

人間科学研究所公開講演

# ナラティブ・ベイスト・メディスン

- 医学と人間科学のコラボレーション -

齋藤 清二

(富山大学保健管理センター教授・所長)

企画 立命館大学人間科学研究所  
(所長 佐藤 嘉一)

司会 サトウ タツヤ

**司会** 本日は立命館人間科学研究所公開企画「ナラティブ・ベイスト・メディスン：医学と人間科学のコラボレーション」にお出でいただきありがとうございます。司会進行は立命館大学人間科学研究所専任研究員のサトウタツヤです。よろしくお願いいたします。

立命館大学人間科学研究所佐藤嘉一所長にご挨拶いただき、齋藤先生をご紹介いただきたいと思います。

**佐藤** 人間科学研究所公開企画として、齋藤清二先生に「ナラティブ・ベイスト・メディスン：医学と人間科学のコラボレーション」としてお話していただきます。医学において新しい運動が進んでいる。ナラティブ、語りを基礎において医療行為を見直して、医療の新しいアートをつくりだす。これが基本的に一つの知の体系になりつつある。萌芽が出てきたのはイギリスの医療従事者からで1998年くらいで、新しい知の体系ではないかと思います。有意義な時間を過ごしていただきたいと、大変期待しております。

齋藤先生は75年、新潟大学医学部医学科をご卒業され、医学博士をとられ、県

立がんセンター、東京女子医科大学消化器病センターにも勤められ、1991年にはブラジル・カンピナス大学消化器病診断研究センター、93年には英国セントメリー病院医科大学消化器内科に留学など、専攻は消化器内科学、心療内科学、臨床心理学、医学教育学で、現在富山大学保健管理センター所長をされているという経歴でございます。主な仕事に『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』を先生が中心になって書かれています。話題になりました『ナラティブ・ベイスト・メディスン 診療における物語りと対話』が金剛出版社から2001年に出ています。イギリスの臨床の話を読されたものです。河合隼雄先生と対談され、新しい知のあり方として期待されているものでございます。『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』等多数、著書がございます。

**司会** 佐藤嘉一所長は現象学的社会学の研究者で、控室でもお二人で会話が弾んでおりました。斎藤先生、ご講演をよろしくお願いします。

**斎藤** 富山からまいりました斎藤です。ただいまは過分なご紹介をいただきましてありがとうございました。今日、お話す内容を「ナラティブ・ベイスト・メディスン」と銘打ちましたが、これは何なのかということは順にお話しさせていただきます。医療においても、ナラティブという言葉はそれほど浸透しているわけではありません。そこで本講演では前半、「我々医療の立場に居るものから見たナラティブとは何か」ということについてお話し、後半で「研究的視点と人間科学との関連」について触れさせていただきたいと思っております。その後、活発なご討論をいただけるとうれしいので、よろしく願いいたします。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という言葉自体、医学の世界でもまだ新しい概念で、一般的なものではございません。谷川



俊太郎さんという日本を代表する詩人の方が医療関係の一般雑誌である、『日経メディカル』2002年4月発行の医師以外の方への「21世紀の医療について」抱負とか希望をインタビューの特集号において、こんなことをおっしゃっていました。

「西洋医学でも、『ナラティブ・ベイスト・メディスン』なんて言葉が出てきているみたいだけど、もっと普通の話なんだよね。みんな難しい名前がついちやうのがすごくおかしい。西洋の学問体系にとらわれなくともいいから、患者に話す時には普通の言葉を使ってほしい」。ここに、今日お話する内容の重要なことが示されているわけです。医療は、もともと患者さんとの対話、患者さんからお話を聞いてそれに対してどうやっていくか、そのこと抜きには行われたいわけでありまして。にもかかわらず、なぜわざわざ難しい言葉が出てこないといけないのか。「普通の話をしてほしい」。谷川俊太郎さんがおっしゃるので、迫力があって教えられるところが多いのですが、もう一つ、なぜ谷川さんが「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という言葉を知っておられるのだろうとびっくりいたしました。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という言葉自体は新しい概念で、1998年に英国で初めて公表されたものですが、実は医療だけでなく、ヒューマン・サービス、対人援助ということを考えて時、太古の昔からある考え方であって、決して新しいことではないという二面性を持っているわけで、その両方を睨んでいかなければならないわけです。

次は日野原重明先生という極めて有名な方で、90歳を越えておられて、100万部を越えるような本を次々に出している方です。『EBMジャーナル』という医学雑誌の対談の中での一節です。EBMというのは、10年くらい前から医療に急速に浸透して来たムーブメントで、エビデンスという科学的根拠、証拠に基づいて医療を行わなければいけないという考え方です。EBMはいろいろ良いこともあれば、多少問題も引き起こしていますが、EBMを扱うジャーナルの中で対談がありまして、その中で以下のようなことを発言しておられます。

「ですから、いまEBMだけでなく、narrative-based medicine (NBM) というものが同時に必要だといわれるのは、患者の本当の物語を引き出せるかどうかによって、患者からのデータというものを、本当に使えるデータにできるかどうかが決まってくるからだと思います」。すでに昨年くらいから、EBMとの対比、ある

いは補完するものとして「ナラティブが大事だ」と医学界の重鎮の方が発言しておられるという事実があるわけです。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」がなぜ最近、急に注目されるようになってきたのか、一つの理由がここにあります。EBM、科学的な根拠を重視する視点が近年、医学の世界で強調されてきていますが、そこには少し問題もあるし、誤解もあることが事実です。医療における科学性を強調しすぎると落ちてしまうものが出て来ます。エビデンスの重要性を強調する方々からもそういう意識が出て来ているわけです。それが「ナラティブ・ベイスト・メディスン」を後押ししていることの一つであるかと思います。

ナラティブとは何か。この話は釈迦に説法だと思います。人間科学を専門とされる方々にはあたりまえの話だと思いますが、医療関係者と話をする時はここから始めなければなりません。概念を確認するということで、あくまでも私のイチ理解と違って聞いていただきたいと思います。ナラティブは日本語では「物語」「語り」「物語り」「ものがたり」などと訳されていますが、一般には「物語り」あるいは「語り」と訳されています。ナラティブという言葉の特殊な意味を強調される方もありますが、私自身はナラティブという言葉をしるだけ広い意味にとりたいと思っています。ナラティブとは、「ある出来事についての言語記述（ことば）を、何らかの意味のある連関でつなぎあわせたもの」という意味と、「言葉をつなぐことによって『意味づける』行為」と言えます。行為的な意味と、できあがった一つの記述としての意味とを、両方あわせ持った言葉だろうと、私自身は理解しています。

よく引用される例をお示しします。「王様が亡くなられた」「王妃様が亡くなられた」。いかにもおとぎ話という感じで、ナラティブ、ストーリーだという感じがするのですが、「王様の死」「王妃様の死」はそれぞれが一つの出来事=イベントですので、ただ並べておいただけではまだ物語りになっていません。それをつなぎあわせると物語りになります。「王様が亡くなりました。その後すぐに王妃様も亡くなりました」と時間経過でつなぎあわせるとストーリーになります。ところが王様が亡くなって、そのあと王妃様が亡くなったというのは単なる偶然ではないだろう、王妃様は王様を愛していたから喪失に耐えられずに亡くなったのだ、と意味づけますと、「悲しみのあまり王妃様は亡くなりました」とつなぐことになり、因果の意味を得た物語り、プロット、筋書きになるというわけであります。ナラティブ

の視点からものを見るということは、あらゆる記述を「それもまた一つの物語り」として見る視点と言えます。どちらがより正しい語りなのかではなく、いろんな語りができる。それは時間経過として考えることもできるし、因果論的に結び付けることもできる。因果論的な結び付けかたも一つではなく、王様が亡くなってすぐ王妃様が亡くなったのだから「きっと王妃様は王様が亡くなったので、やれやれとこれで私も自由になれるとホッとして遊びすぎたのが祟って死んだのだ」と因果づけることもできる。それらのうちどれが正しいか、ということはあまり重要ではない。いろんな感じ方がある。王妃様にも聞いてみれば何か言うだろうし、王様に聞いてみれば何か言うだろう。それを脇から見ていた人から見れば何か言うだろう。これが「羅生門アプローチ」と呼ばれるものの見方です。黒澤明の『羅生門』という映画に用いられたような視点ですね。

ところが医療現場にいるものからすると、このようなことは「どこが医療と関係あるのだろうか？」ということになります。例えばある人が以下のような体験をしたとします。「昨日、寒かった。傘を持っていなかった。雨に濡れた。風呂に入ろうと思ったが、すぐ入れなかった。身体が冷えた。今朝になると喉が痛い。咳も出る。たまたま、医者に行こう」。時間経過で話をつないでいるわけですが、こういうふうに体験をつなぐと「病歴」になるんですね。患者さんに「今日はどうしましたか？」「頭が痛くて」。これだけだと物語りになっていないのですが、「いつから始まって今どんなことがあって、どうなったんですか？」と聞くと今のような話をされます。一つのヒストリーです。病歴。ヒストリーの中にはストーリーが隠れているわけです。しかしそれだけでは済まないで、「どう思われますか？」と訪ねると、「冷えたから風邪ひいたんだと思う」。というようなことを答えられます。実は、患者さんに「どう思われますか？」と医者はあまり聞かないことが多いのです。しかし最近はそういったことを聞くように医学生は教育されてきています。このような語りは患者さんの「解釈モデル」と呼ばれています。アーサー・クラインマンという方が述べている「説明物語り(explanatory model)」です。それは大事だからちゃんと聞くように。「因果論的な物語りを患者さんに語ってもらおう」ということが今の医学教育では常識化しています。一般には、「ウィルス感染で風邪をひいたんだ」というのが医者の方の物語りです。それを患者さんに一方的に押し

