

# ナラティブ・ベイスト・メディスン再論

斎藤 清二

富山大学保健管理センター

Narrative Based Medicine Reconsidered

Seiji Saito

Center for Health Care and Human Sciences, Toyama University

索引用語：ナラティブ・アプローチ、NBM、物語能力

Keywords : narrative approach, narrative based medicine, narrative competence

## 1. はじめに

医療崩壊といったことが頻繁に耳にされる昨今、良質で効果的な医療を実現するためには、「医療者と患者の信頼関係」が最も重要であるということが強調されるようになってきた。医療者と患者の間に信頼関係が存在する時、医療行為は効率的かつ効果的なものとなり、患者と医療者双方の満足度が増加し、医療紛争などのトラブルも減少することが期待できる。

欧米では、医療者－患者の関係を敵対的なものとする生命倫理（Bioethics）が支配的となり、このために相互信頼に基づく医療実践がむしろ阻害されているという反省が強まっている<sup>1)</sup>。そのような状況を改善するためのアプローチとして、ナラティブ・アプローチと呼ばれる、理論、実践、教育、倫理レベルでのムーブメントが1990年代後半から提唱され、浸透するようになってきた。1998年に英国のGreenhalghとHurwitzによって提唱されたNarrative Based Medicine（NBM）（邦訳：物語りと対話に基づく医療）は、Evidence Based Medicine（EBM）（邦訳：科学的根拠に基づく医療）の過剰な科学性を補完する役割を担いつつ、患者を全人的にケアすることを目指す医療・医学の方法論であり、社会学、人類学、文学、心理学などの人文諸科学と医学を架橋する性質をもっている<sup>2) 3)</sup>。本邦においては、EBMとNBM

は敵対するものではなく、相互に補完し合いつつ、患者中心の医療を担う車の両輪であるという理解が浸透している<sup>4) 5)</sup>。

米国では2000年代の半ばから、コロンビア大学のCharonを中心とする、Narrative Medicine（邦訳：物語医療学）とよばれるムーブメントが台頭している<sup>6)</sup>。Narrative Medicineは、NBMと共通の理論基盤に立脚しつつ、より人文主義的、臨床倫理的な側面が強調されており、Narrative competence（物語能力）という医療者の基本姿勢、能力を強調している。物語能力は、「病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する能力」と定義され、Narrative Medicineは「物語能力を用いて実践される医療」と定義される。Narrative Medicineのプロセスの要諦は、配慮（attention）、表現（representation）参入（affiliation）の三段階として説明されており、これは、医療者－患者間の相互信頼をベースとした治療関係構築と実践のプロセスであり、本邦でも医療プロフェッショナルリズムの教育の観点から、注目を集めている<sup>7)</sup>。医療におけるナラティブ・アプローチは、現代の医療が抱えるいくつかの根本的課題の解消に益する有力な観点を提供するものと思われる。

医療におけるナラティブ・アプローチは、一般には非常に広い理論・実践を包含する概念である

が、本章では、主としてNarrative Based Medicine (NBM) とNarrative Medicineを包含する概念として「医療におけるナラティブ・アプローチ」という表現を用いる。

## 2. NBMはどのように定義されてきたのか？

筆者がすでに論じてきたように<sup>8)</sup>、医療におけるナラティブ・アプローチの理論家、実践者達は、自分たちが拠って立つ立場に、明確な一つの定義を与えることにはあまり関心がないように見える。NBMの提唱者であるGreenhalghは、自著において「物語を医療というテーブルに載せるためにNBMという硬貨を鋳造した」と述べているほどである<sup>9)</sup>。しかし、このNBMの定義がはっきりしないという問題は、NBMが医療の様々な領域に浸透し、展開していくプロセスにおいて、フラストレーションを生じさせることにもなった。ドイツの人類学者であるKalitzkusとMatthiessenは、その論文<sup>10)</sup>において以下のような疑問を呈している。

