The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	医療・福祉現場でのカンファレンスと哲学的対話の接続可能性 ： 理学療法士・作業療法士の観点から
Author(s)	玉地, 雅浩; 吉田, 文; 中西, 英一 他
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2008, 7, p. 99-115
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4285
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

医療・福祉現場でのカンファレンスと哲学的対話の接続可能性

――理学療法士・作業療法士の観点から――

玉地雅浩(藍野大学専任講師、理学療法学・臨床哲学)
吉田文(藍野大学准教授、作業療法学)
中西英一(藍野大学准教授、作業療法学)
須川重光(藍野大学助教、作業療法学)

はじめに

本稿の著者は、リハビリテーション [1] という思想と技術に基づいた理学療法 [2] ならびに作業療法 [3] に従事する者である。事故や病気などで突然障害をもった人や、障害をもって生まれてきた人がどのように生きるのか、あるいは、生き直すのか、そのことについて色々と考えることがリハビリテーションという思想であるとするならば、その思想を実践に移すこと、すなわち具体的にどのように生きていくかと考える際には、多様な職種の人たちの知恵や技術を持ち寄る必要がある。そのなかには医療や福祉の領域以外に携わる人も含まれてくる。多くの人が話し合い、医学･社会･教育･職業･心理的な側面から患者や利用者の生活、あるいは生きることそれ自体について考えることになる。

このようにある患者や利用者の新たな生活に向けて話し合うために様々な人たちが集まる場は、病院や施設ではカンファレンス、あるいは会議と呼ばれる。

入院あるいは入所している病院ないし施設にいつまで滞在するか、退院ないし退所後に生活する場所での一日の生活のメニューについて、動作能力や人間関係や趣味なども考慮し予想される生活様式を見据えて、治療や介護方針を決めていく。そこでは、限られた時間の中で患者や利用者と医療や福祉に携わる者が、お互いにすりあわすことができたと思えるニーズを見つけ出すことが求められる。そのために、医療ないし福祉従事者は、それぞれの立場から専門家として考えられることや出来ることを出し合い、現実的な目標を立てていく。しかし、多様な職種が集まるほど、それぞれの立場が重視するものの相違がよりクローズアップされてくる。溝が埋まらないときもある。

しかし、治療や介護方針を決めていくためには、共通の目標となるものを見出さないといけない。しかし、カンファレンスや会議で話がまとまらない状態が続くと、時に「これは患者・利用者のためだから」、「この方が患者・利用者は楽なのだから」というように「患者・利用者のため」という言葉が飛び交うようになる。この「患者・利用者のため」という言葉が使用されると、そもそも何が患者・利用者にとっていいのかを話し合っていたはずなのに、途端に周囲の者はその意見に反論しにくくなる。「ある方針」が患者・利用者や医療・福祉従事者双方にとって「良い」ものかどうかを判断しているのだが、比較検討したり決断するか否かについて考えるべき対象となることが「患者」という言葉を媒介にして語られると、この判断に関わる発言を行いにくくなるのである。まして、発言者が医師やベテランの人の意見であればなおさらである。こうして「患者・利用者のためだから」と

決定された方針にたとえ納得できなくても、チームで患者や利用者に関わる以上、個々の医療者は勝手な行為はできず､自分の思いとは違う行為をしなければならないこともある。

本当にこれでいいのか、あるいは、何か他にいい方法がなかったか再び問い直す機会が奪われることによって､医療･福祉従事者はときに苦しい思いをしなければならなくなる。しかし、医療や福祉の現場では、たとえこうした状況でも、チームで患者・利用者に対応している以上、チームの方針からかけ離れた対応を行うことはできない。また、一つ一つ自分の行動やその意味を問い直すことは時間的にも現実的ではない。そこで、理学・作業療法士が仕事を行う中で立ち上がってくるさまざまな状況を丁寧に見直し、普段の業務では問い返すことができないことについて考え直す機会を設けたいと思い、われわれは哲学的な対話を試みた。前述した「ある方針」が患者・利用者や医療・福祉従事者双方にとって「良い」ものかどうかを判断しているといった場合に、この「良い」ということがどういう意味で「良い」のかを問い直すことなどが一つの例である。

本稿では、医療・福祉従事者が日常業務を考え直す場としての「哲学的な対話」において、どのようなことを考える必要があるのか、そしてそれが日常のカンファレンスに接続可能かどうかを考察することが目的である。まず医療・福祉の現場における知識や技術がどのように伝えられているかを概観する。このような場面を含めた病院・施設内における日常業務で交わされる会話とカンファレンスにおける対話との相違について述べる｡次に、哲学カフェの特徴について述べた後、われわれが実践した「哲学的な対話」の目的や形式について述べる。普段、顔を合わすことがない参加者も含めた理学・作業療法士同士の対話を深めたり促したりする方法として、われわれが実践した「哲学的な対話」の可能性について報告する。このような活動の報告と共に検討したことを踏まえて、医療や福祉の現場で、異なる職種間のコミュニケーションについても考えていきたい。

1　医療技術職の実践と知識について

理学療法士や作業療法士はある理論に基づいた知識や技術をもって患者や利用者に関わる。この知識についてであるが、理学・作業療法士は教科書や講習会から得た知識や頭の中に入っている手順や方法をそのまま患者や利用者に適用することはまずできない。使いたくてもそのまま使えることはごく稀である。同じ病名でも症状の違いや状態が異なるため、患者と接するたびに、その都度必要なことを探すことになる。理学・作業療法士は患者を見て、彼らに何を行うべきかを探る中で、注意すべきことが浮かび上がり行動が生まれてくる。患者との関わりにメリハリをつけていくことによって、そんな患者との関わりの中で求められる技術や知識が決まってくるのである。

実際、理学・作業療法士は自分たちの知識や技術を患者にどのように適用していくか、そのことだけを考えているのではない。病室を訪ねた際にいつもより患者の腕や脚の筋肉が硬くなって膝や肘が曲がっていたら､なぜ筋肉が緊張しているのか､その理由を考える。筋肉の緊張が高くなると腕や脚の関節が曲がりやすくなってしまうからである。筋肉をはじめ体が緊張しているという状態が、なぜ生まれてきたのかを考えるのである。

