

CONTENTS

March 2020

Narrative Analysis of Patients' Models as Portrayed by G. Greene:
Application to First-year Medical Ethics Education

..... Chieko YANAGIYA 1

Narrative Medicine practiced by Syphilis Specialist Keisuke
Funakoshi in the Edo Period: Re-examination of Ehon Baiso Gundan
(An Illustrated War Story of Syphilis)

..... Kaori HIRABAYASHI 17

Disaster Support and Narrative Miho FUJISAWA 31

Behavioral Science Approach to Narrative Based Medicine

..... Fumie AIZAWA 49

Clinical Ethics Education and Narrative Approach in the Field of
Genetic Counseling

..... Kayono YAMAMOTO 61

研究課題：医療倫理教育のための

G. グリーン作品のナラティブ解析研究

G. グリーンの長編小説における患者モデルのナラティブ解析
- 初年次医療倫理教育への応用に向けて

..... 柳谷 千枝子 1

江戸時代梅毒専門医・船越敬祐によるナラティブ・メディスン
- 『絵本^{ばいそ}瘡軍談』の再評価

..... 平林 香織 17

災害支援とナラティブ 藤澤 美穂 31

ナラティブ・ベイスト・メディスンへの行動科学的アプローチ

..... 相澤 文恵 49

遺伝カウンセリング領域における医療倫理教育と
ナラティブ・アプローチ

..... 山本 佳世乃 61

Narrative Analysis of Patients' Models as Portrayed by Graham Greene: Application to First-year Medical Ethics Education

Chieko YANAGIYA

1. Background

Narrative Based Medicine (NBM) is a movement that started in 1988 in the UK among general practitioners who advocated methods of medical treatment and interpersonal assistance that emphasize patients' experience of illness in the fields of medical anthropology, family psychotherapy, and sociological theory. NBM is a clinical approach seeking to deal with the patient's problem from "holistic" (physical, psychological and social) aspects. Through a dialogue with the patient, concerning the experience of the illness he has developed and how he thinks about the illness itself, the doctor understands, from the patient's "story", not only the background of the illness but his human relationships.

On the other hand, in the United States, Rita Charon (1949-) proposed Narrative Medicine (NM), which is a medical education program for medical students. Since 2000, this project, applying the method of close reading of stories, has been developed at Columbia University. Narrative Medicine is defined as medicine practiced with *narrative competence* to recognize, absorb, interpret, and be moved by stories of illness¹. According to Charon, a medicine practiced with narrative competence will lead to more humane, more ethical, and perhaps more effective care.

At Michigan State University, a medical curriculum² for the doctor-patient relationship course includes "literature". Students read short contemporary works and discuss such issues as what patients expect from doctors, what it means to be ill, what it means to be a doctor, and effective or ineffective doctor-patient interactions. Regarding the learning effect, about 90% of students can portray either patient-centered or relationship-centered models by the end of the course, even though it is an inductive learning method in which students are not shown the "correct" answers. Today, approximately 30% of U.S. medical schools offer some kind of instruction in literature and medicine.

2. Possibility of introducing literature into a medical curriculum

What role is literature expected to play in medical education? Anne Hudson Jones summarizes it in the following six categories³:

Literature has been used in medical instruction...

1. to *promote* moral and ethical reasoning
2. to *improve* communication between doctor and patient
3. to *instill* a deeper sense of medical history
4. to *explore* the therapeutic value of storytelling
5. to *advance* multicultural perspectives
6. to *increase* self-consciousness on the part of medical practitioners

[italics added]

In addition, Rachman points out that, given the fact that the scientific paradigm has so far sought to make medical language transparently neutral, the function of literature is to restore language to our sight⁴, that is, it makes the language of medicine, doctors, patients, and the disease itself visible once more. His theory also explains the importance of caring for a patient not as "one of patients with a disease" but as "an individual with a disease". For example, suppose a patient is diagnosed with breast cancer. The physician categorizes her into the specific frame of "patients with breast cancer" and expresses his medical findings using technical terms common to the disease. However, if the patient's knowledge and vocabulary of health care are limited, the neutral language used by the physician may not facilitate successful communication.

Meanwhile, the patient tries to use her subjective language to complain of pain, symptoms of breast cancer, and her mental condition, but not all patient can adequately describe these. If the doctor's imagination is poor, he cannot catch what she actually means. This failure of communication between clinician and patient makes each's language invisible, which is compensation for the traditional medical curriculum which has focused solely on rote learning of factual physiological processes and diseases⁵.

Accordingly, the idea of introducing literature, close reading, into medical education is expected to improve the communication skills of

medical professionals. We believe literature can help medical students to acquire greater skills of expression, through narratives depicting all sorts of characters' thoughts or feelings, so that more patients can understand them without struggling with technical terms. Moreover, close reading of the metaphor-rich literature allows medical students to develop the ability to understand the vague and subjective expressions that patients tend to use when describing symptoms, emotions, and pain.

3. Introduction: Effective application of Greene's novels

The works by Graham Greene (1904-91), one of the leading English novelists of the 20th century, have covered a wide range of topics, and so far various studies have been conducted mainly on religious, philosophical, and political themes, and his creative world. However, there seems to be another remarkable aspects of his works, that is, the possibility of analyzing them from a medical point of view. This is because some of Greene's works are notable for various "sick people" in mental and physical distress, in addition to the appearance of doctors and patients, diseases and symptoms, medicines, and so forth. Focusing on these keywords, Greene's works can be interpreted from the medical background as the life stories of certain "patients". Doctors will increasingly be required to have the expertise to listen to their patients, along with growing scientific expertise, since a scientifically competent medicine alone cannot help patients grapple with the loss of health and find meaning in illness and dying⁶. If this method of reading is introduced as one part of medical ethics education, medical students can develop a conscious attitude through these stories/narratives by understanding what expressions and metaphors the characters use to express their feelings, ideas and symptoms, and this attempt at education should have a certain effect on medical students.

In the future, moreover, medical students are expected to face more difficult and realistic problems in the clinical setting, and will be required to deal appropriately with them. They learn about these issues theoretically and practically through their specialized subjects and clinical training, but in earlier education, it is essential for them to become aware of patients' problems and prepare to respond flexibly to them according to individual values and situations.

Therefore, the main purpose of this narrative study is to investigate and analyze whether it is possible to apply Greene's novels *The Power and the Glory*⁷ (1940) and *A Burnt-out Case*⁸ (1960) in examining the effectiveness of literature in the field of medical education. In addition, this paper focuses on the holistic total pain (physical, mental, social and spiritual pain) of some characters in these novels. Among these, analyzing characters' spiritual pain, which seems particularly difficult to understand, will be helpful for medical students. This attempt to analyze his works through close reading by focusing on these topics, which are highly specialized for medical students, and to apply them to medical ethics education, can provide an opportunity for students to consider practical medical themes and how to care for patients. If it proves possible to elucidate his works from such a medical perspective, a new world of fusion of science and literature, extending beyond each separate field, can be established.

4. The meaning of disorders according to A. Kleinman – disease, illness and sickness

Before analyzing the sick people in the works of Greene, we need to clarify the three medical terms⁹ “disease”, “illness”, and “sickness” as defined by the medical anthropologist Arthur Kleinman in *The Illness Narratives*:

Illness refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability...And when we speak of illness, we must include the patient's judgments about how best to cope with the distress and with the practical problems in daily living it creates. (3-4)

Disease is the problem from the practitioner's perspective. In the narrow biological terms of the biomedical model, this means that disease is reconfigured *only* as an alteration in biological structure or functioning. (5)

[I shall introduce a third term,] *sickness*, and define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces. Thus, when we talk of the relationship of tuberculosis to poverty and

malnutrition that places certain populations at higher risk for the disorder, we are invoking tuberculosis as sickness. (6) [italics added]

According to Kleinman, the “story of sickness” of people with disabilities and patients with chronic disease is of great significance as an explanatory model for each person, even though it does not match the medical explanation. He advocated two models, “disease” and “illness”, and the former corresponds to the logic demonstration thinking mode, explaining the disease and disorder with the biomedical model of the medical profession. On the other hand, the latter corresponds to the narrative thinking mode and is assumed to be an explanatory model for the disabled person himself or his/her family. Kleinman emphasized “illness” because there is a gap between the image of disease that medical science has and the experiences of patients actually suffering from diseases. Thus, in current medical education, training to bridge the gap between “knowing” the facts of a disease and “understanding” the experience of patient's illness has become an urgent issue.

5. Total pain as defined by Dame Cicely Saunders

Dame Cicely Mary Saunders (1918-2005), not only a famous nurse but also a physician and writer, dedicated her life to the welfare of terminally ill people and contributed to the foundation of the modern hospice movement. Her objective was to alleviate pain and provide patients with comfort and dignity until the end of life. She defined the concept of total pain as the suffering that includes patients' physical, psychological, social and spiritual problems¹⁰. In Japanese medical education, this is a required subject all medical students learn as a part of palliative care.

Examples¹¹ of total pain to be discussed in this paper are classified as follows:

[**physical pain**]: pain, short of breath, dizziness, disability, disturbing daily life

[**psychological pain**]: anxiety, depression, anger, fear, frustration, loneliness

[**social pain**]: occupational problems, financial problems, family

problems and personal relationships

[**spiritual pain**]: questioning life and its meaning, concerns about unresolved issues, questioning suffering, changing one's values, fear of death and feeling guilty

Especially regarding spiritual pain, people usually experience it when faced with a particular life crisis. The UK organization Marie Curie Nurses mentions the following:

At times of illness, faith can be important. To some people faith may become more important to them and they find it a great support. Some people may turn to a faith tradition to try and find answers. Others may struggle with their faith, and ask questions like: "Where is God now?" and "Why is God allowing me to suffer?"¹²

Spiritual pain is more difficult to imagine and understand than physical and psychological pain because it often involves the individual's religion, faith, and background. Therefore, the works of Greene which include rich material on religious issues and characters' suffering should help medical students understand what spiritual pain the patients in a clinical setting actually suffer from.

6. Suffering people in *The Power and the Glory*

The Power and the Glory, published in 1940, tells the story of a fugitive Catholic priest's fugitive drama set in Mexico in the mid-1930s, when Christian persecution was most intense and a lot of pious Catholics were ruthlessly killed or arrested. The protagonist is unnamed but is called "whiskey priest" throughout the novel since he is a heavy drinker. Most of the people the whiskey priest encounters during his escape are gripped by a sense of "abandonment", which is frequently found in this story. They have been religiously abandoned by the Ban on Christianity, and the lands in which they live have become a world without God, lacking ethical values. Tabasco, the most remote state in Mexico, mostly consists of swamp and tropical jungle. People lead a wretched life, fighting against malaria and other infectious diseases. Thus, those who have been deprived of faith,

those who have no beliefs, those who cannot return to their homeland, and those fighting against infectious diseases are indeed "sick people", one kind of patient-model. Alternatively, they can be referred to as people suffering from "illness" as defined by Kleinman or "total pain" as defined by Saunders. Below we discuss characters who have mental distress or despair for various reasons.

6 - 1 . Whiskey priest's spiritual pain

While escaping from the lieutenant, the whiskey priest happens to visit his parish, where his illegitimate daughter Brigitta and her mother live. However, over the past years, Brigitta has become scornful because of hunger and has developed a cunning and malicious look. This fact has a great impact on him. It is because meeting Brigitta means, in other words, confronting his own mortal sin, and he recognizes now that as a result of deadly sin, her future damnation is certain. Moreover, Brigitta has also lacked the "love" of which every child was born with some kind of knowledge. From his desperate prayer below, we can see that the whiskey priest struggles to save Brigitta's soul from the depths of despair before her damnation is completed:

"O God, give me any kind of death – without contrition, in a state of sin – only save this child." (82)

However, having lost the "breviary" and destroyed the "altar stone" during his flight, he no longer has the authority of "the priest", and he just laments his own inability to save even the soul of his daughter. In addition, now that the whiskey priest, who committed a mortal sin and, while recognizing it as the betrayal of God, also realizes that he so loves the consequences of that sin, he agonizes over this.

The following is a scene in which the priest appeals to Brigitta, but one aspect of paternal love is emphasized more than the duty of a Catholic priest:

"I love you. I am your father and I love you. Try to understand that."
...He held her tightly by the wrist and suddenly she stayed still, looking up at him. He said, "I would give my life, that's nothing, my soul...my

dear, my dear, try to understand that you are – so important.” (82)

Despite being a clumsy and irresponsible priest as a father, his dedication to save Brigitta is shown by his squeezing of his daughter’s wrist. In other words, the priest, who has so far avoided his role as a father and even his responsibilities, may have for the first time preached to his daughter as a father to show love and express his own affection.

6 - 2 . Mr. Tench in trouble over physical, psychological and social problems

Mr. Tench, a British dentist, is given a bystander role in witnessing the priest’s execution. He cannot return to his home because he made a large investment in Mexico. He has also been frequently attacked by an awful feeling of nausea in the stomach. Besides, the following show that he has some memory problems:

“...what am I here for? Memory drained out of him in the heat.” (8)

...his mouth fell open, he looked grey and vacant, until he was recalled by a pain in the stomach and helped himself to some more brandy. “Let me see. What was it we were talking about?” (14) [emphasis added]

From the above, we can see pathological symptoms in addition to his memory loss. In the dictionary, the adjective “grey” (gray) actually includes the meaning of “pale” due to illness or the like. That is, we can imagine his symptoms on this page seem, from a clinical psychological viewpoint, to resemble those of a patient with dissociative disorder. This disorder causes memory impairment when subjected to severe stress by people or the environment, and even memory associated with short-term events such as what happened on that day, as well as long-term memory (such as his/her own name) may be lost.

6 - 3 . In the case of Beatrix Fellows’ physical pain

Beatrix Fellows is from England and her husband runs a banana plantation on the river basin. While her mentally mature daughter Coral shelters a fugitive, whiskey priest, and serves him food and drinks, Mrs.

Fellows spends a lot of time in bed due to poor health. Unable to get accustomed to the land, she thinks of nothing but returning to England. In this novel, she repeatedly complains of discomfort:

“I had a bit of fever yesterday.” (32)

“I tell you I had fever,” Mrs. Fellows wailed, “I felt so terribly ill.” (32)

“I had such a headache. I couldn’t read or sew...” (32)

That Mrs. Fellows complains of symptoms on one page three times reveals her neurotic nature. Furthermore, in the second quotation, she claims that “I had fever.” However, if this is simply a fever as a symptom, it should be grammatically described as “I had a fever.” Hence, it can be inferred that “fever” without an indefinite article is not a symptom but a fever related to disease. It would not be surprising if she were infected with “malaria”; “dengue fever”, or some tropical disease, given the context of a tropical region where infections are prevalent. It is quite possible that Greene intended to use “fever” instead of “a fever” to suggest such infectious disease, considering the fact that he has thus far suffered many infectious diseases in some places, including Africa.

6 - 4 . Spiritual pain of family members in the Academia Commercial

Let us now look at those who have lost their faith under the Ban on Christianity. They are also considered to be a version of the sick, “suffering people”. For instance, a devout Catholic woman, whose husband is the principal of the Academia Commercial, secretly reads the saint’s story to her children. That she says, “I would rather die (28)” shows that she has given way to despondency and helplessness, having been deprived of her faith. In response to this, her husband says, “We have been abandoned here...but we have to go on living” (28). In the scene where the family members appear, they repeatedly express their feelings of being “abandoned”. In addition, they occasionally say, “We have been deserted” (51). The word “desert” instead of “abandon” includes the meaning of a sense of blame, and we can read the strong feeling of being alienated.

Accordingly, in the absence of God, those who have no choice but to despair are also suffering spiritual pain.

7. Healing effects on the suffering by the dialogue with the whiskey priest

As mentioned above, the characters in *The Power and the Glory* are each suffering from some problems with “total pain”. Here we concentrate on Mr. Tench having changed in his mind and his behavior after he encounters the whiskey priest:

Why write at all? He couldn't remember now what had given him the odd idea. (46)

A memory stirred. It was as if something alive and in pain moved in the little front room among the rocking-chairs – “an interesting afternoon: what happened to him, I wonder, when” – then died, or got away. (47)

The former quotation suggests that Mr. Tench becomes willing to write a letter to his wife in England with whom he has had no contact for decades. This is the moment when memory, time and thought, which for him were forcibly stopped by the tropical heat and the oppressive Communist Revolution, clearly show the action of “movement”. In the latter, on the other hand, the way in which his memory actually starts to work is cleverly illustrated using a metaphor. We can understand how a memory-impaired patient, when recalling something, gradually releases something that was closed, with some kind of pain such as a headache. Although the positive feeling of “interesting” has sprung up in Mr. Tench, it seems that he still cannot express in words how his closed memory is unlocked.

8. Query's pain caused by the disease of “success” in *A Burnt-out Case*

The next discussion is the examples of characters in *A Burnt-out Case*. Query, the main character, who once had brilliant success as a Catholic church architect, decides to leave Europe. This is because he desperately feels the limits of his talent as an architect and has lost interest or desire for anything, even love for people and the Catholic faith, not to mention motivation for his

creations. Leaving for a wandering trip, he arrives by chance at the leproserie in Congo managed by Catholic missionaries. As for his mental condition, some descriptions clearly show that he is in a morbid state. In fact, the Superior of the monastery visits Query's guest room and mentions that the soap used here is effective for prickly heat, but he replies like this:

“Nor I. I suffer from nothing. I no longer know what suffering is. I have come to an end of all that too.” (8)

Also, in the conversation with Dr. Colin, who is engaged in treating lepers at the leproserie, Query says: “...I have no interest in anything anymore, doctor. I don't want to sleep with a woman nor design a building...The palsied suffer, their nerves feel, but I am one of the mutilated, doctor” (37). Apparently he is in a state of “nothing” in which neither suffering nor pain is felt mentally or physically. Query is diagnosed, from these symptoms, as “one of the burnt-out¹³ cases” by Dr. Colin: he is numb as if he lost all sensation – displaying complete indifference to everything, as follows:

“I haven't enough feeling left for human beings to do anything for them out of pity.” He carefully recalled the scar on the immature breast and the four toes, but he was unmoved; an accumulation of pinpricks cannot amount to the sensation of pain. (41)

Ironically, lepers¹⁴ cured by long treatment then suffer from burnt-out syndrome because “They are the lepers who lose everything that can be eaten away before they are cured” (101). Here we can see the contrast between leprosy patients and Query's illness. He hopes to get a peaceful mind while helping Dr. Colin to treat the sick in this land, but his reputation has spread throughout the country, where those who worships him as a hero and try to uncover his past are disturbing his peace again. In the end, Query is killed by a jealous man with a foolish passion, but Dr. Colin mentions him in conversation with the Superior:

Colin said, “They would never have let him alone.”
“Who do you mean by ‘they’?”

“The fools, the interfering fools, they exist everywhere, don’t they? He had been cured of all but his success; but you can’t cure success, any more than I can give *mutilés* back their fingers and toes. I return them to the town, and people look at them in the stores and watch them in the street and draw the attention of others to them as they pass. Success is like that too – a mutilation of the natural man.” (189)

Dr. Colin regards his success as a particular disease, and therefore he points out that leprosy and success are similar in that they attract a lot of curiosity from people everywhere. Successful people, whom sociologists favorably refer to as “people with accumulated advantages”, continue to be in agony forever because no treatment can cure this disease. Hence, they will experience the same suffering and social pain as leprosy patients.

8 - 1 . Social and psychological pain – the example of Deo Gratias

Querry has a servant, a local man named Deo Gratias. He has developed burnt-out syndrome after recovering from leprosy. Completely cured patients have to leave the leproserie according to the rules, but Dr. Colin judges that it will be difficult for him, in his mutilated state, to find a new job in the outside world.

He [Doctor Colin] ran his fingers over the diseased surface and made his notes almost mechanically. The notes had small value, but his fingers, he knew, gave the patients comfort: they realized that they were not untouchable. Now that a cure had been found for the physical disease, he had always to remember that leprosy remained a psychological problem. (10) [emphasis added]

From the above, it is clear that even if cured patients become free from physical pain, they have to face psychological pain, that is, it signifies the cruel prejudice and discrimination in society against their original disease. The following dialogue between Querry and Dr. Colin makes it clearer still that cured patients are suffering from social pain:

“Do they [lepers] sometimes find it hard to be loosed?”

“Very often. You see they become attached to their hut and their patch of land, and of course for the burnt-out cases life outside isn’t easy. They carry the stigma of leprosy. People are apt to think once a leper, always a leper.” (115-116)

9 . Healing touch by Dr. Colin

Furthermore, what is immediately apparent in the same extract (quoted above) is that Dr. Colin is well aware that lepers experience psychological pain as well as physical pain. Just as Sir William Osler says, “The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease”, Dr. Colin provides “holistic” medical care that considers the feelings of lepers instead of focusing on the affected structure or function.