「しかし、NBMとはそもそもなんであるのか？ それは、特殊な治療技法 (specific therapeutic tool) なのか？ 医師－患者間のコミュニケーションの特殊な形式なのか？ 質的研究の道具なのか？ 単に患者に対する医師の、あるいは医師が医療を行う時の、ある特定の態度を意味しているのか？」

もちろん、この疑問に対する答えは、「NBMはそれらの全てでありうる。そこでは適用される領域に応じた実践形式、異なった形式や異なったジャンルのナラティブが用いられる」<sup>10)</sup> ということになる。米国の家庭医であるTaylorは、その著書“*Medical wisdom and doctoring*”<sup>11)</sup>において以下のように述べている。

「臨床における対話は単なる情報収集以上のものであり、『奥さん、事実だけを話して下さい』以上のものである。それは患者が自身の人

生の物語の一部を語ることを助け、そのような臨床のプロセスは“narrative based medicine”と呼ばれる」(p53)

Taylorは日本語で書かれた筆者の論文<sup>12)</sup>の英文抄録を引用して、NBMの定義の枠組みを以下の4項目にまとめている (p54)。

1. 病いとは、患者の人生と「生活世界」という、より大きな物語において展開するひとつの「章 (chapter)」と見なされる。
2. 患者は物語の語り手であるとともに主体として尊重される。
3. 医学的な仮説、理論、病態生理は、社会的に構成された物語であり、常に複数の物語が共存すると見なされる。
4. 患者と臨床家の対話から新しい物語が浮かび上がることがあり、これらの新しい物語は治療的な影響をもたらすかもしれない。

同書のGlossary (用語集) においてNarrative-based medicineは以下のように定義されている。

「患者が自身の人生の物語を語ることを助け、『壊れてしまった物語』をその人が修復することを支援する臨床行為」

上記の定義は、少なくとも家庭医学的な日常診療におけるNBMをうまく表現しているように思われる。NBMとはあくまでも「臨床行為」であり、単なる理論でも技法でもない。しかしもちろんNBMの実践の中では、理論と技法は統合的に結びついている。

## 3. 本邦におけるNBMの普及とピットフォール

医療におけるナラティブ・アプローチ、特にNBMは、近年本邦においても様々な医療分野、医療関連分野において注目され、実践や教育に取り込まれようとしている。しかし、本邦において、NBMが正面から批判的に語られることは、

あまり無かったように思われる。その理由の一つとして、一般に医療者は、「NBMは、すでに我々が以前から行っている実践と大きく異なるところはない」と考えていることが挙げられるだろう。

2012年に東京都医師会医療開発委員会が約14,000名の医師会員に行ったアンケート調査（回答総数1,927）<sup>13)</sup>によれば、NBMという言葉を知っており内容も理解しているという医師は19.2%であり、言葉は知っているという医師を加えると49.8%であった。NBMの認知度は病院医師のほうが診療所医師より高く（32% vs 19%）、診療別専門科別に見ると、精神科、脳神経科において高く、アレルギー科、外科などでは低かった。年齢別に見ると、70歳台の医師と若手の医師に高く、40、50歳台のいわゆる中堅医師で認知度が低い傾向があった。

「科学的な知識や経験が必要なEBMに対して、NBMは患者さんの病気、疾患についての『物語』を聴き取ることが重要な要素と言われている」という情報提供のもとでの回答で、「NBMはEBMを補完する」と答えた医師は57.1%、「NBMの考え方は医師になる時にすでにたたきこまれている」と答えた医師は26.6%（30歳台では37.9%）、「短時間の外来診療では実施が難しい」という回答は36.7%であった。「患者さんの日常診療にNBMを活用しているか？」という質問に対して、「常に活用している」と答えた医師は、30.8%であり、76.5%の医師が何らかの条件下で「活用している」と回答していた。上記の結果から、NBMの認知度は総じて高いとは言えないが、NBMの考え方を重視して実践しているという医師は比較的多いという結果が得られている。

