

## 総説

# 臨床のアートとしてのナラティブ・アプローチ Narrative approach as a clinical art

中川 晶<sup>1)</sup>  
Akira Nakagawa<sup>1)</sup>

1) 京都看護大学  
1) Kyoto college of Nursing.

### Abstract

Narrative approaches have become popular in the healthcare sector in recent years. However, not many medical staff are familiar with this technique. The reason for this is that many medical staff do not know exactly what a narrative approach is. In this article, I would like to describe the narrative approach as a clinical art for eliciting patient stories.

### 要旨

ナラティブ・アプローチは近年、医療の分野でよく知られているが、実際は使いにくい、或いはナラティブになっているのかわからないという疑問が多い。そこで、今回はヘルスコミュニケーションの基調講演ということで、臨床のアートとしてのナラティブ・アプローチを質問技法としてのナラティブ・アプローチを解説してみたい。アートという言葉には芸術以外に技巧・わざ・熟練・専門の技術という意味がある。医療分野には今後 A.I. がどんどん導入され医学知識の検索は容易になるだろう。しかし、その知識をどう臨床につなげるかについては、人間の熟練の技が必要であることに変わりはない。特に医療のコミュニケーションについては今後更なる研究が必要になるだろう。

キーワード: ナラティブ、リフレーミング、質問技法、臨床

Keywords: narrative, reframing, questioning method, clinical

### 1. 序文

「サピエンス全史」で有名な歴史学者のノア・ハラリは、ヒトという種の特徴として共同主観の現実を構成する能力あるいは傾向を指摘している<sup>1)</sup>。共同主観というのは他人の語った物語（他人の主観）をあたかも客観的現実と同程度のインパクトを持って体験出来る能力のことらしい。ヒトはその能力を使って神、国、お金などの概念を造ってきたという。考えてみれば神も国もお金などの概念は共同幻想に過ぎないだろう。

さて、のっけから変な方向から始めてしまった。しかし、コミュニケーションの本質はこの共同主観なのだろう。特に医療の場面では病者の主観をどう聞くかが、治療の成否にかかわることが多い。もちろん徹底的に客観的な現実即して治療に当たらねばならないことは医療では自明ではあるが、それだけで医療は成立しない。何故なら治療という行為は病者がどのように関わるかによって成否が決まることも多いからである。もちろん手術下や、昏睡患者の治療に患者側の関与は最小であるが、服薬行動・運動療法・食事療法といった日常の病気対処行動においては、病者自身が自身の病気をどう考えているかを知ることは治療の要点である。ともすれば医療者は「聞く」より「話す、説明する」傾向が強い。ニューヨークの内科医ダニエル・オーフりは著書のなかで多くの医師は最初の診察場面では「どうされましたか？」と患者の話を聞くが 30 秒以内に自分がしゃべり始めて、その後はほとんど舵取りをしてしまうと自戒を込めて書いている<sup>2)</sup>。

そうすることによって病気を自分の守備範囲に閉じ込めてしまうのかもしれない。

「プロクルテスのベッド」という言葉が現代医学批判に時々用いられる。プロクルテスというのはギリシャ神話に出てくる盗賊なのだが、この盗賊は変わった癖があり、捕まえてきた旅人をベッドにくくりつけて、そのベッドのサイズに旅人の身体がピッタリでないと頭やら足を切り落とすという変な話なのだが、現代医学はまさにプロクルテスのベッドのように無理矢理患者を守備範囲の病気に閉じ込めてしまうという批判である。

当の患者が自分の病気をどう説明しようとしているのか、自身の人生における病気の意味をどのように考えているのかを聞き出すことで医療の幅が広がる。そのような「病いの語り」を聴くことが医療におけるナラティブ・アプローチと言える。

## 2. 臨床のアート

臨床は医学という科学研究の成果の応用だという考えがあるが、実際の臨床現場ではあまり科学的とはいえない診療場面にいくわすことも多い。昔、筆者がまだ研修医だった頃、先輩医師のシュライバー（カルテ書きをする助手）をしていた時のこと。おそらく風邪っぽい患者が続いて、しかも同じような症状なのに先輩医師は違った処方をする。筆者は不思議に思い質問してみたところ先輩医師はしばらくモジモジしながら「だって、同じ処方だったら飽きるじゃない」と変な答えが返ってきて、この人は駄目医者だと見切りをつけてそれ以上の質問を止めた。ところが数年後、筆者自身はその先輩と同じ立場に陥ってしまった。つまり同じような症状の患者に異なった処方をする論理的説明を研修医から求められたのである。もちろん筆者は誠実に答えようとしたのだが思いつく答えはどれも論理的とはいえない。思いあまって「同じ処方では味気ないなあ」。

