

てくださいという決断を自分の父の命についてしたわけです。「こういう場合には、こうすべき」というルールに従ったわけではなく、母の言葉を使えば、「彼の生き方」というもの、母が父について語った「彼の生き方はこうだったんだから、彼はこういうふうに望むに違いない」という、そういうある種のストーリーというか、ナラティブだと思うんです。ナラティブの正しさみたいなものを、僕は信じることにしたという気がします。

そういうナラティブが持っている説得力が、おそらく物語的真実、「Narrative truth」です。それを大事にしたということが、そのときの僕の判断だった。こういうふうにして、物語の力で物事を判断するということを、先ほど江口先生は、「物語的推論」という言葉を紹介されましたが、それと似たような意味で「物語的判断」と言いたいと思います。

理屈っぽく定義すると、こうなります。

「物語的判断」:これまでの出来事のつながりの中に、おのずから生じる「必然の感覚」を頼りにするような判断の形。

「こうだったんだから、こうだよ」という、その感覚ですね。

僕が父の終末期に関して行った判断はこうでしたが、その判断が正しかったかどうかは分かりません。今、考えてもよく分かりません。ただ、そういうふうを選べたということはすごく大事です。

同時に、そうではないやり方もあったなと思いつつも、選べた。ある局面を乗り越えていくというのは、そういうことだと僕は思います。

そのように物語に従って判断するということは、普遍的な正しさを主張しない。たまたまこのときはこう選べただけがあって、ほかの人も、ほかの場面でも、同じように判断すべきだとは主張しない。そういうタイプの判断の仕方です。

つまり、物語的判断の特徴は、そこでの選択が、普遍妥当的なものであると主張しないこと。他者

も同じように判断すべきであると主張しないことなのです。

フランクは、こう書いています。

「物語とともに思考するということが意味しているのは、語りの倫理が人々に意志決定のための明確なガイドラインや原理を提供しうるわけではないということである。そのかわりにもたらされるのは、物語がいくつかの方向へと導かれるということをも可能にする許容力である」(『傷ついた物語の語り手 身体・病い・倫理』220ページより)

これはつまり、「こういう状況だったら、こうすべきだ」ではなくて、「こうもあり得るし、こういうのもあり得るんですよ。人は、なおかつその中で選べるんですよ」。これが物語の中で考える、物語とともに思考することの力だと思います。

そういう語りは、ほかの人たちに何を意味するかというと、「あ、そうか。この人はこういう場面で、こういうふうを考えて、こんなふうを選んだんだな」という経験です。それは、自分も同じようにするかは分からない。自分と同じでなくてもいいわけです。でも、「こういう筋道で、この人は選べたんだな」ということが分かる。それに沿って考えていくと、今度は「じゃあ、私はこういう筋道でこういうふうを選ぶんだぞ」とつながっていく。そういう形で、違う話が次に呼び起こされていく。ひとつの話、人の話を聞くと、自分の話が呼び起こされていく。これがお話の力なんです。

人の話というのは、そういうふうに関心するよね。誰かがある話をすると、つながっているのかいないのか分からないけれど、似たような話を「私はね」と話します。

例えば、「きのう、彼氏とけんかしちゃってさ」とひとりが言うと、その話を聞いているのか、いないのか分からないけれど、「うーん、私の彼はね」と、自分の彼の話始める。ある話を聞くと、

それを聞いて、自分の話をする。こういうふうにつながっていくわけです。

病いの経験に関する語りも同じようなことがあると思います。人の話を聞くと、同じことを反復するのではなくて、「ああ、この人はこういうふうなストーリーを生きただ。私はこういうふうなストーリーを語るんだ」というふうにしてつながっていく。ひとつのストーリー、ひとつの語りが次の語りを呼び起こす。これが、物語の一番大きな力だと思っています。ひとつの語りを通じて、語る「力」を他者に伝達するのです。

●「情報」と「語り」のあいだ

その人は何なのか、誰なのか

もうひとつ、語り手が顔と声を持って現れるのはどういうことなのか、考えてみたいと思います。

DIPExの大きな特徴は、多くの方がビデオという媒体を通じて、顔を見せ、その方の声で自分の体験を語られていることです。このことの意味を、僕なりに考えてみます。

ひとつの意味は、インターネットメディアにつきまとう匿名性ゆえの信頼性のなさ、「匿名だから、どこか信用できない」という感じを補う力です。

このことに加えて、もう少し素朴に、顔と声そのものに意味があると思うんですね。

人が顔を見せ、その人の声で語っている場面においては、単にある情報を伝えるだけではなくて、自分の存在を人の前にさらしていくという側面を持ちます。その人が姿をさらしているわけです。

ハンナ・アーレントという哲学者は、その人が誰かを示すときに、ふたつの側面があると言っています。その人が何かということ (what) と、その人は誰かということ (who) です。

「何か」というのは、「私は男性です」「私は日本人です」「私は社会学者です」「私は〇〇病の患者です」というふうに、あるラベルで区分で

きたり記述できたりするようなもの。しかし、そういうラベルや属性をいっぱい並べてみても、今、目の前にいる人そのものには辿りつけない。その人に近い像には限りなく近づいていくが、その人そのものには実は辿りつけません。

今、皆さんの前で僕が立っていて、僕の属性を並べることよりも、今、目の前にいるということ素朴に知っているという現実があると思います。「あいつがいる」という、その感じですね。その「あいつ」を表現するにはどうすればいいのか、これがアレントの問題なんです。

その都度現れる、かけがえのない唯一の存在としての私を、どういうふうに人に示せるのか。それは、その人が主人公であるような真の物語、その人が現実に体験したことの語りの中にあると、アレントは言っています。アレントとカバレロの言葉を挙げておきます。

「他人と異なる唯一の『正体』(Who)は、もともとは触知できないものであるが、活動と語り(speech)を通じてそれを事後的に触知できるものにするのでできる唯一の媒体、それが真の物語(real story)なのである。その人がだれ(Who)であり、だれであったかということがわかるのは、ただその人自身が主人公である物語(story)－いいかえればその人の伝記(biography)－を知る場合だけである」(H・アレント『人間の条件』より、訳語を一部変更)

「まさに曝すことができる(exposable)ものであるがゆえに、それ [= identity] はまた語ることができる(narratable)ものでもある。実際に、われわれは、個々の人間存在のかけがえのない唯一性(unrepeatable uniqueness)について語っているのだ」(A・カバレロ『語りを結びつける』より、鈴木訳)
「その人がだれ(who)であるのかに対する言語的な応答は、常に、その人のライフ・ストーリーの語りの内にある。すなわち、その人がその時まで語りつくしてきた話の内－そこに、代替不可能なひとりの

人間のかけがえのない存在=生活があるのだ(同上)

僕はこれらの言葉に強く引きつけられます。他者の体験の語りを了解するという事は、そこに「代替不可能なひとりの人間が生きた」ということを、そのまま了解するという事なのです。

DIPExは、必ずしも個人の体験のナラティブに重きを置くものではなく、もっと広範な体験のデータベースという性格を強く持っています。しかし何分間かのビデオクリップを見ると、そこに生身の顔と声を持った人が現れてしまうし、そういうものに出会っている。僕たちはビデオクリップを通して「体験しちゃっている」と信じています。

そういうふうにして、僕たちは語る人に出会う。当たり前ですが、そこにひとりの人間がいることを受け取るわけです。このことを踏まえて、もう一度、物語の力について考えてみたいと思います。

●物語の力

なぜ人は病いを聞くのか

最後に、ふたつのことを考えてみたいと思います。

江口先生は、「病いは、なぜ語られるのか」というテーマを設定されました。僕はむしろ、「なぜ、人はそれを聞くのだろうか」ということを考えたい。僕自身、人の話を聞くことを商売にしております。あっちこっちに行き、「ちょっと話を聞かせてください」と言って、ビデオではなく録音機器を持って人の話を聞いて回っています。なぜそれをやっているのか。その都度、いろいろ研究目的はあるし、研究の意義も語らなければいけないのですが、基本的には面白くてしょうがないからなんですね。だから、病む人の語りを聞くのも、誤解を恐れずに言えば、それが面白いからやっている。ああ、面白いなあと思って聞いているわけですね。

