

ナラティブ・メディシンのテキストとは何か

——医療領域における「物語」の特徴——

片岡 由美子¹

What are texts of narrative medicine?

——Characteristics of narratives in the medical field——

Yumiko Kataoka¹

ナラティブという用語には各分野における固有の背景があり、従来一般的な定義づけは困難であるとされてきた。しかしながらその問題が分野毎で扱うテキストそのものの違いに起因している点是指摘されてこなかった。本論ではナラティブ・メディシンにおいてナラティブ（物語）として医療者が扱うテキストはどのようなものかという問いに対し、ナラティブ・ターンの前後において発表された病いと患者の物語に関する考察を分析し、そのテキストの傾向と特色を精査する。その上で明らかになったことはナラティブ・メディシンのテキストには患者が語る物語と医学的見地により改変された2種類の「患者の物語」があり、そこに存在するのは「時間性」と「個別性」についての患者と医療者との間主観性の問題である。その克服のために医療者に期待されているのが物語を解釈する能力であり、テキスト解読の訓練として文学的な読みはメソッドとして活用できる。

Narrative has generally been considered difficult to define due to the unique background of each field, but it has not been pointed out that the problem stems from the differences in the texts that each field deals with. What, then, are the texts dealt with in narrative medicine? This paper aims to clarify the trends and characteristics of the texts used as narratives in medicine by examining studies of illness and patient narratives published before and after the narrative turn. It was found that there are two types of narrative texts: "patient narratives" told by patients, and those modified from a medical perspective. There is a problem of intersubjectivity between patients and medical professionals in terms of "temporality" and "individuality". To overcome these differences, medical professionals are expected to have the ability to interpret the narrative. For this purpose, literary reading can be used as a method to train the interpretation of texts.

キーワード：ナラティブ・メディシン、ナラティブ、物語、語り、精読

1. はじめに

モダニズムを象徴する学術的ムーヴメントに言語学的転回を含む構造主義の興隆がある。そしてその後続くポストモダニズムの時代に分野横断的に学際的な展開があったが、それは構造主義が注視した「物語」という要素をともなっていた。「物語（ナラティブ）」¹⁾という概念は人文学の分野だけでなく、自然社会科学の分野にも多大なる影響を与えたことについては、ナラティブ・ターン

と呼ばれる現象が心理学を始め、さまざまな学術分野へと波及したことがその影響力の大きさを物語っている。しかしナラティブの定義となると各々の分野における固有の背景があり、「ナラティブ」という用語に対する一般的な定義づけは困難であるとされてきた²⁾。

Riessman (2008) は、「ナラティブ」として扱われる語りの対象例について特定の分野を取り上げており、各分野におけるナラティブの定義をうかがい知ることができる。例えば、社会言語学にとってナラティブとは一つの質問に対する研究参加者の「個別の長い回答」であり、心理学・

¹ 愛知県立大学看護学部

社会学においてはインタビューや治療的会話の中の「人生についての長い報告」であり、社会歴史学、人類学におけるナラティブとはインタビューやエスノグラフィーに表れる「ライフヒストリー全体」といった具合である(pp.5-6).

同様に Charon (2006) は、文学作品の精読を教育活動に取り入れているナラティブ・メディスンの立場から「文学のナラティブと医療のナラティブは異なる」という前提に立ち、その上でナラティブ・コンピテンス (物語能力)、すなわち物語を理解するための能力の重要性を説いている。

この分野別に示されたナラティブの定義の違いの所以となっているのは、それぞれの分野が物語の対象とするテキストの違いである。「物語」として扱うきわめて基本的なテキストが各分野領域において異なる以上、ナラティブの定義づけが困難であるのは当然であろう。しかしながら、従来、ナラティブの定義づけが困難であるのは、それぞれの分野領域で扱うテキストそのものが異なることに起因しており、この点については指摘されてこなかった。

では、ナラティブ・メディスンにおいてナラティブ、すなわち「物語」として医療者が扱うテキストにはどのようなものがあるのだろうか。Riessman (2008) は自らの見解として、ナラティブの受け手について「ナラティブは、歴史上のある特定の時点において、特定の聴き手に向けて作られる」とし、その特徴を「特定の文化において流布している既成の言説や価値観に基づくもの」(p.3)³⁾ であると述べている。医療/医学の物語には、特定の医療文化に特化した言説と価値観があるという前提に立てば、医療の分野において提供される言説として、まず「患者の物語」が必然的に想起される。医療が扱う物語テキストは基本的に「患者の物語」であるという明快な解釈があるが故、そもそもナラティブ・メディスンを論じる際、そのテキストは何かという点に注意が払われることはなかった。ましてや他の分野のテキスト、例えば文学のテキストとナラティブ・メディスンのテキストとの違いが問題になることはない。文学はナラティブ・メディスンの教育媒体として導入されているが、作品研究のアプローチに関して言えば、ナラトロジーの観点からは作者や作中の語り手が分析の対象となる。

