

— 創刊に当たって —

ナラティブの宇宙へ

江口重幸*

* 東京武蔵野病院

20世紀になって多くの人間科学の研究者が言語に関心をよせた。さらに21世紀も近くなると、言語の実際のやりとり、つまり「語り」に大きな関心が払われるようになった。今からおよそ500年ほど前、教会で働き医療にもたずさわっていたコペルニクスは数枚の原稿を書いて友人たちに送ったといわれている。『コメンタルリオス』と呼ばれるそのメモには、彼がのちにその名を残す地動説の骨格が記されていた。言語や語りへの注目は、コペルニクスの時代のマクロな宇宙（ユニバース）へと向かう関心とは逆のベクトルをもつが、ミクロな日常的細部への注目のみにとどまらぬ、ひとつの大きな視点の「転回」を標すものであった。

われわれは時に、話し言葉も文字もよく知らない異国を訪れることがある。そこで発見するのは、その地に暮らす人びとが、何をあれほど楽しげに、時には熱をおびて語り合っているのだろうか、という事実だ。彼らは何を伝えあい、何を共有しようとしているのか。さらに、彼の地の言語の、文法や慣用句や修辞のなかに少しずつ踏み込んでいくと、そこには複雑に織り込まれた「何か」があることを発見して、驚きは倍加するのである。単なる言葉のやりとりに見えたものが、それを超えた「何か」、それはその人々に先立って存在し、その人々を空気のように覆い、さらにはその人々の後まで存在し続けるものである。そして私たちも同様な言葉や語りの海に棲息していたことに思い至るのである。

人が生きていくうえで避けられないテーマであり、個人の存在論的問いにもつながる生・老・病・死。あるいは苦境や回復、喜びや悲しみ、出来事や歴史。これらも言葉や語りによって媒介される。とりわけ医療や介護やケアや心理療法は、次々と開発され紹介される新たな技法やテクノロジーの基底部分でこうした昔ながらの単純な相互交渉が作動してはじめて成立しているのである。

語りの開拓者ジャネにならって、一方にふるまいすなわち身体的行為があり、もう一方に言葉があると仮定しよう。そのふるまいにわれわれは言葉を与え、自分や他者に説明し、伝え、記憶しようとする。言葉はふるまい全体から見ると部分的なものに見える。しかしわれわれは言葉のなかに産み落とされ、その中で考え、ふるまうことを身につける。そして重要なことだが、その言葉が喚起する「何か」によってふるまい自体の変容につながる大きな影響を受ける。語りとはこうしたジグザグとした運動そのもののようにみえる。

この雑誌の「N」とは、語り narrative に焦点を当て探究する者同士のための合言葉であろう。本書は、言葉のやりとり、語り - 耳を傾けるという行為、そこで伝えられるさまざまな感情、「ものごとの背後に深く隠された何かがあるにちがいないという印象」（アインシュタイン）、それらの探索と深化へと向けられた誘いの書なのである。

糖尿病診療におけるナラティブ・アプローチ

杉本正毅*

* 糖尿病心理研究所

I 糖尿病診療にはナラティブな視点が必要である

糖尿病という病気は一般的にどのような病気として捉えられているのだろうか？「食事を管理していく病気？」「食欲を管理していく病気？」「血糖値を管理していく病気？」「身体を動かし、肥満と闘う病気？」、あるいは「甘いものを我慢する病気？」など、人々の捉え方はさまざまであるに違いない。これらはどれも糖尿病という病気の一部を捉えているのだろう。しかし、我が国の2型糖尿病患者において肥満を合併している人は3割に満たないこと、また糖尿病患者の生活実態調査の結果、かれらが一般の人々よりもかなりエネルギー摂取量が低いということを聞いて、驚かれる方も多いと思う。

また病気の特筆すべき特徴のひとつに社会生活への影響が挙げられる。毎日の食事、あるいは仕事上の会食、家族や友人たちとの会食、仕事を優先させるのか？健康を優先させるのか？この病気は、私たちが家庭人、社会人としてどのように生き、そしてひとりの人間として、人生をどう自己実現していくか？少し大袈裟な表現をするなら、人間としてのトータルな生き方を問われる病気ということもできる。それでは、糖尿病を生きるということの本質は何であろうか？そんなことを考えながら、本稿を書き進めてみたいと思う。

II 糖尿病治療に正解はない(糖尿病臨床の特質)

筆者は都内の循環器専門病院で週1回糖尿病専門外来を担当している。当然のことながら、訪れる患者の大部分が心筋梗塞または狭心症を有する患者であり、我が国の平均的な患者集団とは異なり、BMI 25～40の大変肥満した集団である。循環器疾患はきわめて合理的な治療体系を有していて、学校の教科に喩えれば「数学」「物理」にもっとも近似している。これに対して、糖尿病はどうかと言えば、差し詰め「社会科」と「国語」ではないか？と筆者は考えている。つまり、循環器疾患は数学なので、答えはおおむね1つであり、それゆえ、少し乱暴な比喩を許していただけるなら、患者がその正解を受け入れることができるか否かが問題とされる。例えば医師は「3本ある冠状動脈がいずれも狭くなっていて、今後あなたが生き延びるためにはバイパス手術しか方法はありませんよ」という勧告を患者に伝えれば良いわけである。しかし、糖尿病ではそうはいかない。なぜなら糖尿病は慢性的な高血糖が年余に亘って持続することによって血管合併症が引き起こされることを特徴とするが、自覚症状を呈することはほとんどないからである。人は「10年以上先の健康状態を担保してあげるから、現在の生活を犠牲にしろ」と言われても、そう易々と受け入れられるものではない。そもそも「彼らの糖尿病は彼らのものなのだ！それをどのように扱おうと、それは彼らの勝手である」。しかし……、私た