なぜ面白いのだろうかと自分で考えますが、よく分からない。ずっと言葉にできないでいます。だけど多分、何かその人の、「誰」に当たる部分がそこに現れてくることがあり、かけがえのない経験になっていく、そういう感覚が土台にあります。

先ほど、「余命半年と告げられて、だから、足を綺麗にしようと思って治療に行かれる」という話を伺いました。ユーモアと言っては失礼かもしれませんが、思わずクスッと笑ってしまう何かを含んでいて、ああ、いい話だなと思うんです。その「あ、僕たちも生きていける」というような感覚が次に生まれてくる、そういう話なんですよ。

それは、出会う力だと僕は思っています。「余命半年と言われたら、足を綺麗にしに行け」という有益な情報というのではない。そうではなくて、そこに、何か出会った感じというのがあって、これはすごく力になるなあと思うんです。

もうひとつは、また難しい言葉になりますが、語りの倫理、Narrative ethicsという言葉が時々使われます。いろいろに使われるのですが、時には「人の話を聞きなさい」、あるいは「人の話を人に話しなさい」という要求であったり、「人の物語を尊重しなさい」という話だったりします。だけど、一番根底にあるのは、人がほかの人と一緒に生きていこうとする身構えみたいなもの。人が人の前に自分をさらす、さらされたものに出会うことが、人が一緒に生きていくことの一番土台の感覚を作っていると思うのです。

データベースが意図としているものと、多分がずれる可能性もあるのですが、実際にビデオクリップを見せていただくと、そこは人が現れ、人に会ってしまう場所になっている。ある語りを媒介にしたネットワークを、社会の中につくっていく。僕から見ると、こうしたことが、DIPExの企てが持っている一番根っこにある、一番潜在的な力ではないかと感じました。

●参考文献

- H・アレント著『人間の条件』志水速雄訳、中央公論社、1973年→ちくま学芸文庫、1994年 (Hanna Arendt, *The Human Condition*, The University of Chicago Press. 1958)
- 大熊由紀子・開原成允・服部洋一 (編) 『患者の語りを医療に生かす』医学書院、2006年
- 佐藤 (佐久間) りか・和田恵美子「『患者の語りデータベース』を活用した医療コミュニケーションの試み」、『科学技術コミュニケーション』第3号、2008年
- 鈴木智之「他者の語りー構築と応答のあいだでー」、『三田社会学』第13号、三田社会学会、2008年
- J・バトラー著『自分自身を説明することー倫理的暴力の批判』佐藤嘉幸・清水知子訳、月曜社、2008年 (Judith Butler, *Giving an Account of Oneself*, Fordham University Press. 2005)
- A・W・フランク著『傷ついた物語の語り手 身体・病い・倫理』鈴木智之訳、ゆみる出版、2002年 (Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller*, The University of Chicago Press. 1995)
- E・レヴィナス著『全体性と無限 (上・下)』熊野純彦訳、岩波文庫、2005年 (Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*, Springer 1961)
- Adriana Cavarero, *Tu che mi guardi, tu che mi racconti*, Feltrinelli. 1997 (Trans. By Paul A. Kottman, *Relating Narratives, Storytelling and Selfhood*, Routledge, 2000).
- Adriana Cavarero, *A Piu Voci, Per una filosofia dell'espressione vocale*, Feltrinelli. (Trans. by Paul A. Kottman, *For More Than One Voice*, Stanford University Press, 2003)

健康と病いの語りデータベース

ナラティブ・ベイスト・メディシンの観点から

(2009年7月25日／於・東京大学農学部セイホクギャラリー)

齋藤清二 富山大学・保健管理センター教授

今日のお話は「ナラティブ・ベイスト・メディシンの観点からみた健康と病いの語りデータベース」ということなのですが、DIPExの会の過去の記録を見せていただくと、ナラティブ・ベイスト・メディシンという言葉は最初から出てきます。DIPExは日本でも最初からナラティブ・ベイスト・メディシンを理解している先進的な団体だと思っております。

ナラティブ・ベイスト・メディシン=NBMは、医療の中で完全に確立した概念とは言えないのですが、近年ではEBM(エビデンス・ベイスト・メディシン)との対比で、少なくとも名前は知っているという医療者が増えていきます。

私は、1998年にイギリスで出版された『ナラティブ・ベイスト・メディシン』を2001年に翻訳しましたが、その中にイギリスのDIPExを紹介する文章が入っていて、そのときから注目していました。今回『ナラティブ・ベイスト・メディシンの臨床研究』を翻訳したのですが、DIPExについてのかかなり詳しい論文が載っています。これを読むと、DIPExが何を目的に、何をやっているかよく分かります。このように、ナラティブ・ベイスト・メディシンというムーブメントとDIPExは、非常に緊密にリンクしていて、実際に活動している方々も密に交流しています。

●ひとりひとりが違う

たくさんの物語

戸塚洋二先生は、世界で初めて素粒子ニュートリノに質量があることを発見した人で、『がんと闘った科学者の記録』を出版され、ブログをずっと書いていて、NHKでも取り上げられました。戸塚先生が書かれていたことで私が非常に印象に残ったのは、「DIPExのデータをちょっと見ただけですが、患者として全く同感する文言がありました。紹介します」というところで、これは英語で引用されています。

“Everybody is different, it's not like an engine where you just take a cog out and put one back in, is it? It's all very different.”
“So, I am concerned, I feel well but I don't know what's going to happen.”

戸塚先生が共感されたこの部分を自分で訳しています。

「みんながみんな違うんです。エンジンの悪くなった歯車をひとつ取り出して新しいのを付け加えるのはわけが違います。みんなすごく違うんです。私はもちろん心配です。今は気分がいいんですが、これから何が起きるのかわからないからです」

このコメントとして、

「患者のためのデータベースでは、この点を重視することが必要です。多くの違いの中から、自分の履歴と似ている患者さんの体験を多く聞いて、参考にし、“I don't know what's going to happen”の懸念に対する方策を求めたいのです」と書かれています。

戸塚先生は自分の目で自分自身を観察するという自己観察の力がものすごく強い方です。一見客観的に見えるのですが、個人として、自分自身の近未来がどうなるのかが一番の関心事で、それを冷静に考えておられます。さらに自分が死ぬ瞬間を、他者から見てではなく、自分のほうから、自分が死ぬところを通り過ぎるときにどんな体験をするのかを知りたい、それを書いて人に伝えたいと淡々と書いておられます。それは現実には不可能なことですが、これこそ、ある意味で本当の科学者の姿勢だと思えます。

外から物事を見て、冷静に客観的に分析することも必要ですが、むしろ自分の視点から観察すること科学の本質です。それは、自分自身も対象にします。徹底的に丁寧に観察して記述して分析して、それを理論と結びつけるのが科学者です。そして、その理論をもう1回、実証研究に基づいて実験するのです。

戸塚先生の本の中で、一番僕の印象に残っているのは以下のような論です。

天才の脳の中では内的整合性を持った理論は無限につくれる。僕らは凡人だから、1つか2つしかつけれないですが、無限につくれて、それでいいのかというところではない。宇宙は、この世界は、そのうちのどれを採用しているかを知りたい。だから実験をして試してみようという探索をするというのです。戸塚先生は理論系ではなくて実験系なので、理論家がつくったセオリーのどれが今の宇宙で採用されているのか、極端なことを言うと、ほかにも宇宙があってもいいのです。多元宇宙という考えが、今の物理では最先端なのだそうです。

仏教も多様な物語の世界と考えることができます。どれかひとつが正しいのではなくて、多様なたくさんの物語があって、われわれの世界はどれを採用しているのか。さらに突き詰めて言えば、自分はどの物語を採用するかという世界なのです。それを現実にもやりたいという執念を持っているのが科学者なのだ、戸塚先生の本を読んで非常に共感しました。