もちろん、NBMの実践は、医療者が古来から実践してきた「医のアート」の再認識と再発掘であるという側面を間違いなく持っている。しかし、一方でナラティブ・アプローチは旧来の医療観に真っ向から挑戦するラジカルな側面をもっており、これまでの実践を無反省に肯定するものではない。

2012年、藤田は、『生命倫理』誌にNBMを批判

的に論じた「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」<sup>14)</sup>と題した論文を公表した。著者の藤田は論文執筆時、現役の医学部生であった。この論文は、本邦で医学を学ぶ立場にある者の視点から、NBMの理解と批判が示されていることが興味深い。藤田はNBMの問題点として以下の3点を指摘している。

- 1) 物語的实践は物語を語る能力 (storytelling ability) あるいは物語能力 (narrative competence) に基礎を置くが、NBMにおいては、しばしばそれが単なる病歴聴取の技法として、患者の内的体験を明らかにする目的で用いられている。
- 2) 医療者は、患者に不必要な侵襲を与えかねない「傾聴による物語の悪影響」を無視しやすい。
- 3) NBMの医療への適用は、患者が新しい望ましい物語を創ることを医療者に楽観的に期待させる傾向があるが、常に望ましい物語が得られるわけではない。医療者の期待に沿った筋書きによって、患者の物語が変更されてしまう可能性がある。

ここでは、藤田の提起した議論に答える形で、医療におけるナラティブ・アプローチの問題点とその対策について、筆者の考えをまとめてみたい。

#### 4. NBMと病歴聴取との関係

もし医療におけるナラティブ・アプローチが、単なる病歴聴取の技術とみなされ、そのような形で医学生や医療者に教育されているとすれば、本来のナラティブ・アプローチのメリットを台無しにしてしまいかねない重大な問題であろう。現在のところ、NBMの教育が医学教育カリキュラムの中に系統的に取り入れられている例はそれほど多くないので、多くの教育機関で、そのような誤解のもとに病歴聴取の教育や実習が行われている可能性は否定できない。

これまでの医学・医療において、医療実践とは

「患者の持つ疾患をできる限り正確に診断し、確定した診断にそった治療を行うこと」と考えられてきた。この考え方に従って、患者－医療者間の言語的交流は、診断のために患者から情報収集を行う“問診（いわゆるアナムネ）”や、治療方針を受け入れさせるために患者を説得する“いわゆるムンテラ”などからなるものとされて来た。しかし、すでにこのような考え方は古いものとなり、現在では、患者と医療者の交流は「医療面接：medical interview」と呼ばれている<sup>15)</sup>。筆者は医療面接を、「苦しむ人の役に立ちたいと願う者と苦しむ者が、聞き手と語り手という役割を担いながら、苦しみを少しでも和らげることを目標に、情報聴取や説明・教育などを行いつつ、良好な関係を構築・維持・展開することを目指すような、主として言語を用いた相互交流のプロセス」<sup>16)</sup>と定義した。

医療面接の第一の目的は、医療者と患者（あるいは患者の家族などの複数の当事者）の間に良好な関係を作り出し、発展させることであり、診断のための情報の収集はむしろ副次的な重要性しかもっていない<sup>15)</sup>。確かにNBMは病歴聴取にある程度役に立つことは明らかであるが、ナラティブ・アプローチを医療面接に適用するということは、古典的な診断－治療を中核とする医療体系そのものを変容させるということである。そこにおいては古典的な病歴聴取という概念そのものが大きく変容せざるを得ないだろう。

上記の問題は、筆者がすでに論じた「NBMの実践、言い換えれば医療における対話において、技法（スキル）と姿勢（スタンス）はどういう関係にあるか？」という議論<sup>17)</sup>とも関連するものである。