He ran his fingers over the diseased surface and made his notes almost mechanically. The notes had small value, but his fingers, he knew, gave the patients comfort: they realized that they were not untouchable. Now that a cure had been found for the physical disease, he had always to remember that leprosy remained a psychological problem. (10) [emphasis added]

This recalls the scene in the Bible where Jesus Christ takes mercy upon the sick and performs healing miracles. Christ directly touched the patients with serious skin diseases and healed them:

WHEN he came down from the mountain great crowds followed him. And now a leper approached him, bowed before him, and said, “Sir, if only you will, you can make me clean.” Jesus stretched out his hand and touched him, saying, “I will; be clean.” And his leprosy was cured immediately. (Matthew 8 : 1-3)¹⁵

Considering that palpation has a psychological effect on the patients, as proved by various medical studies, there is no doubt that “direct touch” is important for healing patients mentally. By being directly touched, the patient is reassured that he is accepted as a person and as an individual, which relieves various pains. This is truly the best medicine, especially for

patients suffering from incurable diseases.

10. Conclusion

We have extracted the “sick people” portrayed in *The Power and the Glory* and *A Burnt-out Case* written by Greene, and analyzed their suffering and pain through individual narratives. It has proven possible to imagine what holistic total pain (physical, mental, social and spiritual pain) is through the examples of specific characters in the selected novels. Given the fact that the author himself had bipolar disorder and often caught infectious diseases while traveling, medical knowledge, and the concept and experience of illness must have been very familiar to him.

In *A Burnt-out Case*, it is worth noting that Querry’s eternal suffering of success, and exposure to the curiosity of people, is overlapped with the social pain suffered by leprosy patients. Especially, spiritual pain is more complex to understand, and it is useful for medical students to consider how patients with spiritual pain feel, what kind of problems they suffer, and how they respond. Spiritual pain might make physical pain or other symptoms worse. In a similar way, physical pain and other symptoms may also make spiritual pain worse. This means that managing pain may also help to relieve other symptoms. Or some patients may have multiple pains like the characters we examined above. Therefore, medical professionals are required to recognize and deal with holistic total pain to care for patients who are suffering certain pain.

To summarize the factors that the oeuvres of Greene can contribute to medical ethical education, firstly, they provide materials for understanding life and death, psychological changes in ordinary people/patients, and how to accept their inner voice. Secondly, the reader can observe facial expressions and behaviors specific to the sick, and thirdly, his Catholic novels can be applied to the education for the dignity of life, spiritual care¹⁶, and universal medical ethics. Fourthly, the readers/medical students follow the story while examining the original meaning, metaphors, and collocations, which not only develops vocabulary, and the power of expression and imagination, but also makes them aware of the power of words. Through this training, students aiming to become medical professionals will be able to independently take a closer look at what

problems patients have and cultivate the ability to properly understand the complex stories of individual patients. Thus, on these grounds we can come to the conclusion that his works are not only Catholic literature, but also universal literature of practical use in medical ethical education.

This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP17K02512.

Notes

This paper is a conflation, revision, and expansion of three earlier studies, *Studies in Literature and Christianity*, vol. XXXIV, May 2017, *Shirayuri Christiano-Cultural Studies*, vol. XX, March 2019 and vol. XXI, March 2020.

1. Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. (UK: Oxford UP, 2008), p. vii.
2. H. A. Squier, “Teaching humanities in the undergraduate medical curriculum,” *Narrative Based Medicine* (London: BMJ Books, 2004), p. 132.
3. McLellan MF, Hudson Jones A. “Why Literature and Medicine?,” *Lancet*; 1996; 348: 109-11.
4. Stephen Rachman, “Literature in Medicine,” *Narrative Based Medicine* (London: BMJ Books, 2004), p. 123.
5. H. A. Squier, p. 128.
6. Charon, p. 3.
7. Graham Greene, *The Power and the Glory* (UK: Penguin Books, 1991). All subsequent quotations from *The Power and the Glory*, identified by page number in the text, referred to this edition.
8. Graham Greene, *A Burnt-out Case* (London: Vintage Books, 2004). All subsequent quotations from *A Burnt-out Case*, identified by page number in the text, referred to this edition.
9. Arthur Kleinman, “The Meaning of Symptoms and Disorders,” *The Illness Narratives* (USA: Basic Books, 1988), pp. 3-6.
10. Richmond C, *Dame Cicely Saunders* (London: BMJ Books, 2005).
11. <https://www.med.or.jp>
12. <https://www.mariecurie.org.uk>
13. Burnout is a state of emotional, physical, and mental exhaustion caused by excessive and prolonged stress. It occurs when you feel overwhelmed, emotionally drained, and unable to meet constant demands. As the stress continues, you begin to lose the interest and motivation that led you to take on a certain role in the first place. Burnout reduces productivity and saps your energy, leaving you feeling increasingly helpless, hopeless, cynical, and resentful. Eventually, you may feel like you have nothing more to give.

- <<https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm>>
14. Some consider the word "leper" offensive, preferring the phrase "person affected with leprosy", but in this paper I employ the term as used in the original book.
15. "The Gospel according to Matthew." *The Revised English Bible with Apocrypha* (UK: Oxford UP & Cambridge UP, 1989), p. 6.
16. Rachel Stanworth, "Spiritual care and attentiveness to narrative," *Narrative and Stories in Health Care* (UK: Oxford UP Books, 2013), p. 207.

Works Cited

- Brennan, Michel G. *Graham Greene: Fictions, Faith and Authorship*. Continuum, 2010.
- Carel, Havi & Cooper, Rachel. *Health, Illness and Disease*. Routledge, 2014.
- Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford UP, 2008.
- Cole, Thomas R, et al. *Medical Humanities*. Cambridge UP, 2018.
- Du Boulay, Shirley. *Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement*. SPCK Publishing, 2007.
- Greene, Graham. *In Search of a Character: Two African Journals*. The Bodley Head, 1961.
- Greenhalgh, Trisha & Hurwitz, Brian. *Narrative Based Medicine*. BMJ Books, 2004.
- Gunaratnam, Yasmin & Oliviere, David (ed.). *Narrative and Stories in Health Care*. Oxford UP, 2013.
- Hill, WM. Thomas. *Graham Greene's Wanderers*. International Scholars Publications, 1999.
- Hoskins, Robert. *Graham Greene: An Approach to the Novels*. Routledge, 2011.
- Kelly, Richard. *Graham Greene*. Frederick Ungar Publishing Co., 1984.
- Kleinman, Arthur. *The Illness Narratives*. Basic Books, 1988.
- Komori, Yasunaga (trans.) *Cicely Saunders: Early Writings 1958-1966*. Kitaohji Shobo Publishing, 2017.
- Pierloot, Roland A. *Psychanalytic Patterns in the Work of Graham Greene*. Rodopi B.V., 1994.
- Roston, Murray. *Graham Greene's Narrative Strategies*. Palgrave Macmillan, 2006.
- Salván, Paula Martín. *The Language of Ethics and Community in Graham Greene's Fiction*. Palgrave Macmillan, 2015.
- Sontag, Susan. *Illness as Metaphor & Aids and its Metaphors*. Penguin Classics, 2002.
- Stanworth, Rachel. 'Spiritual care and attentiveness to narrative,' *Narrative and Stories in Health Care*. Oxford UP Books, 2013.

江戸時代梅毒専門医・船越敬祐による

ナラティブ・メディスン

— 『絵本^{はいそ}黴瘡軍談』の再評価

平林 香織

1. はじめに

『絵本^{はいそ}黴瘡軍談』(天保9年<1838>)は、江戸時代の梅毒専門医・船越敬祐(錦海・君明)が、病原体を黴毒大王に、自らが開発した梅毒薬を薬将軍に見立てた合戦物の戯作である。これまでは擬人化合戦物、すなわち娯楽的な読みものとして読まれてきた。しかし、本稿で述べるように、もともとは、梅毒の症状と治療法の詳細でわかりやすい解説書だった。読者は、黴毒大王と薬将の一進一退の戦いの物語に一喜一憂しながら、再燃性があり難治性の梅毒の特質を知ることができた。梅毒罹患者は、自分の症状に照らし合わせながら、病相や治療薬の服用法を知った。何より、薬将の勝利に終わるストーリーに、治癒への希望をもったことだろう。医療者にとっては、梅毒の治療法と治験データを示した書でもあった。つまり、『絵本黴瘡軍談』は文芸書と医学書の両面をもった稀有な作品なのである⁽¹⁾。

医療界において、文学の解釈方法を病や病者の理解に応用するナラティブ(物語的)・アプローチの重要性の認識が高まり、ナラティブ・メディスンという学が興って20年以上が経過している。文学作品の行間を読み、作者の創造のプロセスを追体験することが、患者と医師、コメディカルを治癒の物語の創造的な担い手として活性化しうることが明らかになりつつある。

本稿は、『絵本黴瘡軍談』が梅毒に対するナラティブ・アプローチを行っていることを検証するものである。

2. 船越敬祐と『絵本黴瘡軍談』について

作者・船越敬祐について判明している伝記的事項は少ない⁽²⁾。生没年は不明、江戸時代後期に^{ほうきのくによなご}伯耆国米子の大寺屋船越家の分家鍋屋船越に生まれ、嘉永年間(1848-53)には死亡していると思われる。大仙台屋の丁稚小僧に出され、手代、番頭となるが、梅毒を患い、大坂に出て医家に住み込みながら病気の治療につとめ、梅毒専門医となった。京都の官廷医・錦小路家や長崎で医術を学び、大坂北久宝寺町三休橋近くに開業した。

船越が医者になった理由は自らの梅毒を治すためであり、梅毒薬の発明も

自分のためだった。

江戸時代の医師には、幕府や藩に仕え一定の禄をもらった幕医・藩医のほか、儒学と医学を学んで医師になり開業する儒医と医塾や師匠について得た知識と経験をもとに開業する町医があった⁽³⁾。船越は、梅毒専門の町医として、生涯にわたり梅毒とがっぷり四つに組んだ。

船越は医書も著した。現存するのは、『妙薬奇覧』、『徽瘡瑣談』、『絵本徽瘡軍談』、『妙薬奇覧後編』の4点である。『妙薬奇覧』は、文政10年(1827)序、さまざまな薬の処方を書き記す。次いで、梅毒の治療法を記述した『徽瘡瑣談』(天保2年(1831)序、天保14年(1843)改題『徽瘡茶談』)、『絵本徽瘡軍談』(天保9年(1838))、『妙薬奇覧後編』(嘉永4年(1851))を書いた。

『徽瘡瑣談』には船越の両親がともに梅毒で、父は29歳で亡くなり、母は44歳で亡くなったとある。船越は「若年」で梅毒に罹患したという。母子感染の疑いもある。ある医者に、水銀剤とおぼしき「劇薬」による「劇治」を頼むが、副作用に苦しむ。一向に治らないため、みずから「延寿丸」を発明し、完治したとある。

さて、『絵本徽瘡軍談』の大きな特徴は、巻末に、船越の梅毒薬の購入者は、紙を持参すれば無料で印行して配布するか、紙代だけで配布する、と注記があることだ。

此本は売本にあらず。天下の病者^{びょうにんなんびょう}疔痂に苦しむ者をすくはん為にとてあらはしたれば、^{はつしはん}施印にして世に弘む。故に望の人は紙持参すれば、板木料摺賃とらず、何百冊にても板すらせ進ずべし。此板すりて宜しき紙を吟味いたし兼て買ひ置るゆへ、元銀にてわけ申(す)べし。

この本は、「施印」、薬の付録だったのである。いうまでもなく薬の購入者は梅毒患者、あるいは、その関係者である。『絵本徽瘡軍談』は、患者を対象として梅毒について解説し、梅毒薬の飲み方や効果を示す目的で書かれた物語だった。

ちなみに、諸本は、この頒布注記があるものかないものに分かれる。5巻5冊、5巻3冊、5巻1冊の形態がある。現在確認した範囲では、注記があるのは、岩手医科大学蔵手醫學文庫本(3冊本)、京都大学大惣文庫本(3冊本)、東京大学附属図書館蔵本(3冊本)である。これらの本には刊記がない。逆に、注記がないのは、早稲田大学図書館蔵本(5冊本)、東京大学附属図書館本(1冊本、5冊本)、京都大学富士川文庫本(5冊本)、内藤記念くすり博物館蔵大同文庫本(現存巻5のみ)。無注記の本には、早稲田大学本以外、

刊記があり、書肆が複数並ぶ。さらに「伯耆国医生今浪花住錦海 著書目録」も付される。2丁分の著書目録には『徽瘡軍談』『徽瘡茶談』『徽毒方撰』『外療便覧』『薬方集覧』『妙薬奇覧』『同後編』『医道年代記』の計8冊の広告と、「新製ゴムカテイテル」「重粉」の広告が載る。

当時は、本屋が薬の取り次ぎをすることは一般的なことだった⁽⁴⁾。注記本の売捌元も久宝寺町の船越敬祐となっている。そのほか、米子の船越文太郎と鍋屋彦左衛門の2か所が「本国売弘処」としてあげられ、「取次所 諸国町々津々浦々」と加えられている。民間には広く船越の梅毒薬が広まっていたと思われる。内藤くすり記念館には「人躰國病薬合戦圖」と称する船越の梅毒薬・延寿丸の引札が伝来する。丹青濃淡による色刷り、97.3cm×35cmの立派なものである。上段は役者絵を得意とした浮世絵師長谷川貞信(1809-89)による『絵本徽瘡軍談』の内容を反映した合戦図、下段には延寿丸の薬効が詳しく書かれる。売捌元は注記本と同じである。『絵本徽瘡軍談』は、薬の付録だったものが、薬の需要の高まりと読み物としての面白さが相まって、薬屋から書店へと取り扱いが広がり、販路が拡大していったのだろう。

3. 『絵本徽瘡軍談』におけるナラティブ

『絵本徽瘡軍談』には「樸陰散人」による漢文体の序がある。船越について「内外諸科に兼通せざること無く、最も良く徽毒を攻む」と紹介する。「此症治方に於て苦心研尋二十年間、遂に発明する所有り」とあるので、船越と梅毒の戦いは文政のはじめ(1818年)ごろに遡ることがわかる。

そして、船越の著作『徽瘡瑣談』『徽瘡雑話』等が和文で書かれ、症例が豊富で、わかりやすく処方を間違えないように丁寧に記述されると述べる。しかし、「軽薄の子弟」は、漢文体の一般の医書と異なる和文による船越の著作をないがしろにする。そこで最近流行っている「小説の体」を用いて「病薬交戦」の話を作ったというのである。「寓言を仮(り)て、実用に帰す」ことは「巧手段善方便」であり、「世に益有るの書」だとする。単に「小説の流」として読まれることは「君明が意に非ず」と結ばれる。

「寓言」とは、他の物事に仮託して、高遠な思想や教訓を述べた説話(『日本国語大辞典』)で『莊子』の「寓言篇」による語だ。江戸時代、多くの文人が用いた。寓言は、何かになぞらえながら真実をわかりやすく伝えるので、面白い表現によって深い真実を伝える。死という名の敗北の恐怖と背中合わせの病である梅毒に勝つ戦略を、病と薬の合戦という寓言によって表現する方法は、梅毒治療におけるナラティブ・アプローチといえる。

さて、樸陰散人の序文の次に、「述意」が書かれている。これは、船越自

身による本書執筆の動機である。「奸医盲医のために誑（か）れ、遂に不治の症となりて、生涯を誤る者」が数え切れないので、世間の誤解を解き、正しい治療法を説く書であるとする。当時の梅毒治療には、毒性のある塩化水銀剤が用いられたため、これら劇薬の処方塩梅がむずかしかった。副作用も強く、医者には患者が副作用に耐えられないことを理由に投薬を止めてしまうこともあった。また、病気の再燃を薬の副作用と勘違いする医者もいた。船越は、「害あるは、盲医の咎なり、薬の害にはあらず」と断じる。この書によって、患者は、「自ら黴治の徑庭を諳んじ知り、盲医の誤治を免れ、奸医の悪計に陥ることなからん」と説く。

続いて、凡例がある。通俗書なので仮名遣いに俗用があること、小説の軍記を模しているので戯作のように誇張した表現がみられること、黴毒王を三国妖婦伝の妖婦になぞらえて読者の興味を引きつけるためのフィクションがあること、人体国を舞台に病賊と薬軍が戦うようすは医学的には大まかなものであることを説明する。薬剤の使い方やわかりやすく伝えるために、卑俗な表現や誇張表現によって合戦物としての色彩を強めたところがあると断っている。

「述意」は医書としての特性を述べたものであり、「凡例」は文芸書（戯作）としての側面を述べたものだ。

次に、登場人物の紹介図面がある。医者・篤実淳直（写真1）、病賊・黴毒大王（写真2右図）の姿がそれぞれ半面に大きく描かれ、薬将・延寿丸と治瘡丸（写真2左図）、薬将・黴効散と奇良湯（写真3）が、2人ずつ半面に描かれる。これらの人物の画像により読解のイメージがぐんと膨らむことになる。本書は〈絵本〉と銘打っているだけに、全巻に18図の挿絵があり画像テキストによるナラティブ・アプローチの書ともなっている。



【写真1】 篤実淳直

【写真2】 黴毒大王と延寿丸・治瘡丸

【写真3】 黴効散と奇良湯

（『絵本黴瘡軍談』の画像はすべて岩手医科大学附属図書館所蔵巖手醫學文庫本による）

では、作品の中身について検討していこう。

6人の人間の体内を「国」に見立てて、その中で、病と薬をそれぞれ賊将と薬将に擬人化して戦わせる。各巻は1～3章に分かれ、それぞれの章に七言の対句による漢文仕立てのタイトルがついている。以下、巻ごとに各章の内容を確認しよう。タイトルは読解の便をはかり、書き下して示す。

巻之第一

「医生灯前に妖孺を見る／天神斧下に魔魅を退く」

梅毒薬を研究する医師・篤実淳直が、「黴毒の治術」を完成させたが、陳司成『黴瘡秘録』の言説を信じる者が多く、淳直の治療法は顧みられない。淳直は、悔しく思いながらも日夜梅毒について研究する。ある夜、彼の前に28歳ぐらいの美女が現れ、梅毒の精霊であると名乗る。元は金毛九尾白面の狐であり、姐己・斑足王・玉藻前として知られた妖狐だという。安部泰親に那須野に封じ込められたが、再び唐土によみがえり、上毒という「難治の悪疾」となったと明かす。中国、日本の梅毒治療に言及し、従来の治療法の誤りを指摘。効果のある淳直の治療を止めれば無病長命を約束すると言う。しかし、淳直は一步も譲らない。すると妖婦が淳直に飛びかかり、彼は気を失う。そこへ、9尺ほどの身の丈の大將が現れ妖怪に斧を振り下ろす。妖怪は捨て台詞を残して立ち去る。大將は殷と戦った周の武王の臣・雷震だと名乗る。淳直と共に悪霊退治をするといい、2人は紫雲に乗って虚空を走り行く。

「郊野に会し群邪事を議す／形躯を変じて五傑寨に応ず」

黴毒王は長崎の丸山遊郭の人体国を経由し、福德自在衛門家の腰元に成りすまして、一家の人々と交わり、体内に侵入していた。

梅毒患者が、五宝丹、紫金丹、山帰来剤、六物解毒湯、搜風解毒湯などの「弱将」に頼るように仕向け、塩化水銀を用いた軽粉嗅薬、生々乳、そつびる、どろしす、かるめらなどを遠ざけている。淳直は人体国で黴毒王の一味と戦うことを宣言。雷震が、自分は延寿丸となり、黴効散、治瘡丸、奇良湯の薬将を揃えて戦うと言う。そこへ福德自在衛門の俱生神が助けを求めに現れた。俱生神は、「人が生まれた時から、その左右の両肩の上にあつて、その人の善悪の所行を記録するという同名、同生の二神」（『日本国語大辞典』）である。淳直と4人の薬将は福德自在衛門国へ向かう。

冒頭、巷間に流布している『三国妖婦伝』を用い、金毛九尾の妖狐を黴毒大王に結び付けることによって、読者の興味を引く。中国・朝鮮・日本で傾国の寵妃となった変化の女が、人体国を亡ぼすという設定は、性病であること、難治性であることという梅毒の特質にぴったりとあてはまる。