医学もそうなのだと思います。医学の理論は、つくろうと思えばいくらでもつくれます。例えば東洋医学の理論と西洋医学の理論は全く違っていますし、両者の間には整合性がありません。しかし、われわれはどちらも使います。

われわれにとって大事なものは、薬を使ったときにどういう結果になり、患者さんがどういう経過をたどるかを丁寧にみることで、「次はやっぱりこっちを使いましょう」とか、「こういう人には漢方のほうがいい」とか、「こういう人には漢方では苦しいので、西洋医学でいきましょう」というふう丁寧にやるのが医療者であり医者であると思っています。

●医療実践の3つの特質

不確定性・複雑性・偶有性

われわれ医療者が今まであえて避けてきた問題ですが、医療実践というのは、第一に不確定なものです。医療実践では何が起こるか完全には予測できない。特にひとりの人について、例えば今日38度の発熱があったとして、あしたの朝には下がるのか下がらないのか、40度に上がって新型インフルエンザと診断されるのか、単なる夏風邪で終わるのか。実は完全には予測できないのです。

対象が100人ぐらいに増えてきますと、100人中60人は多分こうでしょう、とある程度は予測できます。ただ、われわれ医療者もそうですが、患者さん、当事者の立場から言えば、私という個人がどうなるかを知りたいのです。それに関しては、

医療は常に不確定です。

第二が複雑性。例えば私が38度の発熱をしたとして、インフルエンザウイルスのせいであれば原因はひとつですね。ところが、同じウイルスでも、新型インフルエンザは割と症状が軽いので、発熱しない人もいます。そうすると、かかったかどうか分からない。咳をしながら歩いていると、ほかの人にうつってしまうわけです。ではなぜ、発熱する人としない人がいるのか、この理由はちょっと分からない。

ウイルスのほうから考えると今のような話になりますが、実はそうではなくて、熱を出した私達が先にあるわけです。ウイルスかどうかは検査をした後で分かります。実はそれかなり怪しくて、簡易検査だと50パーセントしか分からない。50パーセントということは、何も分かっていないのと同じなのです。

ちょっと話を戻しますと、私が熱が出るかどうか、その熱が明日下がるかどうかは、実はひとつの原因では決まらない。そのときの体調、ウイルスの性質、飲んだ薬、あるいはその他にも何だか分からないものがいっぱい関与しています。「今日は講演がある」と気を引き締めれば熱が下がるかもしれない。休んでいいと思うと熱が出たり、その逆だったり、そういうことも現実にあるわけです。

要は、医療実践の結果というのは、ひとつの要因で決まるのではなくて、複数の要因が関与している。そのうち、ひとつだけがすごく関与の割合が多くて重要性が高い場合は、そのひとつを原因と考えて治療しても、そんなに問題はありません。でも、そうではないケースがたくさんあるわけです。

複雑で、ひとつの原因に決められないということは、原因をコントロールするのが難しいということです。さらに、不確実性が入ってくると、もうこれは本当に分からない。それじゃ、医療なんて何の役にも立たないじゃないか、医者へ行って

もよけい分からなくなるだけじゃないかという話になるのですが、実はそうとは言い切れない部分があるのです。

それはなぜかということ、最近ちょっと流行の、Contingencyという言葉があって、偶発性や偶有性と訳されますが、何が起こるかは、完全には分からないが、おおよそなら分かるからなのです。

38度の熱が3日間ずうっと続いた子どもや赤ちゃんが、今日突然発疹（ほっしん）がポコポコ体に出たとすると、これはきっと水疱瘡（みずぼうそう）という病気で、1週間たてばまず確実に熱が下がる。その時に必ずしも抗生物質を飲んでも飲まなくても関係はないことがわれわれには分かる。この「分かる」というのは、本当に分かっているのかということ、はずれることもあります。

ただ、子どもにすごい熱が出て、苦しそうで、親はオロオロして、大変なことになるんじゃないかという不安な状態でも、1週間我慢していれば多分治るんです。この知識を確立するために、今までどれだけの経験が必要だったかということですね。

その経験は、多分RCTという、無作為対照試験から得られたものではない。つまり、このような場合、対照試験ができないのです。熱の出た子の半分には解熱剤をやって、半分は放っておくような対象試験をやらないと、本当の意味で解熱剤の治療が役に立ったかどうかは分からないというのがエビデンスの考え方です。このこと自体は正しいのですが、実際の運用は必ずしもそういうふうに進んできたわけではありません。

ですから、医療実践において、何が起こるのかのおおよその見通しを立てることはできるけれど、そうならないことが必ずあり得るとするのが偶有性で、どうもわれわれが生きている世界は、そういう世界のようなのです。だから、そんなに悲観することはない。大体は分かるのです。

日蝕がいつ起きるかも分かります。しかし、冗談みたいな話ですが、何月何日の何時何分にどこ

の地方で日蝕があるかは確実に分かりますが、私が日蝕を見られるかどうかは残念ながら不確定ですね。

わざわざハワイ島まで日蝕を見に行った同僚がいました。医局でみんな忙しい時なのによ。私は、その時医局長をやっていたので非常に困りましたが、ポリシーとして、そういう理由で休むこともありだと思っていましたから行かせました。そしたら何のことはない、当日、ハワイのその島は土砂降りの雨だったのです。それでその日蝕ツアーの参加者は、博物館みたいなところで日蝕のビデオを見て帰ってきたということです。それなら別にハワイまで行く必要はなかったのですが、その医局員にとっては意味のある行動だったのですよ。

だからわれわれは、そういう偶有性に賭けるという存在です。この話が何につながるかというと、あした何が起るか絶対分からないはずなのに、何となく多分こうだろうと、ある程度の安心感を持ってわれわれが生きていくために、科学者や医療者が考えたことの一つが確率論、エビデンスだということなのです。

臨床疫学的に、100人を集めて50と50に分けて、違う治療をやって、厳密な方法で統計的に分析して試験をすると、100人中何人に効果があるかがある程度分かります。

その得られた情報を吟味して、これはあてになると分かったものを臨床現場に役に立てる。臨床現場で何をするかといえば、治療法の選択です。何らかの判断をするときに、「えいやっ」とやるのではなく、過去の研究データを参考にしようというのがEBMです。

よく誤解されているのですが、EBMとかエビデンスというと、それで決まりというか、100パーセント決まってしまうところがありますが、実は55パーセント対45パーセントだったりします。それがまるで、エビデンスが「ある／ない」の二分法になってしまい、エビデンスのある

治療をやれば必ず治る、ない治療をすれば悪くなると誤解されがちですが、そんなことはありません。

EBMというのは、臨床実践において、

- ①エビデンス・統計的なデータ
- ②患者さんの好みや意向
- ③医療者の臨床能力

この三者を統合することです。エビデンスだけ、臨床疫学だけが独り歩きするようなものは、学問でも医療でもない。これは専門家のあいだでは実は常識なのですが、一般には中途半端な理解しかされていないという現状があります。つまり、医療が不確定なものではなくて、確定しているかのように考えてしまうところに混乱が起こるわけですよ。

このことをさらに明確にした論文を、Sackettが、1996年“British Medical Journal”に書きました。EBMの世界でもいかに混乱していたかということが分かります。その混乱を解くために、SackettはEBMをこう定義しました。EBMとは「個々の患者の臨床判断において、最新・最良のエビデンスを明示的に良心的に一貫して用いることである」。

つまり、エビデンスは、それに縛られるためではなくて、使われるためのものだけということを明確にしたのです。

●物語をつくりながら予測し 安心して選択していく

では、その最新・最良のエビデンスは何かというのが次の問題です。そこでデータベースという話が出てきたのですよ。さらに、そのデータベースを、一般の方が使いこなすのは大変だから、ガイドラインをつくらうというふうになってきました。ところがその辺にまた誤解が生まれて、ガイドラインどおりにやらないと裁判で訴えられるなどという話が出てくるのですが、これはとん

