

特別講演

生活に向き合う医療とは何か
—語り（ナラティブ）からの考察—

沖田 一彦

(公社) 広島県理学療法士会会長
県立広島大学保健福祉学部教授

I. はじめに

2025年問題（団塊の世代が高齢者となることで人口全体に占める65歳以上の比率が28.7%となること）に対応するために、リハビリテーション（以下、リハ）を含む医療や介護に大きな変革が求められているのは周知の通りである。その対策の柱として「地域包括ケアシステム」を確立する必要性が提唱されており、在宅リハがますます重要になることが指摘されている。しかし、そこで提供されているサービスは、患者や利用者を満足させているだろうか？

「ちゃんとした医学や看護学に基づいているため大丈夫」と言われる方が多いかもしれない。しかし、医療の専門家（以下、専門家）自身からも、病院や施設で行われるリハの考え方や技術が在宅では通用しないという声をよく聞く。さらに専門家同士の批判も耳にする。たとえば「病院の療法士は利用者や家族の生活というものが分かっていない」といったものである。

そこで本稿では、これらの問題を、利用者とその家族（利用者ら）の「語り（narrative）」という視点から考察する。鍵となる概念は利用者らの「生活」である。そのことで、在宅リハサービスを提供する側とされる側のサービスに対する捉え方の齟齬（そご＝ギャップ）を解消するヒントになればと思う。

II. 「語り」とは何か

「語り」とは文字通り、人があることについて「話す」ことである。しかし、それは単なる「おしゃべり」や「世間話」ではない。その形式は、小説のように「物語」として活字で語られることもあれば、「打ち明け話」のように感情を交えた言葉で伝えられることもある。いずれにも共通しているのは、そこで語られる内容が、語る者の来

歴（生きてきた経緯）や彼/彼女らを取り巻く社会的な状況（文脈）から、ある場合は苦しみの、ある場合は喜びの表現として語られるということである。私たち専門家は、まずそのことに気づかなければならない。その語りが病気に関わるものである場合、それはしばしば「病の語り」と呼ばれる。

医療人類学者で精神科医でもあるKleinman¹⁾は、個人の病の捉え方は文化的表象（その時代・場所での特定の病気や障害のイメージ）と集合的経験（病気や障害をもつことがその社会でもつ意味）の相互作用によって形成され、個人の語る病のつらさ・苦しみ（サファリング：suffering）は、この3点すべてから測量しないと理解できないと述べた。難しい概念だが、ここで勘違いしてはいけないことがある。それは私たち専門家が、「患者・利用者らのサファリングは“心の問題”であり、それは私たちの専門ではない。精神科医や臨床心理士の守備範囲だ」と考えてしまうことである。

そう考えてしまうと、私たちは何も対応できなくなる。そもそも「病の語り」とはそういうものではない。また、患者・利用者らのサファリングはしばしば、私たち専門家を悩ませる行動・行為に結びつく。患者・利用者らのいわゆる「コンプライアンスの悪さ」である。具体的には、専門家の指示を守らない、民間療法を使用している、家族が甘やかしているなど、枚挙にいとまがない。在宅医療に携わる専門家に話を聞いていると、多くがこの問題に悩んでいることが分かる（表1）²⁾。

このような行動・態度を変容させようとして患者や利用者らを叱責したり、説得を続けたり、あるいは精神・心理学の専門家に相談・介入を依頼したりしても、それらは徒労に終わることが少なくない。筆者は、これは私たち専門家が彼らの

表 1. 在宅医療・訪問リハの問題点（文献2より引用）

-
- ① 環境やマンパワーの問題により、それまで病院で行っていた治療や指導がそのまま行えないことが多い。
 - ② スタッフが毎日訪問できるわけではなく、スタッフ間でいくら情報や意見の交換を行っていても、家族を介する形では指導に対するコンプライアンスがなかなか改善しない。
 - ③ 利用者と家族が訪問スタッフの職種や専門性を理解していないことが多く、無理な要求や専門でない業務の依頼をされることが少なくない。
 - ④ 慢性期にある利用者のほとんどが、機能や生活習慣の改善が顕著には起こらないため、訪問スタッフのモチベーションが下がる。
 - ⑤ 医療・介護とは関係のない相談に付き合わなければならないことも多く、「こんなことで診療報酬をいただいていいのか？」という葛藤が生まれる。
-

