

ナラティブ・アプローチの技法

大阪産業大学 中川 晶

1. はじめに

今回、ナラティブ・アプローチの技法ワークショップとして、ナラティブ・ベ
イスト・メディシン (NBM) の視点からの実習を行った。このワークショップ
の解説のためには NBM の背景から説明する必要がある。

2. NBM のはじめ

近年 NBM という言葉があちこちで聞かれるようになったが、それが何を意
味するのか分かりにくいという声もよく聞かれる。そこで今回はまず NBM に
ついて分かりやすく説明したい。

まず、NBM (Narrative Based Medicine) は EBM を補完する医療として語
られることが多いが、何故 EBM だけでは足りないのかを説明する。それには医
療の本質そのものを吟味することから始めなければならない。現代医療の手法と
は、まずは目の前の患者の訴える症状を客観化することから始まる。EBM の提
唱者である D. サケット (David Sackett)¹⁾ も EBM の第一段階を、「目の前の患
者についての問題の定式化」として書いている。つまり、患者の抱える症状を、
医療の扱える「問題」に翻訳することである。この段階では患者の主観であった
症状が医療の介入できる形に客観化される。いったん客観化されたならば、あ
とは楽である。論理的な展開で治療そして治癒という終着点に辿り着く。ところが、
治療は論理的で間違いないはずなのに治癒に至らない患者が多く存在する。その

原因は当然ではあるが、最初の段階の翻訳過程にある。そもそも患者の主観のすべてが客観化出来るはずはない。そこで第一段階では「切り取り」が行われるが、その過程は注意深く行われる必要がある。安易に行われると、次の段階がどれほど正確であっても終点に辿り着かない。もちろん EBM が現代医療の主流であることは間違いない。しかし、いつも患者の主観に立ち戻り、患者のうちにある病気物語を考慮した治療戦略をたてるのが、より治療を効果的にすると考えられる。

誤解を恐れず、単純化して言えば、NBM とは患者の病気物語（ナラティブ）に介入する医療といえよう。

3. NBM 提唱の経緯と展望

NBM という言葉を最初に提唱したのは英国の T. グリーンハル（Greenhalgh）ら²⁾と言えるが、それに先立ち医学以外の異なった多くの分野において患者の病気観や病気物語が注目されてきた。特に70年代以降文化人類学の分野では、A. クラインマンが『病の語り』（原題：Illness Narratives³⁾）を著し、それ以後ナラティブという言葉が、患者の主観的な病気の物語という文脈で、医療のなかで用いられるようになった。また、ナラティブを中心にした心理療法が社会構成主義、社会構築主義というポスト・モダン思想を背景にして出現してきたことも、NBM 成立に大きく影響している⁴⁾。ナラティブを軸にした臨床実践や研究は近年非常な勢いで広まっており、そのためか、それぞれの立場によって違いも見受けられるようになっている。

4. NBM の特徴

先に述べた社会構成主義や構築主義の主な主張は「我々が現実とみなしているものは、実在しているのではなく、我々の頭のなかで構成された概念に過ぎない」というものであるが、そこまで徹底しなくとも、病気には患者の内にある物語（ナラティブ）という側面がある。この部分の変容しなければ病気は治らない。

つまり NBM では病気物語の変容が促進されるような種類のコミュニケーションが行われる。カウンセリングとの相違はカウンセリングが個人の変容を促すのに対して、NBM ではナラティブ（病気物語）の変容を促すという点だろうか。つまり、みかけは似ていても立場が異なると言えよう。

5. NBM の実践的トレーニング

コミュニケーション能力の高い医療者の場合は、トレーニングせずとも、自然の会話のなかから病気観を把握して治療に生かしていくことが出来るが、一般には難しい。しかし、巧妙に構成されたトレーニング次第では、病者の病気観を把握することは勿論、その病気観に逆らわず治療的な行動変容を促すことも出来るようになる可能性がある。筆者は英国で NBM の指導的立場にある医師の一人ジョン・ローナーのワークショップに数回参加することが出来た。また筆者はこのワークショップに長年参加している数人の英国人医師の外来を見学する機会を得たが、どの医師の診療もオープンで友好的な雰囲気の中かで進められており、短い外来時間のなかで小さな行動変容が毎回起こっていることを確認することが出来た。

