

医療における「語り」と物語能力

— 『神様のカルテ』を題材に—



(富山大学保健管理センター)

齋藤 清二

1. 医療現場の語り＝ナラティブ

医療は「語り」に満ちています。血液生化学検査の数値や、MR や CT などの画像診断などの、「客観性のある情報」の重要性は疑うべくもありませんが、それとても医療者と患者、医療者と患者家族、あるいは医療者と医療者との間での「語り/聴く、書く/読む、という相互交流」の中に適切に埋め込まれることによって初めて意味を持ちます。

「発熱は 40℃。朝 3 時までには熱だけだったが、3 時半に看護師がラウンドした時点で、腹痛が出現し、血圧は 90 台まで低下していた。点滴を開始したが、4 時には意識レベルが悪くなり、今はよびかけに対するレスポンスも弱い」¹⁾

上記は、夏川草介著『神様のカルテ』(2009 小学館)¹⁾ 第一話「満天の星」からの引用です(文庫版 p60)。24 時間、365 日、あらゆる患者を受け入れるというミッションを謳う本庄病院という架空の地域基幹病院を舞台にしたこの小説は、ジャンルとしては完全なフィクションですが、著者の夏川草介氏(ペンネーム)が現役の消化器内科医ということもあって、医療場面の描写には圧倒的な臨場感があります。主人公の卒後 5 年目の消化器内科医、栗原一止(くりはら・いちと)は、日曜日の早朝、同僚の外科医砂山次郎から、ある患者についての緊急の電話依頼を受け、病院に呼び出されます。上記の引用は、もうろうとした頭で外科病棟に駆け付けた一止へ、手短かに状況を伝えるための次郎の「語り」です。以下、次郎と一止の会話の展開をさらに引用してみます(一部筆者により編集してあります)。

次郎：「もともと胆石があって、明日胆のう摘出術を予定していた患者だが・・・大丈夫か、一止？」

一止：「余計な心配をするな、次郎。それより患者だ」

次郎：「肝機能は悪化、黄疸が出て炎症反応も上がっている」(p61)

ここで次郎は電子カルテの端末を開き、一止は採血結果を確認します。総ビリルビン 4、GOT 280、GPT 225、γGTP 522、白血球 18000。「一見して危険な数値が並んでいる。二日前までは全て正常値を示していた・・・」と一止は考えます。

一止：「陥頓(かんとん)か・・・」

次郎：「経過からは胆石が総胆管に落ちて陥頓、急性胆管炎、というエピソードを疑うが CT では石がはっきりしない」

一止：「いや、石だろう・・・(略)・・・単純CTの乳頭付近の写真だ。微小結石の陥頓でまちがいない。血小板の低下も認める。急性胆管炎から AOSC を発症しているのだろう・・・(略)・・・緊急内視鏡の適応だな」(p62-63)

ここまでの簡潔な会話においてすでに、この「消化器内科を専門にしている者にとって・・・患者を死なせることになっては、恥辱以外のなにものでもない」(p63)とされる疾患をめぐる典型的なストーリーが見事に描写されています。一止も次郎も、「AOSC、すなわち急性閉塞性化膿性胆管炎は、肝胆道系疾患の中では、数時間の急性経過で死に至る可能性のある非常に重篤な病態だ。とにかく詰まった結石を除去して感染胆汁をながしてやらなければ助からない」(p62-63)という、教科書的な知識は十分に理解しています。しかし医療現場とは、正しい医学知識がありさえすればそれだけで患者が救えるといった単純なところではありません。

深夜に突然発症し、数時間でショック状態に陥った患者に対してとりあえず何をすべきか、さらに緊急内視鏡を施行できる医師が当直明けの勤務を終えて帰宅したばかりであることや、翌日が日曜日で病院全体の体制が手薄であることなどの、教科書的な知識とは別次元の個別の状況を全て勘案しつつ、患者の救命を最優先しながら現実的な医療判断を行い、医療者同士が適切に情報を交換しつつ必要な医療行為を実行していく、それこそが臨床です。このような臨床実践そのものが展開する過程を、最も効率よく描写するとともに媒介するツールこそが「語り＝ナラティブ」です。『神様のカルテ』の作者夏川氏は、それを「フィクション」というジャンルを用いて見事に例証しています。