「語り」をよく聞いていない、あるいはその意味をよく理解できていないからだと考えている。「語り」の本質は、「私はあなたという人について知らないから教えて欲しいという"構え"のこと」であり、それは「会話するとき相手の話を聞く姿勢のこと」だからである³⁾。ここからはこのことについて、事例を挙げながら説明していきたいと思う。

Ⅲ. 在宅での指導が受け入れられない！

訪問リハに携わる専門家の現場での悩みを聞いていると、それが次元の異なるいくつかのカテゴリーで生じているように感じる。ここでは二つの事例を挙げながら、その実態と問題について考えてみたい。

1. 「生活」という次元での指導をめぐる

まず、30歳代前半の理学療法士（PT）が訪問リハを始めたころのエピソードを紹介しよう。彼は、70歳代の神経難病をもつ男性の家族から車椅子の変更について相談がされたという。

初回訪問より車椅子座位が崩れていて、車椅子の変更が必要だと感じました。（中略）奥様から、トイレへの移動があるため車椅子には「軽さ」と狭い通路でも通過できる「スリムさ」を要求され、ご本人の座位保持を安定させるための「長めのアームレスト（肘かけ）」のある標準型車椅子ということで、福祉用具業者さんに新しいレンタル車椅子を準備していただきました。（中略）姿勢の崩れ具合が修正されたことを確認し、廊下を通過してトイレまで移動できることを確認をして、（中略）その日の訪問を終えました。しかし1週間後

に訪問すると、元の通りの車椅子に戻されており、理由を伺うと「使いにくいから返した」と一言…。当時は、提案した私への相談もなく返してしまうご家族や、（変更した車椅子を）引き上げてしまう業者さんに対して、（中略）とても頭にきて一人で怒ったことを覚えています。（男性、訪問看護ステーション兼務）

この問題については、社会学者の齋藤と榎田⁴⁾が、在宅医療を「当事者カテゴリー」とみなす視点で研究している。それは、患者が病院を退院して帰宅し在宅医療サービスを受けることになると、そこでは専門家の指導や助言に基づいた「医療の家庭化」が起こるというものである。彼らは、当事者どうしのコミュニケーションや活動を分析することでそのことを示した。対象となったサービス利用者は、訪問看護や訪問介護を週2回受けている90歳代の女性と四世代同居の家族で、女性の介護度は重度で寝たきりであった。

具体的には、①2時間ごとの体位変換（寝返り）、②1日3回の胃瘻栄養の場面が分析された。①については、病院では看護師が、褥瘡（床ずれ）予防のために「体位変換表」を患者ごとに作成し、時刻と担当を決めて変換を行っている。しかし在宅では、時刻や担当者が決められると、それに家族の生活がしばられ逆に実行しづらい。そこでこの家庭では、壊れた時計を利用者の部屋に置き、誰かが体位変換を行えば、その時間を指で時計の針を回して示し、次に女性の部屋に入ったものが現在の時刻との差を確認して変換を行っていた。また②では、家屋の構造上、胃瘻栄養バッグを吊り下げる鴨居の位置がベッドから遠かったため、栄養バッグと胃瘻とをつなぐカテーテル（チュー

ブ)を2本連結して使用していた。①では体位変換の時間の正確性、②では衛生面と栄養の流動速度という点で専門家なら考え付かない、というより「許されない」行為である。実際、家族のこれらの対応については訪問看護師が何度か注意をしたが、次の訪問時には元に戻っていたという。

筆者が推察するに、この理由は簡単である。①については、時刻や担当者を決めると、家族はそれに準じて生活リズムを決めなくてはならなくなる。専門家が病院の勤務時間内に業務として行かならならともかく、世代の異なる家族の生活を「体位変換表」に基づいて一日中縛ることはできない。②についても、専門家なら「鴨居の近くにベッドを移動すればいいではないか」と考えそうだが、ベッドは寝たきりである療養者のもっとも長い居場所であり、日当たりや胃腸栄養以外の介護のしやすさを考えると、安易にその場所を変更することはできない。つまり、在宅の生活を脅かす/壊すような医療サービスは、利用者やその家族から受け入れられないということだ。しかし、齋藤と榎田のこの報告に出てきた訪問看護師のように、療法士にとってもまた「医療的視点から生活的視点」への切り替えは相当に難しい。

