

Title	科学的根拠と技能 : 理学療法哲学試論
Author(s)	堀, 寛史
Citation	臨床哲学. 2018, 19, p. 45-63
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/68163
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

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

Osaka University

1. 理学療法、理学療法士、理学療法学、理学療法哲学

理学療法士は医学的リハビリテーションを担う理学療法分野の専門職者である。その専門職者の業務にいかなる特性があるのか、それを理解するために、世界保健機関（WHO）のリハビリテーションの定義を確認する。

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。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行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として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・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない。（1981年）¹

また、リハビリテーションは医学的、教育的、職業的、社会的の4種類に分類される。そして、医学的リハビリテーションに関与する専門職種は、リハビリテーション専門医（認定医を含む）、リハビリテーション看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、義肢装具士、医療ソーシャルワーカーなどであり、関連専門職のチームによって対象者にサービスを提供する。よって、理学療法士の医療場面での役割はリハビリテーションチームの一員である。

ところで、1981年のWHOのリハビリテーション定義は、時代背景的には古いと思えるため、関連専門職はWHOが2001年改訂した「国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF」に新たなリハビリテーション概念として切り替える必要がある。

理学療法士は厚生労働省によって 1965 年に制定された国家資格であり、その学問が理学療法学である。法律による定義で「理学療法」とは、理学療法士及び作業療法士法（1965 年 6 月 29 日法律第 137 号 第 2 条）によって制定され、この法律で、「身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えること」をいう。しかし、この定義は制定以来、50 数年を経た現状の理学療法と乖離していることから、理学療法士の奈良勲は ICF の概念に準じた新たな定義を提唱している。それは、「理学療法とは、心身の機能・身体構造に変調のある者に対し、それらの回復を図るため運動療法、徒手 的治療及び電気、温熱などの物理的介入、福祉用具 の利用により、活動と生活機能を高めるとともに 健康を増進し、社会参加を支援すること」である。

理学療法の対象領域は、医療では中枢神経疾患、整形外科（運動器）疾患、呼吸器疾患、心疾患、内科的疾患・廃用症候群などであり、医療保険外では介護保険領域や介護予防、健康スポーツ、産業分野など幅広い。資格を取得するための教育施設には 2 種類あり、厚生労働省が指定した専門学校（3 年制もしくは 4 年制）と大学での専門課程のいずれかを修了すると国家試験の受験資格が得られる。そして、近年、大学院の課程が整備され、専門研究が進み、その実践の蓄積によって専門性が深まってきている。

学問としての理学療法学は医学の下位分類である。医学は基礎医学、臨床医学、社会医学に分けられ、理学療法は臨床医学の中のリハビリテーション医学に分類され、厚生労働省による診療報酬における区分では理学療法の文言ではなく、広くリハビリテーションの用語が使用されている²。また、理学療法学を学問として取り扱った場合は、歯学や看護学のように医学周辺学問とされる。医学とは人体を研究し疾病を診断・治療する方法を探求する学問であり、医学の知識と技術の社会適応が医療であると考えられている。そして、医学における臨床とは、医療を通して対象者と医療従事者が「臨む場」（臨床）を示している。

理学療法を展開する上での中心的学問については前記したが、そのなかでも運動学は重要である³。理学療法士にとっての運動学⁴とは骨運動学、関節運動

学、運動力学を統合し、人体が力学的にどのように運動するのかを分析するための学問である。広くは人間工学、生体力学（バイオメカニクス）を含むこともある。リハビリテーションに関わる他の作業療法士以外の専門課程では、運動学を履修することはほとんどない。理学療法士の視点で人間の行為・動作を観察するときには、それらを生活上の一連の連続性のプロセスであり、さらに運動の複合体として観る。つまり、りんごを食べる行為・動作について、手指・手関節から肩関節、頸部や顎の動きを筋骨格・神経の指令を力学的（電氣的）に捉え、肘に可動域制限や上肢に麻痺があれば、関節運動の制限によって口にりんごを運べないと捉える。そして、それに対する治療は運動療法、物理療法、補装具の使用などである。なお、理学療法には、身体に対して物理的（自然界のエネルギーを含め）に治療介入することも含まれており、むしろ歴史的には、物理的介入（physics:物理学、physical:物理的な、自然界の）が主体であった。日本では物療内科（physical medicine）の講座も設置されていた時代があったが、現在ではリハビリテーション医学講座に移行している。

ところで、理学は科学を指すことばであり、現代では自然科学の基礎研究である物理学、数学、生物学、天文学などを意味する。そもそも「哲学」ということばは明治時代に西周(にしあまね)によって外国語の「philosophy」の翻訳として現れ、それ以前に現代の哲学を意味することばは「理学（ことわりがく）」であった。哲学という名称が誕生して、哲学と理学が意味の上で別れた。理学療法士は英語表記すると米国圏では「physical therapist」で、英国圏では理学療法「physiotherapy」、理学療法士「physiotherapist」ある。この「physical」の訳語を物理ではなく、理学とし、理学療法士と名称されたのは、人間を単に物質ではなく、人間を学問として幅広く捉えるための意味がある。ことばの成り立ちを通して、理学療法学が正しい意味で「学」とするためには、広くは哲学の要素を組み込むことが必要であると考えている。そのために、本論文は理学療法哲学という新しいことばを使用している。なお、「physiotherapy」の接頭語は physiology（生理学）に由来するものであり、治療介入手段を問わず、介入手段による生体の生理学的反応を基軸にした用語であると考え、筆者自身は後者の用語がより妥当性があると感じている。