医療面接の教育において、面接や対話は単なる技術（テクニク）ではなく、マニュアル的な教育は、むしろ真の対話を阻害するという主張がしばしばなされる。しかしだからといって、対話技術についての考察や教育そのものに意味がないというわけではない。対話における技法（スキル）について考える時、道具（ツール）と姿勢（スタ

ンス）という2つの側面を同時に考慮に入れることが重要である。この問題は、「道具（ツール）としてのナラティブ」と「姿勢（スタンス）としてのナラティブ」の関係という問題として置き換えることができる<sup>18)</sup>。

医療人類学者であるKleinmanが提唱した、ナラティブ・アプローチの鍵概念の一つである「説明モデル」を題材として考えてみたい。何らかの病いの体験において、当事者（患者や家族や医療者など）は、その病気という出来事を自分なりに意味づけ、説明している。このような「自分の体験を意味づけるための図式」を説明モデルと呼ぶ<sup>19)</sup>。説明モデルについて語ってもらうための技法としては、「あなたは、自分の状態について、どう考えておられますか？」というタイプの質問が典型的なものである。

医療者と患者、あるいは家族の説明モデルは同じであるとは限らず、むしろ多くの場合食い違っている。例えば患者は、自分の症状（慢性の痛み）を見のがされた身体的な病気のせいであると考えているのに、医療者はそれを心理的なものと見なしているような場合がある。説明モデルを語ってもらうということは、まさに、患者が病いの体験を意味づけている物語を聞くということである。NBMでは、現場における複数の当事者の説明モデルの語りを促進し、それらのうちのどれか一つを正しいとするのではなく、それぞれの立場からの語りを尊重しながら、対話の中でそれらを摺り合わせていくという作業を重視する。

従来、診断－治療を中心とする医療モデルにおいては、患者は診断や治療の単なる対象と見なされてきた。したがって質問という技法も、「医療者が診断や治療方針を決定するための、患者からの情報収集の手段」として意味づけられてきた。これまでの医療は「診断－治療」という姿勢（スタンス）において、質問の技法（スキル）を、道具（ツール）として用いてきたと言える。ところが、NBMにおいては、診療を単なる診断－治療の場とは考えず、複数の物語を語り合い、摺り合わせていくことを目指す場であると考ええる。そ

ここでは、患者は主体的な語り手として尊重される。つまりNBMは、「対話」というスタンスにおいて、質問というツールを用いているのである。同じような質問がなされたとしても、スタンスが「診断－治療という旧来の医療」から「物語と対話に基づくNBMという医療」に変化することによって、その質問の「技法としての意味」は全く異なってくる。

以上のような考察から、藤田の主張する「病歴聴取の道具としてNBMが用いられることによって、患者のナラティブ（あるいはナラティブの実践）が変容してしまう」という主張に対しての筆者の応答は、「そうではなくて、医療実践にNBMが取り入れられることによって、医療そのものが変容する。医療が単なる診断と治療というスタンスから、良質の対話というスタンスに変容することに伴って、病歴聴取は単なる診断のための道具ではなくなる」ということになるだろう。

## 5. 聴くことの侵襲性に対する自覚について

藤田は、「NBMでは患者の物語りをまるごと聴こうとするが、医療者は聴くことの侵襲性を自覚するべきではないか」と述べ、特に「まるごと」とは、「患者の全体を把握すること」であるとして、「医療者は患者の全体を知りえる存在、知ってもよい存在であると想定してよいだろうか…（略）…患者の全体を知ろうとする発想には、医療者は患者を包み込むことができるという奢りが含まれているのではないか。一人の人間として接しようとする時、相手をまるごと知ろうとする態度は無礼にも思われる…（略）…全体を知るように聴くという考えは、聴くことに限度がないような印象を医療者に与え、医療者がどこまで聴くべきかという判断を鈍らせかねない」と論をすすめている。

上記の批判には、医療においてナラティブ・アプローチを理解し、実践しようとする時に十分な配慮を必要とする重要な指摘がいくつか含まれている。筆者の理解では、上記の主張に含まれる最も重要なポイントは、「他者性（otherness）」に