2. 「生命」という次元での指導をめぐって

別の次元で、より深刻な問題を取り上げよう。訪問リハを実施している30歳代前半の男性PTは、以下のようなエピソードを語ってくれた。彼が訪問リハを担当している80歳代の女性は、脳卒中による重度の片麻痺で寝たきりのまま退院し(要介護度5)、自宅で訪問看護と訪問リハを受けている。彼女には入院時から誤嚥が認められ、経口摂取が困難と判断され胃瘻が造設されたが退院後、何度も誤嚥性肺炎を起こして病院に運び込まれている。胃瘻ではチューブから直接胃に流動食や水分を注入するため、誤嚥の発生は考えにくい。では、なぜこの女性は繰り返し肺炎を起こすのだろうか。

それは、彼女の主たる介護者である70歳代の妹が、姉の好物である"刺身"を細かく刻んで食べさせていたからである。高熱を出して病院に運び込まれるたびに主治医はこの妹を強く叱責し、コメディカルスタッフも「こんなこと繰り返していたら、お姉さんは長くは生きられないよ」と警告してきた。そこで、この妹の行動がどうしても理解できなかった彼は、訪問の際に思いきって本人

に直接その理由を聞いてみた。彼女は以下のように語ったという。

数年前、主人を胃ガンで亡くしました。そのとき私は、病院の先生たちの言うとおりに何も口から食べさせなかった…。主人から、もう一度肉が食べたいと何度も懇願されましたが、病院の指示を守らないといけないと言いつけて食べさせなかったんです。主人が亡くなって思ったことは、私はなんてひどいことをしたのだろうということでした。だから、戦時中から母親代わりに私を育ててくれた姉に同じことをしたくありません。医者が何と言おうが、何度入院することになるかが、私はこれからも姉が食べたいというものは食べさせます。

このPTは、このとき彼女の発言の意味がまったく理解できなかったと述べた。思ったのは、「身体的に苦しむのは、あなたではなくお姉さんではないのか」、「医療費の無駄遣いとは思わないのか」、「入院を繰り返すと、あなた自身も手間と時間を取られるではないか」というネガティブなものだけで、どう反応していいかわからないまま訪問を終えたという。

この問題について、総合診療医の尾藤⁵⁾は、自分の方が患者さん以上に患者さんに必要なこと(医療ニーズ)が分かっていると自負し、自分がよかれと思う医療を押しつけようとする医師の思考回路を「医師アタマ」と呼び、それへの“対策”を以下のように述べている。「生活する人間の立場を医師アタマに想起させ、“人”に変身させるにはいくつかの方法があります。たとえば、「私が先生の母親だったら、先生はどんな判断をしますか?」とか「私と同じ疾病なら先生はどうしますか?」と聞くことです。

そこで筆者はこのPTに、「もしこれがあなたのお母さんの問題だったらどうする?」と聞いてみた。彼は同じことを家族からも聞かれたと言いつつ、「自分の母親だったらですか…。ひょっとしたら、僕も同じことをするかもしれません」と述べた。しかし、誤嚥性肺炎の再発のように「生命」に関わる次元では、問題はそう単純ではない。やはり嚥下に問題がある利用者の訪問リハビリを担当している20歳代後半の言語聴覚士(ST)は、以下のように語った。

訪問リハで伺ったお宅で、利用者さんのご家族から困った質問をされました。「おじいさん(80歳代)は餅を食べないと正月が来ないと言いつ張り

ます。できるだけ細かく刻むから食べさせていいでしょうか？」と聞かれました。お正月だし、ご家族の気持ちはよく分かるんです。でも明らかな嚥下障害があるんです。ただでさえ高齢者が餅を喉に詰まらせて死亡したという事件はよく報道されますよね。だから専門家としては、「正月が来ないとまで言うのなら、少しくらいならいいんじゃないですか」とはとても言えなくて…。黙認というんでしょうか、それについては返答をうやむやにして帰りました。私は主治医（かかりつけ医）ではないので、少しくらいならいいとは絶対に言えない。何かあったら責任がもてないから。（女性、訪問看護ステーション勤務）