6. ナラティブ・クエッシング

ナラティブ・クエッシングとは筆者による造語である。もとは家族療法の理論派カール・トム（Tomm, Karl）の1988年に始まる一連の論文⁵⁾は、心理療法におけるクエッシング（質問）というものを見直し整理したが、この論文は非常に質が高く心理療法に留まらず広く援助職が行う広い範囲でのカウンセリング的面談全てにおいて有効であることが、ローナー（Launer, John）らの努力により広く認められるようになってきた。

世界的に有名な心理療法施設であるロンドンのタヴィストック・センターのローナー医師らは、主としてプライマリー・ケアの医師たち（一般開業医）へのトレーニングにおいて、クエッシング（来談者に対する質問）を重要視して

きた。医師に限らず対人援助職にいる者にとって、質問・答えという形式の対話は慣れ親しんだものである。しかし『慣れ』は時として対話の閉塞状況を生んだり、そもそも援助的ですらなくときには恫喝的であったり、失望感へと繋がることもあり得る。1997年以来ローナーらは英国におけるプライマリー・ケア専門医のための卒後研修コースを開始し、心理療法とくに家族療法の考え方を導入して一般開業医の診療の質を高める工夫をしてきた⁶⁾。その取り組みのなかで、クエッションングのトレーニングは彼らの方法の中心的な要素である。2007年、半年間に渡り筆者はロンドン大学において医療におけるナラティブ研究に携わったが、この期間始めてローナーらのトレーニングに参加することになりその有効性を体験した。そのことが契機で帰国後、この技法を我が国に紹介しワークショップを開催しながら普及に努めてきた。当初、対象は主として医師・看護師だったが、次第に広まり鍼灸師会や教育研修会でも取り上げられるようになり、更には弁護士会・司法書士会など法曹界にも広がりつつある。

これまで上記のごとくワークショップ活動を続けてきたが、徐々にローナーらの開発した技法そのままでは我が国の文化にそぐわない部分も出てきており、ある種の文化的変容が必要ではないかという思いも出てきている。一般に英国の文化は論理的であることが強調されるが、我が国では論理より雰囲気や感情が強調されることが多い。従ってワークショップでは日本人の思考法の癖をより考慮することが大事なのかもしれない。このことは2008年にロンドンで行われた日英のナラティブ研究者の研究交流会（多文化横断ナラティブ・フィールドワークによる臨床支援と対話教育法の開発プロジェクトのロンドン部会：京都大学やまだようこ教授代表 2009.6.30～7.3）でも議論になった。英国の研究は言葉の分析など論理的な内容のものが多かったが、日本側の研究はナラティブを絵で表現させたり、音楽の影響を語らせたりといったナラティブの情緒的側面を扱うものが多かった。またローナーらのワークショップでは十分な時間をとって開催されていたが、我が国では時間を充分に確保することの難しさもあり、本稿の最初に述べたクエッションングのみのトレーニングであることが多い。本稿ではクエッションングについて述べたい。

7. クエッションの種類

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。前述のカール・トムは質問を4つの種類に分類した。そして、質問者が自分の質問が4つのうち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。

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基本的な所から考える必要がある。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、犯人かどうか知するための質問で、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、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足す1は時には3になったり5にな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感じられなくなって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貫していること、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。

しかし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なのではないのだろうか。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。

ある神経性咳嗽の一症例（大学病院にて）

【症例】 Aさんは80歳の婦人。数カ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來にやってきた。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。最初は何度か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ガリニア・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カ月が経過し、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、ある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し言葉使い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。筆者もの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だ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。それはいけませんね。やっぱり二人の水子さんのためにお地蔵さんを建てて、毎日手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だが、すぐに笑顔に戻り

「そうね、いい考えだと思う。水子地蔵か。なんて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。

8. 質問の分類

長い症例だったが、もう一度振り返ってみる。最初の段階では医学的正しさのなかで筆者はリニアやストラテジック・クエッションばかり繰り返して全く進まなかったが、二人でジュースを飲むという体験のなかで、筆者の構えがクルリと反転してナラティブを聞くスタンスをとった途端、患者さんは自分の世界を語りはじめ、水子の存在する彼女の世界を教えてくれた。このような開示を促すにはこちらが探検家の質問として先に紹介したサーキュラー・クエッションが有効であることが多い。筆者の例ではこの段階は飛び越して、いきなりリフレクシブ・クエッションに入ってしまった。