つけるのが今までの医療だったわけです。それを「どうして風邪ひいたんでしょうね、どう思われますか？」と聞いたとすると、ある人は「冷えたから」とおっしゃるかもしれない。あるいは「ずっと試験で無理して、終わってホッとしたからそれで風邪をひいたんです」という人もいる。ホッとしたら風邪をひくのか？となるんでしょうが、それが正しいかどうかについてはあまりこだわらずに聞いていけば、そういう話も出てくる。中には、おじいさんが「根性があれば風邪なんか引かん、ワシなんか引いたことない、お前は根性がないから引くんだ」と言うかもしれない。

「風邪はウィルス性疾患だ」というのは「医学的物語り」としては正しいとされているんですが、実はこれも怪しいんですね。インフルエンザは確かにウィルス感染症ですが、同じウィルスに暴露されてもなる人と、ならない人がいます。お年寄りにはなりやすいのか。お年寄りだってなる人とならない人がいる。なんででしょう。わからないわけです。インフルエンザ以外の風邪は最近の説では感染症ではなく、「常在ウィルス」と言いまして、すでに喉にいつもいるようなウィルスが、その時の免疫の力が変化すると暴れ出すのだと考えられています。そうなると感染症と言えない。免疫の変化はどういう時に起こるんでしょう？ いろんなことが考えられるわけです。試験で頑張っていたのがホッと気が抜けた時も免疫は変化する。どう変化するかは難しい。いろんな物語りが考えられるわけです。

このようなことが、医療現場で起こっている現象についても実は当てはまるのではないかということが、「なぜナラティブと医療が関係あるか」ということのベースにあります。言わずもがなのことですが、医学の世界では現場で起こっている現象を色々な視点から説明しようとしています。ナラティブの認識論は、「私たちが認識する現実、実は私たちの手の届かないところに最初からあるのではなく、言葉によって紡ぎだされるナラティブによって構築されている」という考え方です。これが正しいかどうかという議論はしても仕方がないんですが、このような視点から見ると世の中の現実も違って見えてくるわけです。「私たちは自身のナラティブを通じて世界を認識している」わけです。「最近、よく風邪引くな、根性を鍛えなさいといかん。トレーニングするか」と行動する人もいれば、「やっぱり無理しすぎたんだよ。暖かくしているのが一番だ」。あるいは「うがいだな、とにかくうが

い」という人もいるわけです。

今のような簡単な物語りもあるんですが、かなり深刻な物語りの場合もある。こういう認識論は一般には「社会構成主義」「構築主義」と言われていて、近代医学が依って立つところの「科学が発達すれば、すべての現実には真理が明かされて説明できるようになるのだ。我々はその途中にいるんだ」という「モダニズム、近代的な考え方」に対抗する「ポスト・モダニズム」の代表的な考え方です。認識論の問題は医療従事者に話をする時には、実はあまり強調しないようにしているのですが、「ナラティブ・ベイスト・メディスン」とは患者さんの話を聞くことであって、もちろんそれは大事だし、当然なんですけど、「それだけだ」と考えている方に対しては「少し認識論的な変化があって、そこを押さえてないと理解できないところがありますよ」ということを話させていただいています。

医療に限らないのですが、ナラティブとは書き換えられるものだし、実際に私たちは書き換えているわけです。「ナラティブによって世界は構築されている」わけですから、ナラティブを書き換えることによって世界そのものが変わります。「私たちは、成長や人生の過程において、新しいナラティブを必要とする」わけです。単純な例では子どもから大人になる時、あるいは卒業して社会人になる時、医者の世界では、学生として実習している時と、医師免許を取得して主治医となった時では責任が全く違って来る。その時に物語りを書き換えていないと非常にまずいことが起こってきます。当人がまずいだけでなく、周りも困るわけです。医療現場の例を挙げますと、患者さんが慢性疾患になってしまって、「この病気は治らない、しかしマネジメントしていけば、それなりに生活ができる」という時は、多少今までできていたことを諦めなければならなくなります。「激しい運動はできない。病院にも通わなければいけない。薬を飲まなければいけない。その代わり人に頼ってもいい。保護してもらうことはあたりまえだ」というふうに物語りを書き換えないと、なかなかやっていけないわけです。これは言われているほど簡単ではなく、それまで「独立独歩だ、他人に迷惑をかけてはいけない」と力んでいた人が物語りを書き換えるのは大変なことです。そうすると、病気になって何らかの能力が落ちてしまうことプラス、物語りを書き換え切れないということでも更に苦しむこととなります。さらに、「この人は病人なのにちゃんと治療を受けない。病識がない。非常識な患

者だ」といった外部からの余計なナラティブにさらされると苦しみは更に強くなります。そういうことが病いの結構大きな部分を構成しています。身体の変化のみで説明できる病気もあるのですが、人間とは一人一人が自分の人生を生きているわけですから、単純に身体のことだけで決まるわけではなく、今のようなことが重なってきますと、それが全体的に病いを構成してくるわけですね。「医療現場は極めて頻繁に物語りの書き換えが要求される現場である」ことになります。そこで、「物語りの書き換えに付き添って援助することが医療者の重要な役割である」という考え方ができるわけです。これは医者にとっては新しい視点です。看護師さんにとってはそんなに新しい視点ではないのですが。

その時、我々医療従事者も患者さんと接する時、自分自身のナラティブをそのままにしてはやっていけない、変えないといけない時がある。科学的な医学観だけで患者さんを治療しようとしても全くうまくいかないことが現実にあって、その時に「自分のナラティブを変えるのか」「患者を含む現象を無視するか」という二者択一になることがしばしばあります。患者さんの方を無視すると、患者さんはたまったものではない。しかし「専門性」という名のもとにこのようなことは結構よく起こっています。「あなたは専門外だ。僕は身体の病気だけを診ている。身体の病気には自信があります。身体の病気を調べたけど、全然ないです。だから帰ってください」。こうなると苦しんでいる患者さんは突き放されてしまうわけです。「身体だけ考えているのではうまくいかない。もう少し広いナラティブを自分の中につくりださないと、患者さんの役に立てない」と気づきますと、医療者も苦しむわけです。簡単な話ではない。しかしそこでいろいろ頑張っていると、新しいものが見えてきて医療者の方も視点が広がる。そういうことが頻繁に起こっているのが医療現場であると言えます。

ナラティブの話は医療に限定されるものでももちろんなく、その他の分野で先に注目されてきたものですが、「ナラティブというものを医療にきちっと取り入れてみると、どういうことになるか」というムーブメントが医療現場から起こってきて、それが「ナラティブ・ベイスト・メディスン」なのです。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という言葉がはっきり提示されたのは1998年、モノグラフがイギリスで発行されたことに始まります。発行はBMJの出版グループです。英国



医師会のグループです。医師会がバックアップしている。イギリスの場合、イギリスの医者半数は General Practiser、GP、一般医です。日本はほとんど専門医です。私も消化器内科を専門とすることになっています。私は消化器内科医だとすると、患者さんが来て「腹が痛い」「おう、診てみようか」「頭も痛い」「消化器では頭は痛くならんぞ」「足も痛い」「これは違うな。どこかよそへ行ってください」となるんですが、日本はフリーアクセスですので、ある意味でそういうことも許されるんです。イギリスの制度ではそうではなくて、その地域の人はほとんどすべての人が、その人の地域の GP、開業医と契約する。例えば医者が1,000人の患者さんと契約するとしますと、1年間、その方々の健康管理をします。重篤な病気になればそこから専門医に紹介する。必ず一般医を通るようになっています。その時にお金の流れはどうなっているかといいますと、日本では薬を出すといくら、検査したらいくらという出来高払いです。イギリスの National Health Service は「1年間、1,000人でいくら」です。大雑把にいうとそういうことです。1,000人の方ができるだけ医療に満足して暮らしてくれるのが医者にとっても幸せになるわけです。たくさん薬を出してたくさん検査をすれば、医者の方の持ち出しになるシステムですので、イギリスの一般診療医はいかにむだなコストをかけずに患者さんの満足度を上げるかということに努力せざるを得ません。しかも大きな病気の見落としは許されない。ある意味では厳しい状況です。

その中から出てきてのが、Evidence-based Medicine (EBM) です。エビデンスという言葉はいろいろ誤解されている向きもありますが、一言で言うと「過去の人間集団における臨床疫学的な研究のうちで信頼できるもの、その結果、情報」がエビデンスです。動物実験や細胞を使って遺伝子がどうのというのは狭い意味でのエビデンスではないんです。そこから得られた情報は人間に当てはめられるかどうかかわからないわけです。実際に人間の集団で確認された情報、「この薬は効きます。この治療法は70%の人をよくするが、25%は変わりなくて、5%は却って悪くなる」といったもの。それをエビデンスと呼びます。「過去の経験をまとめたもので、かつ一定の基準で批判的吟味をして正しいということが証明されているもの」をエビデンスと呼ぶ。それに基づいて治療すると最低線は保障される。

これは一般診療医の人にとっては死活問題で、適当にやっていたのでは治療成績

が上がらない。とんでもない間違いをしてしまう。そこで過去のデータをきちっと整理し、いつでも手に入るようにしよう。それをできる限り患者さんに適応していけば、専門医でなくても、ある程度のレベルは確保できる。E B Mとはこういう発想の医療で、これは正しいわけです。それはそれでいいのですが、「どうもそれだけでは患者さんの満足度を確保できない」と気づいてきたわけです。その中から「患者さんの個人的な人生の語りを大切に共有していかないと、現実の医療は成り立たないのだ」ということを強調して出てきたのが「ナラティブ・ベイスト・メディスン」です。