では医療の物語テキストである「患者の物語」とは具体的に誰が作者で、誰が語り手なのか。さらにはこの物語の聞き手、あるいは読者は誰なのか。

本論では医療に関する物語テキストに関わる代表的な研究成果を考察する。まずナラティブ・ターンの初期に発表された論考である Kleinman (1988), Frank (1995)に

よる疾病にまつわる「語り」に関する考察をそれぞれの研究視点から抽出し、その特徴を明らかにする。そしてその上で Montgomery-Hunter (1991) で取り上げられた医療をめぐる物語の諸例を解析する。これは医療系分野におけるナラティブ研究の最初期に、医療の現場に存在する物語を取り上げた重要な研究成果であると言える。これらの動向は時期的にナラティブ・メディスンの誕生に先立つ論である。その上でナラティブ・メディスンを医療/医学の一分野として確立した Charon (2006)において記述される医療者の物語の特徴を取り上げる。そして Montgomery-Hunter や Charon らが良き医療をめざすための「手段」として意図的に医療者教育に文学を導入したことを踏まえた上で、医療の分野が扱う物語とそのテキストとの関係性についてナラティブ・メディスンにおける文学テキスト導入の側面を検証する。

II. 病いの物語

医療現場で中心をなす物語は、病み、あるいは傷ついた患者の物語であるが、それは物語の成立に携わる患者本人だけでなく、その患者に関わる医療者たちの物語でもある。

このような物語には患者、あるいはその家族らの視点から語られる闘病記という記録や、逆に医療者の視点から語られる治療を通じた記録がある。

ナラティブ・ターン以前に発表された医療分野にまつわる物語テキストを扱った考察は、テキスト上の病いの表現に注目した Sontag (1977)の *Illness as metaphor*に見られるように、患者の物語と言うよりは病いの表象に主眼が置かれている。Sontag による文学テキストにおける病いの描かれ方に関する洞察は、フィクションの世界だけでなくその当時の現実世界における一般的な病に対するイメージをあぶりだしている。それは究極的な表現を用いれば「白い病気」と「黒い病気」の対比である。前者を代表するのが結核や白血病であり、トーマス・マン (Paul Thomas Mann) の『魔の山』やオペラ『ボエーム』のミミであり、『椿姫』であり、また映画『ある愛の詩』に登場する主にヒロインたちである。

一方、「黒い病気」として対峙するのはがん、あるいはペストのような感染症で、その代表例としてトルストイ (Lev Nikolayevich Tolstoy) の『イワン・イリッチの死』、トーマス・マンの『ベニスに死す』などがある。「白い病気」が感受性の高さや創造力の象徴であるの対し、後者は反英雄的、あるいは懲罰的な象徴あつたり道

徳的退廃の象徴であったりする。

Sontag は人々が抱く病の表象にひそむ偏見を暴露したが、それは語り手の語りや物語への注視を通じてではなく、登場人物の患う病いとその人格設定との関係性における解釈によるものであった。もっとも、Sontag 自身は「(病いにまつわる) これらの隠喩の正体を明らかにし、それから解放されるために、私はこの探究を捧げる」(p.3) と冒頭で宣言しており、彼女のこの考察の目的が隠喩によって変容させられた、あるいは悪化させられた病気観の排除にあることは強調しておかねばならない。

この後、医療／医学の分野も心理学や社会学などと同様にナラティブ・ターンの潮流期に入るわけである。Kleinman は *The illness narratives* (1988)において、「病い」と「疾病」の違いを提示したうえで、医療人類学の視点から慢性病にまつわる「病いの物語」の枠組みを明らかにした。

Kleinman (1988)は Sontag のように病いを表象と捉える一方、医療人類学の視点から臨床上の見解を加えている。Kleinman の解釈に従えば、病いの「症状」とそれを言語化する行為は「文脈」で提示されるが、それぞれの症状は「シンボル」であり、文脈は「テキスト」に対応する。これを踏まえ彼は「病い」に対し、表象(シンボル)の他に特有の意味を見出している。概観するとそれら病いの意味は以下の4つに分類できる。

1. 文化的表象
2. 集合的経験
3. 個人的経験
4. 病いや治療に有用な説明を与えようとする努力

上記の4つの分類から分かるように、Kleinman の病いに対する医療者としての視点は社会性とヒューマニズムの観点に則ったものであることが見て取れる。このように、病いの表象に注視した Sontag の論を経て、Kleinman に至っては医療のテキストは、その枠組み(構造)と内包する意味について検証される対象となったわけである。その上で Kleinman は病いの語りを「患者が語り、重要な他者が語り返す物語(“a story the patient tell, and significant others retell”)(p.47)と表現しており、この見解はこの後の Montgomery-Hunter の論へとつながって展開していく兆しを見出す事ができる。Frank (1995)は *The wounded storyteller* において社会