でもない間違いです。ガイドラインというのはあくまでも指針に過ぎません。ガイドラインを利用して、その現場でいかに適切な臨床判断を行うために努力したかが問われるのであって、ガイドラインどおりにやったからといって、責任を免れるわけではありません。

このように、EBMというものは、本質的に判断の基本を蓋然性、確率におくということ、これはこれでひとつの有力な方法です。天気予報だってそうです。天気予報の確率で80パーセント雨なら、一応傘を持っていきますよね。でも、晴れることもあるわけです。その時に「どうしてくれるんだ」と気象庁に文句を言ったとしても、「だって、20パーセントは晴れると言ったじゃないですか」という話になるわけです。

蓋然性というのは、あくまでも利用できる情報であって、結果を保障してくれるものではないのです。しかし、そういう確率論だけで医療を行って行くのは不十分なのではないか、という考えが出てきます。

飛行機が墜落する確率は、おそらく0.000何パーセントですが、僕が乗った飛行機が落ちてしまったらおしまいです。そういう考えがバーンと迫ってきたら飛行機に乗れなくなってしまいます。実際にそう考える方もいます。鉄の塊が空を飛ぶのは絶対納めできないという方もいて、電車などを利用するわけですが、電車という代替手段がない場合には大変不都合なことになります。その時、飛行機は落ちないと信じて乗っているのと、落ちるかもしれないと思って乗れないのと、どちらが正常だとは言えないはずです。

ではなぜ、われわれの多くは、飛行機は落ちないと思って安心して乗るかという、多分そこに物語というのがあると思うのです。

例えば飛行機に乗って、関西から東京に来るとき、運がいいと富士山が見えるわけですが、われわれは、富士山が見えるところや、羽田空港に下り立つところをイメージして、そこからモノレー

ルで行ったほうがいいのかな、それとも京浜急行で行ったらいいのかなと、こういうふうなストーリーをつくっているのです。そのときに、飛行機が海に落ちるストーリーは、多分あまり考えてない。考えたらゾッとしますよね。

こういうふうにして、われわれは常に、物語をつくりながら近未来を予測をして、そして安心して飛行機に乗る。すごく大ざっぱな言い方をするとそうなります。

ところがあるときに、「坂本九さんが死んだ」という話を思い出すわけです。東京から大阪という、われわれだったら飛行機をあまり使わないようなところで飛行機に乗ったために落ちちゃった、というストーリーです。坂本九さんの歌を思い出して、そういう感覚がワツときたら、飛行機に乗れなくなることはありえますよね。

それはおかしなことではなくて、人間であればむしろ正常なこと、あるいは普通に起こることではないでしょうか。そうすると、「坂本九さん、運が悪くて死んじゃったんだってね、飛行機が落ちて」というのは何なのでしょう。これは語りであり対話です。それを聞いて「え？」と思うのも、相互交流的対話であり、社会的な交流なのだと言者は言うわけです。だから、社会的な交流が、飛行機は落ちるといふその人の信念や行動、その人にとっての現実をつくってしまう。そういうことがどこでも起こっているのではないかというのが、大げさに言えば社会構築主義の考え方です。



われわれは、自分自身で冷静に合理的に判断して全部決めているように思っているが、実はそうでもない。では、われわれが語ったり、それを聞いたり、相互に語ったり、そういうことと医療は関係ないのか？ 関係ないわけはありません。そういったことにもう一度きちっと光を当てて、ちゃんとやっていこうと考えているのが、ナラティブ・ベイスト・メディスン、NBMというムーブメントなのです。

名前から連想されますように、NBMはEBMをパクったのでは？という感じがしますが、実はそのとおりなのです。NBMという言葉をつくったグリーンハル先生は、はっきり著書の中で以下のように書いています。

この時期、医者の頭が全部エビデンスで占められていた。ナラティブというもの、物語や語りが非常に大事なものは分かっているが、それを医者頭に入れられないということで、この言葉をつくったというのです。NBMというと、「あれ？何だろう」とみんな思う。だから、こういう略称をつくったそうです。役割が終われば要らなくなるというようなことも言っておられます。言葉というのは、いったんできると、勝手に広がっていくんですね。

グリーンハルは、自分はナラティブ・ベイスト・メディスンという言葉で「鑄造」したと書いています。鑄造というのはコインを作ることです。だから、作った硬貨がどう流通していくかを自分は見届けたいという言い方をしています。ここには偽金を作っているというような皮肉が込められているように感じられます。言葉というのは、得てしてそういう側面があります。言葉が現実を写し取っているというよりは、言葉によって、現実が作られているのです。

特に抽象概念ではそういう傾向がありますね。自由とか社会とか言っていますけれども、何か行動してみたら、誰も邪魔しなくて好きなことができた時に、「ああ、気持ちいいな、日本は自由な

社会なんだ」と言葉で表現されます。すると、いつの間にか自由とか社会とかいう言葉から物を見るようになって、「日本の社会には自由がない」、「いや、自由はある」、「じゃ、ここへ持ってこい」みたいな話になったりします。

私の個人的な考えでは、ナラティブ・ベイスト・メディスンという言葉は、医療の現場にとってある程度、役に立つということで使っていけばいいのです。あまり細かいところにこだわるのは、意味がないだろうと思います。

●EBMとNBMの関係

患者本位の医療をめざす

先ほども言いましたように、NBMのひとつの特徴は、もともとEBMの研究者から出てきたということです。不確定で複雑な医療から、できるだけ患者さんの役に立てる実践をするために、まず確率論ということでデータベースをつくった。それは間違っていないし、非常に有効だけれど、それだけでは足りない。人間にとって、もっと本質的なものを押さえないと、せっかくのエビデンスを利用できない。このことに気づいた人々が、このナラティブ・ベイスト・メディスンという言葉で提唱しました。

伝統的に全人的な医療というのがあります。ひとりの人間というのは全体であって、臓器の集合体ではないという見方です。肝臓が悪いという時、肝臓だけが歩いて病院に来ているわけではなく、肝炎を患っている〇〇さんという患者さんがやってくるわけです。だから、ひとりのホールパーソンとしてかかわろう。でも、どうやったら、全人的にかかわれるのか。そのときにNBMは、患者さんの語りを聞くということを通じてという答えを用意します。もちろん医療者の話も聞いてもらう、そして相互に交流しながら何かを生み出していく。これを対話と定義すれば、医療という活動の本質は対話なのだとならNBMは考えます。

今まで医学というのは、どちらかというところの理系の学問、生物学であると考えられてきました。人間はもちろん生物ですから生物学は大事ですが、人間には他の生物にはないような部分もある。そこを扱うには、もっと広い学術的交流が必要になって、人類学、社会学、心理学、言語学、哲学、法学、文学、あるいは情報論などと広範な交流をすることになります。

EBMをしっかりとやっている人は、EBMとNBMはどちらも必要だと言います。EBMも、もともと患者の役に立つ医療をめざして全人的なかわりを大事にしていて、それが科学万能のように誤解される傾向があったので、NBMの必要性も理解してくれます。

また、もともと科学だけでやっていくのは苦しいと感じていて、緩和医療に取り組んでいる医療者にも、このナラティブの考え方は取り入れられています。一般医療でも、臓器別に診るだけでなく、患者さんの全体像を知るためには、語りが一番役に立ちます。すべてのことを検査するというようなやり方は、実は極めて能率が悪いのです。「今、何が一番お困りですか」「どうなったらいいと思いますか」と聞くと、だいたい大切なことが出てくるようになっていきます。そこから焦点を当てて検査などをしていくほうが、ずっと能率がいいのです。

まあ、能率という言い方はちょっと良くないですが、限られた時間の中で、診断の正確性も上がり、患者さんの満足度も非常に良くなることを、一般医は知っています。患者さんの語りは非常に重要なのです。

とはいえ、語りに対して無限に時間をかけるのは無理なので、どう効率的に、有効な対話をするか、医療者のトレーニングなどに力を入れるわけです。すると、一般医療、総合医療でも認知されていきます。

