットに入れ、確認しながら作業を行った。作業中に客に声をかけられた時の対応や作業内容の修正等については、支援者が当面の間は作業に同行した（芦沢，2015）。

結果

取り組みの結果、AGの参加者が30名を超え、就労支援段階には19名が移行した。

直売所には3名（うち、社適利用者は1名）、加工場には6名（うち、社適利用者は1名）がボランティアとして通い、加工場では6名のうち2名がアルバイト、3名が正規雇用に移行した。

また、コンビニには当事者10名（うち、社適利用者は3名）が通った。平成27年度末時点でコンビニでの訓練を終了した者は7名おり、2

名がコンビニ以外の仕事で正規雇用され、(うち1名は障害者雇用)、1名はコンビニ以外の仕事でアルバイト、4名はコンビニでアルバイトに移行した。

就労支援段階に移行した19名のうち、初めから就労支援の段階への移行を希望していた者はおらず、事前に診断を受けていた者は6名であり、6名全てが障害福祉制度の利用を拒んでいた。今回の取り組みの結果、当事者の滞留化の状況は大きく改善された。

考察

今回、集団支援へ繋ぎ、集団支援から就労支援へ繋ぐ仕組みづくりとして、AGを活用した。

AGへ繋ぐ仕組みとして、臨床美術や陶芸等、様々な内容を設けると共に、AGに参加している当事者が講師となった勉強会を開催し、AGの様子を撮影した写真を多く使用した通信を発行した。

また、直売所と加工場に月1回、AGの活動の一環として集団で行き、作業を行った。作業前には直売所、加工場、コンビニで既に働いている当事者から作業内容等について教えてもらう機会を設け、コンビニで働いている当事者を招いた勉強会を開催し、AGから就労支援へ繋ぐ形を取った。

次に、診断や制度利用を前提とせず、精神保健上の問題に配慮した就労支援に取り組んだ。具体的には、社適の協力事業所の中から視覚的に分かりやすく、明確で、誰にでも出来そうな作業内容がある農産物直売所と加工場、そしてコンビニを選び、社適の利用やボランティアという形で、短時間の作業体験から始めた。

何をすればいいのかが分からないことに不安を感じるひきこもり事例に対して、AGという集団を通じた体験や既に働いている当事者との交流、視覚的に分かりやすく、明確で、誰にでも出来そうな作業内容を通して、当事者の不安感が低下し、滞留化せず、次の段階に進むことができた。今回の取り組みを通して、遠い先の

目標は、ひきこもり事例の不安を増加させることから、目先の目標を当事者に見える形で提示し、集団を通じて当事者を後押しする仕組みを作っていくことがひきこもり支援において重要だといえる。

おわりに

今回、取り上げることが出来なかった家族支援から個人支援への繋ぎについては、往復葉書の使用等を試しているが、十分な成果を挙げることが出来ていない。また、今回の取り組みだけで県内全ての事例に対応することは難しいことから、家族支援から個人支援への繋ぐ為の仕組みづくりと今回の取り組みを当事者に身近な地域でも行えるようにしていくことが、今後の課題である。

〈注〉

- 1) 平成26年度厚生労働省「ひきこもり対策研修」、平成27年度信州大学大学院公開セミナー「就労支援の国際比較」等で報告している。
- 2) 詳細については、芦澤孝太他(2016)「精神保健福祉センター【不登校・ひきこもり相談】から見た効果的支援の検討」『平成27年度山梨県立精神保健福祉センター研究紀要』27-28.を参照。
- 3) 蕎麦打ちでは、知人の紹介で蕎麦教室を開催している講師に来てもらい、蕎麦粉から麺を作り、茹でて、試食した。茶道では、同じく知人の紹介で茶道の先生に来てもらい、実際に相手にお茶を出し、相手から出されたお茶を飲む経験をした。太鼓では、趣味で太鼓演奏をしている外部の相談機関の専門職に来てもらい、大太鼓と小太鼓をリズムに合わせて叩く経験をした。料理では陶芸と同様に、障害者の文化活動の支援を行う団体の協力を得て、講師に来てもらい、レシピに従い、分担しながら料理をし、

食べる経験をした。

- 4) 要綱改定に伴い、平成28年度より訓練期間は最大2年間(半年更新)に変更となっている。
- 5) ボランティアの場合、社適のように作業中の怪我、事故に備え、県が加入した保険を利用できないため、予めボランティアの期間を設定し、当事者が民間保険に加入する形を取っている。

〈引用文献〉

- 芦沢茂喜 (2015) 「ひきこもり事例への社会参加支援～コンビニエンスストアを活用した取り組みを通じて」『平成26年度山梨県立精神保健福祉センター研究紀要』1-5.
- 平川克美 (2014) 『路地裏の資本主義』, KADOKAWA.
- 近藤直司他 (2010) 「思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究」厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究(主任研究者 齊藤万比古)」平成19年度～21年度総合研究報告書, 43-51.
- 宮本みち子 (2015a) 「若者無業者と地域若者サポートステーション事業」『季刊・社会保障研究』51, 18-28.
- 宮本みち子 (2015b) 「移行期の若者たちのいま」宮本みち子編『すべての若者が生きられる未来を』岩波書店, 1-32.
- 内閣府(2016)「若者の生活に関する調査報告書」(<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf/teigi.pdf>2016.9.10)
- 齊藤万比古他 (2010) ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究(主任研究者 齊藤万比古)」(http://www.ncgmkohndai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf 2016.3.10)
- 齊藤万比古 (2012) 「ひきこもり評価・支援に関するガイドラインの概要」齊藤万比古編著『ひきこもりに出会ったら—こころの医療と支援』中外医学社, 17-38.
- 関水徹平 (2016) 『「ひきこもり」経験の社会学』左右社.

