

# St. Luke's International University Repository

## 臨床における知の体系: 医学と看護学における相同性と相違性

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山内, 豊明, Yamauchi, Toyoaki メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.34414/00014924">https://doi.org/10.34414/00014924</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



## 臨床における知の体系 — 医学と看護学における相同性と相違性 —

山内豊明<sup>1)</sup>

### はじめに

気がつくということ、感覚的に気がついていることから知をもって照合する作業は全然違います。気がついたり、分かっているということを意識していることは、内的に行われることですけれども、そのことを外から認知されなければ、その人が気がついているのかは誰にも分かりようがありません。

臨床における知は、何かに気がつき、それが何ものであるかについて照合するためのレファレンスとして不可欠なものです。そのレファレンス、すなわちデータベースをどのように系統立てるかは、それによって何を指すのかの目的指向に大きく影響されましょう。

本論考では、(1) 気がつくためのレファレンスの必要性とどうしたらレファレンスが獲得できるのか、すなわち認知過程における知のデータベース存在意義とその成立要件、(2) 気がついた事象におけるレファレンス適用、すなわち事象と知のデータベースとの照合作業、(3) 事実と真実との関係、すなわち事象と本質との関連性、そして(4) とらえた事実や真実を何の目的のためにどう表出するのか、すなわち知の体系の適用における目的性、について順を追って考察し、それを通して臨床知の体系について医学と看護学においては何が似ているものである、何は異なることであるかについて考えていきたいと思ひます。

### 1. 認知過程における知のデータベース存在意義とその成立要件

#### 1) 認知するために必要なもの

知の体系・知識データベースを全く持たずして何かを認知する、すなわち何かに気がつくことは難しいことです。経験から得られた知や、それらを他者に伝達可能なように言語化した知識というものがあるが故に、認知することが可能になります。自己の外にある世界はこの認識という過程を経ることによって自らの内的世界との関連ができます。内的世界と何も繋がらないものは、その存在さえ意識できないものです。つまり自分が全く経験したことのないことや一片の知識もないものについ

ては、そのものの存在すら気が付かないものなのです。

ここに一枚赤ちゃんの写真があったとしましょう。そこに生年月日を書いてなくともその写真を一目見ただけで「赤ちゃん」ということはパッと頭に浮かぶことと思ひます。いわゆる私たちが「かわいい」とか「子供だ」と気がつくためには、頭の中に入ってきた情報刺激を引っ掛ける何かしらのものがあるのだと思ひます。刺激はその受容体がなければ刺激としての存在意義がありません。もしも何もそのような受け止めるものがなければ、ザルで水をすくうようなものであり、様々な外界からの刺激が入っても素通りするでしょう。

#### 2) 受容体を機能させるために

その「何かしらのもの」を受け止めるものはどのようにして備わったのかと考えると、上述の場合は経験で獲得したようなものでしょう。このようなレセプター群を場合によっては常識などという言葉で総称しているかもしれせん。

常識の中身について全てを言語化することは不可能に近いものがあります。しかし全く無理というだけでもありません。その一例として1943年に出されたある動物学者の論文では、いろいろな動物の特徴抽出をして子供をかわいらしいと感じているところはどこに特徴があるかについて考察がなされています。抽出された特徴としては、おでこが大きく、凹凸が少なく、全体に丸い構造でできている、というものでした。

私たちも子供の顔を見るという数多くの経験を通してに経験的にこのような特徴を無意識に捉え、そのようにして捉えた特徴で矛盾しないかを照合しつつ、徐々に一般化していき、自分の中に非言語の法則性を持ち合わせているものと考えます。つまり多くの経験から帰納的に普遍的な特徴を抽出し、それを事実に演繹することが十分に耐えられるか、という帰納と演繹の行ったり来たりをしながら認知受容体の特異性と感度の精度を高めていっているのだと思ひます。

#### 3) レファレンスを獲得するために

ところで、この認知受容体を機能させるレファレンスとなるべきものの多くの場合は経験的に身につけていますが、もしも経験で身につけたものしかレファレンスにならないということになるならば、同じ経験をするまでは全く気がつかないことになります。そうすると人類が