つまり処方は大した違いではないのだが、自分の中でどの薬が合いそうだという感覚のようなものが出来てくるのだが、それは論理的でもないし言葉に表現し難い。「技（アート）」と言ってしまうと実も蓋もない。しかし何とか伝えようと努力する必要はある。

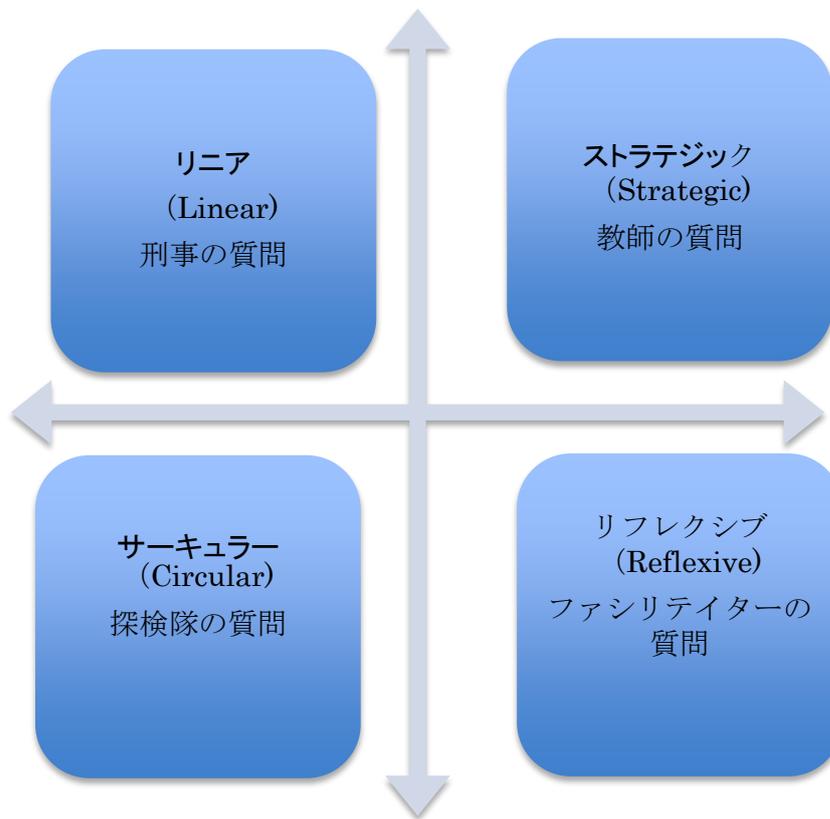
筆者の専門はナラティブ・アプローチという分野であり、専門的な心理学を習っていない普通の医療者が使えるようなアプローチである。自分でも何とか様になってきたと思えるまで 20 年くらいは要している。言い続けてきたのは患者の病気観を考慮したアプローチなのだが、臨床心理医学というナラティブ・セラピーと医療とは中々結びつかなかった。筆者は元々、農学部で生化学をやり、大学院中退で中学で理科教師をやってから医学部にやってきた。従って他の医学部同級生が医師としてのイニシエーションを受け医師らしい医師になっていくのに対して、筆者はいつまで経っても患者の視点が抜けない。いずれは同級生と同じく医師っぽくクールになってくるのかと思いきや、いつまで経っても抜けない。それならと開きなおったのは医師になって 10 年ほど経ってから。やはり医療は患者抜きでは成立しないのだから、患者の視点を入れた医療があってもいいじゃないかと色んな分野を渉猟し始めた。医療人類学、精神医学、臨床心理学、仏教まで文献をあたり、ナラティブという単語を見つけた。J.S ブルーナーという心理学者の文献に人間の思考は論理—科学的思考モードだけではなく、もう一つあるという<sup>3)</sup>。それがナラティブ・モードだという。前者は科学的思考にかかせない。精密な論理を積み重ねて抽象化された普遍体系を構築していこうとする思考である。この思考モードにはトレーニングが必要なのだが、ナラティブ・モードはトレーニングを受けてない素人の思考モードで、様々な出来事、特に苦難に対してヒトは何とか解釈しようと物語モードで思考する。つまり自分流の物語を生成する。このあたりは医療人類学の A. クラインマンも「臨床人類学」の中で説明モデルという概念で、患者は医学的に正しいかどうかに関わらずすでにボンヤリとでも病気の原因、病態生理、病気の経過、治療法などについての考えを持っていると書いている<sup>4)</sup>。さらに英国の心理学者 A.F. フェーンハムは LAY THEORY (翻訳「しろうと理論」(北大路書房)) という著書で、様々な問題が降りかかったとき素人はどう考えるかについて帰属理論を駆使して展開している<sup>5)</sup>。様々な研究者が理論を展開しているが、筆者が知りたかったのは、患者の病気観を医療者が知ることで、医療は今より親切なものになるだろうし、効果的になるだろうという感覚だった。転機は 2007 年に訪れた。イギリスでナラティブ・ベイスト・メディスン (N.B.M) が始まり、運良くロンドン大学に半年留学する機会を得た。そこで学んだことが筆者のナラティブ・アプローチの基盤になっている。