科学分野の視点から、さらには著者自身の闘病体験を経た考察のため、立場的には医療者に対し、より語り手である患者の物語の成立背景に主眼が置かれている。彼は病いの語りについて次の3種に分類している。

1. 回復の語り
2. 混沌の語り
3. 探究の語り

この語りの3類系について Frank は語り手と聴き手といった立場の違いについて取り上げているわけではない。しかしながら、結果的にこの分類では語り手と聴き手、それぞれの役割上の性質が分類の基準になっていることが分かる。

1の「回復の語り」において中心命題は治療であり、そのため患者は受け身で、能動的な立場にあるのは医療者である。一方、2の「混沌の語り」は苦しむ患者自身の物語であるが、その当事者ならではの苦しみゆえに自己は語られず、ゆえに Frank は1と2は対立の関係にあるとしている。3の「探究の語り」は苦しみに立ち向かおうとする語り、これこそが病む人にその人自身の物語の語り手としての声を与える語りとして捉えられている。これら Frank が論じる「病いの物語」は身体を通じて語られる、すなわち「身体化された物語」である。身体を物語の「原因であり主題、手段である」(p.2)と定義づけ、傷病によって変化してしまった身体に与えられた声をテキストと捉えていることから、Frank にとっては身体がすでにテキストであると言えよう。このような身体に注視する姿勢、さらには声なきものに声を与える行為としての物語の捉え方は Charon (2006)のナラティブ・メディスンに関する主張にも見受けられる。

Ⅲ. 患者の物語

Doctor's stories (1991)の中で患者の物語が実際に文字テキストとして表記されている例として Montgomery-Hunte が取り上げている医療テキストには次の4種類を認めることができる。

1. カルテ
2. 事例報告(ケース・レポートを含む)
3. CPC (Clinical-Pathological Conference, 臨床病理検討会)

4. シンドローム・レター（症状の報告としての専門ジャーナル編集者への手紙）

上記の3の範疇には、Montgomery-Hunterが研究対象とした医師たちだけでなく、看護チームのカンファレンス、患者申し送りのミーティングなども含まれる。

Montgomery-Hunterは触れていないが、これらに加え、医療系には「ナラティブ」という名称を伴ったテキストとしてナラティブ・レビュー(narrative review)と称する総説の一種がある。医療分野においてここで言うナラティブとは、「患者が語る罹患の経緯、病気に対する考えなどの『物語』を通じて、病気の背景や人間関係を理解する」という、医療系分野における一批評形式、すなわち物語を用いたアプローチそのものを背景とした批評形式を指す用語であり、データやエビデンスに基づく複数名の研究者による他の種類の総説と比べ、ナラティブ・レビューは批評を行う筆者の主観に基づき、バイアスを含む権威者の視点に立って意見が述べられる。その意味でナラティブ・レビューは語り手、あるいは作者の明らかな意図を伴ったテキストであることは間違いない。しかしながらナラティブ・レビューは「患者の物語」ではないため、本論の検討対象には含めないこととする。

Montgomery-Hunterの*Doctor's stories*に論を戻すと、この研究は医療分野、とくに臨床現場における物語の存在についての調査結果として、後に「ナラティブ」を冠する医療系ムーヴメントであるナラティブ・メディスンとナラティブ・ベイスド・メディスンに多大な影響を与えたと言える。Montgomery-Hunterは2年間にわたり、医師たちと行動を共にするというエスノグラフィック的手法により、臨床現場において医師・医療者を取り巻くナラティブの様相を観察した。

この調査研究を経て、Montgomery-Hunterは患者との関係性において医師の立場を、「患者というテキストを読むための高度な訓練を積んだ批判的な読者(“highly trained, critical readers of the text that is the patient”)(p.4)であるとしている。それに対して患者の立場はと言えば「医師によって吟味され、研究され、理解されるべきテキストである(“the texts to be examined and studied and understood by the physician”)(p.8)。加えて患者というテキストを読む医師という読者は一般の読者ではなく、文学評論家のような存在であると言い表し、医師と患者の関係性を文学の用語で表現している。批評の知識と技術を持った読み手である医師/医療者が向き合う

「患者というテキスト」によって紡ぎ出されるのが「患者の物語」である。この読み手は高度な解読者であることが期待され、その解読者とは物語の語られ方、すなわちナラトロジーで言うところの物語の内容だけでなく、narrationを含めた「語る行為」、Gérard Genetteの表現を借りれば「物語を生産する行為と、その行為が置かれている現実、もしくは虚構の状況全体」(Genette 1972, 翻訳, p.17) さえもが「患者の物語」の意味の一部をなしていることを理解している読者でなければならない。医療者に求められるのは、患者がどのような態度で、どのような順序で、何を重視し強調して語るのかといった点について、具体的にそれらの行為の意味を理解できる読み手としての能力であると言える。