これは実は新しい話ではないのです。近代医学は人間を臓器の集合体、細胞の集合体とばらばらにわけて考える傾向があります。身体の病気は身体だけ。精神的な病気は脳だけ。肺の病気は肺だけ。私は消化器の膵臓が専門ですが、膵臓はメジャーな臓器ではないですが、外来をやっているだけで膵臓の悪い人だけ来てほしいわけですね。しかし実際に来るのは膵臓が悪い人だけではない。まだ一度も膵臓だけが歩いて診察室に入って来るのを見たことはありません。患者さんしてみると、「あなた膵臓は何ともないから帰ってください」ではたまらんわけです。患者さんを全人的に診ないといけない。言葉で言うのは簡単ですが、これが大変なんです。しかしそういうムーブメントは常にあったわけです。近代医学はどうしても分析的に分けていく傾向が強い。それはそれでいいんだけど、やはり患者を全人的に診る必要があると主張する流れはずっとありました。ただ定着しないんですね。なぜかというところを患者を全人的に診るといことは大変だからです。一言で言うとそれに尽きます。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」はそのような全人的医療のムーブメントの流れを汲んでいるわけです。「エビデンス・ベイスト・メディスン」には誤解が多いのですが、科学性が過剰に強調されてしまって、統計的観点からだけに人を見てしまう傾向があります。統計の一部として個々の患者を見てしまう。患者さんしてみると満足度が得られない。N B MにはE B Mの過剰な科学性を補完する意味があります。

そしてもう一つの特徴は、N B Mは学際的な専門領域の広範な交流を特徴とするということが挙げられます。これはなぜかというところ「ナラティブ」というキーワードがあるからです。もともとナラティブは医学の専売特許ではなくて、人類学、社会

学、心理学、その他、人文領域の方法論を広範に借りてきているわけですから、このような領域と相互交流ができるし、現にしています。これが一つの重要な特徴だと思います。英国で発行された初めての「ナラティブ・ベイスト・メディシン」の本を運よく版權を獲得しまして翻訳させていただきました。2001年、金剛出版から出版いたしました。これはいい本ですが、極めて広範な内容を扱っていきまして、人類学者も書いていれば、社会学者も、哲学者も書いている。もちろん医者も書いている。全貌を見るにはいいのですが、とりあえず「私の医療はどうすればいいのか」となると、ちょっとわかりにくい点があります。本当に学際的な本です。

もう少し実践的なものが必要だろうと考えまして、私と岸本先生、心療内科の先生ですが、の二人で「我々がやっていることを書こうではないか」と出版したものが2003年7月に出版した『ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践』（金剛出版）です。最近、子どもと直接関係がないところでも、こういうことに興味を持っている方が多くなってきて、色々な論文が出たり、講演や学生の教育に使ってくださっている先生もおられます。

医療に限定した場合の「ナラティブ・ベイスト・メディシン」はどういう特徴があるかということをお話したいと思います。「定義」というものは曲者でありまして、そんな定義がどこかにあるわけではなく、我々が構築しているわけですから、一言では言えないわけでありまして。一言で言えないのが「ナラティブ・ベイスト・メディシン」の特徴と言うと逃げになるので、一応、できるだけ簡略にまとめると、最初のステップとして患者さんの語る「病いの体験の物語り」をまるごと傾聴し、尊重するということが極めて重要です。「病い」という言葉は医療人類学で使われている言葉で、一般に「病気」と言われているものの主観的な側面、「苦しい、痛い、やってられない」という体験を「病い」と呼びます。それに対してdisease「疾患」という言葉があり、客観的な所見とか証拠が得られる側面を「疾患」と呼びます。糖尿病という疾患は実在するかどうか、本当は構築主義でいくと難しいことになるのですが、一応そういうものがあるとすると、血糖値がいくら、血管がぼろぼろになっているのが検査で分かるといった客観的に把握できることが糖尿病の疾患の側面ですね。それに対して「最初は痛くも痒くもない。ちょっとおなかが空いて喉が乾く」というのがillnessの側面で、最初は症状がないように思いますが、

途中から出てくる。「あなた腎臓が悪いよ」と言われて腎透析を始めるとillness が全面的に出てきて、社会的にも苦しいことが重なってきます。「俺は将来どうなるんだろう」と思うと悩みはますます深くなります。悩みの部分は客観的に測定できませんので、disease よりillness に入ります。「病気」はdisease とillness の両方の側面を持っていて、ほとんどillness だけで、disease が証明できないものもあります。Diseaseはあるが、当人は苦しくないものもあります。両面から見ることは必要ですが、「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の基本姿勢はまず「患者さんの主観的体験を尊重する」ということになります。具体的には「聴くこと。批判せずに聴くこと」。これは昔から言われている「傾聴」と異なるものではありません。これはとても大事なわけです。これが最初にこないと医療が始まらない。ところが、現場にいる方はすぐ気がつくと思いますが、「聴くというのは大事だ、わかる。やろうとしている。しかしなかなかできない」。なぜか。こちらの方が凝り固まった一つのナラティブしかない、なかなか聴けないんですね。患者さんがちょっと外れたことを言うと「これはへんな奴だな」となって、真剣に聴けないわけです。そういうことが現場でよく起こるわけです。後ほど事例を挙げさせていただきます。

そこで医療従事者側として必要になってくることは、医療におけるあらゆる理論や病態説明を「一つの物語り」として相対化するということです。口で言うのは簡単ですが、これは結構大変です。私は西洋医学の立場に立っていますので、東洋医学の先生が、病気は「気の循環が悪くなって起こる」と言われますと、「何のことだ?」となります。日本では医師免許はすべて西洋医学に基づいて与えられるので、その上で東洋医学を学んでいる先生はおられますが、それをどうやって調和させるかは難しい問題です。もし仮に東洋医学だけのナラティブでやっている先生がいたら、心臓が止まりそうな患者に対してでも「気の循環が・・・」となって大変なことになります。互いに一つの物語りだから、その時、その時の対話の中で採用していくという柔軟な姿勢がないと医療自体が成り立たないわけです。しかし今までの医療は、西洋医学が正しいか、東洋医学が正しいかという視点でやっていたわけですが、そうじゃないんじゃないかと思います。「相対化することによって物語りを共有しやすくする」のは大事なことだろうと思います。

「僕はそんなのはわかってますよ、何でも一つの物語りですから相対化できてい

ます」という人が必ずおられるんですが、そういう人には「あなたの言っていることは単なる一つの物語りですね」と言ってみるとわかるんですね。多くの人は、そこで怒りだす。「そんなことはない。俺の言っていることはちゃんと根拠がある」。「あなた、それは話が違うじゃないですか？」と言いたくなるわけですが、ことほど左様に「自分自身の物語りを相対化する」ことは難しいですね。

結果的に、認識論として述べますと「複数の異なる物語りの共存や併存を許容すること」になります。これは決して何でもいいということではなく、その時、その時に何を選択していくかということは必ず出てくるわけです。ここのところが一番実践で要になるところで、かつ難しいところがあるわけですが、しかし基本姿勢として一つの物語りにすべて当てはめるのではなく、患者さんは患者さんの説明物語りがあって、かつそれも一つではなく刻々変化していく。我々の方も西洋医学的な見方、東洋医学的な見方、心理療法的な見方、社会医学的な見方と多様な見方をしていく。その併存を認める必要があるわけですね。そういう姿勢でやっていくのだけど、最終的には「医療従事者と患者さんとの対話の中から新しい物語りが創造される」、これを重視する。そこに落としどころを持ってくる。基本的にはこういうことになると思います。これでは抽象的ですので、もう少し具体的でないとな役に立たないかなと思いますが、特徴という言葉でまとめるとこんなふうになります。

「エビデンス・ベースド・メディシン」は、先程も述べたようにここ10年くらい非常に重要視されている方法論です。「個々の患者のケアの決定において、最新かつ改良の根拠（エビデンス）」と、EBMとはかなり限定された明確な定義を持ったものです。時々違う使い方をしている人がいますが、EBMという場合にはこの定義に従うべきだと思います。「それを良心的に正しく明瞭に用いること」。エビデンスは個々の患者の決定に用いるための道具なんですね。これについては誤解が多いんです。EBMとは「エビデンスに基づかない権威者の見解や経験主義に挑戦する」という側面も持っているんですが、医療における普遍的な正しい方法論を保障するものではないんですね。「こっちの薬の方が絶対いいですよ」「こういう治療法をやったら間違いなくよくなります」とはEBMは言っていないわけです。

EBMを実際に実用、実行するためにはステップがあって、まず第一ステップで、患者さんから話を聞いて「問題は何か」を決めないといけない。風邪を引いた時、

ヨード液でうがいするか、水でうがいするか。普通はそんなことで悩まないんですが、ヨード液がないと水でうがいする。しかし、「それには差があるか？」という問題を仮に提起すると、それについての「情報収集」をします。普通はインターネットとか、二次資料もありますので、最近は簡単に情報収集ができます。それは本当に当てになるのかを「批判的に検討」します。ここのステップは大事ですが、一般にはこの2、3だけがEBMだと思っている方が多くて、第4の「実際に得られた情報を患者さんにどう適応するか」ということがあまり強調されていません。ところで皆さん、どう思いますか？ 今の話。最近の信頼できるエビデンスでは「水道水でうがいする方が風邪の予防効果は高い」ということが出ています。これが常識に反するわけです。擦り傷で怪我をして消毒薬で治療するのと水道水で洗うのとどっちが治りが早いでしょう。水道水なんですね。こういうことが「エビデンス」として提出されています。「今まで我々は何をやっていたんだ」という気持ちになるのが正直なところです。