梅毒専門医の薬理的な知識により、当時出回っていた治療効果の低い薬と副作用の強い薬、水銀系の薬の実名をあげ、それに頼ることで人体国が減びに向かっていることを伝える。病に勝てる薬将、勝てない弱将という比喩によって延寿丸をはじめとする船越発案の梅毒薬の治療効果を強調する。丸山遊郭の遊女から梅毒が広がっていくという設定も当時の梅毒感染ルートに合致する。

卷之第二

「舌戦を試みて国王任を授く／奸謀を挫いて賊徒誅伏す」

福德自在衛門国では、国王が淳直らを拒む。淳直と賊将らの舌戦がはじまる。山井養民、部良棒庵などの大元帥、副元帥ほか軍将が招集される。淳直は延寿丸の薬効を説き、従来の処方への誤りを指摘する。また、一見治ったかのように見えて病気が再燃することと薬毒の違いを説明する。免疫力や体力をあげる補薬の大將などを用いながら根気強く薬を用いることが重要だと語る。そして『黴瘡瑣談』『黴瘡雑話』を読むように勧める。淳直は、人体国と薬の関係や、伝染病の種類と症状について解説、黴毒と他の病との違いを説明する。

突然、滑田順才、不実貪欲という2人の奸臣が躍り出て、黴毒王の命を受けて医者となって人体国へ入り込んだのだから邪魔をするな、と淳直に襲いかかる。延寿丸と黴効散が2人を打ち倒す。それを見た国王は驚き、妖怪がなりすました医者にしたがっていた我が身を恥じる。そして、国中を巡見して、脈道、腹部、頭、唇、舌の要害にある賊軍と戦うことを決意する。

「山井養民」、「部良棒庵」といった戯画化された将軍の名前は、それまでの薬の効かないことを擬人化したものだ。淳直は梅毒の再燃性や免疫力を高めるための補薬の重要性を説明する。梅毒の症状や治療の実態に即した将軍と淳直のやりとりは、医学的見地にに基づきつつ、戯画的な面白さをもつ。実際に梅毒菌が炎症を起こしやすい器官に賊軍が陣取っているという設定になっている点も、梅毒に知悉した船越ならではのナラティブである。

卷之第三

「敵陣を襲ふて遺毒首を喪ふ／本営を失ふて瘰癧迹を晦ます」

淳直は長期戦ではなく短期決戦の布陣を張る。黴賊である瘰癧腫高と遺毒拔兼が率いる賊軍を、薬軍を使って遠攻めをしたのちに、夜討ちを仕掛け、鉄砲で病軍を一掃する。鉄砲に狙われた黴兵が次々と倒れ、延寿丸の攻撃に敵兵は落ちていく淳直はまだ「全治の国」とはいえないと警告しつつ、延寿丸とともに黴賊に侵された別の属国へと赴く。

「血熱黄泥阪に敗走す／下疳陰頭山に滅亡す」

続いて淳直は属国「福德長祿国」に赴く。ここには下疳早成、骨痛動須という賊将が国の入り口である陰頭山に陣取っていた。2人の賊将の乱暴により「国民等苦悩にたえず」とある。延寿丸が大黃牡丹皮湯の助けを借りながら、みごとに賊将を討ちとる。国王は大いに悦ぶ。淳直は薬将四天王（延寿丸、治瘡丸、黴効散、奇良湯）とともに次の属国へと向かう。

「元気を養ふて薬将戦を緩む／鋭鋒を拒いで病賊命を殞す」

3番目の国は「福富万吉国」である。万吉国では、黴賊・上攻結毒と痔疾痔瘻が、「口中門、穀道門に陣を張り」嚙下困難にしている。食欲のない患者の補薬である十全大補湯が用いられる。補薬なので「温和の将」として擬人化されている。黴賊は頭脳山にも及んでいる。延寿丸が頭頂へ赴き、黄金大補湯は足下に向かい、鎮圧に成功する。次の属国から俱生神がやってきて延寿丸の出兵を要請する。淳直はしばらく止まり、「乱後治世の術」をする。

ここでも賊将のネーミングに、梅毒の症状を当てはめる擬人化をみることが出来る。また、福德自在衛門国で、薬軍を使って遠攻めをしてから鉄砲隊で賊軍を打ち倒す展開は、病人に体力をつけてから強い薬を使って一挙に病魔をたたく方法である。延寿丸の処方へのタイミングの重要性を示す。そして、まだ全治してはいない、と淳直が警鐘を鳴らしている点も、一見治ったかのように見えて、時間をおいて再燃することのある梅毒の特質を示す。

賊将の名前は、梅毒菌がどの器官を侵し、その結果どのような機能が奪われるかという症状を端的に示す。淳直及び薬将の活躍によって物語は盛り上がりを見せる。「下疳早成」と「骨痛動須」は、黴毒菌による生殖器の炎症と関節の硬直・疼痛の擬人化である。多くの黴毒患者が苦しむ症状だ。福德

長祿国で、陰頭山から頭脳山へと賊軍の攻撃が広がっていくようすは、性感染症である梅毒の体内への広がりに対応する。

野口英世は梅毒菌が脳を侵すことを検証し、ノーベル賞候補者となった。黴賊が頭脳山を侵攻したという展開は、船越の梅毒知識の深さを物語る。

また、淳直が、万吉国に治癒後もとどまっているのは、病後の管理、再発防止の医療を物語る。嚙下困難に対して対症療法ではなく、延寿丸と補薬を用いた根本治療の必要性を強調したものだ。

巻之第四

「延寿丸勇に^{ほこ}矜^{やぶれ}りて敗を取る／黴効散計^{はかり}を定めて敵を討つ」

4番目の属国は「助八国」である。結毒難治・^{けつどくなんち}・^{ろうそくげかん}蠟燭下疳の2将が分身の術などを使って国中の街道筋で延寿丸に襲いかかる。形勢不利となった延寿丸は、万吉国にとどまっている淳直に助太刀を求める。淳直は黴効散を呼び出し、延寿丸への加勢を命じる。賊徒を打ち倒した黴効散が凱旋し、国王は大いに喜ぶ。淳直は乱後の仕置きを詳しく言い残して次の国へ向かう。

「両雄連^{しきり}に出て苦戦を究む／一将独進^{ひとり}んで衆敵^{みなごろし}を^み襲^{ころし}にす」

5番目は「金吉国」である。^{べんどくはれみつ}便毒腫満と^{ようばいそうひろなり}楊梅瘡広成との戦いを描く。淳直は国王に謁見し巡見を申し出る。黴毒王は秘策を用いて、楊梅瘡広成を108人に分身させ、延寿丸を包囲する。形勢不利な延寿丸を応援し、黴効散・黴毒散が4,500騎の消魔風の熱風で敵を退散させる。治瘡丸が奇襲の前に酒宴をはり敵をおびき寄せ、楊梅瘡広成と便毒腫満を討ち倒す。

「大元帥計りて賊群を平らぐ／^{きた}俱生神来つて国乱を報ず」

6番目の「福松国」は、もともと「勢力勝れたる国」であったが、^{かいせんきたなし}疥癬穢と^{がんそういよかね}雁瘡癒兼に侵略されていた。しかし、防戦の功あって「皮表の戦い」に終始していた。黴毒大王が小便道に援軍を送り、排尿困難にする。薬軍の負色が濃くなる。治瘡丸が軍勢を引き連れて関の声と共に名乗りをあげる。槍をもって戦うが、賊軍に追い立てられてしまう。淳直は延寿丸に退治を命じ、賊軍を1人残らず討ち果たした。

そこへ、自在衛門国から俱生神がやってきて、国王が奸臣の讒言にそそのかされ、薬兵を遠ざけ放蕩にふけたため国が滅亡の危機にあると訴える。淳直はできるだけことはするが、根治が難しいかもしれない

と告げる。いよいよ黴毒大王との最終決戦に向け、淳直は諸薬将を従えて本国へと向かう。

巻之第四は物語の最大の見せ場といえる。黴毒大王の秘策、楊梅瘡広成の分身術は、黴毒の楊梅状の発疹が全身に広がるイメージである。また、楊梅瘡だけではなく排尿困難を引き起こす病の重篤化の危機を、薬軍の形勢不利というストーリー展開によって示す。便毒腫満という賊将名は、腹水がたまり膨満感のある症状を表す。一方、国王の力が強い福松国では、つまり免疫力の高い場合には、皮膚の炎症だけで、内臓や骨髄は侵されていない。したがって延寿丸は無敵の活躍をし、薬効甚だしい。淳直のもとにはいる自在衛門国が再び滅亡の危機にあるという知らせは、梅毒の再燃性・難治性を物語る。

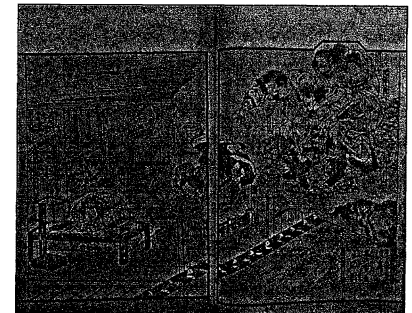
巻之第五

「枯を活かし死を回す巧手段／功を遂げ名を全す大団円」

再び自在衛門国にやってきた一行は、衰弱した国のようすに呆然となる。国王は衣服美麗先生元帥が力を尽くしているから大丈夫だとうそぶく。淳直は佞臣・美麗公らと論戦をはり、色と酒の弊害を説く。国王は漸く自分がだまされていたことに気づき奸臣を追放する。そこへ黴毒大王自らが出撃してくる。延寿丸とその部下が黴軍を包囲、ついに黴毒大王を追い詰める。延寿丸が黴毒大王の本体が妲己であることを暴き、大王の首をはねる。本性が黴毒大王の体から抜け出て、「今は元の栖処に帰る」と言い残して敗走、淳直は黴毒大王主従の首を首桶に入れて勝ち鬨をあげる。淳直と薬将四天王は国王等に国境まで見送られ自在衛門国を離れる。

雷震が現れて「一刻も早く御身の内へ帰り給へ」と淳直の背中を突くと、真逆さまに落下する。「あっ」と叫ぶとその声に目が覚めた。淳直は書齋の中にいた。「是南柯の一夢にして」淳直は我に返る。

夢中の経験をもとに今まで使っていた奇良湯、治瘡丸のさじ加減を把握し、延寿丸、黴効散を精製する。延寿丸、黴効散を患者に与えてみたところ、治療効果が得られた。4つの薬を黴薬四天王と名付け病人に用いると、薬を求めるものが後を絶たなかった。そこで、



【写真4】すべて淳直の夢だったことを示す挿絵

夢中のできごとを記して世に伝えることにした。

「南柯の夢」とは、唐の淳于棼が南柯国の長官となり20年間の栄華を極めたが、それが一睡の夢だったことから、はかなさのたとえに用いられる故事である。「淳直」という名前は「淳于棼」を響かせたものでもあろう。奇想天外な合戦物語はすべて夢だったとし、医師・淳直のその後の治療活動について記述するナラティブによって、読者である梅毒罹患者に薬効を強く印象づける。

以上みてきたように、薬名と薬将、症状と賊将名、器官・肢体と人体国の地名をきっちりと対応させることによって医学書と文芸書のバランスを保っていることがわかる。医師や患者にとって切実な症状や苦痛が擬人化され、わかりやすい。人体国を6か国とし、梅毒の病相変化や症例の違いという医学的な知識と経験を投影する。さまざまな交戦スタイルも症状・症例による薬の組み合わせや量の塩梅に対応する。船越が多く患者に向き合ってきたことが、物語の中に取り込まれて、みごとな梅毒ナラティブとなっている。治療に時間がかかり、また、病者自身の節制や食事コントロールも不可欠で、医師と病人が心を合わせて根気よく治療しなければならない病気であることを読者に得心させる物語展開といえよう。

最後に6丁の「附録」がある。医学的見地から、梅毒の発生と伝播、梅毒の経過、過去の治療法と現行の治療法、それらの難点、また、梅毒治療の難しさをわかりやすく説く。薬の処方仕方、それによる患者の反応などを詳しく紹介する。自分が梅毒に罹患したときに服用し、今も一般に処方される薬（七宝丸）では効果が無いこと、自ら延寿丸を試したときのことを治験データとして掲げ、一般の薬では治療に5年を有するが、延寿丸であれば4、5ヶ月で全治することを説く。そして、再度、自在衛門国をはじめとして、すべての人体国の記述を振り返り、それが梅毒のどのような疾病段階と症状を表現したものであるかを説明する。

「附録」には、間違った情報と治療で時間と金と労力を無駄にし、時には命を落とす人が多いために特効薬を隠すのは医療倫理に反するから誰もが入手可能な薬にしたといういきさつが書かれる。延寿丸も黴効散も15日分で銀6匁である。天保期の米相場は1石あたり銀78匁である。現代の米の相場に換算すると6匁は3千円ほどになる。4ヶ月服用するとして24,000円で黴毒が完治することになる。

『絵本黴瘡軍談』は、病と薬の合戦物という擬人的な物語によって、梅毒に関する最新の知見と治療法を提供し、根気強く病と闘う必要性を説く書なのだ。

4. 梅毒治療のナラトロジー

そもそも梅毒とはどのような病気なのか。江戸時代の医学的な理解はどのようなものであったのか。

梅毒は、梅毒トレポネーマという病原菌の感染でおこる。和名は症状にみられる赤い発疹が楊梅（ヤマモモ）に似ていることに由来する。日本感染症学会梅毒委員会が2018年6月に策定した「梅毒診療ガイドライン」によると、長期にわたり複雑な進行形態をとる慢性感染症とされる。あらゆる臓器に慢性炎症をもたらし、全診療科にわたる症状を起こしうる。

病期は、1年未満の早期と1年以上経過した後期に二分される。早期は感染後1ヶ月以内の第1期と感染後1～3か月の第2期に分け、後期は第3期とされる⁽⁶⁾。

また、病期を伴わない分類として、「潜伏梅毒」（自覚症状無し、既往歴・感染リスク・梅毒抗体価の有意な上昇等から要治療と判断される活動性梅毒）と「先天（性）梅毒」（活動性梅毒の妊婦からの胎内感染による）がある。

国立感染症研究所によると、平成29年（2017）の患者数は5,770人で、ここ数年で爆発的に増加している。20代の女性が急増しており、性産業従事者に限らず、感染が広がっている。「先天梅毒」も増加傾向にある。

中西淳朗氏によると⁽⁶⁾、日本での梅毒の記録は竹田秀慶『月海録』（1512）が初出であるが、同じころ、甲斐国都留郡の妙法寺古記録（1513頃）にも出てくるといふ。1510年ごろ渡来人とともに九州に侵入した梅毒が、わずか3年で甲信地方に達したことになる。氏は、16世紀後半の日本における梅毒患者数は人口の20パーセントに達していたのではないかと推察する。関東地方を中心に埋蔵文化財調査をなさっている考古学者の宇田川肇氏によると、19世紀（近世後期）の梅毒による病変人骨の出現率は、調査場所によって異なり、1パーセントから20パーセントの幅があるようだ⁽⁷⁾。病変人骨は第3期まで進行したことの証左である。第2期までの患者数はさらに多かったことだろう。

治療には山帰来（サルトリイバラ）を使った生薬が用いられたが特効薬ではなかった。安永4年（1775）、蘭医ツェンペリーが水銀駆梅毒療法を伝え、軽粉（塩化第一水銀）が塗布剤や嗅ぎ薬として全国に広まる。水銀剤はヨーロッパでも多用されたが、用法を間違えると水銀中毒となり、死に至る場合もあった。幕末になると杉田玄白はじめ多くの蘭方医はソップルマ（塩化第二水銀）を用いたが、副作用も強かった。玄白の弟子の紅馬蘭齋は、水銀剤を嫌い、蜀葵（カラアオイ）やカミツレ（カモミール）など薬草を薫蒸する蒸気風呂療法や局所薬浴と生薬内服を併用した。この蒸気風呂は昭和期まで使われていた。

船越は、延寿丸について、『黴瘡瑣談』（牧野文庫本）では、「延寿丸類方」として「一名苦鱒丸と号す。此方尤妙効あり。延寿丸の本方は禁方秘録にいだす」と記す。「梅毒の諸症新瘤軽重遠年近日をとばす百薬効なき者を皆速に治す」として、20種類以上の症状や病気に効果があると宣伝する。「苦参」「蛇蛻」「鱒霜」「風茄子霜」「大黄」「煤」と「重粉」による調剤方法を記す。しかし、後刷本である城西大学本『黴瘡茶談』では、同じ丁の延寿丸の説明が、「延寿丸主治」と書き換えられている。効果・効能の説明部分を残して、製法部分が削られ、不自然な空白が残る。

『黴瘡瑣談』の付録「黴瘡治験」には患者37名の治療例を掲載する。現在の症例検討に相当するものだ。延寿丸の瞑眩反応によって患者が服用を拒否したり、セカンドオピニオンを求めた患者が安価な薬はやめた方が良くと言われて服用を中断したりして命を落とした事例も書かれる。

船越の処方がどの程度普及していたのかはわからない。彼の言説が後の医学書に影響を与えた痕跡もない。『明治前日本医学史』では江戸時代に日本独自の治療法を記載した多くの梅毒書を紹介する⁽⁸⁾。その中でも、『絵本黴瘡軍談』は、もっとも遅い時期に出版されたものだ。

梅毒は性病であり、長く苦しい治療期間を要する。死に至ることも多い。したがって、罹患・発症・治療のプロセスに関してさまざまな物語を作り出す。つまり、医師や患者にさまざまなナラティブを誘発するのだ。また、軽快化と再燃を繰り返す性質も、物語的な刺激となる。擬人化された合戦物という『絵本黴瘡軍談』は、梅毒に罹患した患者の後悔や絶望の物語を、治療という希望のある未来の物語へ転換する梅毒治療におけるナラティブ・メディスン実践の書といえよう。

5. 文学と梅毒

ルネッサンス期のイタリアのジロラモ・フラカストロは「梅毒治療の父」と言われる。当時、梅毒は、天空の星の動きや天と地の間の邪気による病とされていた。しかし、フラカストロは、梅毒の感染源が「粒子」であると考え、梅毒を論じたラテン語の六歩格詩「シフィリスあるいはフランス病」(Syphilis sive morbus Gallicus:1530)を著した。羊飼いのシフィリスが、太陽を攻撃し、その裁断をひっくり返したことに怒った太陽神アポロが、シフィリスを罰するために梅毒に罹患させたという内容である。

この詩について澁澤龍彦は、「貞操帯と梅毒こそ、野蛮であった中世ヨーロッパの性生活、二つの相対立する極のようなものである」、「梅毒という表示義が娼妓、貧困、下級階級、無教育、不品行、自業自得、不幸な結婚という共示義を生み出す」という⁽⁹⁾。売春によって梅毒が蔓延したために、そこには罪や罰の意識が伴う。

梅毒が歴史の闇に隠された病であることについて、須賀敦子がエッセイ「ザツテレの海岸で」で言及している⁽¹⁰⁾。須賀敦子はブネツアを散策していて「Rio degli incurabili リオ デリ インクラビリ」という水路の名前の看板に遭遇する。

リオはいい。だが、そのあとにつづく incurabili という標記が私の足をとめたのだ。インクラビリ。治療のあてのない、もう手のつくしようなない病人を意味する言葉なのだが、最初それを見たとき、私はおもわず笑ってしまった。なお見込みのない人たちの水路。なんだか自分のことをいわれているみたいだった。だが、とっさの不謹慎な思いを押しつけるようにして、インクラビリという、冗談では済まされない言葉の重さが、胸を衝いた。

このときから、数年の年月を経て、須賀は「なお見込みのない人たち」が梅毒に罹患した娼婦たちであったことを突き止める。須賀はザツテレの河岸から眺める美しいレデントーレ教会の景色を好んだ。「果てしない暗さの日々を送っていた娼婦たちも、朝夕、こうして対岸のレデントーレを眺め、その鐘楼から流れる鐘の音に耳を澄ませたのではなかったか」「人類の罪劫を贖うもの、と呼ばれる対岸の教会が具現するキリスト自身を、彼女たちはやがて訪れる救いの確信として、夢物語ではなく、たしかな現実として、拝み見たのではなかったか」と須賀は自らを慰めるかのように綴っている。

須賀敦子の静かな語りの中には、弱者を抑圧する社会への怒りがある。梅毒は今も隠された病である。梅毒につきまとう負のイメージは払拭されていない。

上田泰輔は、長田秀雄の小説『歓楽の鬼』を解析する中で、明治期の梅毒の言説には「侵す」という語が多用されており、「戦争との間にイメージの接続を、みるこゝろ」ができるとする⁽¹¹⁾。梅毒は、明治期には「花柳病」また「亡国病」ともいわれた。『花街征伐』（明治38年〔1905〕）で梅毒亡国論を展開した首藤文雄（春秋山人）は、梅毒による亡国阻止のための花街の廃止を強く訴える。