日頃どのように体を使っているかで関節の動きは変化する。体を動かしたいと思っているか否か、動きたくても動けない状態なのかによっても関節の動きは異なる。そのため動

きたいという気持ちに影響を与えるような状況や周囲の発言によって活動量は大きく変化する。日頃から体を使わなければ、あるいは、使っていこうと思っていないと、関節が動きやすくなったとしても再び動かなくなってしまうことが多い。日常生活を過ごす中で関節が使える状況か否かという判断は重要になってくるのである。

中枢神経系に障害がある人は周囲の人から傷つくことを言われただけでも、全身の筋肉の緊張は上ることが多い。患者を見たり触れながら、昨日、家族に傷つくようなことを言われたのか否か直接聞くこともあれば、それとなく探ってみることもある。痛みをじっと堪えている時にも体の力は入りやすいので、何か痛い目にあったのか痛みに堪えているのか確認する必要がある。病気になった姿を見られたくないと思い、一日中フトンをかぶっていたり、自分だけの判断で回復をあきらめて横を向き体を丸めて寝ている人もいる。やる気や動く気がないのか、思うように動かない体を見られないように身を隠したいのか、その見極めは大切になる。こうして、いつもより膝や肘が曲がっているその姿勢や構えが生まれてきたさまざまな理由や可能性を考えることになる。

このようなことを考えられるから、患者にそれとなく昨日のできごとを聴いたり、痛いところはないか、目立った身体症状以外に見逃したものはないか、表情や活気などその人の雰囲気全体に触れようとする。膝や肘関節がなぜ動きにくいのかと関節を構成する構造や機能の変化だけから考えても患者の本当の問題、あるいは、困っていることを捉えることができないからである。患者や利用者に話しかけたり処置をしながら、探ったり聞き取るべきことを次々と繰り出していく行為は、その人がどのような思いや状況を生きているかを考えつつ関わらなければ不可能な営みである。こうしてなされる行為の妥当性を確かめるために、理学・作業療法士は検査したり問診したり、患者と共に動くことができるのである。

その中で教科書や講習会で学んだ、あるいは、皆で練習したり話し合った技術や知識を利用し、これまでの失敗や成功として残っているものを参照しつつ、適切な対応を選び取っている。このような職場の中での業務の改善に必要な知恵を出し合うために自然発生的に、あるいは、意図して集まる職員同士の対話の意味について考察を続けているエティエンヌ・ウェンガーは次のように述べている。「専門家の知識とは、経験――つまり彼らの行動や思考や会話のいわば「残留物」――が蓄積したものである。そして、この残留物は、進行中の経験のダイナミックな要素であり続けるのである。この種の知識は、静的な情報の集まりというよりは、むしろ生きているプロセスに近い」[4]。ここで言う「残留物」とはどのようなものであろうか。例えば、看護師の西村ユミは、痛みのために嘔吐している患者に対して何もしていない臨床経験 2 年目の看護師に対して、やるべきことがあると先輩の看護師が指導することにより、ようやく問題に気付いた例を上げている。

> 吐いてしまっている患者を前にして、「普通に素朴に」かわいそうだという感情が湧いてこないのかと疑問を投げかけつつ、しだいに「何とか楽にならないのか」「吐き気の原因は」と、吐き気を取り除くための手立てを探り、「聞くなり調べるなり」という行為へとつながっていく。経験を積んだ看護師にとって、それが普通の感覚なのであり、普通に行っている実践なのである。しかし、二年目の看護師は、D さん(先輩看護師：引用者補)に問われて初めて、それが手を下さなければならない状況であることに気が

ついたという。[5]

2 年目の看護師が対処する方法を知らなければ問題に気付きにくい。あるいは、気付いても手を差し出すことをためらったりするというように、チーム内でも対応に差が生じる。ある状態における患者の症状や現象が直ぐに対応する必要があることなのか、あるいは今は特に関わる必要がないのか、一人で対応すべきか否か、といったことについて行動しながら判断し決断していかなければならない。このような実践は知識を積み上げて築いた理論だけから出てくるものではない。それは、哲学者の本間直樹らが「つねに身体と状況をともないながら知を生み出し、運用・伝達する行為一般のことを指す。それはいわゆる理論（テオリア）に対置されるものとしての実践（プラクシス）ではない」[6] と述べているように、まさしく、「実践に知識を応用するという言い方は適切ではない。むしろ、知識は実践と一体であるか、実践から取り出されるものである」[7] と語られているものに近いだろう。

この実践から生み出された知識を習得してきたものと照らし合わせて確認し、このような時にはどのような対応を行うべきかとマニュアルを作成し、誰もが閲覧できるようにしても用をなさない。患者と医療者が向き会った時に、表情や症状の変化に還元できないが、医療者が捉えるべきものがあるからである。それは検査の値が正常値から大きく外れていても、あるいは見たこともない表情であっても大丈夫だと感じるときもあれば、反対に直ぐに対処しなければならない事態を含んでいることがある。このような見極めは刻々と変化する状況において自分たちの職種や立場であればどのように振る舞うべきかを常に考えながら行動している人たちのなかでないと伝えにくい内容を含んでいるためである。このような患者や利用者と接していく中で、相手との関係や関わり方が変わっていくプロセスは同業者間では比較的伝えやすいが、他部署の人たちに伝えにくいことがある。

我々が日頃行っているカンファレンスでは、話し合われている患者本人が参加することはごく稀である。つまり患者と面と向かって接しながらではなく、カンファレンスの参加者それぞれがある時点で切り取った患者の様子を例に話し合われることになる。この辺りのことが後に述べるようにカンファレンスでの検討を難しくしている一つの原因かもしれない。

ところで、先ほどから検討しているような知識についてエティエンヌ・ウェンガーは次のようにも述べている。

> 例えば、ある病棟の看護婦たちの集団を考えてみよう。彼女たちは定期的に昼食を共にし、患者の病状ついて話し合っていたが、やがて新しい問題を検討する際に利用できるよう、全員が知っている病歴をまとめる。だが、彼女らは自分たちがこのランチ・ミーティングから、多くの新しい知識を生み出すようになったことを、はっきり自覚していたわけではない。[8]

最初は普段の患者や利用者との関わりの中で気づいたことや感じたこと、あるいはそこから考えたことを出し合っていただけだが、やがて患者の状態も変化しそれにともない医療従事者との関わり方も変化することを見越して、それまで集めていた病歴という患者に