2. 医療実践における物語の働き

Narrative Based Medicine (NBM：物語と対話に基づく医療)の提唱者である英国の医師 Trisha Greenhalgh²⁾は、医療における物語を「特定の現実的あるいは想像上の文脈 (context) に置かれ、ある困りごと (trouble) に直面している登場人物 (characters) による、何らかの目的を持った行動についての、時間配列 (chronology) をもった語りまたは記述」と定義しています (訳書 p17)。

前節で引用した、一止と次郎の短い会話は、この医療における物語の特徴を見事なまでに例示しています。本庄病院という架空の設定であるとはいえ、十分な「物語的現実性」をもった舞台 (context) において、一止と次郎という二人の医師を重要な登場人物 (characters) とする物語は展開します。彼らは「胆石症の患者が夜半に急変し、早急に対応しなければ最悪の事態になるかもしれない」という困りごと (trouble) に直面しています。そして事態は時間配列 (chronology) に沿って展開します。「朝 3 時までには熱だけだったが、3 時半には腹痛と血圧低下が出現し、4 時には意識レベルが低下し・・・」と、患者に刻々と起こる重要な変化は時間のシークエンスに沿って並べられます。

さらに彼らの会話自体が、熟練した医療者が「語りというツール」を用いて、どのように医療実践を行っているかという例示にもなっています。次郎は簡潔な物語構造をもった語りによって一止に効率よく状況を伝え、その間一止は語り手である次郎の忠実な聴き手の役割をとりま。徹夜明けの一止の体調を心配した「大丈夫か？一止」という次郎の配慮に対して、一止は「・・・それより患者だ」と二人の共通の話題である「患者の病状についての語り」を促進します。そして、互いが暫定的なプロット (AOSC の疑いという筋書き) を共有できた (暗黙のうちに) 感じ取った時点で、二人は電子カルテを開き、最新のデータとその継時的な流れを確認し、さらに CT 画像を確認することによって、「AOSC→緊急内視鏡 (ERCP) の適応」という見立てを言語化し共有します。言うまでもないことですが、血液生化学のデータも、CT の画像所見も、それまでの二人の対話の流れの中で共有されている AOSC というプロットと無関係に解釈されているわけではありません。そうでなければ短時間の間に、診断、評価、治療計画、

治療の実行、さらには、複数の関係者の協働チームの編成といった一連の医療行為を適切に行うことなど不可能でしょう。

Greenhalgh²⁾によれば、医療における良い物語 (good stories) は、審美性、一貫性、信憑性といった物語それ自体の価値を持っているだけではなく、臨床行為の遂行に直接役にたつ、説明的価値 (explanatory value)、診断・治療的価値 (diagnostic and therapeutic value) を持っています。そして何よりも複数の医療者を巻き込み、その物語を共有しつつ協働する集団を作り出すために必要な説得力 (persuasiveness) を持つ良質な物語が、医療には欠かせないのです(p11-16)。

3.有能な医師に何が欠けているのか？

『神様のカルテ』の主人公、栗原一止は非常に高い臨床能力を持っています。前節でのエピソードはそれを如実に示していますし、作品の中でも酔った次郎は、一止に直接こう語っています。

「お前は優秀な医者だ。たかが5年で山ほど経験を積んできている。腕はいいし、患者受けもいい。なによりもフットワークが軽い。何かあればいつでも駆けつけるってのは、口で言うほど簡単なことじゃないからな。今日の ERCP だって驚いた。5年目であれだけの確に側視鏡を使いこなせるなんて、尋常なことじゃない」(p78)