それに対して、『絵本黴瘡軍談』のナラティブは、梅毒に対する後ろ向きのイメージを払拭し、病と闘う強さを喚起するものとして、他の文学的な梅毒言説とは一線を画す。船越は、なぜ病になったかを問うのではなく、どうすれば病を克服できるかを説く。

『絵本黴瘡軍談』の文体は、リズムカルで力強い。生き生きとした薬将の戦いぶりは読者を飽きさせない。このような読み物としての面白さが、身をもって経験した船越の治験と収集した症例に裏打ちされているという点で、本書は大変ユニークである。絵空事によって医学的真実を伝える。寓言という方法を巧みに利用した本書は、文学史的にも医学史的にも再評価されるべき一書である。

【注】

【絵本癩瘡軍談】本文の引用は、岩手医科大学附属図書館蔵・巖手醫學文庫本によった。読解の便宜のため、句読点を施し、漢文体は書き下した。また、送り仮名を（ ）書きしたところがある

- (1)近年、豊岡瑞穂氏が『絵本癩瘡軍談』を取り上げ、本書が、「啓蒙的な性格」を持つ一方擬人化や『三国妖婦伝』のイメージを取り込んだ滑稽本や読本の趣向を取り混ぜた病と薬の合戦譚として文学的に再評価している（『『絵本癩瘡軍談』考：病対薬の合戦譚・本と薬の流通』『古典文藝論叢』第6号、2014年3月、龍谷大学）。また、拙稿「江戸の梅毒治療物語」（平林香織編『大名文化圏における〈知〉の饗宴』世音社、2020年3月）でも本書を取り上げて論じた。
- (2)森納・安藤文雄『因伯杏林碑誌集釈』（森納、1983年2月）による。
- (3)海原亮『江戸時代の医師修業 学問・学統・遊学』（吉川弘文館、2014年11月）参照。
- (4)長友千代治『江戸時代の図書流通』（思文閣出版、2002年10月）、鈴木俊幸『書籍流通史料論序説』（勉誠出版、2012年6月）参照。
- (5)国立感染症研究所のホームページ <https://www.niid.go.jp/niid/ja/> 参照。
- (6)中西淳朗『駆梅処方の変遷史話：水銀と蜀葵研究の歩み』（福田真人・鈴木則子編『日本梅毒史の研究：医療・社会・国家』思文閣出版、2005年6月）参照。
- (7)「東京都文京区小石川三丁目東遺跡一集合住宅建設に伴う埋蔵文化財発掘調査報告書一」（伊藤忠都市開発株式会社・大成エンジニアリング株式会社埋蔵文化財調査部門、2016年）、東京都文京区「祥雲寺跡・浄福寺跡一（仮称）ALERO白山Ⅱ新築工事に伴う埋蔵文化財発掘調査報告書一」（合同会社ALERO10・テイケイトレード株式会社埋蔵文化財事業部、2017年）、「東京都台東区浅草永寿町遺跡 東上野三丁目2番地地点」（台東区教育委員会・テイケイトレード株式会社埋蔵文化財事業部『台東区埋蔵文化財発掘調査報告書』76、2018年）における出土人骨の骨梅毒による病的変化の観察による。また、「浅草千束町二丁目遺跡一台東区立新台東病院等建設工事に伴う事前発掘調査報告書一」（台東区文化財調査会『台東区埋蔵文化財発掘調査報告書』33、2007年）には、明治初期の駆梅活動の一環として吉原病院等が建設された経緯が述べられており、明治政府が国家政策として予防・治療に取り組んでいたことがわかる。
- (8)日本学士院日本科学史刊行会編『明治前日本医学史』第3巻（日本学術振興会、1956年）参照。
- (9)洪澤龍彦『エロスの解剖』（桃源社、1965年7月。引用は『洪澤龍彦全集』第6巻（河出書房新社、1993年2月）による）参照。
- (10)須賀敦子「ザツレの河岸で」（初出は『ヴェネツィア案内』〈とんぼの本、新潮社、1994年5月〉。引用は『須賀敦子全集』第3巻（河出書房新社、2000年6月）による）参照。
- (11)上田泰輔「治療される身体・思想—長田秀雄「歓楽の鬼」と梅毒言説—」（『日本大学大学院国文学専攻論文集』第3号、2006年9月）参照。

* 本稿は、科学研究費補助金による基盤研究（C）研究課題番号16K02415の成果でもあるが、執筆内容は、令和元年度・岩手医科大学ナラティブ・メディシン研究会での口頭発表をもとにしたものである。席上、諸氏より貴重なご意見を頂戴した。また、宇田川肇氏には考古学的人類学的立場からさまざまご教示や資料を賜った。なお、岩手医科大学附属図書館には『絵本癩瘡軍談』の画像掲載に関してご高配いただいた。各位に心より御礼申し上げます。

災害支援とナラティブ

藤澤 美穂

Ⅰ 臨床心理学、精神医学におけるナラティブ

医療においてはエビデンスに沿った関わりをおこなうことが推奨されている。Evidence-Based Medicine（EBM：科学的根拠に基づく医療）は、患者のケアにあたって、最新かつ最良の根拠（エビデンス）を、一貫性をもって、明示的な態度で、思慮深く用いることと理解されている。また心理学においても、たとえばアメリカ心理学会が2006年にEBPP（evidence-based practice in psychology：心理学におけるエビデンスに基づく実践）のコンセンサスを公表するなど、エビデンス重視は近年の流れである。

斎藤（2000）は、医療者に必要な3つの能力として、①生物医学的能力 biomedical competence [知識]、②心理社会的能力 psycho-social competence [技能]、③人間性に関する能力 humanistic competence [態度]を挙げた。そしてこの3つに加えて「ナラティブ能力 narrative competence」が求められることを指摘している（Charon, 2006：斎藤他訳2011）。

Narrative-Based Medicine（NBM：物語と対話に基づく医療）の確立した定義はないようだが、斎藤・岸本（2003）では、「病を、患者の人生という大きな物語の中で展開するひとつの「物語」であるとみなし、患者を『物語を語る主体』として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまでも一つの『医療者側の物語』にとらえる。さらに治療とは、両者の物語をすりあわせる中から『新たな物語』を創り出していくプロセスであると考えられるような医療」という見解を示している。

エビデンスとナラティブは、医療者にとって重要なキーワードとなる。斎藤（2012）はこれについて、医療者の能力としての「エビデンス能力」と「ナラティブ能力」と整理している。エビデンス能力は、医療において適切な臨床判断をおこなうために必要な能力で、臨床判断のプロセスにおいて、その判断の基準を与えてくれる参照枠となる外部情報（臨床疫学的情報など）を適切に利用するための能力を示す。そしてナラティブ能力については、医療において患者と適切な対話をおこなう能力とし、患者の病の物語を聴取し、理解し、解釈することができ、患者の病の語りについての医療者の物語や、医療者自身の物語を適切に表現することを意味する。これはCharon（2006）においても、医療者と患者の適切な関係性（癒しの関係）に参入することができる能力とされている。また奥野（2010）は、臨床心理学におけるエビデンスを用いた援助は、精神のある側面に焦点を当てることになる一方、ナ

ラティブは、まるごと一人の人間が語る物語を意味し、あくまでもクライアント主体で、援助者は対象者を全体的にみることになる」と述べている。

ナラティブについて、臨床心理学においては、「ナラティブセラピー」や「ナラティブ・エクスプロージャー・セラピー」等の技法が知られている。ナラティブセラピーは社会構成主義心理療法の1つで、家族療法からの発展の流れを汲んでおり、「問題の外在化」、「無知の姿勢」、「リフレクティング・チーム」の実践が含まれる。今日では、このナラティブセラピーを含んだ総称としてナラティブ・アプローチ (narrative approach) が用いられることも多い。ナラティブ・アプローチは、「ナラティブ (語り・物語)」という概念を手がかりに現象に迫る方法の総称で、社会構成主義の影響を強く受けながら発展し、なんらかの現象を理解するために、そこに見られるナラティブに着目する (野口, 2018)。そして家族療法は心の問題や悩みを、個人の問題ではなく家族の人間関係の文脈でとらえる特徴があり、人びとのコミュニケーションによるつながりを「システム」であると考え、様々な問題をそのシステムの中でとらえるという心理援助のため、システムズアプローチと称される (坂本, 2019)。

このナラティブ・アプローチの影響を大きく受け、近年の精神医学における重要トピックでもあるのが「オープン・ダイアログ (以下 OD と記載)」である。OD はフィンランドの西ラップランド地方において展開された精神医療の新しい実践システムで、セイックラ, J.らによる臨床実践のガイドラインでもあり、治療と治療以外のすべてを含むシステムである。セイックラらによる5年間の追跡調査では、精神病症状の残存なしとされた患者が8割という、非常に高い治療成果を残している。セイックラらは、OD 実践を組織するための原則として即時援助、社会的ネットワークの視点、柔軟性と機動性、責任、心理的な継続性、不確実性に耐えること、そして対話主義を挙げている。そして治療者も治療を受ける者 (患者) も、同じ場所で、オープンな形で話し合い (OD ミーティング) に参加することを強調している。

OD では対話主義が強調され、患者や家族の変化を促進することではなく対話を作り出すこと、まだ言葉にならない経験のために新たな言葉と共同の言語を作り出すことを重視する (ビルギッタ他, 2017)。同様に本邦の精神医学、臨床心理学、看護学、精神保健福祉学等の領域において、「語り」を重視する新しいアプローチが、OD と同様に関心を集めた。「当事者研究」という手法である。

当事者研究は近年その実践を拡大している手法であり、2001年の精神障害者支援施設「べてるの家」での当事者 (患者) による自助の技法を始まりとする。その後『べてるの家の当事者研究』(2005年発行)により広く注目を集めることとなる。ここでは精神障害・精神疾患を抱える患者 (当事者) たちが、自分の抱える問題

について自分で「研究」し、自分の問題に関する「研究成果」を仲間の前で発表し、そこに集う参加者全員でその問題について考え、今後の対応を検討し、実践していく。当事者研究の意義は多様であるが、広義にとれば、「私」を、そして私を取り巻く「世界」を知るための実践」とできる (熊谷, 2015)。この手法の特徴は「研究」としての構造化による問題の免責機能 (問題と人とを切り離し、変えられる部分に焦点を当てる) と、語り手の安全性の確保、そして自らの体験の言語化と他者との対話による体験の意味づけ及び“つながりの回復”である。そしてこのアプローチにより、自らが抱える「困難さ」を理解し、意味を捉え直すことにつながる。

当事者研究でいう「当事者」とは、障害をもつ当事者等を想定し、当事者研究ではその意味での当事者による実践と研究が中心であったが、近年は医療職や支援職等、ケアをする側が自らを「当事者」として、自らが抱える困難さ・うまくいかなさを「研究」する取り組みもおこなわれている。例えば精神看護領域の中島 (2015) は、看護の仕事をする中での、周囲に頼りたい気持ち - 新人ではないから頼れない気持ちの間の葛藤と、その結果として生じる「とげとげした感覚」に関する当事者研究結果を明らかにしている。

この当事者研究におけるナラティブについて、熊谷 (2017) は当事者研究により「物語の再構築」をおこなうと言及している。熊谷によれば当事者研究をどのような状況で - どのような態度で - 何をするかと整理した際に、態度の1つとしては有意義性 (症状・行動を取り除くべきものとせず、現時点での「自分助け」の意味の発見とする) があり、何をするかについては、ことばを作ること、パターンを発見すること、そして物語を再構築することを挙げている。

一本章の一部は、岩手医科大学 NBM 勉強会 (その後 NM 勉強会に改称) にて2014年5月15日に発表した内容 (「心理臨床におけるナラティブ」) に基づき、内容を整理し、まとめたものである。

II 災害体験のナラティブ

1. ト라우マティックイベントとしての災害

“トラウマ”は日常語としても浸透しているが、「外傷」を意味する用語であり、精神医学・臨床心理学で用いられる際は、重度のストレス体験や危機的なストレス体験を指すことが主である。トラウマの概念の広がりとは研究はアメリカにおけるベトナム戦争帰還兵の研究をきっかけに急速に進んだものではあるが、古くはフロイトを初めとする精神分析学派においても重視された概念である。

このトラウマ体験に関して特に、生死の恐怖に自らが直面した、あるいは

は他者の生死の危険を目撃した際に発症する PTSD (posttraumatic stress disorder: 心的外傷後ストレス障害) について、自然災害においても話題にのぼることが多い。PTSD は、災害、犯罪・事故被害など強い恐怖と精神的衝撃を伴う外傷的出来事を経験したのちに生じる特徴的な症状群で、現行の主な診断基準の 1 つである DSM-5 では、PTSD について「再体験症状」、「回避・精神麻痺症状」、「覚醒度と反応性の著しい変化」と「認知と気分の陰性変化」の 4 症状クラスターから構成される (飛鳥井, 2017)。

災害後のストレス要因としては、①トラウマ体験、②死別・喪失、③社会・生活ストレス、④支援リソースの減少が想定される (金, 2016)。そして災害後のメンタルヘルス不調については、前述の PTSD やうつ病の顕在化があるが、そこまで至らずとも、不眠や不安、抑うつ感情なども災害直後より経験される。災害後に精神疾患を引き起こす心理社会的リスク要因として、Katz (2011) は以下の項目を挙げ、最も顕著なリスク要因は暴露の程度であるとしている。

- 災害への暴露の程度
- 以前に他の災害などに起因する心的外傷に暴露していること
- 精神疾患の既往
- 災害以前からある生活に関する問題／社会経済的状況の悪さ
- 災害後にソーシャル・サポートを受けていると感じられないこと、あるいは、実際に受けていないこと
- “二次的なストレス要因” の存在
- 女性であること
- 中高年であること
- 人種のマイノリティであること

さて災害時の医療的支援については、DMAT (災害派遣医療チーム) や日本赤十字社による災害救助活動が行われるほか、職能団体や各職域による支援 (例えば JMAT: 日本医師会災害医療チームや DHEAT: 災害時健康危機管理支援チーム等) が展開される。メンタルヘルスに関する支援としての災害時のこころのケアは、被災地の行政機関 (保健所、市町村等)、医療機関、福祉施設等による支援の他、DPAT (災害派遣精神医療チーム) によるものが中心となる。

災害時、特に災害初期の被災者への対応としてサイコロジカル・ファーストエイド (psychological first aid: PFA) が推奨される。日本語では心理的応急処置となる。トラウマ体験をした人々に対する支援アプローチを記したもので、精神保健福祉従事者のみならず、災害救援にかかわる者が備えておくべき内容とされている。PFA には WHO 版の他、米国版など複数の種

類があるが、WHO 版では基本要素として 1) 安全、2) 安心、3) 周囲とのつながり、4) 自己効力感、5) 希望の 5 カテゴリーにて構成されている。そしてこの 5 カテゴリーは、いずれの PFA においても共通して認められる (大沼他, 2016)。また WHO 版は、“Do No Harm (被災者を傷つけない)” の原則に則り、活動前の準備と、実際に活動を行う際の 3 つの L (Look, Listen, Link) の原則で構成されている。大塚ら (2016) は PFA を前提とした対応として、被災地で活動する者への心理的アプローチの教育、住民への普及啓発、被災後の支援活動における心理的支援の基本をふまえた対応、被災後の継続的な心理的支援と社会的支援が求められること、そしてハイリスク者への専門的介入及び継続的サポートにつなげていく地域全体の体制作りが求められることを強調している。

この「ファーストエイド」と関連し、地域全体のメンタルヘルス対策、特に自殺対策において、見守りの機能として期待されるゲートキーパー養成のための教育プログラムとして、メンタルヘルス・ファーストエイドがある。オーストラリアで開発された本手法では、心理的危機に陥った者への対応として、①リスク評価、②判断・批評せずに話を聴く、③安心と情報を与える、④適切な専門家のサポートのすすめ、⑤セルフヘルプの促進を挙げている (キッチナー他, 2012)。メンタルヘルス・ファーストエイドは内閣時のゲートキーパー養成研修用テキストの内容としても採用され、内閣府版では、傾聴、自殺リスクのアセスメント、問題解決などの基本的対応スキルとして「社会資源活用のスキル: 危機介入の 4step」を追加している。本手法を日本に導入した一人でもある大塚 (2017) は、こころのケアを全面に押し出さないやりとりや、患者との雑談の中に支援者マインドを織り込んでいく作業として「雑談的アプローチ」を挙げ、その意義を明示している。

いずれにおいても、被災者・関係者に語りを強要しないこと、彼ら彼女らが語りたくなったときに語られた話をしっかり受け止めることが肝要とされる。

2. 喪失と悲嘆

災害後のストレス要因に「死別・喪失」がある。喪失について坂口 (2010) は、意識的あるいは無意識的に、自分が大切なもの、慣れ親しんだものとして心に取り込んでいるものや、自分の一部のように思っているものを失うこととしている。また小此木 (1979) は愛や依存、自己愛の対象を失う体験としての対象喪失について、人生で経験するストレスの高い出来事と述べている。喪失の例には、大切な人の死の他、災害等で財産を失うことや馴染んだ景色を失うこと、失業失職、身体機能や健康の喪失、そして大切な夢を諦め

る等、いまだ手にしていないが手にすることが見込まれたものに対しても、含まれる。

大切な人や対象を失うという体験は、自分の愛着の対象を失うことを意味する。その愛着対象を喪失したときに生じるのが、悲嘆 (grief) である。悲嘆は喪失に対して生じる様々な反応を指し、身体、感情、認知、行動における変調を含む。つまり喪失によって引き起こされる多様な変調を意味し、自然で正常な反応であると理解できる。

しかしながら、悲嘆が複雑化する場合もありうる。その1つに、「あいまいな喪失」(Boss,2006)がある。あいまいな喪失とは、喪失しているかどうかははっきりしない不確実な喪失であり、その終結でさえわからないもの(中島,2019)を指す概念である。これには大きく2通りあり、1つは「「さよなら」のない別れ」とされ、心理的には存在しているが、身体的には存在しない状態をいう。「愛する人がまだどこかで生きていられるかもしれないと思うが、身体的には存在していない」状態、例えば津波により帰ってこない家族がおり、その遺体が確認できていないような状況が相当する。もう1つが「別れのない「さよなら」とされるもので、身体的には存在しているが、心理的には存在しない状態をいう。例えば認知症や依存症のように、そこに存在しているにもかかわらず、心理的に喪失しているような状況が相当する。

あいまいな喪失への対処として、人が元々持っているレジリエンスを見出し、強化していくことが推奨され、介入の6つのガイドライン(中島,2019)にて、Boss博士提唱のものとして紹介)が示されている。

- 意味を見つける
- 人生のコントロール感を調整する
- アイデンティティを再構築する
- 両価的な感情を正常なものと見なす
- 新しい愛着の形を見つける
- 希望を見いだす

そしてあいまいな喪失に関わる支援者がそのあいまいさにどれだけ耐えられるかが重要となることが示されている(中島,2019)。

東日本大震災後の岩手県大槌町に「風の電話」がある。ガーデンデザイナーの佐々木格氏によって設置された、電話線が繋がっていない電話ボックスであるが、ここに喪失を体験し悲嘆を抱える人たちが多く立ち寄り、亡くなった方との、その方たちなりの「対話」を行っているという(佐々木,2017,矢永・佐々木,2018)。電話線は繋がってはいないが、喪失した相手とつながれるという「あいまいさ」が、悲嘆の最中で揺れる方たちの支えとなること、その体験を経

ることにより、その方たちなりのペースでナラティブが構築され、悲嘆プロセスの歩みがかたうのではないかと考えられた(藤澤,2019)。

この「風の電話」は映画化され、2020年1月24日より全国で公開された。

3. 地域の中での集える場を通じての支援

大規模災害後の被災地においては、様々な支援活動が行われるが、ここでは報告者が関わった被災地でのサロンについて紹介する。

報告者は東日本大震災後の2011年9月より、所属する岩手県臨床心理士の活動として、仮設住宅への支援に関わってきた。役割としてはチームのコーディネーターと、活動メンバーとしての両方を担った。活動地域は岩手県A市内の仮設住宅で、2017年度までに3カ所の仮設住宅集会所に対し、週1回から隔月で訪問し、サロン活動をおこなった。2012年頃までは県外からA市や仮設住宅を訪れる支援者が多く、住民の多くはそのこと自体に励まされている様子であった。またこの時期は有名人の訪問、歌や踊りやマジックの披露、餅つき等のイベント型支援が主であり、「仮設での生活の気分転換になる」と話す方がおられる一方、「3日連続で、違う団体が来てくれたけれど、3日とも餅つきだった」「遠くから来てくれるから、お迎えして感謝を伝えたいけれど、病院や親戚のところに行く暇がない」「言葉(方言)が通じなくて話すのに苦労する」などの「イベント疲れ」もみられるようになった。次第に遠方からの支援は減少、2015年以降は地元団体や被災地に拠点をもった団体による継続的支援が多くなった。