「患者というテキスト」の作者、それは一体誰なのか。Montgomery-Hunterはその点について解答を明確にしていない。患者と医療者との共著であるという解釈すら医師に「中心的役割を与えすぎている(“a much too central role”)(p.12)として肯定することを避けている。しかしながら、病いをめぐる物語には2種類あるという彼女の指摘は示唆に富む。

2種類の物語、それはすなわち「患者が語る物語」と医療者側から患者へと返される、医学的に解釈され、翻訳され、歪められ、破壊された可能性のある「医療の物語」である。この同一のプロットによる2種類の物語の存在理由は、上述した「患者というテキスト」の作者は誰かという問題に起因している。Montgomery-Hunterはこの「医療の物語」を患者が語る病についての「メタストーリー(metastory)(p.13)あるいは「改訂版」、すなわち「医学的にプロット化された版(medically plotted version)(p.45)と表現しているが、医療現場においては診断や治療において、圧倒的に「医療の物語」、すなわち患者が語った物語から変容したメタストーリーが優位であることは間違いない。

一方、フィクションを主戦場にした文学的な読みはこのような場合、主要登場人物である患者自身の語る物語、原典版患者の物語へとその眼差しを向ける。原典であるはずの患者が語る病いの物語は、闘病記のように往々にして主要登場人物である患者の視点から本人の感情や本人を取り巻く状況が語られるため、焦点化が容易である。しかしながら、その患者の物語は、医療の現場においては最終的に医療者によって身体や病変の診察、加えて検査結果によって補強され、医学/医療の専門用語で解釈され、オリジナル版とは趣の異なった医療者が作者となっ

た改訂版として患者へとフィードバックされることとなる。ここには患者と医療者の間でやり取りがなされ変容する物語の循環図が見て取れる。

Montgomery-Hunter は「共約不可能性(incommensurability)」(p.123)という表現を用い、患者と医療者のコミュニケーションはそれぞれ相いれないということを示したが、このことは Frank(1995)も「循環する物語(a circulation of stories)」と言う表現を用い「(医療の)専門家による物語」と「一般の人々が語る物語」との対比において指摘している。そしてすべてが対等な関係に立つわけではないとして「医療の物語(“medical narrative”)」の優位性をほのめかしている(p.5)。Frank は「共約不可能性」という表現こそ使っていないが、Montgomery-Hunter と同じ見解を抱いていることは明白である。

一方、患者と医療者、それぞれを支点とする 2 種類の物語の存在について、Charon(2006)は分断(divides)という表現を使い、患者の側の物語と医療者のそれが相容れないものであることを言い表している。Charon が指摘した患者の立場から見た医療者に欠けている要素、すなわち患者との分断要素(I)は次の 4 点に集約される。

I.患者と医療者の分断要素

- I-1. 生と死が展開する時間性を明確に認識する方法
- I-2. 登場人物である一人の個人の個別性を把握して評価する方法
- I-3. 原因を探索すると同時に一般的な生と個別な疾患の背後にある具有性を認識する方法
- I-4. 自分の物語を語り他者の物語を受け取るという間主観的で倫理的な要求を理解するための方法

つまり、患者側からすると医療者側に上記のような 4 つの要素が十分でないため、「患者の物語」は医療者の手から検査結果や診断を通じ患者へ返される際、「原典版患者の物語」から「改訂版患者の物語」へと改変されるというわけである。

この「患者の物語」の変換についてその背景を整理すると、患者と医療者の間には①時間についての感覚の違い(I-1)、②個別性に対する認識の差(I-2,3)、③医療者側の患者の物語を語り直しているという認識の欠如(I-4)という、3 種類の患者と医療者間に存在する分断を見て取る事ができる。

この 4 つの分断に重なるように、Charon (2006)が「医療の現場に特有である」として掲げた物語的特徴 (II)が次の 5 つの側面である。

II.医療現場に特有の物語的特徴

- II-1. 時間性 (temporality)
- II-2. 個別性 (singularity)
- II-3. 因果性/偶有性 (causality/contingency)
- II-4. 間主観性 (intersubjectivity)
- II-5. 倫理性 (ethicality)

「医療分野のナラティブの特徴」としてこれら 5 つに区分化された物語に関わる要素は、臨床現場において具体的なテキストにどのように現れているのであろうか。

そこで次にこの点を明らかにするため、Charon が提示した医療の物語が含有する上記 5 つの側面に関して、Montgomery-Hunter が提示した医療の分野における物語テキストの具体例を基盤に分析を行う。

IV. ナラティブ・メディスンと「時間性」

まず、Montgomery-Hunter (1991)が挙げた「患者の物語」の具体的なテキスト例について、Charon(2006)が指摘した患者と医療者の分断を引き起こしている要因を引き合いに検証してみたい。

