みんぱくリポジトリ
国立民族学博物館学術情報リポジトリ National Museum of Ethnolo

サテライト・シンポジウムin札幌：ナラティブ・ベイスド・メディスンとプライマリ・ケア・メディスン

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-03-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山本, 和利 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.15021/00001128

サテライトシンポジウムと研究会の報告

波平恵美子編『健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用学的研究』
国立民族学博物館調査報告　85:205-208(2009)

サテライト・シンポジウム in 札幌

ナラティブ・ベイスド・メディスンとプライマリ・ケア・メディスン

山本和利　(代筆 道信良子)*

本稿は，2005年５月20日に札幌医科大学札幌医科大学で行われた国立民族学博物館共同研究第一回サテライト研究会の概要である。講演は札幌医科大学医学部地域医療総合医学講座山本和利教授，コメントは本共同研究会のメンバーである山口大学医学部医療環境学講座の星野晋によって行われた。

*本稿は，山本和利先生の承諾を得て，道信良子(札幌医科大学医療人育成センター)が代筆し，最終原稿の確認も頂いた。

Ⅰ　講演の概要

1　過疎地における地域医療

医師６年目に赴任した病院で，私は教科書に書かれていないことを患者から教わった。その病院は，北から天竜川が流れる山間の町に位置していた。その川は町の途中から一方は浜松へ，もう一方は豊橋へと分かれていた。赴任した病院は三つの村のやや南に位置し，豊橋へ向かう川沿いにあった。医療施設としてこのほかに，町が有床診療所と無床診療所を抱え，耳鼻科の開業医が一人いた。赴任後，病院で待っていても患者は集まらなかった。医師が少ないため当直体制が取れず，宅直制であった。夜間に電話で呼ばれると病院に出向き，昼間は竹竿に往診鞄を吊るして往診した。このような状況の中で，過疎地における在宅治療の課題や患者の命をつなぐ往診とは何かについて考えた。

患者には次のような人々がいた。脳梗塞・半身不全麻痺の60歳女性。心不全で往診対応した85歳男性。二年前から寝たきりとなり定期往診されていた83歳女性。脳梗塞後遺症の65歳男性。慢性膵炎で入院した40歳男性。山頂の家の灯りから患者の顔が浮かぶようになるほどの深いかかわりを持った。

2　医学教育における視点の変化

医学教育では今，次のような視点の変化が起きている。個人から地域へ，疾病の治癒から健康の維持へ，エピソードごとの医療から継続的で包括的な医療へ，医療のパターナリズムから交渉による意思決定へ，入院医療から地域外来医療へ，中央化システムから地域立脚型プライマリ・ケアへの医療の視点の変化である。同様に，医学教育においても，包括的知識から学び方の学習へ，受動的学習から能動的学習へ，背景なしの情報伝達から症例基盤型問題解決へ，統一性のない講義群から基礎と臨床の統合講義へ，教師中心の教育から学習者中心の教育へ，キャリアの最初だけの教育から再審査・継続的

学習へという教育方法の変化である。

これまで，生物医学モデルに則り科学性だけを重視する医学教育が 6 年間行われてきた。それは，医師中心，専門医優位，記憶重視，疾病中心，技術優先，生物学的プロセス，類似の症例中心，科学者・技術者としての医師，父権的温情主義といった要素を含む教育である。科学と哲学の統合的なアプローチからの新しい医学教育（専門医・総合医協調モデル）は，患者中心，専門医と総合医の協調，解決重視，病いの尊重，資源活用，物語の重視，多彩な患者，広い枠組み，対等な人間関係といった要素を含む教育である。

3 現代医学の世界観と医療政策の課題

現代医学の世界観は，人間はいかに複雑に見えようとも結局は一つの精密な機械であるという機械的世界観と，現象を個々の要素に還元して理解する要素還元主義である。データの解釈も既知の機序や相関関係に交絡因子との関係や偶然，バイアスなども加味して理路整然と行われる。一方，政策として取り上げたい問題は，焦点の定まらない疑問であり，本質的に多分野にまたがる領域である。The Stacey diagram によれば，アルコール・薬物依存や 1 型糖尿病は，専門家間の意見の一致度が低く，結果に対する確信度も低い「カオス」の領域に位置する。このような領域に位置する問題は，その疑問に言及した単独のエビデンスがなく，いい加減な研究が多い。

4 Narrative-based medicine

現在日本においてすすめられている「患者中心の医療」は，エビデンスを基盤とする科学としての医療の流れとナラティブを中心とする哲学としての医療の流れの影響を受けている。科学対哲学，科学対文学といった伝統的な二項対立の図式は無効化し，その間の境界線は連続的なものとなる。この二つの医療の潮流を受けて成立する患者中心の医療には，直観・暗黙知が求められる。

野家哲一の「物語の科学」によれば，科学的説明は二つの出来事を最短距離の直線で結び付ける。円錐曲線は客観性・普遍性を目指し非人称的である。事物の存在を認識し確認する立場からリアリティに接近する。ナラティブの説明はこれとは異なり，二つの出来事を多用な曲線で結び合わせる。その曲線は関係性や社会的文脈の中で構成され人称的である。行為の働きそのものに関心があるという意味でアクチュアリティを重要視する。