サロンでは2012年頃までは仮設住宅の住環境や立地への不満、新しい生活への慣れなさ、片付けや将来の検討に伴う燃え尽き感や疲労感、罪悪感などが語られた。次第に「私たちも何かをしたい」、「してもらえばかりではなく、お返しをしたい」という発言も見られるようになってきた。関わりを続ける中、国内においては2014年広島豪雨災害、2015年の関東東北豪雨、2016年熊本地震、そして岩手も大きな被害を受けた2016年台風10号被害などの多くの災害があった。仮設住宅住民は、津波被害によるトラウマ体験をし、また住まいを失うという喪失体験をされた方たちである。各地での災害に関する情報・映像は、そのトラウマ記憶が再燃されるおそれがあるものであるが、サロンでの関わりの中で、自身のトラウマ体験の自然な振り返り、今大変な中にある新たな被災者への労りの気持ち、今こうして集まって話をできていることへの感謝などの表現がなされた。

III 災害支援経験のナラティブ

1. 災害支援者特有の状況

阪神淡路大震災、新潟中越地震、東日本大震災、熊本地震などが約20年間のうちに国内で発生し、2018年には大阪北部地震、西日本豪雨、北海道胆振東部地震が、2019年には台風15号・台風19号による広範で大規模な被害があった。近年の岩手においては東日本大震災のみならず、岩泉町での2016年台風10号被害や、前述の2019年台風19号による被害など、度重なる自然災害の惨禍に見舞われている。

特に東日本大震災被害は甚大であり、震災から9年が経過した今も、被災者の心身の健康面へのサポートや孤立予防、コミュニティ形成の課題が山積している。そのため、支援者の負担がなおも重いまま続いている。

支援者は、自らへのケアの必要性を訴えにくい傾向があることが従来から指摘されている。その理由として、被災者が優先され支援者への対応が後回しになることがまず挙げられる。また藤(2017)は、災害の支援者に生じる心理的反応として以下の7項目を挙げている。

1. 災害によってもたらされた圧倒的な被害、悲惨な状況を前にして無力感を抱く
2. 被災者の思いを受け止めようと努めることによる、疲労と無力感
3. 被災地での支援に携わる時間の不規則さ、それによる不眠や急性ストレス状態
4. つらさを自分の中に閉じ込めて、気がつかない
5. 限りある時間の中での支援終了、被災地を去ることへの罪悪感
6. 職場に戻った際に、被災地での時間感覚とのずれがあり、もどかしさを感じるが、周囲に理解されにくい
7. 支援に出かけたことで、職場・家庭における支援者の不在による、周囲のメンバーの負担の増加と、それによる感情的な溝

そのため支援者への支援においては、業務上のストレスは誰にでもあること、そのことで罪悪感や自責感を感じる必要はないのだということ、そして支援者にもケアが必要であることの強調が求められる(藤,2009)。

また、大災害に見舞われた地域では、被災者へのケアにかかわる支援者の多くも、自ら被災しており、被災しながらの業務遂行となる。藤澤(2015)は、東日本大震災被災地の地域福祉機関の相談員を対象に調査をおこない、沿岸に勤務する者の約7割が親しい人の喪失や自宅の半壊以上の被災を経験しており、支援者自身も深刻な被災者であることが明らかとなった。また、支援者に必要な支援に関する質問への回答(自由記述)では「支援者業務へのサ

ポート]、[職場環境の改善]、[支援者のセルフケア促進]、そして「支援者へのメンタルケア」に回答が大別され、十分なサポートが得られていないと感じる支援者の現状が明らかとなった(藤澤他,2016)。

従来からの支援者支援として、救済・支援活動に従事する自衛隊員や消防救急職員等の災害救援者の惨事ストレスケアがある。惨事ストレスとは、救済・支援活動に関与する支援者が、災害や被害現場での職務を通して受ける精神的ストレスを指す。惨事ストレスに直面した結果としてPTSDやうつ等の精神疾患、業務への意欲低下、組織内人間関係の悪化などが指摘されている(加藤,2013)。この惨事ストレスを災害直後の問題として位置づけるならば、長期的な支援活動による支援者のストレスとしては代理受傷(加藤,2013)、惨事現場やストーリーの追体験・役に立たないという無力感・疲労・バーンアウト(元永,2007)が指摘される。災害救援者の惨事ストレス対策は組織的におこなわれつつあるが、災害時に被災者対応にあたる役割としては行政職員、学校教員、保育士、介護職員、ボランティアスタッフ等も想定される。そういった支援者となりうる広い対象へのケア的な視点や教育的アプローチを含めたケアモデルによる体制作りが必要となる(大塚他,2013)。

2. 災害支援者の語りを抱える場の一例

藤澤ら(2017)は、東日本大震災被災地B県内の支援者を対象にしたサポートグループを開催し、心理教育・リラクゼーション・語り合いをプログラム化し実施した。プログラム作成においては、藤澤(2015)の調査結果を研究者間で検討し、支援者の多くが被災者でもあり、家族近親者や知人友人の喪失を経験していること、不安定な雇用形態のもとで、十分に知識を得る機会がないままに支援業務に従事せざるを得ない状況にあること、支援者業務へのサポートに加え、支援者自身のセルフケアやメンタルケアが求められているという前提を共有した。そして正確な知識(K)、その知識に伴う態度(A)、知識の対処・実践における一貫性(P)として小谷(2014)が指摘するKAPギャップへの介入と、語り合いができる場をつくることを目的とした。

プログラムの効果検証のため、プログラム参加前後の気分感情状態をPOMS2(気分プロフィール検査)で検討した結果、TMD:総合的気分状態、FI:疲労-無気力得点が参加後に有意に改善され、VA:活気-活力の上昇が示され、気分改善効果が確認された。しかしながら、心理教育内容による効果は、参加数の確保に至らず、検討できなかった。

参加人数が少ないながらも、参加者からの感想では、「自分が抱えている感情があたりまえのものとわかって安心しました」、「(リラクゼーションは)

いつもは仮設支援で提供する側なので、自分が改めて受ける機会ができて、力が抜けました」、「自分の知識の不足を感じた。知識も経験も足りないので勉強を続けます」、「支援者支援としての集まりには今回初めて参加しました。重苦しい雰囲気を想像していましたが、和やかで、会そのものが『リラックス』でした」等が得られた。参加者が少なかったことについては、サポートグループという手法の浸透不足と、被災地における、支援者自身の生活再建の課題、そして援助職自体が少ない地域における匿名性保持の困難さの問題が考えられた（藤澤他,2017）。

支援者の語りの場としては、集団精神療法の手法による、支援者サポートグループである「相互支援グループ」も挙げられる。これは日本集団精神療法学会相互支援委員会にて開催されている取り組みである。藤澤（2017）では、過去の本グループの報告例から、目的、方法、期待される効果を整理している。また相互支援グループは2011年から始められたが、2016年～2018年において、このグループへの新規参加者が16名であったことにより、東日本大震災から約7年経過してもなお初めての参加者がいること、そういう方がようやく語れるようになった際に、それを大事に聴くための場が確保されることが必要であることが指摘されている（藤澤他,2019）。

IV 考察

1. 被災者のトラウマの語り

トラウマに関わる語りは、その方の中で語りたいという準備が整わないとなしえないものである。II.3.で述べた仮設住宅集会所のサロンにてトラウマ体験の語りに至ったことには、継続性と距離の要因が考えられる。報告者らの関わりはチームにより継続性の保たれたものであった。継続的な関わりは、住民のみなさんにとって“次の機会がある”支援である。またチームとして活動していることで、メンバーが替わってもチームとしての同一性が保たれる。このことが住民に安心感として感じられ、自然な語りを促進できたと考えられる。もう1つの距離の要因であるが、住民のみなさんは遠方からの支援者に対し自身の予定を都合してでも支援の場に参加せねばと意気込むが、私たちのチームは同じ県内からの支援である。「また次回ね」と、自身の生活ペースを優先しやすい距離での関係といえる。また被災地内においては「みんな同じように辛く大変なのだから、自分の辛い話ばかりできない」という思いをたびたび聞かすが、私たちは被災が少なかった県内内陸からの支援である。同じ県内ではあるけれど、被災の程度・負担を考慮せずに話せる支援者に対し、住民は「半地元」感覚（藤澤,2013）を感じ、普段語りにくいことも

語れるようになったのではないかと考えられた。

関係が続くことを前提としたサロンは、今の生活や将来に対する不安、取り残され感、心細さなど、弱音を含め自然に口にすることができる場となる。そういった思いを集う人々と共有できる場があることで、住民の自助共助の促進につながったと考えた。

2. 被災者としてのナラティブ、被災者でもある支援者としてのナラティブ

災害によるストレス反応にはストレスマネジメントの介入が有効であるとされる。山田(2020)は、ストレス反応からPTSDへの移行を予防するためには、ポジティブ心理学に基づいた介入と適切なソーシャルサポートによる愛他性の促進が重要としている。ストレス反応の低減をはかった後、体験の語り合い・書き記し等のナラティブ表現に取り組むことが有効であるという。これは被災者の混乱状態を沈静化し、自身のトラウマ体験に対する認知的体制化を促すものである。これらのナラティブ表現は、語り手の安心・安全が確保されている状況のもと取り組まれる必要がある。つまり、体験からの時期経過の考慮と、その表現をする場の安全を保障することが、支援者には求められる。

山田（2014）は下記表にあるような類型化をすることにより、被災者も支援者も、災害からの影響を受けた被災者として捉えることが可能となること、とりわけ軽視されがちな支援者の抱える、表に表れない災害トラウマへの着目が可能となることを指摘している。

表 被害者化の類型（山田,2014）

被災レベル	内容
一次被災者	災害の最前線にて、最大級の被災体験をした者
二次被災者	一次被災者の親類縁者、友人・知己など
三次被災者	救出や復旧に従事し、作業中の機能性維持のため、さらに事後の精神作用に対処するために支援を必要とする者
四次被災者	被災地に集まってきて、愛他的な援助を提供したり、悲嘆・喪失を共感したり、または何らかの形でその災害に責任がある人たち
五次被災者	災害には直接関与しなくても、その精神状態が苦痛・障害のレベルに達する人たち
六次被災者	一次被災者になるのを偶然まめがれたり、他者の被災に責任があったり、または間接的・代理的にその災害に関与した人たち

(B.ラファエル、石丸正訳 (1998)『災害の襲うとき カタストロフィーの精神医学』、みすず書房 p.343 S.W.ドゥダシグを元に山田が作表したもの)

報告者はコミュニティ心理学を専門とする研究者と災害支援に関するディスカッションの機会があったが、支援する人／される人を分断しない、包括的支援が重要であることを述べておられた。山田（2014）の指摘と重なるものとも理解できる。支援

者であり被災者でもある当事者としてのアイデンティティの明確化が、災害支援者支援においては鍵となるであろう。そして支援者が安全を感じられる場の中で、自身の思いを語り、受け止めてもらえる体験を通して、支援者であり被災者でもある「わたし」のナラティブが展開するといえよう。

3. 医療人教育への反映

斎藤（2019）はナラティブ・アプローチを、種々の学術・実践領域においてナラティブを重視するアプローチであるとの理解のもと、「決して目新しいものではなく、これまで医学と医療が保ち続けてきた『医のアート』の再認識と再発掘」である一方、この実践を可能とするための医療人育成に関する教育法の開発と普及が喫緊の課題であるとしている。

本研究課題のように、医学教育におけるナラティブの重視・ナラティブの活用は、非常に重要な取り組みであると考えられる。多様な現場の多様なナラティブは学生の深い学びにつながり、その学びを共有することで新たなナラティブが生まれる。ダイナミックに展開されるこの営みこそが、今後の医療のための教育に必要なものとなるだろう。

引用文献

- 飛鳥井望（2017） 心的外傷のアセスメント. 医大案社団法人日本臨床心理士会（監修）
こころに寄り添う災害支援. 金剛出版. 199-210.
- ビルギッタ・アラカレ、ヤコ・セイックラ、石原孝二・西村秋生（訳）（2017） オープンダイアログ
メンタルヘルスケアの新時代. オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン講演会「創始
者が語るオープンダイアログ」配付資料、2017年8月20日開催、東京.
- Boss, P. (2006) *Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic Work with Ambiguous Loss*.
W. W. Norton and Company. (中島聡美、石井千賀子（監訳）（2015） あいまいな喪
失とトラウマからの回復 - 家族とコミュニティのレジリエンス. 誠信書房.)
- Charon, R. (2006) *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University
Press, New York. (斎藤清二、岸本寛史、宮田靖志、山本和利（訳）（2011） ナラティ
ブ・メディスン - 物語能力が医療を変える. 医学書院.)
- 藤信子（2009） 災害支援者のためのグループ. 臨床心理学, 9 (6), 735-739.
- 藤信子（2017） グループを活用した災害支援者支援. こころの科学, 192, 68-72.
- 藤澤美穂（2013） 岩手県沿岸部の仮設住宅コミュニティ支援と、支援チームというグルー
プ. 集団精神療法, 29 (1), 54-60.
- 藤澤美穂（2015） 東日本大震災の中長期の支援者のストレス-援助職経験と被災経験の
関連. 第23回日本産業ストレス学会. 2015年12月12日開催. 京都.
- 藤澤美穂、高橋文絵、小黒明日香（2016） 災害中長期支援者のサポートグループ 第一報.
日本集団精神療法学会第33回大会. 2016年3月12日開催. 千葉.

- 藤澤美穂（2017） 災害と支援者支援 - 相互支援グループ - 日本集団精神療法学会編集委員会
（監修） 集団精神療法の実践事例 30- グループ臨床の多様な展開 -. 創元社. 266-276.
- 藤澤美穂、高橋文絵、小黒明日香（2017） 東日本大震災被災地における、支援者のため
のサポートグループ - 参加者が来ないことを巡って -. 集団精神療法, 33(2), 181-186.
- 藤澤美穂、藤信子、田原明夫、高林健示、安部康代、針生江美、長友敦子（2019） 東日
本大震災等の相互支援グループ - 震災から5年8ヶ月後～7年7ヶ月の経過. 集団精
神療法, 35 (1), 61-67.
- 藤澤美穂（2019） 岩手での被災者支援、グリーンケアの実践. 日本心理臨床学会第38回
大会〔自主シンポジウム〕災害時における長期的な支援「遺族のグリーンケア」のあ
り方を考える（企画者：矢永由里子）. 2019年6月6日開催、横浜.
- 加藤寛（2013） 惨事ストレスと代理受傷 - 支援者が受ける心理的影響. 新薬と臨牀, 62 (3),
590-591.
- Katz, C.L. (2011) *Psychiatric Evaluation*. In: *Disaster Psychiatry: Readiness,
Evaluation, and Treatment*. ed by Stoddard Jr F.J. et al. American Psychiatric
Publishing. Arlington and London. 2011. pp89-110. (富田博秋他（2015）災害精神医学.
星和書店.)
- 金吉晴（2016） 災害と精神医療. 酒井明夫、丹羽真一、松岡洋夫（監修） 災害時のメン
タルヘルス. 医学書院. 2-5.
- キッチナー、B., ジョーム、A., メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン（訳）（2012） 専門家に
相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド こころの応急処置マニュアル. 創元社.
- 小谷英文（2014） 大災害トラウマ/PTSD 対応集団精神療法. 小谷英文 集団精神療法の
進歩. 金剛出版. 283-310.
- 熊谷晋一郎（2015） 生き延びるための研究 - 当事者研究への招待. 臨床心理学, 15 (4),
537-542.
- 熊谷晋一郎（2017） Recovery is Discovery: リカバリーの再定義. 臨床心理学, 17 (1),
109-120.
- 元永拓郎（2007） 援助者・救助者のストレス. こころの健康, 22 (2), 58-65.
- 中島聡美（2019） あいまいな喪失と悲嘆の概念と理論. 黒川雅代子他（編著）（2019） あい
まいな喪失と家族のレジリエンス 災害支援の新しいアプローチ. 誠信書房. 1-28.
- 中島裕子（2015） 「頼りたい気持ち」の研究（当事者研究 ケアする人こそやってみよう）.
精神看護, 18 (2), 172-177.
- 野口裕二（2018） ナラティブと共同性 自助グループ・当事者研究・オープンダイアログ. 青土社.
- 小此木啓吾（1979） 対象喪失 - 悲しむということ. 中公新書.
- 奥野雅子（2011） ナラティブとエビデンスの関係性をめぐる一考察. 安田女子大学紀要, 39, 69-78.
- 大沼麻実、大滝涼子、金吉晴（2016） サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）: WHO 版
PFA. 酒井明夫、丹羽真一、松岡洋夫（監修） 災害時のメンタルヘルス. 医学書院. 30-33.
- 大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、小久保ゆみ、大杉
美和子、齋藤多佳子、岩戸孝政、岩戸清香（2013） 東日本大震災以後の岩手医科大
学におけるこころのケア活動について. 精神医学, 55 (3), 297-302.
- 大塚耕太郎、遠藤仁、小泉範高、赤平美津子、中村光（2016） 災害医療における PTSD
とその対策: psychological first aid (PFA) などの心理的支援や地域でのこころのケ
アの体制づくり. Depression Strategy, 6 (4), 11-12.

大塚耕太郎 (2017) ゲートキーパーのためのメンタルヘルス・ファーストエイド メンタルヘルスの初期対応と専門家の連携. 日本家族心理学会 (編) 個と家族を支える心理臨床実践Ⅲ—支援者支援の理解と実践. 金子書房. 119-127.

斎藤清二 (2000) 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.

斎藤清二、岸本寛史 (2003) ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 金剛出版.

斎藤清二 (2012) 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ. 遠見書房.

斎藤清二 (2019) 医療におけるナラティブ・アプローチの最新状況. 日本内科学雑誌, 108 (7), 1463-1468.

坂口幸広 (2010) 悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ. 昭和堂.

坂本真佐哉 (2019) 今日から始まるナラティブ・セラピー 希望をひらく対人援助. 日本評論社.

佐々木格 (2017) 風の電話—大震災から6年、風の電話を通して見えること—. 風間書房.

浦河べてるの家 (2005) べてるの家の「当事者研究」. 医学書院.

山田美代子 (2014) 越境するソーシャルワーカーとしてのアイデンティティ—災害ソーシャルワーク実践における支援者支援—. ソーシャルワーク研究, 39 (4), 272-283.

山田富美雄 (2020) 災害時のメンタルヘルスケア: ASD から PTSD への移行を防ぎ PTG につなげる. 第120回健康心理学研修会配付資料, 2020年2月1日開催, 大阪.

矢永由里子、佐々木格 (編著) (2018) 「風の電話」とグリーンケア こころに寄り添うケアについて. 風間書房.