## 3. ナラティブ・クエッシングという方法

今回、伝えたいことは、すでに「日本保健医療行動科学会雑誌第 36 巻別冊 講義と保健で学ぶ保健医療行動科学」に詳述している<sup>6)</sup>。ので、そこから大幅な引用をお許し頂きたい。今回はナラティブ・アプローチを質問という側面から実用化してみようと思う。筆者はこの独特の質問法をナラティブ・クエッシングと名付けた。もちろん、現法は英国の NBM 研究者 J. ローナーのオリジナルであるが、彼はその技法に名前をつけてない。そこで、便宜上筆者がナラティブ・クエッシングと名付けて説明してみたい。

以下が引用部である。

我々医療者は病者に対して何気なく質問を発するが、よく考えてみると質問が相手のナラティブに大きな影響を与えることは明らかである。質問がうまく機能すれば病者は自分のナラティブ (病気物語) を改善して、病気にうまく対処できるようになるだろう。逆にひどい質問を続けると、病気対処行動に変化がないばかりか、時には悪化させてしまうこともある。北欧の家族療法の理論家 T. カールは質問を 4 つの種類に分類して、質問者が自分の質問がどれに当たるかをきちんと認識して質問することが大事だという。



図一 1

この4つの質問をナラティブ・クエッシングと呼ぶ。

トムの4つの質問を理解するために、我々はなぜ病者に質問をするのかというという基本的な所から考えてみよう。勿論、質問の第一の目的は情報の収集である。知らないから質問するのである。刑事が被疑者に質問するのは、犯人かどうか知るための質問で、アリバイ有無の確認などは、その典型的なものだろう。例えば被疑者が昨日の午後8時に大阪に居て、8時半にはロンドンに居たと言えば、それは明らかに嘘であり、被疑者の弁は論理的に破綻しているのでアリバイは崩れる。このように論理的に相手を問い詰めていく質問をトムはリニア・クエッションと名付けた。しかし質問は必ずしも、分からないから発するばかりでなく、相手を誘導するときにも質問という形を取ることが多い。例えば、教師は生徒を教えるときによく質問をするが、この時の質問の多くは生徒を正解に誘導するための質問である。生徒は論理的に考えることが要求され、教師は戦略的に質問する。この種の質問はストラテジック・クエッションに分類される。

以上二つの質問は、質問の中身も答えも論理的であるという前提でなされる。例えば、被疑者が30分で大阪からロンドンに行けたのは、トトロの猫バスに乗って疾風のごとく走ったからだと答えることは許されない。例えば、生徒が1たす1は時には3になったり5になることもあると答えることは許されない場である。しかし、カウンセリングの現場では、答えはもっと多様であり、質問者ももっと心を開いておくことは常識である。しかし、医療の現場で通常のカウンセリングは馴染みにくい。何故なら、医療者は常に医学的な正しさ(論理的であること)に縛られるし、それを逸脱すればもはや医療者とは言えない。だからといって、常に医学的正しさががんじがらめになっているのは病者の主観的世界は見えなくなり、治療にならない。それでは医学的正しさという構え以外に、医療者はどのような構えを取ることが可能だろうか。医学的正しさとは論理的に一環していること、つまりは原因・結果の直線的因果律が透徹していることといえよう、とすればその逆は、すべての事柄は繋がっており、原因・結果を分けることは出来ないという円環的因果律の世界である。

つまりは医療者たる者は時として、医学的正しさから一步距離を置き、論理的でない病者の世界をナラティブ(物語)として理解しようという構えに立つことも必要だろう。探検家が密林の奥深くに住む原住民と初めて出会った時には、こちらの論理を押し付けるのではなく、彼らの世界観を理解しようとするに違いない。優れた探検家ならば、原住民が魔術が存在すると言えば「そんなバカな」と反応するのではなく「どんな魔術なのか?」と問うに違いない。同じように円環的因果律に立って病者の世界観を知ろうとする質問は、時には極めて治療的である。この種の質問をトムはサーキュラー・クエッションと名付けている。