筆者には、このSTの気持ちがよくわかる。専門家からみて「リスクが高い」と判断できるからこそ「いいとは言えない」のだ。この判断に反して、「いいんじゃないですか」と言うと、私たちはもはや専門家ではなくなる。さらに、そのことで生命に関わるような問題が起こったら、たとえ主治医でも責任は取れないだろう。私たち専門家は医学的観点からのアドバイスはできるが、生活や文化に端を発する不確実な健康問題についての責任は取れない。だから、「手堅いところをアドバイスし、判断は本人とその家族にしよう」しかない。このSTは良心的だと思う。本当は、「いまの状態ではまずいですよ。我慢してもらいましょうよ」と言いたかったが、利用者と家族の気持ちもよくわかるので、「黙認」という形で「返答をうやむやにして帰った」に違いない。筆者には、これを「責任逃れ」とか「現実逃避」と非難することはできない。筆者自身もこれまで、幾度となく取ってきた方略だからである。では、

どうすればいいのだろうか？

IV. 解決の糸口 (1) 一折り合う点を見つける

先に述べた二つの次元の問題については、まず医療人類学者の星野⁶⁾が提唱する概念に注目したい。それは次のようなものである。「英語のライフ (Life) は、生命、人生、生活といった、日本語では異なったニュアンスの言葉を包括した語である。ライフのあり方・考え方・営まれ方は個人によって、また社会集団によって異なり、変化する、(中略) そのような意味でのライフを生きる人々が生活者である。生活者にとっての病とは、生活や人生や人間関係を脅かす(かもしれない) 心身の状態であり、サファリングを軸に、ライフ(命、生活、人生、実存)との関係で意味づけられ定義される出来事である」。生活者にとっての病には、日常生活の言語が用いられ、会社を休まなければならない状態から遺言状を書いた方がいい状態までがあり、それらは日常の言語で語られる。

さらに星野⁶⁾の次の説明が、私たち専門家に重要な示唆を与えている。「医療者と患者は、臨床の場でのやり取りを通して、それぞれの物語を生成、確認、修正していく。その際に医療者は、患者の語りから医学的に意味のある情報を抜き出す。一方病者も、医療者の言葉から、生活や人生に関わる情報を抜き出したり、医学的説明を生活の現場に持ち帰ったりする。つまり、臨床は生活者の物語と医療の物語が出会い折り合う地点を見つける翻訳と交渉の場なのである(傍点は筆者)」(図1)。少し長くなるが、これを実践しようと日々努力している50歳代前半のPTの語り紹介しよう。

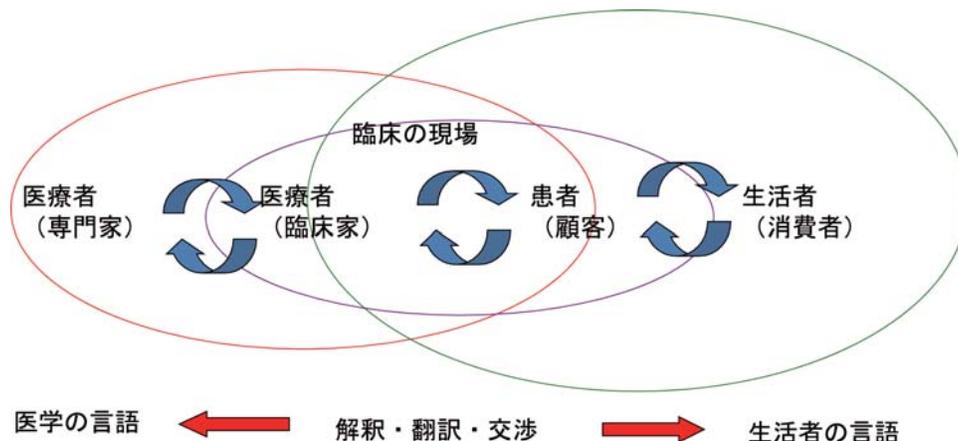


図1. 折り合いをつけるための解釈・翻訳・交渉 (文献⁶⁾より引用)