についての認識であると考ええる。医療者と患者の関係やコミュニケーションについて論じる時、共感や配慮といった「つながり」を示唆する側面が強調されやすいが、患者と医療者双方にとって、お互いが「理解したり共感したりすることが絶対に不可能な他者」であることは十分に自覚される必要がある。その観点から見れば、「医療者が患者の全体を知ることができる」などと考えるのは、まさに傲慢の極みということができるだろう。

しかしそれでは、医療者は他者である患者との対話を通じて相手を知ろうとする努力をしてはならないのだろうか。もちろんそんなことはない。医療者と患者が出会う場において、他者性を十分に意識かつ尊重しつつ、他者に対して自己を開き、本来ならば不可知である「他者」に接近することを可能にするものこそ、まさに物語的行為である。医療においてなぜこのようなことが必要であるかと言えば、「医療とは苦境にいる他者への献身的な実践である」という、医療における根本的な倫理的要請が答えになる。

Charonは「患者が病気に堪え忍んでいることを知って実際的な手助けをするためには、医師は患者の世界に、たとえそれが想像の世界であっても、入っていく必要がある。そして、患者の世界を患者の視点から眺め、解釈する必要がある。正確な診断に到達するためには、患者の世界に住み込むこと（lived-in）が求められる」<sup>20)</sup>と述べている。

一方でGreenhalghは、BakhtinとFrankを引用して、「Bakhtinの考え方によれば、聴き手の役割は単に受動的に吸収するだけではない。別の見解を提供することが大切であり、それは社会学者Arthur Frankが臨界距離（critical distance）と呼んだものである…（略）…Bakhtinの枠組みによる臨床的交流においては、臨床医の役割は、相互交流的な物語に主観的な他者性（otherness）を提供することであり、そこにおいて患者は自身の物語を構成し、意味づけることができるのである」と述べている<sup>21)</sup>。

このように、NBMにおいて「聴く」というこ

とは、単に患者の内面にあることを探り出すために聞くということとは異なっている。むしろ、物語によるアプローチとは、自分自身を患者の物語のために差し出す行為である。「(物語によるアプローチは) そうでなければ私達が知ることでできないような世界を知ること特に適している。例えば身体的あるいは精神的にひどく病んでいる状況、外傷を受けた時、強制追放された時、社会的に疎外された時、あるいは私達とは異なった年代や、性や、民族に属している人々などの場合である」とGreenhalghは述べている<sup>22)</sup>。

次に藤田は、「苦しみの語りを聴こうとする耳があることで、語り手は苦しみを語ろうとし、苦しみの物語りを構成していこうとする。苦しみを聴く耳が、語り手に苦しみの物語りを突きつけてしまうように、聴くことはときに侵襲的な力を持つことがある」として、「NBMの実践が常に有益だと楽観視することはできない」と、聴くことが常に良い結果をもたらすとする楽観的な態度に意義を唱えている。確かに「聴くことが全て善である」というようなナイーブな言説がNBMの主張として受け取られるような状況があるとすれば、藤田の主張の意義も頷ける。しかし、NBMは「聴く」ことを尊重する姿勢を重視するだけではなく、「聴く」という姿勢、具体的な聴き方が、いかに患者や医療実践の質に影響するかという点に細心の注意を払う。この点について河合隼雄は、筆者との対談<sup>23)</sup>において、以下のように述べている。

「面接の基本は『主導権を患者に譲ること』ではないでしょうか。それがどれだけできるかです。しかし、近代医学的な面接は、検査をして自分の判断で診断をしていくわけで、完全に医師が主導権をもっていないといけません。つまり、医師として近代医学的なアプローチをして、今度は医療面接を行うとなると、まるっきり逆転するようなことをしなくてはならないのです。これは訓練としても難しいと思います」