ついての情報をまとめているのである。このことが患者や利用者との関わりの中で役立つことがあると言うのである。

やや筆者の立場に引き付け過ぎだが、患者や利用者には様々な歩行能力の人たちがいる。それぞれに応じるためには、種々の歩行練習の方法を一人の理学・作業療法士が知っていたり身に付けているだけでは不十分である。患者が重症で歩きにくい人になるほど、あるいは、身体能力つまり歩行能力の低下よりも歩くことが怖いというような気持ちの問題が大きい場合などは、複数の理学療法士で患者の体を支えつつ動きを誘導し歩行を作っていく。

このような歩行練習において、一人の理学療法士が患者の体に触れたり一緒に動いた瞬間に予想していた歩行能力と異なることが分かった場合、それまでの練習計画を変更し、柔軟に患者とのやりとりや動作の指導･誘導方法を変更する必要が生じる。周りのスタッフにもそのことを伝えなければならない。この際、チームとして動いている医療者の間で一定の目標を持ちつつ培われてきた経験、こうした関係の中で積み上げた実践に基づいた知識や技術があると、その場で要求されているものが歩行訓練に関わる者の間に浮かび上がってくる。このことによって一緒に歩行練習に参加する一人一人の理学療法士が歩行の途中であっても状況に柔軟に対応でき、知識や技術を駆使することができるのである。理学･作業療法士が患者や利用者に対してより高いレベルの動作指導、ここでは歩行練習を行うとき、その介助・誘導方法に関してもこれ位歩ける人はこのような動きをするだろうということがスタッフの間で共有されている。だからこそ、患者の動き方の中であそこが問題、あるいは、もう少しこういう動きを引き出したいということが即座にスタッフ間で確認できるのである。

それゆえ、ある実践の一つの側面を表わした文章や訓練プログラムの中だけに知識はあるのではない。チームのメンバーそれぞれの技能や理解の表出はお互い培ってきた人間関係の中で可能となる実践においてこそ、必要となる技術や知識が生み出され、状況に応じた対応が可能となるのである。

だが、医療者の間でこのような関わりを保っていても患者との間に齟齬が生じることもある。常に不確実な関係が患者と医療者の間に結ばれるがゆえに、絶えず自分たちの行為の是非やその意味を問いたくなるし、そのような場が本当は必要だと感じるのである。

筆者らの知り合いの娘さんが入院した際、病院から提供される食事が口に合わずどうしても食べることが出来なかった。食事のほとんどを残している食器を見ながら看護師たちが「どうして残したの、食べられなかったの」「しんどかったの、食欲がなかったの」としばらく尋ねていても、返ってくる返事はいつも「何となく」というものだった。意欲低下、入院による精神的ショック、食に対する意欲がない、わがまま、好き嫌いが多い、食がほそい、病気が悪くなった、あるいは、状態が悪くなった、親と離れて寂しいなど、さまざまな理由をその子と付き合いながら考え、それをまた病棟で、あるいは、食堂で、さまざまな折に看護師の間で話し合われることになる。子供にすれば単に食事が美味しくないだけなのだが、それを直接伝えることはためらわれ、遠慮した物言いになっているのだが、医療者が一生懸命、その子のことを思い考えながら優しく接しているつもりの時には、患者にとっては話しにくい雰囲気だとは医療者側はなかなか気付きにくい。

医療の専門家として何か解決策を示そうとする態度だけになると、子供と接している中

で常に医療者は治療者としてしか現れなくなる。しかし、普段の病院では患者や利用者との関わりが一定期間続くと、先の例で言えば子供にとって医療者は治療者の役目だけを背負って現れるのではない。親や学校の先生のような役目、時に兄弟姉妹や友達のように気兼ねなく喋ったり遊んだりできる相手として子供の前に立ち現れる。医療者と子供が治療する人とされる人といったような固定した関係では、「お腹減っていないの」、「何か食べたの」、「お家の人が持ってきてくれるものの方が美味しいの」と少し意地悪な聞き方になることがある。子供の役に立とうとして接していると、そして同じ職種間でスタッフそれぞれが何とか理由を探ろうという共通の理解が醸し出されると、どうしても食べられない理由を探りたくなる。そうすると医療者は子供との関係で、治療者以外の立場や役目へと変わりながら接するなかで相手の思いを掴むようなことができにくくなるのである。

カンファレンスは患者の希望に可能な限り沿いつつ、医学的判断を加味した目標を設定しようとする場である。ただ、患者の役に立つべきだと考えるさまざまな部門の医療者たちが、患者や利用者との関わりにおいて時間の経過と共に何とか目標を探ろうとしている営みを、一端、時間を区切った上で考えた方針によって、また、患者がどう感じたり考えているかを充分に吟味できないまま、患者との関わりを方向づけないといけなくなることが多い場でもある。

2　カンファレンスにおける対話について

食事を取れない子供に対する関わり方は、それぞれの職種に携わる人たちの関心や方法によりさまざまである。それは自分たちの関わり方を支える理論が職種によって異なる場合、その理論から生まれた知識に基づいた関わり方によって、再び自分たちの実践を支える理論や知識が培われていくことになるからである。それらは実践を通して変化していきながら、徐々に自分たちの関わり方を支える理論や知識によって専門職として出来ること、しなければならないことが縁取られることになる。先ほどから引用しているエティエンヌ・ウェンガーは、「実践とは、コミュニティ・メンバーが共有する一連の枠組みやアイデア、ツール、情報、様式、専門用語、物語、文章などのことである。コミュニティが焦点を当てるテーマが領域であるのに対し、実践とはコミュニティが生み出し、共有し、維持する、特定の知識を指す」[9] と述べている。

この共有する知識や行為や物語などは、コミュニティ内でのやりとりを円滑にしたり、言葉では伝えられないものをも形成することになる。ある患者の疾患名や年齢や背景や簡単な経過を伝えるだけで、コミュニティのメンバーは直ぐに問題の核心について話し合うことができる。

ただ、それがそもそも本当に問題なのかという点と、なぜ直ぐに話し合うことができるのか、つまり、各人が会ったこともない患者のことについて語る際に何が起こっているかを考える必要がある。