先月、大腿骨頸部骨折で手術をした90歳の男性を担当しました。ベッドサイドで軽い運動から始めようとしても、「手術したところがすごく痛い。もう歳じゃけえ、こらえてつかあさい」と手を合わせて懇願するんです。「もう歩けなくてもええから」って。でも主治医は、「強固な内固定をしているし、さっさと体重かけて歩かせてよ！」の一点張り。医学的には事実ですが、本人は痛がって動かない…。また息子のお嫁さんがリハビリ計画書の説明を聞きにきたんだけど、「家に帰っても自分でトイレに行けなかったら、引き取ることはできませんから」と言われ、医師と患者と家族の板挟みになり悩みました。自分の経験から、この年齢・症状・経過で独歩（介助なしに自立して歩ける）までいくのは無理だと判断しました。それで、主治医には「できるところまでやってみるので、（クリニカル）パス通りに行かなくても待つて下さい」と言いました。患者さんには「家でトイレくらいまで自分で行けないとお嫁さんがもたないよ。どこからなら始められるかな？」と聞きました。歩行器で何とか歩けるようになった頃、お嫁さんに家屋構造を詳しく聞き、寝室を1階に移し、ケアマネに相談してトイレに手すりを付けました。それで何とか（自宅に）退院できたんです。うちは高齢者が多いんですが、こっちだっとなるべく施設転所は避けたいから、毎日毎日こんなことに頭を悩ませています。（女性、一般病院勤務）

筆者は新人の頃、ベテランのPTが患者や家族と、このような折り合いをつけているのを見ると、専門ではないことに時間を割いているように感じたり、現実から逃げているように感じたりして、どこか納得できないところがあった。しかし、いまでは完全にこちらが本当の専門家なのだと感じている。上記のPTはこの患者について、まさにその“立ち位置”を考え、かつその“専門性”を見失ってはいない。それに必要となる専門家の視点の転換のための鍵となる概念をここに追加しておきたい。それは、医療において専門家と患者とを「専門家－素人」の構図で捉えないということである。たとえば医療社会学者の松繁⁷⁾は、イギリス保健省の取り組みの調査を通して、患者を“lay expert（素人専門家）”と位置付けることの重要性に注目している。この言葉は一見すると語義矛盾を感じるが、分かりやすく言えば、患者を「病や障害をもって生活していくことの専門家」

とみなす視点である。イギリス保健省の取り組みは、「患者歴」が長い患者が指導員として、「患者歴」の浅い患者をリードしていくというものであった。これは、檜田⁸⁾が、在宅療養者を抱える家族の生活や環境に応じた医療の変更を「イノベーション」と呼び、療養者とその家族が、「在宅医療の専門家・熟練者」である可能性を指摘したことと共通している。

この概念を知ったときの筆者の戸惑いは大きかった。最初は、ほとんど理解できなかった/受け入れられなかったと言っている。医療の専門家はよく、学生や新人に「患者から学ぶことを忘れるな」という格言めいた言葉を使って指導する。響きのいい言葉で、最初に聞いたときは感動したが、それはあくまで正しい診断（アセスメント）や治療（指導）という専門家としての新たな「学び」のための姿勢を言っているのであって、少なくとも上記のような違う次元での「学び」を促しているものではない。しかし、松繁⁷⁾や堅田⁸⁾による概念を理解し受け入れることなしに、星野が指摘した「折り合う地点を見つけるための翻訳と交渉」は困難なように思われる。

そのために、もう一つ注意しなければならないことがある。それは、上記のベテランPTの思考と対応がこの患者について取られたとう事実である。この点については、日本にEBM（根拠のある医療）の概念と方法を導入するのに貢献した医師の一人である名郷⁹⁾の次の言葉が興味深い。「明確なエビデンスとは、3%の脳卒中を2%に減らすということだったりする。そのどかが明確なのか。私が知りたいのは統計学的にはではなく、臨床的にどうかである。EBMには、ステップ4に患者への適用－個別の患者にとって、臨床的に意味のある治療かどうかというプロセスがある。しかし、その部分を勉強して分ったことは、そんなことは自分で考えろということだけである」。治療法の選択と適用という点だけみても医療の個別性は高い。ましてや、それを決める専門家としての“立ち位置”となると、「折り合う地点を見つけるための翻訳と交渉」の個別性は極めて高くなり、事例の状況と文脈に応じて相当柔軟に調整していく必要がある。