本論では、理学療法学を取り巻く学問的な課題、科学を中心とした理学療法士技能が熟達し、そして、治療論としての理学療法を提供する上で、論理的に情報を分析するための方法について考察していく。そのなかで、理学療法界として理学療法学の基盤の一部として理学療法哲学について、傾注することの重要性を提言したい。

2. 技能と根拠 —— 経験値としての技能と科学としての理学療法学の対比

理学療法士は治療介入によって、対象者の身体に直接的に触れる。例えば、膝関節の拘縮（関節が硬くなる）に行う他動的関節可動域運動では、対象者を寝かせ（あるいは座位）、大腿部と下腿部をしっかりと保持し、痛みの生じない範囲で膝関節を動かす。対象者にとって保持されている部位は押しえつけられ、動かされている部位は、それ以上に動かされると痛いのではないかと感じる。特に、このような体験のない対象者の立場からすれば、大腿部の緊張は必要以上に高まり、それを拒もうとする反応が現れるのは必然的なことである。だが、理学療法技能が熟達すればするほど、対象者の余分な緊張感を高めることなくスムーズに関節運動を遂行できるようになる。この関節可動域運動は、身体運動に欠かせない角運動を得るための治療介入であり、その効果は対象者も理学療法士も共有したい帰結である。しかし、対象者の快・不快感の感覚は、理学療法士の経験と技能の格差によって左右されることは多々あることである。理学療法士は意識的あるいは無意識的に対象者の緊張状態を操作するのであるが、対象者本人が意識的に筋を弛緩できないときにも、他者である理学療法士が緊張を操作し、弛緩させることが可能である。この治療介入は単純な技能だと言えれば簡単な説明となり、その技能を駆使できない理学療法士にとっては理解に苦しむことになる。このような微妙な治療介入時の操作は、科学的に客観化することの困難な技能であり、専門職者としての理学療法士の存在意義や必要性について考えるときの重要な要素となる。

しかし、理学療法学はその名が示すように理学（特に物理学を中心とした自然科学）を基盤にした学問であるため、科学的根拠のある治療介入が求められる。医療界ではそれらを「エビデンス」と呼称し、「治療介入のエビデンスは

あるのか」、「エビデンスが欠けた治療介入は避ける」などの表現をする。医療で使われるエビデンスとは、「確率的な情報（主に疫学情報）として、少なくとも対象者にとって最善の効果をもたらし、より安全な治療方法を選択することであると考えられている。無駄な治療をするのではなく、有効で信頼できる治療を選ぶという考え方である。しかし、現実的には、エビデンスの高い治療介入がすべての疾患に対して整備されているわけではない。疾患の合併症や個人の現病歴や既往歴の違いから治療介入の選択はいつも複雑に変動し、惑わされるため、簡単に高いエビデンスを示すことは難しい。また、高いエビデンスとは、治療者の誰もが行っても高い効果が得られると解釈されることから、個々人の治療者の技能水準は秘匿されてしまう可能性がある。通常、いかなる分野においても技能は、個々人の間で格差があるため、治療介入の効果があつたとしても、エビデンスという視点からは高いと判断できないのである。

原則的に疾病や機能不全の回復を求める医療において、その根幹をなす治療介入の根拠の必要性は高く、医療者全体に合意されている認識である。技能としての理学療法と科学としての理学療法学は対立することはないが、同じ方向に進んでいるとは言い難いこともある。技能を前提とした経験的治療法は、理学療法士の技能差が大きいため並列的な効果判定の明証が難しい。現代の医療ではいつも同じ効果が出る再現性の高い治療を有効と見なし、技能は科学的根拠よりも有効性が低いと判定される。

エビデンスが重視されている現状で、技能の存在価値はどこにあるのだろうか。教育哲学者の生田久美子の考えに基づいて、技とは何かについて考察してみる。生田は技を「技術」と「技能」とに分け、技術を客観的知識、技能を勘やこつを含んだ主観的心理的個人的能力と説明する（生田，2007，2001.）。また、生田はギルバート・ライル（G・ライル，1987.）の理論を導入し、技能とは「外部に現れた理知的行為（knowing how）は心の働きへの手がかりではなく、まさに心の働きそのものである」とし、「一つの傾向性（disposition）⁵ないし諸々の傾向性の複合体」であると考えている。この考え方は、技能的行為は、ある目的を持った省察的实践であり、行為の全体や部分に意味や文脈をもつ行為であるとしている。さらに、ドナルド・ショーン（D・ショーン，2001.）の「行為について（on）省察しているときもあるが、行為のなかで（in）省察

