

## ナラティブ・ワーク

中川 晶  
大阪産業大学

### Narrative Approach

Akira Nakagawa, M.D.  
Osaka Sangyo University

#### <要旨>

医療は今まさに大きく様変わりしようとしている。病気を科学的に探求し分析していけば全ての病気が治る信じられるほど状況は単純ではない。病気を病人から切り離しては、病気が分からなくなる。病む人全体としてアプローチしなければいけないというのは当たり前ののだが、ともすればこれまで病気にスポットを当てすぎたのかもしれない。そのような反省も込めて、ナラティブ・アプローチを医療に導入していかなければならない。勿論、科学的で分析的な視点 EBM (Evidence Based Medicine) を忘れては医療ではなくなる。

新しい時代の医学を走らせる車の両輪が、EBMとNBM (Narrative Based Medicine)である。今回は、すでに広く普及したEBMではなく、いまだあまり知られていないNBMにスポットライトをあてる。そしてその具体的実践方法を紹介し、その可能性を吟味する。

#### キーワード

ナラティブ・ベイスト・メディスン

NBM (Narrative Based Medicine)

エビデンス・ベイスト・メディスン

EBM (Evidence Based Medicine)

病の語り

illness narratives

ナラティブ・クエショニング

narrative questioning

### I. はじめに

医学は今まさに大きく様変わりしようとしている。その新しい時代の医学を走らせる車の両輪が、EBM (Evidence Based Medicine) と NBM (Narrative Based Medicine) である。今回は、すでに広く普及したEBMではなく、いまだあまり知られていないNBMにスポットライトをあてる。そしてその具体的実践方法を紹介し、その可能性を吟味する。

な必然性があり、それをたどっていくことはまた NBM の必要性をも浮かび上がらせるものだからである。

たとえばある疾患をかかえた患者に対して、A という薬剤を投与すべきか、B という薬剤を投与すべきか判断に迷ったとする。あるいは、手術をおこなうべきか、経過観察をするべきか判断に迷ったとする。そのような状況は、臨床の場面では多々あると思うが、その際の臨床的な判断はどのように下したらよいのであろうか。その判断のよりどころは、いったいどこに見出したらよいのであろうか。聖路加国際病院院長の福井次矢先生は、その判断のよりどころは大きく分けて4つあるとされている。第一は、基礎医学的、生物医学的な知識であり、動物実験や細胞レベルでの観察結果をもとに、生物学を基礎的な理論背

### II. EBM (Evidence Based Medicine)

まずは、カナダ・マクマスター大学の David Sackett らによって1990年に命名された概念である EBM (Evidence Based Medicine) について紹介する。なぜなら、EBM が登場してきた経緯には歴史的

景としてもつ知識である。第二は、実際に臨床の場で患者を治療、検査した際の結果である。体の一部分だけではなく、その医療行為をしたことによって、副作用も含めて全身で何が起こるかというデータの集積である。第三は、患者個人の意向、価値観である。そのような過去のデータや病態生理学的なメカニズムはどうあれ、患者本人が何を望むかということである。仮に手術をすれば治癒が見込めるとしても、患者自身がその手術を拒めば、医師がそれを断行することはできない。第四は、社会的な規範である。ES細胞やクローン技術を使った医療が技術的には可能であったとしても、社会における倫理や道徳に照らし合わせて、それが許されなければ行うことは出来ない。医師は社会規範という枠の中での判断をも求められているのである。

さてこれまでの医学の歴史を振り返ると、第一の基礎医学的、生物医学的な知識は大いに発展してきた。解剖学に始まり、19世紀には特定病因論が花開き、細菌学の成果は公衆衛生の向上と相まって感染症を激減させた。しかし、抗生物質一つとっても、ある病気について複数の治療法があった場合に、どちらが優れているのかといった臨床疫学はほとんどなされてこなかった。昨今のEBMの流行には、ふたつ目のデータがあまり重視されてこなかった歴史に対する反省がある。EBMという手順は、目の前の患者について問題を定式化し、定式化された問題を解決する情報を検索し、検索して得られた情報を批判的に吟味して、その情報を患者へ応用するというものである。このようにして集積されたエビデンスを、それぞれの時点で最も信頼できる根拠として、患者の個別性、価値観に配慮して臨床的判断を行おうというのが、EBMの考え方である。

### Ⅲ. NBM (Narrative Based Medicine)

これに対してイギリスの一般診療医 (General Physician) の間から出てきたムーブメントとして、NBMがある。上記三番目の判断基準としてあげたように、患者自身が何を望むかということも、臨床の場面では重要な要素である。患者自身の価値観を引き出すという視点は、インフォームドコンセントとして近年浸透してきているように思う。しかしここで重要