本文中において「ナラティブ」「ナラティブ」の両表記が含まれるが、引用文献中で用いられた表記に即し記載した。

本小論は、平成29～令和元年度 科研費：基盤研究(C)「医療倫理教育のためのG. グリーン作品におけるナラティブ解析研究」、研究代表者：柳谷千枝子 (JSPS 科研費 JP17K02512) の一環として取り組んだ。

本研究に関連し、開示すべき利益相反関係はない。

倫理的配慮について、自験例は、氏名、年齢、場所に関する情報は省略し、個人が特定されないような記載上の配慮をおこなった。

本小論は、下記への参加による情報収集の成果を取り入れ、まとめたものである。情報収集の概要を示す。

1) オープンダイアログについて

オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン講演会

「創始者が語るオープンダイアログ」

講師：ヤーコ・セイックラ (ユヴァスキュラ大学)

ビルギッタ・アラカレ (元西ラップランド医療区精神科医長)

場所：東京大学本郷キャンパス大講堂 (東京都文京区本郷7-3-1)

日時：2017年8月20日

臨床におけるナラティブ・アプローチの新たな展開として、近年精神科領域で注目を集めているオープンダイアログに関する情報を収集し、治療者—患者間のナラティブ形成に関する情報収集をおこなった。オープンダイアログはフィンランドの西ラップランド地方において実施された、対話を中心とする関わり技法である。精神疾患、特に統合失調症等の急性陽性症状に対する処置としては、抗精神病薬が第一選択であるが、このアプローチでは、関わるスタッフ・関係者のグループによる治療ミーティングをおこない、そこでの対話により、患者における「病のナラティブ」「自身についてのナラティブ」を共有する。この営みが、従来の医療的アプローチ以上に成果を上げていることから、本研究課題の医療倫理教育にも役立てられると考え、情報収集をおこなった。

オープンダイアログでのナラティブ共有には、援助者側に、無知の姿勢に耐えること、不安に耐えること、対話と社会的ネットワークのリソースを信頼すること、等の関わりが求められる。またこの関わりを組織化するための原則が7項目あるが、その中でも「心理的な継続性」、「不確実性を許容する」「対話主義」が、本研究課題に特に関係すると考えられた。

2) 災害時のストレスマネジメントと外傷性成長について

第120回健康心理学研修会

「災害時のメンタルヘルスケア：ASD から PTSD への移行を防ぎ PTG につなげる」

講師：山田富美雄 (関西福祉科学大学教授)

場所：関西医科大学 看護学部棟 (大阪府枚方市新町2丁目2-2)

日時：2020年2月1日

災害後の被災者は種々のストレス反応を呈するが、その多くはトラウマティックな出来事への反応として自然なものである。中には急性ストレス障害 (ASD) を呈し、そこから心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に移行するケースもある。また近年 PTG (posttraumatic growth: 外傷後成長) は注目され、大きな出来事を体験したあとのポジティブ変容に導く介入の検証が行われている。そのため、PTG を促進するアプローチについての情報収集をおこなった。

講師は阪神淡路大震災時に小中学校への心のケア活動をおこなった経験およびその後の実証研究を提示し、災害ストレスの不安に対してはリラクセー

ションが、混乱に対しては心の整理のためのワークが、うつに対してはアクティベーションが有効であるとの結果を示した。また災害後にはポジティブ感情である「愛他性」もみられ、その数値の変化および男女差等の傾向より、「不安」と「愛他性」とが連動することを指摘した。そして「震災ストレスマネジメント授業案」を作成し、8回の授業で取り組む内容・ステップを示し、東日本大震災で取り入れたことの報告があった。

そして災害後のストレス反応にはストレスマネジメントの介入が有効であること、PTSDに移行させないためにはポジティブ心理学に基づいた介入が有効であること、適切なソーシャルサポートがあることで愛他性が生じること、そしてPTGは体験後早期のサポートを受けることで増加が見られることが示された。

ナラティブと関連するのはこのステップに関して、ストレス反応に対する対応を行った後、体験の語り合い・書き記し等のナラティブ表現に取り組むことが挙げられる。これは混乱状態を整理し、認知的体制化を促すものである。しかしながら、まずはストレス反応への対応が優先される。ナラティブ表現の促進は、語り手の安心・安全が確保されている条件下で行われる必要があることを理解した。またポジティブ変容の促進のため、愛他性を育てる取り組みとして、世話になった相手への感謝を表現することも取り入れられ、それにより心の糧を再構築することにつながることを示された。

3) トラウマとナラティブについて

国際基督教大学教育研究所シンポジウム

「日本の自己と、他者—精神分析、アジア太平洋地域、トラウマ・罪悪感—」

シンポジスト：北山修（北山精神分析室、元国際基督教大学客員教授）

吾妻壮（上智大学教授）

東畑開人（十文字学園女子大学准教授、白銀高輪カウンセリングルーム）

西村馨（国際基督教大学上級准教授、同教育研究所所長）

指定討論：笠井さつき（帝京大学心理臨床センター准教授）

場所：国際基督教大学 国際会議室（東京都三鷹市大沢3-10-2）

日時：2020年2月2日

PTSD診断基準は、DSM-5（アメリカ精神医学会の診断マニュアル、第5版）において、感情や認知の否定的変化という基準が導入された。トラウマ体験に伴う記憶及びその後のネガティブな認知（罪悪感、自責、自己無価値感等）に関する着目である。報告者は臨床実践において、トラウマ体験を「な

かなか語れない」「語れるようになるのに時間がかかった」「被災しなかったこと／被災が軽度だったことを申し訳ないと思うので口にできない」ことを、実感してきた。いわばナラティブ形成・表出がネガティブ認知により阻まれている状況と理解できる。そのため、自然災害という“地域のトラウマ”が累積する現状の中でのネガティブ認知に関する情報の収集をおこなった。

登壇者の北山氏は精神分析と日本語臨床の観点から、日本人の罪悪感の特徴として「すまない」感情、つまりまだ終わっていない、済んでいない、綺麗な中に濁りを残してしまったような感覚があることを指摘した。そして北山氏の論を理解する上で中核となる「見るなの禁止」について、「すまない」感覚により、物語に救助のエピソードが加えられる（私が悪いのではなく、相手が、私に悪いと思ってしたことである、というストーリーの付加）という考察を示した。同じく精神分析家の吾妻氏からは、「知っていることと知らないこと knowing と not knowing」、「語ることと語らないこと speaking と not speaking」というキーワードが提示された。そしてフリー,R.による戦後ドイツにおける戦争記憶の集団解離にふれ、「未構成」なものとしてのトラウマは、それを共に話すことができる他者を必要とすること、その前提がない状況でトラウマを扱うことはできないことを示した。その上で、個人的ナラティブと社会的ナラティブについて、その社会集団に属するため、個人的ナラティブがその社会集団の中で適応的なものに作り替えられることがあること、そのため大きな枠組みで語られる個人的ナラティブは「身近な親密圏の話からの逃避」の可能性があるため、分かりやすい語りにはどうしてそのような語りになるかの無意識的プロセスに留意する必要があることを指摘した。東畑氏は、日本のありふれた心理療法の中では psychological talk を控え「共感」を強調する傾向があること、河合隼雄が示したように「何もしないことに全力を注ぐ」ことを推奨されることなど、言葉にせずには共有することに重きをおかれる特徴を指摘した。また都市部と地方の比較として、都市部のグローバル化により社会的トラウマとして自立しすぎること・頼れないことが顕在化していること、地方においては言語化することへの躊躇が存在することを指摘した。西村氏は「社会的無意識」を軸に、東日本大震災と「選ばれたトラウマ」を論じた。西村氏は Weinberg の定義をあげ、社会的無意識は、コミュニティ、社会、国家、あるいは文化といったある社会システムのメンバーの、共構築され共有された無意識であること、構成要素には「選ばれたトラウマ」と「選ばれた栄光」があり、「選ばれたトラウマ」に、日本が唯一の被爆国であることや東日本大震災が相当することを指摘した。社会が退行すると、グループのアイデンティティの危機を支えるため、選ば

れたトラウマが賦活されるという Volkan の論をひき、社会レベルでの大規模トラウマは、普段は潜伏しているように見えるが、様々な形で伝達され、表現され、時に非合理的な行動が大規模に生じる可能性を指摘した。

指定討論では笠井氏による「unspeakable なトラウマ」というキーワードが提示され、フェミニズムの観点も含んだ討論がなされた。日本の男性が超えねばならない「見ざる・言わざる・聞かざる」にもふれられ、北山氏が「日本人の〈原罪〉のようなもの」との応答があり、東畑氏からは「見えないままにしていると突如噴出することがある。Unspeakable なトラウマの存在を今回共有できたこと自体が意味ある一歩」、という考えが示された。

ナラティブ・ベイスト・メディシンへの 行動科学的アプローチ

相澤 文恵

1. はじめに

近年、さまざまな学問領域においてナラティブ（物語り）が盛んに用いられるようになり、医療においても「ナラティブ・ベイスト・メディシン（NBM: narrative based medicine）」の重要性が提起されている。医療における行動科学教育の先駆的实践者である中村は、「行動科学の最も重要な基本は相手を尊重し、『今、ここ』に生きて問題を抱える『人』をそのまま大切にする人間関係を実践する中でのコミュニケーションにある」と提言している¹⁾。患者を全人的に理解するために患者のナラティブを「聴く」ことは医療における行動科学教育の核ともいえる。本稿では、NBM への行動科学的アプローチについて概説するとともに、ナラティブのような質的データを分析する方法について述べる。

2. 行動科学の学問的背景

行動科学（Behavioral Sciences）は、人間の個人行動や社会行動、あるいは人間の心の働きである知・情・意に焦点をあてながら、人間を全人的により深く理解しようと試みる学際的な理論体系をめざす科学である。人間行動の一般法則性の探究という目標を、自然科学と社会科学にまたがる専門領域から多角的に研究する科学として出発した。行動科学という用語は、心理学者の J.D. ミラーを中心とするシカゴ大学の研究グループによって、1949 年に初めて用いられたといわれる²⁾。ミラーは「人間の行動を経験的に検証しうる一般理論の展開をめざし、歴史学、人類学、経済学、政治学、社会学、社会心理学、心理学、精神医学、医学、生理学、生物学の間に共通する言葉を作り、これら各分野の経験的技術を用いて検証可能な形で相互に関連する諸仮定、諸定理の系を作りだすこと」を提案し、それを行動諸科学と名づけた。その後、1953 年にアメリカ・Ford 財団が支援して、スタンフォード大学に「行動科学高等研究所」が創立され、ほぼ同じ時期に同財団が「行動科学研究計画」を立て、この分野に働く研究者に多額の研究費を与えた。このことが「行動科学」という名称がさらに研究者の間に浸透し、行動科学そのものの内容と実績が急速に発展した理由の 1 つである。また、行動科学は人間の行動を

総合的に理解して法則性を解明しようとする科学であることから、研究手法として数理的・計量的方法を採用することによっても特徴づけられる³⁾。

3. 医療における行動科学の役割

近年、医療において行動科学の重要性が認識されるようになった背景には、2つの社会的変化がある。第1は現在の疾病構造の中心が生活習慣病になったことである。急性疾患が疾病構造の主要な位置を占めていた時代には、「1つの病原菌が1つの疾患をつくり、それに対して1つの治療薬を施すことによって疾患は解決する」という図式が成り立つことが多く、行動科学はそれほど必要ではなかったといえる。しかしながら、現在の主要疾患である慢性疾患が「生活習慣病」や「環境病」といわれているように、人間は健康に生まれたにもかかわらず、不健康な習慣や環境によって病気になるという時代を迎えている。人間の行動が疾患を作りだすのならば、人間が健康のためによい行動を選択しそれを実行するために必要な要因を探るための科学が必要となる。行動科学では、健康問題に関わる人間の行動の変容過程を実証的、体系的に説明することができる。このことから、行動科学が生活習慣病の予防や治療効果の向上に必要な患者自らの意思決定への支援に用いられるようになった。

第2に医師のコミュニケーション能力不足への指摘や患者を全人的に捉える医療へのニーズの高まりがある。スタンフォード大学のDH. トムは医師患者関係において重要なこととして、以下の7つを挙げている⁴⁾。

医師・患者関係で重要な事項

- ① 患者の問題を丁寧に調べる
- ② 患者の経験を理解する
- ③ 患者のことを気遣っていることを示す
- ④ 適切で効果的な治療を提供する
- ⑤ 明確なコミュニケーションを行う
- ⑥ パートナーとしての関係を築く
- ⑦ 患者に対して誠実で、敬意を示す

生物医学的側面で解決できる因子は①と④であり、その他は患者心理に関する医師側の対応である。このことは、患者からの信頼を得るためには、医学的に腕の立つ医師であることだけでは不十分であること、行動科学的スキルが必要であることを示している。このようなことから、人を全人的により

深く理解することを目的としている行動科学が患者に対する医療者の態度教育やコミュニケーション教育にも応用されるようになった。そして、医学教育における行動科学の大きな目標は、医療専門職に就く学生の「人間としての在り方」を問う態度教育にあるとされた⁵⁾。

4. NBM 成立の背景

1990年代初頭から「根拠に基づく医療 (EBM: evidence based medicine)」が医療の世界の中で急速な広がりを見せた。医療の質を向上させるためには科学的根拠に基づく臨床判断が行われなければならない。従来、検査、治療法の選択は、権威者の個人的意見や個別の医師の経験など、科学的とはいえない根拠に基づく場合が多かった。EBMでは目の前にいる患者に対して、どのような治療をすれば最も効果的かを世界中の根拠 (情報) から選択して適用しようとする方法である。EBMは目の前の患者の疑問から始まり、以下の5つのstepを踏む。

- step 1: 疑問 (問題) の定式化
- step 2: 情報収集
- step 3: 情報の批判的吟味
- step 4: 情報の患者への適用
- step 5: step 1 ~ step 4 のフィードバック

step 4は評価の結果を医療者の臨床的専門技量と統合し、実施臨床にその結果を適用する段階である。ここで行われる診療上の決断は「エビデンス、患者の病状や周囲を取り巻く環境、患者の意向や価値観、医療者の臨床経験」の4つを考慮すべきとされており、最終的に患者と共に診療行動を決定するこのstep 4がEBMの5つのstepの中で最も重要な位置づけにある。このように、本来のEBMは多面的な視点からより良い患者ケアの実現を目指してきたもので、疫学研究で得られた数字を重んじる一般論としての「エビデンス」を重視するだけのものではない。しかしながら、EBMの提唱後、しばらくの間は「エビデンス」の部分のみが注目され、大切なほかの要素への配慮が相対的に不十分になった。そのような状況の中で、1999年にEBMの推進者であったイギリスのT.グリーンハルらが「ナラティブ・語りに基づく医療 (narrative based medicine; NBM)」を提案し⁶⁾、「ナラティブ」という観点から、これまでの医療を見直そうとした。彼らが提案したNBMの特徴には、

- ① 患者が語る「病いの体験の物語り」をまるごと傾聴し、尊重する
- ② 医療におけるあらゆる理論・仮説や病態説明を「構築された物語り」として相対的に理解する
- ③ 異なった複数の物語りの共存や併存を許容し、対話の中から新しい物語りが創造されることを重視する

の3つがあった。これは、患者にとって最適のケアを実現するためには、エデンス重視に偏ることなく、コミュニケーションにおいて患者が自らの病いをどのように理解しているかを医師が理解することの必要性を示している。

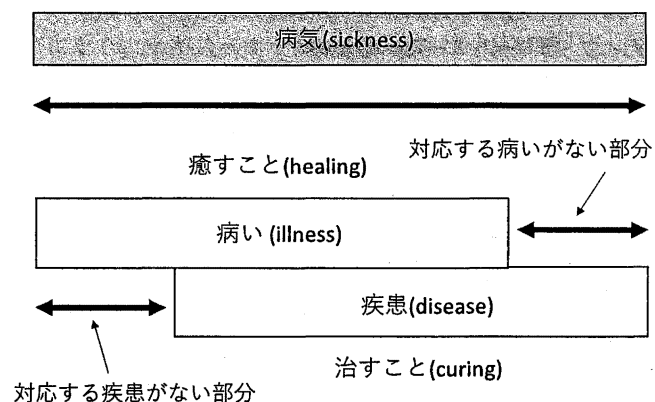
さて、NBMの理論的背景には医療社会学的な質的研究法とカウンセリング理論がある。質的研究方法の中で人々の意思疎通のやりとりを分析する手法として、会話分析と談話分析があるが、医療現場では、「会話分析によって会話のやりとりや順序を分析して患者・医師関係の実態を明らかにし、談話分析で患者のナラティブから個人的な経験や訴えの背景を知る」⁷⁾ということが行われてきた。患者のナラティブをよく聴くということの背景にはC. ロジャースの来談者中心療法がある。ロジャースの仮説は「個人は自分自身のなかに、自分を理解し、自己概念や態度を変え、自己主導的な行動を引き起こすための巨大な資源をもっており、そしてある心理的に促進的な態度について規定可能な風土さえ提供されさえすれば、これらの資源は動き始める」というものであり、カウンセラーの態度として、受容 (acceptance) と共感的理解 (empathic understanding) の重要性が強調された。医療面接では、それが医療者の態度として応用されてきた。

近年、患者中心の医療への関心の高まりとともにインフォームド・コンセントが広まり、意思決定が患者の側にシフトしつつある。そのような背景で、患者1人ひとりがかもつそれぞれ独自の「多様な物語り (ナラティブ)」が重視されてきたことは自然な流れと考えられる。

5. 病い (illness) と疾患 (disease)

1977年、精神科医であり医学教育者であったL. アイゼンバーグはその著書 *Disease and Illness* の中で「患者は病いで苦しむ。医師は疾患を診断し、治療する」と述べている⁸⁾。病い (illness) は、患者が自分の具合が悪いと自覚し、それをどう解釈しているかということであり、疾患 (disease) は、病理原因に基づき、医師として患者に適切な治療を施すために追求すべきものである。この言葉は、患者と医療者の視点は異なっているため、医師が疾患を適切に治療したとしても、それだけでは患者の病いは癒えないということを示している。

また、医療人類学者であるA. ヤングは、病いと疾病へのアプローチとして、人間が経験する病気経験の総体を病気 (sickness) と名付け、そこに、病いと疾患の2つの領域があると仮定した。そして、それぞれの領域に対応する関わりを病いに対処する「癒し」(healing) と疾患に対処する「治療」(curing) と名付けている⁹⁾。病気において、病いと疾患に重なり合う部分と重ならない部分があることは、医療者が疾患の治療のみにとらわれると患者の病を癒すことは難しいことを示している (図1)。



(出典：池田光穂, <https://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/070523illness.html> を相澤が改変)

図1 病いと疾病へのアプローチ

さらに、医療人類学者のA. クラインマンは、「病い (illness)」と「疾患 (disease)」という用語を区別した上で、「解釈モデル (explanatory model)」という考え方を提示している。解釈モデルとは、その人が医療行為をどのように理解しているかということである。この解釈モデルは患者側と医療側の両方のものがあり、その解釈が離れていればいほど、患者の満足度は低いと言われている。患者側の解釈モデルを把握するためには、出来るだけ患者に自発的に多く語ってもらうようにしなければならない。「病い」の問題は、症状や能力低下がわれわれの生活のなかに作り出す根本的な困難のことである。このモデルにおいては、慢性の病いでは患者が病いの解釈を行なうことが患者自身によるケアを促進するとされている¹⁰⁾。

患者の病いに対するナラティブは、訴えとなって医療者に語られ、医療者はそれを聴き、診察し、検査を行なって、「疾患」としての診断を行なう。

それは医療者の「解釈モデル」となり、医療者側のナラティブとなる。同じ診断名であっても、症状をどのように感じるか、影響をどのように感じるかは人によって異なるため「病い」も異なる。したがって、それぞれの患者独自の病いを理解するためには、患者と信頼関係を構築し、良好なコミュニケーションを行う中で患者を全人的に理解する以外に方法はない。医療におけるコミュニケーションでは「患者の話をよく聴く」ことが必要である。耳を使って患者のナラティブを聞き、目を使って患者の表情をよく観察し、心を使って患者が今どんな気持であるかを想像する。それが「聴く」ことである。

6. 「ナラティブ・データベース」の試み

DIPEx (Database of Individual Patient Experiences) とは、2001年に世界に先駆けて創設されたナラティブのデータベースである。創始者はコ克蘭共同計画の創設者のひとりであるイギリスの臨床薬理学者 A. ハークスハイマーと著名な開業医であった A. マクファーソンである¹¹⁾。このウェブサイトでは、がん、心臓病、てんかん、うつ、糖尿病、HIV、がん検診、出生前診断など、さまざまな病気や検(健)診などの体験が数多く集められ、数千を越す多くの人々の語りが音声や映像として収録され、その一部がインターネット上で自由に閲覧できる。DIPEx は現在 DIPEx - international として世界的に展開されつつある。DIPEx では人文社会科学領域で発展した質的研究の方法を用いて、多くの人々からの語りのデータが系統的に収集・編集、そして研究目的で解析されている。わが国では2007年に有志による任意団体として「健康と病いの語り デイベックス・ジャパン (<https://www.dipex-j.org/>)」が発足した。2009年に特定非営利活動法人として承認され、がんや認知症の患者インタビューに基づき、ウェブ上に動画で「ナラティブ」情報を提供している。「健康と病いの語りデータベース デイベックス・ジャパン」は、英国オックスフォード大学の DIPEx 研究グループ (Health Experience Research Group) が開発したデータ収集・分析・公開の手法を用いて作られた、日本で唯一の DIPEx 公式サイトである。

7. テキストマイニングによる質的データの分析

質的データを分析する方法の一つとしてテキストマイニングがある。テキストマイニングでは、自然に書かれたテキストデータの中から、「分析者にとって意味のある語彙」に着目し、出現頻度、品詞、類義語、派生語、共起語、係り受け、感性分析などの抽出された情報をもとに、カテゴリーを作り、統計・データマイニングの手法を使って解析する。テキストマイニングが登場した