しかし、事はそう簡単ではありません。AOSC の患者を見事に救命してからほどなく、一止が主治医として担当していた、末期膵臓癌の患者が亡くなります。

300号室の膵臓癌の田川さんが亡くなったのは、それから7日後のことだった。疼痛、吐き気と嘔吐、不眠が日ごとに悪くなり、急速に体力を奪われていった結果であった。私(一止)も最後の3日間は泊まり込みで、薬剤の調整にあたった。モルヒネの増量、吐き気止めの座薬、サンドスタチン併用、危険を承知で眠剤も使用した。しかし疼痛のコントロールは困難で、亡くなる10時間前まで腹痛にうめいていた。(p81)

・・多くの家族が駆け付け、誰もがようやく戦いを終えた老人の姿に涙する中で、一人の孫らしき少年がじっと私を見つめていた。毅然とした、射抜くような瞳で。「お前は何もしてくれなかったじゃないか」そんな少年の声が聞こえた気がしたのは、私が疲れているからだろう。(p83)

・・そいつは、時々忘れたところに私のもとにやってきては、私の自信に鈍(なた)を打ち込み、足元を震わせ、感傷というなんの建設性もない物思いに私を引きずり込む。私は改めて実感する。悲しむのは苦手だ、と。(p83)

・・何より私はできることは全てやったのだ。恥じ入る必要も自分を責める必要もない。だが・・。水無さん(注：登場人物の一人、若い看護師)や少年にとっては、あれが偽らざる感情なのであろう。助けてくれるはずの医者が、何もしてくれない。偉そうな顔で歩き回っているくせに、痛み一つ取り除いてはくれない・・。無為、無策、無能、無力、無駄、無用・・。私の頭の中を形にならないもやもやした思いが音をたてて渦巻いている。渦の中心には「無」という文字がこれみよがしに、大きく強調されてぐるぐる回っている。(p84)

卒業五年目としては、これ以上はないというくらいの高い臨床能力を身に着けた医師である栗原一止は、ここで、医師として越えなければならない大きな壁にぶつかっています。彼が「医師として、誠実に、全力を尽くしている」にもかかわらず、いやそうであるがゆえに正面から向かい合わなければならない、この「圧倒的な無力感」とはいったいなんなのでしょう。もちろん、読者である私たちにも、この一見解決不能に見える問題は、まるで牙をむくかのように襲い掛かってきます。これを「単なる感傷」と切り捨てることは、この作品に惹きつけられている多くの読者にはとてもできないに違いありません。

ここまで、『神様のカルテ』の第一話を引用しながら論を進めてきました。主人公の一止は、この後、様々な体験や多くの人々との交流を経て、この大きな問題に対する一つの解答に開かれていきます。作品における物語の展開の詳細については原作をお読みいただくとして、ここで、医療者に必須の臨床能力として最近注目されつつある、米国の Rita Charon によって提唱されている「物語能力：narrative competence」について、解説しておきたいと思います。

4. 医療における物語能力

ナラティブ・メディシン (Narrative Medicine：物語医療学) は、Charon³⁾ によって提唱された、医療/医学における新しいムーブメントであり、1990年代後半から世界的に生じて来た、医療におけるナラティブ・アプローチの一つとして位置付けられます。主として英国において提唱された NBM が、ポストモダン思想である社会構成主義をその理論基盤として、Evidence-based Medicine (EBM) との対比および補完として理解されてきたのに対して^{4, 5)}、ナラティブ・メディシンはむしろ医学における人文主義 (medical humanity, literature and medicine) をその源流としています。Charon によるナラティブ・メディシンのプロジェクトは、コロンビア大学において 2000年にスタートした医学生、研修医、看護師やソーシャルワーカーなどの医療者を対象とした教育と訓練のプログラムでした。Charon は 2006年に「*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*」と題するモノグラフを出版し³⁾、この書籍にはナラティブ・メディシンの全体像が余すところなく示されています。