身体表現性障害と語り

岡島美朗*

* 自治医科大学附属病院精神腫瘍部

I 身体表現性障害という疾患概念

身体表現性障害 (Somatoform disorder) とは、アメリカ精神医学会が 1980 年に刊行した精神障害の診断マニュアル DSM-III で初めて採用された用語であり、現在使用されている DSM-IV において、一般身体疾患を示唆する身体症状は存在するが、身体疾患、物質の直接的作用、または他の精神疾患によって完全には説明されない障害と定義されている (Alexander, 1950)。いわば、身体症状の形をとった精神障害と考えることができよう。DSM-IV では身体化障害、分類不能型身体表現性障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症、身体醜形障害、特定不能の身体表現性障害と 7 つの診断が包摂されている (American Psychiatric Association, 2002)。

一方、WHO が刊行している ICD-10 においては、神経症性障害、ストレス関連障害とともに F4 のカテゴリーを構成し、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害、他の身体表現性障害、身体表現性障害、特定不能のものを含んでいる (WHO, 1993)。F4 のカテゴリー名が示すように、身体表現性障害は伝統的な診断によれば神経症に属し、クレペリンの三分法に従えば心因性精神疾患に数え上げられるものである。

このような現代の診断基準をみただけでは、身体表現性障害の内実はわかりにくい。その本質を簡潔に記述したものとして、吉松による心気症の

定義を挙げるができる。そこでは、「心身の些細な不調」「病的なとらわれ」「疾病恐怖」「他者への訴え」の 4 つの要素が挙げられている (14)。身体表現性障害の特徴としては実際に心身の不調が生じることに重点があるが、そこに他の 3 つの要素がさまざまに重なったありようとして、おのおのの障害があるとみることができる。

次に、身体表現性障害における語り、言語の問題を考察するために、この障害が成立した歴史に一瞥を加えたい。

II 身体表現性障害の成立の歴史 ——転換から身体化へ

さまざまな身体症状を示す患者は、西欧の医療においては古来よりヒステリー、ヒポコンドリー、メランコリーなどの病名のもと記載されてきたが、それが精神疾患であるとの認識を示したのは、17 世紀末の Sydenam の論文であるとされる。そこでは、身体症状と精神症状をともに示す女性のヒステリーは、男性ではヒポコンドリーが対応するもので、両者は動物精気 (animal spirit) の乱れによって心身両面に故障と不調和が生じる点で一体のものだとされている (Lipowsky, 1988)。

その後、18 世紀にはいと、ヒステリーを“脳の神経症”とし、症状として精神症状のほかに多系統の身体機能に関連する多彩な身体症状を記載した Briquet や、ヒステリーの症状変遷をてんかん発作との関連で幅広く研究した Charcot らによってこうした病態の研究が進んだが (中村ら, 1999),

緩和医療における痛みの語り

岸本寛史*

* 京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部

I はじめに

緩和医療においてはオピオイド（医療用麻薬の総称）を正しく用いて痛みを取り除くことの重要性が強調されている。しかしながら、臨床の現場の中で患者の語りに耳を傾けていると、事態はそれほど単純ではないことが痛感される。国際疼痛学会の痛みの定義にもそのことが伺われる。国際疼痛学会は痛みを「実際の組織損傷あるいは起こり得る組織損傷と関連した、またはこのような組織損傷と関連して記述される不快な感覚的・情動的体験」と定義している。要点は2つある。1つはそれが本人にしか分からない主観的な「体験」であること。もう1つは、「感覚的」要因と「情動的」要因が複雑に絡み合った体験であることである。痛みが主観的な体験であるとするれば、痛みを理解するために患者の語りに耳を傾けることが必要となってくるし、また、情動的な要因も関与しているとするれば、患者が置かれている状況への広い視野を持つことが必要となってくる。いずれにしても語りは重要な位置を占めることになる。

本稿では、痛みのこのような多面性を念頭に置いた治療的アプローチを一つの事例を詳細に述べることによって明らかにしようとする。その際、事例研究という方法論を用いることとする。ただし、通常の事例研究においては、治療経過を述べた後で考察を加えるというスタイルをとることがほとんどであるが、本稿ではこれとは異なるスタイルを試みてみたい。事例提示の後で考察を加え