例えば、自分で動くことができるにも拘らず、ベッドで寝てばかりでベッドから離れて動くことを避けている人がいるとする。動けない人はもちろん、寝てばかりの人が同じ姿勢を保ち続けていると褥瘡、いわゆる床ずれができてしまう。そこで、この褥瘡予防は理学・作業療法士の日々の業務の大事な目標となる。しかし、実践に求められる理論や知識

は教科書的なものとは少し異なる。褥瘡によって引き起こされるさまざまな問題から考える場合もあれば、過度な安静を保つことによって引き起こされる事態についても考えることもある。例えば、動かないこと、寝たままで体を起こして座らなかったりベッドから離れないことによって、人と会う機会が少なくなり話すことが減ってしまうことも理学・作業療法士の関心の対象となる。人と話すために一定時間座るということは日頃寝ることが多い人にとっては体力のいることである。それでも話している間座っている、あるいは、病室の周りの人に悪いからとベッドから離れることによって車椅子や歩くことによって移動することになる。一定時間座ることができれば誰かと食事を共にすることもできる。人との関わりを保ちつつ､体力や気力など運動機能以外の働きの維持につながることになる。このような活動性を保つことによって褥瘡を予防することができると考えるのである。

つまり、ある局所に一定以上の時間と圧が加わると床ずれになるのであれば、その圧を分散させるために決まった時間がくれば姿勢を変化させようとする考え方も認めつつ、ベッドから離れて椅子に座ることによって周りの人と会話や食事を楽しめ、その結果として床ずれを起こさないための姿勢変換を行っているというような、日常生活全般における活動性を導き出したいと考えるのである。

褥瘡に対する医療・福祉従事者の考え方には、動きたくないから寝たら寝たまま、あるいは、治療の必要性から体を動かしてはいけないというように、寝続ける理由が異なっても一箇所に圧が加わり続けるという状況から、常に姿勢が同じなので褥瘡が発生しやすいことを予想し、まずはそのための対策を立てる立場がある。一方、動きたくないという理由があっても、寝てばかりでベッド上で過ごすことが多くなると人と関わる機会が減ってしまう。人と話す機会でもあれば仕方なくでも体を起こし一定時間座ることになる。座ると飲んだり食べたりすることも随分と行いやすくなる。人と関わる機会が減ることは活動性を低下させ体力が落ちる可能性を含んでいる。このように動く機会を失うことによって引き起こされるさまざまな事態の一つが褥瘡だと考える立場もある。この両者の褥瘡に対する考え方は異なるため、対応策も違ってくる。看護師やケアワーカー、医師、理学・作業療法士の間で仮に褥瘡に対する対応策に差異があるとすれば、それぞれの職種における実践によって培われてきた自分たちの理論や知識が生まれてくる。すると、褥瘡に対する対応策というように、同じ材料を使って話し合っているように見えても微妙な差異を残したまま話し合いを続けることになる。

> 実践があるお陰で認識や意思伝達が効率的になるが、これには代償が伴う。［中略］実際問題として、実践のもたらす効率性の代償は、部外者とのコミュニケーションが阻害される程度ではすまない。自分のパラダイムに適合しないものから目をそらしてしまうことがあるのだ。[10]

カンファレンスの場に引きつけて考えると、自分達の実践に基づいた理論から生み出され続ける経験が蓄積されるに従い、その経験の流れのなかでそれぞれの立場の前提に距離を置き、改めて問うことは困難である。自分達の実践を変えることは理論を問い直すことであり、これまでの活動を否定する可能性をも含んでいるからである。

また、少し議論の次元は異なるが、先ほどから引用している『コミュニティ・オブ・プ

ラクティス』には以下のような卓抜な比喩が述べられている。「たとえば、高エネルギー素粒子物理学者の昼食会に参加すれば、あなたにも境界の何たるかが分かるだろう。それはあなたが除け者にされるからではなく、彼らが何にそう興奮しているか見当もつかないからだ」[11]。それゆえ、この部外者とのコミュニケーションが阻害されることはメンバーが意図的に行うことだけではない。

この自分たちにとってはたまらなく面白く関心を引いてしまう問題をメタ的に捉えなおし、他部門の人と興味を共有できる可能性があるのか、そして、日頃の業務における実践から浮かび上がってきた考えたい課題に対して日ごろ身についた立ち振る舞いからいかに距離を置いて考えられるのかを自覚的に捉えなおすことはできないか、という気持ちが生まれてきた。このような点について考える場、そのための実践の場を作り出すためには、はじめにで述べてきたような哲学的な対話の会を催す必要があると考えたのである。

3　哲学的な対話のあり方、特に哲学カフェについて

哲学的な対話の形としてはフランスで発祥した哲学カフェが有名であるが、その実施場所はその名の通りカフェで行うことに一つの意義があるとされている。対話を行う場については、先ほども引用した日本で早くから哲学カフェを実践している本間らが以下のように述べている。「大学やセミナー室のように、公的／私的に整備された環境ではなく、カフェに象徴されるように、誰でもが出入り可能な人の集まることのできる場所が重要である」[12] としている。具体的には、「カフェ、図書館、研修室（セミナールーム）、書店、地域のコミュニティルーム」[13] などがあげられる。

一旦開始すれば途中参加や退席を認めない形ではなく、出入り自由な場所で関心の度合いに応じて対話に参加できるような場所が選ばれているようである。哲学カフェを開催している人たちの実践報告 [14] を読むと、対話中は飲み物を提供したり、他のお客さんとの接客をしていながらも、場所を提供してくれた喫茶店の店主が最後に一言だけと発言したエピソードなどが見受けられた。都合に合わせてというと随分ご都合主義のようにも聞こえるが、参加できる範囲で対話に関われるのも魅力の一つかもしれない。対話や議論の場において発言せずにじっと耳を傾けていることもまた参加しているとみなされる可能性がある。