している場合もある」との2つの知の様式についても触れている。それらを統合して生田の考える技能とは、「自分の実践を事後的に省みて、分析、吟味、探求する」onの省察活動(Task)と「達成(Achievement)であり、傾向性という概念で説明可能」なinの省察している状態を含んでいる。このような思考による技能は、ハウツー(how to)やマニュアルとしてのテクニックに取り込むことはできず、熟達者が実践する多様な形で顕れる傾向性に非熟達者が直接的に触れて、その感覚の省察を通じて熟達する以外に方法はない。このような質的とも言える技(技能)に統計的優位なデータを導き出すことは容易でない。熟達に要する時間的経過も可視化することも困難であるが、その点について疑問視されることもある。

理学療法界が抱える社会的課題として、理学療法士の平均年齢が33歳(2017年現在)と若く、医療職としての経験年数は短く、また、技能のある理学療法士は管理職となり、理学療法を実践しなくなって、技能の伝達が効率的に遂行され難い状況にある。そのため、技能を重要視するのではなく、一般化されたデータに準じて標準的理学療法の提供を目指す医療施設が増え、理学療法士の個々人の独自の技能開発が希薄になっている実情がある。だが、社会的かつ専門的課題解決の任務が本来の使命であることを自覚するとき、理学療法学としての学問的体系化だけではなく、個々人の対象者に触れる理学療法士の卓越した技能によって、それらが結晶した形で対象者に提供されることの意義を忘れてはならないであろう。理学療法を標準化すること自体を否定するのではなく、むしろ、最低限のレベルを底上げすることも重要であり、その普遍化も推進する必要があると考える。

3. 主観的指標と客観的指標 —— 経験とデータ

理学療法を対象者に提供する際の流れは、情報収集(医学的・社会的既存情報の収集と理学療法士による専門的検査)、情報の分析(生活の活動制限となっている機能・構造的課題点を探し出す)、理学療法の実施(運動療法や物理療法による治療)の手順で進める。そのプロセス始点である医学的基本情報収集は、対象者のカルテや問診によって行い、心身機能の局所的検査・測定を実

施して、起居動作や歩行動作などを観察・分析・統合する流れがある。このときに関節可動域や形態測定などの「身体的数値情報」と動作分析などの「臨床的言語情報」を相互に検証する。最近では三次元動作分析装置などを使用して動作分析することが可能となったが、これは主に大学や研究機関などで行なわれる分析であり、通常の臨床現場では目視による情報を言語的に読み替える分析方法が中心となっている。

動作分析などで使用される臨床的言語情報は、解剖学的な構造形態の部位において、いかなる運動が行われ、そのために必要な筋の作用について運動学的に解説されることである。脳卒中片麻痺者で上下肢に麻痺があるケースでは、どの神経経路の損傷によって、痙性麻痺が機能不全の起因になっているのかを予測しながら、動作を分析する。実際にその分析から情報を得て、脳卒中によって生じる片麻痺後遺症に特徴的な歩行分析する例を挙げる。

右側の立脚期に腓腹筋の痙縮のため、足関節の背屈の可動域制限が生じ、立脚中期に反張膝が出現する。対象者はこの反張膝により重心移動の際に骨盤の後退を来し、推進力を低下させている。また、重心の上下運動も大きくなっているため、頭頸部が安定せずにエネルギー効率が低下しており、歩行距離が伸びない要因になっている。

さまざまな理由で基本動作⁶の遂行が困難な際に、その原因の要約を臨床的言語情報に置き換える。分析の際には、身体的数値情報と関連させ、言語情報として捉え直す。例えば、上記の歩行分析の際には身体的数値情報である足関節と膝関節、股関節の可動域の情報や上下肢の麻痺の程度、歩行可能距離などの情報を事前に収集して関連付けている。しかし、非熟達者は身体的数値情報と臨床的言語情報を関連付けて思考することがしばしば困難である。熟達者はそれらの関連付けができるだけでなく、身体的数値情報から臨床的言語情報を想起し、逆に臨床的言語情報から身体的数値情報も想起できる。このような熟達者が持つ能力の「隠れ変数」は、これまで「臨床的センス」や「経験値」との曖昧な名称なものとして、明らかにされることがなかった。

検査のレベルのみならず臨床においても、熟達者の技能による理学療法士の差は大きく現れる。また、この差は熟達者同士には共有されるが、非熟達者には理解できないことが多く、神業や名人芸の次元に到達できていないと感じることが多いようである。これは、隠れ変数であるため、目に見えず、相手に伝えることも困難な技能は確かに存在すると確信する。そして、熟達度が高度になればなるほど、理学療法士の主観的指標を押し上げることになる。