なのは、このインフォームドコンセントという考え方を、単なる情報の開示として捉えるに留まらないことである。この先に、NBMという概念が待っているのである。

従来、医学はその理論的背景に生物学を基礎としておいてきた。そこでは身体は一種の機械とみなされ、病気は身体の器質的、機能的な異常と捉えられた。したがって治療的な介入もまた、物質的にならざるをえず、内科的な治療は薬物を用いて、外科的な治療は様々な器具を用いて行われた。抗がん剤の投与や、頻回にわたるがん切除術に代表される現代医学の実践は、しばしば非人間的との指摘を受けてきた。これは自然科学分野の学問の運命かと思うのだが、はじめは万人が共通して認識できた問題も、その学問が発展し、専門性を高めるにつれて、やがて専門用語で語られることが多くなり、一般の人々にとっては問題意識の共有すら難しい状況になってしまう。

医学もまた自然科学の一学問として発展してきた例外にもれず、その高度な専門性は、専門用語という牙城に守られて、一般の人々には中をうかがい知ることができない。つまり、医学の使い手である医師の解釈モデルと、一般の患者の解釈モデルは、異なっている可能性があるのである。このことに関して、「説明モデル」という言葉を用いたのは、医療人類学者のA.クライマンである。彼は、治療者と患者では病気について説明するモデルが違っていることを指摘し、それは五つの点におけるとしている。それは、病気の原因についての考え方 (病因論)、症状についての知識 (始まり、様態)、その病気がどうしてその状態になったか (病態生理学的知識)、経過と予後、そして治療法である。

医師は、自然科学である医学の理論に基づき、病気を解釈しようとする。しかし患者は、自らの生活の文脈において、病気を解釈しようとする。診察室とは、この二つの異なる説明モデルが出会う場である。そして、インフォームドコンセントが単なる情報開示に留まらないといった理由はここにある。医師が患者に十分な説明をし、両者の説明モデルの間を行ったり来たりする翻訳作業の末に、医師の提示する治療方針への納得がある。これこそが、インフォームドコンセントである。医師は自らの解釈モデル構築のために、患者から有益な身体情報を得ようとする。し

かし患者の方は、医師の意思に反して体以外のことまでも語ろうとする。患者は、病気になったという事実と結びつく、自らの解釈を伝えようとしているのだ。医師の頭には、病気に関わる因果的連関の解釈モデルがあるが、患者には、その病気が生活の文脈と一定の結びつきを持っている、別の解釈モデルがある。ここに、NBM (Narrative Based Medicine) が登場する必然性があったのである。NBM は T. Greenhalgh らの著書 (1998) が発端と考えられているが、その特徴は、1. 患者の語る「病の物語」を尊重すること、2. 医療のあらゆる理論、仮説、病態説明を「社会的に構築された物語」として相対化すること、3. 複数の物語の共存や併存を許容すること、とされている。

#### IV. 病

この NBM (Narrative Based Medicine) の可能性を考えるにあたっては、「病」というものを再考してみる必要がある。

病というのはいったいどのような状態だろうか。病気と異常とは、何か違うのだろうか。異常というのは正常ではないということだから、大多数の状態とかけ離れていることを指すのだろう。では大多数とはどれくらいか。1000 人に 1 人であれば異常か、1 万人に 1 人であれば異常なのだろうか。こうして、異常という状態を確率の観点から眺めてみると、異常であることと病気であることは似て非なるものであることが分かってくる。つまり、異常だけれども病気でない、という状態が存在するだろう事が分かるのである。ある人が病気であると認識されるためには、本人が自分は病気であると訴えるだけでは十分でない。その人が病気であるということについての、本人と周囲との間の社会的な合意があって初めて、認定がなされるのである。現代においては、その認定が医師などの専門職に委ねられているようだが、これは医師という権威者のなせる業であり、本来は、医師が病気だと言ったからといって病気になるわけでもなく、病気はもう治ったと言っても、本人はまだ病の問題を抱えていることが少なくないのである。