もうちょっと深刻な話として、例えばがんになった方に抗がん剤の治療をするか、それをしないで様子を見るかという臨床疑問はしばしば生じます。エビデンスを検索するとかなり手に入ります。個々の患者さんにどう適応するか。詳細で繊細な話し合いをしなければなりません。それをやってみて評価するんですが、「EBMは患者さんとの対話なしには実行できない」ということになります。

ところがエビデンスというものを臨床利用する時に避けられない問題があります。こんなことです。私は<sup>すいぞうがん</sup>膵臓癌の専門家とされていますが、膵臓癌は治らない病気だと言うのは辛いのですが、一般に数字そのものの信憑性はともかくとして、膵臓癌全部含めて1年後の生存率は大体20%くらいです。そこで患者さんにお伝えする。「Aさん、あなたが1年後に生存している確率はおおよそ20%です」。ダイレクトにこういう言い方をするかどうか別として、精神的に<sup>たくま</sup>強い患者さんですと「えっ、そうなんですか。かなり悪い病気ですね。ところで先生、私は一体いつまで生きられるんですか?」。これが極めて自然な反応ですね。医者からみると「何をバカなことを言ってるんだ」と言いたくなるかもしれませんが、これは馬鹿げたことではなく、重大な問題です。答えられないわけです。一言で言うと「エビデンスは確率論的な情報しか提供しない」ということになります。過去の人間集団にお

ける情報ですから、それを目の前の患者さんの未来予測に当てはめようとするとき極めて大きな限界がある。直接は当てはめられない。これは一般には「医者の説明の仕方が悪いんだ。エビデンスの調べ方が悪いんだ。そのうち正確にわかるようになるんだ」と言われますが、そんなことは絶対にない。認識論的に不可能なのです。そこをどう現場で統合するかは極めて大きな問題ですが、まだ結論は出ていないわけです。

「EBMとNBMを統合的に行うことは可能か？」ということが今、最近になって話題になってきました。これは実は深い問題で、「一般的に真理とされている情報」を、「現場の刻々と移り変わる時間の流れの中で起こる現象」にどう適合させるかという問題で、おそらく「アポリア（難問）」と言ってよい問題だろうと思っています。できなくてあたりまえなんですね、実は。ただできないことでも頑張ろうというのが人間ですから、色々な考え方がありまして、例えばこういう考え方があります。「EBMとNBMは相互に補完的であり、NBMを加えることによってEBMの体系は完成するという楽観的な考え方」。これについては論文が出ていて、EBMのステップ1とステップ4はNBMである。患者さんの話をよく聞いて「こういう問題なんです、じゃ、エビデンスを検索します」とコンピュータをパチパチやって批判的吟味を行って、これは使えるとなれば、「こっちの薬の方があっちの薬よりよく効くようだ。こっちの薬だと70%、あちは50%。こういうエビデンスがありました。どうですか、50と70ですよ、やってみますか？」「ぜひやってください」というように患者との対話を取り入れることによってEBMは完成するという考え方です。これは「楽観的」という評価を誰かがしていますが、確かに楽観的です。両方ともうまく使えば、そう悪くはない。しかし本当にそれで統合されているのだろうかという疑問があります。EBMとNBMは実は世界観が違う。世界観というのは認識論ですけどね。「EBMは確率論を見ている。NBMは現象的な世界を見ている。だけど現実の患者さんと向かい合っている場においては、それを共存させることはできるだろう。それがナラティブである」となるんですが、「ナラティブである」という言い方は「共存しうるとする慎重な考え方」で、どっちかがどっちかを統合するということではなく「併存させていいんじゃないか。それもまた一つの物語りではないか」ということです。これがNBMの

主唱者であるグリーハルさんがとっている考え方です。基本的にはそういうことでも良いと思うんですけども、さらに大胆な考え方がありまして、こう思っているのは私だけではないかと思っています。

「EBMとNBMは異なる二つの世界観であるが、患者と医師との対話の現場において、NBMはEBMを包摂統合しうる。ただし、それは絶対に矛盾しているものを包摂するようなやり方で包摂している、すなわち絶対は矛盾的自己同一的にNBMとEBMは統合される」という、わけのわからない話なので、こういうことを言っているのは私だけなのです。実践的なレベルで言えば、「ナラティブ」というのをベースにおくと「エビデンスをうまく利用することができるのではないか」ということです。

事例を提示させていただきます。ナラティブの話は多様なものを含んでいますので「一例の事例を示してそれで何が言えるのだ」ということはあるのですが、ここではまずナラティブというものと、エビデンスを臨床現場で何とかうまくすりあわせていくにはどうするかという点に焦点を当てて事例を見て行きたいと思います。

Aさん、60代の男性です。主訴は口の中が痛い。気力がない。便秘などです。受診までの経緯ですが、15年前に、気分が沈み込んでうつということで仕事を辞められました。この時に入院体験もあります。うつは、よくなりましたが、しばらくたつといつも口の中が痛いという症状が出現しました。これが本人にとっては辛いわけです。いつも気になって仕事どころではない。痛いからと病院に行く。しかしラチがあかない。「舌痛症」として複数の医療機関を受診しましたが全くよくなりませんでした。10年ほどたちまして、あるところで「うつの治療も必要だよ」と言われ、知人を通じて私のところを紹介されました。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」ですから、じっくり聞く必要があるわけです。患者さんの「イルネス・ナラティブ、すなわちこういう体験をしてこういうふうに辛いんだ」というものです。正直言いますと、こういう話を聞きますと医者としては気が重くなります。「この人、治せないんじゃないか」という感じがしてきます。10年間、いろんなところに行っています。単に局所の専門家だけではなく心理的なことまで対応できる医療機関に行っていて、しかし全くよくなっていません。「果たしてこの人の原因は何か。どうやったら治るんだろう、何が効くのだ



ろう?」。うまくいきそうな気がしない。私は消化器が専門ですので「口は消化器かな?」などという気持ちも起こってきます。そういうところで内心ゴチャゴチャするところもあるのですが、とりあえずお話を聞くことにします。話をじっくり聞きますと、「確かにわかるな。こういう体験をしているのだな」という意味での理解の共有はできます。「どうでしょう、今回は何がご希望ですか。何を期待しておられますか?」「今回こそすっきり治したい」。またこちらとしては参ってしまうわけです。「すっきり治したいと思わなければ、それなりに治るんだけどな」という感じです。

ちょっと大げさに言うと、こちらダブルバインドみたいなものにはまっちゃうのです。医者立場から言うと「治さないといけない。しかしどうもとても治せるとは思えない。かと言って突き放すわけにいかない。どうしよう」という感じですね。ところが実はこの患者さんの話を聞いた後で、私の頭にふっと浮かんだことがあります。「ナラティブも大事だが、エビデンスも大事である」ということです。こちらのイメージとして「大変だな。よくわからない病態だな。とてもエビデンスはないだろう」と思うわけですね。エビデンスとは科学的根拠ですから。でも考えてみると科学的根拠と言いますが、動物実験ではないんですね、エビデンスは。臨床的な根拠ですから、こういう患者さんは結構いるわけです。「いろいろやってみたらこうだった」というケースはあるはずだと。それで調べてみたら、こういう項目がありました。

口腔内灼熱症候群 (burning mouth syndrome)。いやあ、すばらしい概念の名前があるんだなと思いました。最近まで知りませんでした。しっかり教科書に書いてあるわけです。外国の方はセンスがいいなと思いました。burning mouth syndrome っていいですね。ミッキーマウスみたいで、治りそうな気がします。これは何だろうと思ってよく読んで見ますと、「臨床的に正常な口腔粘膜を有する人に起こる、心因性、または特発性の灼熱感や痛み」と定義されています。これも見事な定義です。「心因性」「特発性」というのは実は何も言っていないのと一緒に。「明らかな原因が同定されない」ということです。しかも口腔粘膜は正常なんです。でもちゃんと疾患概念として定義できちゃう。見事な定義でして、定義しちゃうと疫学的調査ができる。「一般集団における有病率は0.7~15%」というところでもない

ばらつきのある数字が出てきました。15%というのは100人いたら15人いるということですよ。一般集団ですよ。ということは、実は common disease、ありふれた状態ということです。そう言われてみれば、そうなんですよ。そういう方は結構いるんですよ、いつも口の中が気になるという方は。中年以降の女性に多いらしい。専門病院で診るか、一般の診療所で診るか、これは母集団によって違うんです。すべての人にアンケートを採るかによって全く違うわけです。こういうことが『クリニカル・エビデンス』という本に論文付きで載っていました。