熟達者と非熟達者の主観的指標の差を一言で述べれば、「ショートカット」であり、そのプロセスが隠れ変数となる。これは情報工学の専門家とともに調査している内容となるが、熟達者はあるデータを見たときに、迷わずにゴールに向かうことを選択する。多くのデータが提示されていても、全体を見渡すのではなく、その疾病に特徴的なデータだけを抽出し、過去に経験した症例と照らし合わせて、治療プログラムを立案する。実施後プログラムが間違っていると気付いたら、巻き戻して情報を修正する。この一連の流れのプロセスで情報の見過ごしが度々生じている。情報を面（全体）ではなく点（部分）で捉え、無駄と思われる動きを極力せず、必要と思われる治療だけを選択する。このプロセスを情報工学的に分析すると情報の読み取りの多くを主観的指標に委ねており、客観的情報はあくまでも、過去のデータとの比較に使用しており、また微調整のために利用されている。現存する対象者だけではなく、過去に経験して蓄積した情報との対話による思考が課題解決に大きく役立つのであるが、そのためには、理学療法チャートの記載やパソコンにインプットすることに留まらず、理学療法士自身の脳裏に刻む込む習慣を身につけることで、単に小手先の技能ではなく、中枢プログラミングされ、同時に対象者の症状の変化に即座に対応できる活きた技能となる。これを **educated guess**（教育もしくは修練された推測）と呼ぶ。ロボットや人工知能の発達でリハビリテーションを含む医療分野での応用が始まっている。それらの応用の課題の1つは、いかほど人間的な創造性と論理性を備えて、対象者の情意的不安の解消に努めながら対処できるかであろう。しかし、それらの対処方法が独り歩きすることは考えられないことから、結論的には、それらの有効性と限界の特性を十分にわきまえた医療職の判断によって活用されることになろう。

さて、理学療法士として経験を積むとエビデンスデータよりも経験に判断を委ねるようになる。これは前節で述べた技能として熟達していくための省察的実践として、行為について (on) 、そして行為のなか (in) で考え、行動した結果である。熟達するプロセスでデータは、あくまでも修正のためのツールであり、決断は経験的に行われる。決断とは A もしくは B を選択するだけでなく、同時にどちらかを切り捨てることであり、迷いを生じさせるのは残りもう一方を捨てきれないことによる。

根拠に基づく医療 (EBM : Evidence Based Medicine) の手法には5ステップあり、ステップ1「患者の課題の定式化」、ステップ2「課題についての情報収集」、ステップ3「情報の批判的吟味」、ステップ4「情報の患者への適用」、ステップ5「1～4のプロセスの評価」である。ステップ4の「批判的吟味した情報の患者への適用」には医療者の臨床経験のなかから臨床状況と環境、患者の嗜好と行動を理解した上で、リサーチエビデンスを適用しとしている (Haynes, 2002.)。これはEBMの使用で最も重要な段階であると考えられている。医療者は機械的にデータのみから判断するのではないが、このステップは医療界のなかで余りにも客観性が求められるため、経験的データ化の信頼性を低く見積もり軽視されている。

専門職としての理学療法士に求められる能力は、豊富な経験と自らを通り抜ける内省によって積み重ねられる。EBMで提唱されるようにデータと経験の判断によって課題解決に導く必要性があり、治療判断も理学療法士の個々人の判断基準が大きく影響する。この事実は理学療法士の共通理解であるが、対象疾病 (診断名) の数と種類が多いこともありさらに、日進月歩の科学的発展に学習は追いつかないことから、自己を省みないまま (そのような時間が与えられないまま) の臨床活動からは経験知は育たず、熟達に至り難い事情もある。

理学療法士が熟達に至るためには省察的実践が必要であり、それは哲学的な思考によって成り立つと考えられる。しかし、理学療法学に哲学分野はなく、自己を省みるといった専門的思考をほとんど体験したことがない。そのために、よりよい理学療法実践のための理学療法哲学について考えてみたい。

4. 理学療法哲学の対象

医学に関連する哲学の分野⁷は医学哲学、看護哲学、薬学哲学があり、さらに広域ではケアの哲学、福祉哲学などがある。また、最近になってリハビリテーション哲学についての書籍も出版されている。医学ではないが、スポーツ・体育の世界にも哲学を専門領域として設定し研究を進めている。しかし、理学療法哲学という分野は存在していない。理学療法学は科学であると定義したとしても、多くの科学は万能感を伴うことに対する古典的な批判を受けつつ、独自に足下を見つめるように、その存在意義や概念について熟考するために科学哲学の領域を有している。理学療法士が国家資格となり 50 数年が経った現在、本来の専門的存在意義を問い直す時期に来ているのではないだろうか。

ここでの問い直しとは、医療人類学が患者の病いや苦悩を研究対象とすることや「物語と対話による医療 (NBM : Narrative-based Medicine)」のように方法論的な模索ではなく、理学療法そのものを哲学の対象とすることである。そして、理学療法士を法律の定義上の説明ではなく、何のために存在し、そして、どこに向かっているのかについて、「ことば」で表現してみたい。哲学も理学療法学も人を対象とする学問であり、生きることを考え、模索している。また、これまで述べたように理学療法には、身体を介して他者との共通理解を求められ、また、個の経験を判断の基準としている。これらを糸口に理学療法と哲学は接続可能であり、学問としての可能性を有している。