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、調査報告、資料、書評などを掲載する。「研究論文」「実践報告」「調査報告」執筆要領については、別に定める。
2. 原稿は、他誌にすでに掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員により決定する。
5. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。
日本医療社会福祉学会事務局
〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル302号室
(社) 日本医療社会福祉協会事務局内
電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058
データファイルの宛先
メールアドレス jsswh-post@jaswhs.or.jp 学会事務局あて
7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする（字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる）。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとす。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には、500字以内の日本語抄録をつける。また、「研究論文」には200語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

日本医療社会福祉学会『医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

評価基準: a 適切 b 不適切			
1	執筆要領(注・文献も含めて)に適合しているか	a	b 非該当
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b 非該当
3	研究目的は明確であるか	a	b 非該当
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b 非該当
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b 非該当
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b 非該当
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b 非該当
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b 非該当
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b 非該当
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b 非該当
11	要旨の内容は適切であるか	a	b 非該当
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b 非該当
13	図表の体裁(タイトル・単位・形式)は整っているか	a	b 非該当
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b 非該当
15	研究倫理上の問題はないか	a	b 非該当

II 掲載についての評価 (該当する項目 1つ に○をおつけください)

評価	<p>A 無修正で掲載可</p> <p>B 修正後に掲載可</p> <p>C 修正後に再査読</p> <p>D 不採用</p>
----	---

査読年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 査読者署名 _____

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

「医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という投稿枠を設けています。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずです。また、今後の医療・介護制度改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。医療社会福祉は、純粹科学ではなく、人びとの直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

「実践報告」「調査報告」

目的：主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、そうした実践に伴って社会福祉調査を行ったりすることで、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

- ・従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報
- ・制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について
- ・実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について
- ・技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

構成：構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われませんが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：医療社会福祉に関する何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

- I. 緒言（序論、はじめに） 研究の背景・意義、先行研究レビュー、研究目的、研究課題
- II. 研究方法（調査方法） 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出所、倫理的配慮等
- III. 研究結果（調査結果） 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）
- IV. 考察（考案、討論） 研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等
- V. 結語（結論、おわりに） 結論、今後に残された研究課題

注、文献、付記など

（質的研究ではⅢとⅣを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

編集後記

『医療社会福祉研究』第25号をお届けいたします。今回は全部で11本の投稿がありましたが、最終的に掲載できたのは、論文1点と実践報告1点のみとなりました。掲載不可が3本、経過の中で取り下げが2本となっています。また現在査読者からの報告や投稿者による修正を待っている原稿が4本あります。以前に比べて投稿数が徐々に増えてきたことは、学会にとっても大変喜ばしいことと歓迎いたしております。一方で、今回投稿数に比べて掲載数が少ないことについては、様々な要因や課題があると思われまふ。まずは基本的なことから投稿規程、執筆要綱を遵守していただきたいということがあります。特に倫理的な課題には留意をお願いしたいと思います。なお、2017年度より、執筆要項を変更いたしました。字数を15,000字以内とした他、字数カウントや図表の文字数換算の方法などの規定を設けました。本誌巻末に掲載しておりますので、改めてご確認ください。

次に査読プロセスに要する時間の問題があります。査読者の皆様には様々にご多用ななか、ボランティアでご尽力いただき、大変感謝申し上げます。また投稿者の皆様も真摯に取り組んでいただいていることを十分に感じております。このため、投稿規程には随時受付となっておりますが、当該年度発行誌への掲載を想定した場合、11月頃を目処になるべく早く投稿いただけると、3月出版号に間に合う可能性が高くなると思われまふので、皆様には是非ともご協力いただき、今後とも奮ってご投稿いただきたいと思います。

また本号では、『臨床推論』を大会テーマとして取り上げた第26回大会の、基調講演とシンポジウムの双方の内容を掲載することができました。ソーシャルワーカーにとって、『臨床推論』という言葉はまだなじみの薄いものと思われまふが、日常業務におけるクライアント支援の際にソーシャルワーカーが思考している内容を可視化し、その流れを明確にしていくことにより、援助の質の向上を目指すものであり、既に医師や看護師、PT、薬剤師、心理士等多様な職種で試みられています。共通の枠組みで医療や支援の内容を検討することによって、互いの職種の思考の中身への理解が深まり、チーム医療の向上も期待できます。このことへの理解の第一歩が、今回の掲載内容からお届けできるのではと考えております。大会へは都合でご参加願えなかった会員の皆様におかれましても、是非ご参考にしていただければと思います。

なお、2016年度から、編集委員が入れ替わり、高山恵理子、小西加保留の両理事が担当することになりました。引き続き、何卒よろしくご願ひ申し上げます。

2017年3月

小西加保留
高山恵理子

医療社会福祉研究 第25巻

発行日 2017年3月31日

編集 日本医療社会福祉学会・編集委員会

発行 日本医療社会福祉学会（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル302号室

（社）日本医療社会福祉協会事務局内

TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 小西加保留（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2017

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 25

Keynote Speech

Concept of Clinical Reasoning Tetsuhiro Maeno

Symposium

Clinical Reasoning in Nursing Mie Itou

Clinical Reasoning in the Rehabilitation Profession:

Assessment of Intervention Points and Team Management

..... Fukumi Hiragami

Possibility of Clinical Reasoning in Social Work: Visualizing the Thinking

Process of Practice and Building the Structure of Practical Knowledge

..... Eriko Takayama

Articles

The formation of the mindset of Ryoun Takamatu

—Focusing on the influence of Kanpei Kasuga— Midori Yamada

Practice Wisdom

Support after the Group Support Stage for Stay-at-home People

..... Shigeki Ashizawa

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)