ナラティブの 6 要素は conversations, curiosity, circularity, contexts, co-creation, caution である。ナラティブでは，会話のプロセスそのものが治療となり，問題の解決から解消へと向かう。医師は質問者となり，新たな物語の提案者となる。その会話において，医者は患者に焦点を合わせ，興味深くのめり込む。物語が次々に先へ進むような

会話であり，情緒的に患者の感情に接近する。聴く側の意思を挟まず，無知の姿勢をとる。変化の源は患者自身であることを伝える。会話は終わりのない複雑な循環をしている。原因と結果が対応しない非線形の循環である。それは多声的で繊細，複雑，興味深い物語を創生する。

患者も医療者も多彩な背景を持っており，患者と医療者は互いにその背景の中で影響を及ぼし合う。患者と医療者は新たな物語を共同で作り上げる。そして医療者には，患者の物語に巻き込まれる参加者と，患者の物語にとらわれない新たな物語の進行の観察者であるという二つの役割がある。よい物語を作るためにはこの二つの役割のバランスが重要である。最後に，医療者は自らがおかれた環境の限界を知ることである。時間と資源には限界がある。患者は特殊なことを望んでおらず，患者背景のすべてを話すことを希望していない。ステレオタイプで患者を見るのではなく，自分なりの方法を模索することである。

患者のナラティブとは次のようなものである。夫が急死したと知らされたとたん，息ができなくなり入院となった女性。喘息と診断される。彼女は息を吸うと苦しくなる。喘息では息を吐く時に苦しいはずである。結局，点滴・吸入療法を受け，緩解すると退院し，増悪すると入院することを繰り返す。体がだるく死にたくなるほど全身が痛み，仏前で手を合わせる。また，ペースメーカーを四度入れ替えた女性のナラティブには，専門性の高い病院で挿入してもらえばよかったという後悔の念が強く現れていた。今の主治医の話ではペースメーカーはうまく作動している。しかしこの女性は，耳鳴りを治すためにペースメーカーを入れ替えたいという希望を持つ。A. Frank が述べるように，病んだ身体は沈黙しているのではなく，痛みや症状となり雄弁に語っている。それが言葉にならないだけである。

5　21世紀の医療と医療人類学

21世紀の医療は，エビデンスに基づく医療，ナラティブに基づく医療，暗黙知から成り立つ。医療人類学に課せられた期待と課題を一言で表すと「斜めの光」である。縦通過と横通過の二枚のフィルターによって自然の光は完全に遮断される。しかし，新たに斜めのフィルターを挿入するとどうなるだろうか。エビデンスからナラティブへと転換するのではないか。この斜めの光としての学問が医療人類学である。

Ⅱ　コメントの概要

1「病いの語り」

語りのメッセージの意味を決定するのはコンテクスト（文脈）である。同じテーマについての語りであっても，生物学的理解，経済状態との関連，人間関係，人生など，そ

の語りが位置づくコンテクストによってメッセージの意味は異なる。また，同じ文章を用いた語り・メッセージであっても，誰とどのような状況におけるやり取りで使われるかによって，意味は異なる。語りの単位は個人ではない。語りは誰かとの関係において，誰かとの関係性を想定して組み立てられ，発せられる社会的なプロセスである。

お話＝物語とは，関連 relevance という名で呼ばれている種に属する結びつきが複数個つながってできたものである（G. ベイトソン）。様々な物事や出来事が一定のコンテクストの上で関連付けられ，意味の連鎖を作り出していくプロセスおよびその産物である。コンテクストは無限にあり，刻一刻変化する。

2 保健・医療現場における「病いの語り」

臨床における病の語りは医療専門職とクライアントの共同作業であり，医療専門職も物語形成の一部をなす。この場合医療者は二人称である。医療のタイプによって生活の現場との距離が異なる。専門家のリアリティと生活者のリアリティが出会う，交渉と翻訳のプロセスである。プライマリ・ケアは社会的にはシャーマン的なケアを求められる位置にある。

医療者も物語る。病いや医療をめぐる様々な専門知識・技術・対応方法を専門家間や臨床の文脈において，関連付けていくプロセスおよびその産物が，医療者の「病いの語り」である。西洋医学のアプローチには，身体と精神及び普遍と個別という視点がある一方で，コンテクストに対する視点の不在がある。「患者」とは医療者の独特な概念である。医療者は臨床モードを用いて対象を患者として捉え，普遍・標準・匿名化した後に，個別性を見出そうとする。患者という概念は生活者の領域で用いられることはほとんどない。

3 生活者中心のヘルス・ケア

生活者にとって病いは suffering を中心に展開する。Suffering とは，人がつらい，苦しいと感じている主観的状態やプロセスである。それは life の危機の知らせでもある。病いは suffering を軸に，life との関連で意味づけられ定義され，生活の言語で捉えられる。

患者はすべてを語らない，語れない。病いの意味づけや物語の形成は常に現在進行形であり，不断に変化する。常識は言語化されないし，病いは常識をぐらつかせる。物語形成も治療行為の選択も社会的に行われる。病いの語りの主体は個人ではなく社会的ネットワーク，コミュニティである。生活者中心の医療では，生活者のリアリティを捉える方法（エスノグラフィックな方法）を用いた人間理解，社会的文脈で病いの語りを捉えること，医療者も語りを生むシステムの一部であることを認識することなどが必要である。