さて、以上の三つの質問に加えてトムは最後の、そして最も大事な質問をリフレクシブ・クエッションとして紹介している。リフレクシブ・クエッションとは円環的因果律で病者の世界観、つまりは病者の世界のルールを把握した上で、そのルールに従って(例え論理的でなくとも)病者を誘導して、医学的にも正しい方向に着地出来るよう促すような質問のことである。例を挙げたほうが分かりやすいかもしれない。

#### 4. ある神経性咳嗽の一症例

【症例】Aさんは80才の婦人。数ヶ月継続する乾性咳嗽(痰の絡まない咳)で内科より筆者の心療内科に紹介されて受診。内科では様々な内科的検査が行われたがすべてネガティブだった。

うららかな春のある日、物腰おだやかな和服姿の上品な老婦人が筆者の外来にやってきた。内科からの紹介状には、診断名：神経性咳嗽とある。神経性咳嗽とは呼吸器には何の異常もないが、精神的なことが原因で起こる長く継続する咳のことである。内科では、かなり詳しく検査したようだった。マイコプラズマ肺炎、結核、肺気腫、肺癌などなど非常に広範囲の、見方によっては内科医がムキになって検査しているような印象さえあった。筆者ならばもっと早めに神経性咳嗽と診断出来たろうに、などと軽口を叩きながら、Aさんに初めて会ったのだが、ここからが大変だった。Aさんは常にニコヤカでこちらの聞いたことには何でも答えてくれるやりやすい患者さんだった。最初は度々診察すれば咳嗽の原因になっているストレスの原因は簡単に分かるだろうとタカをくくっていたのだが、5回の診察を終えても全く原因は不明。さすがに筆者も少し焦り出して、家庭環境に問題があると決めつけて、夫や息子・娘との関係を根掘り葉掘り聞くのだが、ほとんど問題らしい問題は見つからない。夫はおおらかで優しい人柄だし、子供は三人居てみな親孝行。関係も良好である。孫たちもお婆ちゃんが大好きで、問題らしい問題が見つからない。この頃、筆者の発する質問はほとんどがリニア・クエッションでありきたりの質問ばかりだった。時にストラテジック・クエッションで強引に咳嗽の原因を家族関係に求めようとしたが全く歯が立たずだった。初診から3ヶ月が経過し、全く進展はなし。相変わらず原因を特定できない筆者にAさんは相変わらず笑顔で来院してくれていたが、こちらが苦しくなりそうだった。

そして、夏の昼下がり突然の展開があった。この日は筆者は診察日ではなかったが大学病院に用事があって白衣ではなくGパンにポロシャツという軽装で書類も小脇に抱えて病院を走っていた(筆者はいつも走っていた記憶がある)ふと見ると、Aさんが広い待合室に座っておられた。筆者が気づいて声をかけたが、Aさんはケゲンな顔。どうも筆者が白衣を着てないので判別出来ないようだった。しばらくして「なーんだ、先生じゃないの」と分かったようだが、どうもいつもと調子が違う。そういえばAさんも軽装で和服でない言葉もザックバラだった。つまりは、いつも筆者が会うAさんはヨソイキで、普段のAさんではなかったということだった。(そんなことも見抜けない筆者であった)一般に大学病院にくるときの患者さんはヨソイキであることが多い。

さて、筆者は夏の昼下がりの誰も居ない待合室でAさんに会ったのだが、Aさんはどうも友人がこの病院に入院しているらしく、お見舞いに来たとのこと。「こんなに暑いから、友達にジュースを持って行ってあげたのよ。でもね、友達は糖尿病なので飲めないって言うのよ、せっかく一緒に飲もうと思って買ってきたのに残念・・・そう、ジュース余ってるのよ。先生飲まない？」そう言うと、Aさんは嬉しそうに筆者にジュースの缶を差し出した。筆者もどが乾いていたので「喜んでいただく」とAさんの隣に座った。その時はひとしきりヨモヤマ話をしたのだが、そのあと突然「先生、実はね、咳の原因は知ってるの」とAさんが言い出したので筆者はびっくり仰天「え！知ってるんなら何故言ってくれなかったんですか！」と返した。すると「いえね、原因なんだけど大学病院で話せるような原因じゃないのよ」と恥ずかしそうに続けた。