われわれも最初は大学で「哲学的な対話」の会を行っていたが、途中から町のカフェで行うようになった。ただ、これは店内にいる他の客を議論に巻き込むためではなかった。われわれの対話はまだ試行段階であったため、この実践やカンファレンスでの対話について考えたい者とその知り合いの理学・作業療法士だけで当初は行っていた。業務が終わる時間を考慮して、駅から近い方が少しでも参加しやすいだろうという配慮から駅近くのカフェを選んだ。が、市民を交えての対話を行う場合には、どの場所で行うか、同時にどの曜日や時間帯におこなうかも重要な検討課題になる。解決策を求めたくなるようなテーマでなければ、休日の比較的時間に余裕のある状況で行う方が好ましいかもしれない。仕事上の問題に関連するテーマの場合はむしろ平日の夜などに行った方が参加者は話しやすいかもしれないからである。その場合、具体的な解決策を求めている人たちと哲学的な議論を期待している人たちとの間でどのような過程を生み出すかは、着地地点が見つけにくい

ため重要な点となる。

フランスの哲学カフェでは町中にある普通のカフェで、途中参加が自由な状態で議論に参加している人の数も 30 人から 100 人と比較的大人数で行われることもある。このような人数の見ず知らずの人たちの間で交わされる対話は、一定の合意形成を得るには不利な形態になる。本間と同様に 2000 年頃から各地で哲学カフェを実践している高橋らは次のように述べている。

> 一人一人の発言を基本とする哲学カフェにおいて、交渉や調停が成立する余地はなく、［中略］多数の参加者のなかでも発言者がある程度限定されるので、進行役の「独断」がなければ、テーマの決定も、発言者の指名も、発言時間の制限も不可能である。これらのことが意味しているのは、哲学カフェが何か（合意形成や社会問題の解決）のための手段として成立するのは、極めてありそうにない、という事実である。[15]

比較的同じ問題意識を持った、例えば、似たような職業に就業している者同士で話し合う場合には、どの程度まで結論を出すべきかという、本来、哲学的な対話では目指されない目的を背負わされる場合がある。ここで、われわれが実践している「哲学的な対話」の会においては、最初、閉じた形で比較的近い属性の集団で行っていた。ここで言う属性とは年齢が比較的近いメンバーで性別や既婚か未婚かの違いはあっても、理学・作業療法士であり、このような対話に関心を持っているという意味では比較的閉じたメンバーであり、対話も進みやすいようにも見える。だからこそ、「時には研究会など事柄に関心がある人々だけが集まる場所や社会属性が同じ人の集団で哲学カフェが行われる場合もあるが、その際にも重要なのは、その集団で共有されていることの確認ではなく、それをもう一度吟味し、問い直すことである」[16] という指摘は軽視すべきではないと考えた。われわれが実践している「哲学的な対話」の会では、その集団内での前提となっている知識や思考の枠組みを組み替えるような、前提を問い直すような場面を共同で生み出しているかが大事な点である。そのためには本間らが述べているように、「進行役は、自らの偏り（社会的属性、自然的傾向性、癖、性格）を脱ぎ捨てる「振り」をするのではなく、むしろ、それを自覚的に演じ直すことによって、協働の思考の吟味に乗り出すことができるのである」[17] と述べているように、理学・作業療法士として身についた立ち振る舞いを組み替える作業が必要となってくるのである。また、参加者資格を設けず公開で行う以上、一定の結論を見出せない可能性を認めつつも、日頃の業務では考えたくても考えられない、あるいは、なかなか気付かないが対話を通して浮かび上がってくる考えるべき問いを見つけるためには、このような対話の形も必要だと考えたのである。

この哲学的な対話が何を目指すのか、そのための司会者の役割をどうするかも、今後考えていく必要があると思われる。議論には参加しないが熱心に話に耳を傾けている人もいる。これらの人たちが意見を発しない単なる傍観者と決めつけるわけにはいかない。「実際、傍観者は見かけほど消極的でない場合が多い。彼らはカフェに座って通りで行われている活動を眺める人と同じように、議論から自分なりの洞察を得て、それを活かしている」[18] として、部署の変更とともに自らコミュニティを立ち上げた人の例が挙げられている。そして、このコミュニティを取り巻く周辺メンバーに入ってこない人をも「コミュニティに関

心を持つ顧客やサプライヤー、そして「知的隣人」たち」[19] としている。このような捉え方は、本間らが、哲学的な議論に参加する人たちは基本的に議論を楽しむ人が多いが、議論そのものを楽しみやがて自らが違う場でカフェを開催するタイプと、どこかの場所で議論から得たものを使ってみようと思っているタイプに分かれることを指摘している [20] ことに近いと思われる。

ところで、美術館や画廊などで絵画を観た後に対話を行う場合、場所の影響を受ける。美術館に来る人と画廊に足を運ぶ人の中には、鑑賞作品として観る人と買うか買わないという観点から観る人の割合が異なる場合があり、話される内容や議論の進み方にも影響を与えている [21] ように感じられる。対話の直前に見たものにひきつけて、あるいは、ひきずられたまま、参加者は考えてしまうという印象を受けた。これは書評カフェなどを実践した際にも同様のことを感じる。扱う本の内容と無関係に対話を続けることは難しい。書物の内容から抽象的な次元、誰にとっても問いとなるようなテーマを浮かび上がらせようとしても、思考の枠組みが先に扱った書物の範囲を超えにくいことをよく経験するからである。これらの経験から対話する場所、テーマ、参加しているメンバー、シチュエーションや題材なども、テーマと同様に重要であると感じた。

4　われわれが実践した「哲学的な対話」について

今回、われわれはカンファレンスや家族会などで行われる対話とは異なる「哲学的な対話」を目指した。病院で行われているようなカンファレンスでは議論すべき問題があらかじめ決まっており、それを解決するためにはどのような手段を選択すべきかについて話し合われることが多い。ある目的を達成するための方法や手続きについて語られるのである。そうすると、個々の理学・作業療法やケアの意味を問う前に、チーム全体としての目標をまず問われることになる。日常繰返される自分たちの行為の意味は個々人が考えなければならない問いとなる。

「哲学的な対話」を実践する場では、参加した人たちそれぞれが、自分たちの普段慣れ親しんでいる知識や技術から導き出される考え方や結論が導き出される過程を丁寧に考えることが一つの目的となる。ここで言う丁寧さとは、普段あまり深く考えずに、あるいは、決定されるまでの過程において、これまで注意して振り返らなかったものを、もう一度どのようにして決定されていくか、その考え方そのものを言葉に置き換えていく行為のあり様をさす。