背景としては、1990年代後半における、①計算機・ストレージの高性能化・低価格化、②さまざまなテキストデータの蓄積、③自然言語処理研究の進展、④機械学習研究の進展、があり、現在、様々な分野で応用されている。インターネットでは、評判情報、ユーザ属性の推定(性別、職業、家族構成、居住地域、年代…)やマーケティングの効果測定に、アンケート調査では、アンケートの自由記述回答文の回答の特徴や傾向を把握するために応用されている。ナラティブをこの手法をもって解析することによって、医療に有効活用されることが期待されている。

テキストマイニングの主な技術基盤は、自然言語処理、統計解析、データマイニングになる。テキストマイニングの処理は「前処理」と「後処理」に大別され、前処理では、語の切り出しと集計のため形態素解析等を行う。形態素解析とは、対象言語の文法の知識(文法のルールの集まり)や辞書(品詞等の情報付きの単語リスト)を情報源として用い、自然言語で書かれた文を形態素(Morpheme、言語で意味を持つ最小単位)の列に分割し、それぞれの品詞を判別する作業のことである。それを基にして、後処理として目的に応じて集計データの統計処理を行う(図2)。

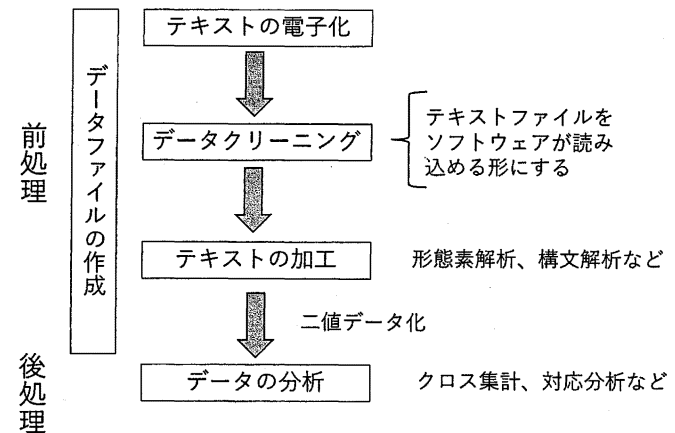


図2 テキストマイニングのプロセス

テキストマイニングの強みは、質的データを数値にコーディングすることで計量的な分析が可能となり、解析結果の客観性が高くなることである。筆者はこれまでアンケートの自由記述回答や学生の講義レスポンスカードのような質的データをテキストマイニングによって解析してきた。

本稿の最後に、医療系学生の卒業研究についてのナラティブである「抄録原稿の緒言」をテキストマイニングし、医療系学生に対する教育法を評価した事例¹²⁾を紹介しながら、患者の病いのナラティブ分析におけるテキストマイニングの応用可能性について検討する。

— テキストマイニングによる質的データの分析例 —

【テーマ】

歯科衛生学科学学生の卒業研究におけるテーマと緒言における頻出語との関連からカリキュラムの改善点を検討する。

【概要】

1. 目的

某医療専門学校歯科衛生学科第3学年時にグループごとに実施された卒業研究における選択テーマと抄録原稿の緒言に頻出する用語の関連を検討することにより、今後の学生教育の参考にすることを目的としてテキストマイニングによる分析を行った。

2. テキストマイニングの前処理

2006年、2008年、2010年、2012年に実施された卒業研究30題からそれぞれの緒言部分の文章を抽出してExcelに入力し、デジタルデータ化した。

ついで、①研究対象、②着目した歯科的問題、③研究分野、④関連基礎科目、の4つのカテゴリーを設定し、タイトルと緒言からそれぞれの研究内容を以下に示す細目に分類し、後処理のためのファイルに入力した。

① 研究対象

1. 歯のマニキュア
2. 印象材
3. 飲食物
4. 唾液腺マッサージ
5. 感染防御用具
6. 刷毛部の形態別プラーク除去効果の違い
7. 歯磨剤
8. 清掃用具
9. 洗口剤

② 着目した歯科的問題

1. う蝕
2. 院内感染
3. 口腔乾燥症
4. 口臭
5. 酸蝕症
6. 歯の着色
7. 嘔吐反射
8. 歯口清掃不良
9. 清掃用具の劣化

③ 研究分野

1. 口腔清掃指導
2. 診療補助
3. 病因論
4. 予防・対処法

④ 関連基礎科目

1. 微生物学
2. 歯科材料学
3. 生化学
4. 生理学
5. 病理学

ついで、Excelに入力したデータをテキストマイニング用ソフト Text

Analytics for Survey (IBM SPSS) に読み込み、形態素解析を行った。その結果、「研究、考える、題材、歯ブラシ、調べる、歯科保健指導、多い」の7語が頻出語として抽出された。頻出語に関するデータは、後処理のためのファイルに頻出の有無によって0/1型の二値データとして入力した。

3. テキストマイニングの後処理

カテゴリー毎に分類細目と頻出語の関連を分析するために対応分析を行った。対応分析ではクロス集計を基に、行と列の相関関係が最大になるようにデータを数量化し、行の要素と列の要素を多次元空間に表現する。分類細目と頻出語の関連を示す特異度は、研究対象：0.431、歯科的問題：0.445、研究分野：0.359、基礎科目：0.273、となった。

最も高い特異度を示した「歯科的問題と頻出語」の関連を二次元空間上に散布図で示したのが図3である。関連性の強い項目が近くにプロットされ、歯科的問題の「齲蝕、口臭」と頻出語の「考える、研究」が、歯科的問題の「歯口清掃不良、歯の着色」と頻出語の「歯科保健指導」がそれぞれ近接し、これらの組合せの関連が強いことが認められた。また、イナーシャの累積寄与率から、次元1と次元2の2つによって歯科的問題と頻出語との関連性に関する情報の約75%が説明されることが示された。

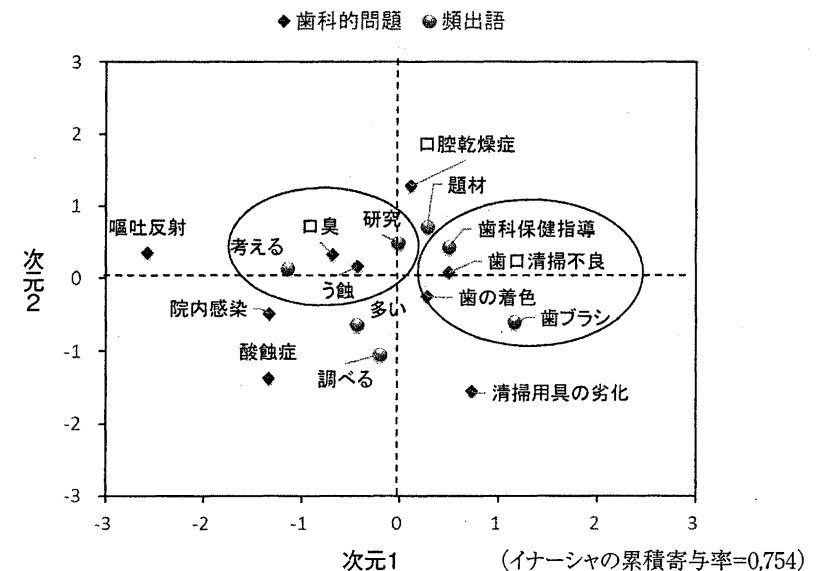


図3 歯科的問題と頻出語との関連性

【考察】

「口腔清掃不良」や「歯の着色」という歯科的問題は、予防を業務の主体とする歯科衛生士にとって日常的に経験するものであり、それに「歯科保健指導」という語が関連したことは妥当と思われた。一方、「研究」や「考える」といった積極的な研究姿勢を表す語は「口臭」や「齲蝕」といった病名と関連した。

この分析結果は、本来の歯科衛生士業務である歯科保健指導は卒業研究によく取り上げられるものの、積極的な研究態度を惹起しにくい題材であることを示唆している。当該校では、第3学年時に行動科学モデルを用いた歯科保健指導をカリキュラムに導入し、患者の意思決定支援における理論に基づいた保健指導の重要性と有効性について講義と演習を行ってきた。しかしながら、分析の結果から、カリキュラムが保健指導を科学として理論的に追求する動機付けには到っていないことが示唆された。

このように、テキストマイニングによる分析をすることによって、当該校の今後の行動科学を用いた保健指導カリキュラム作成において考慮すべき点が明らかとなった。

8. おわりに

以上のような検討が可能となることから、テキストマイニングは患者のナラティブの分析にも有効であると考えられる。病いについてのナラティブは人によって異なり、それを理解したうえでそれぞれの患者に最適なケアを行うことが医療者の責務である。一方、それぞれのナラティブをデータ化し、さまざまなカテゴリーとの関連で分析することによって、ある語彙の出現に関わる共通特性を知ることができれば、その語彙を用いる患者の病いを理解する助けとなり、患者の病いを癒すことが可能になる。

コミュニケーションは双方向性である。話すだけではコミュニケーションではなく、聞くだけでもコミュニケーションではない。患者は自分のナラティブを語ることによって、自分の経験に新たな意味づけをして価値を見出すことができる。また、医療者は患者のナラティブを聴き、共感しながら解釈モデルを理解しようと努力することによってコミュニケーションを改善し、信頼関係を構築することができる。双方が実現することによって、それぞれの患者にとって最良のケアが可能となる。このことは、医療者と患者がコミュニケーションの中で互いの価値観を確認し、歩み寄ることの必要性を示している。

このように、NBMへの行動科学的アプローチは、患者と向き合う姿勢とコミュニケーションにおいて実現されると考える。

【文献】

- 1) 中村千賀子. 医学教育における行動科学とは何か. 医学教育, 46: 290-307, 2015.
- 2) 犬田充. 行動科学入門. 日本経営出版, 東京, 1968, 11-49.
- 3) 相澤文恵. 医療における社会・行動科学 2019. 永代印刷, 盛岡, 2019, 1-2.
- 4) Thom, DH, et al.: Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam. Pract. 1997.
- 5) 特集 態度学修, 医学教育. 18: 177-232, 1987.
- 6) Greenhalgh T, Hurwitz B (1998) / トリシャ・グリーンハル, プライアン・ハーウィッツ編 (斎藤清二, 岸本寛史, 山本和利. 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, 東京, 2001.
- 7) Kirschenbaum, H., Henderson, VL: The Carl Rogers Reader, 1st ed. Sterling Lord Literistic Inc, New York, (1998) / カーシェンバウムH, ヘンダーソンVL (伊東博, 村山正治監訳): ロジャース選集 (上). 第1版. 誠信書房. 東京. 286-313. 2001.
- 8) Eisenberg, L: Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine & Psychiatry 1 (1): 9-23, 1977.
- 9) Young, A: The Anthropology of illness and Sickness, Annual Review of Anthropology 11:257-285, 1982.
- 10) Kleinman, A: The Illness Narratives Suffering, Healing and the Human Condition, Basic Books Inc, 1st ed, New York (1988) / アーサー・クラインマン, 江口重幸, 五木田 紳, 上野豪志訳: 病の語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学, 誠信書房. 第1版, 東京, 1996, 3-3.
- 11) 佐藤 (佐久間) りか, 中山健夫 (2014): 患者の語り医療を変える: 英国と日本における DIPEX の取り組み. 8020, 2015,
- 12) 白旗実奈子, 岸 光男, 相澤文恵, 鈴木奈津子, 三浦廣行: 歯科衛生学科学学生の卒業研究におけるテーマと類出語との関連. 平成 26 年度第 8 回岩手県歯科医学大会, 盛岡, 2015.

遺伝カウンセリング領域における医療倫理教育と ナラティブ・アプローチ

山本 佳世乃

医療における倫理教育ならびにナラティブ・アプローチの活用について、本稿では遺伝カウンセリング領域における歴史と現状について述べる。

1. 遺伝カウンセリング

遺伝カウンセリングとは、疾患の遺伝学的関与について、その医学的影響、心理学的影響および家族への影響を人々が理解し、それに適応していくことを助けるプロセスであり、日本医学会の定義によれば、このプロセスには、1) 疾患の発生および再発の可能性を評価するための家族歴および病歴の解釈、2) 遺伝現象、検査、マネージメント、予防、資源および研究についての教育、3) インフォームド・チョイス（十分な情報を得た上での自律的選択）、およびリスクや状況への適応を促進するためのカウンセリング、などが含まれる¹。遺伝性疾患に関わる患者・家族に対して提供されるものであるが、その内容は対象とする疾患や患者・家族（以後、相談者を表すものとしてクライアントと表記する）の状況によって様々である。具体的には、「高齢妊娠では、ダウン症の子が生まれやすいと言われた。詳しいことを知りたい。」、「生まれてきた子どもが遺伝性疾患で重い障害をもっている。病気の原因は。どうやって育てていけばいいのか。」、「父親がハンチントン病と診断された。自分も同じ疾患を受け継いでいるかも知れないと言われた。症状が出る前に自分も病気になるのかどうかを知りたい。」、「出生前診断を受けて、遺伝性疾患をもたない子を授かりたい。可能なのか。」といった例が挙げられる。

遺伝学的検査は発症者が確定診断のために受検する場合もあるが、非発症保因者診断、発症前診断、出生前診断に関する遺伝学的検査など症状をもたない者が遺伝学的検査をうける場合には専門家による遺伝カウンセリングが必須と定められている。また、発症者に対する遺伝学的検査においても家族への影響が即時に懸念される場合や発症者自身の要望がある場合など必要に応じて関与する。更に、これまでの遺伝学的検査は症状や家族歴から疑われる1ないし2個の遺伝子を標的として実施するものであったが、近年は遺伝子パネルと呼ばれる数十個の遺伝子を一度に解析する技術が臨床応用されたことから、検査前に何十もある遺伝性疾患についてクライアントにどのように説明をするのか、もともと想定していた疾患とは異なる遺伝子に変異が見つかった場合に、どの程度までその情報を知らせるのかといっ

た新たな問題も生じつつある。がんゲノム医療²のように、個人の遺伝学的情報を用いることでより個人の体質に合わせた治療を受けられるようになる、いわゆる個別化医療が推進されることは歓迎すべきことであろう。その一方で、治療法が未だない遺伝性疾患についての情報も広く明らかとなる可能性があることに留意する必要がある。

2. 優生学の歴史と遺伝カウンセリング

2-1. 欧米における優生学の歴史と遺伝カウンセリング

遺伝カウンセリングと医療倫理には非常に深い関わりがある。遺伝カウンセリングは個別化医療、DNA解析、ゲノム医療などに応じて最近現れた医療関連領域であると思われがちであるが、実際には70年以上の歴史をもつ。その歴史は第一次世界大戦前から第二次世界大戦の終結まで先進諸国を席捲した優生学の歴史と切り離すことはできない。

進化論を提唱したチャールズ・ダーウィンは、生物の進化は自然淘汰によって生じ、受け継いだ変化のなかには生存に有利に働き連続する世代に引き継がれるものがあるとし、「私たち文明人は、(不適当者)除去の過程をできる限り抑制するために全力を尽くしている。愚鈍・障害・病気の人々の保護施設を建て、救貧法を施行し、医療者は一人一人の命を最後まで救うために全力を尽くしている」と述べた。これを受けてチャールズ・ダーウィンの従兄であるフランシス・ゴルトンは優生学(eugenics)を提唱した。より良い交配による人種の改善が優生学の核となる思想であり、選択的繁殖によって、望ましい性質を慎重に増殖させ、望ましからざる性質を除去し、そのことによって人類は改善される。望ましい資質は、何世代にもわたる注意深い繁殖によって同血統交配で生み出されると考え、1883年著書『人の能力の探究』のなかで優生学という用語を生み出した³。1906年には米国育種家協会が優生学委員会を設立し、人種遺伝の研究・報告と優れた血統と価値の劣った血統の脅威を強調し始めた⁴。1910年に優生学記録局設立(the Eugenics Records Office at Cold Springs)ならびにA chair of eugenics at University College Londonが設置され、以降30年以上にわたり、米国人の家族と人種的集団の記録を収集し血統の改善に関心をもつ人々や組織に提供した⁵。

当初は選択的生殖によって望ましい身体的・行動的特徴を選び取る「積極的優生学」が主であった。しかし、第一次、第二次大戦の最中、各国は福祉予算を削減して軍事費を増額していくなかで、徐々に、望ましからざる性格(性質)を自発的・非自発的を問わず生殖を妨害することで排除する「消極的優生学」が力を得ていった。1914年に出された米国育種家協会(優生学)委員会の報告書によれば「生殖細胞は社会に属し、それを持っている個人にのみ属すのではない、と社会は考え

なければならない」と考えられ、犯罪歴のある者以外にも、精神疾患罹患、精神発達遅滞、難聴、視覚障害、遺伝性疾患患者、アルコール依存症などに対する断種が容認された。1933年にはナチスドイツによる優生学政策が開始され、「遺伝病子孫防止法」が成立した。優生断種法公布後の3年間で、22万5千人が断種され、優生学政策による犠牲者は数十万人にのぼるとされている⁶。

遺伝カウンセリング(Genetic Counseling)の語をはじめて用いたのはSheldon Reedであり1947年のことだった。遺伝カウンセリングは、優生学がもたらしたこれら過去への深い反省に立ち、遺伝学的知識が他者からの強制ではなく、当事者の自由意志によって活用されることを支援する機会を提供するものとして始まった。そのため、指導や教育ではなく、「カウンセリング」の用語が使われている⁵。遺伝カウンセリングにおいては非指示性、クライアント自身による決定が重要視される理由である理由がこの成り立ちにある。1960年代に入ると遺伝性疾患の機序についての理解が深まり、また染色体に関する技術が進展し羊水検査が実用化された。それらにより得られた情報をクライアントに提供するために1960年代頃よりシアトル・ワシントン大学、ミシガン州立大学、ジョンズ・ホプキンス大学が独自に遺伝医療及び遺伝サービスを行うようになり。1969年にアメリカで初の遺伝カウンセラー養成コースがサラ・ローレンス大学大学院修士課程に設置された^{5,7}。

2-2. 日本における優生学の歴史と遺伝カウンセリング

日本における優生学は、国家が国民の生殖へ介入することからはじまった。1868年に太政官布告が「産婆の仕事を助産に限定し、産婆による中絶を禁止」し、1880年には刑法墮胎ノ罪が成立した。その後、1894年に日清戦争が勃発し、国策として富国強兵が推し進められた中で、墮胎罪が重罪化された。なお、この刑法墮胎ノ罪は現存している⁸。1930年に保健衛生調査会内に民族衛生特別委員会が設置され、同年日本民族衛生学会が設立された。より健康な国民をより多く生み出すことを目的とする中で「優生断種制度」が検討され、1941年に国民優生法が施行された⁹。1948年から1996年まで存在していた「母体保護法」も「第一条 この法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的とする」とされ、「第三条 医師は、左の各号の一に該当する者に対して、本人の同意並びに配偶者(届出をしないが事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。)があるときはその同意を得て、任意に、優生手術を行うことができる。但し、未成年者、精神病患者又は精神薄弱者については、この限りでない。一 本人又は配偶者が遺伝性精神変質症、遺伝性病的性格、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有しているもの 二 本人又は

配偶者の四親等以内の血族関係にある者が、遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱、遺伝性精神変質症、遺伝性病性格、遺伝性身体疾患又は遺伝性奇形を有し、且つ、子孫にこれが遺伝する虞れのあるもの」と定めている。更に、同法には強制優生手術についても定められており「(強制優生手術の審査の申請) 第四条 医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、前条の同意を得なくとも、都道府県優生保護委員会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができる」とされていた¹⁰。

日本では戦後においても、遺伝的体質を理由として本人の同意なしに不妊手術が行われていた実態があり、近年においても複数の訴訟が行われている。これを受けて、平成 31 年に対象者に対する一時金の支給等に関する法律が成立し、その前文には「昭和 23 年制定の旧優生保護法に基づき、あるいは旧優生保護法の存在を背景として、多くの方々が、特定の疾病や障害を有すること等を理由に、平成 8 年に旧優生保護法に定められていた優生手術に関する規定が削除されるまでの間において生殖を不能にする手術又は放射線の照射を受けることを強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきた。このことに対して、我々は、それぞれの立場において、真摯に反省し、心から深くおわびする。今後、これらの方々の名誉と尊厳が重んぜられるとともに、このような事態を二度と繰り返すことのないよう、全ての国民が疾病や障害の有無によって分け隔てられることなく相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて、努力を尽くす決意を新たにすることである。ここに、国がこの問題に誠実に対応していく立場にあることを深く自覚し、この法律を制定する」と記されている¹¹。