るという通常スタイルでは、読者は事例の全体の流れを把握したうえで考察を読むことになる。これはいわば神の視点、小説でいえば、登場人物の視点ではなく作家の視点で見ることになる。しかしながら実際の臨床現場においては、そういう視点を持つことは難しく、むしろ出来事が生じたり新たな情報が得られたりという中でリアルタイムに物事を考えていかねばならない。本稿では事例提示と考察とを適宜織り交ぜて、読者にも小説の舞台と一緒にあがってもらい、一緒に考えながら読み進めてもらおうと思う。新たな事例研究のスタイルの試みとして受け取っていただければと思う。

II 依頼時の状況

それでは早速事例に移る。緩和ケアチームに疼痛コントロールのコンサルテーションがあった症例で、患者は30代男性、診断は膵臓癌である。X年Y-10月中旬から心窩部痛を自覚し、Y-9月にY病院を受診。精査にて膵頭部癌と診断され、Y-8月に膵頭十二指腸切除術を受けている。病理診断の結果はⅢ期で、以後、外来にて化学療法が継続されていた。Y-2月下旬より次第に疼痛が増強してきたため精査したところ、Y-1月に再発が確認された。そこで抗がん剤による治療と放射線療法が予定され、X年Y月Z日に化学放射線治療目的で入院となった。癌性疼痛に対してはオキシコンチン（医療用麻薬の一種）がY-1月下旬より10mg/日で開始となっており、心窩部

特集：ナラティブ・ベイスト・メディスンの展開

ナラティブホーム構想とその実践

佐藤暢彦*

* 市立砺波総合病院地域医療部

I はじめに

富山県砺波市は人口約5万人、散居村とチューリップ栽培で有名な街である。

その砺波駅南の農協倉庫跡地に2010年4月、地上8階、60戸の賃貸居室、デイサービスセンターや医療機関等を併設する高齢者優良賃貸住宅（高優賃）「ちゅーりっぷの郷」が誕生する予定である。すでに認可もおり工事が急ピッチで進んでいる。

高齢者有料賃貸住宅とは高齢者が安全に安心して居住できるように、「バリアフリー化」され、「緊急時対応サービス」の利用が可能な賃貸住宅のことであり、都道府県が認可する国土交通省の事業である。

実は、この1階に平屋の16室の一般賃貸住宅が併設されている。これは先の高優賃とはことなり行政からの助成金を受けない普通のアパートである。OLの若い女性が借りたいとの希望があれば何も断る理由がない。この単なるアパートが、ナラティブホームである。

そして1階にテナントとして医療法人ナラティブホームの「ものがたり診療所」が入る。

このアパートに高齢者の終末期の人が入居する。そこに24時間365日、訪問診療や訪問看護・介護等のサービスを提供し、人生の最後の一時期を、死を迎えることをも正面から受け止め、援助しようとするものがナラティブホームである。そして、そこを拠点に砺波という小さなコミュニテ

ィに古くて新しい高齢者医療の創造と、人の生き死にを真正面から考えていく文化を創造することである。その詳しい理念については、拙書『家庭のような病院を一人生の最終章をあったかい空間でー』（文藝春秋社、2008）に書かせていただいたので是非ご一読いただきたい。

しかし、理念だけでは物事は動かない。実践するには多くの困難があった。医療法や介護保険法などの制度上の問題、お金を含めた経営上の問題、同じ理念のスタッフの確保、地域医療としてのあり方、そしてなにより地域住民の方の理解、それを地道にひとつひとつ解決していかねばならなかった。

医療は社会的実践行為である。実践なくして学問で終わるわけにはいかない。その実践という部分を今回は中心に書いてみたい。

II ナラティブということ

医師になって数年目に経験した出来事が、ナラティブという考えに出会う大きなきっかけとなった。

東京近郊の国際空港近くの病院で働いていたときの話である。私は救急医療をしていた。ある日、髄膜炎とその合併症で重症の30歳台のフライトアテンダントが救急搬送された。ご主人は大学で研究生活を送る医師であった。主治医として集中治療を行い命だけは助かった。しかし耳が聞こえにくく歩行が困難で車椅子の生活等の後遺症が残り、元の仕事に復帰できるわけもなかった。退院

少人数による NBM 教育の試み

鶴岡浩樹*

* つるかめ診療所，自治医科大学地域医療学センター

Ⅰ はじめに：なぜ NBM か

プライマリ・ケアの現場ではさまざまな問題に直面する。治療のエビデンスから民間療法，家庭内の揉め事まで，健康に関することであれば対応を迫られる（鶴岡ら，2006）。

1990年代に登場した「科学的根拠に基づく治療(evidence-based medicine: EBM)」は臨床の疑問を解決する方法として世界に浸透した。私も EBM を学び，実践を試みる臨床医のひとりであるが，すべてが EBM で解決できるわけではない。苦労してエビデンスを探しても「ポックリ逝きたいので，お薬は結構です」と患者から言われれば，処方箋すら書くことのできない無力な自分がある。