これを見て対話に利用できるのではないかと、話題として採り入れることができるのではないかと思い、実際に採り入れてみました。「Aさん、お話大体わかりましたので、私の方から考えていることを説明させていただきます」「よろしく願います」「ごらんのとおり」。この本がいいところはしょっちゅう改版されるんです。最初のページに「改版されたら前の版は捨ててください」と書いてある。すごいなと思います。エビデンスは刻々変わっていくものですから、前の版を持っていると間違えるわけです。そのくらいすごい本ですが、それを患者さんにドンと見せたわけです。「ごらんのとおり、この病気は決して珍しいものではなくて、全人口の1~15%と書いてあります。だからありふれた病気であると言えます。あなたの苦しんでいる口の中が痛いというのは、この概念に当てはまるのではないかと思うんですが、どうでしょうか?」と聞きました。「その通りです」。Aさんは続けて「そうなんですか。今までどこの病院に行っても、『こんな変わったことを言うのはあんただけだ』とか『これは難しい、珍しい病気だから治す方法はない』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一人なんだろうと思っていました。でもそうではなかったんですね」とおっしゃり、表情が柔和じゅうわになられたわけです。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の立場から言うと、ここでは少し物語りが変わっているわけですね。患者さんの感じていた物語りが。しかしそれだけでは話は解決しないので、今度は治療になるわけです。治療は「介入 (intervention)」という言い方をします。エビデンスの考え方では、介入にはいくつかのオプションがあって、それが今までスタディで比較されているわけですね。この本の特徴はランク分けしているところです。4、5段階あって、「エビデンス的に有益である」

ことが証明されているというオプションがあったらシメたと思うわけです。こっちもうれしいわけです。ありました。一つだけ。「認知行動療法（RCTで有効性が証明されている）」。よくこんなものでRCTをやったなと感心したのですが、専門家が批判的に吟味しても、統計学的にきちっと「意味あり」とされています。16人くらいの方にやって、対照群をとってランダムイズ(randomized)して5人くらい完全に症状が消失している。対照群では一人も症状は消失していません。しかしよく考えると10人は治っていないわけです。エビデンスとはそういうものですが「だからこれは有効だ」ということになります。「有益性不明」というランクは、検討されているが、有益かどうかかわからないわけで、決して効かないことが証明されているわけではないということです。そのへんが大事です。閉経後の女性に多いそうで、HRT=ホルモン補充をやったが、はっきりしない。ビタミンBをやったがはっきりしない。抗うつ薬、「これが効いていれば楽なんだけどな」と思うわけです、医者は。しかし「不明」でした。そういう多数のオプションについてのスタディがされている。これも『クリニカル・エビデンス』という本に載っていました。それを利用しようと考え、以下のようにお話ししました。

「治療についてですが、残念ながらこれを飲めば完全に治るというお薬についてのエビデンスはまだ知られてないようです」。正直に言うしかありません。「しかしここに書いてある通り認知行動療法という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ないんです。でもこの方法のエッセンスは知っています」。はったりですね。認知行動療法の専門家ではないのはウソではありません。「エッセンスを知っているか？」と言われると、「知っている」と私が思っているだけかもしれません。これも一つの「物語」です。こんな言い方をすれば「それはどのような治療法ですか？」と身を乗り出してくるのは当然ですね。

ここで一つ問題になるのは「エビデンスで認知行動療法が有効である。16人中何人か有効である」。その数字だけをポンと患者さんに投げかけてもどういう意味を持つかということです。残念ながら日本で認知行動療法の専門家が、すぐ隣の部屋に控えている状況というのはほとんどないわけです。もちろんそういうところもあります、少なくとも僕のところはそうではない。「隣に専門家がいますからす

ぐ行ってください」と言えれば良いのですが、実際にはそうではないので「残念だね、認知行動療法が効くと書いてあるけど、ここにはないから、ハイ、さよなら」になっちゃう。これでは患者さんには役に立っていないわけです。

私の考えでは、医療というのは患者さんを援助することであるので、その時にできる最善の行動を選択するわけです。私は少なくともこの方法のエッセンスだけは知っているが、本当の技法は知らない。しかし近くに専門家がない。この状況の中で「患者さんとの関係を引き受けることを前提にして、いかに良い関係に持っていくか」を戦略として選択したわけです。それがこういう言い方になったわけです。ただしその時は、この戦略に全然、成算はなかったわけです。「ひとことで言うと・・・」こんなこと言っても通じないだろうなと思いつつ続けました。

「・・・症状を完全に治すという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こうという考え方です。そのためにいろいろとAさんの考え方を聞かせていただいたり、一緒に考えたりという方法をとりまします」。これはウソではないですよ。認知行動療法とは、不適切な認知を変えていただく、そのための技法ですね。ただその目標は完全に症状を消失させるのではなく「症状が消失しなければ俺は絶対だめだ」という認知そのものを変えてもらう。そのためには、行動療法のテクニックを使って、症状を持ちつつADLを上げていく、日常生活ができるように援助していく、これが認知行動療法のエッセンスではないかと思っています。このようなことをお話したわけです。そしたら何とおっしゃったかと言いますと、「あ、それって、要するに、『病と仲良くして、病いととも生きなさい』ということですね」とおっしゃったんです。それを聞いて私は<sup>あぜん</sup>唖然としまして「そうそう、そうです。そのとおりです。よくご存じですね」「それは、今までにもいろんなところで言われて来ましたから」（笑い）。向こうも笑ったし、僕も笑いました。この笑ったというのがすごくいい感じでした。「私も専門家ではありませんが、できる範囲のことで努力しますので、しばらくおつきあいお願いできますか」「ぜひお願いします」。こういう話になりました。

実はもう一つあって「気力が出ない」という問題があります。口腔内灼熱症候群には抗うつ薬はエビデンスがない。しかし効かないという証拠があるわけではない。効果は証明されていない。しかしこの方にはよく問診していますと「眠れない、朝、

早く目が覚める。気分が落ち込む」という、うつ症状があるので「うつに対して」という視点を定めれば「抗うつ薬の適応がある」ことになります。その話をしました。

「次に、気力がでない、何もする気がしないという問題についてお話します。これは私たちの言葉では、『うつ気分』とか『うつ状態』とか呼ばれている状態だと思います。このページをごらんください・・・」。本を見せて「・・・うつ治療についてのエビデンスは、ごらんのとおり非常にたくさんあります。お薬だけとっても、何種類も有効な薬があります」。実際にそうです。うつのエビデンスは抗うつ薬しかないと思われていることが多いですがそうではありません。認知療法は効きますね。その他にいろんなエビデンスがあります。セントジョーンズワーズ（西洋のこぎり草）というハーブも効くと書いてあります。一番びっくりしたのは、さすがに効くということではないんですが、検討されているものの中に「お友だちをつくる」というのがあって、そういうスタディやっていますよ。「有益性不明」となっていました。びっくりしました。こちらの勉強不足なんです。たくさんあるんです。薬も何種類も有効な薬がある。「私としては、最近開発された、副作用の少ないSSRIという薬をお勧めしたいのですが、いかがでしょうか？」と話したら、にこにこしながら「はい、先生にお任せ致します」という話になりました。というわけで治療が始まりまして、この間にいろんなことを話されました。

お薬を飲んでもらいながら、「先生、こういうことで気が重いんだ」という時、「これを解決できないと私はお終いだという気分になってきませんか？」「確かにありますね」。「じゃ、認知を変えましょう」とかやったんですが、そういうのはちょっとだけで、ほとんど向こうがいろんなことを雑談的に話してくれるのを聞いていました。第5回の面接で、「どうですか、口の痛みの方は？」と聞いてみました。聞くの怖いんですね。10年間変わってないわけですから。「時々まだ、口の中は痛みますが、キシロカインを塗れば良いと思ってます」。表面麻酔薬です。「気になりません」。エッということです。ヤツタと思いましたね。その後以下のように話してくれました。「実は15年ほど前の職場で、同僚にひどい人がいて、いじめられました。その時は、精神的にとても辛く、パニックになって入院しました。うつが軽快した頃から口の中が痛くなりました。その後、いろんなところを受診し

たけど、全くよくなりませんでした。今は、こんな良い気分になったのはここ10数年ありませんでした。ありがとうございます」。印象深かったのは初診の時の話と迫力が違うんです。これまでは最初に発症した時のエピソードをこんなふうに詳しくは話してくれませんでした。どういうことがあって、どう辛かったか、これを語れるようになったのは「良くなったら語れるようになった」のか、「語る事が良くしているのか」、わからないわけです。どういうふうにも解釈できます。どういう物語りもつくれるわけです。しかし全体としてこちらもフに落ちたなと感じました。第5回の面接で一旦、治療を終結しております。10年間の辛い痛みが相当軽快してくれたという事例ですが、何が効いたのかというのは非常に難しい問題です。抗うつ薬を飲んでいますが、それがやっと効いてきたという考えることは可能です。「生物医学的な物語り」からすれば、そう考えるべきですね。しかし「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の提唱者としてみれば「対話が効いたんだ」と言いたくなります。ほんとかい？と言われそうですね。「認知行動療法が真似事だけど効いたんだ」。本職だったらどんなに効くかという考え方もあるでしょう。「こんなもの偶然だよ。たまたま治ったんですよ」という考え方も全部成り立つとするのが「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の考え方です。

では「エビデンス・ベイスト・メディスン」から考えたらどうなるか。答えは簡単です。「これは臨床疫学的なデータではないので何とも言えない」。つまり個々のケースがなぜそういう経過をとったかは説明できないわけです。EBMでもNBMでも説明できないから「EBMとNBMは車の両輪だ」と私は思っているわけです。統合的な診療は一筋縄ではいかないけど、できないことはないだろうと考えています。

まず「患者の物語りを丸ごと傾聴する」ことがないと始まりません。エビデンスが使えるものがあれば、ダイレクトに用いるのではなく「物語的に再解釈する」必要があるのではないかと思います。そして再解釈したエビデンスを「今ここでの対話に話題として取り込む」。そうするとうまくいくと「新しい物語り」が浮かび上がってくる可能性があります。EBMは有益なエビデンスが得られない場合、理屈上使えないわけです。そういうことはよくあるわけです。しかしエビデンスが得られない場合でも、ナラティブの考え方からいけば、対話を続けることによって新