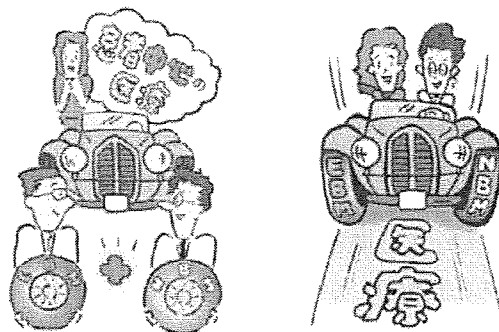
EBMとNBMは対立構造のようになりやすく、外国ではその傾向がありますが、日本では幸い、国民性も影響しているのか、「どっちも大事だね」ということで、車の両輪という表現が定着しています。つまり、患者中心の医療という自動車があるとすると、タイヤがふたつあって、片方がEBM、片方がNBM、それをうまく組み合わせればいいというイメージになります。

この車の両輪という比喻に関しても、左右のタイヤではなく、前輪と後輪みたいなものだという意見もあります。イギリスでNBMの関係者と話をしたとき、右上のイラストを見せましたら、「あなたはこの自動車はEBMとNBMのどっちだと思う？」と聞かれたので、「実は自動車自体はNBMで、EBMというタイヤをつけていると思う」と言ったら、「そのとおりだ」と言われました。やはりいろいろな考え方があるのだなと思いました。

臨床において一番問題になるのは、患者さんの立場から言うと、「私がお後どうなるのか、いほうへ持っていくためには何を選択すればいいのか」ということです。そのとき、「1万人のうちの7,000人はこうなります」という答えは、役に立つ情報ではありますが、それが対応を決めてくれるというわけではありません。結局、次のようなことだと思うのです。

医師が「Aさん、あなたが1年後に生存してお

EBM and NBM ‘患者中心の医療のための両輪?’



られる確率はおよそ20パーセントです」と言う。これを聞いた患者さんが「えー、そうですか。かなり悪い病気なんですね。先生、それで私はいつまで生きられるのでしょうか」と質問をします。この患者さんは極めて正しい感覚で反応しています。でも、実は話がかみ合っていない。ですから、まじめな医者であれば、答えられません。答えられないというのが、多分正解です。

スティーブン・J・グールドという有名な生物学者が、20年前ぐらいに腹膜中皮種という重い病気になりました。自分でデータを調べると、予後の中央値が8ヵ月だとわかりました。それをどういうふうに考えたか、エッセイに書いています。

8ヵ月と言われたら8ヵ月しか生きられないと普通の人を思います。でも自分は違うとグールドは書いています。自分は専門家で統計のことをちゃんと勉強したから、8ヵ月というのは、半分の人が8ヵ月までに死ぬということで、半分の方は8ヵ月より長く生きるという意味である。しかも、その人が最大いつまで生きるかは全く誰にも分からない。ということ、自分に当てはめて判断します。そして、結果的に20年生きられたのです。しかも、最後に亡くなったのは、別の癌だったらしいという話もあります。

このように、一般的には、医師はあまりきちっと考えないまま、余命6ヵ月などと数字を出す傾向があると思いますし、それはわれわれ医師が日々自戒しなければいけません。ただ、「私はいつまで生きられるのでしょうか」と患者に聞かれたら「分かりません」と答えればいいのか。これがまた非常に難しいのです。

●医療者と患者の対話

ナラティブを医療に生かす

非常に重大なこの問題に関しても、われわれは不確定の中で生きていかなければいけない。そして、医療者はそれを援助しなければいけない。生

命にかかわらないような問題さえも解決できていないとしたら、このような重大なことがどうやってできるのかということになります。

私は膵臓（すいぞう）がんの専門家でもあるのですが、それ以外にいわゆる心身症といわれる、本人はとても苦しいけれども、おそらく命には別状ないという方々の診療もしています。ここではそのような方の事例をお示ししながら、一緒に考えていければと思います。

このお話は、事実どおりではなくて、私からの「語り」であるご理解ください。ただ、一応物語として語るのも、主人公を具体的にイメージできないといけないので、66歳の男性Nさんとします。

ある日、私の知り合いの医者から、「こういう患者さんがいるんだけれど」という電話がきました。かなり以前から口の中が痛む症状に苦しめられていて、いろいろな病院に行ったが良くならない。口の中ということで、歯科領域で心身医学を実践している有名な病院にも複数行った。この話を電話で受けたときの私の気持ちは、正直言って「嫌だなあ」というものでした。

というのは、病歴の長い方、そして口の中の痛みは、われわれの領域ではよくある病気ですが、なかなか頑固な症状のことが多く、しかも複数の病院でいろいろな治療をしてもうまくいってないわけですから、私のところに来たら突然良くなるということはほとんどないだろうということが予測されるわけです。そうすると、医者というのは結構まじめですから、私が何とか治さなければいけないが、できそうもないと思ってしまうので、気が重くなるのです。

Nさんは治療経過に満足できず、新たな治療を求めて、当院に紹介されました。気が重いか言っているわけにはいかないもので、とにかく予約を入れて、初回の面接をしました。初老の紳士、ジェントルマンですごく穏やかな礼儀正しい人です。そして「どういうことでしょうか。詳しくお

話を聞かせてください」と私が言いますと、こういうお話でした。

約15年前、Nさんはある教育機関で教職に就いていた。そのころから気分が落ち込むことが多くなって、近くの神経科でうつとして加療を受けた。その治療中にパニック発作と思われるようなエピソードがあって、病院に入院。入院中と退院後の服薬治療によって、ひどいうつ状態は軽快したが、それをきっかけに仕事を退職することになった。

Nさんは在職中から考古学に造詣が深く、体調がある程度回復して、郷土の遺跡の発掘や考古学資料の整理などを手伝う仕事が見つかった。このようなことを話されました。何となく流れは分かりました。

仕事を変わった10年前ぐらいから、Nさんは口の中の痛みに悩まされるようになった。いつも痛くて我慢できないということで、病院に行ったら、「舌痛症」と診断された。この病名はちゃんと存在します。

なぜ舌が痛いかわからなければ診断はついていないと一緒なのですが、実はエビデンスの考え方から言えば、「舌痛症」という舌が痛い病気だと定義すれば、それはそれできちっと病名として成り立つ。もちろん、口の中を調べますから、器質的なオーガニックな病気はないということはすぐに分かるわけです。器質的にはどこも悪くないけれど痛いから「舌痛症」となる。

Nさんはある大学の心療歯科を受診し、口腔内ケアの指導を受けたが、同時にうつ気分のコントロールが必要だと言われて、それで私の外来へ来ることになったわけです。一通り話を聞いたところで、私はこうお聞きしました。

「どうでしょう。こちらへ来られて、こうなったら良いなどというふうに望んでおられることは何でしょうか」

するとNさんは、はっきりこう言いました。

「自分としては、少しずつは良くなっているよ

うな気がします。どうしてもすっきりしないので、できれば今回はすっきり治したいのです」

これを聞いたときの私の気持ち、ご想像いただけますでしょうか。「あらあら～」と思いました。完全にと望まれなければ、そこそこは治せるかもしれないが、すっきり治したいと思っている限り、多分治らないだろうなと考えたのです。これは患者さんには大変に失礼な言い方ですが、今までの経験からそう思いました。

ところで、このような、いくら診察しても検査をしても理由がはっきり分からない、理由がないとしか思えなくて、10年間いつも口の中が痛いという状態についてのエビデンスがあるのかという疑問が湧きます。これはお恥ずかしい話ですが、医者である私は、多分エビデンスはないだろうとこの時点では考えたのです。幻みみたいな病気だし、得体の知れない病気だから、科学的エビデンスがあるわけがないと思ってしまったのです。ところがこれは大きな誤解でした。なぜ誤解かという、科学的な医学とエビデンスとは、また違うものだから、です。