一つ目の例である医師、あるいは医療者が患者の病状を記入する「カルテ」であるが、文学作品と比較するまでもなく、この症例提示の媒体は小説の形態をとってはいないし、詩でもない。また Montgomery-Hunter 自身もこのカルテというテキストが「病いの物語ではない」と述べている。その根拠として、物語であるために必要な病む人の主体的体験、患者にとっての病が持つ意味がカルテには欠如している点をあげている。しかしながら、その上で Montgomery-Hunter はあくまでもカルテを時間に支配されたプロットを持つ「何らかの物語」であるとみなしている。つまり、カルテという文献は、そのままでは物語テキストとは呼べないが、病気に関する因果関係、及び動機と取り組みを続けるテキストであるとみなした上で、医療/医学を「時間」という軸をもった完全にプロット化された物語に導く媒体だと結論付けているのだ。

Montgomery-Hunter のこの論旨には少々強引なところがある点は否めない。文学理論の立場から医療カルテを物語として認めることは困難で、カルテという事実記

載の羅列が果たしてアリストテレスが物語と呼んだ「感情を揺さぶるもの、もしくはカタルシスを与えるもの」か、と問われれば、決してそうではない⁴⁾。

しかしながら、カルテそのものは厳密な意味における物語ではなくとも、その記載事項がプロット化された物語に導く可能性はある。それこそが、患者の話聞き、患者を診察してそのカルテを記入した医療者が念頭に置いたその患者に関する物語であり、引き続いてそのカルテを読む、別の医療者の読み、あるいは解釈である。

加えてカルテのような記録物は、ケアの提供者（医師、看護師、療法士など）が次々に書き込むテキストであり、多声的である点を Montgomery-Hunter は指摘している。複層的、多声的である点においてカルテの成立過程は、バフチン (Mikhail Bakhtin) の言うところのポリフォニー論 (Dentith, 1995) を想起させる。その意味でもカルテは形式的には物語であると認識することは難しくとも、構造的に、また内容的に物語の要素を内包していると言える。

医療において患者に対する治療という行為にまつわる出来事には II-1 で示された通り「時間」という要素が欠かせない。たとえ 1 回の外来のみの診療だったとしても、その患者の来院に至るまでの過程、診察から治療にいたる過程、治療と治癒に至る経過など、ここにはシークエンスとそれにかかる時間の意味づけが成立している。ナラトロジー的視点で見れば、Brooks (1984) では物語の存在理由を時間に求めており、Booth (1988) が物語を読む時間がテキストの影響力の決定因子であると指摘するなど、時間という要素はナラトロジーと文学作品鑑賞において中心的命題である。同様に、医学/医療の領域においても病気の性質や、患者の治療の経過、予後について何らかの結論を出すことを求められているという意味で、カルテには時間を軸にしたプロットが与えられていると解釈することが可能だ。

次に具体的な書式、ないしは様式を伴う「事例報告」であるが、これは作者である医療者と語り手である患者が存在する物語的な病歴の報告である。医療者は作者であると同時に語り手の言説、語りの観察者でもある。事例の物語、すなわちケース・レポートは通常三人称で語られる。ディスカッションに相当する個所では、この事例発見の意義や医療者側の成果などを扱う内容に関して、作者による一人称の視点が見られる。このように、「事例報告」ではテキストに人称の観点が組み入れられる。それでも尚、この「事例報告」に加え、CPC (症例検討会の逐語録) もシンドローム・レターも、「時間」が作り出

すプロットが基盤である。

Charon (2006) が取り上げた II-1 「時間性」の概念も、Montgomery-Hunter (1991) の言及と同様に診断、予防、緩和、治癒のいずれにも必要な、治癒的な関係性において置換できないことを前提としている。医療における事象の多くは、時間の威力、すなわち痛みや病気の進行に対する患者の忍耐と、医療者による治療という努力を伴う行為に他ならない。もちろん、終末期の患者にとって時間とは抗う対象ではなく受け入れるものであろうが、それでも患者本人もその家族も、医療の提供者も時間の意識から逃れることはできない。当然、治癒を想定した医療行為は、往々にして時間の猶予が許されないケースもある。

また加えて、時間は肉体的に健康状態にある人ですら老化という現象と無縁でない現実を突き付ける。Charon は老化を医学的な見解である病理でなく時間の流れと捉え (p.42)、ヘンリー・ジェームス (Henry James) が用いた比喩である「若さという軍隊が未来という敵国へ侵入する」(James, 1983) というイメージによって語っている。老齢を病理でなく軍隊の物語として語ることによって、この現象が時間の経緯による結果であるという事実だけでなく、老化という症状が抱える本質、すなわち老齢に抗うことがいかに圧倒的に不利で勝ち目のない戦いであるかを、文学的修辭である比喩によって伝え得ることを示している。