V. 解決の糸口（2）－生活の文脈から“語り”を解釈する

筆者は、ここまで述べてきたよう生活者である患者や利用者らとの狭間で治療・指導を行う際、

彼らの「語り」を聞くにあたって絶対忘れてはならないことがあると考えている。それは、病気や障害をもつことで患者や利用者らのサファリングが、どのような文脈で生じているのかと考える想像力である。難しいことではない。「Xという人が病気になれば、Yという文脈において、どんな問題Zが起こるか？」と考えてみるのである。実は、多くの患者や利用者らの抱えるサファリングはここから生じている。たとえば、50歳代で会社の管理職にある男性が脳卒中片麻痺になり、急性期病院で初期治療を受け、リハを目的に回復期病院に転院したとしよう。彼は転院から1ヶ月たっても2ヶ月たってもまだ歩けない。あるいは、歩けないまま退院して在宅で訪問リハを受けることになったとしよう。彼の最大のサファリングは、「歩けないこと」それ自体にあるだろうか？

筆者にはそうは思えない。この男性には私立の大学と高校に通う子どもがいたとしよう。そして、妻はパート勤務でまだ家のローンが10年近く残っている。上記のX-Y-Zの構造で考えると、この患者にはどのような文脈（たとえば経済）で、どのような問題（たとえば子どもの進学）が生じ、そして患者にはどのようなサファリングが生じるだろうか。「このままでは俺と家族はどうなってしまうのか？」というサファリングから、抑うつ状態に陥っている患者は驚くほど多い。それに対して専門家がしばしば取る対処を思い起こして欲しい。うつスケールが何点、導眠剤を何mg出した、リハに対するモチベーションが上がらないので常に励ましているなどの対応が、彼のサファリング解消の助けになっているだろうか？

回復期リハ病院から移動を含む日常生活動作が一部介助のまま自宅退院することになり、病院スタッフの家屋改修指導のために、5ヶ月ぶりに自宅に帰った60歳代前半の脳卒中片麻痺患者の語りを聞いてみよう。

（久しぶりに自宅に帰って）目がくらんだ…。嫁さんに対して、これから苦勞かけないけん（涙）。病院でリハビリしたら何とか歩けるようになりまして、（それは事実だが）そういうわけにいかんが、（中略）俺も分からんし、嫁さんも分からんし、娘も分からん。俺が歩くのに手を貸さないといいけんに、どこに手を貸せばいいか分からんやろ…。そういう状態で生活が成り立つんか、不安が募る一方だわ。9月いっぱい帰れるって言うけど、それまでに全部できるかっていったら、

できりゃせんって、（中略）だけん、（妻も長女も）イライラすると思う。初めてのことで、手がかかるんやから。女房も仕事がある。帰ってきたら、こんな自分が家におるといわけよ。（家庭生活を）今まで通りできるかって言われたら、そりゃちょっと無理じゃろな…。

しかし、この患者も退院すれば、生活の状況に合わせて必ず病気や障害をもちながらも生活や人生の“編み直し”を行っていくことだろう¹⁰。それは、頭の中ではすでに病院に入院中から始まっているはずで、それが上記のような抑うつや不安を生み出すのだと思う。私たち専門家は、このような患者や家族の“語り”に想像力をもって耳を傾ける必要がある。そのためには、自分の人生における経験知も大切にしなければならない。最後に、消化器系の難病で入退院を繰り返した経験をもつ若いPTの語りを紹介しておく。彼女は、復職したら絶対いい専門家になれると思う。

最初の入院は医大で、主治医は研修医の方でした。1ヶ月の絶食を指示されたんですが、空腹感や口寂しさを訴えても、鼻で笑われました。今は違う病院ですが、（症状が悪化したときは）1週間の入院が基本なので、それくらいの絶食なら我慢できます。むしろ、「食べるのが怖い」と感じてしまうほどです。そんな状況で、もし医師から「何でも食べていいよ」と言われても逆に戸惑うと思います。専門職と患者の境目で対応するって本当に難しい…。私はPTとして働いたあとに、自分も患者としていろんな医療職と接しました。気付いたことは、いろんな考え方の人がいて、みんな「自分が普通」と思っているということです。（中略）いつか、専業主婦としての経験をPTとして生かせるときがくるといいなと思っています。（20歳代後半女性、急性期→回復期→生活期の病院・施設に勤務したあと、現在は専業主婦）