調べたら、エビデンスは見つかりました。しかもこのエビデンスは、Nさんの治療に使えると直感しました。口腔内の慢性違和感を訴えるが、器質的な病気ではないケースは、英語圏では、口腔内灼熱症候群 (Burning mouth syndrome) と呼ばれています。そして、この病気は非常にありふれた病態らしい。一般人口における有病率は0.7~15パーセントという統計もある。15はちょっと多すぎるとは思いますが、1パーセントとしても100人に1人、日本の人口からいうと、100万人いることになります。

そう言われてみれば、何となく口の中が気持ち悪い、嫌だなという人は、親せきにもひとりかふたり居たなあとと思うわけです。これだけの数があると、統計学的なデータが取れます。そして、治療的介入として、認知行動療法が有効であるというエビデンスがありました。そのほか、抗うつ薬

とかビタミン剤とか、いろいろ治療法はありますが、残念ながら効果は証明はされていない。しかし、証明されていないから絶対に効かないわけではない。先ほどのエビデンスという観点からいうと、対照群との間に有意差がないということであって、少なくともビタミン剤を飲んだから余計悪くなることではない。ただ、ビタミン剤を飲んで、たまたま良くなったからといっても、それが効いているかどうかは分からないという意味です。

認知行動療法をやると、有意差をもって良くなるというデータがあることは分かりました。それは30人くらいの患者さんを15人ずつに分けて、一定期間、認知行動療法やったら5人くらいが良くなった。残りの10人は良くなっていない。でも、認知行動療法をやらなかったグループはひとりも良くならなかった。そういうデータです。

外国のデータを翻訳した『クリニカル・エビデンス』（日本クリニカル・エビデンス編集委員会編、日経BP社）に載っているのを見つけたので、これを患者さんとの対話に利用しようと思い、以下のような対話をしました。

私「Nさんが現在困っておられる状況について、私の考えを説明させてくださいね」

Nさん「はい、よろしくお願いします」

私「これは全世界における最新の医学的なエビデンス、科学的な根拠が載せられている本です」

（この本を本人の前に出し、ページを開いて見せながら）

私「Nさんは口の中の痛みにずっと苦しんでこられたわけですが、それはここに書いてある『口腔内灼熱症候群』という病態にほぼ当てはまると思われます」

（Nさん、興味深そうに本を読む）

私「ご覧のとおり、この病気は決して珍しいものではなくて、全人口の1パーセントから15パーセントと書いてあります。だから、むしろありふれた病気だろうと思います」

（Nさんは表情が変わり、ものすごくうれしそう

な感じ）

Nさん「そうなんですか。今までどこの病院でも、こんな変わったことを言うのはあなただけだと言われてきました。自分でもこんなことで苦しんでいるのは私ひとりだろうと思ってました。でも、そうではなかったんですね」

私「そのとおりです。治療についてですが、残念ながらこれを飲めば簡単に治るという薬についてのエビデンス（科学的な根拠）はまだ知られていないのです。しかし、ここに書いてあるとおり、認知行動療法と、一種の心理療法が効果があるというエビデンスがあります。残念ながら、私は認知行動療法の専門家ではありません」

（認知行動療法は、最近でこそ、まさに認知されてきましたが、当時は私のいる富山には専門家がいませんでした。「残念ですね、私はできないので、どこかへ行ってください」では何のための医療か分からないので、やせ我慢をして、こう言いました）

私「しかし、この療法のエッセンスを私は知っています」

Nさん「どのような治療ですか」

私「一言で言うと、症状を完全に治すことを目標にするのではなくて、症状を持ちながらも、日常生活をもっと良い状態で過ごしていけるようにしようというのが認知行動療法の考え方です。そのために、いろいろとNさんの考え方を聞かせていただいたり、一緒に考えていったりする方法を取ります」

（ときどきしながら私がこう言うと、Nさんが予想外のことを言われた）

Nさん「はあ一つ。それって要するに、病いと仲良くして、病いととも生きなさいということですね」

私「そうそう！ そのとおりです！ よくご存じですね」

Nさん「それはもう、今までいろんなところで言われてきましたから」

（Nさん、非常にうれしそうに顔を赤らめて、笑う）

以上のやりとりは、ちょっと微妙なところがあり

ます。「病いと仲良くして病いとともに生きなさい」というのは間違いではないですが、他人から言われたくないですね。だって、本人は苦しくて何とかしてほしいし、もしかしたら何か治療法があるのではないかと思って医者へ来ているのに、「いやあ、あなた、それは病いと仲良くするしかない」と言われたら、余計滅入ります。だから、非常に危ない橋でしたが、私が回りくどい言い方をしたせいで、Nさんが私に教えてくれた。医者と患者の逆転現象ですね。

そこで、次の話題に移りました。

私「次に気力が出ないという問題についてお話したいと思います。これは私たちの言葉では『うつ状態』と呼ばれる状態だと思います。うつの治療についてのエビデンスはご覧のとおりです」

(また本を取りだして見せながら)

私「お薬だけでも有効なものが何種類もあります。私としては最近開発された、副作用が少ないSSRIという薬をお勧めしたいと思うのですが、いかがでしょうか」

Nさん「ええ、それで結構です。先生にお任せいたします」

という話になりました。これで治療計画ができたので、その後2週間に1度通って、いろいろな話を聞かせていただきました。面接4回目にはこんなやりとりがありました。仕事のことを聞いたところ、

Nさん「仕事はつらいこともあるが、やりがいもあります。近く自治体主催の行事があり、石器でナラや樫の木を削って手斧を作ることになっています。そのことでいろいろ考えることはあるが、あまりひどくなるようなことはありません」

(あまり病気とは関係ない話でも、できるだけ対話的に聞いていくというのがNBMのやり方。私はたまたま縄文時代の遺跡やトチの実に興味を

持っていたのでNさんに質問してみました。)

私「縄文時代のトチと、今のトチは同じでしょうか。あるいはイギリスのトチの実と日本のトチは同じでしょうか」

するとNさんは非常にうれしそうに知識を伝授してくれました。その後の第5回の面接では、Nさんの様子が違って見えました。

Nさん「すごく気分が良くなりました。痛みはあるけれど、それほど気になりません。実は15年ほど前、教職にいたときに、同僚にひどい人がいて、自分は考古学に詳しくだったので、発掘のためということで請われて職場を移動したのに、それを周りの人から、『発掘ばかりしてほかの仕事をしない』ととがめられ、いじめられました。すごく理不尽でした。そのときは精神的にとつとつパニックになって入院しました。うつが軽快したころから、口腔、口の痛みが始まりました」

(ほかにも、生々しい話を一気に話す)

Nさん「その後、複数の病院を受診しましたが、全く効果はありませんでした。こんな良い気分になったのはここ10数年なかったことです。ありがとうございました」

ということで、10年間悩まされていた症状が相当軽快して、薬を飲みながらも普通の生活ができるようになりました。

私がこの例で申し上げたいのは、実際の診療場面の中でエビデンスというのは、数字だけ取り出してあまり役に立つことがないということです。しかし、だからといって、そのエビデンスが駄目でナラティブがいいという話では全然なくて、エビデンスをナラティブの対話、実際の治療の中で生かしていくためにはコツがあるわけですよ。

得られたエビデンスを、目の前の患者に役に立つように解釈し直して、それを物語の形で対話の話題として提示します。それが共有されて、「あ

あ、こういうエビデンスがあるから、こんな感じで行きましょうか」となると、実際の治療の面において、医師と患者との対話が促進されます。

対話そのものが活性化されて、仕事の話が出てきたり、過去のトラウマの話まで戻っていったり、初回には言えなかった感情を伴った物語が5回目まで語られました。私が考古学の仕事について聞き出したことが間接的には影響したかもしれませんが、証拠、エビデンスはありません。何が効いたかは全く分かりませんが、10年間ほとんど良くならなかった状況が大きく変わったわけです。

エビデンス情報は、何よりも良好な医療者-患者関係の構築、継続に益するように用いられる必要があるというのが、この事例を通じて私が学んだことです。

最後に、「ナラエビ医療」というのは、私が勝手に作った言葉でナラティブとエビデンスをかけています。最初は、ナラは奈良、エビは海老と書いていたのですが、いくらなんでもふざけていると言われ、片仮名にしました。