また、筆者は同じ対談の中で、以下のようにコ

メントした<sup>23)</sup>。

「医療において『物語を語る』ことの重要生を強調しすぎると、『患者さんに無理に語らせようとする』という危険が生じるおそれがあります。医師と患者の関係性の中で患者さんが自然に語るということが大切なのであって、そのためには時期が熟すまで待つ必要があることも多いのです。『未だ言葉として語られない物語』、あるいは『語られるための時期がまだ熟していない物語』を大切なものとして尊重するという姿勢は、NBMにおける基本的態度の一つであると思います」

上記のようなNBMについての言説は、藤田の危惧する「物語を聴くことを良しとする実践は、物語れない者を想定外にしかねない」という問題に対して、NBMは最初から自覚的な姿勢を保っていることを示している。しかしながら、現役の医学生である藤田がこのような危惧を強く抱かざるを得ない状況が近年本邦において現実となっているとすれば、この問題は改めて真剣に議論されなければならないだろう。

## 6. 一貫性のある物語を共同構成することの問題点

藤田は「NBMの目的は患者の病いの物語りを創り出すことであるとされる。しかし、創り出された物語りが必ずよいものであるといえるだろうか。筋が通っていて、審美的に人の心に訴え、患者にとって有用であると医療者が考える物語りが、よい物語りとして賛同されている。しかし、これらが患者にとってよい物語りの指標になりえているだろうか」と疑問を投げかけている。これに対応するように、Greenhalghは以下のように述べている<sup>24)</sup>。

「私達は誰でも、まさに芸術作品を見るのと同じように、臨床実践において良質な物語を見抜く目を持っている。たいしたことのない病気をメロドラマ風に語る患者は、そうでない患者

に比べて、聴き手の同情を引くことは少ない…略…私は今のところ、それが本当だという証拠を持っていないので、以下の主張をあくまでも研究仮説として述べたい。純粋に感動的であったり、ユーモアに富んでいたり、風刺を含んでいたり、あるいはその他どのようなものでも、魅力的な物語を語る患者は、医師や看護師の責任をもって関わり、援助したいという気持ちを増幅させる」

Greenhalghは、病いの物語の「価値」を吟味するための一連の評価基準を、慎重に提案している。しかし彼女自身、このような考え方に対しては、ナラティブに興味をもつ学者や実践者の間でも批判的な議論があることを自覚していると率直に述べている（私信）。物語の価値とは、それを語る者にとっても、受け取るものにとっても、極めて個別的なものであり、それを一律に評価することなどできないし、そもそもすべきではないとする主張にも一定の説得力がある。

しかし一方で我々は、例えばフィギュアスケートのような、高度な運動能力と技術に加えて人々に美の感覚や芸術的感動をもたらす競技においても、厳密な採点基準を設けて評価しようとする（それに反対する人もいるだろうが）。そもそも評価基準がなければ、より高いレベルの技術や芸術性をめざすための訓練の方向性を定めることさえできないだろう。単に評論家的な態度を保つだけでは、医療行為は遂行できない。医療とは、たとえ暫定的で不完全なものであっても、何らかの基準に基づく判断や選択にコミットする行為を必要とする実践だからである。「〇〇はかならずよいものだと言えるだろうか？」という質問に対する正解はどんな場合でも「いいえ」である。これは扱っている命題がなんであって自動的になりたつ。しかし、現実の実践においてなんらかの選択を決断しようとする時、このような形式論理的な文章記述からは何も得るものはない。

さらに言えば、物語の審美性や一貫性は、「医療者が（頭で）決めるもの」ではない。それは物

語自身をもつ「感情に働きかける」性質であり、それを受け取る者の個別性は当然としても、現場において（それを受け取る個人に）有無を言わせぬ力を発揮するものである。物語能力を自らの実践に活かすことのできる医療者とは「患者の物語に突き動かされて患者のために行動する」ことができるような医療者なのである。