VI. おわりに

病や障害に関する“語り”の意味を理解することの重要性が認識され、それに基づく効果的な医療、すなわち「語りに基づく医療（narrative based medicine：NBM）」が実践されるようになったのは、欧米でも1990年代後半になってからであり、我が国で注目されるようになったのはごく最近のことである^{11,12}。筆者は、NBMの考え方はすべての医療専門家にとって重要になるが、特に在宅で利用者らの生活と向き合う必要のある専門家には「不可欠」になると思っている。本稿

がその一助になれば幸いである。

【謝 辞】

京都在宅リハビリテーション研究会の世話人代表である明治国際医療大学の松本和久准教授に深謝する。筆者はリハ関連の学会や研修会でこのような内容を発表したことはない。「医学・医療の世界では“研究”とは認められないだろう」という思い込みがあったからだ。よって筆者は、松本氏からの今回の講演・執筆の依頼を最初は固辞した。しかし氏は、わざわざ筆者の職場まで訪ねてくれたうえ、「私たち専門家にとって非常に重要になる内容だと思います」と励ましてくれた。

また本論は、国立民族学博物館の共同研究プロジェクト「サファリングとケアの人類学的研究」（2009年10月～2013年3月）に参加した成果の一部をまとめたものでもある。研究代表である医療人類学者の浮ヶ谷幸代氏をはじめ、参加された人文・社会科学および医療・福祉の専門家の皆様に感謝する。この経験がなかったら、筆者はまだ現代医療を相対化できない「典型的な専門家」だったに違いない。

そして何より、この研究テーマ関する聞き取りやアンケートに答えてくれた患者、利用者、療法士の皆様に最大の謝意を表す。彼らは、「こんな問題が医療の研究テーマになるのかどうか分からないけど…」と前置きする筆者に、真摯に話を聞かせて/書いてくれた。

【文 献】

- 1) AKleinman著、江口重幸ら訳：病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学—。誠信書房、東京、2006。
- 2) 沖田一彦ら：準備教育をアウトカム基盤型で考える；その可能性と課題—生活の視点を導入することの重要性について—。医学教育42 (Suppl)：41, 2011。
- 3) 野村直樹：ナラティブとは何か。江口重幸ら編：ナラティブと医療。金剛出版、東京、pp11-30, 2006。
- 4) 齋藤雅彦、樫田美雄：医療化する家庭・家庭化する医療—在宅医療のエスノメソロジー—。徳島大学社会科学研究所、24：13-56, 2011。
- 5) 尾藤誠司：「医師アタマ」との付き合い方—患者と医者はわかりあえるか—。中公新書ラクレ344, 東京, pp 165-166, 2010。
- 6) 星野晋：医療者と生活者の物語が出会うところ。江口重幸ら編：ナラティブと医療。金剛出版、東京、pp70-81, 2006。
- 7) 松繁卓哉：「患者中心の医療」という言説—患者の「知」の社会学—。立教大学出版会、東京、pp83-114, 2010。
- 8) 樫田美雄：周辺への／周辺からの社会学：社会学の新しい基盤としての市民教育ニーズと専門職教育ニーズ。社会学評論, 61(3)：235-256, 2010。
- 9) 名郷直樹：「西洋医学でないものはうさんくさい」はどんな根拠に基づいているのか？ 尾藤誠司編：医師アタマ—医師と患者はなぜすれ違うのか？ 医学書院、東京、pp95-101, 2007。
- 10) A L Strauss, J Corbinら著、南裕子ら訳：慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点—。医学書院、東京、1987。
- 11) T Greenhalghら著、斎藤清二ら訳：ナラティブ・ペイスト・メディスン—臨床における物語りと対話—。金剛出版、東京、2001。
- 12) R Charon著、斎藤清二ら訳：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、東京、2011。