現代の治療医学では、病気の発生を単純な生物学的出来事として捉える。病気は身体の中に生じ

た異常であり、病変の発見が最重要となる。その中で、検査結果というものが、治療を進めていく上で科学的な根拠となる。そのことの有益性自体を否定するつもりはない。しかし、前述したのと逆のケースで、検査で異常がなくても病気である、という状態もまた存在するのではないだろうか。従来の医学は、病気の人の存在を医学的な病気そのものに還元して治療を進めてきた。しかし、病気になった人は身体の器質的、機能的な故障だけを問題として抱えているわけではない。彼らは、病気になったことに関連して生じる、すべての問題に何らかのかたちで対処をしなければならぬのである。つまり、病気は問題の全てではなく、病気を含めたすべての関連する問題群が、病の問題として捉えられなくてはならないだろう。医師から見た「病」とはその客観的状态であり、疾患 (disease) という言葉がふさわしい。一方、患者にとっての「病」とはその主観的状态であり、病気 (illness) という言葉を用いることが出来る。このように考えると、病というものを、患者の人生の中で展開する一つの物語であるとする NBM (Narrative Based Medicine) の可能性が考えられる。

#### V. NBM の方法論

基本的な考え方としては、患者の物語は生きているなかで起こっている大きな物語と考える。患者の語る話においては、「病」の状態は、人生のなかでおこっていることであるため、患者の話を物語として聞く方法がある。そして、患者を物語の語り手として尊重した上で、医学的な疾患概念も治療法もあくまでも一つの医療側の物語と捉える。医師のもつ考え方、治療等はすべて、医療側のナラティブである。さらに治療とは、両者の物語 (患者側の Narrative と医療側の Narrative) をすりあわせるなかで「新たな物語」を作り出していくプロセスであると考えられる。これが NBM (Narrative Based Medicine) である。そのため、まず、患者側 Narrative が十分に語られ、医療側が理解することが大切となる。そもそも Narrative というのは、あるできごとについて、言葉を何らかの意味のある連関によってつなぎあわせたものである。物語は言葉のつらなりであるが、それが連なることによって意味が生じてくる。すなわち

Narrative とは、言葉をつなぐことによって、意味づける行為ということになる。

従って、NBM (Narrative Based Medicine) 実践の場では、患者に自らの物語を語らせると同時に、本人の言葉で自分自身を紡いでいき意味づけることが中心となり、医師はそれを助けるということになる。この方法は、一見非効率的で、忍耐力を要し、その有効性も定かではないと思われるかもしれない。しかし、NBM のような概念が登場する前から、患者の満足度は、医師がどれだけ自分のいう訴えに耳を貸してくれたか、という点に依存してきたのである。これは医師-患者間の良好な信頼関係構築に寄与することは疑いがなく、患者が医師の指示を正しく守ることもつながるだろう。そのことによって、同様の治療をおこなったとしても治療効果が向上するであろうことも、期待できるのである。

「近代医学の効果判定」として New England Journal of Medicine 1977 年 2 月 22 日号に掲載された記事によると、約 80% は「効果なし」つまり良くも悪くもならず、あるいは自然に落ち着くところに落ち着く。「劇的な成功」を収めたのは 10% を少し上回る程度で、7～8% は医療介入で不幸な結果を招いたという。この記事を読んで、従来の治療医学の方向性を再考し、別なアプローチを模索してみる価値はあるであろう。

つまり、「治る」とはいかなることか、という問題提起である。物語を重視する NBM (Narrative Based Medicine) においては、それには「客観的改善と主観的改善の双方が揃う必要がある」と考える。そして、「主観的改善には患者の信条体系内部の変化が必要である」のだ。人生において、ずっと固定した Narrative をもっていることは、大きな負担となる場合がある。すなわち、自身の Narrative の書き換えがうまくいかないとき、私たちは「病」に陥ると考えるのである。そこで NBM (Narrative Based Medicine) が用いるのが「質問の技法」である。

治療を有効にするためには、治療の構造がどうなっているかに目を向け、効果の少ない指示や命令ではなく、有効な質問を用いるのだ。治療を効果的にするには、病者の構えが直線的因果律か円環的因果律かを見抜き、治療の構造を考えて、どの構えをこち

