



シリーズXVI

メンタル
ヘルスケア

5. Narrative-based Medicine (NBM) とメンタルヘルス—EBMを超えて

札幌医科大学医学部地域医療総合医学講座 山本和利

1 はじめに

現代の生物学的医学は、科学的であることのみ
に主眼をおき、患者自身、あるいは患者の生きた
体験や抱える信念を無視する傾向をますます強め
ている。その反省として、科学性のみならず患者
の背景をも考慮するEBMという実践法が唱道さ
れたが、その本意は十分に理解されているとはい
い難い。今回はメンタルヘルスのエビデンスに触
れ、その後、EBMに潜む問題点とその補完法で
あるNBMについて述べる。

2 メンタルヘルスのエビデンス

神経性食欲不振症、うつ病、全般性不安障害、
統合失調障害などのエビデンスがEBM関係の本
に記載されている。うつ病治療を取り上げてみよ
う。まず有効な治療法として三環系抗うつ薬
(TCAs)、selective serotonin reuptake inhibitors
(SSRIs) が有効と思われるものとして、ハーブ
治療や薬剤と精神療法の併用効果が確認できて
いないものとして心理学的治療、運動療法などが
挙げられている。もう少し具体的にみてみよう。55
歳以上の患者について数カ月間抗うつ薬群とプラ
セボ群でランダム化試験をした17の研究をメタ分
析した報告がある。それによると、うつ状態から
回復しない比率を有意に減少させた。TCAs群：
125/245 (51%)、プラセボ群：167/223 (75%)
であり、相対危険が0.68 (95%信頼区間0.59～
0.78) でNumber needed to treat (NNT) は4で
あった。一方、SSRIs群：261/365 (72%)、プラ
セボ群：310/372 (83%) であり、相対危険が
0.86 (95%信頼区間0.79～0.93) でNNTは9で
あった¹⁾。TCAsとSSRIsのメタ分析結果では有効

性に差を認めていないが、18～80歳の10,533名を
含む95のRCTをメタ分析したところ、脱落率など
を比較するとSSRIsの方が使いやすい傾向があっ
た (相対危険が0.88 (95%信頼区間0.83～
0.93))²⁾。

3 EBMの限界

大規模ランダム化試験 (LRCT) やメタ分析の
結果を根拠として医療の政策的統制が図られつつ
ある。この動きは一步間違うと大きな危険をもた
らす可能性がある³⁾。例えばメタ分析には出版バ
イアス、言語バイアス、重複バイアスなどの問題
点が潜む。含める研究の選択や結果を報告する指
標をどのようにするかによって、間違った印象に
導くこともできる。さらに、メタ分析がたくさん
行われた結果、LRCTと一致しないメタ分析の論
文が少なからず目につくようになった。また
LRCTでやっと有意差が確認されたということ
を裏返していうと、臨床医の経験では実感できな
いほどの小さな差であるとも言えるのである。メ
タ分析についてだけ簡単に言及したが、EBMは確
率論が抱える問題をそのまま内在しているの
である。日常診療においてもはっきりと診断できず、
明確な治療指針を立てることが難しい患者群に
しばしば遭遇する。個々の患者が個性的であれば
あるほどevidenceが当てはまる部分は低下してゆ
く。患者の抱える問題によっては他の方法を併用
する必要も出てくるのである。

4 EBMの限界の打破に向けて

このような状況を打破するためには、医学を患
者の側にさらに引き寄せる必要がある。そこで、
患者の「語り」を通じて、患者の信念にアプロー

チしようとするのがNBMという実践法である。

医学において「語り」が重要なのは、「語る」ことで「語り手」と「聴き手」がつながり、生きた経験としての語りを通じて、患者は自身の「病い」に意味を見いだすことができるからである。

例えば治療の過程において「語り」は全人的なアプローチを促進し、治療上の新しい選択を示唆したり生み出したりする可能性がある。

5 Narrativeの5つの想定

患者の問題に科学で対応できない場合、哲学的な対応が迫られる。ここでは哲学的な対応すなわちナラティブな対応ということで論を進める。ナラティブを医療に導入する理論的背景として、

1) 物語を話すことは人間の基本的側面である、2) 物語としての人生は事実と可能性とから創られる、3) 意味と時間の流れは物語として我々の人生と結びつけられる、4) 物語として見る人生は関連する4つの次元を巻き込む、5) われわれは個人々人として、さらに大きな物語である背景の中で個人の物語を創作する、という5つの想定がなされている⁴⁾。