このように、時間そのものですら修辭的効用の対象になり得るが、治癒を目的とした治療の過程も、回復も、あるいは迎えるかもしれない終末への過程も、加齢という自然現象も、すべて時間の支配から逃れることはできないのは患者の物語における普遍的事実である。

以上のような患者の物語を支配する時間の概念に加え、Charon は I-1 のように患者と医療者とで時間感覚の捉え方に違いがあることを指摘することを忘れていない。Charon が指摘する両者の時間の違いとは、まず、医療を提供する側にとって病いの時間とは、診察にはじまり診断、治療を経由する病いに関する出来事のシークエンスの状態と捉えられる傾向があるのに対し、疾病を抱える患者の側にとっては、経過や治癒というシークエンスが見通せず、病いという時間は永続する状態にあるという違いである。

医療者の病いに対する理解が、Montgomery-Hunter が言うように時間経過に沿った配列、すなわち物語的なプロット化に依存していることを医療の側が自覚し、そのプロットが患者には描かれていないこと、さらには患

者へ説明する際に必ずしも医療提供者の側と同じレベルで伝わらないことを認識することは、医療者の患者の立場に対する共感性が関わっている。

患者にとっての病気の可能性に対する恐怖と苦痛を知っている医療者は、時間に対する感覚の重要性を理解していると Charon は述べている(p.44)。このような医療者による時間に関する共感性は、患者と医療者の分断の修復にとって不可欠であることは間違いない。

V. ナラティブ・メディスンと「個別性」

Charon は「医療分野に特有の物語」として II-2 個別性と II-3 因果性／偶有性、さらには II-4 間主観性と II-5 倫理性をそれぞれ区別して提示したが、図らずも、これらはすべて何らかの意味で相互につながりのある要素であると言える。

まず、この概念の発出元である I の「患者と医療者の分断」に対応させると、I-2 にあるようにそれは医療者側が往々にして病理や原因を一般化する傾向にあり、個々の患者に対して個別に評価する方法を、さらにはこの個別な疾患の背後にある偶有性を認識する方法を持ち得ていない点に相応する。

Montgomery-Hunter が医療のテキストとして例にあげた「事例報告」に代表される医療／医学的な事例は客観化された報告であり、そこでは「患者は平板化され、語り手は目立たない」(p.162)。加えて個々の語り手である患者の個別化は無視される傾向がある。たとえ同じ病名であっても、患者ひとりひとりの発症原因、症状や状態はそれぞれ異なっている。それゆえ、Montgomery-Hunter は臨床問題として、医師の間でみられる「一般化の拒否(“the refusal to generalize”)(p.38) という態度について指摘している。医療の現場では、一例一例を慎重に検討するという態度で臨むような取り組みがなされているとして報告しているのだ。

しかし医師である Charon は、現実には医学という分野には「再現可能性と普遍性に対する医学的強迫性(“the medical impulse toward replicability and universality”)(Charon, 2006, p.46)があると断じる。Charon が指摘するのは以下のようなケースである。提供する医療ケアの質を保つために、ある患者の「症例」という名の標本が他の患者の診断に適用され、同じような状態の病態に対し、たとえそれが別個の患者であっても内科的外科的に関わらず同様の処置が施され、症例は一般化され、同様に治療と処

置も一般化されるといった傾向だ。この Charon の見解と Montgomery-Hunter のそれとの間には齟齬がある。

このような医療における「ケアの普遍化」の強みが発揮されるのは、一人の患者への継続し安定したケアの提供、すなわち同一人に対する診察・治療行為の普遍化について語る際に意味を持つ様態であり、決して複数の患者に対し一般化したケアの提供が望まれているわけではない。しかしながら Charon が「強迫性」という表現で言い表したように、完全に正しいとされる解答が存在しない中、医療者は常に変化する予測不能の個体である患者と向き合い、医学事例の報告では客観性を徹底的に求められ、患者は症例というデータとなる。ここには I-3 で示された一般的な生に対し、個別な疾患の背後にある偶有性の認識能力が医療者に求められる。

このような「一般化」「普遍化」が不可能な患者という存在にかかわる医療者のために、医学的不確実性を扱う方法として「物語」という手段があると Montgomery-Hunter は述べる(p.86)。彼女は「医学は科学ではなく解釈の作業だ」(p.25)と定義する一方、別途、医学=科学を前提とする立場にも言及し、それでも否定できない「科学としての医学が有する不確実性」(p.47)を指摘している。個別の患者に対応するには科学的思考に加え、この「不確実性」の解釈が医療人には求められていると言えよう。量子物理学のハイゼンベルグの不確実性の定理を持ち出すまでもなく、いかなる科学の力をもってしても人類は確実な未来を知ることはできない。このような科学の不確実性を扱う方法として、物語は変異形や例外を考慮に入れていると Montgomery-Hunter は主張しているのだ。