ら取るかを決定する。その場その場で、戦略的にいか探的にいくつかの方針を決定し、相手の反応を常に伺いながら軌道修正を行う。

そのための具体的な質問の種類が、以下の四つである。

### 1. Linear Question (刑事の質問)

これは、患者が直線的因果律の構えを取っているときに、探索的に用いる。いつ、何処で、誰が、何を…という 5W1H 型の質問である。

### 2. Circular Question (探検隊の質問)

これは、患者が円環的因果律の構えを取っているときに、探索的に用いる。いったいどうなっているのだろう? というような、開放型の質問である。

### 3. Strategic Question (教師の質問)

これは、患者が直線的因果律の構えを取っているときに、戦略的に用いる。正しく導くための質問である。

### 4. Reflexive Question (ファシリテーターの質問)

これは、患者が円環的因果律の構えを取っているときに、戦略的に用いる。新しい物語へのきっかけを作るための質問である。

それぞれの長所、短所は次のようになる。

**Linear Question** は、入るのに抵抗がない一方、原因探しに終止する。

**Circular Question** は、新しい見方を見つけられる一方、質問が拡散してしまう。

**Strategic Question** は、対決の際に効果的な一方、押しつけになりやすい。

**Reflexive Question** は、新しい解決が見つかる一方、上手く行かないと混乱を招きやすい。

この実習に参加したある医学生の感想である。

### <参加者の感想 (医学生) >

実習において、NBM (Narrative Based Medicine) の質問の技法を教えて頂いた中川先生は、症例を紹介して下さいました。内科で神経性咳嗽という診断名で心療内科に紹介された 80 才の女性の症例である。神経性咳嗽であるから、原因は心理的因子によ

るものなのだが、精神科や心療内科でもよくならなかったという。そこでナラティブの質問技法を用いて話をしていた中川先生は、Reflexive Question でそのお子さんの供養のため、小さなお地蔵を作ってやることを提案した。その後、難治性であった咳嗽がびたりと治まった。

このお話を聞いて、私は実際に「治った」という点が重要であると思った。治療者の役目は、患者の病の問題を解決することである。そこにおいては、手段はそれほど問題にならないと考える。現代においては医学が高度に専門化しているため、(白内障の専門家が緑内障を診られないなどという笑い話もあるくらいだが)それぞれが自らの専門領域に特化した治療法を行っている。しかし本来、問題になるのは患者の抱える病の問題のはずである。現代医学では治せない、エビデンスがまったく十分でないならば、NBM (Narrative Based Medicine) を用いたらいではないかと素朴に思うのだ。繰り返して述べているように、患者は自身の身体的問題だけを抱えているのではない。そこから付随してくる様々な問題をすべて、その人の人生において受け止めなければならない、そのような問題を抱えているのである。医師が器質的、機能的故障だけを見て治療不可能とさじを投げってしまったら、それは実に残念なことだろう。

これから日本はますます少子高齢化が進むとみられている。ある程度人生を生き、社会の役割を果たしてきた人達が願うのはどのような後半生だろう。今まで出来ていたことが出来なくなり、自分で自分の体を持って余すようになった人達は、喪失感に悩まされるかもしれない。しかしそのことについて誰に文句を言う訳でもない。原因は自らの体であり、老いそのものである。そのことはよく分かってはいても、そしてこれらの問題が完全に解決することなどないということが分かってはいても、やはり誰かに頼らずにはいられない。その時、「それは老いという体のプロセスだから仕方がない」と医師の解釈モデルを説明したところで何になろう。患者は自らの物語の中で病んでいるのである。昔はこれが出来たのにもう出来ない、私のために誰々に迷惑をかけている、そういう病の問題を抱えているのである。そのような時代にあって、我々は、EBM (Evidence Based Medicine) として

根拠のある医療を実践すると共に、NBM (Narrative Based Medicine) として患者の病の問題を探し出すことが求められてくるように思えた。

その後 OSCE の医療面接の練習において、この質問の技法は大いに役に立った。そのように実習とは別の場で、得た知識を実践してみる機会に恵まれたのは幸運なことであった。実際、OSCE の医療面接の練習をしていて、この質問の技法の有用性を実感する場面は多々あった。「ご自身で心当たりのあることはございますか」などは良い例で、ここから患者の家族歴、既往歴、生活習慣など、こちらからうまく聞かないとぎくしゃくしてしまう内容も、患者さんの方から話して頂けるということも多かった。

実際、患者さんの満足度という観点からは、この質問の技法はかなり貢献していることを、身をもって経験することができた。

## VI. 最後に

医学生のご感想にもあったようにナラティブの技法が OSCE の医療面接で役にたつということは、今後の医療の方向性やあり方にナラティブ・アプローチの方法がますます重要性を増してくる可能性が高いことを指摘しておきたい。

## 文献

- 1) 中川米造：現代医学と社会—〈医学概論〉講義— (森本兼曩 監修), 朝倉書店, 東京
- 2) Greenhalgh T., Hurwitz B.: Narrative Based Medicine, BMJ Books, 1998 (斉藤清二, 山本和利, 岸本寛史 訳: ナラティブ・ベイスト・メディスン臨床における物語りと対話, 金剛出版, 東京, 2001)
- 3) Greenhalgh T., Collard A.: Narrative Based Healthcare, Sharing Story, BMJ Publishing Group Limited, 2003 (斉藤清二 訳: 保健専門職のための NBM ワークブック 臨床における物語り共有学習のために, 金剛出版, 東京, 2004)