Charon は同書において、ナラティブ・メディシンを「物語能力 (narrative competence) を通じて実践される医療」と簡潔に定義しています。物語能力の最も直接的な定義は「病いの物語 (stories of illness) を認識 (recognize) し、吸収 (absorb) し、解釈 (interpret) し、それに心動かされて行動 (be moved by) するための能力 (competence) 」です。

物語能力は、以下の四つの要素としてまとめることができます。「物語能力を備えた医師」とは、臨床実践の中でそれが必要とされる状況において以下のような「物語的行為 (narrative act)」を実行することができる医師であると考えられます⁶⁾。

- 1) 患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重する。
- 2) 患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共感する。
- 3) 医療における多様な視点からの複雑な物語群を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出す。
- 4) 患者と物語を共有し、患者のために行動する。

5. 物語能力という視点からみた『神様のカルテ』

再度、『神様のカルテ』の第一話に戻ってみたいと思います。AOSCの患者をめぐるストーリーは、一止と次郎という二人の誠実で高い臨床能力をもった医師を主人公とした、見事な医療実践の物語である

ことはすでに述べました。しかしよく考えてみると、この物語には、重要な登場人物がもう一人います。それは AOSC という重篤な疾患を発症し、適切な処置により救命された患者さん、その人です。しかし上記の物語においては、患者の視点からの物語は全く描かれていません。それどころかその患者は、物語の中で名前すら与えられておらず、つまり登場人物としてさえ扱われていないのです。あくまでもここでの患者は、診断と治療の対象 (object) であり、主体 (subject) としては全く扱われていません。しかしそれにも拘わらず、というか、むしろそうであるがゆえに、(匿名の) AOSC の患者の診断・治療に関する医療の物語としては完璧な整合性をもっています。

ところが、それに続く末期膵臓癌の田川さんの物語では、患者に名前が与えられ、痛みと苦しみという、本質的に主観的 (subjective) な問題 (trouble) が物語の主題になっています。それにもかかわらず、この田川さんの物語においても、主人公たる田川さんの視点からの語りはほとんど記述されていません。この時点では、主人公の一止は、耐えがたい痛みに苛まれている田川さんという患者の視点からの体験を「病いの物語」として理解しようとする努力をしておらず、患者の苦境を患者の視点から想像することを拒絶しているようにさえ見えます。おそらくそうさせているのは、「私は悲しむのが苦手だ」と一止自身が告白しているように、自身の感情に触れることへの恐れであり、もう一つは「医師は患者の生命を延ばすことのみを第一に考えなければならない」という、長きにわたって多くの医師が刷り込まれてきた支配的な物語 (dominant stories) であると思われる。

しかし、そもそも一止が感じ、表現している葛藤や無力感は、すでに一止が、生き生きとした感情の世界や患者との交流に開かれ始めていることの何よりの証拠です。実際『神様のカルテ』の第 2 話、第 3 話では、一止自身が、患者の語る豊穡な物語に触れ、それを吸収し、理解し、それらの物語に動かされて患者のために行動するという物語的行為に対して開かれていくさまが、多彩なエピソードと重なり合いながら丁寧に描かれていきます。

『神様のカルテ』は、医療における物語の展開を描き出すだけでなく、物語の主人公に共感し物語的現実を共に体験する読者を、そしておそらくは作者自身をも、変容させていく優れた媒介となる文学作品であるように思われます。

【参考文献】

- 1) 夏川草介：神様のカルテ。小学館，2009（文庫版 2011）。
- 2) Greenhalgh T: What Seems to be the Trouble – Stories in Illness and Healthcare. Radcliffe Publishing, 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。)
- 3) 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，2011)
- 4) 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，2001。)
- 5) 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，2003。
- 6) 斎藤清二：医療プロフェッショナルリズム教育における物語能力の訓練。心身医学 52:1014-1021, 2012。