EBM に傾倒した 1990 年代，私は並行して民間療法に興味を持った。狭心症の患者が，胸痛時にニトログリセリン製剤ではなく梅干を額に貼り付けた。早期胃癌の患者が手術を拒否し玄米食で克服しようとした。なぜ患者は民間療法に惹かれるのか？ 臨床の現場に身をおきながら湧き出た「不思議」だった（Tsuruoka, et al., 2006）。民間療法は学術的には補完代替医療（complementary and alternative medicine: CAM）と呼ばれ，当時は科学的根拠のない治療として EBM の対極に位置づけられていた。

EBM と CAM，両極端な分野を振り子のように揺れ動く日々が続いた。EBM は研究室の仕事（Tsuruoka, et al., 1996），CAM は個人の仕事（Tsuruoka et al., 1998），と状況に応じてスイッチ

を切り替えた。しかし医療の現場では CAM 利用者を目の当たりにする。両者を包括して患者に対応することができないかと思案する日々でもあった。そのような時に Greenhalgh ら（1998）の本と出会った。Narrative-bade medicine (NBM) を知り振り子は止まった。

試行錯誤しながら現場でナラティブを意識し診療をはじめるといろいろな意味で役立った。ナラティブを把握することで診断へのプロセス，治療の選択など，診療の質が高まることを体感する。ナラティブを考慮した EBM は，検索タームを変え，臨床判断を変え，新しい展開を生み出した。多様な価値観を受け止めること可能にし，CAM と西洋医学に橋をかけた。ひとりの患者に継続的に関わり，家族の事情や健康問題にも配慮し，多職種協働を要求されるプライマリ・ケア医には必須のスキルと確信するようになった。そこで NBM を伝えようと，プライマリ・ケア医の立場から啓発活動をはじめた。医学生，医師，看護師，薬剤師，鍼師，ケアマネージャーなどを対象に，講義，症例検討会，小グループ実習などさまざまな形式で NBM を伝えようと試みた。中でも 2005 年から自治医科大学医学部 4 年生を対象に行っている小グループ実習は NBM の教育手法として手応えを感じている。2008 年からはプライマリ・ケア医や薬剤師の生涯教育の一環として，小グループ形式で NBM の啓発活動を始めている。

本稿では NBM の少グループ実習を中心に，その方法と成果，実習のすすめ方，今後の課題につ

札幌医科大学における NBM カリキュラム

宮田靖志*・寺田 豊*

* 札幌医科大学地域医療総合医学講座

I はじめに

医療における物語の意義が強調されるようになってきている (Kleinman, 1988)。Narrative Based Medicine (NBM) としてその概念が紹介されるに至り (Greenhalgh & Hurwitz, 1998), NBM という言葉は広く知られるようになっており, その研究も進んできている (Hurwitz, et al., 2004) しかし, NBM の具体的な手法については, 未だ広くは認識されていない (斎藤・岸本, 2003)。ましてや, NBM の教育手法については, 本邦のみならず海外においても, 系統的なものは未だほとんど紹介されていない。NBM の概念自体, 理解することがやや難しい可能性がある上に, その教育となると, さらに困難な現状が存在することは容易に想像される。

我々は, NBM が日本で紹介された当初より, その重要性に着目し (宮田・山本, 2002), NBM を医学教育へ導入する必要性を強く認識していた (山本・宮田, 2003)。非常に濃密な現在の卒前医学教育の中に NBM 教育を正式カリキュラムとして導入することは, 困難なことであったが, 我々は, 2006 年度より, 札幌医科大学医学部において NBM 教育を開始した (宮田ら, 投稿中)。そして, 現在まで継続的にそのカリキュラム開発を続けている。

2008 年度に 3 年目を迎えた札幌医大の NBM カリキュラムは, 学生が NBM をより系統的に学ぶことができ, そして, NBM を臨床実践に導入で

きるよう, これまでの内容を一変した。これにより, 今まで以上の教育効果を得ることが可能になったと思われる。本稿では, その取り組みの実際を紹介する。

II カリキュラム開発の目的

医学生が医療における物語り・ナラティブの重要性を認識し, ナラティブ・コンペテンスの技能を一定程度獲得すること。ナラティブ・コンペテンスを臨床実習で用いることができるようにすること。

III カリキュラム開発の方法

日時：2006 年度から NBM カリキュラムを開発・実施した。臨床入門 (医療面接・身体診察実習に関する系統的コース) が行われる 4 年次終盤の 2 月に, 1 週間の期間を設け, 月曜日から金曜日の午前の 3 時間 (1 時間×3 コマ) を講義・演習の時間に充てた。過去 2 年間の NBM コースの教育効果を検証し, 2008 年度より内容を一新し, 新カリキュラムを構築した。