欧米では優生学に対する反省として遺伝カウンセリングが生じたが、日本では、戦中・戦後の優生学にもとづく法的枠組みが継続した状態で、その中身は優生学から離れた遺伝相談が実施されるようになっていった。欧米の動きに呼応するように 1960 年代には日本の一部の大学の基礎研究室においても医師による遺伝カウンセリングが行われはじめ、これらは「遺伝相談」と呼ばれていた。戦後の混乱期を脱した日本は、福祉体制の整備を目的として先天異常対策を実施し、保健所の乳児検診システム、各種スクリーニング、各県 1 か所の小児病院の建設、市町村における療育施設の整備などを進め、遺伝相談も行われるようになった。1970 年代に、ある地方自治体において、羊水検査を受ける親に費用の一部を負担するという行政援助が行われようとした。しかし、これは障害者の生存権を犯す行いであるとして全国的な羊水検査反対運動が起こった。遺伝相談は、あくまでクライアント個人への情報提供や支援を目的としており、羊水検査を推進するものではなく、また障害児の出生数を減らす社会的目的をもつものではなかったが、遺伝相談=優生思想とい

う誤った認識が広まり、日本における遺伝カウンセリングの発展は滞り結果となった¹²¹³。その後、DNA 解析技術の発展とヒトゲノムプロジェクトの実施などを経て日本においても非医師の認定遺伝カウンセラーを養成する機運が高まり、2003 年より大学院レベルの認定遺伝カウンセラーが開始され現在は全国 20 大学院に養成課程が存在している¹⁴。

3. 遺伝カウンセリングと医療倫理

上述の歴史的背景から遺伝カウンセラーにとって医療倫理の知識は必須のものであり、その技能を日々の実践に活かすことが求められる。遺伝カウンセリングにおいても Beauchamp & Childress による生命医療倫理の 4 原則¹⁵である自律・無危害・与益・公正の原則が倫理的事項検討のための基準となっている。遺伝カウンセリングにおける倫理的課題としては、1. インフォームド・コンセント、2. 遺伝学的検査による発症前診断、3. 遺伝学的検査結果の返却、4. 匿名性の確保/守秘義務¹⁶が存在すると指摘されているが、本稿ではこの 4 項目に 5. 出生前診断を加え、具体例から遺伝カウンセリングと医療倫理について検討する。

以下は遺伝カウンセリングの実践における倫理的課題のある事例の一例である。

【症例 1】

クライアント(相談者)は、A さん 42 歳女性。夫(43 歳)の姉(48 歳)が入院したと病院から連絡があった。夫婦で病院に行ったところ、夫の姉には臨床所見からハンチントン病の疑いがあると言われた。夫の姉に意識はあるが、時折辻褄の合わないことを言ったり、急に怒り出すなどしている。また「お父さんはハンチントン病だった。私も同じなのよ」とも話しているとのことだった。夫の両親は他界しており、夫のきょうだいは姉のみ。きょうだい仲は悪く、ここ数年は音信不通だった。夫の姉は独身で子どもはいない。A さん夫婦には 20 歳と 17 歳、10 歳の子どもがいる。

A さん「子どもたちにハンチントン病が遺伝しているかが心配です。子どもの遺伝子検査をしてください。」

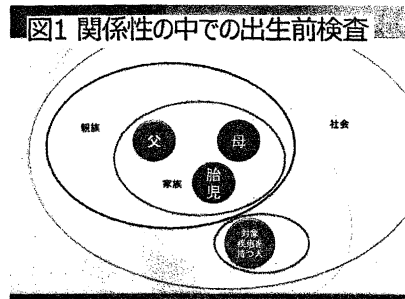
本症例は、1. インフォームド・コンセント、2. 遺伝学的検査による発症前診断、3. 遺伝学的検査結果の返却、4. 匿名性の確保/守秘義務の全ての項目に該当する例であるため一つひとつ該当部分について検討していく。1. インフォームド・コンセントについて、インフォームド・コンセントが成立するには下記の条件が全て満たされることが必要である 1) 患者には関連する全て情報が提供されること、2) 患

者には情報を理解し状況を認識できる能力があること、3) 患者は自由に意思決定ができること¹⁶。本症例の場合には、「誰の」「何についての」インフォームド・コンセントが必要なのか、その取得は可能かという点から検討を始める。夫の姉には情報と状況を理解できる能力があると考えられるか、遺伝学的検査は夫の姉の医療管理上必要か、夫の姉に情報と状況を理解できる能力があると考えられない場合に代諾者は存在するか、クライアント(Aさん)はインフォームド・コンセントに関してどのような立場にあるかについて検討する。次に2. 遺伝学的検査による発症前診断について、非発症保因者診断、発症前診断、出生前診断を目的に行われる遺伝学的検査は事前に適切な遺伝カウンセリングを行った後に実施することが定められている¹⁷。本症例の場合、「誰が発症前診断の対象となる可能性があるのか」、「未成年の発症前診断」をするのかを決めるのは誰か、そもそも本家系で遺伝学的リスクは確定しているのかを明らかにする。3. 遺伝学的検査結果の返却と4. 匿名性の確保/守秘義務に関しては、Aさんの夫の姉の遺伝学的検査結果が出た際、本人以外の誰がそれを知ることができるか。医療者は誰にそれを伝えても良いのか検討を行う。

多角的な検討の結果、本症例に対してはインフォームド・コンセントを取得する際に重要なのが本人に同意・意思決定の能力があるかの決定を複数の医療者・職種で総合的に判断することが行うべき第一歩であることが明らかとなった。決定能力がある場合には、全ての倫理的判断において家族よりも本人の意向が優先される。もし能力がない場合のキーパーソンは、自身に遺伝的リスクがあり患者の最も近い血縁者であるAさんの夫となる。Aさんの夫の次に決定権があるのは、成人しており、遺伝的リスクのあるAさん夫婦の第一子である。本症例において医療関係者が注意すべき倫理的に重要なポイントは、相談者であるAさんは本症例について優先的な当事者にはなり得ない立場であることを理解しつつ相談に対応し、Aさんの夫の姉の治療に対処することである。

遺伝カウンセリングにおける倫理的課題としては、先の4項目の他に5. 出生前診断についても検討すべき課題がある。この場合の当事者は両親と胎児となるが、胎児は自律性を表明できず、その生命は妊娠期間が一定週数になるまで母親に依存する。また胎児が子どもとして生まれた際に養育するのは基本的に両親である。両親にとっての与益が胎児にとっては危害となることもあり、胎児にとっての与益が両親にとっての危害と捉えられることが往々にしてある。胎児のもつ生存権と、両親のもつ選択権が対立した場合に何を選択すれば良いのか、カウンセリングを通じて当事者夫婦が自ら答えを見つけることになる。直接的な当事者は、クライアント夫婦と胎児だが、夫婦は、その両親や親族から影響を受け、更にはより大きな「社会」

から影響を受けている。また、これらの関係性の中には出生前診断の「対象となる疾患を持つ人とその家族」も存在している。(図1)。



次に、1. インフォームド・コンセント、2. 遺伝学的検査による発症前診断、3. 遺伝学的検査結果の返却、4. 匿名性の確保/守秘義務、5. 出生前診断 全ての項目に該当する例として症例2を示す。

【症例2】

26歳女性Yさん、妊娠15週4日(自然妊娠、初妊)と夫Wさん25歳の夫婦。胎児に障がいがあることを心配して来談した。

Yさん「私がとても心配性なのでダウン症などが気になります。何かできる検査があるならば受けたいと思って今日は来ました。」

Wさん「自分はまあダウン症は大丈夫かなと思っているんですが、妻がずっと心配しているよりは何か検査受けた方がいいんじゃないかなと思ってます。自分の妹も昔から体弱いところがあるので、やっぱり障がいとかあったら大変だなと思います。」

家系図(図2)を聴取したところ、Wさんの父親が最近、筋強直性ジストロフィー(図3)と診断されたこと、Wさんの妹は歩きづらさや握力が弱いといった特徴があることがわかった。

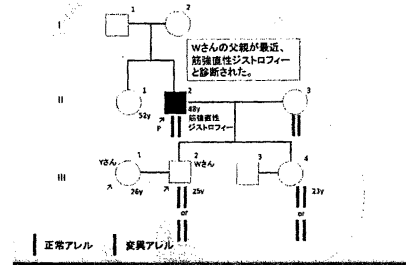
本症例の場合には、ご夫婦から語りから次のことを引き出していく。「出生前検査についての事前知識はどの程度もっているのか。ご夫婦の心配のなかに、Wさんの父親の疾患は入っているのか」、「Wさんは、知識面また感情面から父親の疾患についてどのように考えているのか」、「この疾患についてYさんは知っているのか」、「Wさんの父親の診断は信頼できるものか」、「今回、遺伝カウンセリングに来るにあたって事前に相談した家族などはいるか」。Wさんの父親の診断が正しければ、Wさんとその妹がこの疾患にな

る可能性は 1/2 となる。更に女性からの遺伝の場合、その子どもでは表現促進現象によって症状が重い先天型となる可能性のあることが知られている。家系図を聴取した段階でこの家系には W さん自身の健康への影響、W さんと Y さんの子どもへの影響、W さんの妹さんの発症の可能性、W さんの妹夫婦の子どもが先天性筋強直性ジストロフィーとなる可能性という医療上の留意点があることが明らかとなった。

出生前検査についての遺伝カウンセリングでは、予約時の主訴とは異なることが主訴となる場合がある。当初想定されていなかった情報が得られた際には、主訴の再確認を行うが、本件では W さんの父親の疾患について、今回のカウンセリングで話し合うかどうかをご夫婦と相談して決めることとなる。その一方で、ご夫婦が希望しないからという理由で W さんの父親の疾患に全く言及せずに遺伝カウンセリングを終了してしまった場合には、先に述べた医療上の留意点を無視することとなり、それは無危害の原則に反する行為ともいえる。

この回の遺伝カウンセリングで本疾患について扱うと決定された場合、この疾患については 1. インフォームド・コンセントの当事者は「W さん」そして「W さんの父親」となる。Y さんは胎児の母親という点では当事者だが、胎児は意思の表明ができないことから、この場合には意思決定可能であり自身がリスクをもつ者が当事者である。W さんの可能性を確定するためには、W さんの父親の遺伝学的検査結果など詳細情報が必要だが、それは W さんの父親に帰属するものであるためご本人の了承を得た場合のみ入手できる。また、W さん自身は現時点でいかなる症状も自覚していないため、もし W さんが筋強直性ジストロフィーの遺伝学的検査を受けるとすると 2. 遺伝学的検査による発症前診断に該当する。この段階は 1. インフォームド・コンセントによって W さんの可能性が確定した後に進むものである。3. 遺伝学的検査結果の返却に関しては、その結果は W さんの健康管理には役立つが胎児の 5. 出生前診断には用いることのできないことを事前に伝える必要がある。4. 匿名性の確保/守秘義務については、W さんの妹へ情報伝達すべきかどうか医療者が関与できる度合いを検討することになる。

図2【症例2】



【症例2】
筋強直性ジストロフィー (Myotonic Dystrophy Type 1: DM1)
原因：19番染色体上DMPK遺伝子非翻訳領域のCTGリピートの延長
症状：四肢遠位部位の筋力低下、筋強直現象、心伝導障害、心筋障がい、白内障、網膜変性症、耐糖能障がい、細面。
先天性DMでは筋緊張低下と知的障害。
遺伝：遺伝形式は常染色体優性遺伝。突然変異はまれ。
母→子どもで表現促進。
父→子どもで変わらずもしくは、表現型軽症化。

検査項目	検査結果	CTGリピート数	臨床的意義
Wさん	陽性	250	先天性DM
Wさんの父親	陽性	250	先天性DM
Wさんの母親	陰性	<20	正常
Wさんの妹さん	陽性	250	先天性DM
Wさんの妹さんの子供	陽性	250	先天性DM
Wさんの妹さんの子供	陰性	<20	正常
Wさんの妹さんの子供	陽性	250	先天性DM
Wさんの妹さんの子供	陰性	<20	正常
Wさんの妹さんの子供	陽性	250	先天性DM
Wさんの妹さんの子供	陰性	<20	正常

Shimizu Kenji et al. (2018) 筋強直性ジストロフィー1型

遺伝カウンセリング領域の医療倫理教育では、このような事例検討を重ねることで、各事例における倫理的課題は何か、それに対する対処を学んでいる。

4. 遺伝カウンセリングとナラティブ・アプローチ

患者もしくはクライアントの語りは、医療の中での重要性を増しており、語りに基づく医療 Narrative based medicine¹⁸として知られているが、遺伝カウンセリング領域では患者の語りはまさにプロセスの中核を成すものであり、医療的対応ならびに心理社会的対応は全て患者の語りを聴くことから始まる。前節、遺伝カウンセリングと医療倫理で例示したように、遺伝カウンセリング症例に対応するためには、クライアントに主訴と家族の状況を聴くことから始めなければならない。前節では、医療的側面の情報を収集し主に倫理的課題との関係から分析を行ったが、実際の遺伝カウンセリングでは、それに心理社会的側面が編み合わされる。例えば【症例1】Aさんの場合、Aさんと本件のキーパーソンである夫との関係性によって、Aさんや遺伝カウンセリング担当者が取ることのできる対応は大きく変わってくる。「夫とはここ何年も上手くいってなくて、家庭内別居状態です」という場合、選択権と決定権をもつキーパーソンが不在となるため、Aさんだけでは本件を先に進めることはできなくなる。夫が協力的だった場合にも、夫自身が自分の遺伝学的リスクをどのように理解しているのか、それを知りたいと思うのか、子どもに状況を伝えたいと思うのかなど、夫自身の理解、認識、要望を引き出し理解する必要がある。子どもを話し合いの輪に加える場合には、子どもたちそれぞれの性格や発達、疾患に対する理解や認識、きょうだい間の関係性についても考慮する。検査について決定権のある第一子にのみ疾患についての話をした場合でも、きょうだい関係によってはその情報は第二子にも伝わるであろうし、第一子が話をしなかった場合でも第二子、第三子が「何かを隠されている」という感覚をもつことも考えられる。【症例2】WさんとYさんの場合、思いがけず立ち現れた W さんの遺伝学的リスクについても、二人の心理社会的側面と関係性を知らずに対応することはできない。心配性だという Y さんの性格、夫

婦の関係性、夫婦とその両親や親せきとの普段の繋がり、Wさんの父親と二人とのこれまでの関わりなどを聴くことで、複数生じている課題のどこから対応するかを決定していく。遺伝カウンセリング領域では、出生前検査の是非、胎児の生存権と親の選択権、発症前診断を受けるか否か、未成年者に自己決定権はあるか、親と未成年者の意見の相違、遺伝的体質が明らかとなった場合にリスクのある血縁者に告知しなければならないかなど確固たる正解のない問題を扱うことが多い。確固たる正解のない問題の場合、その答えは問題と向き合っているクライアント一人ひとりが見出していくものになる。

患者の語りには必要な情報を得る以外にも重要な役割がある。本稿第一節で示したように、遺伝カウンセリングの定義には「3）インフォームド・チョイス（十分な情報を得た上での自律的選択）、およびリスクや状況への適応を促進するためのカウンセリング」が含まれるが、クライアントが自身の答えを見つけるために、そして疾患や症状、障がい、自分や家族がもつ遺伝学的リスクなどの受け入れざるを得ない状況を自分自身のものとして受け入れていくためには、自分の人生について語ることが有用である¹⁹。自身が遺伝学的リスクをもつこと、障がいをもつ子どもが生まれたこと、自身が疾患や障がいをもって暮らしてきたこと、親や親族が同じ病気で何人も亡くなったことなど事実自体は変えることはできないが、これまでの経験について時間をかけて語ること、個々の出来事の繋ぎ方を明らかにし、繋ぎ方を変えて新たな出来事を継ぎ足すことで意味づけを変更することは可能だ²⁰。例えば、「私の病気は遺伝病だったんです。それがわかってからも夫にも言えなくて子どもも同じ病気になってしまった。私と同じ苦労をさせることになって本当に申し訳なく思っている」と自身の遺伝性疾患を家族への罪悪感に結び付けていた人であっても、「私の病気は遺伝病だったんです。夫にも言えなくて子どもも同じ病気になってしまった。でも病気の名前がわかったから今は同じ病気の人やわかってくれる人と知り合うことができました。子どもにもこの病気で注意しなくちゃいけないこと伝えます。申し訳ないなと思う気持ちもまだありますが、少しでも楽にやれるように。夫に話をすること、一人じゃ難しいので手伝ってくださいね。」といったように、遺伝性疾患であることを情報として使って家族に役立てたり助けを求めたりすることが出来るようになる。人が生きていく限り、自分の過去・現在・未来を糸として、人生の物語は編まれ続ける。ナラティブの場を提供することは、クライアントにどの糸を用いてこの先の未来を編んでいくのかを考える余白を提供することである。遺伝カウンセリング領域は、自分の身体だけではなく、家族や社会にも影響を与える領域であるからこそ、語りを中心としたアプローチが有用である。

文献

1. 日本医学会 HP, <http://jams.med.or.jp/index.html>
2. ゲノム医療における情報伝達プロセスに関する提言 その1：がん遺伝子パネル検査を中心に【改定第2版】<https://www.amed.go.jp/content/000056785.pdf>
3. アルバート R. ジョンセン（著）、細見 博志（翻訳）、2009 生命倫理学の誕生。p.211. 勁草書房。
4. Ibid., p.213.
5. Uhlmann, W. R., Schuette, J. L., Beverly Yashar, B. (編集). 2011. *A guide to genetic counseling* 2nd pp.2-4. Wiley-black well.
6. アルバート R. ジョンセン（著）、op. cit., p. 216.
7. Uhlmann, W. R., Schuette, J. L., Beverly Yashar, B. (編集). op. cit., p.16.
8. 木村 利人, 大林 雅之, 土田 友章, 赤林 朗, 小西 恵美子, 南 裕子 (編集). 2003. バイオエシックスハンドブック -生命倫理を超えて-. p.57. 法研.
9. 廣嶋清志, 1981. 現代日本人口政策史小論 (2) - 国民優生法における人口の質政策と量政策 -, 人口問題研究第 160 号; p.61-77. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/14193604.pdf>
10. 衆議院 HP, 衆議院トップページ > 立法情報 > 制定法律情報 > 第 002 回国会 制定法律の一覧 > 法律第五十六号 (昭二三・七・一三) http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/houritsu/00219480713156.htm
11. 厚生労働省 HP, 旧優生保護法による優生手術等を受けた方へ https://www.mhlw.go.jp/stf/kyuuyuuseiichijikin_04351.html
12. 滝澤 公子, 千代 豪昭, 2006. 遺伝カウンセラー—その役割と資格取得に向けて. 真興交易医書出版部
13. 千代 豪昭, 2008. クライアント中心型の遺伝カウンセリング. オーム社.
14. 認定遺伝カウンセラー制度委員会 HP, <http://plaza.umin.ac.jp/~GC/About.html>
15. トム・L. ビーチャム (著), ジェイムズ・F. チルドレス (著), Tom L. Beauchamp (原著), James F. Childress (原著), 永安 幸正 (翻訳), 立木 教夫 (翻訳). 1997. 生命医学倫理. 成文堂.
16. Braverman, G., Shapiro, Z. E. and Bernstein, J. A. Ethical issues in contemporary clinical genetics. 2018. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2018 Jun; 2(2): 81-90. Published online 2018 May 8. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2018.03.005
17. 日本医学会「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」
<http://jams.med.or.jp/guideline/genetics-diagnosis.pdf>
18. Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. 1998. *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ books.
19. Uhlmann, W. R., Schuette, J. L., Beverly Yashar, B. (編集). op. cit., p.136
20. 山本佳世乃, 2015. ライフストーリー分析指標の開発：遺伝カウンセリングへの応用を目指して. 風間書房.

〈執筆者紹介〉

研究代表者

柳谷 千枝子

(岩手医科大学教養教育センター外国語学科・英語分野 助教)

研究協力者

平林 香織

(創価大学文学部人間学科 教授)

藤澤 美穂

(岩手医科大学教養教育センター人間科学科心理学・行動科学分野 講師)

相澤 文恵

(岩手医科大学教養教育センター人間科学科心理学・行動科学分野 教授)

山本 佳世乃

(岩手医科大学臨床遺伝学科 特任講師)

本研究は JSPS 科研費 JP17K02512 の助成を受けたものです。

2020 年 3 月 31 日 印刷発行

科学研究費助成事業 (学術研究助成基金助成金) 基盤研究 (C)

[2017 ~ 2019 年度報告]

研究課題: 医療倫理教育のための

G. グリーン作品のナラティブ解析研究

印刷所 永代印刷株式会社

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目8-30

TEL 019-636-0011 FAX 019-636-0099