しい物語りの浮上を期待することができます。最後に大切なのは「物語りには良いものだけではなく不適切なものもある」ということです。「顎関節の治療をすれば、すべて身体の調子は全部良くなります」というような物語りが実際、インターネットで宣伝されたりしているわけです。そのためのマウスピースが一つ40万円。そこへ患者が殺到したりするわけですね。そういうものに対して「いや、それはけしからん」というだけでは説得力がない。エビデンスを持ち出すことで不適切な物語りの一人歩きを防止することができるでしょう。「そういうことはエビデンスで証明されておりませんよ」ということですね。

ここまでが「認識論と実践」ということですが、ここから研究という視点を持ち込みたいと思います。こういうものは研究しにくいのではないかというのが、今までの医学の考え方なんです。しかしそうでもないんじゃないかと私はこだわっているわけです。「医学と医療はどう違うか」という話もあるんですが、医学は「知の体系」だろうと普通は考えます。一般的に学問はそうです。しかし医学と医療はメディスンで一緒なんです。医学領域では認識論的には実践と研究が分離していません。ところがいつのまにか日本では分離してしまって、実験室で動物や細胞を扱うのが「医学」ということになってしまっています。私は「これは本当に医学かな？」といつも思うんですけど。「医療」は現場で患者さんの治療をすることで、完全に分離してしまっている。これはまずいことで、「本来は医学と医療は一体のものであって、医療の実践を改善したり、説明を与えたり、指針を与えたりするための知の体系が医学だ」と私は思っています。しかし、そういう考え方をとらない方も多くて、一つの考え方としては「医学と医療は別のものだ。医学は科学だし、医療は実践だ」という考え方もあります。さらに「医学を実践に应用するのが医療だ」という考え方もあります。しかし「メディスンは現場での援助行為が一番の本体であって、それを有効にするためにいろんな知の体系を使う。その中には科学的なものが、かなりたくさん入ってくる」と私は思っています。

医学を研究する方法論としてももちろん「医科学的な研究」があります。ただしここで言う科学は何を意味しているかが問題です。医科学と他の領域の科学は違うのだろうか。どうもそうじゃない。「医科学は独自の方法論を持っていないよ。たとえば生物学の方法論を医学に借りてきている。分子生物学。これは大きい分野を占

めている。動物学も借りてきている」。それはそれでいいわけですが、それだけではないだろう。もっと「人間科学的なもの」も借りてきている。なぜそれが医科学の研究になるかということが問題になります。多分「メディスンは病む人の援助のための領域である。その目的のために使えるものはすべて使う。それが医科学だろう」と思います。したがって本質的に「学際的」でなければいけない。だから「医科学は単一の科学の方法論ではなく、上記の目的の遂行のために複数の科学の方法論を採用する学際的科学である」ということになります。この話をどこかでしても「それは違いますよ」と言われたことはないんです。だけど納得してもらっているかという和多分そうではないのですね。こういう切り口では医学の分野ではあまり考えられていないのですね。しかし私は強引に、そういうところから考えてみたらどうかと思っています。

医科学の特徴は何かというと、対象が患者さんであるということです。患者さんは人間です。「人間を扱う科学だから人間科学だ」というのは単純化のし過ぎで、人間は「生物としてのヒト」の側面を持っています。それを研究するのは「生物科学的な医学」の方向になります。ところが人間は個々の意志と感情を持ち、社会生活を営み、互いに交流している主体です。医学はこのような「主体としての人間」の側面をも扱うわけですから「人間科学的医学」の側面も必要になるわけです。別の医学が二つあるという考え方ではなく、「医学には二つの側面がある」と考えることが正しいと思います。

早稲田大学の西條剛央さんという方がこの方面についての優れた論文を出しておりますのでそこから引用させてもらっています。「生物科学的医学」は人間を、臓器、組織、細胞、蛋白質、遺伝子、などの「要素」に分割して理解します。ところが「人間科学的な医学」は、人間を、要素に分割できない「全体」として理解します。そうすると分かることは、生物科学的な医学に関する方法論は詳細に明確にされているのに、人間科学的医学ははっきりしていないということです。我々医師にとっては馴染みが薄いのです。看護領域の方には馴染みは深いです。「今更何を言ってるんだ」となるかもしれません。

「人間科学的な医学」は一方では「客観的で明確な事象」を対象にします。客観的なものですから「論理実証的なもの、計量的な研究」が可能です。EBMは臨床



疫学的な研究方法を用い、これは常に統計ですから、人間を数値化して統計で確率的な結論を導きます。ただしEBMは必ずしも「生物学的」とは言えないわけで「人間的」なところを扱うこともできます。

「行動科学的研究」は「人間の行動は客観的に観察できるものだ」ということで「定量的な方法論」が合っていると思います。ところが、人間科学的医学は主観的／相互交流的な事象をも扱うわけで、これは極めて曖昧なわけです。「狭義の科学的研究方法では取り扱うことが難しい」と伝統的に医学の世界ではされてきました。しかし医療現場で体験される現象のほとんどは主観的で、相互交流的で、曖昧な事象です。先程示した事例も実に曖昧です。「人間科学の方法論は主観的で、相互交流的で、曖昧な事象を扱う方法論をすでに開発している」というのが私の考え方です。だから借りてくればいいたらうと考えています。

二分法は極めてわかりやすいのですが、スライドには西條さんの考え方を借りて示していますが、本当にこんなふうに分かれるのかと思いますが、わかりやすいですね。「客観的事象」は「論理実証的」にやればいい。「主観的／相互交流的な事象」は広い意味での「構成主義」を使えばいいだろう。それを対照的に理解すれば「量的」と「質的」に分けられます。「客観的な事象」は「仮説検証的」な今までの方法が使えます。しかし「主観的／相互交流的な事象」は、先程の事例でも私がAさんを治療しているからああいう流れになっていますが、医者が変わったらころっと変わります。患者さんも一人ずつ違うのですから、そういうものを研究していく時、仮説検証するといっても実験的な感覚ではできません。次の患者さんは違う人ですから。そこで研究方法は「仮説生成的／仮説継承的」になるだろうということになります。「扱うデータ」は、前者は「数値」で、後者は「(文章記述)テキスト」だろう。「認識論」は、前者は「モダン」で後者は「ポストモダン」だろうということになります。ちょっと行き過ぎだなと思いつつ、ハツタリみたいにしてこのように説明しています。

臨床実践現場で「人間科学的医学の研究法」はどういうものが考えられるかということについてお話しします。まだまだ発展途上です。私が個人的に考えていることです。臨床研究とは「臨床現場における現象体験」から「臨床に有用な一般的な知」を引き出そうとする試みであると仮に定義してみました。これは以下の連続的

な仮定だろうと思います。まず臨床現場で体験された現象をデータに変換して収集する必要があります。データに「数値」を入れると「量的研究」になりますが、「テキスト、語り」を使えば「ナラティブの研究」になります。それを何らかの形で分析する必要があり、そこから「仮説を生成する」のが次のステップです。仮説は「理論」と言ってもいいし、「視点」と言ってもいいし、「参照枠」と言ってもいいと思います。それを持つことによって次の実践に何らかの視点を持つ。それをつくるのが目的になります。生成された仮説の検証はどうなるか。私が考えているのは、これが「こういう研究はすべてそうだ」と言っているのではなく、あくまでも私が強調したい点なのですが、「その仮説が妥当であるかは、その仮説を参照枠として新たな臨床実践を行うことを通じて体験される現象と比較することによって検証する」ということです。ここは議論があるところで「そんなことは検証ではない、単なる例証だ」という議論が成り立ちますが、私はあえてそういうふうに定義したいと思っています。そういう形での研究法を提唱して、やってみたらどうなるかを考えたいということです。この検証が「実験的検証ではない」というところに臨床研究の特徴があるわけです。

ここで「仮説」をつくって、仮説に基づいてエビデンスを検証する、臨床疫学的な研究をやれば「実験的研究」になります。それはもちろんあり得ます。それが得られれば意味がありますが、これはまた違った研究だということです。このようなことについてのいい実例があれば皆、納得してくれるわけですが、なかなかそうはいかない。まだまだ途中ですが、それに関連した一例を出します。私が行った研究ではなく岡本郁美さんというオックスフォード大学の大学院生の方が行った研究で「緩和医療」に関していくつかのホスピスとか緩和医療施設でフィールドワークによる研究です。エスノグラフィの方法で研究をしたわけですが、「参与観察」しているうちに面白いことに気づいた。緩和医療の臨床現場において「体力」「体調」という言葉がよく使われています。患者さんが「体力が落ちた」「体力があるからまだいい」とかいう時のこの言葉は通常の意味とは違うのではないかと岡本さんは気づいたのです。比較検討していくと「体力と体調という言葉が持つ象徴的な意味は、日本人の持つ伝統的なホリスティックな健康観と密接な関連を持っているのではないか」ということが浮かんで来ました。体力という言葉は東洋医学で言う

「気」と近いイメージとしてとらえられていて、具体的には、がんで、その人が死ぬのではなく「体力がなくなって死ぬんだ」「体力さえ保てれば治療もまだできる。もしかしたら死なないで済むようだ」というような意味で用いられているということに気づいたわけです。その結果、がんの末期で、がんそのものは治らないが、患者の家族が医者「体力を保つために輸血してください」という場合がある。その時に「それは意味がないんです」と言っても納得してくれない。こういう現象は「伝統的疾患観の観点から見ると理解可能になるのではないか」というのが暫定的な結論です。こういう研究を「ナラティブ・ベイスト・メディスン研究会」がイギリスであった時に発表されました。これを見てとても興味を持ちました。ただ普通の医者の視点から見ると「だから何なんだ」ということになりそうです。それが医療現場でどういうふうにかに生かされるかについて私の経験を御紹介したいと思います。