Montgomery-Hunter と同様、Charon も物語の知と科学の知を対比させ、後者に比べ前者、すなわち物語の知は普遍的な知を意味していると述べ、個別なもの、共約不可能なものを捉える能力には物語の知が必要であると説いている(p.63)。ナラトロジーをおさえた上で Charon が得た結論は、「形式が個別性を与える」という一見すると矛盾しているように思われる主張である。Charon が言うところの「形式=物語の構造」と物語の創生には、固有性の問題が組み込まれている。物語の構造という文学理論を基軸とした基本概念があってはじめて、物語にはバリエーションが可能になるからである。

Charon が力点をおくのは、物語の含有する個別性と不確実性である。構造主義は事象を記号として捉え、物事の意味は共有された意味形成システムの所産であるとみなしたが、その構造主義の時代を経た後も「物語のテキストは

依然として不確実な領域、新しいもの、見たことないものに対する喜びが得られる領域のままである」(p.45)と彼女は主張する。物語は文学にしる、医療の分野にしる、複数の視点を生み出す個性と、不確実性をはらんでいる。

最後に Charon の説 I-4 に関して、それに対応すると考えられる II-4 の間主観性、II-5 の倫理性について取り上げてみたい。

患者と医療者の間には、「病いの物語」という題材の物語のやり取りが発生する。ここには II. で論じたように、最初は患者の口から語られる「患者の物語」であったのが、最終的に「医療/医学の物語」となって患者へと返されるという、医療分野が扱うテキストの特徴が存在する。他者（医療者）に不完全な状態で物語を手渡すことになる患者に対し、それを受け取る医療者側があらたなテキストを書くわけであるが、ここには患者と医療者との協働関係がみられる。同時に、その協働作業において、医療者側は Montgomery-Hunter が医療の一般化の拒否という傾向に関しても触れているように、道徳的判断である一般化の忌避の態度が表出する(p. 39)。ここでも問題の中心にあるのは、医療/医学は複雑で変化に富む人間を一人一人扱っているという、医療分野に期待される「正しさ」であろう。Charon はこれを「正しい生き方(“right way to live”）」(p.56)と表現し、医療において、「物語」が倫理的視点を示すという側面について言及している。

このように、医療者が関わる「患者の物語」には、患者が語る物語のテキストが患者の「個性」に由来していることを前提にでき、尚且つ「改訂版患者の物語」として患者に受け渡される際には、その個性由来の変容を加味する能力（もしくは余裕）のある医療者との受け渡しというプロセスを経ることが倫理にかなっているのだと言える。

VI. おわりに

ナラティブ・メディスンが扱うテキストは、「患者の物語」であるという立場から、そのテキストの特徴について主に Montgomery-Hunter (1991) と Charon (2006) の説に基づき検証してきた。

その結果明らかになったことは、この「患者の物語」には 2 種類のテキスト、すなわち患者が語る物語と、医療者側の手によって医学的見地により改変された「改訂版患者の物語」が存在し、両者の間には「時間」の受容感覚の違いや「間主観性」の問題が存在するという事実である。ナラティブ・メディスンのテキストを解読する

際に、医療者がこの事実を認識、あるいは実感するための訓練として活用できるメソッドがテキストの精読であると Charon は説いているが、明らかに精読とは文学理論に則った読みの作法である。

ナラティブ・メディスンのカリキュラムの 3 本の柱は「精読」、「創作的執筆」、「口述歴史」であるが、このうちの「精読」は、ナラティブ・メディスンの神髄でもあると言える。ナラティブ・メディスンが目指すものは、ナラティブ・コンピテンスの涵養であり、その能力がもたらすものは医療分野における倫理的な感覚だけでなく、医療者の患者に対する共感や、科学としての疑念の心得といった実体を伴わないヒューマンイズムの要素である。このように、ナラティブ・コンピテンスとは、医療/医学の特徴である科学的見地と人を対象とした不可思議さとの間を架橋する能力であり、その教育の一手段として導入されているのが文学作品の読解作業であると言える。

Charon が文学作品の「精読」の必要性を強調するのは、「良い読者は良い医師になる(“good readers make good doctors”）」(p.113) という信念に基づいているからである。この場合の「読者」は「聴き手」に置換可能であろう。「良い読者」は臨床において「良い聴き手」となる。そのための「精読」であり、文学作品はそのための媒体であり、最終的に医療者が対峙するテキストは、あくまでも「患者の物語」であるのだ。

医療/医学が文学作品の講読を含めた人文学に期待する効果は、物語の単位という文学理論を土台にした物語の構造に対する理解と、物語の理解を通じて身につける「時間」や「間主観性」の問題を知覚する「共感性」や「不確実性への対応」といった形而上学的感性であり、それはある意味でデータに基づく科学と比較すれば感覚的な領域だと言える。加えてナラティブ・メディスンが物語の力として期待する効果は実態のない「正しさ」の啓示であり、それは医療/医学が掲げる「一般化の拒否」という良心に裏打ちされている。