内容：

[1 日目] NBM 概論講義。ナラティブ演習。社会構成主義の理解のための映画教育。

[2 日目] NBM の基礎と臨床実践講義。

[3 日目] 患者の病の語り聴講。

[4 日目] 患者の病の語りの分析と自分のナラティブ・ライティング

[5 日目] ナラティブ・コンペテンス実習 (ロー

特集：ナラティブ・ベイスト・メディスンの展開

「二つの視点からの物語作成」による医学生への教育

北啓一朗*

* 富山大学附属病院総合診療部

I はじめに

Narrative Based Medicine (NBM; 物語と対話に基づく医療) とは英国の GP (一般医) から起こった概念で「対話を通して医師・患者双方がお互いの物語のすり合わせを行い、物語が変容、あるいは新しい物語が浮上していくことを治療とみなす医療」である (Greenhalgh, et al., 1998)。同様に人間の主観的経験を物語ととらえて重視する医療を北米では narrative medicine (物語医学) と呼んでいる (Charon, 2001)。「ものを語る」という行為には、論理が排除しがちな現実に対する個々人の文脈や主観的な感情をうまく汲み取り、表現する力がある (Pink, 2005a)。患者の語り (物語) から恣意的に情報を取り出そうとするのではなく、語りをまるごと理解しようとすることでさまざまな情報や気づきが得られる。それは医師患者間の信頼感や満足度を高めるだけでなく、多くの場合臨床のアウトカムを改善する。NBM / 物語医学は近年注目され、その実践法や研究法も紹介されているが (斎藤・岸本, 2003)、学生教育としてのスタンダードな方法は未だ確立されていない。我々は臨床研修を始めた 5 年生を対象に NBM 教育の一環として「二つの視点からの物語作成」を 2007 年より実施している。本稿では我々の経験とそこで得られた知見に若干の考察を加え報告する。

II 対象と方法

1. 対称

対象は富山大学附属病院総合診療部で臨床実習を受けた本学医学部 5 年生 207 名である (2007 年 6 月から 2009 年 7 月まで)。NBM 研修は地域医療研修、病診連携実習などととも総合診療部実習の一貫として行われている。学生は 4 年次の授業で NBM について学習しているが、実習の冒頭でも導入としてレクチャーを行っている。その後、学生たちには総合診療部での予診経験に基づいて 2 つの観点から掌編小説を書くよう指示した。具体的には外来で体験した一つの臨床経験を題材に①学生の視点から、②患者の視点からそれぞれ 400 ~ 800 字程度の小説を執筆するものである。学生には Word フォーマットの雛形を USB で配布し、作品は電子メールで回収した。最終日に各自の小説をスクリーンに投影し作者が音読した後、グループ内でディスカッションを行った。

2. 物語分析、プログラムの評価

学生の物語は筆者らが主題ごとに分類した。分類の妥当性を高めるために、筆者と医局員がそれぞれ別個に分類し、結果をつき合わせた。プログラムの評価として最終日に無記名アンケートと半構造化グループ面接^{注1)}を行った。アンケートはオリジナルの 5 段階評価表で、①小説の長さ、②プログラムのおもしろさ、③今後の臨床に役に

注1) 半構造化面接 (semistructured interview): 質問項目の大枠は用意するが、被面接者の応答によりある程度の自由度を持って進める形の面接。

◆第1回①

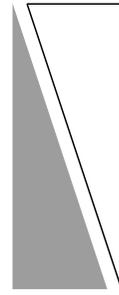
コミュニティ力と治療力

佐藤元美

(国保藤沢町民病院事業管理者)

リレー連載●

私の実践とナラティブ



はじめに

私たちの人生は多くの苦悩や後悔、不安に満ちている。「詩は慰め、物語は救いとなるだろうか?」と考えるようになり15年以上が経過した。私が物語に関心をもつようになった物語と藤沢で試みたことを述べてみたい。

私は無医地区に生まれ育ったことをきっかけに、本心では乗り気でないまま自治医科大学に進学した。自分ながら勉強家だったと思うが、高校生のころは自覚していなかったが、農村の過酷な労働を忌み、農村の息詰まるような地縁、血縁関係から遠ざかりたいという願いからだったように思われる。大学を卒業し、13年間に2つの県立病院に内科医として勤務した。最後に勤務した岩手県太平洋沿岸の中規模病院では、呼吸器内科をおもな領域として診療をしていた。肺気腫や肺癌の診断と治療が主な仕事であった。気管支鏡やCTを駆使して精力的に診療を続けたが、次第に自分の仕事が患者の幸せにつながっていないような思いに囚われるようになった。肺気腫や肺癌はほとんどが「タバコ病」の性格を持っている。タバコを放置して「早期診断」をめざすことはちょっと悪魔的なように思える。肺気腫や肺癌は治りにくい、よくなっても酸素療法や生活のお世話が必要になることが多い。入院中はさまざまなお世話をして、平成のはじめは介護保険も在宅酸素療法もなく退院後のお世話は全く手薄であった。しかし、次の患者が入院を待っているので有無をいわ

さず退院を迫るしかない。ある日、車いすで酸素吸入を続ける長期入院患者から病院の屋上で、退院しては生きていけない、むしろここから突き落として欲しいといわれた。知識や技術を向上させ、医師として熱心に仕事をして、医療の前(予防)と医療の後(介護や在宅療養支援)が整わなくては、自分の仕事は患者の役に立たないという思いに至った。医療の前後を整えて、自分の知識技術が人の役に立つようにする方法はないものかと悩み出した。

その頃、岩手県南の藤沢町から町立病院を創り、町立病院を中心として保健医療福祉を統合して運営したい。その中心を担って欲しいと誘われた。そのようにして、世間知らずのまま、私は平成4年に藤沢町に着任し、平成5年には病院を開設し、介護施設をつくり、保健センターとの連携、在宅医療の充実をめざすようになる。

