

# 医療学教育におけるコミュニケーションとナラティブ

## ー現状と展望ー

斎藤清二

富山大学保健管理センター

### 抄録

医療コミュニケーション教育はこの20年ほどの間に、本邦の医学卒前教育カリキュラムの中に一応の定着をみたと言える。しかし、医療コミュニケーション教育を科学的学術活動として理解しようとする時、このような実践を支えする理論、方法論、有効性の評価法、改善のための戦略等についての論理的基盤が確立されていないことが問題になる。本稿では、医療コミュニケーションの教育実践の基盤となる、理論、方法論、実践法、研究法のセットとしてのナラティブ・アプローチについて考察する。医療におけるナラティブ・アプローチの特徴は、1) 物語としての病い、2) 語り手としての患者、3) 物語の複数性の容認、4) 線形因果論の非重視、5) 治療としての会話、とまとめられる。このような視点は近代医学の論理実証主義的な世界観とは真っ向から対立するものではあるが、医療コミュニケーション教育の目指す世界観とはむしろ親和性が高い。ナラティブ・アプローチは、医療の避け得ない特性である「不確定性」「複雑性」を認めた上で、医療者―患者間の対話に基づく物語生成を重視し、「偶有性」を共同構築することを目指す。教育的方法論としては、ナラティブ・コンピテンスの涵養を目指す具体的な方法論が注目を集めており、教育実践についての研究法としては、効果研究よりもむしろ質的改善研究が重要視されるべきであると考えられる。

---

## 1. はじめに

医療におけるコミュニケーション教育が、医学生の卒前教育カリキュラムの中に定着してきたのは、ここ20年くらいの現象であると思われる。筆者は1984年頃から、旧富山医科薬科大学（現富山大学医学部）において、カウンセリング的コミュニケーション技法を応用した医療面接法を学生に教育してきた[1][2]。毎

年行われる実習指導における試行錯誤の中で経験を重ねつつ、教育法自体の改善を進め、その概要を教科書にまとめ出版した[3]。1990年代の後半には、日本医学教育学会主導の基本的臨床技能教育法が全国の医学部卒前教育に浸透し、2000年代の前半に客観的臨床試験(OSCE)が全ての医学部の卒前教育において行われる

ようになるに至り、本邦の医学生卒前教育における医療面接教育の最低限のスタンダードがとりあえず確立されたと言える[4] [5]。

一方で本邦における医療コミュニケーション教育を、科学的学術活動として理解しようとする時、このような実践を下支えする理論、方法論、有効性の評価、改善のための戦略等についての基盤が定式化されていないということが指摘されるようになってきた。この問題の背景はかなり複雑であるが、いずれにせよ日本における医療コミュニケーション教育が、とりあえずの創立の時期から次のステップに移行してきたことの現れであろうと思われる。

上記のような視点を踏まえつつ、本項では、医療コミュニケーション教育の実践を下支えする概念、理論、方法論、実践、研究法のセットとしてのナラティブ・アプローチに焦点をあて、その現状と展望について考察したい。

## 2. なぜ医療コミュニケーション教育にナラティブという視点が必要か

そもそも医療/医学の領域に、ナラティブ・アプローチという概念が本格的に導入されたのは、1998年に英国で『*Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*』[6]と題するモノグラフが発行されたことに始まる。Narrative Based Medicine は、本邦においては一般にNBM（物語と対話に基づく医療）と略称されている[7]。Greenhalghは一般医療におけるナラティブ・アプローチの特徴を、1) 「患者の病い」と「病いに対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語の中で展開する「物語」とみなす。2) 患者を、物語の語り手として、また、物語における対象ではなく「主体」として尊重する。同時に、自身の病いをどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を、最大限に

重要視する。3) 一つの問題や経験が複数の物語（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める。4) 本質的に非線形的なアプローチである。すなわち、全ての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるもの、と見なす。5) 治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす、の5つに整理している[7]。

上記の特徴は、近代医学の常識（モダンな医療論）とは真っ向から対立するものである。近代医学は、1) 病気とは生物学的な異常である「疾患=disease」であると考え、2) 患者を診断され治療される「対象」であると考え、3) 病態生理や治療理論には唯一の正しいものがあると考え、唯一の科学的真実の追究を重視し、4) 疾患や医療上の問題は、原則として原因-結果という線形因果論で説明できると考える。そして何よりも、5) 対話はいくまでも、患者を診断したり治療したりするための手段であり、対話そのものは治療ではない、と考える。このような近代医学の常識に、ナラティブ・アプローチは真っ向から挑戦する。