こうしてみると、ナラティブ・メディスンの「患者の物語」というテキストの読みを向上させるために文学が寄与できる要素は、精読によってもたらされる「物語構造の理解」と物語に対する「感性」だと言える。物語は医療/医学の科学的側面と、時にはアンビバレントな人間の存在そのものをゆるやかに橋渡しする。そのゆるやかさが無機質なカルテや事例報告に対し、読み手にとっての実態を加味する作用となる。

精読することによって生じる効果は、「声なきものに

声を与える」ことで、これは文学作品解釈の王道とも言える。行間を読み、テキストの背景に視線を送ることによって弱き者、抑圧された者たちの声をくみ取ることは Charon が精読作業に求めた、「推論上、あるいは波及効果や沈黙だけにしか存在しないものに声を与える」(p.115) 効果に他ならない。

Frank (1995)も同様に、声なき「身体の声」を傷病の語りに対応させ、身体から発せられる声なき声をテキストと捉え、そのテキストを読み取る重要性を説いた。Charonが言うところのナラティブ・メディスンの精読方法は(たとえ仮定に過ぎずとも)、患者の物語において「省かれたものを積極的に不思議に思い、それを補う」(p.115)読み方であった。このような読みこそはまさしく文学テキストの読みと同質であると言える。そして、この読みが「患者の物語」と「改訂版患者の物語」の橋渡しとなるわけである。

これらのことを踏まえると、ナラティブ・メディスンのテキスト解釈のために必要となるのは、テキストの扱いに関する精読方法、すなわち具体的な読解スキームである。そのため、ナラティブ・メディスンのテキストを対象とした精読スキームの提示を次なる課題とし、今後はその開発に取り組んでいきたいと考える。

本論考は科学研究費補助金 基盤(C) No. 23K00723 に関わる研究の一部である。

注

- 1) Narrative に対する日本語表記に関し、主に医療系分野では「ナラティブ」が定着しており、それ以外の自然社会科学系分野では「ナラティブ」が、また文学では「物語」あるいは「ナラティブ」という表記が主流であるため、それぞれの分野の慣習に沿った表記を用いることとした。
- 2) ナラティブ・ターンに関しては文学と医学分野の関係性を軸に、また「ナラティブ」の定義づけの困難さに関する記述は Riesmann (2006), 野口 (2002), 奥田 (2016), 矢崎 (2016) の例を拙論、片岡 (2022) において取り上げた。また学術分野横断的なナラティブの動向については片岡 (2023) で取り上げた。
- 3) 以下、本文中、英文引用に付した和文は拙訳による。
- 4) アリストテレスの「物語」の定義に関しては詩学、三浦洋訳(2019)を参照した。

文 献

- Aristotle, 三浦洋訳(2019), *詩学* (pp.50-64), 東京: 光文社
- Booth, W. (1988). *The Company we keep, an ethics of fiction*, Berkeley: University of California Press.
- Brooks, P. (1984). *Reading for the plot: Design and intention in narrative*, NY: Vintage, p.10.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine, honoring the stories of illness*, NY: Oxford UP.
- Dentith, S. (1995). *Bakhtinian thought: An introductory reader*. New York: Routledge.
- Frank, A. (1995, 2013). *The wounded storyteller*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Gérard, G. (1972). *Figures III*, Paris: Editions du Seuil, 花輪光, 和泉涼一訳 *物語のディスクール* (1985), 東京: 水声社.
- James, H. (1983). The middle years, in *Autobiography*, Princeton: Princeton UP, p.547.
- 片岡由美子. (2022). ナラティブを介した文学と医学の共鳴と協働 — ナラティブ・ターンを軸にした解釈による —. *愛知県立大学看護学部紀要*, 28, 53-62.
- 片岡由美子. (2023). ナラティブをめぐる文学と人間科学分野の学術領域的思考, *片平*, 58, 59-74.
- Kleinman, A. (1988, 2020). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*, NY: Basic Books.
- Montgomery-Hunter, K. (1991). *Doctors' stories: The narrative structure of medical knowledge*, Princeton NJ: Princeton University Press.
- 野口裕二. (2002). *物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ*, 東京: 医学書院
- 奥田恭士. (2016). なぜ今ナラティブか? —その現状・背景・問題について—. *兵庫県立大学環境人間学部 研究報告*, 18, 67-76.
- Riesman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sontag, S. (1977). *Illness as metaphor*. New York: Vintage Books.
- 矢崎千華. (2016). ナラティブ分析を再考する —構造への注目—. *関西学院大学社会学部紀要*, 125, 47-57.