「哲学的な対話」は、参加者それぞれの専門性を発揮できないケースなど、その辛さや悲しさなどの心情を吐露したり愚痴を聞いてもらうだけの会ではない。また、医師やカンファレンスにおける主導的な立場の人の意見や説明を聞いたり、他の参加者からアドバイスをもらうだけの場ではない。ともすれば単調になりがちな訓練や、日頃行っている仕事の意味を問いなおすため、つまり、理学・作業療法の日常業務に何か新たな意味を見出せる場となることを目指した。そんな対話の場を設けられるように色々と工夫したのである。

「哲学的な対話」においては何よりも参加者による対話が中心となる。今回行った理学・作業療法士間での対話の会はたんなる研修ではない。ここで短期入所施設職員を対象とした研修を行う際に対話を用いた堀江の報告 [22] を引用しておきたい。会話や討論では

ない対話というものの特徴を押さえるためである。

> それは、言葉の通り、参加者の積極的な対話を主眼とするものであり、対話によって相互理解を深め、また考え方や感じ方の違いを認めつつ参加者自身が諸問題の発見・解決に向けてともに進む、そうしたコミュニケーション能力を引き出し、高めるための研修である。[23]

「哲学的な対話」の定義に関しては、対話を通して普段気づかなかった何か新たな問題がみつかる事態、話し合うテーマが哲学的である、対話の進行方法を哲学的に行う、対話の結論が何か哲学的なものである必要がある等､様々な意見がある｡今回我々の実践では、対話のプロセスに注意して行った。

「哲学的な対話」では対話を進めるうちに今まで問題と感じていなかったことに気付いたり､隠された問題が産み出されたり明確になってくることがある｡そのためには､理学・作業療法士としての経験年数に関係なく、参加者同士が対等な立場で一定の時間をかけて意見交換を行えることを目標とした。参加者が毎日繰り返される業務に少しでも違った意味を見出すために、あるいは、理学・作業療法とはどのような仕事かを考えるために「哲学的な対話」を試みたのである。

このような対話の実践は、病院や施設で行なわれるカンファレンスや会議での話し合いとは形態や方法が異なる。われわれが実践した対話を特徴づけるとすれば以下の四点が挙げられる。

4-1　会議（カンファレンス）とは異なる対話

様々な職種の人達が集まって患者や利用者への関わり方を決める話し合いでは、それぞれの職種による考えかたや接し方があるため、往々にして共通の目標や関わり方が見出せない場合がある。そのような時に出てくる言葉として､「患者・利用者にとってはその方がいいのだから」という表現がある。

この表現が出てくるやいなや、これまで検討していた意見をさらに吟味するような発言や反対意見を会議の出席者は出しにくくなる。会議（カンファレンス）では、患者や利用者が第一であるということを前提にして話し合っているのに、参加者の中に一人でもそのような発言をする者がいると、その意見にそむくのかという雰囲気がその場に漂い始めるからである。

例えば､「歩いてこけて骨でも折ると本人が痛いし、ここはトイレまで歩いてもらうのではなく、ポータブルトイレにしときましょう」、あるいは､「ひっかくと痒くなるから何かしときましょう、本人のためだから」と話されることがよくある。だが､「患者・利用者にとってはその方がいいのだから」という表現で語られている内容そのものは、本当に患者や利用者のためなのかを吟味する必要がある｡転倒して骨が折れると介護が大変になる、当然それだけの理由で発言はしていないだろう。だが、カンファレンスでは転倒の可能性を慎重に吟味しながらも、日常生活を送る能力や社会的役割を考慮すれば、時には危険性を覚悟の上で病棟内での独歩を許可すべきかどうかの判断に迫られる場面がある。そのような議論がカンファレンスでは行いにくいのである。

患者や利用者が歩くことを避けたり、あるいはベッドから椅子に移り一定の時間を座って過ごすことが減ることによって歩く機会が減少したために、さらにベッドの上で過ごす時間が多くなって活動量が減る。動く量が減ったことにより食欲や体力も低下してくると、ますます周囲と関わる機会や意欲を失ったり、昼夜逆転することにより、さらに周囲の状況と上手く関われなくなる可能性がある。そのような事態が予想されることを指摘し、それを踏まえた上でさらに検討しようにも、「患者さんのためだから」という発言の後にはそれぞれの立場からの見解を出しにくくなるのである。話し合われている動作の可否について深く考え、吟味するはずの場であるカンファレンスであるにも拘わらず、先のような発言があると議論を続けていくことが困難になり、充分に吟味されていない結論に至る場合も認められるのである。

その意味では今回の哲学的な対話の試みは、一切「患者さんのために、利用者さんのために、本人のために」という表現を使わずに、病院や施設を利用している人のことを考えたり、自分達が日頃行っている仕事の意味を考え直す試みにつながると思われる。

4-2　進行役（ファシリテーター）の存在

進行役（ファシリテーター）は、参加者が自分の意見や感じたことを表明しやすくするために必要な存在である。

進行役（ファシリテーター）の役割や存在意義については、日本で比較的早い段階から哲学カフェを多く実践している本間らが述べていることをまとめると以下のようになる。哲学カフェ発祥の地であるフランスでは、一人一人の発言者と進行役の問答が中心となる。進行役は参加者が出す問題や意見には直接介入せず、参加者同士の対話が活性化するように努める進行役を始めとして色々なタイプの進行が行われる。そしてそのような場の雰囲気を保つことがさらに対話を生み出すことになる[24]。

対話を促していくには、参加者が気楽に話せる雰囲気を作りだし、発言したい人や話しを聞いていたい人など、それぞれの参加者の特徴に配慮しながら場の雰囲気を壊さないように注意する必要がある。参加者の間を行き来する対話の内容が混乱してきた時には整理したり、対話を促したり、立ち止まって考えるきっかけを作るために、今回のわれわれの実践でも対話の進行役を設けた。

4-3　討論・討議とは異なる対話

対話を通してどちらが正しいとか、この考えに従うべきだというような勝ち負けを決めるのではない。参加者が対話の中で新たな問題を発見したり、新たな意味を見出したりと、対話を通して参加者に何らかの変化が生じる事態を否定しない態度で臨む点が、討論や討議とは異なる。