しかし翻って、医療コミュニケーションという立場から近代の医療の在り方を振り返る時、ナラティブ・アプローチが主張する姿勢は、医療コミュニケーション教育の目指すところとかなりの程度一致することが明らかである。むしろ、このような概念レベルでの医療観の根本的見直しなしには、医療コミュニケーション教育は、単にこれまでの生物科学モデル一辺倒の医療において、患者から診断のための情報を聴取し、治療のための説明を有効に行うための手段にすぎないということになってしまう。もちろんこのような医療観の根本的変容を目指す姿勢は、「患者中心の医療」、「関係性中心の医療」等の他の概念によっても追及されてきた

ものであり、これらのムーブメントの目指すところには共通性がある。しかしながら、現在までのところこれらの医療ムーブメントは、実践としては評価されても科学としては認められない傾向があり、医療コミュニケーション教育を、従来の科学的方法論に基づいて評価することは非常に難しいとされてきた。医療コミュニケーション教育についての科学的研究や評価の方法論を適切に探究するためには、研究方法をも巻き込んだパラダイムシフトが必要とされるのである。

### 3. 医療の不確定性、複雑性と偶有性

医療は本来的に、「不確定性」と「複雑性」という二つの避けがたい性質を持っている。不確定性とは、医療の現場で刻々と起こる現象を確実に判断・予測することはできないということであり、複雑性とは、医療の現場で実際に何が起こるかは一つの原因で決まるのではなく、複数の要因が関係することによって決まるということである。ある意味で、医療/医学の歴史とは、それ自体が本来的にもつ、「不確定性」と「複雑性」に対する戦いであったとも言える。しかしいつのまにか、医療/医学は、自らの不確定で複雑な本質を忘れてしまったようにも見える。医療が「確実」で「単純」なものであるという幻想の上にその理論や実践を構築している限り、現代の医療の問題は解決されなければ、益々混沌化し増大していくばかりであろう。原点としての「不確定性」と「複雑性」をしっかりと認めようとして初めて、それに対するチャレンジが成り立つのである。

近代におけるその一つの挑戦は、「不確定性」に対して「確率論」的に対処しようとする試みであった。その代表は臨床疫学に基づく、Evidence Based Medicine (EBM) である。EBMは蓋然性という概念を持ち込むことによって、医療の不確定性を一部緩和する。しかし、それ

は当然のことながら、不確定性そのものを解決するわけではない。

医療の持つもう一つの本質として「偶有性：contingency」という概念が挙げられる。偶有性とは、「何が起こるかは完全には予想できないが、ある程度は予想できる」ということである。「完全には予想できない」というほうを強調すれば、「医療とは何が起こるか分からない怖いものである」という恐怖、不安を誘発するが、「ある程度は予想できる」に焦点をあてれば、「何も分からないという混沌よりはましである」という相対的な安心感が担保できるということになる。ある意味で、医療とはしょせんその程度のものではないだろうか。

物語と対話に基づく医療 (narrative based medicine : NBM) は、「『患者が主観的に体験する物語』を全面的に尊重し、医療者と患者との対話を通じて、新しい物語を共同構成していくことを重視する医療」と定義できる。医療者は古来、物語的対話を通じて患者や家族と交流し、共に人生の不条理に対抗し、人生をともに生きて来たのである。対話の中で物語を紡ぎだし共有することは、人生の避けえない不確定性、複雑性を受け入れつつ、偶有性を創造する有力な手段となる。このような医療の原点に返ることが、現代までに発展してきた科学的医学の知見をも生かしつつ、現代の医療の困難さを、医療者と患者が共に生き抜いていくための基盤として再度見直される時が来ているのではないだろうか。

### 4. ナラティブ・コンピテンスの教育

医療におけるナラティブ・アプローチのもう一つの大きな流れとして注目すべき動きは、米国の Charon を中心とした、ナラティブ・メディスン (narrative medicine) の活動である [8]。ナラティブ・メディスンは、NBM と基本的な考え方を共有しつつ、医学教育、医療倫理により

直接的に焦点をあてており、特にナラティブ・医療者が涵養すべき中核的能力の概念を明確に提示していることが大きな特徴である。ナラティブ・コンピテンスは、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、尊重することができる。2) 患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共有することができる。3) 医療における多様な視点からの複雑な物語を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。4) 患者の物語に共感し、患者のために行動することができる、などにまとめることができる。これらの能力を涵養するために、Charon は、医学生や医師に対する、文学的精読、反省的記述などを用いた教育法を公表している。本邦でも、特に医学教育の方法論としてすでにその一部が取り入れられ、実践の結果が報告されている[9][10]。