藤田は「医療者が患者の物語りを聴こうとするときも、自然と隠されるものがあり、医療者にとって煩雑だと思える患者の人間臭い語りを消臭していることもありえる。患者中心の医療の実践と思われるNBMによって、医療者は巧妙に患者の否定的な気持ちを隠しているかもしれない」と述べ、「患者の物語りに固執せず、断片的で矛盾しているような言葉を、医療者が筋を追わず、理由も求めずに聴く関係が医療の場にあってもよいのではないか」と論じている。

物語が語られる時、ある部分を捨象したり、あえて語らなかったり、あるいはそもそも語ることさえできなかったりすることによって、逆説的に物語の一貫性が保たれるということは、物語の重要な特質の一つである。さらに、それらの語られない部分にこそ、むしろ患者の病いの重要な部分があるという点については、まさにその通りであると思う。しかしここでも、NBMはそのことを十分に自覚している。筆者は、過敏性腸症候群の男子生徒との治療過程を報告し、以下のように考察した<sup>24)</sup>。

「心身症の患者は、病いの物語りを『言語的な語り』を通じて明快に語ってくれることはむしろ少ない。S君の事例でも示されたとおり、『生物医学的な物語り』にも『悩みとしての個人的な人生の物語り』にも、心身症患者の物語りを当てはめることは難しい。もし治療者側のもつ柔軟性を欠く物語りに、患者を強引に当てはめようとすれば、治療関係を構築することはたいへん難しくなる。多くの心身症患者の物語りは、さまざまな時相に、断片的にその姿をいまみせるに過ぎない。このような『物語り』

は、非合理的で、矛盾に満ち、注意深い関心をそっと向け続けることなしには聴き取ることのできない繊細なものである。多くの場合、患者の表明する身体症状や、多彩な苦しみ、そして患者自身が生き抜く人生そのものこそが、患者が生きているところの物語りである。しかし、それらの中に（一貫性のある）物語りを読みとることは決して容易なことではない」

このような観点は、藤田自身も言及しているFrankの「混沌の語り (chaos narrative)」をどう扱うかという論点と重なってくるように思われる。Greenhalghは以下のように述べている<sup>24)</sup>。

「医師やセラピストが病いの物語においてあまりにも多く耳にするのは、『混沌の物語』、すなわち『気が滅入る』物語である。それはすべてにおいて一貫性を欠き、満足の得られない物語である。そこでは、いかなる筋書きも見分けることができないばかりか、どの登場人物が、どういう目的で何をしているかもわからない。しかしながら、混沌の物語は、一貫性を欠くというまさにそのことによって、私達に重要な何かを伝えている」(訳書p12)

「慢性疾患患者の病いの物語が、Frankが混沌の物語と呼んだような展開をする場合、『ただ聴くこと (just listening)』が、医師と患者の双方に、新しい物語の共同構成のチャンスを提供する。新しい物語は患者にとって何らかの意味を持ち、たとえそれがよりよいものであろうと悪いものであろうと、物語自身が進むべき方向へと展開するだろう。患者に『数週間後にまたおいでください。そのときまた、その後どうなったか教えて下さい』と伝えるかかりつけ医や、『私が次に訪問する時に、またお話ししましょう』と告げる癌専門看護師は、医療における出会い (encounter) の最も重要な目的は診断でも処方でもないということを知っている。それは物語に何かをつけ加えることである。そ

れは、まさにそれだけのことであるが、何よりも重要なのである」(訳書p25)

このように、藤田がNBMの抱える問題として提起したことがらのほとんどは、NBM自身が最も重要視している問題でもある。これらの問題への言及がNBMの提唱者や筆者自身によって繰り返し行われているにも関わらず、今なお「再度議論されるべきもの」として繰り返して提起されるという事実は、藤田が指摘する問題が簡単には解決できない、医療における最重要問題であり、ナラティブ・アプローチを医療において実践しようとする者の全てが、常に自省し議論を続けなければいけない問題であることを照らし出しているように思われる。