1) 名古屋大学医学部看護学専攻基礎看護学講座

何千年経っても、何千年前と変わらないことになりましよう。言い換えれば経験知が継承されないということです。

ではその経験知の伝承媒体は何かを考えてみると、結局は言語しかないのだと思います。たとえば伝統工芸などでは見て盗むという手段もありますが、通常は言葉、すなわち言語化されたものによる伝承伝達です。ですので、もしもネズミの世界に言語による情報伝達手段があったらば、ネズミ取り器を仕掛けてもいずれその地域ではそのネズミ取り器は役に立たなくなるでしょう。あの器械のところにあるチーズを採ると痛い思いをするぞと、痛い思いをしたネズミが周りの仲間にくちゅくちゅと伝えたら、その後は誰も引かかなくなりましよう。しかし現実には相変わらずネズミが引かかるといふことは、その痛い経験をしたネズミがその痛みをわかって、それを伝達できていないということを表していることと思ひます。

#### 4) 言語化の効用

つまり結論として、私たちが何かに気がつくことができるためには受容体が必要であるが、その受容体が機能するためにはレファレンスが不可欠なのです。そのレファレンスとなるべきものは経験知として獲得するものもあれば他から伝承伝達されるものもあります。その伝承伝達には言語という媒体が重要であり、経験知の言語化は時空や個を越えた普遍的な知の体系作りには不可欠な要件であると考えます。

## 2. 事象と知のデータベースとの照合作業

### 1) 直接照合できるものと直接は照合できないもの

何かを照合するといふときに、直接とらえられるものを照合するといふことはあまり忘れられずに行われているでしょう。しかし、直接照合することは不可能ながら、そのものが影響を及ぼしものの姿をとらえることで、すなわち輪郭をはっきりさせることで中身を明らかにするといふ方法もあります。例えば眉間だけを眉も目も描かずに描くことはたぶん難しいと思ひます。しかし顔の全体のなかで眉と目の位置を決めれば、眉間といふものが浮かび上がります。このような確認作業は実は無意識に使っているのです。

### 2) 正常といふ情報

それから、何かおかしいといふことには比較的気がつきます。しかし変ではないといふ情報も無意識にとらえて処理しているのです。ただおかしくはないといふことを情報としてとらえたといふ意識があるは別問題です。こいう異常があるから何々といふやり方で診断を絞ることがあります。しかし一方で、腹痛の訴えがあってもその患者さんが男性ならば卵巣捻転はあり得ないといふように、除外的に診断を絞り込んでいく方法論もあるのです。ただあまりに当たり前のように行っているために、こような照合作業をしているといふ意識が生じない場合が多々あると思ひます。

### 3) 捉えた情報同士の関連性

結論として、照合作業を行うためには、直接把握できるもの、直接は把握できないもののいずれに対しても、各々を正しく捉える方法はもちろん獲得していなければなりません。さらにそれぞれの情報同士の関係がどうなっているのかといふ把握もやはり必要です。また「なし」といふ言葉も大切に扱うべきです。異常がないのか、存在しないのか、では同じではありません。さらに異常にしろ存在自体にしろ、「ない」といふこと自体の情動的価値は極めて高いものであるといふ認識が重要であると考えます。

## 3. 事象と本質との関連性

### 1) 事実と真実

円柱を上から見たら円、横から見たら長方形に見えます。円柱を丸、あるいは長方形ととらえたことそのものは間違っていない。しかし間違っていないけど正しくはない。これはその物体をどこから眺めたかといふ情報とのリンクが不十分であると起こり得ます。

要するに「間違っていないことイコール真実」ではありません。大勢で目隠しをしたまま象を触って見たとしましよ。ある人は象の鼻を触り、別のある人は象の足を触り、また別のある人は象の尻尾をつかんで、各々が象ってこんなものなんだと各々間違わずに把握していたとしても、お互いの中で情報交換がなければ真実には辿り着きません。コミュニケーションできるといふことが、正しい判断をしていくために必要なことであると思ひます。