6 NBMの実践

では、具体的なNBMとはどのようなものなのであろうか。例を挙げよう。「ある日ある時、王様が亡くなりました。」という事実と「その数日後、王妃様が亡くなりました。」という事実があるとすると、これだけでは箇条書きされた2つの文章に過ぎない(story)が、「ある日ある時、王様が亡くなりました。その悲しみのあまり、数日後、王妃様も亡くなってしまいました。」と語る者が関係づけることによって物語(plot)が創られるのである。その関係づけはどのようにされるのであろうか。医師にあっては、患者の話聴いて、考えて、感じる以外はない。そこではまさに患者と出会ったその医師の生きる姿勢が問われているのである。

医療の現場で語られる言葉にはどのような特徴があるだろうか。まず、病者と医療者のかかわりは、相互の「語り」を通じて展開してゆく。そして物語は、科学的説明では描ききれないような時

間的、空間的な広がりをもって世界を描き出すが、現実の理解を一定の方向へ導き、制約もする。それゆえ、その「物語」は容易には変更できない。

そのような物語を少しでもpositiveな「自己物語」に書き換えるにはどうしたらよいだろうか。そのためには、少なくとも聴き取ってくれる誰かに向かって語らなければならない。そして物語としての一貫性は「現在」が物語の結末になるように組織化されることで得られる。物語は医師と患者が対話した「現在」によって書き換えられてゆくのである。

7 6つのナラティブ要素

一般診療現場で役立つ6つのナラティブ要素⁵⁾を紹介しよう。

1. Conversations (会話)

会話の内容よりもプロセスそのものを重視し、そのプロセスを治療とみなすことである。問題が解決されることは思っているほど多くはない。そこで、目標を「問題の解決」から「問題の解消」へ向かうようにする。すなわち、問題は厳然として残ったとしても患者が気につけないようになればよいのである。そして問題に名前づけをする。

例えば夜尿が問題であれば本人を責めるのではなくそのことに「おねしょ小僧」と名前づけして、「おねしょ小僧」がやって来たというふうの問題の外在化を図るわけである。また会話では、医師は質問者となり、かつ新たな物語の提案者となる。そして、物語は終わることなく発展してゆく。

2. Curiosity (好奇心)

患者に焦点を合わせ興味深くのめり込む。物語が次々に先へ先へ移ってゆくような会話を心がける必要がある。知的に迫るよりも、むしろ情緒的に対応し、患者の感情とそれへの聴く者の理解(共感)を示すことが重要である。その際、聴く者の意思を入れず無知の姿勢、すなわち「あなたについて私は全く知らないので教えてください」というソクラテスが提唱した姿勢が重要である。

3. Circularity (循環性)

対話には終わりがなく複雑な循環を繰り返すと

想定する。そのように考えて、会話しながら医師は患者の話にフィードバックを続ける必要がある。患者がどう感じているか、病状からどのような影響があるかといった、患者を主語にした会話に終わらず、家族はどう感じているか、他の家族への影響はどうかといった質問に移行させることによって患者に気づきが生まれる可能性がある。このような問いかけは多声的で、繊細で、複雑で、興味深い物語を創生し、それはひょっとすると新たな物語に変わりうるものとなる。

4. Contexts (背景)

患者は、これまで受診した機関や家族、仕事など多彩な背景を持っている。ここで重要なのは医療従事者も多彩な背景を持っているのだと認識することにある。医師一人ひとりも研修内容や医局の慣習、専門性が異なり、医師・患者双方がその背景の中で影響を及ぼし合うのである。患者を「問題患者」とラベルする前に、医師自身が診察室に対話が上手くゆかない背景を持ち込んでいないかを、ふり返る必要がある。

5. Co-creation (共創)

新たな物語を患者と医療従事者で協力して作り出す必要がある。そのためには医療従事者に2つの役割が課せられる。ひとつは参加者として巻き込まれることであり、もうひとつは新たな物語の進行の観察者となることである。良い物語をつくるためには2つの役割のバランスが重要である。

6. Caution (慎重性)

忙しい一般診療現場にあっては医療従事者がおかれた環境の限界も知る必要がある。時間や利用できる物的、人的資源が限られているので無理をすべきではない。特殊なことを望んでいない患者や患者背景を話したくない者にまで深入りする必要はない。ステレオタイプにならず、自分なりの方法を模索する必要がある。

8 ある診察室の風景

では、ある診察室の風景を覗いてみよう。親戚に付き添われて遠方から受診した70歳の女性である。記載すべき項目が構造化された問診表には以下のように書かれている。「息を吸うと苦しいという発作が起こり、近くの病院を受診した。喘息