たまたまこの話を聞いて興味を持っていた時、Bさんという50代の女性の患者さんを経験しました。肝臓への転移を伴う進行脾臓癌という大変予後の悪い病気で、病名を告知後、本人の強い希望によって化学療法を受けることになりました。1年後の生存率が20%くらいの病気ですが、この方は幸い1年たってもお元気で、化学療法がかなり効いたのです。残念ながら1年を過ぎてくると化学療法の効果が見られなくなって、腫瘍が増大してくることを阻止できなくなりました。そこで主治医はBさんに「これ以上の化学療法の執行は無理だ」と婉曲に伝えました。しかしBさんは「体力が回復したらまた化学療法を受けたい」と希望されました。ここで「体力」という言葉がキーワードとして出てきます。この方が最後に入院した時のエピソードです。

腫瘍の増大に対する身体反応と思われる発熱が続き、化学療法をやっても意味がないからと対症療法、熱が出たら熱を抑える治療をしていたわけです。この頃の看護記録に「やっぱりそろそろ(死が)近づいているのかもしれないと思う」。死というのは看護婦さんの記録で付け加えられたものです。「でも諦めたくない。体力さえあればまだ闘えると思う」などの発言の記録がありました。私はこの看護記録に興味を持ったのですが、看護婦さんはあまり気づいてなかったようです。私はBさんと1週間に1回、短時間ですが、面接する機会を持っていました。ある日の面

接で「Bさん、今日はいかがですか？」と聞くと「今日は朝から微熱がありますが、それほどひどくはありません。お薬（消炎薬）を増やしてから少し良いようです。熱が続くとさすがに辛いです。食欲がなくなりますし、何よりも体力が落ちてくるように感じます」とおっしゃいました。ここで岡本さんのエスノグラフィの中から導き出された一つの仮説を思いだしまして、こういうふうに聞きました。「そうですか。ご自分の体力の最近の流れについてはどう感じていますか？」と「体力」という言葉に焦点を当ててみたんですね。実は今までこういうことをやったことはありませんでした。そういうことに気づいてなかったわけです。「今回、入院したばかりの時は、熱はあったけれども、体力はそれほど落ちていなかったように思います。しばらく熱が続いてから体力が落ちてきました。熱が出ると動く気もしないで、食事が進まず辛かったです。でもお薬が増えてからここしばらく、体力が戻ってきているように思います。栄養剤も頑張って飲んでいます。何といても栄養をとらないと免疫力がつかまさんから」と「体力」という言葉をたくさん散りばめた語りをされました。この方はがんの告知をされているわけです。しかも化学療法が効かないことも知っています。そういう状況で「体力」に焦点を当てた語りを続けられるわけです。そこで「それは良いですね」と、体力が戻ってきていることとか頑張っていることに対して曖昧な反応をしました。すると「もう少し体力が出たらまた治療が受けられると思います。先生、私は悲観していませんよ」と強い言葉が返って来ました。この方は性格の明るい方で、にこにこしながらおっしゃってたんですが、それにしてもこの状況で、この言葉はインパクトが強かったです。こういう力強い言葉がこの状態の人から沸き上がってくるのはどういうことだろうと思われるくらいでした。

その後、Bさんは亡くなる2週間前までは精神的に元気で「体力が戻ればまだ頑張れる」という語りが続いていました。病状が急速に悪化する前後に担当看護師に「いよいよ体力が落ちてきた。もうすぐ死ぬのね。私はお母さんを看取った経験があるから大丈夫です。最後まで個室ではなく大部屋にいたい。挿管や蘇生は行わないこと」と冷静に語られて、家族とのお別れも済ませて、3日後に眠るように亡くられました。「一体、何が語られたのだらう」といろいろ考えたのですが、Bさんは1年以上の間、腫瘍との闘いという物語りの中に自分をおいていて、最初はそ

れが奏功したんですね。化学療法で腫瘍が小さくなって、膵臓癌で1年間状態がいいのは極めて稀なことですが、「身体中心の物語り」の中で、この人のエネルギーがそちらに向いていて精神的にはいい状態にあったと考えられます。ところがこれが破綻してきた。もう腫瘍との闘いには手段がない。その時に浮かび上がってきた物語りが「体力の保持、回復という物語り」だったわけです。ただ合理的にだけ考えると「がんは悪くなっているのに体力だけ保ってどうなるのだ」となるのですが、それはこちらの考え方であって、患者さんにとって、この物語りは自然に浮かび上がってきたわけです。それを私は「移行期の物語り」ととらえたわけです。それは何への移行期なのか。「自分の死、運命を受容するという物語り、スピリチュアルな物語り」への移行私は考えました。

最近、がんの告知が行われるようになりましたので、医療従事者と患者さんで、ある程度両方で物語りを共有しつつやっているのですが、それでもしんどいものです。その中で「腫瘍との闘い」という物語りが共有されているうちは、かなり行けるわけです。ところが化学療法が効かない時が必ずくるわけです。膵臓癌の場合は必ず来ます。そこでこちらとしてはすぐ「死、運命の受容という物語り、スピリチュアルな物語りに移行してほしい」と思うわけです。そこでは「末期の、スピリチュアルな語りがなされるだろう」と期待してしまうわけです。しかしどうもそうではない。途中で「移行期の物語り」が生じてくる。「体力」という客観的であるかのようなものを話題にしているので一見、合理的なようですが、実は合理的ではないわけです。しかしそういうファンタジーを経て、最後に体力もいよいよなくなったということを実感しつつ運命を受容する。Bさんの場合、最後の2日、3日の間に、これが起こっていると思われまふ。この話を一つのプロセスと読めるのではないかと私は考えました。物語りがこのように変容していくことによって、何をもってよい死とするかは難しいですが、Bさんは自分なりの人生を終えることができたわけです。

この話を、スタディをやった岡本さんに報告して意見を聞いたところ、彼女から「もしかしたらスピリチュアルな物語りは我々が勝手につくっているのではないかと必ずしもそれは必要ないのではないかと。体力の保持という物語りが自然なプロセスを経ていって体力がなくなった時、それ自体がスピリチュアルな物語りではない

か」というコメントをいただきました。私どもも緩和ケアの時、私どもが先にストーリーを作ってしまうと、「途中は苦しいけど、そこを傾聴すれば最後はこうなっていく」ということを先に作ってしまうのですが、大事なのは「患者さんの中で自発的に起こってくる物語りの変容につきそうごと」ではないか、ということ強く実感させられた経験だったわけです。

こんな形で「研究と臨床の実践」が結びついていくのではないかと考えています。「質的研究は一般的な知を生成することをめざしているわけではない」という考え方もありますが、医療現場では「一般的な知もほしいよな」というのが正直なところですね。そういうことを強調しているのが早稲田大学の西條さんです。「構造構成的質的研究」を提唱して論文も書いておられます。私が医療現場でそれを踏まえつつ、実際にできそうだと思うのは「構造仮説継承型事例研究法」です。必ずしも多数例ではなく、1例ずつ積み上げていくことによって一般的な知に迫れるのではないかと考えています。ここで言う一般的な知とは決して普遍的な真実、どこでも誰にでも当てはまるような真実ではなく、次の事例体験に参照枠として役に立つような視点のことです。それを一般的な知と呼ぶかどうかはいろいろ議論があるところだと思いますが、そういうふうには、これは新しいことではなく、すでに言われていることですね。それが医療現場で本当にできるのだろうかということを考えているところです。

具体例は今日はお示しできないのですが、そういう研究法、事例研究は一つひとつが厚い内容を含んでいます。それを医者は全部切り捨てて数値だけを見てきたのですが、厚い記述が大事だろうと思います。そこから何らかの「構造仮説」をつくる。これは今まででもやられてきたわけです。その時に「どうやって構造化したか」をきちっと記述できることが研究上、大事だろう。それによって追試ができるわけです。これが分析1です。しかしそれで終わりではありません。次の事例を体験した時、もう一度、厚い記述をする。その時に前の仮説と連続比較しながら記述していく。これもあたりまえといえあたりまえのことです。そして「前の仮説が十分ではないか」となれば仮説の方を変え、「改良された構造仮説」を生成します。そしてもう一度、両方含めた分析をする。こういうことを繰り返していけば、それを「一般的知」と呼ぶかどうかは別として、臨床に役に立つ知を作っていくことが相

当できるのではないかというのが、私の今の感触です。

最後にまとめて極めて楽観的なことを申し上げてまとめいたします。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という視点を医療、医学に導入すると何がかわるかということです。まず目の前の患者さんの最大幸福に焦点を当てるような医療の方法論が定着するだろう。科学的な一般真実を求めるということではなく目の前の患者さんが大事なのだ、そういうことが心置きなく実践できるような理論的基盤が定着するのではないかと思います。そしておそらく「患者さんのイルネス・ナラティブを全面的に尊重すること」の実践によって、医療従事者と患者さんの関係は大きく変化するだろうと思うわけです。

我々が医療従事者として現場にいる時、いつも何か割り切れないものを感じていました。その背景にあった「認識論的葛藤」、それは「一般的なものと個別的なものの葛藤」「客観的なものと主観的なものの葛藤」であったわけですが、これにある種の和解がもたらされるのではないかと期待されます。そして医療・医学において複数の理論や学派が対立しているのが現状ですが、そういう対立が、共存・併存の形になるかもしれませんが、ある程度解消されるのではないかと思います。さらに近接諸領域、特に「人間科学」との相互交流、学際的協力が促進されるだろうと思われまふ。そして「臨床実践に密着した研究法」を開発することができるのではないかと。極めて楽観的な結論で恐縮ですが、というわけでご静聴ありがとうございました。

