

「人間」概念の変容と生命倫理

〔セッション趣旨説明〕

高草木光一（慶應義塾大学経済学部）

今回で7回目を迎える本セッションは、これまで主として先端医療が直接的・間接的にもたらす社会的・思想的諸問題を扱ってきたが、今回は、社会学、人類学、医学、心理学等さまざまな領域において試みられているナラティブ・アプローチについて、看護学の立場から松澤和正氏に報告してもらい、医療社会学、医学概論の佐藤純一氏、文化人類学の鈴木勝己氏という二人の異分野の討論者の参加を得て、学際的な交流を図りたいと考えている。

〔報告〕

「現代医療におけるナラティブの効用と課題—患者と医療者の倫理的関係論の視点から」

松澤和正（千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科）

現代医療における患者—医療者の関係論の批判的出発点は、医療者のパターンリズム（父権主義）から患者のオートノミー（自律）へという、生命倫理の主要なテーゼともいえるべきものを背景としている。その典型的な実践規範とされるインフォームド・コンセントは、今日の医療では、すでに広く周知されほとんど常識的で義務的な「標語」と化してしまっただけ感さえある。その流れは、単に患者の治療的な意思決定のプロセスという枠を越えて、患者に同伴するパートナーとしての医療者、さらには患者中心の医療という、患者—医療者関係の理念型として、むしろ医療者側が喧伝し多用する状況にまで至っている。

このような患者—医療者関係論の転回は、本来、患者とは何か、病いとは何か、といった問題をめぐる医療者側の患者への認識論的变化を内在させ、かつ促しうるはずであるが、現実にはそのようにはならなかった。事実、今日の臨床医学は、より実証主義的な生物学的医学を追求し、科学的根拠（エビデンス）の高い研究に基づく医学（＝EBM）の展開をいっそう重視してきている。これに対し、臨床医学の基盤を、より実践的・基本的な患者—医療者関係論のなかに求め、そこでの患者の「語り」（＝ナラティブ）を聴くことを中心に据えた医学（＝NBM）が、EBMへの批判的立場として台頭してきたのである。

NBMは「患者の語りを尊重し、医療者と患者との対話を通じて、新たな物語を構成していくことを重視する医療」であり、「病い」が物語的構造をもち、複数のストーリーから集積されたものであると見なす認識変化を伴うものである。つまり、インフォームド・コンセントが提起した患者—医療者関係の対等性を基盤に据えつつも、「病い」概念への根本的な問い直しをも志向し、手続き化、形式化しつつある患者の自律＝自己決定というインフォームド・コンセントの理念に実体を与えうるものとする。

実際に、医療現場においてナラティブ・アプローチが試みられることによって、「セルフケア能力不足の問題患者」と見なされていた人の行動が一種の合理性をもったものとして医療者から理解しうるようになり、「治療」のあり方が見直されることも珍しくはない。

では、看護の現場ではどうか。疾患そのものではなく、患者の生活困難を援助するという専門意識にあっては、ナラティブはむしろ自明のものに見なされる傾向があり、だからこそ、科学的看護、根拠に基づく看護 (=EBN) が求められ、ナラティブ・アプローチが方法論的に等閑視されてしまうという逆説的な事態が進行しているように思われる。

もちろん、ナラティブ・アプローチには、さまざまな問題点があることも確かである。医療の場における語りの強制、捏造、虚構という問題があり、「断片的な語り」、「声なき声」をナラティブとしてどう扱うかという問題もある。そうした諸問題を考えるうえでも、ナラティブのエッセンスとして、「苦悩への接近」と「苦悩の共有」という関係論的・倫理的な意識が不可欠であろうと考える。そこを基点にして、新たな医療者－患者関係の構築の可能性も見えてくるだろう。

[コメント1]