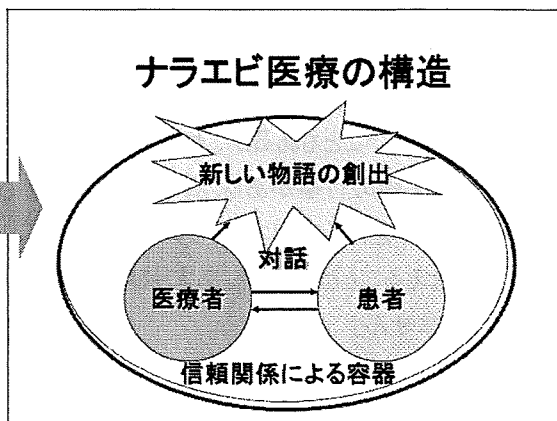
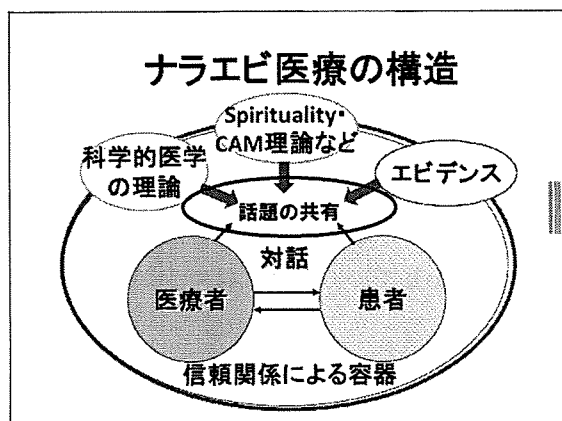
医療者と患者が対話をしていくのが医療の基本だというのがナラティブの考え方です。それには信頼関係がないといけないし、包み込むような雰囲気が大きく作用します。黙って座っていれば信頼関係ができるというものではなくて、対話することで信頼関係ができるのですが、最も大事

なのは対話の話題として物語が共有されることです。

だから、「こんな人生を生きてきて、今こんなつらいことがあって困っているんです」「ああ、あなたの人生はそういう人生なんですね」ということが、共有される必要があります。そして、「こんなふうになったらいいですね」「私もそう思います」というふうに対話が成立することによって、関係が強化されるのです。

さらに物語というのは、実は中から出てくるものだけではなく、外から取り込むこともできます。エビデンスはまさに外から取り込む物語です。外部にある物語を対話の話題として取り込んで共有するのです。そう考えると、実証されていない科学の理論を取り込むこともできるということになります。まだエビデンスはなくても、「あなたの病気の場合は、私はこういう理由で効くんじゃないかと思っている。どうしますか」という対話を続けることができるわけです。

さらに、一般的には科学とは言われていないようなことがら、例えばスピリチュアリティに関することや、代替医療の理論、これも科学とは違いますが、やはり物語のひとつです。それも対話の話題にしていくことが可能です。それを実際に選択するかどうかは対話の中で決めていけばいいことですから。



そして、新しい物語がこの二人の間で創出されると、「じゃあ、取りあえずこれで行ってみましょうか。こうなったらいいですね」となる。これを基盤にして、われわれは生きているのではないかと思うわけです。

このプロセスそのものがさらに信頼関係を増強する。この構造がうまく機能する時、医療がうまく働いているのだらうと思っています。ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

●語りの意義と

医学教育への応用

和田 大阪府立大学の和田恵美子です。

私は修士課程に入った1999年、翻訳される前の原書の『ナラティブ・ベイスト・メディスン』に出会い、ああ、こんな本があるのだと感激し、斎藤清二先生をはじめ翻訳作業が進んでいることを知りました。2004年には京都の立命館大学にグリーンハル先生が講演に来られた際、斎藤先生とグリーンハル先生の京都観光に付き合わせていただく機会があり、それは私の人生を変えたような経験です。

まず感想ですが、斎藤先生が事例に出されたNさんを紹介された時点で、「嫌だな」と正直思われたということ。患者として、そう思われているだらうなと思いながら受診する経験を、たまたま自分もしています。嫌だなと思ってくれるだけ、まだ救われると思います。そういうことさえ感じてくれない医師がいっぱいいる気がするのです。そして、実際に斎藤先生が、「よくあることだと思いますよ」と、データに基づいて言ったこと、何よりも自分の経験が否定されなかったことに、患者が一番救われるように思います。

医療の受け手である自分の症状を知ってもらえないほどつらいことはないのです、Nさんはきつ

と救われる感じを得られたらと思うながら、お話を伺わせていただきました。

次に質問ですが、先生から答えが欲しいというよりは、DIPE_xに対しての私自身の疑問のようなものを、患者の語り大切さを分かっている先生に、語りの意義という点から2点。先生のご専門の医学教育という点について1点、お伺いしたいと思います。

最初に患者の語りの意義ですが、国がよく一般市民に対して行う、断定的な「私はこう思う」「こう思わない」というような意識調査ではなくて、物語性を持った患者さん・当事者の語りを、医療情報と捉えていいのかがまず1点です。

2点目には、インターネットworld-wide webの時代が来ましたが、WEB2.0と言われるような、当事者の発信がそのまま誰も介在せずに伝わるような世界ができています。私たちDIPE_xとしては、質の担保という意味で編集をしていますが、編集ということで語りの中に他人の手が入ることの是非についてどう思われるかが2点目の質問です。

それから、医学教育について。このDIPE_xがロンドン大学で医学教育に使われていると聞きました。ご本人が経験された「知」、それこそ「経験知」を伺うことを、闘病記、模擬患者、あるいは臨床現場で教育に使わせてもらっていますが、そこで初めて、患者さんの話に耳を傾けることも大事だなと開眼すると思うのです。DIPE_xが映像で、インターネットで配信することの可能性とデメリットがありましたら、お聞かせください。

●医療者と患者の関係

「苦手意識」に向き合う

斎藤：ありがとうございます。真剣に考えなければならぬ問題点を簡潔にまとめていただいたと思いますので、ひとつずつお答えしたいと思います。

その前に感想のところ、ちょっとだけ。苦手な患者さんに対してどうするかという、われわれ医療者の中では、永遠の課題があります。患者さんのほうからすれば、苦手だと思われるなんて嫌だというのは全くそのとおりで、だから「正直に申し上げますと」とわざわざ言ったわけです。

患者さんのほうも、非常識な患者だと思われたくないという意識はものすごくあるように思います。

僕が患者の立場になったときもそうです。歯医者さんに行っても、保険証を見ると私が医者だということがばれてしまうわけですが、遠慮して黙って聞いています。要するに、変に知識をひけらかす患者だと思われたくないと思うわけです。ましてや一般の患者さんにとって、前にどこかの病院へ行って「何でこんなことで来たの？」と言われるなど嫌な体験をしていたら、そもそも病状を訴えること自体にひるんでしまいますよね。そういうことを、やはりわれわれ医療者は認識してはいけないと思います。

ただ、もうひとつ私が感じているのは、「あ、まずい、苦手だ。この患者さんは私が治してあげられるかどうか分からない。もしかすると、私が無能だということを証明されてしまうのではないか」という感覚を抑圧してはいけないということです。

そういう感覚をないことにして、僕はすべての患者さんを受け入れ、すべての患者さんに対して全力を尽くしますとなると、やはりどこかで「うそだ」となります。つまり、頭ではそう思っても感情は受け付けられないので、逆に言えば、自分でちゃんと「この患者さんは苦手だ」と意識しなければいけない。その上で、十分なことができないということを、患者さんに責任転化するのとはプロとしてダメだと思います。