理学療法と哲学について調査してみると、日本においては理学療法士が哲学的論考を行うことが少数あるものの、一般的な学問手法として定着しているとは言えない。また、理学療法哲学について諸外国での取り組みを確認してみると、論文やテキストなどいくつかあるものの、決して積極的に行われているとは言えないようだ。しかし、身体や精神に関して、病気や症状に関する哲学的な話題は数多い。これは日本でも同様であり、理学療法としてではなく医学哲学として語られている。

理学療法教育を概観すると、教育カリキュラムの必須科目である「理学療法概論」で使用する教科書の一部に、哲学について記述されている書籍がある。その1つの中で奈良勲は、理学療法に必要な哲学の意義として「自己について

認識も内観も高めない人間は、他者に対する認識も理解も示すことはできない」(奈良, 2013.)と述べており、これは1984年の初版から2013年に出版された第6版まで変わらない主張である。あるいは同書で「私たちは自由意思として、理学療法という分野の存在性について思惟することは、知恵、理性をもつに至った人間としての基本的責任である」とも述べている(同上.)。この2つの文章は理学療法哲学を考える上で重要な意味を含んでいる。その理由は、2節で述べた生田の技能論と接続されるからである。理学療法を他者に対して提供する治療技術としてのみ捉えるのではなく、行為者である自己に立ち返る省察的実践者としての理学療法士の姿を示している。理学療法士はもっと自己の経験や実践について「ことば」をツールにして表現してよいと考える。理学療法士が自らの「ことば」で表現する場面の多くは、チャートあるいは症例レポートとして、患者の経過を記述することである。理学療法士には自らの思考と技能に関連した現象についても「ことば」で語り、文字として表現することが文字文明に生きてきた人間の証でもある。

理学療法士は1節で示したとおり、法律により医療職としての定義が決められており、その範囲外での業務は違反となるため、法令遵守をお互いに唱える。逆に、資格の特性として医師、弁護士のような「業務独占」の権利は与えられておらず、「名称独占」に留まっている。そして、他専門職との境界侵犯の議論がしばしば表面化して、専門職者としてのアイデンティティが動揺することもある。その対策として日本理学療法士協会は長い間、根拠を基盤とした理学療法学の確立を目指し、学術活動を積極的に行っている。その理学療法学は、横断的な集合知を中心的な問いとし、技術の標準化を目指してきた。それは荒れた土地を平坦化するような作業で、多くの人が歩きやすく、遠くに行くためには必要な作業でもある。理学療法が理学療法学として確立するために、多くの研究者が知識と時間を注いできた。また、標準化された知識は、専門家のみならず、他専門職や対象者にも理解され、有益になっている。

しかし、理学療法(学・士)は、人を対象とする医療職・学問であり、集合的な知識だけではいずれ限界が来る。今後の課題として予測されることは、医師が検査データだけを診て短い診察時間や身体を触診することもなく、診療を終了する機械的な対応への批判と同じように、理学療法士の社会的あり方に人

と人の繋がりや思いやりがないと批判に受け取られる可能性がある。本来の臨床の意義は、「少しでもよりより理学療法を提供したいと願うとき、そして、それぞれの個性と個体差のある対象者に対して個別的に介入するとき、そのつど、理学療法士としての存在あるいはあり方が問われている」（奈良,2002.）と述べた奈良の思考に触れると、個としての理学療法士の熟達と個と個の技能の伝達を縦断的かつ内省的に「ことば」として表していく必要があると強く感じる。この種の活動に理学療法哲学の意義がみいだされる。動揺しやすい専門職者のアイデンティティにアンカーボルトを打ち込む作業が今まさに必要なのである。

では、そのために具体的に何をなせばよいのだろうか。改めて、哲学とは何かと問うてみる。だが、「哲学とは何か」との問いに対して、回答は定まっていない。哲学の目的は、古代ギリシャにおいては「真、善、美」（絶対的存在）の問いを、中世では「神につくられた人間」と問い、近代では「普遍性を問う、自己を問うこと（主観と客観）」であり、現代は（簡単には規定できないが）、「概念を問うこと（意味とシステム）」と変遷してきた。哲学は他の学問よりも経過が長い分、時代と共にその問いや答えが変化（進化）し続けている。理学療法を哲学することとは、これらを個別的に丁寧に考え直していく知的プロセスであろう。

理学療法の本質を問い、理学療法の普遍的価値を問い、理学療法士としての主観・客観を問い、それらを含めて理学療法という概念を問い直すことが、理学療法哲学であるとの考えは私論かつ試論ではあるが、これらの問いを考察していくことが学問として昇華させる術であると思う。その考察を行うために、理学療法哲学の対象について考えてみたい。

理学療法哲学の対象は理学療法（学）そのものである。理学療法を対象にするということは、理学療法を業とする理学療法士、理学療法を提供される対象者がそれに含まれる。特に、理学療法哲学は理学療法という臨床実践の中で、理学療法士の苦悩、対象者の苦悩について考えていく学問でありたい。理学療法士の対象者の心身の症状や活動制限を良くしたいという意味と対象者の症状や活動制限を良くしたいという意味は同じ方向にあり苦悩を有している。理学療法士は専門家システムの中で、またプロフェッショナリズムの様々な状況で