このようにして誰とも似ていない人生が始まったと自覚したときに物語と文脈に関心を持つようになった。

人口1万程の町で唯一の医科医療機関として町民病院はつくられた。それまで、地域の医療需要から自分の得意な分野を切り取って仕事をすれば良かった立場から、町で起こるすべての健康問題に無関係と言えない立場になった。わたくし自身が大人として心理的に成長することを求められていた。

ナイトスクール——住民が医療を語る

◆第1回②

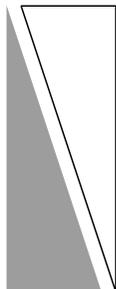
ナラティブ・インタビューの問い方

村上春樹『1Q84』の会話をもとに

やまだようこ

(京都大学大学院教育学研究科)

リレー連載 ●
私の実践とナラティブ



I 村上春樹『1Q84』の会話より

1. セラピー的会話

「どうかした」とふかえりが疑問符抜きで尋ねた。彼女には天吾の感じている緊張が察知できるようだ。

「うまくできるだろうか」と天吾は言った。

「なにが」

「僕はうまく話すことができるだろうか？」

「うまくはなすことができる」とふかえりは尋ねた。彼が何を言おうとしているのか、よく理解できていないようだった。

「センセイと」と天吾は言った。

「センセイとうまくはなせるか」とふかえりが反復した。

天吾は少し迷ってから、気持ちを打ち明けた。「結局、いろいろなことがうまくかみあわず、何もかも駄目になってしまうような気がする」

ふかえりは身体の向きを変え、天吾の顔を正面からまっすぐ見た。「なにがこわい」と彼女は尋ねた。

「僕は何を恐れているか？」と天吾は彼女の質問を言い換えた。

ふかえりは黙って肯いた。

「新しい人に会うことが怖いのかもしれない。とりわけ日曜日の朝に」と天吾は言った。

「どうしてニチヨウ」とふかえりは尋ねた。

天吾はわきの下に汗をかき始めていた。胸がきつくしめつけられる感覚があった。新しい誰かに会うこと、そして新しい何かをもたらされること、それによって自分の今ある存在が脅かされること。

「どうしてニチヨウ」とふかえりはもう一度尋ねた。

天吾は少年時代の日曜日のことを思い出した。…(略) …

「こわがることはない。いつものニチヨウじゃないから」と少女は誰もが知っている事実を告げるように言った。

彼女が二つ以上のセンテンスを同時に口にしたのはこれが初めてかもしれない、と天吾は思った。(村上春樹『1Q84 : Book 1』pp.185-187)

村上春樹の新しい小説『1Q84』には、疑問文でも尻上がりのアクセントをつけず、疑問符なしで、叙述文で語るふしぎな女の子がでてくる。彼女はふかえりという名前で「空気さなぎ」という物語の原作者である。天吾は、予備校の講師で小説家志望の若者で、その物語を語り直して読者に読めるかたちには書き直す物語(ナラティブ)の共同制作者である。ふかえりと天吾の会話は、まるでナラティブを共同生成していくセラピストとクライアントが交わす絶妙の会話事例のように読むことができる。

ここにあげた事例では、年齢や経験や能力の差は逆転して、たどたどしくワン・センテンスで語るディスレクシア(読字障害)をもつ少女の方がセラピストの役目をしている。セラピー的会話が、日常会話と違うのは、クライアントにとって問題となる経験や行動を構造的に変化させたり、癒すための働きかけをするところにある(Tomm, 1988)。この会話では、天吾の緊張や恐れが語りのなかで明らかになり、わずかだが「こわがることはない」と感じさせるような変化がみえる。

2. 会話はどこで転換するのか

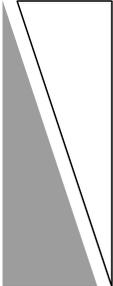
◆第1回③

サイコセラピーの実践のために 学べないこと、取り組むべきこと

吉川 悟

(龍谷大学文学部)

リレー連載 ●
私の実践とナラティブ



1 ナラティブ・アプローチの実践とは

ナラティブと称されるアプローチの実践において、これまでの心理療法やサイコセラピー、面接法による研究などと決定的に違うのは、治療者や研究者の「問い」の立て方であり、クライアントや家族、そしてインフォーマントの「語り」を受け取る姿勢であろう。

サイコセラピーが指示的アプローチである限り、治療者が面前のクライアントや家族に対して何らかの影響を与えるような場を提供することが必要である。Freud S. の精神分析療法以来、世に知られた心理療法の研究史は、その影響の与え方を研究者が解釈し、体系化してきた経緯の蓄積である。そこに突然のように登場したナラティブ・アプローチは、多くの面でこれまでのサイコセラピーの発展で培ってきた常識とされてきた治療者の姿勢や、治療の場の常識を大きく覆すことに繋がっている。それは、絶対的な指標を持つべき立場であった治療者が、汎化された知識を持つ者ではありつつも、クライアントや家族というローカルなナラティブに対しては、全くの未知なる立場で対峙することを厳然と意識すべきであるとの主張だからである。類似する立場として論じられることの多い Rogers, C. の非指示的アプローチについても、治療者の姿勢についての言及は多く見られるが、やはりその基本となる「語り」を生み出すための姿勢がまったく異なるものである (Anderson, 2001)。