足跡が並んでいると歩いた後なのかとも思ひますが、もしかしたらたまたま別々に足跡がついているだけかもしれません。捉えた事象は足跡があるといふ事実でしかありません。あ、歩いたのかなと思ひのは憶測であり、これが歩いたかどうかといふ真実は足跡だけからは分かりません。

ですから、事実はそれだけでは真実ではありませんし、全部の事実を網羅したところで、それがすなわち真実になるとも限りません。真実に至るためには事実とその関係性を詳細に重ね合わせるしかないと考えます。

### 2) 因果律の罠

A が起るとそれに伴って B という事象が認められるとすると、ついつい A が B の原因であるといふ捉え方をしたくなります。しかし実はそうではなくて、そのほかに C という直接私たちが認知できない別物があって、C が起ると A という事象と B という事象が引き起こされる。つまり、A から B にただ単に直線で行くわけではなくて、たまたま同時に観察されるということだけかもしれない。たまたま時間的には A の方が B よりも時間的には少し早めに起こるといふだけかもしれない。

この直線的に B の原因は A である、こように因果で説明できるためには、本来はかなりの条件を必要と

しますから、実は簡単なことではないはずで。私たちが往々にして観察できるのは、せいぜいこういう事とこういう事とこういう事がたまたまの偶然ではなくて、非常に深い関連性を持って、同時に同じ組み合わせとして起こる、というものであると思います。

私たちはできるだけ直結的に単純化して、ものを考えていったほうが心が落ち着くという傾向がありましょう。これは、たぶん子供のときから、一つの思考の癖がついているのではないかと思います。何が事実であるのかという事と、それがどういう関係性を持つのかということが、本来はそんなに単純ではないのかもしれませんが。しかし私たちの認知できる範囲での仮説が否定されない限り、私たちの頭の中で理解できるロジックで、説明をしてしまおうという癖があると思います。説明がつかないままでは、ストンと自分で納得した方が気持ち的が楽になる場面が多々あるのではないかと思います。

#### 4. 知の体系の適用における目的性

##### 1) 呼び名の問題

細かく仕切られた棚があったとしましょう。それを呼ぶ場合に外枠を見て一般的に棚という場合もあれば、中に入っているものを見て本箱と言うかもしれません。しかし同じ形でも中にワイシャツをつめていったら、衣類棚になりますね。ですから何の目的でそれを使っているのかということによっては、同じものも呼び名が違うこともあり得ます。つまり捉えた事象や事実をどうネーミングするかには何かしら目的性の影響を受けるものであると考えます。

##### 2) 原因とはどこまでのことをいうのか

たとえば、細菌性の肺炎を起こしたとした場合、もしこれを抗生剤治療するならばどのような抗生剤が効くのか、すなわち薬を効かせるという目的のためには、どういう菌による肺炎なのかという情報は不可欠でしょう。しかし、熱を下げようとした場合に、一つはなぜ熱が出ているかまで辿り、その根本を治すという方法論もありますが、今熱が出ている状態を改善するためにはどうするかという、熱が出ているという事実からスタートする場合もあります。ですから、何をどのようにするかという、何が目的なのかという厳密さによっては、原因というのはどこまでいったら原因とするのかも難しい事柄です。例えば患者さんが痒いとおっしゃった場合に、痒さを起こしている原因として、肥満細胞からヒスタミンが放出されているというのも一つの説明です。けれども、なぜヒスタミンが出ているのかというのは、それにはまた原因があるわけです。本当の根本まで辿り着かなければ対処はできないと限定してしまうばかりでない場面も多々あると思います。ただ、やはりより少ない説明因子で、よりストレートに説明できるほうが説明しやすいですし、たぶん理解してもらいやすいであろう、ということはあると思います。

##### 3) 時系列との関係

望ましいというか、落ち着くというか、私たちが習性になっている説明というのは、できるだけ関連する要素を、収斂させるものです。こういう場合もありますね、ああいう場合もありますねと言って全ての事象を述べ尽くすというよりは、一般化で説明したほうがまとめて述べやすいものです。一例一例がすべて新しい経験とするよりは、経験に基づいて一般化したほうが、たぶん説明としては理解しやすい場合が多々あるかと思えます。