カール・トムによれば質問というのは二本の座標軸によって分けられた4つの種類に分類できるという。図1に示す通りである。

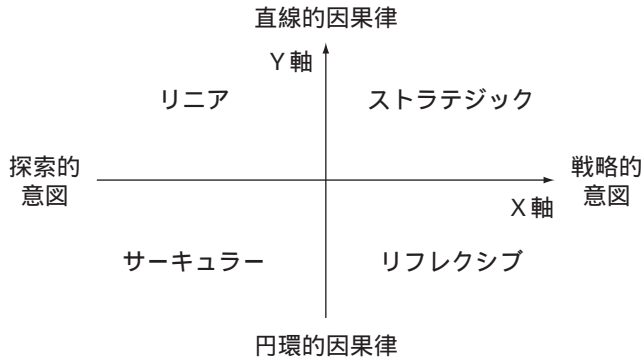


図1 4つの質問の構造

座標軸のX軸は質問の意図（戦略的か探索的か）、Y軸は質問者側のところ構え（直線的因果律か円環的因果律か）である。4つの質問とは先ほどから述べているリニア、ストラテジック、サーキュラー、リフレクシブ・クエッションのこ

表1 質問の種類

1. リニア・クエッション（刑事の質問） 直線的因果律の構え・探索的意図 （いつ、何処で、誰が、何を）
2. サーキュラー・クエッション（探検隊の質問） 円環的因果律の構え・探索的意図 （一体全体どうなってるんだろう）
3. ストラテジック・クエッション（教師の質問） 直線的因果律の構え・戦略的意図 （正しく導くための質問）
4. リフレクシブ・クエッション（ファシリテーターの質問） 円環的因果律の構え・戦略的意図 （新しい物語へのきっかけを作る質問）

とである。それぞれを表1にまとめた。医療者は病者に向かうとき、自分がどのスタンスから質問を発しているのかを意識することが大事である。4つの質問にはそれぞれ長所と短所がある。

また4つの質問を自由に使いこなすことが出来るようになることが、ナラティヴ・クエッシングのトレーニングの主眼となる。表2に各質問の長所・短所をまとめた。

表2 質問の特徴

クエッションの種類	長 所	短 所
リニア	入るのに抵抗がない	原因探しに終止する
サーキュラー	新しい見方を見つけられる	質問が拡散してしまう
ストラテジック	対決の際に効果的	押しつけになりやすい
リフレクシブ	新しい解決が見つかる	上手く行かないと混乱

9. さ い ご に

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。という4つのルールで進めていく。トレーニングの最初は戸惑う人が多いが、慣れてくるとこの技法が、質の良い質問をするための最良の方法であると気づくようになる。クエッションングのトレーニングはすでに英国のみでなく世界に広く発信している NBM の実践的な技法として、期待されている。

参 考 文 献

- 1) Sacket D: Evidence based medicine. Churchill Livingstone, a division of Harcourt and Company Limited, 1997 (久繁哲徳ほか訳『根拠に基づく医療——EBM の実践と教育の方法』(株)オーシーシー, 1998)
- 2) Greehalgh T, Hurwit. B: Narrative Based Medicine.—Dialogue and discourse in clinical practice— BMJ Books, 1998 (齊藤清二ほか訳『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)
- 3) Kleiman A: The Illness Narratives. New York, USA: Basic Book, 1988 (江口重幸ほか訳『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房, 1996)
- 4) McNamee S, Gergen K: Therapy as Social Construction. Sage Publication Ltd., 1992 (野口祐二ほか訳『ナラティブ・セラピー——社会構成主義の実践』金剛出版, 1997)
- 5) Tomm. K: Interventive Interviewing 3. Intending to Ask Leneal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions?. Family Process, Vol. 27, No. 1, pp. 1-15, 1988
- 6) Launer J: Narrative-based Primary Care. A practical guide. Radcliffe Medical Press, 2002 (山本和利ほか訳『ナラティブ・ベイスト・プライマリケア——実践ガイド——』診断と治療社, 2005)