苦手なら苦手なりのやり方がある。やっているうちに何か出てくるかもしれない。実際、そういう経験をしています。Nさんもまさにそうなので

す。苦手だと思ったけれども、話を一応丁寧に聞き、できるだけ説明をしていると、「あ！」というのが出てきて、「ああ、これならいける」みたいな感じになって、こっちもある程度楽しみながら、トチの実の話からどんどん良くなってくれたというような、ものすごく新しい経験をさせてもらいました。これこそが臨床なんです。

あえて言えば、医療者も、新しい患者さんが来たとき、特に自分の手に負えないのではないかと考えたときは、非常に怖いんですね。それを無理に怖くないと押さえ込むと、必ず別のところに噴き出してしまう。やはり、自分は怖いということ意識していいのではないかと。そして経験を積み重ねていくと、怖いことは怖いけれども、それほど怖いものではないということが分かる。そういうことの繰り返しなのだと思います、これが第一ですね。

特に医学生に教育するときには、このことを意識的に強調します。気が重くなったり、不安感を持ったりするのは自然なこと。一生懸命、ちゃんとやってあげようと思えば思うほど怖くなる。だから、それを隠す必要はない。それでもトレーニングしたことを丁寧にやっているうちに、必ず何か出てくる、と伝えていきます。

よく「患者さんから学ぶ」と言いますが、あまり最初からポンっとう思うと、これまた上滑りになるんですね。学んだつもりみたいになっちゃうだけですので、やはり最初の怖さというものに対して、正直である必要があると思います。

●インタビューは対話 相互的交流で語りは変わっていく

私は戸塚洋二先生の本を読んで、やはり対話とは、対話しているうちに変わっていくので、戸塚先生が書かれていたことが100パーセントそうだとは限らないと感じました。もし、戸塚先生ご自身がまだご存命で対話する機会があれば、お互い

「やっぱりこうだね」とか「あれは行き過ぎだ」とかということが必ず出てくるのではないのか。対話というのは固定したものではないのです。

例えばデータベースについて、戸塚先生はこのままだと患者の要望に答えてないということを書いておられますが、よく読むと、必ずしもそうではないと思ってしまう。「先生がお知りになりたいことは、データだとおっしゃるけれども、実はデータではない可能性はないでしょうか。これだったらどうでしょう」みたいに、対話すると多分違ってくるような気がします。

要するに対話というのは相互的で、刻々とつくられていく。「これについてイエスですか、ノーですか」というアンケート調査は非常にたくさんものを落としてしまいます。答えは最初から用意されているから、それ以外のものは考えようがない。インタビューが良いのは、対話している中から意外なことが出てくる点です。

だから、患者さん＝インタビューの方、頭の中に既にストーリーを持っていて、それをしゃべっているだけではない。必ずインタビュアーがいて、その人に聞き返されたから言葉が出て、それにまた反応があったりすると違うことが出てきたり、自分でも思いがけないことが出てくる。

それは医者も同じです。最初にこういうふうに説明しようと思ってストーリーを一生懸命書いて準備していても、実際に患者さんに話しているうちに全く違うことを言いたくなったりするわけです。そして、たいがいの場合、前もって準備したものより、正しいというか、その場にフィットしたものになる。

これは少し理論的なことになりますが、ナラティブやストーリーというのは、常にその場でつくられている。相互交流によって作られ、変わっていく。変わっていくことに意義がある。だから、前もって用意した固定されたものをドーンとぶつけているだけではないのです。そういう意味でも、意識調査の際にアンケートだけというのは、

非常に限界があると思います。

フリーなインタビューは、その場で創造される。その中で、医療行政にも使えるイノベーションの機会が生まれる。これは最近の考え方で、グリーンハルさんなどが熱心にやっている、オーガナイゼーション（組織）のイノベーションにナラティブを使うという考え方です。

とにかく、対話を続ける中から出てきたものを、丁寧に拾い上げていく。そのための対話です。アンケート調査で「はい」に丸を付けた人は80パーセント、「いいえ」に丸を付けた人が20パーセントという量的処理ができるものだけではダメで、むしろ質的なものが非常に大事である。このことは多分、理論化して主張できると思います。

●編集された語りは新たな語り 責任の所在を明らかに

次はインタビューを編集することですね。物語というのは、実はその都度その都度、改編されていくものであって、唯一正しい、もともとの物語があるわけではない。語られていることは信ぴょう性がないということを行っているのではなく、そのときそのときの状況に応じて、もっとも適切な語り浮かび上がってくる。しかも、それを相互交流させることにすごく大きな意味がある。

そう考えると、誰かが語ったこと、記述したことについて、誰かが、「ああ、これってこういうことなんですね」と、それについての考えを再構築するのは、新たな語りを生み出すことになります。ここで間違えてはいけないのは、代弁することではないということです。

例えば、Nさんは確かに僕に対して、いろいろ語ってくれたけど、きょう語ったのは、Nさんについての私の語りなので、責任は私にある。ある程度の編集もしていれば、取り上げているところと、取り上げてないところもある。これは仕方の

ないことで、われわれは常にそういうふうにして生きているわけです。

だから、責任の点から言えば、これは誰の語りなのかをその都度明らかにしていくことが必要だと思います。つまり、「いや、Nさんはこう言ったんですよ。私の責任ではありません」というのは許されない。きょう語ったNさんとのことは私の責任なんですね。Nさんが本当に思っていたことを正確に私が言ったかということ、それは多分違います。正確に再現することは不可能です。もし可能ならば、Nさんに、「きょうここで話をしましたけど、あなたはどう思いますか」って聞いて、「いや、おれはそんなことを言った覚えはない」と言われたら、要するに、それはもう私の責任なんです。対話、語りとはそういうものだと思います。

このことを前提にしますと、物語についての物語を書くこと、要約したものを書くこと、それについてのコメントを書くこと——メタ物語というのですが——そういうことを丁寧に丁寧にやってみて、かつ誰が語ったのかの責任の所在を明らかにする。こういう編集は、僕はむしろ推奨されることだと思います。

つまり、これがオリジナルの正しい語りであって、それを少しでも損ねてはいけないという考え方は現実と合わない。当人に聞いたって、翌日は違うことをおっしゃることは十分あるわけですね。だから、そのときに語ったことをどれだけ尊重するかという問題があって、「一番最初に、あなたはこういったじゃないですか。変わったのはおかしい」なんていうことは誰も言えないわけです。

語りというものは、誰が見ても生き物なんです。生き物だということを忘れて、固定しちゃって、全然、迫力がなくなる。だから、闘病記とか、病いの語り、病いの語りを語る、病いを語ることについての語りを語る、さらにそれを抽象化して一般化したものを語る。すべてのことが許されます。

その代わり、丁寧に責任を持ってやるということではないかと思います。

それを保つには、理論を通して、資金援助団体や公的なところにアピールしていく必要があると思いますね。皆さん、特に研究者の方は既にご存じだと思いますが、客観性の信仰、神話にみんなおかされている。客観的に何か正しいものがひとつあって、より正確にしていくのが科学だとみんな信じています。でも、そうではないというのが、ナラティブなのではないでしょうか。語りというのは、いわゆるバージョンを次から次へと作っていくのと似たような、創造がなされる過程なのですね。

最後に医学教育の話です。私はとても期待しています。とにかく、医学教育のありとあらゆる場で、こういう対話や語りを取り込んで、学生にいろんな体験をしてもらう。そして、その体験について、学生にも語ってもらい、またわれわれが語りをまとめるということが必要ですし、それこそが一番効果があると思います。その中で映像を使うのは、とても意味があります。

今の18、19歳の学生は、映像、特に動画については非常にアフィニティが高い。動画を見ながら、複数の人が同時にコメントしながら対話するというのに慣れていきます。ですから、DIPExのビデオをじっくり見せて感想を書かせるというレベルではなくて、その動画を導入しつつ対話をさせるようなことが、これからの教育ではできると思います。

医療系を学んでいる学生たちは、ほぼ100パーセント、インターネットにアクセスできるパソコン環境をもっています。大学のSNS（ソーシャル・ネットワーク・サービス）につないで、動画を作って討論するにすれば、大教室で後ろで居眠りしている授業より、ずっと効果的ではないかと思っています。