苦慮し、対象者は症状や活動制限の悪化などの苦しみを覚える。根底にある苦悩は異なっているが、その双方の苦悩について、ことばを紡ぎ出すこと、そして、苦悩の理由を問い直し、解消に向かっていくことが理学療法哲学の役割である。

理学療法は科学の地平に立ちつつ、人の苦悩を扱うという人文学的な地平にも立っている。医療専門職者として医療の作用史の中で、伝統的に理解しつつ、急速に変化する最新科学知識の習得に追われている。理学療法は科学と人文学、伝統と最新科学の境界に接し、それぞれの地平で可能な限りの融合を目指し、それらを臨床実践の中で注意深く見失わないようにしている。そのような専門職者としてのあり方について 2007 年に”Academic Medicine”の特集の中で「臨床医学は科学的実証主義に基づく専門職主義を重視すべきか、それとも人間主義を重視すべきか」と問われている (Whitcomb, 2007)。その一つの答えとして、「人間主義的専門家 (humanistic professional)」という折衷的あり方が提示されている (Cohen, 2007)。このあり方は臨床実践において専門職者は科学的実証主義に基づく「定型的ケア」を求められつつも、状況を読み対象者を人として、また物語りを持つ存在者として捉え「即応的ケア」も必要とされるあり方である。即応的ケアは 2・3 節で述べた技能や職業的経験に裏打ちされる。また、理学療法士は対象者の物語りを読み込み、症状としてだけでなく苦悩に触れ共に解消する存在でありたい。

5. 実学的学問としての理学療法哲学の方法 —十字モデルによる論理的思考

理学療法の本質や概念を問うことは、数多くの理学療法士にとって、無意味であると思われる可能性がある。理学療法学のベクトルは「問い直す」方向に向き合おうとはせず、新しい知見を見だし、前に進もうとしている。そして、理学療法学は社会に対して役に立つ学問としての確立を目指している。そのように考える人たちに対して、今のあり方を問い直すことを迫るのは無謀とも言える。では、いかにして理学療法に関連した哲学の必要性を問えばいいのか。

哲学専門書ではなく、ビジネス書から哲学の社会における有用性を概観すると「論理的思考法としての哲学」や「教養としての哲学」というキーワードが

浮かび上がる。哲学を専門としていない作家が論理的思考の課題を通して読者の思考的反応を求め、また、哲学者は分かり易い「ことば」で表現して、哲学を丁寧に分解して説明するなどしている。これらは学としての哲学としては、本流ではないかもしれないが、哲学を専門に学んだ後にそれらの「ことば」を目にすると、視角が広がり見えなかったことに気付くことができ、哲学を専門としていない人たちへの説明としては有効な手段であると思えた。哲学は難しいというイメージを持たれ、学ぶための一歩を逡巡させる学問であるらしく、その視点を変革するためには一般的に求められている考え方に即した表現が大切であると思える。

後藤仁志は、『世界のエリートが学んでいる教養としての哲学』（後藤, 2015.）のなかでビジネスパーソンに哲学をビジネスのツールとして7つに分類している。

- 1、歴史（哲学史）
- 2、思考（思考法）
- 3、古典（名著）
- 4、名言
- 5、関連知識（宗教、倫理、日本の思想）
- 6、人物
- 7、用語

哲学をツールとするという考え方の正誤については横に置き、この分類を使うと哲学に不慣れな人にも説明しやすい。特定の人にとって最も必要だと思われる項目を提供し、その有用性に触れてもらうことができる。そして、理学療法学に対するツールとして提供できるのは思考（思考法）である。

理学療法プロセス（3節を参照）の根幹は収集した情報の分析にある。理学療法学では、その分析を「統合と解釈」と呼び、情報の関連性をみつけ、主たる課題点を明確にする。このプロセスに際し、対象者の疾病の一般的予後（治癒の可能性）を基盤に、症状がネガティブであってもポジティブに変化するのか、あるいはネガティブなままなのか、治癒はしないが環境要因を変化させること

でポジティブに近づくのかなどのさまざまな可能性を調べた上で考える。さらに、ポジティブに変化させるために治療や運動は何が適切か、そこにエビデンスはあるのか、どの程度の期間が必要なのかなどと考えていく。

この考えのプロセスで必要となるのは、先に述べたエビデンスであるが、それに付け加えた2種類の根拠を必要とする。それは「専門家による研究の結果」と「観察に基づく仮説」である。つまり、学習によって得た知見と経験を通して学んだことを統合して、解釈に結びつける。情報を統合する際には、論理的思考もしくは課題解決思考が必要となる。特に、「観察に基づく仮説」は熟達知であり、理学療法経験が少ないと科学的根拠にのみ陥りやすく、論理的に考える作業よりも文献検索などに時間を取られ、回答する時点に至らなくなる。また、熟達知は、3節で述べた主観的指標と客観的指標を統合する際に必要であり、同時に適切な対応のためには、論理的思考の可視化も大切となる。