日頃上手く表現出来なかった想いが参加者との対話のなかでまとまってくることがある。それを表現したい人がいる場合には、その人の言葉になるまで待つ。そんな態度がこの「哲学的な対話」の会では求められる。

4-4　参加者への配慮・説明

参加者はそれぞれの発言者の話に耳を傾け、言いたいことがあっても発言者の発言が終

わってから話し始めてもらった。出来るだけ分かりやすい表現で話してもらえるようにお願いした。また、「話しを聞いていて分からなくなったら、あるいは、もう少し知りたい場合にはそのことについて質問して下さい」と説明した。また、特定の参加者が発言したことによって傷つくことがないように細心の注意をはらった。

＊＊

以下はわれわれが実践した「哲学的な対話」の会や、参加した哲学・サイエンスカフェの日付、場所、テーマのみを述べることにする。われわれが実践した「哲学的な対話」の会の参加者は 5 名から 25 名程度だった。8 回目からは固定したメンバー以外の参加も募る形で開催した。

第 1 回目
日付：2006 年 5 月 19 日
場所：藍野大学（大阪府茨木市）
テーマ：患者「さま」と呼ぶのはなぜか?
第 2 回目
日付：2006 年 7 月 20 日
場所：ステラ（大阪府高槻市にあるカフェ）
テーマ：専門家について
第 3 回目
日付：2006 年 9 月 29 日
場所：ステラ
テーマ：死について
第 4 回目
日付：2006 年 11 月 30 日
場所：コモンズカフェ（藍野大学最寄り駅の摂津富田駅近くにあるカフェ）
テーマ：正常をめざすとは
第 5 回目
日付：2006 年 12 月 3 日
場所：小倉山（横浜市美術館にあるカフェ）
テーマ：じっと見ること
第 6 回目
日付：2007 年 2 月 9 日
場所：コモンズカフェ
テーマ：理学・作業療法士は患者にとって何者として現れるのか
第 7 回目
日付：2007 年 2 月 17 日
場所：カフェラポエム白金（東京にあるカフェ）
テーマ：国を愛することは可能か
第 8 回目
日付：2007 年 6 月 8 日

場所：コモンズカフェ
テーマ：「できること」と「できないこと」
第 9 回目
日付：2007 年 9 月 28 日
場所：コモンズカフェ
テーマ：美味しさは伝えることができるか?
第 10 回目
日付：2008 年 1 月 11 日
場所：コモンズカフェ
テーマ：「あんたのためやから」ってどういうこと?

5　カンファレンスにおける対話と「哲学的な対話」の違いについて

これまで開催してきた「哲学的な対話」の会では、ある患者さんを想定して、いつまでに、どのような生活モデルを形成するかというような具体的な目標について話し合うことは行わなかった。いわゆるカンファレンスで話し合われるようなテーマを設定しなかったのである。個々のケースに基づいた話し合いから初めてしまうと、「哲学的な対話」の形に不慣れであるため、仕事を遂行する上で役立つような実際的な解決方法を求めてしまう可能性が大きかったからである。また、具体的な対応策を求めていくと、参加者の理学・作業療法士としての経験年数の違いで発言回数が変化したり、参加者によって場の議論に与える影響が異なるかもしれないと考えたからである。個々の参加者が持っている知識や技術に裏付けられた経験の多寡で議論への参加の仕方が変化してしまう事態を避けたかったのである。参加者が日頃の業務の中で抱く疑問のうち、直接、あるいは、早急に解決を求められることのないテーマに基づいて対話を行いながら、理学・作業療法士の役割や仕事の意味を普段関わっている患者以外の人との対話を通して捉えなおしていく経験を積みたかったからである。

このような考えから選ばれたテーマは、例えば医療技術職の専門性について、患者の社会や家庭復帰に関わるものである。当然ながら医療は社会的な問題に関与することはできない。家庭復帰する場合に「患者が自宅に戻っても使用できるように自宅のトイレの改修ができれば退院します」、あるいは、「患者が自宅に戻ってきたら昼間誰もいなくなるので、せめて電話番をして留守番ができれば家に帰ってきていい」と話す家族はたくさんいる。しかし、実際にトイレの改修が終わりカンファレンスで決定され患者の家族とのやりとりのなかでも、患者本人が自宅に戻ることができると当初考えられた状況が整うと、「もう少し」、「あとはこれが出来たら」と動作能力のさらなる改善があればと話が変わったり、「子供の受験が終わったら」と段階や期間を引き延ばす話し合いになることを多々経験する。このような時、動作が「できる」「できない」とわれわれは何をもって線引きをしているのか、そもそも「何かができる」ということにどのような意味があるのかを根本的に問いたくなる。また、家族間のやりとりを見ていると、家族は何によって支えられているのか、なぜ家族を形成するのかについて考えざるをえない。

充分に患者に説明し共通の目標を持って関わっていると思っていたところ、簡単に話が

変わってしまう時には、患者やその家族と医療者の間で交わされる約束やそれを実現するためには何が優先されるべきかということについても、医療従事者は関心が高まる。患者やその家族、そして医療者にどのような義務が発生するかを明らかにすること、そして目標を目指すにあたって考慮されるべきことの優先順位を決定することがカンファレンスでは求められるからこそ、その義務とは何か、考慮すべきことや優先順位の妥当性について、あるいは、そもそも患者やその家族と交わした約束や目標とは何かを問う場が必要となってくる。このような事態に遭遇すると、医療職の役目や専門性はどのように決定されるのかについて問いたくなるのである。ただ、ここで注意しておきたいのは、約束や目標が変わるということ自体を悪いと考えているのではない。その変化が生じたことをどう受け止め、それにどのように関わっていくかが大事だと考える。

家族の一人が認知症の症状が進んだことにより生活にさまざまな支障が生じ、家族の間で揉め事が絶えなかった。そこで施設でしばらく様子をみてもらうことになると、家族同士の関係が介護の負担の軽減を契機に変化し始めた。そんな介護の経過の中で家族の思いが変化していくという話を、高齢者専用の施設に勤めている人から聞くことがある。