具体的な場面を示してみたい。28歳の見るからに強い抑うつ気分を呈しているのがありありとわかるクライアントの相談で、面接が始まって数秒後に「今は家にいますが、帰ってきたというか、連れて帰ってきてもらったんです」と帰郷したことについてのメッセージが提示された。このようなメッセージをどのように扱うのか、正しい扱いはないだろうが、「誰かに連れて帰ってきてもらったんだ」という意味として受け取るに留めることもできる。しかし、ナラティブ・アプローチの立場であれば、クライアントにとって「帰ってきた」と表現することが自分にとっては不適切であり、「連れて帰ってきてもらった」という表現でなければならぬ意味がこのクライアントの背景にはあるのだろう、と気づくことが求められる。

このように記すと、治療者の感性が求められているかのような誤解を生むかもしれない。しかし、ナラティブ・アプローチの実践においては、治療者の感性よりも重要なことがある。それは、治療者がクライアントの語りに対して、どのような関心を向け、そこにどのような「問い」を作り上げるか、その「問い」に対するメッセージをどのように「聞く」か、そして、クライアントとの対話をどのように広げられるかである。むしろ、これまで示唆され、提示されてきた「人の感性」や「論理性」という特徴では不十分だと考える。

社会科学、特に狭義の人間科学の社会的実践と研究においては、厳密な意味での「科学性」が担保されないことが批判の多くを占めている。心理

すい
せん

自薦式ブックレビュー

その
1

菊池敬一・大牟羅良編『あの人は帰ってこなかった』

松澤和正

(千葉県立保健医療大学看護学科)

ナラティヴに関するものの書評ということで、そのまま「ナラティヴ」という言葉が表題に入っている本を幾つか読してみたものあまりわかった気がしなかった（自分でも少しは書いておきながら……）。どんなふうに分らなかつたかでもいいのだが、この際、専門書の方は諦めてしまい、そのうえ新刊本でもなんでもない（どころか遙か昔の）本にしようと思っている。

最近出会った本でいちばん衝撃的だったのは、1964年刊の岩波新書『あの人は帰ってこなかった』（菊池敬一・大牟羅良編）である。他の目的で検索していたら偶然この本の紹介記事に出会った。路傍に墓石がひとつ建っている古びた写真が印象的で、そこに断片的な引用があった。先の大戦で25歳の一人息子を亡くした身寄りもない老母の話である。

——ベコ(牛)や犬の死んだようにしたくねえと思って、ながい間すこしずつためたお金で墓作ってやったンス。オレ死ねば、戦死した千三を思い出してくれる人もなく、忘れられてしまうべ、と思って、人通りの多い道端に建てたノス。その道通った人たち、墓石みて、戦死した

息子、千三を思い出してけるベエ。知らねえ人でも、戦死者の墓だと思えば、戦争を思い出すベナス。そして、お念仏となえてくれる人もあるかもしれねえと思ってナス、そうすれば供養になるし、お念仏の願力で、念仏となえた人たちも救われるから、世の中のためにもなると思うノス。

墓へ行くつもりでなくとも、墓のそば通れば、なんとしても足よどまるナス。誰だか知らねえども、草花コなど上げてくれてあるのみと、わが子さ、お菓子もらった時よりありがたく思うもんだナス。

息子の遺骨さ来たとき、“おまえこんな姿になって来たってか”って、箱さかぶりついて。箱の中さ、小指くらいの骨ツコがたったひとつ入ってたったンス。ほんとうに息子だべか？ そうだんべか？ と思って、その骨ツコなめてみたっつたンス……。

この他にも多くの戦争未亡人や残された子どもたちの声が満ちている本である。その窮乏と喪失の悲惨や絶望の現実を知って打ちのめされるばかりだが、同時に同じくらいの強さで、「にもかかわらず」生き抜いた人間という存在への畏怖と不思議を感じた。これらの人々の言葉をナラティヴ

すい
せん

自薦式ブックレビュー

その
1

ポール・オースター著（柴田元幸訳）『幽霊たち』（1986）／
レイモンド・カーヴァー著（村上春樹訳）『大聖堂』（1971）

野村直樹

（名古屋市立大学人間文化研究科）

今日は素敵な2人の訳者による素敵な2作品を紹介したい。ポール・オースターとレイモンド・カーヴァー。アメリカのポストモダン作家という点で共通するものがあるかもしれないが、これらの作品の雰囲気はずいぶん違う。なぜ、これらの本を紹介するのかって？ 聞かないでください。でも2つとも確実にぼくたちを何処かへ運んでくれる「力」を持っています。物語の持つそういう力とはいったい何でしょう。まずは、『幽霊たち』から……。