論理的思考のトレーニングが足りない理学療法士は、対象者へのプログラムが直線的（関節が動きにくいから関節可動域運動、筋力がないから筋力増強運動）で短絡的な思考に陥りやすい。また、指導する際に可視化できるツールがあれば、プロセスの可視化ができ、より効果的である。そのツールとして最も効果が高かったのが「十字モデル」である。

教育工学者である牧野由香里は、論理の仕組みを説明する上で、演繹法・帰納法を論理的思考の要と位置づけ、「抽象⇔具体」という表現で簡潔に示すために、その発展版として「十字モデル」を提唱している（牧野，2013.）。これは十字の形のモデルの枠中に、検討する項目をパズルのパーツのように埋め込み、思考の流れや他者と議論を共有する際に使用する。縦軸を課題解決のパーツ、横軸に論理的思考のパーツを埋め込む。牧野はその形を「縦軸は頭・心臓・脚であり、横軸は両腕・両手に相当する」と表現する。筆者は牧野の提唱する十字モデルから理学療法学に関する臨床推論（クリニカルリーズニング）に使用可能な情報の分析モデル（図1）を作成して、学生教育を行っている（図2では項目を埋め込み、対象者の情報の分析を完成させている）。

この方法は、縦に直線的になりがちな課題解決のための思考の理由付けとしての横方向の論理的思考を可視化し、治療に必要な主たる課題を的確に判断するために有効な手段である。このような有効性の高いツールを作成し、哲

学を学ぶ必要性のない人たちに対して、初歩的に触れてもらうことは、理学療法哲学を確立していくために必要な手段であると考えられる。このようにテキストを書き表し、解釈する。そして、他者（同僚や指導者）と共有し、対話し、伝達するというプロセスの循環から理解に近づいていくことができる。この意味において、理学療法哲学はひとまず解釈学的方法を選択している。

前節で理学療法哲学は理学療法における（理学療法士と対象者の）苦悩をことばにし、問い直す役割を持っており、そこに学問的对象があると述べた。本節で紹介した「十字モデル」の役割はプロフェッショナルとして対象者の状況を正しく読み込み、科学的実証主義に基づいた「定型的ケア」の枠組みで捉えるための方法である。十字モデルを通して理学療法士は状況を統合し解釈する。臨床実践において「定型的ケア」の正確性の上に対象者の物語的理解が必要になる。理学療法士は業として、能力として求められるニーズに応えながら、理学療法を通して対象者の物語りに触れる。そこには、卓越した技能とプロフェッショナルとして経験に裏打ちされたあり方（職業倫理など）が前提としてあることが望ましい。さらには理学療法士の苦悩である行為の正しさを問い回答するための論理的な理学療法プログラミングも必要不可欠である。その意味において、理学療法士の知識や能力、あるいは倫理観などを可視化し問い直す機会が必要である。

苦悩は、ことばにできず、さらに他者と共有できずにいると循環的に深みを増す。苦悩の解決や解消は希望に繋がる。理学療法士はさまざまな職業的、臨床的、学術的なズレに直面し、その境界に立ち、苦悩し、克服するといった循環の中に身をおくということをプロフェッショナルとして求められている。そのような変化は理学療法を改めて問い続けることを可能とし、理学療法哲学はそれを答えるための一助になる学問でありたい。

おわりに

本論では、将来的な理学療法さらなる発展を展望して、理学療法哲学について考えたことを述べた。しかし、便利なツールを提供することが目的ではなく、到達ゴールは、理学療法士の日々の現場において自らの治療介入を内省し

ながら、個々人の技能をエビデンスとして昇華させる努力を惜しまないことである。中村雄二郎は、「臨床の知は、個々人の所を重視して深層の現実にかかわり、世界や他者がわれわれに示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きをする」（中村，1992.）と述べている。この臨床の知は個人や集団、文化的な経験の積み重なりによって成り立っている。理学療法士が対象とするのは人であり、その人は個として、集団として、そして環境の一部として生きている。理学療法士の仕事は対象者の病いのみに対峙しているのではなく、活動や社会参加の支援に繋がっている。病いで弱った心身を再び社会で生活を営めるように回復に導くために、個（個人）と場（集団と文化）を往来しながら複雑に絡み合い、隠された意味を探究する必要がある。端的に理学療法士としての技能を習得することも大切であるが、それが理学療法士の深層で熟達され、同時にそれを次世代の理学療法士に継承することは、歴史的にも貴重な役割を担っていることを常に自覚したい。