**司会** どうもありがとうございました。質疑応答をお願いします。

**西垣** 和歌山県立大学です。『はじめての医療面接』を読ませていただき、カウンセリングに深いご理解がある本だと思って印象深く読ませていただきました。

E B MとN B Mは違う対極にあるものと思っていましたが、統合の可能性があるということで新鮮なお話を伺いました。日本の医学教育の中でE B Mが強調されていますが、統合可能であれば、E B MとN B Mを一緒にこれから医師になる人につけていただきたいと思います。N B Mは個別的なものだと思いますが、データベース化する方法とは違うものだと思いますが、それを教育していくことは果たし

てできるのか。できるとすればどういうふうにやればいいか。もう一つは2003年の論文と西條先生の論文の出典を教えてくださいたいと思います。

**斎藤** 西條さんの論文は『質的心理学研究』第2号。新曜社。私のものは2003年『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』に入っています。

「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の教育ですが、もともところいう方法論ですから、EBMのようにワークショップに出ればわかるというわけにいかないのですが、いろんな試みはなされているようです。幅広く考えるべきだと思います。医療面接の教育も「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の重要なところで、幸い医療面接の教育が全国の大学で一律にされるようになってきてよくなってきたなと思います。最初に「患者さんの物語りを尊重しながら聞きましょう」というあたりは、すべての医学生が身につけることができるのではないかと思います。「事例研究」は教育法としても大事だろうと思います。日本医科大学の高柳先生が医学教育学会でNBMによる事例研究による教育をやっておられるという報告があります。個々のケースをどう理解して、どう対話していくか。事例研究的な、今までの医学部で行われていたようなデータだけを読むような症例検討ではなく、厚いものが中に提示されて、その中で対話が行われるような事例研究を増やしていくのが教育的だろうと思います。

また全然違う視点ですが、物語りを読んだりといった、文学的なことを早い段階で医学生にゼミでやったらどうだろうかという考え方があります。外国ではやられているようです。患者教育で、糖尿病の患者さんフォーカスグループをつくって皆で語り合う。語ることそのものが一つの教育だという考え方でやっているとか、イギリスではすでにそのような本が出ています。多様なものがありますが、今までやっていたことと何が違うかということもあるわけです。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」の視点から、そういう一つひとつの教育を見直し、利用できるものは貪欲に利用していく視点が大事なのかなと思います。

**伊藤** 立命館保健センターです。先生と同業ですが人間科学の素養はありませんで、医学の教育を受けてきた時代はモダニズム1本で、患者さんとのコミュニケーション



ンとか習ってきませんで、先生のお話は新鮮でためになりました。今の日本の医療の現状で、英国の例を紹介されましたが、NBMの方法論は時間をかけてしっかり患者さんの話を聞くことがベースになると思います。今の日本の3分間診療の現状で、システムやインフラがなっていないからできないということではいけないので、導入のコツとかありましたら教えていただきたいと思います。

**齋藤** この問題は根本的な問題で、イギリスでもNHS制度がたくさんの患者を診ないと成り立たない形になって「医者が時間をかけようとしてもできない」という不満が論文に出ています。アメリカでもそういうことがあるようです。常に時間との闘いの中でやっていることが現実だろうと思います。その中でどうやっていくか。私も苦労していますが、一つは、ある程度構造化された医療面接技法をマスターしていると5分でも10分でも面接の中でかなりの語りを引き出すことができます。今の学生の方が教育されていまして、我々の世代がだめだったわけです。大げさに「ナラティブ」と言わなくても基本的な医療面接技法の習得が大事だろうと思います。毎回、長時間話を聞く必要はないと思います。ここが勝負どころで、その時、患者さんが「語りたい」という時がある。患者さんがたくさん待っていても「ここは聞かないといかん」という時は20分、30分、きちっと聞きますと相当のことが語られて流れが変わって、その後は3分診療でもよくなるということを経験するので、最初から完璧主義で「ナラティブを聞くには1時間」とする必要はないと思います。

もう一つは、初診面接の時間が確保できればかなり行けるのではないかとこのことがあります。しかし再診の中に初診が紛れこんでくるのが一般的なもので、初診の方にがっちり話を聞いていると、どんどん患者さんがたまってしまいます。おかれているシステムの中でやっていくしかないだろうと思います。

**松島** 龍谷大学です。物語りの持続力について。物語りを共同でつくりあげていく。患者さんと医者で。治療が一旦終了した。ある種の契約関係ですから一定期間で終わる。しかし物語りには持続力があるのではないか。治療が終了した後、どれくらい物語りを維持していけるか。薬効は持続すると思いますが、物語りは共同でつく

りあげたものですがゆえに、共同で維持していくものではないか。一人で維持していくことの困難性についてどうお考えになるかということをお聞きしたいです。

**斎藤** Aさんの場合、いろんな事情で私の手を離れておりまして、その後はわからないんです。他の経験等で「物語りの変容」には浅いレベルから深いレベルまであって、私自身は「物語りの書き換え」と「物語りの変容」という言葉で分けられるのではないかと思います。変わりにくいナラティブがあります。Aさんの場合、「口が痛い、どうしても治らない。これが治られない限り私はどうしようもない」と強固なナラティブで10年間変わらなかったわけです。それが変わるには大きな「変容」がないと変わらない。ところが「書き換え」は簡単にできるわけで「病いを受け入れなさい」と言われて「紙に書いて壁に張って読んでいなさい」というアプローチも実際あるわけです。書き換えたように見えてもすぐ戻ってしまいます。根本的な変容ではないわけです。根本的な変容が起こる時は基盤が変わると思っ  
ていますが、その人が生きている足場が変わるので、変わる時はすごい変化があるわけです。一時的に具合が悪くなったり、がちがちになる。そこを経て自分の中から受け入れた「ナラティブ」はかなり強力なもので持続力を持っていると思われます。治療者との関係で「内在化」、取り込まれることが多い。そういう場合は治療者と離れてもそれなりにやっていける。新しいナラティブが持続するというより、さらにそれを常に「改変」していくような一段先の基盤が形成されることがベストだと思います。Aさんの場合、フォローアップしないとわかりませんが、比較的うまくいった方の場合、できるだけフォローアップするようにしています。「この人は変容したな」という人は独力でやっていけますね。独力で変わってさらに変容を繰り返していけます。摂食障害の人でそういう人がいます。「あれだけ重篤だった人が、治療が終わって大丈夫かな」と思うと、2年後位にひょこっと来て「結構大変でしたけど、いろいろありましたけど、こんなふうにやっています」などとおっしゃってくれる場合があります。前よりずいぶん成長しているなと思います。持続というより、変容するパターンそのものの物語りを取り込んだのかなと思うわけです。

理屈上は「浅い変容」と「深い変容」があり得ると思います。「浅い変容」は相

互で交流していないと元に戻りますが、ある程度「深い変容」があると、途中は大変な過程になりますが、その人の人生の中での普通の意味での持続力が獲得されるのではないかと思います。

**野村** 同志社大学文学研究科です。「ナラティブ・ベイスト・メディスン」で複数の理論、ものの見方の共存を認めることについて。事例の中で「語ることによって症状が改善していったのか」「症状が改善した結果として語れたのか」。どちらの見方もできると。研究の結果として活動を生成する時、因果関係まで踏み込んで、いろんな見方の中から選択して仮説をつくっていても「ナラティブ・ベイスト・メディスン」ではよしとするのか。もっと現象学的な見方に止まって因果関係の推測までは差し控える立場の方がいいのだろうか。

**斎藤** 研究者の視点としては重要な質問で、何ともいいようがない点がありますが、僕はある意味では「何でもありだ」と思うんです。普通の意味での因果論的に「これがこうだからこうなる」という仮説を生成したとして、継続的に実例の中で検証していけば「間違いだった、違う」という例が出てきたら、「それも含めて説明するにはどういう仮説でないといけないか」というとらえ方になる。そういう意味で最初の仮説が因果論的であっても、やってみる価値はあると思います。害を与えるものでなければ。ただ一般論として僕の感触としては「因果論的な仮説はどうもそういう形では生き延びれないような気がする」ということがあります。例えば顎関節症で身体の調子が悪いのはすべて説明できるというような仮説は丹念に追っていくと、必ずどこかで破綻するわけです。おそらく「ナラティブ的な仮説は因果論を一步越えるような仮説になるのだろう」という印象があります。なぜ個々の因果が出てくるか、全体を説明するような構造を見だしえないと、なかなか生き延びれない。「こういうものでないと仮説としてはだめだ」ということではないのですが、どうもそういう傾向が見える。早稻田の西條さんは「構造仮説」という言い方をして「一つの構造を見抜いていくような形で仮説ができた場合は有効なことが多い。そして構造をさらに深化させていくのがいいのではないか」と言っています。僕も何となく感触としては、そうなんです。ただ最初からそう決めるのではなく、いろ

いるやってみられたらいいのではないかと思います。1例だけで仮説を立てると狭いものになるわけです。その事例はきちんと説明できるけど、「ほんとかな？」となった時、次の事例でフィルターがかかりますので、ある程度、根本にあるものを読み解くような仮説でないと生き延びれない。そういう形で淘汰されていくのかなという気がします。

**司会** ご講演の内容は最新の動向がわかるだけでなく、ご自身の症例を惜しげもなく提供していただきまして、本当にありがとうございました。斎藤先生に盛大な拍手をお願いいたします。