「ナラティブ・アプローチを可能とせしめる『病気・健康・医療・癒し』の状況」

佐藤純一（元高知大学医学部）

1970年代前半に「ナラティブ」という言葉が出現し、「物語論的転回」が始まってから、「病いのナラティブ・アプローチ」が台頭するまでには30年近くの年数が経っている。この30年間で何が変化したのか。かつては、近代医学がドミナント・ストーリーとして君臨し、その近代医学によって個々の「病い体験、リアリティー、意味」は篡奪されていた。病いは私秘的事項であり、「病の語り」は事実上封じられていたのである。ところが、急性疾患から慢性疾患へという、いわゆる「疾病構造の変化」によって、近代医学の不能性が顕在化し、人々は近代医学に不信を抱き始める。それは、同時に、自らの病いに対する主体性・能動性を、人々から引きずりだすことにもなった。そうした状況のなかで、病いの語りを篡奪されていた人々が「病いの経験と意味と解釈としての病の語り」を始めるようになる。病いにおけるナラティブ・アプローチは、このような「政治的」文脈においてはじめて成立したと言える。

[コメント2]

「病いのナラティブ、その可能性に関する一考察」

鈴木勝己（早稲田大学人間科学学術院）

ナラティブ研究で知られる北米の医療人類学者クラインマン (A.Kleinman) によれば、医療者が病者の苦悩を担うことは倫理的証人 (moral witness) であることを意味する。医療者が患者とともに存在し、患者の苦悩に精神的に立ち会うことである。ナラティブの臨床においてこそ、医療者は病者の苦悩と向き合い、分かち合うことができる。

私の研究対象であるタイのエイズホスピス寺院では、病者は変えようのない過去の出来事に対して忘れたふりをすることによって、つらい記憶を曖昧にしていく。相手や自己を赦す忘却の知に基づいて病いのナラティブを生成していく。医療者もまた、病者の死に立

ち会った後は、現世において救うことのできなかつた病者を速やかに忘れ、来世での幸福を願うことで、死にゆく病者と苦を共有する。

医療者が病者とともに苦悩を担うこと、倫理的証人になることは、単に言葉を聞き取るのではなく、言葉の背後にあるその人の生をしっかりと見届けることであり、近代医療においては実現が困難な領域である。タイ社会における病者と医療者の忘却の知は、倫理的証人のひとつのあり方を示している。これは、苦悩を共有しようとするナラティブ・アプローチのあり方を検討するうえで、非常に示唆に富んでいると言えよう。

〔討議〕

佐藤氏より、三つの問題点が提起された。①「病人」と「患者」は範疇的に区別されるべきではないか。近代医学の枠組みのなかにあるのが「患者」であり、そのような「患者」と医療者との「対話」は、その関係性それ自体によって変形されることを避けられない。「患者」の語りは、「近代医学」のターミノロジーによって読み替えられるという欺瞞性をもつのではないか。②「語り」とは本来、発話行為に限定されており、「発話」の向こう側に「声なき声」を掬いあげるといったことは、ナラティブの方法を原理的に逸脱するものではないか。③病いにおけるナラティブ・アプローチは、医療者の「スタンス」として捉えられているのか、それとも治療に役立つ「ツール」として取り上げられているのか。

これに対して、松澤氏より、以下のような回答があった。①もちろん、医療者側による「読み替え」や「変形」の可能性はつねにある。しかし、近代医学以外のいかなる枠組みを用いようとも、そうした事態はある程度は避けられないので、医療者はその点について自覚的でなければならない。②「語り」が発話行為としてあるとは捉えていない。その点については認識の相違がある。「語り」は、身体言語を含むあらゆるノン・ヴァーバル・コミュニケーション (non verbal communication) のなかに見いだすことができる。③医療者－患者関係の構築のための「スタンス」と考えている。それが「治療」に役立つ場合もあるし、役立たない場合もあるだろう。

また、鈴木氏より、医療者が「苦を分かち合う、担う」と言う場合、どんな基準で「担う」と言えるのか、という問いがあった。これに対して、松澤氏は、どんなにわずかであっても相手の痛みを医療者が感じとることができれば、その痛みは医療者の肩に移る、それをもって「担う」と考えたい、と回答した。

その他、フロアから、①看護の固有性をどこに求めるのか、治療の補助か、癒しか、②患者本人が発話行為を行なわない「ナラティブ」の可能性はあるのか、③ナラティブ・アプローチにおける「社会的詩学」の意義とは何か、といった論点が提起され、報告者、討論者との間で活発な議論が展開された。

参加者は、計 15 名だった。