また時間の順番は、こうだからこうだという言い方をしがちでしょう。因果で説明できたほうがなんとなく座りが良いかな、と思ってしまうのは、私たちが子供のときからのものの考え方の習性性に多々影響しているかと思えます。こういう原因だからこうなりましたというようなエチオロジー、病因論で説明するほうが、なんとなくすっきりしているというか、説得力があるような気がします。

つまりできるだけ少ない構成要素で時間軸に沿って説明できるようにしたやり方、すなわち今日で言うところの「科学的」な説明が受け入れやすいであろうし、医学では特に有効であると支持されていると思えます。

##### 4) 有意なまとまり、という考え方

けれども、医学の説明というのはそればかりではありません。実際には症候群という概念があります。こういう事とこういう事とこういう事が同時に起こる一緒に起こっている、そういう事実を認めましょう、ということが先で、それを説明するにはどうしたら良いかということは、次の段階として探っていくという考え方です。説明するにはやはり、因果律で説明しようという方向に持っていくのは医学的な考え方の宿命、あるいは一つの癖になっているのかもしれませんが。しかし因果で説明できないものは認めないわけでもない、ということです。

しかし多くの場合、症候群はあくまで病因論的説明が確立するまでの一時的な仮のものであるという認識が医学では一般的であり、やはり根強い因果律への指向というものが医学的な考え方の根底にあるものと感じさせられます。

##### 5) 医学の考え方、看護の考え方

看護学も医学も共に、先ず現実がありそれをどのように説明していくことができるのかという、帰納的方法論に基づきます。数学のように先ず原理原則があってそれをどのように展開させていくかといった演繹的方法論とは本質的に異なるのが医療という実学です。

その意味では看護学も医学も共通な方法論をもつことになります。両者の違いは、どのような知の体系・解釈モデルで臨むかに依存するでしょう。医学診断過程といわれるものは、可能な限り仮説の数を絞り込んでいくといった暗黙の前提があります。例えば A, B, C と 3 つの異なる事象が認められたならば、それら 3 つを導くさらに根本的な 1 つのものを仮定し、それで全てを説明す

べくとことん突き詰めて行くように医師はトレーニングされ習慣づけられています。看護場面での判断においても、より根本的なものに絞り込んでいくといった基本姿勢には相違はないでしょうが、扱う事象の違いから1つに収束させることができない場面も多いものです。それどころか無理をして1つに収束させようとするにより大きな誤りを導く危険を生じる状況が少なからずあります。

このような病因論的厳密さのこだわりの差のようなところに医学と看護学のスタンスの微妙な相違が現われているとも考えられます。とことん根っこを追い求めることを最善かつ必然とするのか、根っこを探りある程度のまとまりを捉えながらも根っこまで掘りおこすことを最善とすべきとは必ずしもこだわらないとするのか、についての違いであるかもしれません。このことは看護学であるから医学であるからという違いだけではなく、医療人としてどうあるべきかという各自の基本的姿勢にも大きく関連していることとも考えます。

医学と看護学両方勉強し経験したので、この両者のコントラストがはっきり見えるのではないかと思っていたところもありますけれども、両者は非常に相近いものであるというところも逆に見えてきたという感覚も持ち合わせています。

事象をどう捉えるかというものに関しては別に医学だ看護だという枠組みではなくて、一つにはそれをどのように使うのか、何の目的で今ここで判断しなければいけないのか、何の目的でここである状態を一つ作らなければいけないのか、というところに影響を受けるのではと考えます。その影響要因にこそ医学と看護の違いがあるのかもしれないと思います。つまりこれまでの考察からは、明確にこれは医学の考え方で、これは看護の考え方でと、思考の方法論による区別があるわけではなさそうです。どういう状況に合わせた考え方かという事実があって、それがたまたまどういう職種の、どういう立場の、役割をした人が関わっていたのかにすぎない部分もあるのではないかと思います。