## 5. ナラティブ・アプローチの観点からみた研究法

すでに述べたように、医療コミュニケーション教育における研究法の確立は、医療コミュニケーションをひとつの科学的な領域として確立するために必須の課題である。しかし、近代的な論理実証主義的科学パラダイムだけに限定された科学観を採用している限り、適切な研究法を確立することができないことは、むしろ当然であるように思われる。医療コミュニケーション教育に関する研究法について考察する時に最も重要なポイントは、そもそもその研究はなんのために行われるのかという点を明示化しておくことだろう。例えば、医療コミュニケーション教育を行うことは良い医療者を育成するために効果があるのかどうかということは、本当に科学的研究によって検証しなければならないことなのだろうか？そのような研

コンピテンス (narrative competence) という究疑問を検証するためには、教育対象の学生を無作為に実施群と対象群に割りつけて、何らかのアウトカム尺度を設けて教育の効果判定し、比較する、というような RCT の研究デザインが必要になる。しかし果たしてこのような研究デザインは、実際に意味をもつのだろうか。現代の医療学教育の状況において、医療コミュニケーション教育を全く行わないなどということが選択し得るのだろうか？ 筆者はそのような仮説検証的な研究が必要とされるのは、具体的な教育方法の中でマニュアル化しうる技法等についてのアウトカムを比較したい場合(例えば、医療面接において、開かれた質問の多用と閉ざされた質問の多用はどちらが患者満足度を高めるか、など) だけだと思う。

教育者にとって、あるいは教育の受益者である学生にとって重要なことは、いずれにせよ我々は学生に毎年医療コミュニケーション教育を行うことになるのだから、現時点で最も有効と思われる方法をていねいに実践し、その実践においてできるだけ詳細なデータを収集し、透明性のある方法で評価し、それを次の実践の改善に役立てるサイクルを構築するという方法論ではないだろうか。このような研究方法論は一般にアクション・リサーチと呼ばれ、原則として比較のための対照群を必要としない(というよりも目的から考えて、対照群をつくることは適切ではない)。

ナラティブ・アプローチにおける研究論的観点からいうと、これらの研究は、効果研究 (outcome research) ではなく、質的改善研究 (quality improvement research) として位置づけられる。この両者を明確に区別することは重要である。Greenhalgh は質的データとして物語テキストを用いる質的改善研究法として、1) 物語面接法 (narrative interview)、2) 自然主義的物語収集 (naturalistic story gathering)、3) 談話分析 (discourse

analysis)、4) 組織機構的事例研究 (organizational case study)、5) アクション・リサーチ (action research) 6) メタ物語的系統的レビュー (meta-narrative systematic review) を挙げている[11]。筆者は医療面接教育の実践において、自由記述アンケートを用いた質的研究の成果をすでに報告している[12]。また医療におけるナラティブ・アプローチの観点からの教育法についての質的な研究報告が近年いくつか報告されている[9][10][13]。今後このような幅広い視点からの研究が多数行われていくことが期待される。

---

#### 文献

- [1] 齋藤清二, 渡辺明治. マイクロカウンセリングを応用した医学生への病歴聴取教育法. 医学教育. 1991;22:104-109.
- [2] 齋藤清二, 北啓一朗. 医学部卒前カリキュラムにおける心身医学的教育—特にカウンセリング的病歴聴取法の意義について. 心身医学. 1996;36:262-266.
- [3] 齋藤清二. 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—. 医学書院; 2000.
- [4] 齋藤清二, 松井三枝, 牛麗沙, 渡辺明治. 医療面接技能の客観的臨床能力試験(OSCE)による評価—特に認知行動特性との関連について—. 医学教育. 2000;26:157-163.
- [5] 齋藤清二. OSCE の実際. 下条文武, 齋藤康, 監修. ダイナミックメディスン1. 西村書店; 2003. p. 2-114-118.
- [6] Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine,— Dialogue and discourse in clinical practice—. BMJ Books; 1998.(齋藤清二, 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.)
- [7] 齋藤清二, 岸本寛史. ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 金剛出版; 2004.
- [8] Charon R. Narrative Medicine—Honoring the stories of illness—. Oxford University Press; 2006.
- [9] 宮田靖志, 寺田 豊. 札幌医科大学における NBM カリキュラム. ナラティブとケア. 2010;1:52-60.
- [10] 北啓一朗. 「二つの視点からの物語作成」による医学生の教育. ナラティブとケア. 2010;1:61-69.
- [11] Greenhalgh T. What seems to be the trouble? : Stories in illness and healthcare. Radcliffe Publishing Ltd; 2006.(齋藤清二, 訳. グリーンハル教授の物語医療学講座. 三輪書店; 2008.)
- [12] 齋藤清二, 岸本寛史. 卒前教育における全人医学的教育. 心身医学. 2006;46:728-735.
- [13] 鶴岡浩樹. 少人数による NBM教育の試み. ナラティブとケア. 2010; 1:42-51.