「私には子供がいると言ったでしょ、三人。でもね実はその前に二人いるのよ。あの頃は貧乏でね、私もお父さんも一生懸命働いたんだけど子供が養える状態じゃなかったのよ。それでね、ずいぶん悩んだんだけど、流しちゃった。水子よね。その後は暮らし向きもマシになって今の三人が生まれて、皆申し分なくいい子に育ったわ。でもね、私はそんなに幸せになっちゃいけないのよ。だって二人も闇から闇に葬っちゃったんだもの・・・咳はね、天罰なのよ」筆者には初めて聞く内容だったし、内容が内容だったので答えようがなかった。でも、その時筆者のなかで医学的正しさが影をひそめて、ある転回があったのかもしれない。次に筆者が言った言葉は今に本当に自分の口から出たのか怪しんでいる。まさにリフレクシブ・クエッションだったのである。

「なあんだ、水子だったんだ。咳の原因。言ってくれば良かったのに。ところでAさん、水子地蔵建ててますか？え？建ててない。二人の水子さんのためにお地蔵さんを建てて、毎日てを合わせてあげるといのはどうでしょうね？」

Aさんは、医者である筆者が水子地蔵を持ち出したので驚いたようでしたが、すぐに笑顔に戻り「そうね、いい考えだと思う。水子地蔵か。なんで思いつかなかったのかしら？」

その後、Aさんは水子地蔵を建てて毎日、二人があの世界で元気に暮らすことをお祈りしてるとのことだった。そし

て、もちろんあれほどしつこかった咳はその後ピタリと止まり、まもなく筆者の外来を卒業していった。

## 5. ナラティブ・クエッシングの練習

以上が長い引用部であった。振り返ると最初の段階ではリニアやストラテジック（刑事の質問・教師の質問）ばかりを繰り返して何の進展もなかったが、二人で腰掛けてジュースを飲むなかで筆者の世界がぐるりと反転して彼女のナラティブを聴くというスタンスになって始めて、彼女が自分の世界について語りはじめ、彼女は水子の存在する世界に住んでいたのだと、何のこだわりもなく理解することが出来た。そこからは自然なりフレキシブなつまりファシリテーターの質問として「水子地蔵を造るというのはどう思いますか?」という質問が、状況をぐるりと回転させた。しかし、このようなファシリテーターの質問は簡単に出来るわけではなく、普段から頭を柔らかくして発想の練習をしなければ難しい。英国のやり方を踏襲して我々も研究会では三人組での質問をブラッシュアップする練習をしている。約 3 時間くらいの研究会だが、4 つの質問のトレーニングは質問者役・相談者役・観察者役という三人一組のロール・プレイ学習が適している。

筆者のワークショップでは注意事項として質問者役は

- a. 質問以外はしてはいけない。
- b. 決して問題を解決しようとしてはいけない。
- c. アドバイスしようとしてはいけない。
- d. 質問を繋いでいくことで、ストーリーを促す。

## 6. おわりに

ナラティブ・クエッシングはただ英国流をそのまま踏襲していたのでは、うまくいかないことも多い。そこで我々は今後は文化差も取り入れたクエッシング法を開発しなければと考えている。2009 年の日英のナラティブ研究者が集まったの研究会においても、結論としてイギリスのナラティブ研究は論理的過ぎるが、一方において日本のナラティブ研究は情動的すぎるのではないかと文化差がクローズアップされた。ともあれ、今後の医療にナラティブの視点は必須だと考えられる。

## 謝辞

ふだんつらつらと考えていることをまとめる機会をヘルスコミュニケーション学会基調講演という形で与えてくださった阿部恵子先生をはじめ関係者各位に深くお礼申し上げます。

## 研究資金

なし

## 利益相反自己申告

なし

## 参考文献

- 1) ユヴァル・ノアハラリ「サピエンス全史」河出書房新社、2016.9.30.
- 2) ダニエル・オフリ「患者の話は医師にどう聞こえるのか」2020.11.10.
- 3) 横山草介：J.S.ブルーナーと心を見る眼：東京都市大学人間科学紀要,2018.1.p11-23
- 4) アーサー・クラインマン「臨床人類学」弘文堂、1992.3.10
- 5) A.F フェーンハム「しろうと理論」北大路書房、1992.5.20
- 6) 中川 晶：ナラティブ・アプローチ;講義と演習で学ぶ保健医療行動科学,日本保健医療行動 科学会雑誌第 36 巻別冊,P78-81,2022.3.31

\*責任著者 Corresponding author：中川 晶 (e-mail: medicinemanakr2@gmail.com)