と診断され、点滴や吸入療法を受け、緩解すると退院し、増悪すると入院するということを繰り返している。最近、体がだるく、全身が死にたくなるほど痛む。精神安定薬・吸入薬等、数種類の薬を持参しており、精査・加療を希望している。最近、夫と死別。」

医師が喘息として対応し、それ以外に精神的問題も考慮して薬物療法を行っていることが、この問診票から窺いしれる。診察室で付き添い者と一緒に対話することにした。患者の話はこんな風に始まった。「夫が突然亡くなったという話を聞いた途端に呼吸ができなくなり、入院することになりました。」患者から出た夫という言葉に焦点を合わせて訊くと、「大酒飲みで、40年間、殴る蹴るが絶えない生活でした。」話は次々に先へ先へと移ってゆく。夫からの暴力を受けた場面に話が入ると、患者の辛さに「大変な人生でしたね」と言葉を挟んだ。話が終わらず、繰り返し始めたところで、一日の生活について訊いた。「朝起きて、仏前に水とご飯の御備えをする。そして手を合わせてお祈りをする。」「お父さん、あなたがいなくなって私はこんなに幸せでいいのでしょうか」と。医師も看護師、付き添いとも思いがけない言葉に啞然とした。この対話の中で患者に気づきが生まれたのであろう。「もしかしてあなたの心はご主人が亡くなって不幸なのではなく、幸せだったのかもしれませんがね。でも身体がそれを受け入れられなくて発作が起こるのかもしれませんがね。」と私はフィードバックをした。そのとき、一瞬患者に笑顔が浮かんだ。患者は、これまで受診した遠方の医療機関で喘息、精神的ストレスとして対応されている。夫の亡くなったこと、これまでの結婚生活が少なからず影響していること、薬を徐々に減量し、これまでの医療機関で引き続き経過観察を受ければよいことを説明し、診察は終了した。

このようにナラティブを聴くことにより、語り手自体も全く気づいていない「物語の構造」を照らしだすこともあり、対話を続けるうちに、問題そのものが解消してしまうことさえあるのである。

9 おわりに

現代は、医療の実践とその機構にとって不確実性と混乱の時代であるが、このような時代にこそ、「語り」へのアプローチが必要不可欠であると言えるのではないだろうか。

参考文献

- 1) Wilson K, Mottram P, Sivananthan A, et al. Anti-depressant versus placebo for the depressed elderly. In : The Cochran Library, Issue 4, 2001. Oxford : Update Software.
- 2) Geddes JR, Freemantle N, Mason J, et al. selective serotonin reuptake inhibitors(SSRIs) for depression. In : The Cochran Library, Issue 4, 2001.

Oxford : Update Software.

- 3) Egger M, Dickersin K, Smith GD(2001) Problems and limitations in conducting systematic reviews. In : Systematic Reviews in Health Care Meta-analysis in context. Egger M, Smith GD, Altman DG(eds) BMJ Books, London, p 43-68
- 4) Kenyon GM, Randall WL(2001) Narrative Gerontology : An Overview. In : Narrative Gerontology Theory, Research, and Practice. Kenyon GM, Clark P, de Vries B(eds) Springer Publishing Company, New York, p 3-18
- 5) Launer J(2002) Concepts. In : Narrative-based Primary Care a practical guide. Radcliffe Medical Press, Oxon, p 21-33

新刊紹介

医療薬日本医薬品集2004年版（第27版）

本書は、わが国に流通する全ての医療用医薬品約16,000品目について、組成、効能・効果、用法・用量、使用上の注意、作用、該当商品名（会社名）などの情報を収録し、審査関係の基準書にも使用される、大変権威ある医薬品事典の最新版です。

頻繁に行われる医薬品添付文書の改訂に対応し、禁忌・警告等を赤色、併用禁忌、重大な副作用を青色、相互作用、副作用については表組にするなど、一層見やすくなるよう編集しています。

「日本医薬品集DB（CD-ROM）」は、簡易院内医薬品集作成機能を搭載し、CD-ROMを常時セットする必要のないフルインストールタイプ。医療薬データに加え一般薬データ約13,000品目も収録しています。

また、ご購入後ご希望の方には、新薬（後発医薬品は除く）情報を電子メール（無料）で提供する「新薬情報メールサービス」も開始しています。



■(財)日本医薬情報センター 編集

■(株)じほう 発行

■書籍のみ

→B 5 判、3,100頁、定価23,500円（税別）送料500円

書籍とDB（CD-ROM）2点セットケース入り

→定価42,000円（税別）送料500円

■お申し込みは書店へ。または、直接発行元の(株)じほう販売局

(TEL03-3265-7751・FAX03-3265-7769)

大阪支局

(TEL06-6231-7061・FAX06-6227-5404)まで。