まずブルーがいる。次にホワイトがいて、それからブラックがいて、そもそもの始まりの前にブラウンがいる。ブルーは私立探偵で、ホワイトは事件の依頼人だ。ブラックを見張るためブルーを雇う。ブルーはブラウンに探偵業を指南してもらった。

仕事はきわめて単純。ブラックを見張り、その報告書を定期的にホワイトに送ることだ。ブルーはブラックのアパートの向かいに部屋を借りて見張りを始めるが、ブラックは読書と書きもの、それと散歩するくらいで他に何もしない。完全に孤独な生活をしている。いつまでたっても何も起

らない。ブルーは解決すべき謎が何かわからなくなってくる。

問題が何なのか、本当の物語はなにか、それ自分は何より知りたがっている。しかし、徐々にブルーは、自分がただ単に他人を見ているだけでなく、自分自身を見ていることに思い当たる。これは俺の人生の物語なんぞではない……はずだ。しかし、この1週間のことを忠実に記述しようとするれば、俺がブラックについて夢想したさまざまな物語も書き入れる必要があるのではないか。

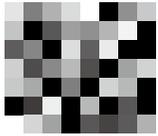
ブルーは見張りを通してブラックに親近感をもつが、心の葛藤は続く。そもそもホワイトは何のためにこんな依頼をしてきたのだ？ これでは進歩はゼロ、一生この部屋に留まって見張りつづける刑を科せられたようなものだ。ブラックについて多くの情報を得たものの、自分は結局何もわかっていないという事実。こんな馬鹿な話があるわけない。もうだめだ、息ができない。

やがてブルーはブラックを見張らなくても、彼が何をして、どこに散歩や買い物に行くかがわかるようになり、ブラックを置いて外出するようになる。自分のアパートに帰ってくればちゃんとブラックは元通りに生活をしている。しかし、次第に見張られているのは誰なのか、疑問が生まれる。

報告書の受け取り場所を見張ることで、やがて

臨床エッセイ

「心理面接の神髄」



山中康裕 (浜松大学大学院教授・京都大学名誉教授)

1

編者から表題のエッセイを書いて欲しい、と言ってきた。心理面接と限定しなくて、「心ある面接の神髄」でもいい、とも。どっちにしても難しい。なぜなら、物事の神髄とは、そもそも簡単に見出せるものでないものと言うのだし、これが神髄だと譬え取り出せたとしても、今度は取り出した途端に、それは、神髄でも何でもないので変わっていることが多いことを経験から知っているからである。哲学の領域ではこの関係を、特にフッサールはノエシスとノエマという述語で表現している。つまり、ところが動態として動いている、つまり「考えている」時にはこの状態そのものをノエシスといい、その「考え」の内容を取り出した途端に、それはノエマつまり、固定したもの、つまりもう形骸となっているというわけだ。

2

さて、そもそも、本誌は、『ナラティブとケア』という新刊雑誌だという。この頃は何でも新しいカタカナ言葉で表現すると、まったく新しい装いをもって、新しいパラダイムが展開すると思いがちだが、筆者は、そういうことには多少どころか相当へそ曲がり、で、「語りと配慮」という昔ながらのタームがあるのに、とってしまう。「語り」は、そのまま、容易に「物語」に移行するので、「物語と配慮」と言い換えてもよい。ただし、「語り」は「騙り」にもなる怖れも十分にあることを弁えねばならない。その線上で考えれば、そもそも、「心理療法」とは、クライアントの「語り」

にひたすら耳を傾ける「傾聴」こそが大原則であり、「配慮」と言えば、すぐにアタマを過〔よ、ルビ〕ぎるのは、現存在分析論 (Daseinsanalytik) を提唱したメダルト・ボス (Boss, M.) の尽力的顧慮 (einspringende Fursorge) と、垂範的顧慮 (vorausspringende Fursorge) である。前者は、「他者のために心配を除いてやり、その身代わりになって引き受ける」というあり方、後者は、「他者が、その実存可能性に開かれるべく、先立ってその手本を示す」あり方である、という。しかし、私は、最近 (『精神科治療学』24 巻増刊号)、これに触れて、現代では、そのいずれも不遜で、「ひたすら他者の語りに耳を澄ます」あり方しかないように思う、と書いた。そしたら、この度の日本箱庭療法学会 (於: 仏教大学、大会長東山弘子教授) で、そうした実例の報告に出会った。つまり、箱庭で、クライアントが蟻地獄に呑み込まれそうな動物を置いたのを見て、つい、治療者は、その動物を助けてしまったのである。しかし、そこは、本当は踏みとどまって、クライアントが実力で這い出るのをぎりぎりまで待つか、あるいは、一端は地獄に呑み込まれてしまい、闇を経験するが、その上で、enantiodromia (ベクトル反転) が起こるのを、やはりぎりぎりまで待つか、である。まさに、これこそが、ここで求められている、「心理療法の神髄」の一つであろう、と考えられる。しかし、これは、言うは易くして、行なうにはなかなか難しいことである。だからつつい、待ちきれず、手を出してしまうのだが、地獄の苦しみを共に味わうことにより、この苦しみを半減させることは必定だ。力学法則では、力を荷うものが2倍にな