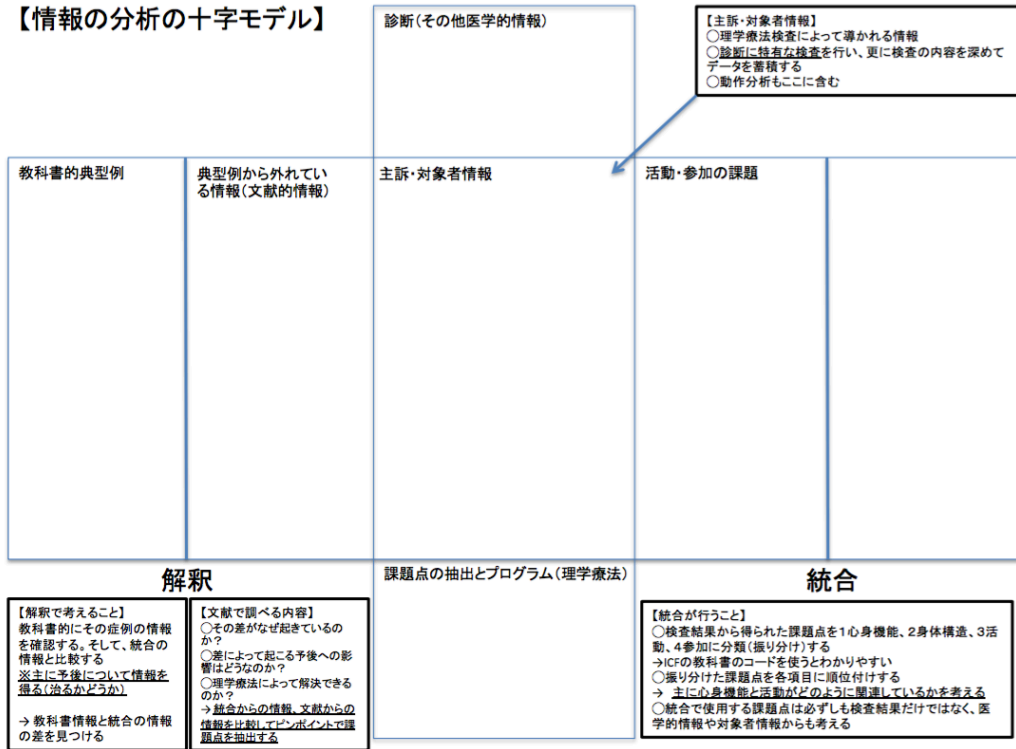
引用・参考文献

- 生田久美子, 『「わざ」から知る』, 東京大学出版会, 2007.
- 生田久美子 (著, 編集), 『わざ言語: 感覚の共有を通しの「学び」へ』, 慶應義塾大学出版会, 2011.
- ギルバート・ライル (坂本百大ら訳), 『心の概念』, みすず書房, 1987.
- ドナルド・ショーン (佐藤学ら訳), 『専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える』, ゆみる出版, 2001, p.89.
- R Brian Haynes, P J Devereaux, Gordon H Guyatt, "Physicians' and patients' choices in evidence based practice Evidence does not make decisions, people do", *BMJ*. 2002, Jun 8; 324(7350): 1350.
- 奈良勲 (編), 『理学療法概論 第6版』, 医歯薬出版株式会社, 2013.
- 奈良勲, 『理学療法の本質を問う』, 医学書院, 2002, p.41.
- Whitcomb, M.E. Special Issue: Professionalism in Medicine, *Academic Medicine*, 82(11): 1009, 2007.
- Cohen, Jordan J. Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters, *Academic Medicine*, 82(11), 1029-1032, 2007.
- 北村良子, 『論理的思考力を鍛える 33 の思考実験』, 彩図社, 2017.
- 後藤仁志, 『世界のエリートが学んでいる教養としての哲学』, PHP 研究所, 2015.
- 牧野由香里, 「第2章 「十字モデル」で協同的に論文を組み立てる」, 関西地区 FD 連絡協議会編, 京都大学高等教育研究開発推進センター編, 『思考し表現する学生を育てる ライティング指導のヒント』, ミネルヴァ書房, 2013, pp.32-53.
- 中村雄二郎, 『臨床の知とは何か』, 岩波書店, 1992, p.135.

注

1. 近年では、「障害」や「訓練」の語句を使用しない。その観点で、この定義を一部、書き直すと以下ようになる。「リハビリテーション」とは、機能・能力低下やその状態を改善すると同時に、それらを半永久的に背負いながら社会生活を営めるように、あらゆる手段を尽くすことである。リハビリテーションは、それらの対象者が社会環境に適応するため種々の治療介入とトレーニングを行うだけではなく、対象者の社会的統合を促す総体として環境や社会に手を加えることも目的とする。さらに、対象者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に参画することが望ましい。
2. 理学療法士は専門職であるが、2006年の診療報酬改定時に、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区別がなくなり、各療法が独自算定できなくなった。この改定により、理学療法業界は良くも悪くも職域に変化をもたらされた。
3. 近年では、専門職としての広がり関係で神経や呼吸器、循環器、がんの理学療法など必ずしも運動学に特化しない分野も増えてきている。
4. 運動学という文言は、工学（特に機械工学）分野でも使用される。理学療法の運動学を「キネシオロジー」、工学の運動学を「キネティクス」として区別している。
5. 傾向性とは、ある特定の条件が実現されればある特定の状態にならざるを得ないという人間の性行であると生田は説明する。
6. 寝る、寝返る、起きる、座る、立つ、歩くなどの動作をいう。
7. 学問と考える理由として学会や研究会で検討が重ねられていることを条件としている。

【情報の分析の十字モデル】



【情報の分析の十字モデル】