## 文献

- 1) Charon R: Ethicality of Narrative Medicine. Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V, eds: Narrative Research in Health and Illness. BMJ Books, London 2005. p23-36. (リタ・シャロン: ナラティブ・メディスンの倫理性. 斎藤清二他監訳: ナラティブ・ベイスト・メディスンの臨床研究. 金剛出版, 東京 2009. p11-27)
- 2) Greenhalgh T, Hurwitz B. (Eds.): Narrative Based Medicine-Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books. London, 1998 (斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳: 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: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店, 東京, 2008.)
- 4) 斎藤清二: ナラティブ医療学講座—物語と科学の統合を目指して. 北大路書房, 京都, 2011.
- 5) 斎藤清二: 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ. 遠見書房, 東京. 2013.
- 6) Charon R: Narrative Medicine-Honoring the



- Stories of Illness. Oxford University Press, New York, 2006. (斎藤清二, 岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利訳: ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える—。医学書院, 東京, 2011)
- 7) 斎藤清二: 医療プロフェッショナルリズム—シヨナリズム教育における物語能力の訓練。心身医学21: 1014-1021, 2012.
  - 8) 斎藤清二: Narrative Based Medicineは新しいパラダイム足りうるか?。N: ナラティブとケア1: 4-10, 2010.
  - 9) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座。三輪書店, 東京, 2008. P108)
  - 10) Kalitzkus V, Matthiessen PF: Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. Perm J. Winter 13(1): 80-86, 2009.
  - 11) Taylor RB: Medical wisdom and doctoring—the art of 21<sup>st</sup> century practice. Springer, New York, 2010, p53-54.
  - 12) 斎藤清二: Narrative-based medicineと臨床知。精神神経学雑誌 108. 2006.
  - 13) 東京都医師会医療開発委員会: 医療と言語—患者との良いコミュニケーションの構築を目指して, 2012. <http://www.tokyo.med.or.jp/about/enterprise/pdf/H23qa.pdf>
  - 14) 藤田真弥: ナラティブ・ベイスト・メディスン再考。生命倫理 22: 60-66, 2012.
  - 15) 斎藤清二: はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方。医学書院, 東京, 2000.
  - 16) 斎藤清二: 臨床におけるインタビュー。学園の臨床研究 8: 1-10, 2009.
  - 17) 斎藤清二: 医療におけるナラティブの展望—その理論と実践の関係—。江口重幸・斎藤清二・野村直樹編: ナラティブと医療。金剛出版, 東京, 2006. p245-265.
  - 18) 斎藤清二: 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ。遠見書房, 東京. 2013. p97-110.
  - 19) Kleinman A: The illness narratives; suffering, healing and the human condition, Basic Books Inc. New York, 1988, (江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳: 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学。誠信書房, 東京, 1996.
  - 20) Charon R: Narrative Medicine-Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press, New York, 2006. (斎藤清二, 岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利訳: ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える—。医学書院, 東京, 2011, p12)
  - 21) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座。三輪書店, 東京, 2008, p24)
  - 22) Greenhalgh T, Collard A: Narrative Based Health Care: Sharing Stories -A Multiprofessional Workbook. BMJ Books, London, 2002 (斎藤清二訳: 保健専門職のためのNBMワークブック—臨床における物語共有学習のために—。金剛出版, 東京, 2004, p20)
  - 23) 河合隼雄, 斎藤清二 (2000): Narrative Based Medicine—医療における物語と対話 (対談)。週刊医学界新聞 (2000年10月23日号) p1-3.
  - 24) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座。三輪書店, 東京, 2008, p11-12)
  - 25) 斎藤清二: 語られざる物語を聴き取る—心身症治療とナラティブ。斎藤清二・岸本寛史著: ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践。金剛出版, 東京, 2003. P202.
  - 26) Greenhalgh T: What seems to be the trouble? -stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2006. (斎藤清二訳: グリーンハル教授の物語医療学講座。三輪書店, 東京, 2008, p12)
  - 27) 前掲書, p25.