そのような場合、入所前に決めた方針や決定内容も徐々に変化させていく必要があるが、一度目標として決定されたものはチームで動いている場合には変更しにくい。本来このような時には、気持ちが変化した家族の訴えを丁寧に聴き取り、その思いにどこまで寄り添えるか、そんな関わり方が要求されるのである。また、本人との関わりも柔軟に変化させていく必要がある。このように、時間を経るにつれ本人や家族の気持ちが変化していく場合、医療職との関わり方も違ったものになってくる。医療や福祉の現場では、このような変化していく状況に応じつつ、医療者と患者の関わり方も変化させる必要がある。一定期間関わるというように、時間の経過と共に患者の思いを掴むことができる場合がある。普段の業務では個々のスタッフはこのような関わりの中から得た情報を活用しているのだが、カンファレンスでは医療専門職という治療すべき・する役割を持っているというような固定した立場から、全てを把握したことを前提に話し合い、目標を決めることもある。そこにはやはり無理がある。また、いつまでというように決まった期間内で目標とする生活モデルの実現を目指すため、刻々と変化する患者の動作や気持ちの状態をそのまま議論するのではなく、その時点の最高な状態や、反対に一番不安な点などが話し合われる材料として提出されることにも問題があると思われる。

今後の課題として、「哲学的な対話」で議論した内容をいかにして実際のカンファレンスに反映していくかを明確にすることが挙げられる。例えば具体的には、幾つかのカンファレンスで話し合われた内容の吟味を踏まえた上で、カンファレンスで話し合われ決定されるべき目標があらかじめ前提にされてしまっている場合や、合意が充分になされないうちに方針が決定されてしまうような場合、そのターニングポイントとなる点を明らかにしつつ、話し合いにどう関わっていけるか、そしてカンファレンスにおいてどのような対話が考えられるかを検討することが必要である。

〈文献表〉

本間直樹他 2007「哲学カフェ探求」、大阪大学 21 世紀 COE プログラム「インターフェイ

スの人文学」研究報告書〈第 8 巻〉『臨床と対話』所収
堀江剛 2005「ケア環境を現場で考える」、京都市長寿すこやかセンター『平成 15 年度京都市高齢者介護等調査研究事業報告書』所収
堀田凱樹・酒井邦嘉 2007『遺伝子・脳・言語』、中公新書
西村ユミ 2007「〈動くこと〉としての〈見ること〉」、石川准編『身体をめぐるレッスン 3 脈打つ身体』、岩波書店所収
フィリップス、クリストファー 2003『ソクラテカ・カフェにようこそ』、森岡道訳、光文社
ラービ、ピーター・B 2006『哲学カウンセリング』、加藤恒男他訳、法政大学出版局
ソーテ、マルク 1996『ソクラテスのカフェ』、堀内ゆかり訳、紀伊國屋書店
ソーテ、マルク 1998『ソクラテスのカフェⅡ』、堀内ゆかり訳、紀伊國屋書店
高橋綾・本間直樹 2006「「哲学カフェ」社会のなかの議論空間のデザイン」、電子情報通信学会 HCS 研究会発表用資料所収
玉地雅浩 2006a「リハビリテーション」、宮原伸二編著『福祉医療用語辞典』、創元社所収
同　　2006b「リハビリテーション」、大庭健編集代表『現代倫理学事典』、弘文堂所収
ウェンガー、エティエンヌ他 2002『コミュニティ・オブ・プラクティス』、櫻井祐子他訳、翔泳社

〈注〉

[1] 日本でリハビリテーションと言う場合、何らかの病気により体や手足が動きにくくなった人に対して、その機能を回復させるために、運動したり温めたりというような技術の体系を指すと考えられている。しかし、医学の世界でリハビリテーションという言葉が使われ出したのは最近のことである。元来は中世において領主や教会から破門された者が許され再び復権する事態を意味する言葉であった。つまり、人間であることの権利や尊厳が、ある理由により否定され、社会で生活を営むことを許されない状態から、再び権利や尊厳が認められた時に使われた言葉である。他に服役していた人が刑務所から出てきた時にも使われる。

1968 年の WHO（世界保健機構）の定義では、リハビリテーションは、機能に障害を持った人が社会的自立や社会的寄与を目指すものであった。そうすると、障害の種類により回復を臨めない人はリハビリテーションという考えから外れてしまうという問題がある。

1981 年国際障害者年に WHO は「リハビリテーションは能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。さらにリハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練をおこなうばかりでなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障害者自身、家族、彼らが住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関係するサービスの計画や実行に関わり合わなければならない。」と定義した。

そこで現在では、心身機能の回復を目指すと共に、社会的制度や支援を利用しながら再び生活を取り戻そうとする際の考え方や、それを実現するための方法をリハビリテーションと言う。（玉地 2006a; 同 2006b）

[2] 理学療法は寝返る、起き上がる、立ち上がる、歩くというように、特に動き方に注意を向けなくても行っているが、ある目的を持った動作や行為を行う上で必要不可欠な動作(基本動作)を再獲得、あるいは、学習することを手伝う仕事である。そのための手段として運動療法、物理療法、義肢・装具療法、日常生活動作訓練がある。作業療法と異なり身体に障害を有する人を対象とする。

[3] 作業療法は日常生活動作や絵画、手工芸、園芸等の活動や仕事等、さまざまな作業を通じて訓練や治療を行ったり指導援助することを言う。作業療法に従事する作業療法士は、身体障害者や精神に障害がある者や発病や障害が生じることが予測される者に対して、応用動作能力や社会的適応能力，精神心理機能の回復を図る専門職である。（玉地 2006a）
[4] ウェンガー他 2002:39 頁。
[5] 西村 2007:142 頁。
[6] 本間他 2007:132 頁。
[7] 同書 142 頁。
[8] ウェンガー他 2002:62 頁。
[9] 同書 64 頁。
[10] 同書 219-220 頁。
[11] 同書 224 頁。
[12] 本間他 2007:128 頁。
[13] 同上。
[14] 過去に大阪大学大学院文学研究科臨床哲学教室関連のメーリングリスト上でこのような意見が見られた。
[15] 高橋・本間 2006。
[16] 同上。
[17] 本間他 2007:144 頁。
[18] ウェンガー他 2002:101 頁。
[19] 同上。
[20] 本間他 2007:140 頁。
[21] このような意見も、過去に大阪大学大学院文学研究科臨床哲学教室関連のメーリングリスト上で見られた。
[22] 堀江 2005 参照。
[23] 同書 36 頁。
[24] 本間他 2007:129 頁。